

LILIANE DO AMARAL ZORITA

SHORT FORM-36, BURN SPECIFIC HEALTH SCALE-REVISED, ESCALA DE AUTOESTIMA ROSENBERG/UNIFESP–EPM, HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE-20 E ESCALA VISUAL ANALÓGICA EM PACIENTES APÓS QUEIMADURA

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de Mestre em Ciências

SÃO PAULO

2013

LILIANE DO AMARAL ZORITA

SHORT FORM-36, BURN SPECIFIC HEALTH SCALE-REVISED, ESCALA DE AUTOESTIMA ROSENBERG/UNIFESP–EPM, HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE-20 E ESCALA VISUAL ANALÓGICA EM PACIENTES APÓS QUEIMADURA

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de Mestre em Ciências

ORIENTADORA: Profa. Dra. LYDIA MASA KO FERREIRA

COORIENTADORAS: Profa. LEILA BLANES

Profa. DANIELA FRANCESCATO VEIGA

SÃO PAULO

2013

Zorita, Liliâne do Amaral
Short Form-36, Burn Specific Health Scale-Revised, Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP-EPM, Health Assessment Questionnaire-20 e Escala Visual Analógica em pacientes após queimadura. / Liliâne do Amaral Zorita --São Paulo, 2013.
XXIII, 104f.

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

Título em inglês: Short Form-36, Burn Specific Health Scale-Revised, Scale of Self-Esteem Rosenberg/UNIFESP-EPM, Health Assessment Questionnaire-20 and Visual Analog Scale in patients after burn.

1. Qualidade de vida. 2. Autoimagem. 3. Dor. 4. Queimaduras.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO –
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**

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

COORDENADOR: Prof. Dr. MIGUEL SABINO NETO

DEDICATÓRIA

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos

THAÍS e RAFAEL,

*Inspiração para viver e melhorar a cada dia,
pela alegria constante, por cada sorriso e travessura,
por terem me ensinado a ver grandiosidade
e alegria nas pequenas coisas,
por me fazerem acreditar na cura e em uma vida melhor
no momento mais difícil da minha vida,
sendo inspiração para nunca desistir.*

Ao meu esposo

JULIANO,

*Por sempre estar ao meu lado, por ser um esposo maravilhoso,
pelo amor e carinho constantes, por estar sempre disposto
e pronto a me ajudar nos momentos difíceis,
por me incentivar sempre, por me trazer alegria todos os dias
e por me realizar como mulher, esposa e mãe.*

À minha família

Por acreditar em mim e me incentivar sempre, estando presente em todos os momentos e por entender minha ausência no decorrer desse estudo.

*Ao meu **Pai** pelo exemplo de superação e coragem e por acreditar em mim.*

*À minha **Mãe** querida de coração, pelo apoio acolhedor de todos os momentos.*

*À minhas queridas irmãs **Virgínia** e **Neide** por estarem sempre ao meu lado me apoiando em tudo.*

*À tia **Iolanda** por estar sempre presente*

*À minha sogra **Neuza** e meu sogro **Nestor** pelo incentivo constante e por estarem sempre presentes.*

A todos os amigos queridos que sempre me incentivaram e entenderam minha ausência no decorrer desse estudo, Ana Paula, André, Teresa, Fábio, Andréa, Eliane, Carú, Malu, Yuri, Elaine, Dayana, Toshe, Vania, Célia, Érika.

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

À **PROFA. DRA. LYDIA MASAKO FERREIRA**, Professora Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM e orientadora deste trabalho, por sua sabedoria o que a torna grandiosa em seus ensinamentos, por me acolher com tanto carinho tornando possível este objetivo, pela paciência e dedicação ao longo deste estudo.

À **PROFA. LEILA BLANES**, Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM e coorientadora deste trabalho, pelo acolhimento e paciência, pela colaboração na pesquisa, por sua competência e seus ensinamentos, pela amizade, por sempre acreditar em mim e me incentivar sempre, por me ouvir em momentos difíceis, pela sua simplicidade o que a torna uma pessoa maravilhosa.

À **PROFA. DANIELA FRANCESCATO VEIGA**, Professora Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM e coorientadora deste trabalho, pelo acolhimento, pela determinação e sabedoria com que conduziu este trabalho, por acreditar neste objetivo, pela atenção e preocupação, por estar sempre disposta a ajudar.

Ao **PROF. DR. MIGUEL SABINO NETO**, Professor Adjunto Livre-Docente e Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia

Translacional da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM, pela seriedade e sabedoria na condução desse programa.

Ao **PROF. ALFREDO GRAGNANI FILHO**, Professor Adjunto, orientador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM, pelos ensinamentos, incentivos, por me fazer aprender a gostar do paciente com queimadura me mostrando a grandiosidade em cuidar desses pacientes e por acreditar em mim.

A **todos os pacientes que tiveram queimaduras** que aceitaram participar deste trabalho, tornando-o possível.

Ao **DR. VITOR BUARIDE**, coordenador do Centro de Tratamento de Queimaduras do Hospital Municipal DR Cármino Caricchio (CTQ – HMCC), pela colaboração e incentivo.

À **ENFERMEIRA REGINA CLAUDIA DA SILVA REIS**, chefe do Centro de Queimaduras do Hospital Servidor Estadual, pela colaboração e incentivo.

À **DRA. ANDREA FERNANDES DE OLIVEIRA**, Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional e médica assistente da Unidade de Tratamento de Queimaduras da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM, pelo auxílio e incentivo constantes em todos os momentos.

À **DRA. REGINA OKAMOTO**, Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional e médica da Unidade de Tratamento de Queimaduras da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM, pelo incentivo constante.

À **DRA. MÔNICA SARTO PICCOLO**, Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional pela Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM e Chefe do Serviço de Queimaduras de Goiânia, pelo apoio, incentivo e amizade.

A **todos os enfermeiros, médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem** da Unidade de Tratamento de Queimaduras da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM, pela colaboração e incentivo.

A **todos os docentes** do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM, por todos os ensinamentos durante esses anos de convivência.

A **todos os pós-graduandos e residentes** da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM, por todos os ensinamentos durante esses anos de convivência.

Às secretárias da Disciplina de Cirurgia Plástica da Unifesp, **SANDRA DA SILVA, MARTA REJANE DOS REIS SILVA E SILVANA APARECIDA COSTA DE ASSIS**, e a **todos os funcionários do ambulatório de Cirurgia Plástica**, pelo apoio e paciência constante no decorrer deste estudo.

Aos **meus amigos de Pós-Graduação** da Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM, que compartilharam comigo este caminho e que muito me incentivaram a prosseguir nas etapas deste trabalho.

Aos **funcionários** da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM que, em diferentes etapas, colaboraram para a execução deste trabalho.

Ao **professor de Português** pela valiosa correção.

Ao **estatístico** pelas análises realizadas.

ΕΠΙΓΡΑΦΕ

EPÍGRAFE

"Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende."

(Leonardo da Vinci)

"Dificuldades e obstáculos são fontes valiosas de saúde e força para qualquer sociedade."

(Albert Einstein)

SUMÁRIO

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	VI
AGRADECIMENTOS.....	IX
EPÍGRAFE.....	XIV
SUMÁRIO	XVI
LISTA DE TABELAS	XVIII
LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS.....	XXI
RESUMO	XXIV
1. INTRODUÇÃO	2
2. OBJETIVO.....	6
3. LITERATURA.....	8
4. MÉTODOS	22
5. RESULTADOS.....	30
6. DISCUSSÃO.....	38
7. CONCLUSÃO	52
8. REFERÊNCIAS	54
NORMAS ADOTADAS.....	70
ABSTRACT	72
APÊNDICES.....	74
Apêndice 1: FOLHA DE APROVAÇÃO DO CEP. 1927/11.....	74
Apêndice 2: TABELAS	75
Apêndice 3: INSTRUMENTO DE PESQUISA – CARACTERÍSTICAS SÓCIO- DEMOGRÁFICAS	79
Apêndice 4: CARTA DE INFORMAÇÃO E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	80
ANEXOS.....	84
Anexo 1: VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36.....	84
Anexo 2: QUESTIONÁRIO <i>BURN SPECIFIC HEALTH SCALE-REVISED</i> (BSHS-R)	91
Anexo 3: ESCALA DE AUTOESTIMA ROSENBERG/UNIFESP- EPM	94
Anexo 4: CAPACIDADE FUNCIONAL - <i>STANFORD HEALTH ASSESSMENT</i> <i>QUESTIONNAIRE</i> HAQ-20	100
Anexo 5: ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)	102
FONTES CONSULTADAS	104

LISTA DE TABELAS

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Dados demográficos.	75
TABELA 2 – Dados clínicos.	76
TABELA 3 – Dados específicos da queimadura.	77
TABELA 4 – Tempo de internação e Superfície Corpórea Queimada (SCQ).	78
TABELA 5 – Estatística descritiva dos escores do <i>SF-36</i> , da <i>BSHS-R</i> , da Escala de Autoestima de Rosenberg/UNIFESP-EPM, do <i>HAQ-20</i> e da Escala Visual Analógica (EVA).	31
TABELA 6 – Comparação entre os pacientes dos gêneros feminino e masculino quanto aos escores do <i>SF-36</i> , <i>BSHS-R</i> , Escala de Autoestima de Rosenberg/UNIFESP-EPM, <i>HAQ-20</i> e <i>Escala Visual Analógica</i> (EVA).	32
TABELA 7 – Comparação entre os pacientes de diversas faixas etárias quanto aos escores do <i>SF-36</i> , <i>BSHS-R</i> , Escala de Autoestima de Rosenberg/UNIFESP-EPM, <i>HAQ-20</i> e <i>Escala Visual Analógica</i> (EVA).	33
TABELA 8 – Comparação entre os pacientes e o consumo de álcool quanto aos escores do <i>SF-36</i> , <i>BSHS-R</i> , Escala de Autoestima de Rosenberg/UNIFESP-EPM, <i>HAQ-20</i> e <i>Escala Visual Analógica</i>	34

(EVA).

TABELA 9 – Análise de Correlação entre os escores das escalas 35
SF-36, *BSHS-R*, Escala de Autoestima de Rosenberg/UNIFESP-
EPM, *HAQ-20* e *Escala Visual Analógica (EVA)*.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AIMS2	<i>Arthritis Impact Measurement Scales 2</i>
BSHS	<i>Burn Specific Health Scale</i>
BSHS-A	<i>Burn Specific Health Scale - Abbreviate</i>
BSHS-B	<i>Burn Specific Health Scale - Brief</i>
BSHS-R	<i>Burn Specific Health Scale – Revised</i>
BSQ	<i>Burn Sexuality Questionnaire</i>
DP	Desvio padrão
EPM	Escola Paulista de Medicina
EQ-5D	<i>EuroQol - 5 Dimensions</i>
EVA	Escala Visual Analógica
GWB	General Well-Being Schedule
HAQ-20	<i>Health Assessment Questionnaire</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
IBA	Inventário Beck de Ansiedade
IBD	Inventário Beck de Depressão
MHQ	<i>Master Health Index Questionnaire</i>
NHP	<i>Nottingham Health Profile</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
SCQ	Superfície Corpórea Queimada
SF-36	<i>Medical Outcomes Study Short Form-36 item Health Survey</i>
SIP	<i>Sickness Impact Profile</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEPT Transtorno de Estresse Pós-Traumático

UNIFESP Universidade Federal de São Paulo

RESUMO

RESUMO

Introdução: A queimadura é uma experiência traumática com importante repercussão social, econômica e de saúde pública que necessita de atenção de órgãos governamentais de forma multidisciplinar, estando entre as principais causas de morbidade e mortalidade devido a complexidade do tratamento. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida, autoestima, capacidade funcional e dor em pacientes após queimadura. **Métodos:** Estudo transversal, analítico e multicêntrico. Foram incluídos no estudo 30 pacientes com idades entre 18 e 59 anos, com 6 a 24 meses de tempo após a queimadura. Utilizou-se instrumento para coleta de dados demográficos e clínicos. A avaliação foi realizada por meio dos questionários *SF-36*, instrumento específico para queimaduras *BSHS-R*, Escala de autoestima de Rosenberg/UNIFESP-EPM, instrumento de avaliação da capacidade funcional *HAQ-20*, e para avaliação da dor, a Escala Visual Analógica. Para a análise estatística foram utilizados o Teste t de Student, Análise de Variância (ANOVA), teste de Tukey, Kruskal-Wallis, Dunn e Spearman's. **Resultados:** Dos 30 pacientes, 56,7 % eram do gênero masculino, com idade média de 36,1 anos. A principal causa da queimadura foi o líquido inflamável (50 % dos pacientes) e a média da superfície corpórea queimada foi de 21 %. Houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros nos domínios do *SF-36* Aspecto Emocional ($p = 0,023$) e Saúde Mental ($p = 0,047$). Em ambos os domínios os homens apresentaram melhores resultados. Também tiveram diferença estatisticamente significativa os domínios do *SF-36* Dor ($p=0,025$), Vitalidade ($p=0,041$) e Saúde Mental ($p=0,023$) com relação ao consumo de álcool e também com as escalas *BSHS-R* ($P=0,015$), *Rosenberg* ($p=0,044$) e a EVA ($p=0,007$). O uso de drogas apresentou diferença estatisticamente significativa com relação ao domínio Dor do *SF-36* ($P=0,008$). **Conclusão:** A qualidade de vida de pacientes após queimadura apresentou correlação positiva com a autoestima, capacidade funcional e dor.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A pessoa que em alguma fase da vida teve queimadura passa por uma experiência traumática com importante repercussão emocional, podendo provocar alterações na qualidade de vida, autoestima e imagem corporal, resultando em dificuldade no processo mental para elaboração de uma nova identidade (SIDELI *et al.*, 2010).

A epidemiologia das queimaduras varia em diferentes partes do mundo. Na Alemanha, entre 10.000 e 15.000 pessoas são hospitalizadas anualmente por queimadura e cerca de 30 % a 40 % dos casos necessitam de cuidados intensivos (SPANHOLTZ *et al.*, 2009). Nos Estados Unidos as queimaduras estão entre as principais causas de morte, com 3.500 óbitos por ano e 45.000 hospitalizações anuais (AMERICAN BURN ASSOCIATION, 2011).

A taxa de mortalidade na Unidade para Tratamento de Queimaduras de um hospital de grande porte em São Paulo foi de 5,94 % (LACERDA *et al.*, 2010), e observou-se que, devido aos avanços no tratamento das queimaduras, o índice de mortalidade tem diminuído (PHAM *et al.*, 2009).

As queimaduras podem causar danos multifuncionais, mesmo quando envolvem áreas pequenas da superfície corporal. Aproximadamente 60 % dos pacientes com queimaduras graves desenvolvem problemas psicológicos. A presença de cicatrizes ou deformidades, mesmo em áreas não expostas, tais como os genitais, pode ter impacto na imagem corporal e autoestima (SPANHOLTZ *et al.*, 2009).

O processo de reabilitação envolve diferentes aspectos, como por exemplo, o enfrentamento das mudanças corporais pelo cliente, familiares e

pessoas próximas, possíveis dificuldades na execução de atividades físicas devido às retrações teciduais e dores, dificuldades inerentes ao tratamento das cicatrizes após a alta hospitalar e o retorno ao trabalho, à escola e ao convívio social. Esses aspectos estão diretamente relacionados à qualidade de vida de pacientes e familiares (MUNSTER, 1999).

As sequelas decorrentes das queimaduras, principalmente quando visíveis, causam transtornos emocionais e sociais aos pacientes. A convivência com cicatrizes, alteração da cor da pele, mudança no contorno corporal, perda de partes do corpo, como extremidades das mãos, pés, orelhas e cabelos, alteram toda a rotina estabelecida antes da queimadura, podendo prejudicar a qualidade de vida, a autoestima e a capacidade funcional dos indivíduos (POPE *et al.*, 2007).

A perda da pele traz danos irreparáveis ao indivíduo que teve queimadura. Os problemas emocionais podem ter início na hospitalização, a baixa da autoestima normalmente está relacionada à lesão física. Os sintomas de estresse pós-traumático normalmente têm seu início no momento do acidente e permanecem durante a hospitalização (GILBOA, 2001).

Os sintomas de ansiedade e depressão podem ser agravados após a alta hospitalar, e estão relacionados com a necessidade da percepção dos seus ferimentos e sequelas (BRYANT, 1996).

