

MARIA CLAUDIA NEHME PASSOS

**CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE
FUNCIONALIDADE E *BURN SPECIFIC
HEALTH SCALE – BRIEF* - BRASIL EM
PACIENTES COM QUEIMADURA.**

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

SÃO PAULO

2018

MARIA CLAUDIA NEHME PASSOS

**CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE
FUNCIONALIDADE E *BURN SPECIFIC
HEALTH SCALE – BRIEF* - BRASIL EM
PACIENTES COM QUEIMADURA.**

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

ORIENTADOR: Prof. Dr. ALFREDO GRAGNANI

COORIENTADOR(ES): Profª. MONICA SARTO PICCOLO

Prof. EDUARDO SANTANA CORDEIRO

SÃO PAULO

2018

Passos, Maria Claudia Nehme

Classificação Internacional de Funcionalidade e Burn Specific Health Scale – Brief - Brasil em pacientes com queimadura / Maria Claudia Nehme Passos. – São Paulo, 2018.

XVII, 91f.

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

Título em inglês: International Classification of Functioning and Burn Specific Health Scale – Brief - Brazil in Burn patients.

1. Queimadura. 2. Classificação. 3. Funcionalidade. 4. Qualidade de vida.



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



Coordenação: Profa. Dra. Lydia Masako Ferreira

ORIENTADOR: Prof. Dr. ALFREDO GRAGNANI

COORIENTADOR(ES): Profa. MONICA SARTO PICCOLO

Prof. EDUARDO SANTANA CORDEIRO

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Arilete e Luiz Gonzaga**, meus melhores amigos de toda a vida, pelo apoio e incentivo durante toda minha jornada pessoal e profissional.

À minha irmã **Maria Renata**, minha amiga e companheira, que confiou a mim seu maior tesouro.

Ao meu irmão **Luiz Gustavo**, meu amigo e companheiro, por despertar em mim coragem que me impulsiona para novos horizontes, e que confiou em mim suas riquezas.

Às minhas amadas sobrinhas **Helena, Lorena** e afilhada **Milena**, presentes de Deus, que me proporcionam alegria a cada sorriso e abraço que me oferecem toda vez que nos encontramos.

Ao meu amado sobrinho e afilhado **Joaquim Moreno**, meu pequeno, porém grande guerreiro, exemplo de força e coragem, que foi essencial no meu processo de recuperação.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora **LYDIA MASAKO FERREIRA**, Professora Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da UNIFESP, pela oportunidade e incentivo à pesquisa.

Ao Professor Doutor **ALFREDO GRAGNANI FILHO**, Professor Livre-Docente da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP, Chefe da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP, orientador deste estudo, pela confiança, pela paciência, por sua pronta disponibilidade e atenção sempre, pelo seu senso crítico coerente e construtivo, pelo aprendizado e por toda dedicação oferecida para a conclusão deste estudo, com minha sincera gratidão.

Ao Professor Doutor **MIGUEL SABINO NETO**, Professor Livre-Docente da Disciplina de Cirurgia Plástica, Ex Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da UNIFESP, pelo apoio e atenção.

À Professora **MONICA SARTO PICCOLO**, Mestre e Doutora em Ciências pela UNIFESP, Médica Cirurgiã Plástica do Hospital de Pronto Socorro para Queimaduras de Goiânia, coorientadora deste estudo, por me proporcionar o contato com o orientador deste estudo, pelo carinho, pela recepção em Goiânia na fase da coleta dos dados e por toda contribuição do seu conhecimento.

Ao Professor **EDUARDO SANTANA CORDEIRO**, Fisioterapeuta, Mestre e Doutor em Saúde Pública pela USP, Diretor do Grupo CIF Brasil,

Coorientador deste estudo, pela atenção, por toda a explanação sobre o tema do projeto, e pela contribuição para a finalização desta dissertação.

Ao Professor **JUAN CARLOS MONTANA PEDROSO**, Médico Cirurgião Plástico, Coordenador do Setor de Lipoaspiração e Vice coordenador do Curso de Aperfeiçoamento Pesquisa Científica em Cirurgia da UNIFESP, pelo exemplo de profissionalismo, pelas aulas e pelo conhecimento proporcionado durante o aperfeiçoamento.

À **SANDRA DA SILVA, MARTA REJANE E SILVANA APARECIDA DE ASSIS**, secretárias da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP, pela gentileza, apoio e carinho.

À Professora **ANDREA FERNANDES DE OLIVEIRA**, Coordenadora Médica da UTQ da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP, pelo apoio e disponibilidade no processo de autorização para coleta dos dados no ambulatório.

À Professora **REGINA H. OKAMOTO**, Médica Assistente da UTQ e do Ambulatório de Queimaduras da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP, pela receptividade na fase da coleta dos dados no ambulatório.

À **ANTÔNIA CELIANE CARDOZO DE SOUZA ARAÚJO**, secretária do Ambulatório de Queimaduras da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP, por sua gentileza em fornecer a listagem de pacientes e pelo auxílio na organização para a coleta dos dados.

Às Equipes dos Ambulatórios de tratamento para queimaduras da UNIFESP, da ISCMS e do Pronto Socorro para queimaduras de Goiânia, por disponibilizarem o local para a coleta e auxiliarem na captação dos pacientes.

À Professora **GIANNI MARA SILVA DOS SANTOS**, professora do curso de análise estatística da UNIFESP e consultora, por permitir a ampliação do meu conhecimento de maneira simples e prática, e pela disponibilidade e esclarecimentos em relação a análise estatística deste estudo.

À **ADRIANA C. LUNARDI**, Fisioterapeuta, pela contribuição na análise e interpretação dos dados deste estudo.

Ao Professor **IVAN BARREIRA CHEIDA FARIA**, Diretor da Faculdade de Fisioterapia da UNISANTA, e Ao Professor **JOSÉ LUIZ MARINHO PORTOLEZ**, Coordenador do Curso de Fisioterapia da UNISANTA, por fazerem parte da minha formação profissional desde a graduação, por serem exemplos de profissionais, e por todo apoio durante o processo para o desenvolvimento deste estudo, em particular no momento da finalização.