A presença de depressão nessa população está associada à diminuição da capacidade física, à dor e ao estresse psicológico (ULLRICH, ASKAY, PATTERSON, 2009). A dor pode prevalecer em 35 % a 52 % dos pacientes após queimadura, persistindo os sintomas neuropáticos após a alta em até 80 % dos pacientes (SMITH *et al.*, 2008). É preciso manter acompanhamento ambulatorial, focado na reabilitação para execução das atividades diárias anteriores ao acidente, pois nessa fase é

comum ocorrerem problemas emocionais como a ansiedade (PATTERSON *et al.*, 1993).

Na fase aguda da queimadura, qualquer procedimento como banho ou curativo, entre outros, é muito traumático e doloroso. O controle da dor antes de qualquer procedimento com o paciente é fundamental para melhor recuperação (PROCTER, 2010). Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual atual ou potencial ou descrita em termos de tal lesão” (CHARLTON, 2005).

A reabilitação deve ter início na admissão do paciente e pode durar anos, necessitando de atenção multiprofissional para melhorar as funções físicas e psicológicas alteradas pela queimadura (AL-MOUSAWI, 2009; PROCTER, 2010).

Embora não haja um conceito único, claro e universalmente aceito de qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde (OMS) a define como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, contexto cultural, sintomas, valores, expectativas, padrão e preocupação (WHOQOL GROUP, 1995). A melhor compreensão sobre a qualidade de vida, autoestima, capacidade funcional e dor dos pacientes que tiveram queimadura poderá contribuir para instituir medidas de prevenção ou controle das alterações identificadas nessa população.

OBJETIVO

2. OBJETIVO

Avaliar qualidade de vida, autoestima, capacidade funcional e dor em pacientes após queimadura.

LITERATURA

3. LITERATURA

ROSENBERG (1965) entrevistou 5024 adolescentes, do terceiro e quarto anos do curso colegial, de 10 escolas em Nova York, nos Estados Unidos da América, com o objetivo de entender como eles se viam, o que sentiam a respeito de si mesmos e quais critérios de autoavaliação empregavam. Os dados foram utilizados para o desenvolvimento de uma escala de autoestima denominada *The Rosenberg Self-Esteem Scale*.

SCOTT & HUSKISSON (1976) testaram em um Hospital de Londres diferentes tipos de escalas para avaliação de dor em 100 pacientes acompanhados ambulatorialmente. Como resultado, os autores detectaram que a escala analógica visual (EVA) de dor demonstrou boa sensibilidade, sendo um bom método para mensuração da dor. A EVA é representada por uma reta horizontal com 100 milímetros de comprimento. Seus extremos (0 e 100) correspondem respectivamente a nenhuma dor e ao máximo de dor.

BLADES, JONES, MUNSTER (1979) desenvolveram um instrumento específico para avaliação de qualidade de vida de pacientes com queimaduras, o *Burn Specific Health Scale (BSHS)*. O instrumento original era composto por 114 itens divididos em oito subescalas, baseado em outros instrumentos, como o *Sickness Impact Profile (SIP)*, o *Index of Activities of Daily Living* e o *General Well-Being Schedule (GWB)*. Uma pesquisa foi realizada entre os pacientes e profissionais do Centro de Queimados de Baltimore, nos EUA, sendo adicionados mais 160 itens. A seguir, todos os 369 itens foram julgados por profissionais da equipe

multidisciplinar e por pacientes após queimadura, resultando num instrumento com 114 itens divididos em seis domínios (saúde física, imagem corporal, saúde psicológica, saúde sexual, atividades físicas e relacionamento social).

BLADES, MELLIS, MUNSTER (1982) validaram o questionário *BSHS* em 40 pacientes após alta do Centro de Queimados de Baltimore. A capacidade psicossocial dos pacientes após queimadura retardou o seu desenvolvimento em outras áreas. Os autores concluíram, ainda, que o período de reabilitação era dinâmico e passava por muitas variações no período de, no mínimo, um ano após a alta hospitalar.

SCHUESSLER & FISHER (1985) descreveram o surgimento da Qualidade de Vida como campo de pesquisa. Relataram que os primeiros estudos sobre qualidade de vida foram realizados na década de 1960, nos Estados Unidos, sendo o termo utilizado para avaliar o efeito gerado pela aquisição de bens materiais na vida das pessoas. Posteriormente o termo qualidade de vida foi modificado, para se referir ao avanço nas áreas de educação e de saúde. Os autores concluíram ser necessária a obtenção de medidas de qualidade de vida com diferentes instrumentos ao longo do tempo.

MUNSTER, HOROWITZ, TUDAHL (1987) no Centro de Queimados de Baltimore, refinaram os 114 itens do *BSHS*, retiraram as duplicações, reduzindo-o a 80 itens com quatro domínios específicos. Esse instrumento foi denominado *Burn Specific Health Scale-Abbreviated (BSHS-A)*.

FERRAZ *et al.* (1990) traduziram o *Health Assessment Questionnaire (HAQ-20)* para a língua portuguesa, adaptaram para a cultura brasileira e o validaram para utilização em saúde no Brasil. Avaliaram 38 pessoas de ambos os gêneros com artrite reumatoide e média de idade de 49,6 anos. Aplicaram esse instrumento específico para avaliação da capacidade funcional com a finalidade de estudar a modalidade terapêutica em pacientes com artrite reumatoide. Destacaram a importância de verificar o efeito do tratamento na vida diária do paciente por meio de um instrumento específico para mensurar a capacidade funcional. Mediram a reprodutibilidade para o escore total do *HAQ-20* e concluíram que a versão em Português manteve as mesmas características de sensibilidade e consistência interna do original.

WARE & SHERBOURNE (1992) em Boston desenvolveram o questionário de avaliação de qualidade de vida *Medical Outcomes Study 36 Item Short Form Health Survey (SF-36)*, com abrangência genérica, constituído por 36 itens divididos em oito domínios. Destacaram que o *SF-36* foi desenvolvido para uso na prática clínica, na pesquisa e na avaliação de políticas de saúde e da população.

BRAZIER *et al.* (1992) na Universidade de Sheffield na Inglaterra realizaram estudo randomizado com 1980 pacientes com idades variando de 16 a 74 anos, que responderam a dois questionários diferentes sobre qualidade de vida (*SF-36* e *Nottingham Health Profile*) e constataram que com o uso do *SF-36* foi possível detectar níveis significativos de alterações na saúde do indivíduo.

BLALOCK, BUNKER, DEVELLIS (1994) revisaram o *BSHS-A*, na Carolina do Norte, aproveitando 17 de seus itens e acrescentando mais 14. Nomearam esse novo instrumento, *Burn Specific Health Scale-Revised (BSHS-R)*. Essa versão apresentava seis domínios: afeto e imagem corporal, sensibilidade ao calor, habilidade para funções simples, tratamento, trabalho e relações interpessoais. Os autores afirmaram que essa redução não comprometeu as propriedades psicométricas do instrumento.

KIMMO, JYRKI, SIRPA (1998) avaliaram a qualidade de vida de 124 pacientes entre 9 meses e 7 anos após queimadura na Finlândia. A média de idade dos pacientes variou de 10 a 65 anos. Foi utilizado o questionário *Burn Specific Health Scale (BSHS)*, enviado pelo correio. Os autores observaram que a mobilidade, os cuidados pessoais e a função das mãos eram significativamente afetados pela gravidade da queimadura e a imagem corporal era afetada por queimadura profunda, superior a 40 % de área corporal e a localização da lesão. A atividade sexual estava ligeiramente diminuída nos pacientes com queimadura profunda, mas cicatrizes na face não influenciavam a sexualidade. Concluíram que a maioria dos seus pacientes recuperou-se bem do acidente; porém, a limitação desse estudo caracterizou-se pelo fato de somente 39 % dos pacientes haver respondido ao questionário.

CICONELLI *et al.* (1999) adaptaram para a cultura brasileira e avaliaram as propriedades de medida (reprodutibilidade e validade) do *SF-36* em 50 pacientes de ambos os gêneros com artrite reumatoide e média de idade de 49,2 anos. Para avaliação da reprodutibilidade, os pacientes foram entrevistados duas vezes, na primeira avaliação e novamente após 15 dias. Os pacientes também foram submetidos à avaliação clínica e laboratorial.

Foram administrados os seguintes questionários: *Nottingham Health Profile (NHP)*, *Arthritis Impact Measurement Scales 2 (AIMS2)* e *HAQ-20*. Somente duas questões foram modificadas na fase de tradução e adaptação cultural. Ressaltaram a importância do uso de instrumento genérico de qualidade de vida na comparação entre doenças. Concluíram que a versão traduzida do *SF-36* é um parâmetro reprodutível e válido para ser utilizado na avaliação da qualidade de vida de pacientes brasileiros com artrite reumatoide.

SALVADOR-SANZA, SANCHES-PAYÁ, RODRIGUEZ-MARÍN (1999) avaliaram a qualidade de vida de 115 pacientes de uma Unidade de Tratamento de Queimaduras na Espanha, por meio de um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida em queimadura, traduzido e adaptado para o espanhol. O questionário avalia 13 itens sobre saúde física e 58 itens sobre aspectos psicológicos. Os pacientes foram contatados pelo correio ou telefone, sendo que 71,8 % dos questionários foram autoadministrados e 28,2 % realizados por meio de entrevistas, sempre pelo mesmo pesquisador. A idade variou entre 16 e 73 anos. Os domínios alterados foram mobilidade e autocuidado (7,5 %), função da mão (8,6 %), atividade de papel (20,4 %), imagem corporal (14,2 %), relação com amigos e familiares (19,4 %), atividade sexual (15 %) e saúde geral (40 %). A qualidade de vida dos pacientes após queimadura demonstrou alterações negativas.

KILDAL *et al.* (2001), a partir dos questionários *BSHS-R* e *BSHS-A*, montaram um novo instrumento: *Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B)*, composto por 40 itens, distribuídos em nove domínios (sensibilidade ao calor, afeto, função da mão, trabalho, sexualidade, relações interpessoais,

habilidades simples, imagem corporal e regimes de tratamento). Validaram-no com 161 pacientes do Hospital da Universidade de Uppsala na Suécia.

EL HAMAOU *et al.* (2002) avaliaram em um Hospital Universitário de Marrocos os sintomas de estresse pós-traumático, dor e depressão em 60 pacientes com idade acima de 10 anos que tiveram queimaduras e estavam na fase de reabilitação. Foi verificado que 23,3 % apresentavam sintomas de estresse pós-traumático e 55 %, sintomas de depressão. A dor foi relatada por todos os pacientes, sendo insuportável para 58,3 %. Concluíram que o diagnóstico precoce de estresse pós-traumático pode colaborar introduzindo medidas para contribuir com a melhora da qualidade de vida dos pacientes que tiveram queimaduras.

BRUCE & FRIES (2003) avaliaram o uso do *HAQ-20* nos Estados Unidos e recomendaram utilização prospectiva do instrumento em período superior a seis semanas. Descreveram como utilidades do *HAQ-20*, avaliar o índice de capacidade funcional do paciente, inclusive movimentos finos do membro superior, atividade locomotora do membro inferior e outras atividades que envolvessem membros superiores e inferiores. Mencionaram o emprego usual do *HAQ-20* por autoadministração e entrevista.

DINI, QUARESMA, FERREIRA (2004) traduziram para a língua portuguesa e adaptaram para o contexto cultural brasileiro *The Rosenberg Self-Esteem Scale* (Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP-EPM). Testaram suas propriedades de medida (validade e reprodutibilidade), comparando seus resultados com outros três questionários já traduzidos e validados no Brasil, (Escala de autoestima Rosenberg, *Short Form-36* e o

SRQ-20) tornando esse instrumento um parâmetro adicional importante na avaliação de resultados em cirurgia plástica ou em outros estudos em que seja necessário avaliar a autoestima.

DYSTER-AAS *et al.* (2004) investigaram, em um centro de tratamento para queimadura na Suécia, a qualidade de vida de 86 pacientes, em média 9 anos após a lesão, idade acima de 18 anos, com média de 43,9 anos. Observaram que 83 % estavam trabalhando; destes, 62 % estavam no mesmo emprego do que antes da queimadura e 8 % relataram ter mudado de atividade por causa da lesão. Dos 15 pacientes que não estavam trabalhando, 9 estavam de licença médica ou recebendo pensão por invalidez e 6 estavam desempregados. Utilizaram o questionário *Burn Specific Health Scale–Brief (BSHS-B)*. Os que não trabalhavam relataram pior estado de saúde geral relacionados com os domínios psicossocial e imagem corporal, afeto e relações interpessoais e também pior dor, não houve diferença significativa em relação ao tempo da lesão, superfície corpórea queimada, idade e sexualidade.

BRUCE & FRIES (2005) realizaram estudo descritivo sobre o uso do *HAQ-20* em pacientes com artrite reumatoide nos Estados Unidos. Consideraram que o resultado informado pelo paciente possibilitou adquirir conhecimento fundamental de sua saúde, proporcionando subsídios sobre estado funcional, sintoma, preferência de tratamento, satisfação e qualidade de vida. Mencionaram a sua contribuição na avaliação do paciente, determinação diagnóstica, planejamento de assistência e avaliação do progresso do tratamento. Descreveram o *HAQ-20* como um instrumento desenhado para ser eficiente, estruturado para aplicação prática durante

visitas clínicas e compatível com alto índice de retorno, quando autoadministrado ou administrado por entrevista.

DRUERY, BROWN, MULLER (2005) avaliaram a qualidade de vida de pacientes dois anos após queimadura, abrangendo mais de 40 % de superfície corpórea, em um centro de tratamento de queimaduras na Austrália. Utilizaram o questionário *Burn Specific Health Scale* (BSHS) e um questionário adicional realizado pelos autores com questões sobre fisioterapia e terapia ocupacional. Foram incluídos 25 pacientes, sendo 22 do gênero masculino e 3 do gênero feminino, com tempo médio de internação de 89 dias. O escore do domínio físico foi correlacionado de forma negativa a lesões de face e mãos. A queimadura genital teve correlação com o escore do domínio sexual, e queimaduras profundas apresentaram correlação com mobilidade e autocuidado.

FERREIRA *et al.* (2008) traduziram e adaptaram culturalmente para o Brasil o questionário *Burn Specific Health Scale-Revised* (BSHS-R), por meio da avaliação de equivalência semântica e pré-teste do instrumento com 115 pacientes após queimadura. Foram utilizados a escala de Rosenberg e o Inventário de Depressão de depressão de Beck. Os resultados demonstraram que a versão adaptada para a língua portuguesa cumpre os critérios de avaliação do estado de saúde exigidos de um instrumento para pacientes queimados.

NOVELLI *et al.* (2009) avaliaram a percepção subjetiva do comprometimento psicológico e a qualidade de vida após queimadura em 30 pacientes na Itália, utilizando o questionário *Sickness Impact Profile* (SIP). O questionário foi aplicado na alta hospitalar e três meses após a

alta. Na primeira avaliação, tanto as dimensões físicas como psicológicas foram prejudicadas, com melhora do aspecto físico em três meses. No terceiro mês, os domínios afetados foram o comportamento emocional e psicossocial.

ÖSTER *et al.* (2009) validaram o questionário *EuroQol 5 Dimensions* (EQ-5D) em 78 pacientes com queimaduras durante a hospitalização em um centro para queimaduras na Suécia. Os pacientes foram avaliados 3, 6 e 12 meses após a alta. O EQ-5D é composto por cinco dimensões: mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor e ansiedade/depressão. Foram estudados pacientes com idade acima de 18 anos, a média de idade foi 43,6 anos, sendo 61 do gênero masculino e 17 do gênero feminino, com média de superfície corpórea queimada de 24,3 %. Na avaliação das propriedades psicométricas, o EQ-5D mostrou ser confiável para utilização em pacientes que tiveram queimaduras.

CIOFI-SILVA *et al.* (2010) estudaram 44 pacientes entre 6 meses e um ano após queimadura em um centro para queimaduras de Ribeirão Preto, que estavam em acompanhamento ambulatorial aguardando cirurgia reparadora de sequela, para investigar as mudanças cotidianas ocorridas após a queimadura. Em 88,4 % pacientes foi identificada alguma mudança relacionada à queimadura e ao tratamento, sendo os seguintes aspectos apontados como prejudicados: trabalho, lazer, relacionamento, vínculo religioso, atividades educativas, estilo de vestir e hábitos como tabaco, álcool e drogas.