A todos os meus colegas de trabalho atuais e antigos, responsáveis pela minha formação acadêmica, em especial ao Professor **DARRELL CHAMPLIN**, Antropólogo, Docente de UNISANTA e Membro da Academia de Ciência de Nova Iorque, por me despertar o interesse à escrita quando me apresentou o conceito de Monografia há mais de 15 anos. E à **FERNANDA VARKALA LANUEZ**, antiga Docente da Fisioterapia da

UNISANTA, responsável pelo meu primeiro contato com paciente queimado.

À Doutora **SILVIA TEIXEIRA PENTEADO**, Reitora da UNISANTA, pelo apoio e incentivo para a realização desta dissertação.

Aos meus colegas de trabalho e amigos **LAURA TAGUCHI PEREZ MEDEIROS** e **IVAN DOS SANTOS VIVAS**, por me apoiarem durante o processo de desenvolvimento do estudo, em especial, nos dias que precisei me ausentar das nossas atividades em conjunto.

Aos meus alunos da graduação, que me permitem a cada dia evoluir e me estimulam a atualização.

À **ADRIANA GOMES MUNIZ** e **MARIA JOSÉ MARTINS DOS SANTOS**, técnicas de enfermagem responsáveis pelos curativos no atendimento aos pacientes queimados internados na ISCMS, por todo aprendizado transmitido no cuidado destes pacientes, pelo enorme carinho e respeito sempre despendido a mim e aos pacientes e por todos estes anos de amizade e torcida.

À minha amiga e sócia **MARIA DO CARMO GOMES**, pela paciência, confiança e parceria.

À minha cunhada **ALEXANDRA MARTINS DARDAQUE**, pelo incentivo e estímulo.

Aos meus primos **FREDERICO NEHME** e **HERLI NEHME**, pelo acolhimento em São Paulo e pelo carinho.

À minha amiga e professora de inglês **ALESSIA BROOKS**, por expandir minha mente permitindo minha evolução e superação no aprendizado de outro idioma.

À minha amiga **MARCIA REGINA ALVES**, pelo acolhimento em São Paulo, pela companhia, pelo incentivo e carinho.

Aos meus amigos do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da UNIFESP, em especial **VERÔNICA CHOMISKI**, **FABIANE R. KOSLOSKI**, **LUCIANA IWAMOTO**, **TATIANE SCHUNCK** e **ANDREIA C. F. DO CARMO**, pelo companheirismo e cumplicidade.

Aos **PACIENTES DOS AMBULATÓRIOS PARA TRATAMENTO DE QUEIMADURAS**, pela colaboração, disponibilidade e gentileza em participar do estudo.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

(Marthin Luther King)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	IV
AGRADECIMENTOS.....	V
LISTA DE FIGURAS	XII
LISTA DE TABELAS	XIII
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS	XIV
RESUMO	XVI
ABSTRACT.....	XVII
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVO	7
3 LITERATURA	9
4 MÉTODO.....	30
5 RESULTADOS.....	40
6 DISCUSSÃO	46
7 CONCLUSÃO	62
8 REFERÊNCIAS	64
NORMAS ADOTADAS	71
APÊNDICES.....	73
ANEXOS.....	86
FONTES CONSULTADAS	90

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Agente causal.....	33
Figura 2 – Correlação entre o BSHS-B-Br e Funções da CIF.....	42
Figura 3 – Correlação entre o BSHS-B-Br e Estruturas da CIF.....	43
Figura 4 – Correlação entre o BSHS-B-Br e Atividades e Participação da CIF.....	44
Figura 5 – Correlação entre o BSHS-B-Br e Fatores Ambientais da CIF..	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Aspectos relacionados à queimadura	34
Tabela 2 – Questões da CIF	41
Tabela 3 – Correlação entre os domínios do BSHS-B-Br e a CIF	45

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

Abreviaturas, siglas e acrônimos

BMS	<i>Burn Model System</i>
BOQ	<i>Burn Outcomes Questionnaires</i>
BPI-SF	<i>Brief Pain Inventory – Short Form</i>
BSHS	<i>Burn Specific Health Scale</i>
BSHS-A	<i>Burn Specific Health Scale-Abbreviated</i>
BSHS-B	<i>Burn Specific Health Scale – Brief</i>
BSHS-B-Br	<i>Burn Specific Health Scale – Brief - Brasil</i>
BSHS-R	<i>Burn Specific Health Scale-Revised</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIDID	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
COPM	<i>Canadian Occupational Performance Measure</i>
DASS	<i>Drepression Anxiety and Stress Scale</i>
DP	Desvio Padrão
et al.	<i>et alii</i> (latim), em português: e outros
EPM	Escola Paulista de Medicina
EQ-5D	<i>EuroQol-5</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
ISCMS	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos
ISI	<i>Web of Knowledge</i>
IC	Intervalo de confiança
ICF	<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MCBS	<i>Multi-Center Benchmarking Study</i>
Medline	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>

MHQ	<i>Michigan Hand Outcomes Questionnaire</i>
ml	mililitros
n	Número
NEO-FFI	<i>NEO-Five Factor Inventory</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
p	probabilidade de significância
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses</i>
PTGI	<i>Postraumatic Growth Inventory</i>
PTSD	<i>Screening for Posttraumatic Stress Disorder</i>
PubMed	<i>U.S. National Library of Medicine/National Institutes of Health</i>
Quick DASH	<i>Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire</i>
r	coeficiente de correlação
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SF-12	<i>12-Item Short Form Survey</i>
SF-36	<i>Short Form Health Survey</i>
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
VAS	<i>Visual Analogue Scale</i>

Símbolos

=	Igual
>	Maior
<	Menor
%	Por cento
*	Presença de significância estatística
±	Mais ou menos