CORRY, KLICK, FAUERBACH (2010) estudaram o transtorno pós-traumático, dor, funcionalidade e incapacidade em 171 pacientes após

1, 6, 12 e 24 meses de queimadura do Centro de Queimados de Baltimore. Foram utilizados os questionários *Mc Gill* e *SF- 36*. O sintoma de estresse pós-traumático foi relacionado com pior função física, social e maior tempo de internação, sendo amenizado com o passar do tempo. Os sintomas também estavam relacionados com pior condição social, dificuldade física e psicossocial. A dor intensa não teve correlação com os sintomas.

EDGAR *et al.* (2010) afirmaram que o BSHS era o instrumento mais utilizado internacionalmente para avaliar qualidade de vida em pessoas que tiveram queimadura. Acreditavam que o questionário apresentava sensibilidade reduzida para pacientes com queimaduras menos graves. Os autores usaram a forma reduzida *BSHS-B* e realizaram pesquisa com 280 pacientes tratados no Royal Perth Hospital, na Austrália, no período entre agosto de 2006 e março de 2009, comparando o *SF-36* ao *BSHS-B*. Os pacientes estudados apresentaram média de 8,9 % de área corporal atingida e média de internação de 11,9 dias. Os autores concluíram que o *SF-36* foi um instrumento válido na medida da qualidade de vida do paciente queimado. Observaram, ainda, que o *SF-36* mostrou-se mais sensível a mudanças um mês após o acidente, quando comparado ao *BSHS-B*.

PAVONI *et al.* (2010), em um centro especializado para queimadura em Prada (Itália), avaliaram a qualidade de vida de 19 pacientes um ano após queimadura por meio do EQ-5D. Verificaram que o nível de saúde de todos era pior do que antes da lesão. O domínio mobilidade estava alterado de forma moderada em 68,5 % dos pacientes; autocuidado de forma moderada em 21 % e de forma extrema em 36,9 %. A atividade foi afetada de forma moderada em 68,5 % e extrema em 21 % dos pacientes. Dor e

desconforto foram afetados de forma moderada em 36,9 % e de forma extrema em 42,1 % dos pacientes avaliados. A qualidade de vida foi alterada negativamente por consequência da lesão, tanto na saúde física como psicológica.

MEDEIROS, KRISTENSEN, ALMEIDA (2010) estudaram a prevalência de sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), depressão e ansiedade em pacientes com queimaduras internados em um hospital de Porto Alegre. Foram utilizados o Inventário *Beck* de Depressão (IBD) e o Inventário *Beck* de Ansiedade (IBA). Verificaram que os pacientes apresentaram níveis elevados de psicopatologia, incluindo sintomas de TEPT (em 21,7 % dos casos), e sintomas moderados a graves de ansiedade (25 %) e depressão (30 %). Em geral, a extensão e o grau de queimadura não foram associados ao nível de sintomatologia. Os resultados sugerem que pacientes com queimaduras devem receber atenção ao seu estado de saúde mental, incluindo intervenções destinadas à prevenção do TEPT.

PICOLLO *et al.* (2011) utilizaram um questionário aplicado em pesquisa americana. Esse instrumento foi traduzido (literalmente) para a língua portuguesa e aplicado durante o VII Congresso Brasileiro de Queimaduras (2010). Cento e vinte e quatro participantes de 41 centros brasileiros de queimados responderam à pesquisa; a média de idade foi de 41,2 anos; 63,7 % eram do gênero feminino; 37,1 % médicos; 20,9 % técnicos de enfermagem; 16,9 % fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais; e 3,2 % psicólogos. Somente 28 % dos participantes sentiam-se confortáveis em iniciar uma conversa sobre sexualidade com seus pacientes. A maioria acreditava que esse tema deveria ser abordado pelos

psicólogos. Apenas 38 % dos participantes consideravam que o serviço no qual trabalhavam desenvolvia uma atenção adequada em relação à sexualidade e intimidade de seus pacientes. A principal perspectiva desse estudo, no Brasil, seria a de avaliar pacientes com sequelas de queimaduras em relação a sua sexualidade, para descobrir suas necessidades, bem como oferecer treinamento especializado para todos os profissionais da equipe multidisciplinar, melhorando, assim, a qualidade de vida desses pacientes e facilitando a sua reintrodução na sociedade.

SOUZA (2011) avaliou a qualidade de vida de 15 pacientes internados em uma unidade de tratamento para queimaduras. Todos os pacientes apresentavam condições de responder ao questionário *SF-36* e outro questionário que abordava condições sócio-demográficas. Os pacientes foram divididos em dois grupos, sendo um internado havia mais de 14 dias e o outro com até 14 dias. Observou-se que os domínios do *SF-36* aspectos físicos, aspecto emocional e dor foram os mais comprometidos. Os domínios vitalidade, saúde mental e estado geral de saúde foram identificados como os mais preservados.

PICOLLO (2012) traduziu e adaptou para cultura brasileira o *Burn Sexuality Questionnaire (BSQ)*, instrumento específico, único em avaliar a sexualidade no contexto da qualidade de vida de pacientes com queimadura. Constituído de 24 itens, sendo que 17 avaliam o comportamento do queimado quanto à imagem corporal e conforto social. O questionário foi aplicado em 80 pacientes. A consistência interna foi testada pelo alfa de Cronbach (0,87). A correlação linear de Person foi significativa nos três momentos das entrevistas na análise da reprodutibilidade. Realizou-se a validação de construto correlacionando o

BSQ com o questionário *Burn Specific Health Scale-Revised (BSHS-R)*. Observou-se correlação significativa entre o domínio Conforto Social do *BSQ* com os domínios Afeto e Imagem Corporal ($p = 0,025$), Habilidades para Funções Simples ($p = 0,008$), Trabalho ($p = 0,016$) e Tratamento ($p = 0,037$) do questionário *BSHS-R*. Esse instrumento foi denominado *BurnSexQ-EPM/UNIFESP*.

XIE *et al.* (2012) avaliaram a qualidade de vida de 20 pacientes atendidos e tratados em um centro de queimaduras na China e comparados a uma população saudável. Esse estudo foi realizado no período de 1997 a 2009, com pacientes com mais de 16 anos, no mínimo dois anos após a queimadura e extensão média de 70 % de superfície corpórea queimada. Foram utilizados os instrumentos *SF-36*, *BSHS-B*, *Master Health Index Questionnaire (MHQ)* e características sócio-demográficas. Foi observada pior qualidade de vida em pacientes com queimaduras quando comparados com a população saudável. As alterações físicas e psicológicas foram evidentes mesmo um longo período após queimadura, sendo observada melhora gradual com o acompanhamento de reabilitação física e psicológica a longo prazo.

PISHNAMAZI *et al.* (2013) traduziram e adaptaram culturalmente o *BSHS-B* para língua Persa, instrumento específico para avaliar a qualidade de vida de pacientes após queimadura. Foram avaliados 213 pacientes de dois Hospitais Universitários do Teerã no Irã, com idades acima de 18 anos. Os resultados demonstraram que a versão adaptada para a língua persa cumpre os critérios de avaliação do estado de saúde exigidos de um instrumento para pacientes com queimaduras.

MÉTODOS

4. MÉTODOS

4.1. Desenho do Estudo

Estudo transversal, analítico e multicêntrico.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – 1927/11 (Apêndice 1).

4.2. Local do Estudo

Este estudo foi realizado no ambulatório de queimaduras da Disciplina de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo - UNIFESP-EPM, no Centro de Queimaduras do Hospital Servidor Público Estadual e no Centro de Tratamento de Queimaduras do Hospital Tatuapé.

4.3. Casuística

A casuística foi constituída de 30 pacientes que tiveram queimadura. Os locais das entrevistas foram o Hospital São Paulo (30 %), Hospital do Servidor Público Estadual (30 %) e Hospital Tatuapé (40 %).

Utilizou-se amostragem aleatória simples considerando um intervalo com 95 % de confiança. A amostra total calculada foi de 30 pacientes, com um erro amostral máximo de 5 %.

Fórmula para o cálculo do tamanho da amostra:

$$n = \frac{N(1.96)_c^2 p(1-p)}{\varepsilon_p^2(N-1) + (1.96)_c^2 p(1-p)}$$

Sendo,

N = tamanho da população

p = proporção estimada

ε = erro amostral

4.3.1. Critérios de Inclusão

- Pacientes de ambos os gêneros;
- Com cicatrizes ou sequela de lesão por queimadura sem restrições quanto ao agente, extensão da superfície corpórea, região anatômica ou profundidade da queimadura;
- Idade entre 18 e 59 anos;
- Ter entre 6 a 24 meses após a queimadura;

4.3.2. Critérios de Não-Inclusão

- Não concordar em participar da pesquisa;
- Possuir lesão por queimadura no momento da avaliação;
- Estar internado.

4.3.3. Caracterização da Casuística

Quanto ao gênero, a maioria dos pacientes ($n = 17$) era do gênero masculino, representando 56,7 % da casuística. A idade variou de 18 a 59 anos, com média de 36,1 anos, desvio padrão ($DP = 11,2$). Quanto à situação atual de trabalho, 70 % dos sujeitos desta pesquisa exerciam algum tipo de trabalho remunerado, 10 % encontravam-se desempregados e 3,3 % estavam afastados do trabalho por sequela da queimadura. O tempo após queimadura variou de 6 a 24 meses, com média de 15,4 meses. Quanto ao estado civil, 53,3 % eram casados e 40 % solteiros. Em relação à

escolaridade, 6,7 % nunca tinham frequentado a escola, 36,7 % possuía ensino fundamental incompleto e 30 % ensino médio completo.

Quanto ao agente causador da queimadura, o líquido inflamável respondeu por 50 % dos acidentes, seguido do líquido aquecido, que representou 30 %.

A média de Superfície Corpórea Queimada (SCQ) foi de 21 %, variando de 1 a 60 % (DP = 17,10), e o tempo de internação variou de 2 a 94 dias, com média de 34,7 dias (DP = 27,3).

Com relação ao uso de drogas ilícitas, um paciente (3,3 %) fazia uso (cocaína) e três (10 %) eram ex-usuários. Quanto ao motivo da queimadura, quatro pacientes (13,3 %) relataram tentativa de suicídio, três (10 %) tentativa de homicídio, e 23 (76,7 %) relataram acidente.

Os dados individuais estão descritos em Tabelas apresentadas no Apêndice 2 (Tabelas de 1 a 4).

4.4. Instrumentos de Pesquisa

Foi utilizado um instrumento para coleta de dados sobre as características sociodemográficas (Apêndice 3), e foram aplicados, por entrevista, os questionários *SF-36* (Anexo 1), *Burn Specific Health Scale-Revised (BSHS-R)* (Anexo 2), Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP-EPM (Anexo 3), *Health Assessment Questionnaire-20* (Anexo 4), e a *Escala Visual Analógica* (Anexo 5).

Todas as entrevistas foram realizadas pela autora do estudo e por uma pesquisadora treinada para coleta, em sala ambulatorial com ambiente tranquilo com tempo médio para cada entrevista de 40 minutos, a coleta foi realizada no período de março a agosto de 2012. Foram incluídos pacientes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 4), concordando em participar da pesquisa.

4.4.1. Instrumento para Avaliação da Qualidade de Vida

Para avaliação da qualidade de vida foi utilizado o instrumento genérico *SF-36*, composto por 36 itens, divididos em 8 domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspecto emocional (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre o estado de saúde atual e o de um ano atrás (WARE & SHERBOURNE, 1992).

Cada dimensão do SF-36 é avaliada de forma independente e apresenta escore que varia de 0 a 100, sendo 0 a representação do pior estado de saúde e 100 do melhor. Esse questionário enfatiza a percepção do indivíduo sobre sua saúde no período de quatro semanas anteriores ao momento da coleta de dados. O SF-36 foi traduzido, adaptado à cultura brasileira e validado para uso no Brasil (CICONELLI *et al.* 1999).

4.4.2. Instrumento Específico para Avaliação de Qualidade de Vida em Pacientes com Queimadura

O *Burn Specific Health Scale-Revised* é uma escala específica para avaliação da qualidade de vida de pacientes que tiveram queimadura. Após três revisões passou a ter 31 itens, com a pontuação total variando entre 31 e 155, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida. É organizado em seis domínios: afeto e imagem corporal (8 itens), sensibilidade da pele (5 itens), habilidades para funções simples (4 itens), regime de tratamento (5 itens), trabalho (4 itens) e relações interpessoais (5 itens), sendo denominado *BSHS-Revised* (BLALOCK, BUNKER, DEVELLIS, 1994). Traduzido e adaptado para cultura brasileira por FERREIRA *et al.* (2008).

4.4.3. Instrumento Específico para Avaliação da Autoestima

Para avaliar a autoestima foi utilizada a Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP-EPM, que foi traduzida, adaptada culturalmente e validada para uso no Brasil em 2000 (DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004). É um questionário específico para avaliação da autoestima com dez frases afirmativas, e quanto menor a pontuação, melhor a autoestima. Para a escala de autoestima, apenas um escore é obtido e varia de zero a 30, sendo zero a melhor autoestima e 30 a pior.

4.4.4. Instrumento para Avaliação da Capacidade Funcional

Foi utilizada a versão para o português (Brasil) do *Health Assessment Questionnaire (HAQ-20)*, proposta por FERRAZ *et al.* (1990). É um instrumento específico para capacidade funcional e compreende 20 itens, com quatro opções de resposta para cada questão. É dividido em componentes:

Componente 1 – perguntas 1 e 2, relacionadas a vestir-se, amarrar os sapatos, abotoar as roupas, lavar a cabeça e os cabelos.

Componente 2 - perguntas 3 e 4, abrangem atividades como levantar-se de uma maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem os braços, deitar-se e levantar-se da cama.

Componente 3 - perguntas 5, 6, e 7, relacionam-se a cortar um pedaço de carne, levar à boca um copo ou xícara de café, leite ou água e abrir um saco de leite comum.

Componente 4 - perguntas 8 e 9, englobam atividades como caminhar em lugares planos e subir 5 degraus.

Componente 5 - perguntas 10, 11 e 12, relacionadas a lavar o corpo inteiro e secá-lo após o banho, tomar banho de chuveiro, sentar-se e levantar-se do vaso sanitário.

Componente 6 - perguntas 13 e 14, avaliam a capacidade do indivíduo levantar os braços e pegar um objeto de mais de 2,5 quilos, posicionado um pouco acima de sua cabeça e curvar-se para pegar suas roupas no chão.

Componente 7 - perguntas 15, 16 e 17, analisam a capacidade da pessoa segurar-se em pé no ônibus ou metrô, destampar potes ou vidros de conserva que tenham sido previamente abertos, abrir e fechar torneiras.

Componente 8 - perguntas 18, 19 e 20, mensuram a capacidade da pessoa fazer compras nas redondezas de onde mora, entrar e sair de um ônibus e realizar tarefas como usar a vassoura para varrer e o rodo para puxar água.

Cada um dos componentes desse instrumento é avaliado por um único índice, que varia de zero a três, sendo zero igual a ser capaz de fazer e três a ser incapaz de realizar determinada função. Produz um escore único, que varia de zero a três, em que zero é o melhor estado de saúde e três, o pior.

4.4.5. Instrumento para Avaliação da Dor

Utilizou-se a Escala Visual Analógica (EVA), que é representada por uma reta horizontal com 10 centímetros de comprimento sobre a qual o paciente fará uma marca indicando a intensidade de sua dor naquele momento. Seus extremos (0 e 10) correspondem, respectivamente, a nenhuma dor e ao máximo de dor que o paciente pode sentir. Valores inferiores a 3 cm representam dor de intensidade leve, de 3 a 7 cm dor de

intensidade moderada e acima de 7 cm, dor de intensidade grave (SCOTT & HUSKISSON, 1976).

Foram utilizadas medidas de tendência central (mediana, média, desvio padrão) para descrição de variáveis numéricas e frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas. Foi utilizado o teste *t* de Student, paramétrico, para comparação das variáveis numéricas.

A Análise de Variância (ANOVA) foi aplicada para verificar a significância estatística das diferenças entre as médias, e o teste de Tukey para comparação múltipla.