RESUMO

Introdução: Com a diminuição da mortalidade e o aumento da taxa de sobrevivência dos pacientes com queimadura, a qualidade de vida e a funcionalidade se tornaram resultados de medidas importantes na avaliação do impacto na vida de quem sofreu queimadura. **Objetivo:** Avaliar a existência de correlação entre a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) e o *Burn Specific Health Scale – Brief – Br* (BSHS-B-Br) em pacientes com queimadura. **Método:** Foram avaliados 80 pacientes com queimadura que faziam acompanhamento ambulatorial. Para a qualidade de vida foi utilizado o BSHS-B-Br e para a funcionalidade foi utilizada uma ficha de coleta de dados com base na CIF. Para análise de correlação foi utilizado o teste de Coeficiente de Correlação de *Spearman*. **Resultados:** O BSHS-B-Br apresentou uma média de 127,12 (DP \pm 23,03). A correlação entre o *score* total do BSHS-B-Br com a CIF para funções do corpo foi moderada ($r=-0,5307$; $p<0,001$), para estruturas do corpo foi fraca ($r=-0,4787$; $p<0,001$), para atividades e participação foi fraca ($r=0,4385$; $p<0,001$) e para os fatores ambientais foi moderada ($r=-0,5027$; $p<0,001$). **Conclusão:** Houve correlação entre os resultados da CIF obtidos pela perspectiva do paciente e o BSHS-B-Br para esta população avaliada, demonstrando que o uso desta classificação poderá ser incorporado ao atendimento destes pacientes e permitirá a obtenção de dados através de um instrumento prático para diferentes níveis decisórios na atenção à essa população.

ABSTRACT

Introduction: Analyzing the decrease in mortality and the increase of survival rate in patients with burn, it is important to consider the quality of life and functioning. The results of this important outcomes take impact in the lives of people who have been burned. **Objective:** To evaluate the difference between International Classification of Functioning (ICF) and Burn Specific Health Scale-Brief-Brazil (BSHS-B-Br) in patients with burn injury. **Method:** Eighty patients with burns who underwent ambulatory follow-up were evaluated. The BSHS-B-Br was used for quality of life. A data collection sheet based on the ICF was used for functioning. The Spearman Correlation Coefficient test was used for analysis. **Results:** BSHS-B-Br presented an average of 127.12 (SD \pm 23.03). The correlation between the total score of BSHS-B-Br with the CIF for body functions was moderated ($r = -0.5307$; $p < 0.001$), for body structures it was weak ($r = -0.4787$; $p < 0.001$), for the activities and participation it was also weak ($r = 0.4385$, $p < 0.001$) and for the environment it was moderated ($r = -0.5027$, $p < 0.001$). **Conclusion:** There was a correlation between the ICF results obtained from the patient's perspective and the BSHS-B-Br for this population evaluated, demonstrating that the use of this classification can be incorporated in the examination of patients. Furthermore, it can be a practical instrument for the different decision measures in the attention to this population.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A queimadura é um trauma grave, com repercussões sociais, econômicas e de saúde pública (LACERDA et al., 2010; DUTRA et al., 2011), sendo um dos traumas mais incapacitantes e desfigurantes (DUTRA et al., 2011) e podem ter um grande impacto na saúde da população (VAN BAAR et al., 2006).

Ela está entre as principais causas de morbidade e mortalidade (SOUZA et al., 2009; LACERDA et al., 2010; DUTRA et al., 2011) embora devido as grandes melhorias no tratamento das queimaduras no século XX, a mortalidade decorrente das queimaduras diminuiu substancialmente e hoje em dia, os pacientes apresentam altas taxas de sobrevivência (VAN BAAR et al., 2006; ULLRICH, ASKAY, PATTERSON, 2009).

Sua epidemiologia varia em diferentes partes do mundo, porém acredita-se que essa lesão está associada ao índice socioeconômico, pois os atendimentos são mais frequentes em pacientes com condição socioeconômica menor (LACERDA et al., 2010), ou seja, o status socioeconômico é reconhecido como fator de risco, assim como a falta de medidas de segurança e insuficiente supervisão parental à criança (DUTRA et al., 2011).

Embora seja difícil medir o impacto que as deformidades decorrentes desta lesão causam na vida das pessoas (GAWRYSZEWSKI et al., 2012), sabe-se que até as pequenas queimaduras podem ter consequências significativas para a funcionalidade, especialmente quando as áreas do corpo, tais como as mãos, são afetadas (VAN BAAR et al., 2006). Ainda, as queimaduras e suas consequências são consideradas um problema de

saúde pública, uma vez que as vítimas representam um importante ônus social e econômico durante o período de internação e ao longo do processo de recuperação (DUTRA et al., 2011). Os gastos vão além daqueles referentes ao atendimento na fase aguda, internações prolongadas e programas de reabilitação funcional, muitas vezes inacessíveis à vítima, que oneram indubitavelmente o sistema de saúde (SOUZA et al., 2009).

No Brasil, avalia-se que ocorram em torno de 1.000.000 de acidentes por queimaduras ao ano, porém são poucos os estudos epidemiológicos comparativos disponíveis para orientar os programas de tratamento e prevenção das queimaduras (DUTRA et al., 2011). Com isso, dados epidemiológicos sobre queimaduras devem preferencialmente ser comparáveis a dados de outras doenças e isto pode ser conseguido através de medidas genéricas, porém as medidas específicas combinadas às genéricas podem fornecer informações detalhadas sobre as consequências específicas das queimaduras e se fazem necessárias para a interpretação dos dados genéricos (VAN BAAR et al., 2006).

Para tanto, dados epidemiológicos podem ser levantados ao abordar diversos conceitos e percepções. Contudo, os estudos atuais demonstram o aumento do interesse em se levantar dados sobre a qualidade de vida em razão do aumento e da expectativa de vida, assim como da sobrevivência de pessoas com incapacidades ou comprometimentos crônicos (COSTA et al., 2008). No caso das queimaduras, o interesse em avaliar a qualidade de vida se justifica já que esta é significativamente afetada (XIE et al., 2012), pois este tipo de lesão pode deixar cicatrizes, deformidades e perda de algum tipo de função (ZAPATA & ESTRADA, 2010).

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto

da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (MEIRTE et al., 2014). Ainda, existem diferentes maneiras de conceituá-la de maneira abrangente e complexa que envolve dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e ambientais (COSTA et al., 2008).