O teste de Kruskal-Wallis é um teste não paramétrico utilizado como alternativa à ANOVA quando as suposições desta última não forem satisfeitas (nesse caso, não foi atendida a suposição de homogeneidade de variâncias).

O coeficiente de correlação de Spearman (*rho*) foi utilizado para analisar as correlações entre as escalas. O Coeficiente de Correlação pode variar entre -1 e +1. Quanto mais próximo destes extremos maior é a correlação (positiva ou negativa) entre as variáveis comparadas.

O teste de Dunn foi utilizado para as comparações múltiplas.

Para todos os testes estatísticos foi considerado o nível de significância 5 % ($p < 0,05$).

RESULTADOS

5. RESULTADOS

Os resultados da avaliação dos 30 pacientes que tiveram queimaduras são apresentados nas tabelas a seguir.

A Tabela 5 apresenta a estatística descritiva dos escores dos instrumentos utilizados (*SF-36*, *BSHS-R*, Escala de Autoestima de Rosenberg/UNIFESP-EPM, *HAQ-20* e Escala Visual Analógica).

É importante destacar que nos questionários *SF-36* e *BSHS-R*, quanto maior os escores, melhor a qualidade de vida e quanto menor, pior. Já nas escalas de autoestima de Rosenberg/UNIFESP-EPM, *HAQ-20* e Escala Visual Analógica, os maiores escores correspondem às piores avaliações sobre autoestima, capacidade funcional e dor, e os menores escores, são considerados avaliações positivas sobre esses aspectos de qualidade de vida.

TABELA 5 – Estatística descritiva dos escores do *SF-36*, da *BSHS-R*, da Escala de Autoestima de Rosenberg/UNIFESP-EPM, do *HAQ-20* e Escala Visual Analógica (EVA) (n = 30).

Instrumentos	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão
Domínios do SF-36 ¹					
Capacidade Funcional	0,0	100,0	52,5	60,0	29,5
Aspectos Físicos	0,0	100,0	12,5	39,1	45,3
Dor	0,0	100,0	51,5	56,3	29,0
Estado Geral de Saúde	32,0	100,0	77,0	73,8	20,7
Vitalidade	0,0	100,0	57,5	57,3	23,0
Aspectos Sociais	12,5	100,0	75,0	70,4	28,9
Aspecto Emocional	0,0	100,0	33,3	46,6	45,1
Saúde Mental	4,0	100,0	52,0	57,0	23,2
<i>BSHS-R</i> ²	53,0	155,0	115,5	110,0	33,2
Rosenberg	0,0	19,0	9,5	9,1	5,6
<i>HAQ-20</i> ³	0,0	2,1	0,6	0,7	0,7
EVA ⁴	0,0	7,0	3,5	3,6	2,4

(1) **SF-36** - *Short Form-36*; (2) **BSHS-R** - *Burn Specific Health Scale – Revised*; (3) **HAQ-20** - *Health Assessment Questionnaire*; (4) **EVA** – Escala Visual Analógica.

A Tabela 6 apresenta os resultados dos 30 pacientes estratificados por gênero e a respectiva análise estatística. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os gêneros nos domínios do *SF-36* Aspecto Emocional ($p = 0,023$) e Saúde Mental ($p = 0,047$). Em ambos os domínios os homens apresentaram melhores resultados. Não se observou diferença estatística entre os gêneros quanto aos demais domínios do *SF-36* ou quanto aos escores da *BSHS-R*, escala de autoestima de Rosenberg/UNIFESP-EPM, do *HAQ-20* ou da *Escala Visual Analógica* (EVA).

TABELA 6 – Comparação entre os pacientes dos gêneros feminino (n = 13) e masculino (n = 17) quanto aos escores do *SF-36*, *BSHS-R*, Escala de Autoestima de Rosenberg/UNIFESP-EPM, *HAQ-20* e *Escala Visual Analógica* (EVA).

Instrumentos	Média		p-valor
	Feminino	Masculino	Feminino x Masculino
SF-36 ¹			
Capacidade Funcional	59,2	60,5	p = 0,903
Aspectos Físicos	25,0	50,0	p = 0,123
Dor	60,2	53,4	p = 0,534
Estado Geral de Saúde	67,3	78,8	p = 0,138
Vitalidade	56,5	57,9	p = 0,872
Aspectos Sociais	61,5	77,2	p = 0,144
Aspecto Emocional	25,6	62,7	p = 0,023
Saúde Mental	48,0	64,0	p = 0,047
<i>BSHS-R</i> ²	100,2	117,8	p = 0,181
Rosenberg	10,4	8,0	p = 0,254
<i>HAQ-20</i> ³	0,92	0,69	p = 0,406
EVA ⁴	4,4	3,0	p = 0,125

(1) *SF-36* - *Short Form-36*; (2) *BSHS-R* - *Burn Specific Health Scale – Revised*; (3) *HAQ-20* - *Health Assessment Questionnaire*; (4) *EVA* – *Escala Visual Analógica*.

* Teste *t* de Student

A Tabela 7 apresenta os resultados dos 30 pacientes estratificados por faixas etárias e a respectiva análise estatística, não tendo sido observadas diferenças significantes entre essas variáveis.

TABELA 7 – Comparação entre os pacientes de diversas faixas etárias quanto aos escores do *SF-36*, *BSHS-R*, Escala de Autoestima de Rosenberg/UNIFESP-EPM, *HAQ-20* e *Escala Visual Analógica (EVA)*.

Instrumentos	Escores Médios				p-valor
	18 a 27 anos	28 a 37 anos	38 a 47 anos	48 anos ou mais	
<i>SF-36</i> ¹					
Capacidade Funcional	52,1	62,5	73,0	53,3	p = 0,596
Aspectos Físicos	25,0	43,8	50,0	37,5	p = 0,772
Dor	49,3	60,7	66,8	47,3	p = 0,706
Estado Geral de Saúde	73,3	79,0	74,0	64,2	p = 0,522
Vitalidade	60,0	57,9	56,0	54,2	p = 0,933
Aspectos Sociais	71,4	72,9	62,5	70,8	p = 0,958
Aspecto Emocional	38,1	50,0	33,3	61,1	p = 0,824
Saúde Mental	57,1	65,7	52,0	44,0	p = 0,218
<i>BSHS-R</i> ²	99,6	118,6	108,4	106,3	p = 0,635
Rosenberg	9,9	8,3	7,4	11,3	p = 0,665
<i>HAQ-20</i> ³	0,9	0,6	0,7	1,0	p = 0,762
<i>EVA</i> ⁴	5,3	2,4	3,6	4,3	p = 0,079

(1) *SF-36* - *Short Form-36*; (2) *BSHS-R* - *Burn Specific Health Scale – Revised*; (3) *HAQ-20* - *Health Assessment Questionnaire*; (4) *EVA* – *Escala Visual Analógica*.

*Teste Kruskal-Wallis

A Tabela 8 apresenta os resultados com diferença estatisticamente significativa entre as variáveis consumo de álcool e os escores dos questionários de qualidade de vida, autoestima e dor.

TABELA 8 – Comparação entre os pacientes e o consumo de álcool quanto aos escores do *SF-36*, da Escala de Autoestima de Rosenberg/UNIFESP-EPM, da escala *BSHS-R* e da *Escala Visual Analógica (EVA)*.

Instrumentos	ÁLCOOL	n	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	p-valor
<i>SF-36</i> ¹ Dor	Ex-usuário	3	,00	22,00	12,00	11,33 a	p = 0,025
	Nega	21	10,00	100,00	52,00	60,33 b	
	Sim	6	32,00	100,00	58,00	65,00 b	
<i>SF-36</i> Vitalidade	Ex-usuário	3	,00	50,00	25,00	25,00 a	p = 0,041
	Nega	21	30,00	100,00	55,00	58,81 ab	
	Sim	6	60,00	90,00	65,00	68,33 b	
<i>SF-36</i> Saúde Mental	Ex-usuário	3	4,00	48,00	48,00	33,33 a	p = 0,023
	Nega	21	28,00	100,00	48,00	54,10 a	
	Sim	6	48,00	96,00	82,00	79,33 a	
Escore total Rosenberg	Ex-usuário	3	13,00	16,00	15,00	14,67 a	p = 0,044
	Nega	21	,00	19,00	10,00	9,33 ab	
	Sim	6	,00	11,00	6,00	5,50 b	
Escore Total <i>BSHS-R</i> ²	Ex-usuário	3	56,00	72,00	60,00	62,67 a	p = 0,015
	Nega	21	53,00	155,00	114,00	110,71 ab	
	Sim	6	76,00	155,00	137,50	131,17 b	
EVA ³	Ex-usuário	3	5,00	7,00	7,00	6,33 a	p = 0,007
	Nega	21	,00	7,00	4,00	4,00 a	
	Sim	6	,00	3,00	1,00	1,17 b	

(1) **SF-36** - *Short Form-36*; (2) **BSHS-R** - *Burn Specific Health Scale – Revised*; (3) **EVA** – Escala Visual Analógica.

*Teste Kruskal-Wallis

A Tabela 9 apresenta a análise de correlação entre os escores das escalas. A correlação das escalas de Rosenberg, EVA e *HAQ-20* com a escala *BSHS-R* mostra que quanto pior autoestima, dor e capacidade funcional, pior o estado de saúde. Na escala de Rosenberg com os domínios Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Saúde Mental do *SF-36*, mostra que quanto pior autoestima, pior estado de saúde. Na escala EVA com *BSHS-R*, quanto mais dor, pior estado de saúde. O escore do *HAQ-20* com *BSHS-R* mostra que quanto pior capacidade funcional, pior o estado de saúde.

TABELA 9 – Análise de Correlação entre os escores das escalas *SF-36*¹, *BSHS-R*², Escala de Autoestima de Rosenberg/UNIFESP-EPM, *HAQ-20* e *Escala Visual Analógica (EVA)*³.

Instrumentos		Total escala Rosenberg	EVA	Escore do HAQ-20 ⁴	Escore Total BSHS	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspecto Emocional	Saúde Mental
Total escala Rosenberg	Correlation Coefficient	1,000	0,605	0,511	-0,816*	-0,300	-0,251	-0,533	-0,816*	-0,716*	-0,553	-0,408	0,734*
EVA	Correlation Coefficient	0,605	1,000	0,188	-0,603	-0,198	-0,073	-0,248	-0,453	-0,382	-0,330	-0,182	-0,602
Escore do HAQ-20	Correlation Coefficient	0,511	0,188	1,000	-0,733*	-0,643	-0,632	-0,613	-0,583	-0,389	-0,445	-0,595	-0,357
Escore Total BSHS	Correlation Coefficient	-0,816*	-0,603	-0,733*	1,000	0,475	0,410	0,607	0,691	0,612	0,635	0,545	0,633
Capacidade Funcional	Correlation Coefficient	-0,300	-0,198	-0,643	0,475	1,000	0,745*	0,509	0,444	0,259	0,255	0,737*	0,185
Aspectos Físicos	Correlation Coefficient	-0,251	-0,073	-0,632	0,410	0,745*	1,000	0,355	0,466	0,180	0,222	0,770*	0,264
Dor	Correlation Coefficient	-0,533	-0,248	-0,613	0,607	0,509	0,355	1,000	0,573	0,383	0,585	0,416	0,357
Estado Geral de Saúde	Correlation Coefficient	-0,816*	-0,453	-0,583	0,691	0,444	0,466	0,573	1,000	0,670	0,483	0,541	0,716*
Vitalidade	Correlation Coefficient	-0,716*	-0,382	-0,389	0,612	0,259	0,180	0,383	0,670	1,000	0,484	0,428	0,778*
Aspectos Sociais	Correlation Coefficient	-0,553	-0,330	-0,445	0,635	0,255	0,222	0,585	0,483	0,484	1,000	0,319	0,504
Aspecto Emocional	Correlation Coefficient	-0,408	-0,182	-0,595	0,545	0,737*	0,770*	0,416	0,541	0,428	0,319	1,000	0,452
Saúde Mental	Correlation Coefficient	-0,734*	-0,602	-0,357	0,633	0,185	0,264	0,357	0,716*	0,778*	0,504	0,452	1,000

(1) *SF-36* - Short Form-36; (2) *BSHS-R* - Burn Specific Health Scale – Revised; (3) *EVA* – Escala Visual Analógica; (4) *HAQ-20* - Health Assessment Questionnaire.

*Spearman (ρ)

Na avaliação entre os diversos questionários utilizados no presente estudo e no item uso de drogas ilícitas por meio do Teste Kruskal-Wallis, foi observada diferença significativa entre essa variável e o domínio Dor do *SF-36* ($p = 0,008$).

Todas as demais variáveis relativas aos dados demográficos, clínicos e específicos sobre a queimadura foram submetidas a análise estatística (Teste Kruskal-Wallis, *t* de Student, ANOVA, coeficiente de correlação de Spearman e Dunn); entretanto, não foram observadas diferenças significantes.

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Queimadura é um trauma com repercussões sociais, econômicas e de saúde pública, necessitando da atenção de órgãos governamentais de forma multidisciplinar e multiprofissional (DAVYDOW, KATON, ZATZICK, 2009; TAOI *et al.*, 2012). As queimaduras estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade devido à complexidade do tratamento (WIECHMAN ASKAY & PATTERSON, 2008; SOUZA *et al.*, 2009; GRAGNANI & FERREIRA, 2009; ONCUL *et al.*, 2009; SAMUEL *et al.*, 2011).

A epidemiologia dessas lesões varia em diferentes regiões do mundo e diferentes épocas, estando relacionada a práticas culturais, crises sociais e circunstâncias individuais (ASUQUO *et al.*, 2008; TAOI *et al.*, 2012).

O processo de cicatrização das queimaduras, que pode durar meses, depende da profundidade e demais fatores inter-relacionados. As sequelas podem resultar na dificuldade de retorno às atividades anteriores ao acidente, causando medo e ansiedade (CIOFI-SILVA *et al.*, 2010). Em longo prazo, as cicatrizes deixadas pela queimadura, a desfiguração, alterações na capacidade de movimento devido a retrações teciduais e dores, bem como outras sequelas físicas, podem resultar em sentimento de desamparo, perda do papel na comunidade, escola e família (BRUSSELAERS *et al.*, 2010; TYACK *et al.*, 2012). Cerca de 40 % desses pacientes necessitam de auxílio psicológico e psiquiátrico até dois anos após a lesão (SIDELI *et al.*, 2010).

O primeiro ano após a queimadura tem sido considerado o mais crítico para o paciente e seus familiares (WIECHMAN ASKAY &

PATTERSON, 2004; PAVONI *et al.*, 2010; XIE, 2012). Os primeiros dias em casa são particularmente muito difíceis, pois logo são percebidas as mudanças ocorridas em suas vidas.

Nos últimos anos ferramentas para mensuração da qualidade de vida têm sido amplamente utilizadas em pesquisas. A avaliação da qualidade de vida tem sido um importante tópico da pesquisa na área da saúde (VEIGA *et al.*, 2002; FREIRE *et al.*, 2004; BLANES, CARMAGNANI, FERREIRA, 2007; SABINO NETO *et al.*, 2007; NICODEMO, PEREIRA, FERREIRA, 2008; BLANES, CARMAGNANI, FERREIRA, 2009; DAVANÇO *et al.*, 2009; FERREIRA *et al.*, 2009; GALHARDO *et al.*, 2010; VEIGA *et al.*, 2010; FARIAS *et al.*, 2011; MENESES *et al.*, 2011).

A qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação a suas metas, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1995), devendo incluir trabalho, família, amigos e outras circunstâncias de vida (GILL & FEINSTEIN, 1994).

O conceito de qualidade de vida relacionada à saúde é utilizado de forma mais específica, sendo a percepção subjetiva dos aspectos da vida diretamente influenciados pelas alterações no estado de saúde ou afetados pela doença ou tratamento (TESTA & SIMONSON, 1996). Refere-se à capacidade de superar as dificuldades resultantes de condições mórbidas ou de viver sem doença (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000).

No Brasil é crescente a preocupação com o atendimento multidisciplinar para a reabilitação do paciente com queimadura. Os aspectos físicos e emocionais devem ser acompanhados para implementar programas de atendimento a essa população. A partir dessa necessidade, o presente estudo apresenta os resultados de avaliação de alguns aspectos de 30 pacientes, com seis meses a dois anos de tempo após a queimadura.