Os instrumentos de medida validados e utilizados atualmente no estudo da qualidade de vida em queimaduras são divididos em genéricos e específicos. O genérico é aquele que pode ser aplicado em diferentes populações e no caso das queimaduras, o mais frequentemente usado é o *Short Form Health Survey* (SF-36) (VAN BAAR et al., 2006). Já, o específico fornece informação detalhada e específica sobre as consequências destas lesões e o mais utilizado é o *Burn Specific Health Scale – Brief* (BSHS-B), (VAN BAAR et al., 2006; COSTA et al., 2008; MEIRTE et al., 2014) que já foi traduzido em várias línguas em todo o mundo (MEIRTE et al., 2014) e no Brasil, foi validado e traduzido recentemente denominado *Burn Specific Health Scale – Brief - Brasil* (BSHS-B-Br) (PICCOLO et al., 2015).

Embora a efetividade destes dois instrumentos já esteja contemplada na literatura e que para capturar um amplo espectro sobre funcionalidade a combinação destes parece obrigatória, alguns domínios ainda permanecem descobertos (MEIRTE et al., 2014). Sendo assim, a aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como uma ferramenta estatística para a obtenção de informações sobre funcionalidade pode ser uma das mais importantes (DE ARAÚJO & BUCHALLA, 2013) e se mostrou muito útil para a comparação do conteúdo frequentemente utilizado nestes instrumentos (WASIAK et al., 2011), pois inclui todos os aspectos da saúde e pode ser usada para

classificar as consequências das queimaduras (VAN BAAR et al., 2006; MEIRTE et al., 2014).

Sucessora da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), a CIF enfoca os componentes da saúde (VAN BAAR et al., 2006) e sua aplicação para medir resultados também pode direcionar a seleção de instrumentos para avaliar a função e saúde e fornecer o desenvolvimento de novas ferramentas (WASIAK et al., 2011). Ela representa uma mudança de paradigma para se pensar e trabalhar a deficiência e incapacidade, constituindo um importante instrumento para avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social (FARIAS & BUCHALLA, 2005). Apesar da ampla utilização em outras áreas da reabilitação e as recomendações para a implementação da CIF em queimaduras, esta teve mínima utilização nesta população (GRISBROOK et al., 2012).

Esta classificação conceitua a saúde do indivíduo como uma relação complexa entre estado de saúde, o impacto que isso tem sobre as funções do corpo, estruturas corporais e atividade e, como os fatores ambientais e pessoais podem influenciar o nível de participação nos ajustes diários (GRISBROOK et al., 2012). Seu modelo substitui o enfoque negativo, considerando as atividades que um indivíduo que apresenta alteração de função ou estrutura corporal pode desempenhar assim como sua participação social (FARIAS & BUCHALLA, 2005). Ainda, permite a compreensão dos fenômenos relacionados com a função que pode ser particularmente relevante para avaliar a qualidade de vida após queimaduras e apresenta poucos artigos sobre este assunto (MEIRTE et al., 2014).

Sendo assim, como os avanços da medicina asseguram que o número de pessoas que vivem com queimaduras vai continuar a aumentar, o conhecimento sobre como a funcionalidade é afetada por complicações decorrentes deste trauma é fundamental (ULLRICH et al., 2009).

2 OBJETIVO

2 OBJETIVO

Avaliar a existência de correlação entre a Classificação Internacional de Funcionalidade e o *Burn Specific Health Scale-Brief-Br* em pacientes com queimadura.

3 LITERATURA

3 LITERATURA

3.1 CIF

FARIAS & BUCHALLA (2005) com o objetivo de apresentar a CIF descreveram os pontos fundamentais desse novo modelo que surgiu em 2001 após a aprovação pela Assembleia Mundial da Saúde. Levantaram a discussão sobre esta classificação ser recente, complexa e de difícil aplicabilidade.

RIBERTO (2011) reconhecendo a complexidade e a grande quantidade de aspectos abordados na CIF e conhecedor da existência do desenvolvimento de instrumentos práticos baseados nela, os chamados *core set* ou conjunto principal, realizou uma revisão da literatura nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e da *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) de publicações entre 2001 e 2010 com os descritores CIF e *core set* em qualquer língua. Ele chegou ao total de 44 publicações que incluíram condições de saúde como depressão, acidente vascular encefálico e diabetes mellitus, entre outras. Ele concluiu que os *core sets* podem ser usados para finalidades clínicas e de pesquisa e que são instrumentos em desenvolvimento, porém ressaltou a preocupação da sua aplicabilidade representar um retorno ao modelo biomédico.

RUDOLF et al. (2012) desenvolveram uma primeira versão de um *core set* da CIF para condições da mão. Participaram 59 pacientes, 162 profissionais com pelo menos cinco anos de especialização na área de 55 países diferentes, e a revisão de literatura incluiu 204 estudos publicados

entre 2003 e 2008. Após a revisão de literatura e a coleta de dados para um estudo qualitativo, 23 profissionais de 22 países participaram de uma conferência em 2009 na Suíça e o instrumento final apresentou 23 capítulos com 117 categorias.

RUARO et al. (2012) realizaram uma revisão integrativa com o objetivo de investigar o panorama do uso da CIF no Brasil entre o período de 2001 a 2011. Para tanto, foram selecionados e analisados 47 estudos encontrados com o termo “CIF” nas bases da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO Brasil) e Lilacs e para complementar, nos duas bases de dados internacionais sendo *U.S. National Library of Medicine/National Institutes of Health* (PubMed) e *Web of Knowledge* (ISI) onde utilizaram os termos “ICF and Brazil”, sendo ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) o equivalente a CIF. A busca demonstrou que apesar do crescente interesse na sua utilização, o uso da CIF ainda estava no momento inicial na comunidade científica brasileira e que a concentração de estudos estava nas áreas relacionadas do aparelho locomotor e, que a maioria dos estudos foram realizados na região Sudeste.