Alguns resultados foram semelhantes aos de diversos estudos sobre qualidade de vida após queimadura (DRUERY, BROWN, MULLER, 2005; NOVELLI *et al.*, 2009; CIOFI-SILVA *et al.*, 2010; CORRY, KLICK, FAUERBACH, 2010; PAVONI *et al.*, 2010; SOUZA 2011; XIE *et al.*, 2012).

Neste estudo, em concordância com a literatura, observou-se uma predominância do gênero masculino (56,7 %), com média de idade de 36,1 anos, comparável à encontrada por outros autores, de 38 anos (CIOFI-SILVA *et al.*, 2010). Os homens estão expostos a atividades com maior risco para acidentes, como manuseio de equipamentos mecânicos ou trabalho na rede elétrica, manipulação de substâncias químicas, como combustíveis, entre outros. A população jovem e masculina continua a ser a de maior risco para queimaduras (TELERMAM, 1999; DRUERY, BROWN, MULLER, 2005; MASON *et al.*, 2008; WASIAK & CLELAND, 2009; PAVONI *et al.*, 2010; LEÃO *et al.*, 2011; TYACK *et al.*, 2012).

O principal agente causador das queimaduras foi o líquido inflamável (álcool), em 40 % dos casos, seguido do escaldado (líquido aquecido) 30 %, e outras causas representaram 30 % da casuística. Esses resultados estão de acordo com dados nacionais. No Brasil, a causa mais comum de queimaduras ainda é o líquido inflamável (álcool), seguida pelo escaldado. A utilização displicente de produtos inflamáveis responde por grande número de acidentes e a implementação de programas de prevenção e conscientização poderia contribuir para redução desses acidentes (TELERMAM, 1999; GIMENES *et al.*, 2009). Medidas simples, como a substituição de vasilhames de álcool de 1000 ml por 100 ml, assim como já ocorre em outros países, poderiam prevenir inúmeros acidentes (LACERDA *et al.*, 2010; LEÃO *et al.*, 2011; JANSBEKEN *et al.*, 2012).

Na maioria das vezes, os acidentes estão relacionados ao uso durante atividades festivas, por exemplo, em churrascos ou em tentativas de suicídio e homicídio.

Em relação à superfície corpórea queimada (SCQ), a média foi de 21 %, a mesma encontrada em estudo realizado para controle da dor com 12 pacientes em um centro para tratamento de queimaduras nos Estados Unidos (HOFFMAN, PATTERSON, CARROUGHER, 2000), e maior do que a encontrada em outro estudo, de 14,1 % (MASON *et al.*, 2008).

Quanto à situação atual de trabalho, 70 % dos sujeitos desta pesquisa exerciam algum tipo de trabalho remunerado, 10 % encontravam-se desempregados e 3,3 % estavam afastados do trabalho por sequela da queimadura. MASON *et al.* (2008) observaram que 74,1 % dos pacientes após queimadura trabalhavam. Após dois anos de queimadura, a maioria dos pacientes apresenta pouca ou nenhuma dificuldade de retornar ao trabalho (DRUERY, BROWN, MULLER, 2005).

Observou-se baixa escolaridade entre os sujeitos do presente estudo; apenas 30 % possuía ensino médio, enquanto 60 % ensino fundamental completo ou incompleto e 6,7 % nunca frequentaram a escola. Na maioria das vezes as queimaduras no Brasil estão relacionadas a baixa renda, pobreza, desemprego, habitações precárias e baixa escolaridade (CIOFI-SILVA *et al.*, 2010).

Na análise estatística não foram observadas diferenças significantes entre os domínios da Qualidade de Vida (QV) do *SF-36* e *BSHS-R*, autoestima, capacidade funcional e dor e as variáveis demográficas aqui apresentadas.

O consumo de álcool entre pacientes que tiveram queimadura é comum, no entanto, ainda pouco estudado. O abuso do consumo de álcool é um importante fator de risco para pacientes com queimadura (SALEHI *et*

al., 2012). Nos casos de mortalidade, cerca de 50 % dos pacientes têm história de consumo de álcool (DAVIS *et al.*, 2013). O consumo do álcool traz diversas complicações, entre elas, complicações pós-cirúrgicas, aumento do tempo de internação, aumento da incidência de sepse e o aumento da taxa de mortalidade (COFFEY & MURPHY, 2012).

Cerca de 20 % dos pacientes fazia uso de bebidas alcoólicas e 13,3 % uso de drogas ilícitas. Os domínios do *SF-36* Dor, Vitalidade e Saúde Mental foram afetadas de forma negativa, assim como nas escalas do *BSHS-R*, Rosenberg e EVA. O consumo abusivo de álcool está geralmente associado a lesões e traumas por violência (BALTIERI & ANDRADE, 2008). Neste estudo o consumo de álcool e de drogas ilícitas foi associado aos casos de homicídio e tentativa de suicídio.

O consumo de drogas ilícitas, sendo a cocaína a droga de uso pelos pacientes do estudo, também resultou diferença significativa com o escore médio Dor do *SF-36* ($p < 0,05$). O uso crônico de cocaína está associado a uma redução na quantidade de dopamina cerebral, que poderia explicar as altas taxas de depressão, irritabilidade e ansiedade dos usuários (DACKIS & O'BRIEN, 2001). A concomitância do uso da cocaína e álcool ou outros sedativos é comum em usuários crônicos, para evitar os efeitos estimulantes desagradáveis, podendo ocorrer tolerância, definida como uma adaptação fisiológica do organismo a uma substância, e manifestada clinicamente pela necessidade do aumento da dose para obtenção dos mesmos efeitos (CADET & BOLLA, 1996; BOLLA, ROTHMAN, CADET, 1999; NISHIZAWA *et al.*, 2012), sendo comum a procura de ajuda médica por esses pacientes para controle da dor (LAROCHE *et al.*, 2012).

Estudos mostram que, entre pacientes com queimadura, são frequentes os antecedentes psiquiátricos ou alterações psicológicas, o uso

abusivo de álcool ou drogas e os problemas sociais, o que pode contribuir para tentativa de suicídio (PATTERSON *et al.*, 1993; ONARHEIM & VINDENES, 2005; SILVER *et al.*, 2008).

Neste estudo, 13,3 % dos acidentes foram tentativas de suicídio e 10 % tentativa de homicídio, sendo utilizado em ambos os casos o líquido inflamável (álcool), condizente com a literatura encontrada (MACEDO, ROSA, GOMES E SILVA, 2011). Neste estudo o uso de álcool e drogas foi relacionado a tentativas de suicídio e homicídio. Autores sugerem que esses pacientes necessitam de atenção, auxílio psicológico para desenvolver habilidades de enfrentamento e adaptação; essas medidas podem ser benéficas na redução das tentativas de suicídio. Esses pacientes precisam de constante suporte psiquiátrico, o qual pode ser útil na prevenção de futuros episódios de autoagressão. A identificação de populações ou grupos de risco é de fundamental importância para uma abordagem terapêutica direcionada e para programas de prevenção (EDWARDS *et al.*, 2007a; MACEDO, ROSA, GOMES E SILVA, 2011).

Com os avanços da medicina, o número de pessoas que sobrevivem à queimadura tem aumentado progressivamente, tornando um desafio o cuidado em longo prazo, e também levando a um maior interesse pela qualidade de vida desses pacientes (PATTERSON *et al.*, 1993; SAFFLE *et al.*, 1996; MUNSTER, 1999; WIECHMAN ASKAY & PATTERSON, 2004; POPE *et al.*, 2007; PATTERSON, 2007; ULLRICH, ASKAY, PATTERSON, 2009; KAMOLZ, 2010; XIE *et al.*, 2012; PISHNAMAZI *et al.*, 2013).

A queimadura tem grande impacto sobre a qualidade de vida do indivíduo, mas somente na última década tem sido estudada. As consequências da queimadura influenciam diretamente a qualidade de vida, pois resultam em deformidades estéticas drásticas (PATTERSON *et al.*,

1993). O impacto social é um dos fatores mais importantes na vida da pessoa que teve queimadura, cicatrizes permanentes podem causar repercussões irreparáveis (CIOFI-SILVA *et al.*, 2010).

O presente estudo propôs a avaliação da qualidade de vida, capacidade funcional, autoestima e dor em pacientes após queimadura. As lesões por queimadura estão entre os mais complexos e perigosos danos físicos. Além da dor e angústia, uma grande queimadura pode deixar o paciente com cicatrizes físicas visíveis e sequelas psicológicas (PHAM *et al.*, 2007; BRUSSELAERS *et al.*, 2010). As cicatrizes, quando visíveis, podem afetar as atividades sociais e conseqüentemente trazer o isolamento social (CIOFI-SILVA *et al.*, 2010).

Neste estudo foi utilizado o instrumento genérico para avaliação da qualidade de vida *SF-36*. O *SF-36* foi proposto por WARE & SHERBOURNE (1992) e foi traduzido e validado para língua portuguesa, adaptado para a cultura brasileira (CICONELLI *et al.*, 1999). Estudos relatam alta consistência e alta reprodutibilidade do instrumento (WARE & SHERBOURNE, 1992; BRAZIER *et al.*, 1992).

O *SF-36* é um instrumento genérico, muito utilizado, traduzido para vários idiomas e que pode avaliar diferentes áreas (COONS *et al.*, 2000). Cada sociedade tem suas próprias crenças, atitudes, costumes, comportamentos e hábitos sociais. Daí a importância de se utilizar um questionário culturalmente adaptado ao país em que o estudo é realizado (BRAZIER *et al.*, 1992; CICONELLI *et al.*, 1999).

O *SF-36* pode ser autoadministrado, enviado pelo correio ou aplicado por meio de entrevistas, mas a forma de administração deve ser padronizada, para não haver interferência com os resultados. A opção por entrevistas deveu-se à baixa escolaridade dos sujeitos observada neste estudo. Esta, por sua vez, determina redução na qualidade das informações

obtidas com questionários autoadministrados. Pacientes com baixo nível sociocultural, que tiveram acesso apenas ao ensino fundamental, são mais bem avaliados por meio de entrevistas (D'AMORIM, 2001; BRAZIER *et al.*, 1992; EDWARDS *et al.*, 2007a; SABINO NETO *et al.*, 2007; DAVANÇO *et al.*, 2009).

Outros autores estudaram qualidade de vida em pacientes com queimaduras. EDWARDS *et al.* (2007a) utilizaram o *SF-36* em três centros especializados de queimadura nos Estados Unidos, para avaliar prospectivamente 407 pacientes após queimadura, em um período de seis anos. Após doze meses, 128 pacientes ainda permaneciam no estudo. O objetivo desses autores foi avaliar se a dor interfere na idealização suicida de pacientes após queimadura. Na alta hospitalar o escore médio de dor foi de 33,7, após seis meses foi de 61,1 e doze meses após a lesão, o escore médio do domínio dor foi de 64,8, maior do que o encontrado neste estudo, de 56,3. Por outro lado, o escore médio obtido para o domínio saúde mental foi de 45,4, enquanto o deste estudo foi de 57.

Em estudo prospectivo com 171 pacientes com queimadura, por um período de oito anos a partir do momento da alta hospitalar, os autores observaram que os sintomas de estresse pós-traumático se correlacionaram aos domínios de aspecto físico e social do *SF-36* até dois anos após a queimadura (CORY, KLICK, FAUERBACH, 2010).

Na avaliação de qualidade de vida de pacientes internados em uma unidade de tratamento para queimaduras, foi constatado que os domínios do *SF-36* capacidade funcional, dor e aspecto social foram os mais prejudicados, e que os homens apresentaram escores melhores nos domínios capacidade funcional e dor e as mulheres no domínio aspecto social (SOUZA, 2011). No presente estudo os homens apresentaram melhores escores, quando comparados às mulheres, em todos os domínios

do *SF-36*. Os domínios com piores escores foram aspecto físico e aspecto emocional, assim como no estudo de SOUZA (2011).

O item Dor do *SF-36* apresentou significância estatística em usuários de cocaína e os itens Dor, Vitalidade e Saúde Mental, com o uso de álcool, conforme discutido anteriormente.

O *Burn Specific Health Scale-Revised* é uma escala específica para avaliação da qualidade de vida de pacientes que tiveram queimadura (BLALOCK, BUNKER, DEVELLIS, 1994). A escala foi traduzida e adaptada para a cultura brasileira por FERREIRA *et al.* (2008) e tem sido utilizada em diversos estudos (DYSTER-AAS *et al.*, 2004; DRUERY, BROWN, MULLER, 2005; SIDELI *et al.*, 2010; CHOI *et al.*, 2011). Neste estudo o escore médio da *BSHS-R* foi de 110, sendo que a escala varia de 31 a 155 e quanto maior a pontuação melhor o estado de saúde correspondente, e quanto menor, pior. Com relação aos gêneros não houve diferença significativa, sendo semelhante a estudos realizados por DRUERY, BROWN, MULLER (2005) e CHOI *et al.*, (2011). O consumo de álcool e o escore total apresentou diferença significativa ($p = 0,015$), normalmente o abuso do álcool está relacionado a uma pior qualidade de vida (BECCARIA, ROLANDO, ASCANI, 2012).

A autoestima pode ser definida como o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, ou seja, o quanto ela gosta de si, como ela se vê e o que pensa sobre ela mesma. A autoimagem é o centro da vida subjetiva do indivíduo determinando seus pensamentos, sentimentos e comportamentos (DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004).

No presente estudo, a avaliação da autoestima foi realizada por meio da Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP–EPM. As sequelas decorrentes das queimaduras, principalmente quando visíveis, causam transtornos emocionais e sociais, fazendo com que os pacientes apresentem

sinais de diminuição da autoestima, tristeza e isolamento social. Essa escala também já foi utilizada, por outros autores, em crianças e jovens após queimadura (ORR, REZNIKOFF, SMITH, 1989; BIGGS *et al.*, 1997; ARNOLDO *et al.*, 2006; RIMMER *et al.*, 2007).

A avaliação da autoestima de pessoas com feridas vem se tornando cada vez mais importante e necessária, pois quando um indivíduo adquire uma lesão, ele começa a apresentar modificações em seu corpo, com alterações em sua imagem corporal que podem afetar profundamente seu bem-estar mental (HENDERSON, 2006). Normalmente o consumo de álcool está relacionado a diminuição da autoestima (DUNLOP & TRACY, 2013; TOMAKA, MORALES-MONKS, SHAMALEY, 2012; ZEIGLER-HILL, MADSON, RICEDORF, 2012). A autoestima teve diferença significativa com relação ao consumo de álcool ($p = 0,044$) e em relação aos dados demográficos, não houve diferenças significantes.

FRIES *et al.* (1980) propuseram o *HAQ-20*, questionário específico para avaliação da capacidade funcional. FERRAZ *et al.* (1990) traduziram para língua portuguesa, adaptaram para a cultura brasileira e validaram o instrumento para utilização no Brasil. Na avaliação da capacidade funcional nos pacientes após queimadura com o *HAQ-20*, os elementos avaliados foram a capacidade do paciente para se vestir, levantar, alimentar, caminhar, cuidar da higiene pessoal, alcançar objetos, apreender objetos e realizar outras atividades. O escore total do *HAQ-20* neste estudo foi de 0,7, demonstrando boa capacidade funcional dos pacientes. O domínio varia entre 0 e 3 e quanto menor o domínio, melhor o estado de saúde. Apesar de não apresentar diferença significativa entre as faixas de idade e entre os gêneros, as mulheres apresentaram pior escore (0,92) quando comparadas aos homens (0,69). O *HAQ-20* foi desenhado para capturar, de forma prospectiva, a influência da doença sobre a saúde (BRUCE &

FRIES, 2003). No entanto no item Capacidade Funcional do *SF-36* a média foi igual a 60,0.

A dor do paciente que teve queimadura merece uma atenção especial, pois, em alguns casos, está diretamente relacionada a altas taxas de tentativa de autoextermínio (EDWARDS *et al.*, 2006; EDWARDS *et al.*, 2007a). A dor é uma experiência pessoal e complexa, envolvendo vários componentes sensoriais, afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais. A multidimensionalidade de fatores relacionados a essa sintomatologia traz sérias implicações de ordem avaliativa pelos profissionais de saúde (TONIOLLI & PAGLIUCA, 2003; PEREIRA & SOUSA, 1998).