DE ARAÚJO & BUCHALA (2013) baseado na técnica Delphi através de um consenso entre 27 especialistas, desenvolveram a primeira versão de um instrumento de coleta de dados sobre funcionalidade utilizando categorias da CIF com o uso do qualificador não especificado para o uso em Fisioterapia do trabalho, com o propósito de facilitar a notificação de incapacidades para a obtenção de dados sobre o trabalhador. O estudo resultou em 24 categorias da CIF selecionadas por pelo menos 80% dos participantes, 91,7% deles consideraram aceitável a aplicação do instrumento, assim como acreditavam que os conceitos da CIF unificam

linguagem e consideraram ela imprescindível e muito importante; 58,3% informaram ser completamente ou muito aplicável; 66,7% apontaram que o instrumento desenvolvido era capaz de subsidiar sistemas de informação como a Classificação Internacional de Doenças (CID); e 100% compreenderam que este instrumento era capaz de gerar dados sobre funcionalidade humana.

FRÉZ et al. (2014) com o objetivo de propor uma relação entre a qualidade de vida e a CIF, realizaram um estudo transversal com 15 pacientes amputados atendidos no Centro de Reabilitação do Centro de Especialidades Médicas de Fóz do Iguaçu, no Brasil. Foram avaliadas as variáveis idade, gênero, uso de prótese, nível e causa de amputação, tempo de amputação, tempo de uso de prótese, duração da fisioterapia, complicações, nível de dependência em atividades de vida diária e estilo de vida. Após isso, dois pesquisadores selecionaram os componentes e categorias e chegaram a um consenso sobre quais poderiam ser aplicados para caracterizar os domínios dos questionários. A relação foi realizada através da estatística descritiva com média, desvio padrão e mediana para o *score* do instrumento de qualidade de vida e para a CIF, os qualificadores. Foi utilizado o teste de Coeficiente de Correlação de *Spearman*, e o resultado mostrou que o coeficiente de correlação entre a mediana dos qualificadores da CIF e SF-36 foi $r = -0.9376$, demonstrando uma alta correlação decrescente ($p < 0.0001$), ou seja, o *score* de qualidade de vida diminuía conforme o qualificador da CIF demonstrava uma deficiência ou dificuldade.

DE ARAÚJO & DE OLIVEIRA JÚNIOR (2014) descreveram a aplicação da CIF para o cadastramento da população do bairro Mutinga, em

Barueri/SP com o objetivo de gerar informações sobre funcionalidade e incapacidade na atenção básica. Para esta coleta de dados os agentes comunitários utilizaram um questionário elaborado pelos autores com base em um estudo de revisão bibliográfica sobre a CIF e com avaliação do conteúdo de codificação e de tabulação. As questões apresentaram ligação com categorias da CIF com a opção de uma resposta direta, positiva ou negativa, passíveis de classificação, já que os qualificadores “0” e “8” da CIF podiam corresponder as respostas “não” e “sim” respectivamente. A experiência do uso deste formulário mostrou ser de fácil aplicação, de fácil tabulação e permitiu conhecer o estado de saúde funcional da população.

CASTANEDA, BERGMANN, BAHIA (2014) em uma revisão sistemática sobre o uso da CIF em estudos observacionais nas bases de dados Pubmed, Lilacs e SciELO no período entre janeiro e junho de 2011 com publicações em inglês e português e o descritor CIF, selecionaram 35 artigos que foram submetidos ao *checklist* adaptado do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). Porém, somente 29 destes preencheram os 12 dos 15 critérios do STROBE e foram incluídos para análise e discussão. A maior parte dos estudos (83%) foram de estudos transversais, pouco menos de um terço deles (31%) utilizou categorias da CIF e maioria (24%) relacionou-se a área da reumatologia. Os resultados mostraram uma grande produção científica relacionada à CIF, embora sejam poucos os estudos epidemiológicos quantitativos quando comparados aos qualitativos na prática clínica.

ALFORD et al. (2015) em uma revisão sistemática da literatura de 2001 a 2012 avaliaram 37 artigos de 18 diferentes países que utilizaram a CIF para avaliar condições de saúde e funcionalidade em adultos com

condições crônicas pela perspectiva da pessoa, pois embora revisões anteriores tenham investigado seu uso em uma variedade de contextos, nenhuma delas se propôs a entender a experiência da saúde de pessoas com condições crônicas da própria perspectiva. Eles identificaram que embora pequeno, um crescente número de estudos foi encontrado em que a CIF foi usada para obter uma narrativa pessoal. Ainda, que a CIF foi relatada como útil para orientar a avaliação clínica e fornecer uma compreensão abrangente da saúde e da funcionalidade da perspectiva da pessoa.

MADDEN & BUNDY (2018) analisaram a investigação de uma pesquisa publicada referente ao período de 2001 a 2015, ou seja, desde o surgimento da CIF, com o objetivo de examinar se houve uma mudança de pensamento em relação a este tipo de classificação, considerando-a uma nova classificação global em áreas de estudo e para obtenção de dados estatísticos sobre funcionalidade e incapacidade; se suas aplicações seguiram sua classificação e princípios; e se a partir dela foram desenvolvidas novas práticas e novos conhecimentos. Para responder a estas questões, MADDEN após uma primeira revisão de literatura que inclui buscas em bases de dados eletrônicos, listas de referências, busca manual de revistas e conteúdo de informações relevantes e conferências, montou uma base de dados com cerca de 450 referências e em uma segunda etapa, foram adicionadas mais 300 e deste total, 313 foram utilizadas. Identificaram que a CIF estimulou novos pensamentos entre as pessoas que trabalham com medidas, estatísticas e informações sobre funcionalidade, incapacidade e saúde; com uma atividade considerável refletindo novas ideias e ações com aplicações variadas; e que a construção de novos conhecimentos e práticas estimulam autores a desenvolver novas ferramentas.

3.2 QUALIDADE DE VIDA

KILDAL et al. (2001) usaram como instrumento básico o *Burn Specific Health Scale* (BSHS) com 114 itens desenvolvido por BLADES, JONES, MUNSTER (1979), que em 1987 em sua nova versão apresentada por MUNSTER, HOROWITZ, TUDAHL (1987) foi chamada de *Burn Specific Health Scale-Abbreviated* (BSHS-A) com 80 itens e em 1994 o *Burn Specific Health Scale-Revised* (BSHS-R) que continha 31 itens por BLALOCK, BUNKER, DeVELLIS (1994), na intenção de poder ter um instrumento específico para queimaduras com melhor aplicabilidade clínica. Desenvolveram assim uma nova versão do BSHS, denominada esta de *Burn Specific Health Scale-Brief* (BSHS-B). Validaram com 248 pacientes de uma unidade de queimados da Suécia e sua versão foi composta por 40 itens e nove domínios sendo habilidades simples, sensibilidade ao calor, afeto, função da mão, trabalho, sexualidade, relações interpessoais, imagem corporal e regimes de tratamento. Seu *score* varia de zero a 160 no qual valores mais próximos de 160 indicam melhor qualidade de vida.

KILDAL, ANDERSSON, GERDIN (2002) após a validação do BSHS-B, realizaram um novo estudo com 248 pacientes da mesma unidade de queimados da Suécia, com o objetivo de realizar uma comparação entre BSHS-B e as versões anteriores o BSHS-A e o BSHS-R. Incluíram no estudo pacientes adultos tratados na unidade de 1980 a 1995 e que apresentavam mais de 10% de área total de superfície corporal queimada ou se menos, mais de seis dias de internação hospitalar. O grupo apresentou uma média de idade de 36,8 anos de idade, com média de 30,8 dias de internação e 23,1% de comprometimento de extensão corpórea. Na

comparação dos instrumentos, a média para todas as questões foram semelhantes para todas as versões e a confiabilidade interna mostrou um alfa de *Chronbach* de 0,75-0,96 para o BSHS-A, de 0,75-0,93 para o BSHS-R e de 0,75-0,93 para o BSHS-B. Em relação aos pacientes, verificaram que mais de 10% de área corpórea queimada com espessura total, estava relacionada a um pior resultado geral das medidas. Como conclusão do estudo, orientaram que os domínios sensibilidade ao calor e trabalho devem ser identificados separadamente, o que permite o uso do BSHS-R ou o BSHS-B, porém a necessidade de avaliar a sexualidade e a função da mão remete ao uso do BSHS-B que também permite uma melhor avaliação dos domínios afeto e imagem corporal, ficando assim a recomendação do BSHS-B em estudos futuros.

COSTA et al. (2008) realizaram um estudo de metodologia etnográfica, com 19 pacientes adultos que apresentavam sequelas de queimaduras e eram atendidos pela Unidade de Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Como resultado da pesquisa, puderam observar que vida familiar, integração social, trabalho, normalidade e autonomia são eixos orientadores para a atribuição de sentidos à qualidade de vida, e que o sofrimento psíquico, danos à autoimagem e à integração social, as dores, desconfortos físicos e limitações funcionais acarretados pelo trauma não podem ser subestimados.

FERREIRA et al. (2008) traduziram e validaram a versão em português do BSHS-R com 115 pacientes de uma unidade de queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Campus de Ribeirão Preto, maiores de 18 anos, que passaram pela unidade entre 1998 e 2006. Eles concluíram que a versão brasileira atendeu

os critérios de validação, porém como limitação do estudo, o fato da validade ter sido testada apenas em medidas psicológicas.

LACERDA et al. (2010) em seu estudo epidemiológico realizado com 101 pacientes da unidade de tratamento de queimaduras da UNIFESP, discutiram que as queimaduras podem gerar repercussões para os pacientes e seus familiares e que sua epidemiologia varia de uma parte do mundo para outra e estão relacionadas com práticas culturais, crises sociais e circunstâncias individuais. Eles identificaram as internações em um período de 12 meses e concluíram que houve predomínio do sexo masculino, das queimaduras de segundo grau misto e de menor extensão e, que a mortalidade foi relacionada à presença de lesão inalatória.

CIOFI-SILVA et al. (2010) descreveram as mudanças na vida das vítimas de queimaduras durante a fase de reabilitação realizada em Ribeirão Preto, São Paulo, no período de janeiro de 2006 a dezembro 2007. Os pacientes adultos responderam a uma entrevista semiestruturada e foram coletados dados sociodemográficos e sobre a queimadura. Para interpretação das respostas foram criadas as categorias trabalho, lazer, relacionamentos, laços religiosos, atividades educacionais e hábitos; e os participantes foram divididos em um grupo com maior e menor de 20% de extensão corporal queimada. Análises descritivas mostraram que dos 44 participantes 86,4% relataram alterações em mais de um aspecto da vida, associado ao trabalho, hábitos e lazer com maior frequência; dos 32 pacientes que sofreram queimadura em pelo menos um dos membros superiores 68,7% associaram alguma mudança no trabalho; do total 43,1% alteraram o tipo de roupa usada para evitar exposição. Nos relacionamentos, 17 relataram mudanças nas relações com parentes,

amigos ou ambos. Como resultado ficou evidenciado que as queimaduras determinam um forte impacto na qualidade de vida, em particular no trabalho.

YODER, NAYBACK, GAYLORD (2010) realizaram uma revisão da literatura sobre as variações do BSHS com o objetivo de identificar sua utilidade para pesquisa e prática clínica, e concluíram que o BSHS-B é a versão mais abrangente com a menor quantidade de questões.

WILLEBRAND & KILDAL (2011) realizaram um estudo prospectivo com 94 pacientes adultos na Suécia, com o objetivo de reavaliar as propriedades psicométricas do BSHS-B. Além do BSHS-B foram utilizados o questionário *Hospital Anxiety*, a Escala de Depressão e o SF-36 após seis, 12 e 24 meses após o acidente. Concluíram que o BSHS-B é útil para descrever a saúde do paciente que sofreu queimadura, pois as propriedades psicométricas apresentaram correlação com os outros instrumentos.