A avaliação da dor em pacientes com feridas é fundamental, pois interfere na qualidade de vida, na autoestima e na capacidade funcional (PEÓN & DICCINI, 2005). A dor após a queimadura interfere diretamente, de forma moderada a grave, no trabalho, vida social, concentração e sono, e o tempo após a lesão não muda necessariamente a interferência da dor na vida da pessoa que teve queimadura (MALENFANT *et al.*, 1996).

Após a queimadura é comum o indivíduo desenvolver sintomas de ansiedade e depressão, agravando a dor e o sofrimento psicológico, que podem ser minimizados se tratados precocemente (EDWARDS *et al.*, 2007b). A dor normalmente está associada aos ajustes psicológicos, que podem demorar, pois uma pessoa que era saudável antes do acidente passa a ter diversas limitações, tornando difícil a aceitação e adaptação à nova rotina. Em um estudo realizado um mês após alta hospitalar, 53 % dos pacientes com queimadura referiam dor, após um ano 46 % e após dois anos, 33 % (PATTERSON, TININENKO, PTACEK, 2006).

Neste estudo foi utilizada a Escala Visual Analógica para mensurar a dor. Trata-se de um instrumento simples, sensível, reprodutível e de fácil

aplicabilidade. É uma escala unidimensional, ou seja, avalia somente uma das dimensões da experiência dolorosa. Esse tipo de escala é muito útil, já que os adjetivos utilizados são de fácil entendimento pelas pessoas e podem expressar a dor de forma qualitativa com precisão (GIFT, 1989; JENSEN, TURNER, ROMANO, 1994).

Na Escala Visual Analógica, a média neste estudo foi de 3,7, o que significa dor de intensidade moderada, escore médio parecido com o encontrado em estudo de avaliação de dor com mais de um ano após queimadura, que foi de 3,4 (MALENFANT *et al.*, 1996). Houve diferença significativa em relação ao domínio Dor do *SF-36* ($p = 0,025$) e da EVA ($p = 0,007$) em pacientes usuários de álcool e cocaína.

Estudos de avaliação da qualidade de vida em pacientes após queimadura têm possibilitado melhor compreensão do seu estado de saúde. As queimaduras constituem grande desafio, tanto na prevenção, quanto no tratamento, incluindo aspectos relacionados à reabilitação, portanto, mais estudos devem ser realizados para auxiliar no conhecimento desse trauma que tem repercussões negativas de grandes magnitudes.

Este é um estudo transversal, no entanto, é importante a realização de novos estudos nacionais de avaliação da qualidade de vida ao longo do tempo para elucidar a compreensão do impacto das queimaduras no Brasil. Fazer o seguimento e pesquisas com paciente após queimadura torna-se difícil na medida em que o próprio paciente descontinua seu tratamento, por diversos motivos, por exemplo, a falta de condições financeiras, os problemas psiquiátricos associados, o uso de drogas e álcool (PATTERSON *et al.*, 1993; ONARHEIM & VINDENES, 2005).

Este é um estudo inicial na busca do conhecimento sobre o impacto das queimaduras na vida dos pacientes após o trauma, e avaliação das sequelas físicas e emocionais são fundamentais para direcionar as ações de

reabilitação dessas pessoas. A partir deste estudo, sugere-se a realização de estudos controlados e de projetos para o Ministério da Saúde com intervenções para melhorar a qualidade de vida dos pacientes após queimaduras.

CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

A qualidade de vida de pacientes após queimadura apresentou correlação positiva com a autoestima, capacidade funcional e dor.

REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

Al-Mousawi AM, Mecott-Rivera GA, Jeschke MG, Herndon DN. Burn teams and burn centers: the importance of a comprehensive team approach to burn care. *Clin Plast Surg*. 2009;36(4):547-54.

American Burn Association. Burn incidence and treatment in the US: 2011 fact sheet. 2011. Disponível no endereço eletrônico: http://www.ameriburn.org/resources_factsheet.php

Arnoldo BD, Crump D, Burris AM, Hunt JL, Purdue GF. Self-esteem measurement before and after summer burn camp in pediatric burn patients. *J Burn Care Res*. 2006;27(6):786-9.

Asuquo ME, Ekpo R, Ngim O, Agbor C. A prospective study of burn trauma in adults at the university of calabar teaching hospital, calabar (South eastern Nigeria). *Eplasty*. 2008 Jul 21;8:e36.

Baltieri DA, de Andrade AG. Alcohol and drug consumption among sexual offenders. *Forensic Sci Int*. 2008;175(1):31-5.

Beccaria F, Rolando S, Ascani P. Alcohol consumption and quality of life among young adults: a comparison among three European countries. *Subst Use Misuse*. 2012;47(11):1214-23.

Biggs KS, Heinrich JJ, Jekel JF, Cuono CB. The burn camp experience: variables that influence the enhancement of self-esteem. *J Burn Care Rehabil*. 1997;18(1 Pt 1):93-8.

- Blades B, Mellis N, Munster AM. A burn specific health scale. *J Trauma*. 1982;22(10):872-5.
- Blades BC, Jones C, Munster AM. Quality of life after major burns. *J Trauma*. 1979;19(8):556-8.
- Blalock SJ, Bunker BJ, DeVellis RF. Measuring health status among survivors of burn injury: revisions of the Burn Specific Health Scale. *J Trauma*. 1994;36(4):508-15.
- 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.
- Blanes L, Carmagnani MI, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem of persons with paraplegia living in São Paulo, Brazil. *Qual Life Res*. 2009;18(1):15-21.
- Bolla KI, Rothman R, Cadet JL. Dose-related neurobehavioral effects of chronic cocaine use. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1999;11(3):361-9.
- Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*. 1992;305(6846):160-4.
- Bruce B, Fries JF. The Health Assessment Questionnaire (HAQ). *Clin Exp Rheumatol*. 2005;23(5 Suppl 39):S14-8.
- Bruce B, Fries JF. The Stanford Health Assessment Questionnaire: dimensions and practical applications. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:20.

Brusselaers N, Monstrey S, Vogelaers D, Hoste E, Blot S. Severe burn injury in Europe: a systematic review of the incidence, etiology, morbidity, and mortality. *Crit Care*. 2010;14(5):R188.

Bryant RA. Predictors of post-traumatic stress disorder following burns injury. *Burns*. 1996;22(2):89-92.

Cadet JL, Bolla KI. Chronic cocaine use as a neuropsychiatric syndrome: a model for debate. *Synapse*. 1996;22(1):28-34.

Charlton E. Pain measurement in humans: core curriculum for professional education in pain, IASP Press, 2005.

Choi JS, Mun JH, Lee JY, Jeon JH, Jung YJ, Seo CH, Jang KU. Effects of modified dynamic metacarpophalangeal joint flexion orthoses after hand burn. *Ann Rehabil Med*. 2011;35(6):880-6.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.

Ciofi-Silva CL, Rossi LA, Dantas RS, Costa CS, Echevarria-Guanilo ME, Echevarria-Guanilo ME, Ciol MA. The life impact of burns: the perspective from burn persons in Brazil during their rehabilitation phase. *Disabil Rehabil*. 2010;32(6):431-7.

Coffey R, Murphy CV. Effects of alcohol use and abuse on critically ill burn patients. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2012;24(1):1-7.

Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*. 2000;17(1):13-35.

Corry NH, Klick B, Fauerbach JA. Posttraumatic stress disorder and pain impact functioning and disability after major burn injury. *J Burn Care Res.* 2010;31(1):13-25.

D'Amorim AB. Avaliação das formas auto-administradas dos questionários MHAQ E SF-12 em pacientes com doenças reumáticas [dissertação]. [São Paulo]: Universidade Federal de São Paulo; 2001. 98p.

Dackis CA, O'Brien CP. Cocaine dependence: a disease of the brain's reward centers. *J Subst Abuse Treat.* 2001;21(3):111-7.

Davanço RA, Sabino Neto M, Garcia EB, Matsuoka PK, Huijsmans JP, Ferreira LM. Quality of life in the surgical treatment of gynecomastia. *Aesthetic Plast Surg.* 2009;33(4):514-7.

Davis CS, Esposito TJ, Palladino-Davis AG, Rychlik K, Schermer CR, Gamelli RL, Kovacs EJ. Implications of alcohol intoxication at the time of burn and smoke inhalation injury: an epidemiologic and clinical analysis. *J Burn Care Res.* 2013;34(1):120-6.

Davydow DS, Katon WJ, Zatzick DF. Psychiatric morbidity and functional impairments in survivors of burns, traumatic injuries, and ICU stays for other critical illnesses: a review of the literature. *Int Rev Psychiatry.* 2009;21(6):531-8.

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.

Druery M, Brown TL, Muller M. Long term functional outcomes and quality of life following severe burn injury. *Burns.* 2005;31(6):692-5.

Dunlop WL, Tracy JL. The autobiography of addiction: Autobiographical reasoning and psychological adjustment in abstinent alcoholics. *Memory*. 2013;21(1):64-78.

Dyster-Aas J, Kildal M, Willebrand M, Gerdin B, Ekselius L. Work status and burn specific health after work-related burn injury. *Burns*. 2004;30(8):839-42.

Edgar D, Dawson A, Hankey G, Phillips M, Wood F. Demonstration of the validity of the SF-36 for measurement of the temporal recovery of quality of life outcomes in burns survivors. *Burns*. 2010;36(7):1013-20.

Edwards RR, Magyar-Russell G, Thombs B, Smith MT, Holavanahalli RK, Patterson DR, Blakeney P, Lezotte DC, Haythornthwaite JA, Fauerbach JA. Acute pain at discharge from hospitalization is a prospective predictor of long-term suicidal ideation after burn injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2007a;88(12 Suppl 2):S36-42.

Edwards RR, Smith MT, Klick B, Magyar-Russell G, Haythornthwaite JA, Holavanahalli R, Patterson DR, Blakeney P, Lezotte D, McKibben J, Fauerbach JA. Symptoms of depression and anxiety as unique predictors of pain-related outcomes following burn injury. *Ann Behav Med*. 2007b;34(3):313-22.

Edwards RR, Smith MT, Kudel I, Haythornthwaite J. Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain*. 2006;126(1-3):272-9.

El Hamaoui Y, Yaalaoui S, Chihabeddine K, Boukind E, Moussaoui D. Post-traumatic stress disorder in burned patients. *Burns*. 2002;28(7):647-50.

Farias EC, Blanes L, Hosbman B, Filho MM, Ferreira LM. Health related quality of life, self-esteem, and functional status of patients with leg ulcers. *Wounds*. 2011; 23(1):4-10.

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;17(6):813-7.

Ferreira E, Dantas RA, Rossi LA, Ciol MA. The cultural adaptation and validation of the "Burn Specific Health Scale-Revised" (BSHS-R): version for Brazilian burn victims. *Burns*. 2008;34(7):994-1001.

Ferreira LM, Blanes L, Gragnani A, Veiga DF, Veiga F, Nery GB, Rocha GH, Gomes HC, Rocha MG, Okamoto R. Cellulose Dressing Versus Rayon Dressing in Skin Graft Donor Sites: Aspects of Patients' Health-related Quality of Life and Self-esteem. *Wounds*. 2009;21(6):144-9.

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.

Fries JF, Spitz P, Kraines RG, Holman HR. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum*. 1980;23(2):137-45.

Galhardo VAC, Magalhães MG, Blanes L, Juliano Y, Ferreira LM. Health-related quality of life and depression in older patients with pressure ulcers. *Wounds*. 2010; 22(1):20-5.

Gift AG. Visual analogue scales: measurement of subjective phenomena. *Nurs Res*. 1989;38(5):286-8.

Gilboa D. Long-term psychosocial adjustment after burn injury. *Burns*. 2001;27(4):335-41.

Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*. 1994;272(8):619-26.

Gimenes GA, Alferes FCBA, Dorsa PP, Barros ACP, Gonella HA. Estudo epidemiológico de pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. *Rev Bras Queimaduras*. 2009;8(1):14-7.

Gragnani A, Ferreira LM. Pesquisa em Queimadura. *Rev Bras Queimaduras*. 2009; 8(3):91-6.

Henderson EA. Are theories of altered body image applicable to patients with chronic wounds? *J Wound Care*. 2006;15(2):58-60.

Hoffman HG, Patterson DR, Carrougher GJ. Use of virtual reality for adjunctive treatment of adult burn pain during physical therapy: a controlled study. *Clin J Pain*. 2000;16(3):244-50.

Jansbeken JR, Vloemans AF, Tempelman FR, Breederveld RS. Methylated spirit burns: an ongoing problem. *Burns*. 2012;38(6):872-6.

Jensen MP, Turner JA, Romano JM. What is the maximum number of levels needed in pain intensity measurement? *Pain*. 1994;58(3):387-92.

Kamolz LP. Burns: learning from the past in order to be fit for the future. *Crit Care*. 2010;14(1):106.

Kildal M, Andersson G, Fugl-Meyer AR, Lannerstam K, Gerdin B. Development of a brief version of the Burn Specific Health Scale (BSHS-B). *J Trauma*. 2001;51(4):740-6.

Kimmo T, Jyrki V, Sirpa AS. Health status after recovery from burn injury. *Burns*. 1998;24(4):293-8.

Lacerda LA, Carneiro AC, Oliveira AF, Gragnani A, Ferreira LM. Estudo epidemiológico da Unidade de Tratamento de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo. *Rev Bras Queimaduras*. 2010;9(3):82-8.

Laroche F, Rostaing S, Aubrun F, Perrot S. Pain management in heroin and cocaine users. *Joint Bone Spine*. 2012;79(5):446-50.

Leão CEG, Andrade ES, Fabrini DF, Oliveira RA, Machado GLB, Gontijo LC. Epidemiologia das queimaduras no estado de Minas Gerais. *Rev Bras Cir Plást*. 2011; 26(4):573-7.

Macedo JL, Rosa SC, Gomes e Silva M. Self-inflicted burns: attempted suicide. *Rev Col Bras Cir*. 2011;38(6):387-91.

Malenfant A, Forget R, Papillon J, Amsel R, Frigon JY, Choinière M. Prevalence and characteristics of chronic sensory problems in burn patients. *Pain*. 1996;67(2-3):493-500.

Mason ST, Arceneaux LL, Abouhassan W, Lauterbach D, Seebach C, Fauerbach JA. Confirmatory factor analysis of the Short Form McGill Pain Questionnaire with burn patients. *Eplasty*. 2008;8:e54.

Medeiros LG, Kristensen CH, Almeida RMM. Estresse pós-traumático, ansiedade e depressão em vítimas de queimaduras. *Arq Bras Psicol.* 2010;62(1):148-58.

Meneses LC, Blanes L, Francescato Veiga D, Carvalho Gomes H, Masako Ferreira L. Health-related quality of life and self-esteem in patients with diabetic foot ulcers: results of a cross-sectional comparative study. *Ostomy Wound Manage.* 2011;57(3):36-43.

Minayo MC, Hartz ZM, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000;5(1):7-18.

Munster AM, Horowitz GL, Tudahl LA. The abbreviated Burn-Specific Health Scale. *J Trauma.* 1987;27(4):425-8.

Munster AM. Measurements of quality of life: then and now. *Burns.* 1999;25(1):25-8.

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

Nishizawa D, Fukuda K, Kasai S, Hasegawa J, Aoki Y, Nishi A, Saita N, Koukita Y, Nagashima M, Katoh R, Satoh Y, Tagami M, Higuchi S, Ujike H, Ozaki N, Inada T, Iwata N, Sora I, Iyo M, Kondo N, Won MJ, Naruse N, Uehara-Aoyama K, Itokawa M, Koga M, Arinami T, Kaneko Y, Hayashida M, Ikeda K. Genome-wide association study identifies a potent locus associated with human opioid sensitivity. *Mol Psychiatry.* 2012 Nov 27. [Epub ahead of print]

Novelli B, Melandri D, Bertolotti G, Vidotto G. Quality of life impact as outcome in burns patients. *G Ital Med Lav Ergon*. 2009;31(1 Suppl A):A58-63.

Onarheim H, Vindenes HA. High risk for accidental death in previously burn-injured adults. *Burns*. 2005;31(3):297-301.

Oncul O, Ulkur E, Acar A, Turhan V, Yeniz E, Karacaer Z, Yildiz F. Prospective analysis of nosocomial infections in a burn care unit, Turkey. *Indian J Med Res*. 2009;130(6):758-64.

Orr DA, Reznikoff M, Smith GM. Body image, self-esteem, and depression in burn-injured adolescents and young adults. *J Burn Care Rehabil*. 1989;10(5):454-61.

Öster C, Willebrand M, Dyster-Aas J, Kildal M, Ekselius L. Validation of the EQ-5D questionnaire in burn injured adults. *Burns*. 2009;35(5):723-32.

Patterson DR, Everett JJ, Bombardier CH, Questad KA, Lee VK, Marvin JA. Psychological effects of severe burn injuries. *Psychol Bull*. 1993;113(2):362-78.

Patterson DR, Tininenko J, Ptacek JT. Pain during burn hospitalization predicts long-term outcome. *J Burn Care Res*. 2006;27(5):719-26.

Patterson DR. The NIDRR burn injury rehabilitation model system program: selected findings. *Arch Phys Med Rehabil*. 2007;88(12 Suppl 2):S1-2.

Pavoni V, Giancesello L, Paparella L, Buoninsegni LT, Barboni E. Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care unit. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2010;18:24.

- Peón AU, Diccini S. Dor pós-operatório em craniotomia. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005; 13(4): 489-95
- Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. *Rev Lat Am Enfermagem*. 1998;6(3):77-84.
- Pham C, Greenwood J, Cleland H, Woodruff P, Maddern G. Bioengineered skin substitutes for the management of burns: a systematic review. *Burns*. 2007;33(8):946-57.
- Pham TN, Kramer CB, Wang J, Rivara FP, Heimbach DM, Gibran NS, Klein MB. Epidemiology and outcomes of older adults with burn injury: an analysis of the National Burn Repository. *J Burn Care Res*. 2009;30(1):30-6.
- Piccolo MS, Daher RP, Gragnani A, Ferreira LM. Sexuality after burn in Brazil: survey of burn health-care workers. *Burns*. 2011;37(8):1411-8.
- Piccolo MS. tradução para língua portuguesa, adaptação cultural e validação: BurnSexQ-EPM/Unifesp. [dissertação]. [São Paulo]: Universidade Federal de São Paulo; 2012. 160p.
- Pishnamazi Z, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Vaismoradi M. Validation of the Persian version of the Burn Specific Health Scale - Brief. *Burns*. 2013 Feb;39(1):162-7.
- Pope SJ, Solomons WR, Done DJ, Cohn N, Possamai AM. Body image, mood and quality of life in young burn survivors. *Burns*. 2007;33(6):747-55.
- Procter F. Rehabilitation of the burn patient. *Indian J Plast Surg*. 2010;43(Suppl):S101-13.

Rimmer RB, Fornaciari GM, Foster KN, Bay CR, Wadsworth MM, Wood M, Caruso DM. Impact of a pediatric residential burn camp experience on burn survivors' perceptions of self and attitudes regarding the camp community. *J Burn Care Res.* 2007;28(2):334-41.

Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image.* Princeton (NJ). Princeton University Press. 1965.

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

Saffle JR, Tuohig GM, Sullivan JJ, Shelby J, Morris SE, Mone M. Return to work as a measure of outcome in adults hospitalized for acute burn treatment. *J Burn Care Rehabil.* 1996;17(4):353-61.

Salehi SH, As'adi K, Musavi J, Ahrari F, Nemazi P, Kamranfar B, Gaseminegad K, Faramarzi S, Shoar S. Assessment of substances abuse in burn patients by using drug abuse screening test. *Acta Med Iran.* 2012;50(4):257-64.

Salvador-Sanza JF, Sanchez-Payá J, Rodriguez-Marín J. Quality of life of the Spanish burn patient. *Burns.* 1999;25(7):593-8.

Samuel JC, Campbell EL, Mjuweni S, Muyco AP, Cairns BA, Charles AG. The epidemiology, management, outcomes and areas for improvement of burn care in central Malawi: an observational study. *J Int Med Res.* 2011;39(3):873-9.

Schuessler KF, Fisher GA. Quality of life research and sociology. *Ann Rev Sociol.* 1985; (11):129-49.

Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. *Pain*. 1976;2(2):175-84.

Sideli L, Prestifilippo A, Di Benedetto B, Farrauto R, Grassia R, Mulè A, Rumeo MV, Di Pasquale A, Conte F, La Barbera D. Quality of life, body image, and psychiatric complications in patients with a burn trauma: preliminary study of the italian version of the burn specific health scale-brief. *Ann Burns Fire Disasters*. 2010;23(4):171-6.

Silver GM, Albright JM, Schermer CR, Halerz M, Conrad P, Ackerman PD, Lau L, Emanuele MA, Kovacs EJ, Gamelli RL. Adverse clinical outcomes associated with elevated blood alcohol levels at the time of burn injury. *J Burn Care Res*. 2008;29(5):784-9.

Smith MT, Klick B, Kozachik S, Edwards RE, Holavanahalli R, Wiechman S, Blakeney P, Lezotte D, Fauerbach JA. Sleep onset insomnia symptoms during hospitalization for major burn injury predict chronic pain. *Pain*. 2008;138(3):497-506.

Souza AA, Mattar CA, Almeida PCC, Faiwichow L, Fernandes FS, Neto ECA, Manzotti MS, Paiva LGR. Perfil Epidemiológico dos Pacientes Internados na Unidade de Queimaduras do Hospital Servidor Público Estadual de São Paulo. *Rev Bras Queimaduras*. 2009;8(3):87-9.

Souza TJA. Qualidade de vida do paciente internado em uma unidade de queimados. *Rev Bras Cir Plást*. 2011; 26(1): 10-5.

Spanholtz TA, Theodorou P, Amini P, Spilker G. Severe burn injuries: acute and long-term treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 2009;106(38):607-13.

Taoi M, Wainiqolo I, Kafoa B, Kool B, Naisaki A, McCaig E, Ameratunga S. Characteristics of fatal and hospital admissions for burns in Fiji: a population-based study (TRIP Project-2). *Burns*. 2012;38(5):758-62.

Telermam R. Queimaduras: Características dos pacientes atendidos no Hospital Geral de São Mateus [dissertação]. [São Paulo]: Universidade Federal de São Paulo; 1996. 63p.

Testa MA, Simonson DC. Assesment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med*. 1996;334(13):835-40.

Tomaka J, Morales-Monks S, Shamaley AG. Stress and Coping Mediate Relationships between Contingent and Global Self-Esteem and Alcohol-Related Problems among College Drinkers. *Stress Health*. 2012 Aug 29. [Epub ahead of print]

Toniolli ACS, Pagliuca LMF. Tecnologia tátil para a avaliação da dor em cegos. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003; 11(2): 220-6.

Tyack Z, Simons M, Spinks A, Wasiak J. A systematic review of the quality of burn scar rating scales for clinical and research use. *Burns*. 2012;38(1):6-18.

Ullrich PM, Askay SW, Patterson DR. Pain, depression, and physical functioning following burn injury. *Rehabil Psychol*. 2009;54(2):211-6.

Veiga DF, Neto MS, Garcia EB, Filho JV, Juliano Y, Ferreira LM, Rocha JL. Evaluations of the aesthetic results and patient satisfaction with the late pedicled TRAM flap breast reconstruction. *Ann Plast Surg*. 2002;48(5):515-20.

Veiga DF, Veiga-Filho J, Ribeiro LM, Archangelo I Jr, Balbino PF, Caetano LV, Novo NF, Ferreira LM. Quality-of-life and self-esteem outcomes after oncoplastic breast-conserving surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2010;125(3):811-7.

Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30(6):473-83.

Wasiak J, Cleland H. Burns (minor thermal). *Clin Evid (Online).* 2009;10:1-23.

WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Soc Sci Med.* 1995; 41(10):1403-9.

Wiechman Askay S, Patterson DR. What are the psychiatric sequelae of burn pain? *Curr Pain Headache Rep.* 2008 Apr;12(2):94-7.

Wiechman SA, Patterson DR. ABC of burns. Psychosocial aspects of burn injuries. *BMJ.* 2004 Aug 14;329(7462):391-3

Xie B, Xiao SC, Zhu SH, Xia ZF. Evaluation of long term health-related quality of life in extensive burns: a 12-year experience in a burn center. *Burns.* 2012;38(3):348-55.

Zeigler-Hill V, Madson MB, Ricedorf A. Does self-esteem moderate the associations between protective behavioral strategies and negative outcomes associated with alcohol consumption? *J Drug Educ.* 2012;42(2):211-27.

NORMAS ADOTADAS

NORMAS ADOTADAS

- Ferreira L M. Orientação Normativa para elaboração e apresentação de teses. Livraria Médica Paulista Editora. São Paulo, 2008.
- Goldenberg S. Orientação Normativa para Elaboração e Difusão de Trabalhos Científicos. São Paulo, 2001. Disponível no endereço eletrônico: <http://www.metodologia.org>
- Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde – Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília-DF, 1996. 24p.
- International Committee of Medical Journal Editors – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Sample References [on line] 2011 [2011 Jul 17]. Disponível no endereço eletrônico:
http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html
- Descritores em Ciências da Saúde [Internet]. São Paulo: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde; [Acesso em 2012 Jul 2]. Disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br/>

ABSTRACT

ABSTRACT

Background: Burn injury is a traumatic experience that has social, economic and public health implications and deserves the attention of governmental agencies and multidisciplinary teams. **Objective:** To evaluate quality of life, self-esteem, functional ability, and pain in burn patients. **Methods:** This was a multicenter, cross-sectional, analytical study. Thirty patients aged 18 to 59 years, who had suffered burn injury during the past 6 to 24 months, were included in the study. A questionnaire was used to collect clinical and demographic data. Patients were assessed with the Short Form 36 Health Survey (SF-36), Burn Specific Health Scale-Revised (BSHS-R), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE)/EPM-UNIFESP, Health Assessment Questionnaire (HAQ-20), and Visual Analog Scale (VAS) for pain. Statistical analysis was performed using Student's t-test, analysis of variance (ANOVA), Tukey's test, Kruskal-Wallis test, Dunn's test, and Spearman's test. **Results:** Most of the patients (56.7 %, n=17) were men and the mean age was 36.1 years. Burns were mainly caused by flammable liquids (50 % of patients) and the mean burn size was 21 % total body surface area. Men reported significantly better health status on the role emotional (p=0.023) and mental health (p=0.047) SF-36 subscales. A significant association was found between "alcohol use" and SF-36 scores on the bodily pain (p=0.025), vitality (p=0.041), and mental health (p=0.023) subscales, BSHS-R scores (p=0.015), RSE scores (p=0.044), and VAS pain scores (p=0.007), and between "drug use" and SF-36 scores on bodily pain (p=0.008). **Conclusion:** Burn injuries had a negative impact on the health-related quality of life, functional ability, self-esteem, and pain.

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice 1: FOLHA DE APROVAÇÃO DO CEP. 1927/11



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 16 de dezembro de 2011
CEP Nº: 1927/11

Ilmo(a) Sr(a)
Pesquisador(a): LILIANE DO AMARAL LACERDA
Disciplina/Departamento: Cirurgia Plástica/Cirurgia
Pesquisadores associados: Lydia Masako Ferreira;

**Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo**

TÍTULO DO ESTUDO: Qualidade de vida, autoestima, capacidade funcional e dor em pacientes após queimadura :

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo transversal, descritivo, analítico, centro único e prospectivo.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, nenhum procedimento invasivo

OBJETIVO DO ESTUDO: Avaliar a qualidade de vida, autoestima, capacidade funcional e dor em pacientes após queimadura

RESUMO: Serão incluídos 100 pacientes, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: • Pacientes de ambos os sexos; • Ter lesão por queimadura; • Idade entre 18 e 59 anos; • Ter lesão por queimadura por qualquer agente; • Ter entre 6 meses à 2 anos após a queimadura; • Ter queimadura em qualquer parte da superfície corpórea; • Ter qualquer tamanho de extensão queimada e qualquer grau. Os participantes serão submetidos à entrevistas, utilizando um instrumento para conhecimento das características sócio-demográficas, o questionário de Qualidade de Vida Short-Form-36, Auto-Estima Rosenberg- EPM/UNIFESP, o questionário de Qualidade de vida para pacientes com queimadura Burn Specific Health Scale (BSHS-R), o questionário para avaliar capacidade funcional, Health Assessment Questionnaire- 20 , o questionário para avaliação da dor de McGill, a escala de dor Escala Visual Analógica. Todas as entrevistas serão realizadas pela autora do estudo, em ambiente tranquilo, em salas cedidas no ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em participar da pesquisa. Resultados serão analisados estatisticamente

MATERIAL E MÉTODO: Descritos os procedimentos que serão realizados e apresentados os instrumentos que serão utilizados nas entrevistas

TCLE: Apresentado adequadamente

DETALHAMENTO FINANCEIRO: A apresentação do orçamento detalhado permitiu a análise econômica viabilizando assim, a realização do projeto.

CRONOGRAMA DO ESTUDO: 18 MESES

PRIMEIROS RELATÓRIOS PARCIAIS PREVISTOS PARA : 10/12/2012 e 05/12/2013

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

Apêndice 2: TABELAS

TABELA 1 – Dados demográficos.

		n	%
ESCOLARIDADE	Nunca frequentou a escola	2	6,7
	Ens. médio comp.	9	30,0
	Funda. comp.	7	23,3
	Funda. incomp.	11	36,7
	Superior comp.	1	3,3
	Total		30
ESTADO CIVIL	Casado(A)	16	53,3
	Divorciado(A)	1	3,3
	Solteiro(A)	12	40,0
	Viúvo(A)	1	3,3
	Total	30	100,0
ÁLCOOL	Ex	3	10,0
	Nega	21	70,0
	Sim	6	20,0
	Total	30	100,0
TABACO	Ex	1	3,3
	Nega	23	76,7
	Sim	6	20,0
	Total	30	100,0

TABELA 2 – Dados clínicos.

		n	%
DOENÇA	Artrite	1	3,3
	Bronquite	1	3,3
	HAS ¹	3	10,0
	Nega	25	83,3
	Total	30	100,0
MEDICAÇÃO	Anlodipino	1	3,3
	Anti-inflamatório	1	3,3
	Capoten	1	3,3
	Hidroclorotiazida	1	3,3
	Nega	25	83,3
	Prednisona	1	3,3
	Total	30	100,0

(1) HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.

TABELA 3 – Dados específicos da queimadura.

		n	%
CAUSA DA QUEIMADURA	Acidente	23	76,7
	Tentativa de homicídio	3	10,0
	Tentativa de suicídio	4	13,3
	Total	30	100,0
AGENTE CAUSADOR DA QUEIMADURA	Líquido aquecido	9	30,0
	Líquido inflamável (ÁLCOOL)	12	40,0
	Líquido inflamável (GASOLINA)	3	10,0
	Química	1	3,3
	Sólido aquecido	3	10,0
	Trauma elétrico	2	6,7
	Total	30	100,0

TABELA 4 – Tempo de internação e Superfície Corpórea Queimada (SCQ).

	n	Mínimo	Máximo	Mediana	Média
TEMPO INTERNAÇÃO	30	2,00	94,00	30,00	34,77
SCQ ¹ (%)	30	1,00	60,00	18,00	21,00

(1) SCQ – Superfície Corpórea Queimada.

Apêndice 3: INSTRUMENTO DE PESQUISA – CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

LOCAL:

DATA:

Protocolo nº:		
Idade:	Gênero:	Naturalidade:
Escolaridade:		
Est. Civil	No. de filhos:	
End. Res.:	Bairro:	
Município:	Estado:	CEP:
Fone:		

Profissão/ atividade atual: _____

▪ Causa da queimadura: _____

▪ SCQ: _____

▪ Agente causador da queimadura: _____

▪ Tempo da queimadura: _____

▪ () Outra doença- Qual? _____

▪ Medicações em uso atual: _____

▪ Tabagismo: _____

▪ Etilismo: _____

▪ Drogas ilícitas: _____

▪ Tempo de internação: _____

Apêndice 4: CARTA DE INFORMAÇÃO E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: **Qualidade de vida, capacidade funcional, autoestima e dor em pacientes após queimadura.** As informações abaixo visam sua participação voluntária neste estudo que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida, autoestima, capacidade funcional e dor em pacientes que tiveram queimadura, através dos questionários *Short Form-36*, *Burn Specific Health Scale*, Escala de autoestima de Rosenberg/UNIFESP-EPM, *Health Assessment Questionnaire* e Escala Visual Analógica.