ELSHERBINY et al. (2011) em seu estudo realizado com 100 pacientes adultos, usaram o BSHS-B para avaliar a qualidade de vida juntamente com dados que caracterizaram a queimadura. Encontraram um grupo representado por 64% participantes com menos de um ano de acidente, 14% sofreram queimadura durante o trabalho, 80% foram queimaduras térmicas, 86% acometeram membros superiores, 84% apresentaram < 50% de extensão comprometida, 58% foram profundidades de segundo e terceiro grau e 16% ficaram menos de um mês internados. Os resultados do BSHS-B apontaram maior prevalência de problemas extremos as questões em relação a pegar moedas de uma superfície plana,

de se sentirem tristes e chateados com frequência, de se incomodarem com a aparência em geral e das cicatrizes, de já não abraçarem, agarrarem ou beijar como antes, da exposição ao sol e clima quente e da sensibilidade mais acentuada da pele, e da interferência da queimadura no trabalho. Concluíram que a queimadura apresentou um impacto negativo na maioria dos domínios.

XIE et al. (2012) em um estudo transversal, avaliaram 20 pacientes de um centro de queimadura de Xangai, na China. Aplicaram três instrumentos: o SF-36, o BSHS-B e o *Michigan Hand Outcomes Questionnaire* (MHQ) e coletaram dados clínicos para investigar quais fatores poderiam interferir na qualidade de vida. Compararam os resultados do SF-36 com uma população padrão e com pacientes que realizavam hemodiálise e os pacientes queimados apresentaram menores *scores* em relação aos outros grupos na questão de limitações por conta de problemas emocionais. O BSHS-B mostrou pontuações relativamente baixas, com maior frequência nos domínios trabalho, imagem corporal e sensibilidade ao calor. E o MHQ apresentou médias abaixo do esperado para função global da mão, trabalho, estética e satisfação. O estudo mostrou que mesmo após um longo tempo do acidente, os pacientes vivenciam problemas de origem física e emocional.

WASIAK et al. (2014) avaliaram 99 pacientes na cidade de Melbourne, Austrália, com o objetivo de identificar características clínicas que pudessem prever a qualidade de vida após 12 meses de lesão. Eles utilizaram o BSHS-B como um dos instrumentos para esta avaliação e seu resultado foi relacionado com as seguintes variáveis demográficas e clínicas: idade, gênero, etiologia da queimadura, extensão, porcentagem de

queimadura de espessura parcial e total, número de procedimentos cirúrgicos, tempo de permanência hospitalar, proporção em admissão à unidade de terapia intensiva e ventilação mecânica. Eles mostraram que a extensão, a idade avançada e o gênero feminino foram preditores importantes do índice total mais baixo de BSHS-B aos 12 meses após a lesão.

RENNEBERG et al. (2014) realizaram o que consideraram o maior estudo prospectivo com pacientes queimados na Alemanha, com seguimento de avaliações em 6, 12, 24 e 36 meses. O objetivo foi examinar a qualidade de vida de pacientes de cinco centros diferentes da Alemanha, utilizando o *12-Item Short Form Survey* (SF-12), *NEO-Five Factor Inventory* (NEO-FFI), o BSHS, o *Screening for Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD) e o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Ao investigarem os fatores físicos e psicológicos envolvidos do processo de recuperação, constataram que a saúde mental não apresentou mudança significativa ao longo do tempo e que a mobilidade foi identificada como uma variável importante em relação a saúde mental e física.

FINLAY et al. (2014) com o objetivo de examinar a confiabilidade e validade do BSHS-B em uma amostra de 823 pacientes com diferentes porcentagens de acometimento de extensão corporal, utilizaram dados do período de 2006 a 2013 gerenciados por um hospital na Austrália. O questionário foi aplicado na alta hospitalar e em mais cinco momentos diferentes correspondendo a 1, 3, 6, 12 e 24 meses após a primeira avaliação. A maioria apresentou até 15% de área corpórea atingida que correspondeu a 90% da amostra, 73% eram homens, 67% tinham realizado ao menos um procedimento cirúrgico e 60% estavam trabalhando no

momento do acidente, e os resultados em relação a qualidade de vida apresentaram melhora significativa ao longo de 24 meses após a queimadura. A confiabilidade da pontuação total da escala foi excelente com alfa de *Cronbach* de 0,95, ou seja, o BSHS-B se mostrou reprodutível, e quanto a validade de conteúdo a análise dessa grande amostra mostrou que o BSHS-B pode ser usado para qualquer tamanho de queimadura.

PICCOLO et al. (2015) traduziram o BSHS-B para a língua portuguesa, adaptaram ao contexto cultural brasileiro e testaram sua reprodutibilidade, confiabilidade e validade. Foram selecionados 92 pacientes, maiores de 18 anos, em acompanhamento no ambulatório da unidade de tratamento de queimaduras da Escola Paulista de Medicina (EPM) da UNIFESP, ambulatório do Pronto Socorro para Queimaduras de Goiânia e ambulatório do Hospital Nelson Picollo em Brasília. Sua versão final foi denominada *Burn Specific Health Scale-Brief-Brasil* (BSHS-B-Br).

MARTIN et al. (2017) concluíram um estudo de coorte prospectivo na Austrália com o objetivo de verificar a relação entre crescimento pós-traumático, depressão e qualidade de vida após queimadura. Um total de 217 avaliações foram coletadas de 73 pacientes adultos de dois grupos diferentes, identificados de um banco de dados hospitalares. Consideraram um grupo com lesão não aguda, ou seja, mais de seis meses de acidente e grupo com lesão aguda com menos de seis meses. Foram coletadas informações demográficas de ambos os grupos e os instrumentos aplicados foram o SF-36, o BSHS-B, o *Drepression Anxiety and Stress Scale* (DASS) e o *Posstraumatic Growth Inventory* (PTGI). Neste estudo para ambos os

grupos a relação mostrou que a depressão é uma barreira ao crescimento, porém não tiveram impacto na pontuação do PTGI.