Todas as entrevistas serão realizadas pelo próprio pesquisador, em uma sala do ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo, Ambulatório de Queimaduras do Hospital Servidor Público Estadual e do Hospital Tatuapé, previamente preparados, garantindo o conforto e a tranquilidade do paciente para a emissão das respostas. Os questionários estão anexados ao Termo de Consentimento para prévia análise do voluntário e para o auxílio na decisão em participar da pesquisa.

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade do seu tratamento na Instituição. As informações obtidas serão analisadas, não sendo divulgada sua identificação.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Os dados coletados serão somente utilizados para esta pesquisa.

O sigilo será assegurado em todo o processo da pesquisa, bem como no momento da divulgação dos dados, por meio de publicação em periódicos e/ou apresentação em eventos científicos. A pesquisadora

chama-se LILIANE DO AMARAL ZORITA, que pode ser encontrada no endereço Rua Napoleão de Barros, 715 – 14º. andar. Telefone 5576-4761. Se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo à Rua Botucatu, 572 - 1º andar cj 14.

Acredito estar suficientemente inteirado das informações que li ou foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com a pesquisadora Liliane do Amaral Zorita sobre a minha decisão em participar deste estudo.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador(a) do RG No. _____, após ter lido a carta de informação e ter sido esclarecido(a) pela Enfa. Liliane do Amaral Zorita a respeito do projeto de pesquisa, concordo em participar deste estudo. Estou ciente de que não serei identificado em nenhum momento deste estudo, que minhas respostas não influenciarão em nada o meu tratamento e que não corro riscos ao me submeter a este estudo. Ficou claro que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar, quando necessário. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e sei que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou qualquer prejuízo ao meu tratamento.

_____ Data: ____/____/____

(Assinatura do paciente ou representante legal)

_____ Data: ___/___/___

(Assinatura da testemunha)

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

_____ Data: ___/___/___

Enfa. Liliane do Amaral Zorita

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1: VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando cada resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em responder, por favor tente responder o melhor que puder.

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

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

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (circule uma)

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

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

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço como correr, levantar objetos pesados, praticar esportes árduos	1	2	3

b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

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

	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (necessitou de um esforço extra)?	1	2

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

	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

--	--	--

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

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

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? (circule uma)

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

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

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

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

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se	1	2	3	4	5	6

sentido uma pessoa muito nervosa?						
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

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

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? (circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5

d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5
----------------------------	---	---	---	---	---

Investigador _____ Data ____/____/____

PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36

Questão	Pontuação
1	1=5,0 2=4,4 3=3,4 4=2,0 5=1,0
2	Soma normal
3	Soma normal
4	Soma normal
5	Soma normal
6	1=5,0 2=4,0 3=3,0 4=2,0 5=1,0
7	1=6,0 2=5,4 3=4,2 4=3,1 5=2,2 6=1,0
8	<p>Se 8 = 1 e 7 = 1 ----- 6</p> <p>Se 8 = 1 e 7 = 2 a 6 ----- 5</p> <p>Se 8 = 2 e 7 = 2 a 6 ----- 4</p> <p>Se 8 = 3 e 7 = 2 a 6 ----- 3</p> <p>Se 8 = 4 e 7 = 2 a 6 ----- 2</p> <p>Se 8 = 5 e 7 = 2 a 6 ----- 1</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>1 = 6</p> <p>2 = 4,75</p> <p>3 = 3,5</p> <p>4 = 2,25</p> <p>5 = 1,0</p>
9	a, d, e, h = valores contrários (1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2, 6=1) Vitalidade = a+e+g+i Saúde mental = b+c+d+f+h
10	Soma normal
11	a, c = valores normais b, d = valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)

CÁLCULO DO ESCORE DOS COMPONENTES DO SF-36 (0 A 100)

	Questão	Limites	Score Range
Capacidade Funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10 – 30	20
Aspectos físicos	4 (a+b+c+d)	4-8	4
Dor	7+8	2-12	10
Estado Geral de Saúde	1+11	5-25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4-24	20
Aspectos Sociais	6+10	2-10	8
Aspecto Emocional	5 (a+b+c)	3-6	3
Saúde Mental	9 (b+c+d+f+h)	5-30	25

Raw Scale

Item = $\frac{\text{Valor obtido} - \text{valor mais baixo}}{\text{Valor}} \times 100$

Valor

Ex: Capacidade Funcional = 21

Valor mais baixo = 10

$\frac{(21 - 10)}{20} \times 100 = 55$

20

Dados perdidos: Se responder mais de 50 % deve-se substituir o valor pela média.

Anexo 2: QUESTIONÁRIO *BURN SPECIFIC HEALTH SCALE-REVISED* (BSHS-R)

BURN SPECIFIC HEALTH SCALE – REVISED – BSHS-R

Abaixo está uma lista de problemas que às vezes as pessoas que sofreram queimaduras apresentam. Após ler cada um deles faça um círculo no número que descreve a sua própria experiência.

Agora, quanta dificuldade você tem em:	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Mais ou menos dificuldade	Muita dificuldade	Dificuldade exagerada
1. Amarrar sapatos, fazer laços, etc.	1	2	3	4	5
2. Sentar-se e levantar-se de cadeiras.	1	2	3	4	5
3. Voltar ao trabalho fazendo suas tarefas como antes.	1	2	3	4	5
4. Tomar banho sem ajuda.	1	2	3	4	5
5. Vestir-se sem ajuda.	1	2	3	4	5

Até que ponto cada uma das sentenças abaixo descrevem você agora?	Não me descreve	Descreve-me um pouco	Descreve-me mais ou menos	Descreve-me bem	Descreve-me muito bem
6. Minha pele está mais sensível agora do que antes.	1	2	3	4	5
7. Eu sinto que minha queimadura incomoda outras pessoas.	1	2	3	4	5
8. Às vezes, eu penso que tenho um problema emocional (tristeza, depressão, etc).	1	2	3	4	5
9. Minha queimadura tem causado problemas para eu fazer minhas tarefas no meu trabalho e em casa.	1	2	3	4	5
10. Eu fico chateado com o sentimento de solidão.	1	2	3	4	5

BURN SPECIFIC HEALTH SCALE – REVISED – BSHS-R

Até que ponto cada uma das sentenças abaixo descrevem você agora?	Não me descreve	Descreve-me um pouco	Descreve-me mais ou menos	Descreve-me bem	Descreve-me muito bem
11. Eu tenho dificuldade de cuidar da minha queimadura como me foi orientado.	1	2	3	4	5
12. Às vezes, eu gostaria de esquecer que minha aparência mudou.	1	2	3	4	5
13. A queimadura afetou minha capacidade para trabalhar.	1	2	3	4	5
14. Eu não tenho vontade de estar junto dos meus amigos.	1	2	3	4	5
15. Minha queimadura interfere nas minhas tarefas do trabalho e em casa.	1	2	3	4	5
16. Ficar no sol me incomoda.	1	2	3	4	5
17. A aparência das minhas cicatrizes me incomoda.	1	2	3	4	5
18. Eu não posso sair para fazer atividade quando está calor.	1	2	3	4	5
19. Minha aparência me incomoda muito.	1	2	3	4	5
20. É um incômodo cuidar da minha queimadura.	1	2	3	4	5
21. Existem coisas que me disseram para fazer em minhas queimaduras que eu não gosto.	1	2	3	4	5

BURN SPECIFIC HEALTH SCALE – REVISED – BSHS-R

Até que ponto cada uma das sentenças abaixo descrevem você agora?

	Não me descreve	Descreve-me um pouco	Descreve-me mais ou menos	Descreve-me bem	Descreve-me muito bem
22. Eu prefiro ficar sozinho do que com minha família.	1	2	3	4	5
23. Cuidar da minha queimadura dificulta fazer outras coisas que são importantes para mim.	1	2	3	4	5
24. Eu não gosto da maneira como a minha família age quando estou por perto.	1	2	3	4	5
25. O calor me incomoda.	1	2	3	4	5
26. Eu me sinto triste e deprimido com frequência.	1	2	3	4	5
27. Eu me sinto preso, sem saída.	1	2	3	4	5
28. Eu não sinto vontade de visitar outras pessoas	1	2	3	4	5
29. Fico incomodado por não poder ficar exposto ao sol	1	2	3	4	5
30. Eu não tenho ninguém para conversar sobre os meus problemas.	1	2	3	4	5
31. Eu gostaria de não ter que fazer tantas coisas para cuidar da minha queimadura	1	2	3	4	5

Anexo 3: ESCALA DE AUTOESTIMA ROSENBERG/UNIFESP- EPM

Instruções para o entrevistador

- 1- Ler a página Instrução para a pessoa a ser avaliada. Caso ela não compreenda as instruções, ler novamente.
- 2- O entrevistador não deve dar explicações além das contidas nas *Instruções para o entrevistador*. Não dar sua interpretação pessoal sobre as instruções, apenas lê-la novamente, até que o paciente compreenda as informações.
- 3- O local de realização das entrevistas deve ser calmo, com boa iluminação, contando apenas com a presença do entrevistador.
- 4- Não se deve alterar as sequências dos testes.
- 5- Anotar o início e o fim da avaliação, para sabermos em minutos o tempo necessário para sua aplicação.

Instruções para o entrevistado

- 1- Este questionário faz parte de um trabalho científico, onde estaremos traduzindo e validando para o português um questionário da língua inglesa de avaliação de autoestima.
- 2- Por autoestima queremos dizer o sentimento, o apreço, a consideração que você sente por si próprio. Em outras palavras, o quanto você gosta de si mesmo, como você se vê e o que pensa sobre si.
- 3- Neste questionário temos 10 frases afirmativas. Você deve escolher a alternativa que mais se aproxima daquilo que você sente.
- 4- Concordar plenamente, que dizer, concorda completamente, totalmente com a afirmativa. Discordar plenamente, que dizer, discordar completamente, totalmente com a afirmativa.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG/UNIFESP-EPM

Como você avalia estas questões:

1) De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).

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

2) Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado(a) ou inferior em relação aos outros)

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

3) Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.

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

4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me sejam ensinadas).

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

5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

- | | |
|------------------------|-------------|
| a) Concordo plenamente | b) Concordo |
|------------------------|-------------|

c) Discordo d) Discordo plenamente

6) Às vezes, eu me sinto realmente inútil (incapaz de fazer as coisas)

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

7) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.

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

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

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

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

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

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

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

CÁLCULO DO ESCORE DA ESCALA DE AUTOESTIMA ROSENBERG/UNIFESP-EPM

O cálculo é feito por meio da soma dos valores encontrados no gabarito que segue abaixo, de acordo com o resultado obtido com a aplicação do questionário ao paciente.

1) De uma forma geral (apesar de tudo) estou satisfeito comigo mesmo (a)

0	a) Concordo plenamente
1	b) Concordo
2	c) Discordo
3	d) Discordo plenamente

2) Às vezes, eu não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros).

3	a) Concordo plenamente
2	b) Concordo
1	c) Discordo
0	d) Discordo plenamente

3) Eu sinto que eu tenho um tanto(um número) de boas qualidades.

0	a) Concordo plenamente
1	b) Concordo
2	c) Discordo
3	d) Discordo plenamente

4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me sejam ensinadas).

0	a) Concordo plenamente
1	b) Concordo

2	c) Discordo
3	d) Discordo plenamente

5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

3	a) Concordo plenamente
2	b) Concordo
1	c) Discordo
0	d) Discordo plenamente

6) Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).

3	a) Concordo plenamente
2	b) Concordo
1	c) Discordo
0	d) Discordo plenamente

7) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.

0	a) Concordo plenamente
1	b) Concordo
2	c) Discordo
3	d) Discordo plenamente

8) Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a). (Dar-me mais valor).

3	a) Concordo plenamente
2	b) Concordo
1	c) Discordo
0	d) Discordo plenamente

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

3	a) Concordo plenamente
2	b) Concordo
1	c) Discordo
0	d) Discordo plenamente

10) Eu tenho uma atitude positiva (pensamento, atos e ensinamento positivo) em relação a mim mesmo(a).

0	a) Concordo plenamente
1	b) Concordo
2	c) Discordo
3	d) Discordo plenamente

Anexo 4: CAPACIDADE FUNCIONAL - STANFORD HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE HAQ-20

Capacidade Funcional - Stanford Health Assessment Questionnaire HAQ-20

Versão brasileira do questionário de Qualidade de Vida

		Sem dificuldade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	Incapaz de fazer
01	Vestir-se, inclusive amarrar os botões dos seus sapatos, abotoar as suas roupas?	0	1	2	3
02	Lavar a sua cabeça e os seus cabelos?	0	1	2	3
03	Levantar-se de uma maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braços?	0	1	2	3
04	Deitar-se e levantar-se da cama?	0	1	2	3
05	Cortar um pedaço de carne?	0	1	2	3
06	Levar à boca um copo ou uma xícara cheia de café, leite ou água?	0	1	2	3
07	Abrir um saco de leite comum?	0	1	2	3
08	Caminhar em lugares planos?	0	1	2	3
09	Subir 5 degraus?	0	1	2	3
10	Lavar seu corpo inteiro e secá-lo após o banho?	0	1	2	3
11	Tomar banho de chuveiro?	0	1	2	3
12	Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?	0	1	2	3
13	Levantar os braços e pegar um objeto de mais ou menos 2,5	0	1	2	3

	quilos, que está posicionado um pouco acima de sua cabeça?				
14	Curvar-se para pegar suas roupas no chão?	0	1	2	3
15	Segurar-se em pé no ônibus ou no metrô?	0	1	2	3
16	Abrir potes ou vidros de conserva que tenham sido previamente abertos?	0	1	2	3
17	Abrir e fechar torneira?	0	1	2	3
18	Fazer compras na redondeza onde mora?	0	1	2	3
19	Entrar e sair de um ônibus?	0	1	2	3
20	Realizar tarefas tais como usar a vassoura para varrer e o rodo para puxar água?	0	1	2	3

Escores dos componentes:

Componente 1, Perguntas 1 e 2 => Maior escore = _____

Componente 2, Perguntas 3 e 4 => Maior escore = _____

Componente 3, Perguntas 5,6,7 => Maior escore = _____

Componente 4, Perguntas 8 e 9 => Maior escore = _____

Componente 5, Perguntas 10,11,12 => Maior escore = _____

Componente 6, Perguntas 13 e 14 => Maior escore = _____

Componente 7, Perguntas 15,16,17 => Maior escore = _____

Componente 8, Perguntas 18,19,20 => Maior escore = _____

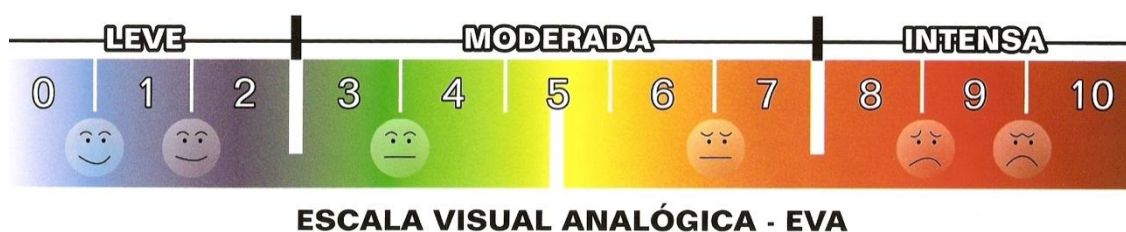
Medida aritmética dos escores dos componentes = _____

Escore do *HAQ-20* = _____

Anexo 5: ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

A escala analógica visual de dor é uma reta horizontal com 10 centímetros de comprimento sobre a qual o paciente fará uma marca representando a intensidade de sua dor naquele momento. Seus extremos (0 cm e 10 cm) correspondem respectivamente a nenhuma dor e ao máximo de dor que o paciente pode sentir.

Valores inferiores a 3 cm representam dor de intensidade leve, de 3 a 7 cm dor de intensidade moderada e acima de 7 cm dor de intensidade elevada.



FONTES CONSULTADAS

FONTES CONSULTADAS

- Academia Brasileira de Letras. Vocabulário ortográfico da língua portuguesa. São Paulo: Global 2009.
- Stedman TL. Stedman's medical dictionary. 25^a ed. Baltimore, Willians & Wilkins, 1990. 1784p.
- Short-Form Health Survery (SF-36). Disponível no endereço eletrônico: <http://www.sf-36.com>