3.3 CIF E QUEIMADURA

VAN BAAR et al. (2006) utilizaram a CIF para classificar a funcionalidade após queimadura. Primeiro um único revisor realizou uma busca na literatura na base de dados MedLine com mais de uma combinação de descritores compreendendo o período entre 1966 e 2003. Desta revisão, 50 publicações preencheram os critérios de inclusão e foram analisadas, 16 abordavam crianças e adolescentes, 28 adultos, três em idosos e três em idade mista. Em mais da metade das publicações, a função mental (70%) e atividades e participação relacionadas ao trabalho (72%) foram as que apareceram com maior frequência, seguidas de autocuidado (68%), relações interpessoais (62%) e mobilidade (60%). Com menos frequência foram os achados para funções do corpo e fatores ambientais e, estruturas do corpo com menor porcentagem (12%) somente incluiu estruturas relacionadas ao movimento e a pele. Quando relacionado à idade, em criança e adolescente a função mental apareceu com 75%, em adultos a educação e situação com o trabalho com 89%, e 100% em idosos era a respeito de autocuidado, apoio e relação interpessoal. Os autores descreveram também neste estudo o resultado de um consenso na Holanda que selecionou os capítulos mais relevantes da CIF para queimadura. Sua versão final foi publicada como CIF modificada para pacientes com queimadura versão 1.0. O resultado desta pesquisa mostrou que as publicações não forneceram informações suficientes para identificação das alterações de funcionalidade após a queimadura e sugeriram o desenvolvimento de um *core set*.

WASIAK et al. (2011) com o intuito de estimular uma discussão sobre a CIF na comunidade de queimadura, realizaram uma revisão sistemática da literatura para conseguir identificar e quantificar os conceitos de saúde contidos em 14 instrumentos que avaliam os pacientes queimados e fazer uma ligação com a CIF. Realizaram uma busca eletrônica em cinco bases de dados diferentes a partir de 2003 com diferentes descritores e com artigos em inglês. Dois avaliadores independentes identificaram os estudos para a inclusão e para a concordância entre os conceitos identificados e a associação com a CIF adotaram o teste de concordância de Kappa para a análise estatística. Como resultado, 321 artigos foram recuperados e avaliados, porém somente 132 trabalhos realizados em 20 países foram incluídos para análise e envolveu 17245 pacientes. O BSHS-B foi o instrumento mais utilizado identificado em 29 estudos e os avaliadores encontraram 356 conceitos, dos quais 284 estavam ligados a CIF. Concluíram que foi possível conectar 80% dos itens dos instrumentos com CIF, sendo que 46% destes em relação a funções do corpo e 20% atividades e participação, resultados estes que demonstraram a necessidade de um consenso e da padronização em relação aos instrumentos, porém afirmaram que a CIF foi útil em relação a comparação do conteúdo dos instrumentos genéricos e específicos utilizados em queimaduras.

GRISBROOK et al. (2012) realizaram um estudo de caso na Austrália com o objetivo de demonstrar a utilização da CIF como modelo para obtenção de dados sobre as complexas limitações de funcionalidade após grandes queimaduras, com o intuito de guiar o planejamento de reabilitação e melhorar a qualidade de vida. Para tanto, avaliaram um homem de 35 anos com cinco anos de acidente, 35% da superfície corporal

queimada que correspondia a áreas como as mãos, antebraços, cotovelos, rosto e costas, que havia realizado escarotomia de membros superiores e fasciotomia em mãos com enxerto, e durante sua recuperação desenvolveu uma polineuropatia e, foi ventilado artificialmente por 10 dias devido uma lesão inalatória. Para a avaliação, utilizaram o BSHS-B e o SF-36 como medidas contextuais, que incluíam também componentes de atividade e participação que foram avaliados pelo *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM) e *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire* (QuickDASH). Para medir as funções e estruturas do corpo, utilizaram o *Brief Pain Inventory – Short Form* (BPI-SF), *Visual Analogue Scale* (VAS), goniometria para as medidas de amplitude articular com análise dimensional, dinamometria com eletroneuromiografia para o tônus muscular, volume de oxigênio máximo e espirometria para capacidade pulmonar. Concluíram que a CIF é uma ferramenta útil para a obtenção abrangente de dados sobre funcionalidade após uma queimadura, porém deve ser empregada em todos os níveis para garantir uma visão holística que por sua vez, contribui com a melhora dos resultados sobre a qualidade de vida desta população.

MEIRTE et al. (2014) com o objetivo de investigar se os instrumentos para medir qualidade de vida em queimadura foram capazes de descrever a funcionalidade com base na estrutura da CIF, realizaram uma busca no banco de dados eletrônicos, o PubMed, e selecionaram 30 artigos publicados entre o período de 1990 e 2013, que mostrou a utilização de sete instrumentos, porém para análise foram selecionados os três mais frequentes, sendo eles o BSHS-B, o SF-36 e o *EuroQol-5* (EQ-5D). Um grupo de quatro pesquisadores realizou a avaliação e interpretação dos questionários para a comparação com os domínios da CIF. O estudo

mostrou que o BSHS-B em relação aos componentes da CIF foi o único que incluiu sexualidade em consonância com funções do corpo, função da mão e trabalho para atividades e participação e fatores pessoais (regimes de tratamento e imagem corporal). Entretanto, todos os instrumentos cobriram de certa forma funções do corpo e atividades e participação, ao mesmo tempo que ambos não contemplaram os fatores ambientais. Concluíram que embora os instrumentos não tenham conseguido medir todos os resultados necessários de interesse para pacientes com queimadura, a inclusão de novas medidas com a finalidade de preencher estas lacunas, acabaria por aumentar o tempo para preenchimento do questionário.

OSBORNE et al. (2016) vincularam, classificaram e descreveram o conteúdo do *Multi-center Benchmarking Study Burn Outcomes Questionnaires* (BOQ) com a CIF, que faz parte do *Multi-Center Benchmarking Study* (MCBS), um projeto de coleta de dados nos Estados Unidos. Para isto, seguiram a técnica de ligação padronizada pela OMS e todos os conceitos significativos dentro de cada item foram identificados e vinculados a CIF por dois codificadores diferentes e um terceiro pesquisador determinou os códigos que não foram acordados entre os dois primeiros. Um total de 551 conceitos foram identificados e incluídos 353 para a avaliação com o BOQ, onde 292 conceitos dos instrumentos foram vinculados a CIF. Em relação a atividades e participação houve 58% de conceitos vinculáveis a CIF, funções do corpo 31% e 11% fatores ambientais, sem representação das estruturas. Eles concluíram e recomendaram que as edições subsequentes do BOQ devem incluir o impacto ou a falta dele nos fatores ambientais e as estruturas do corpo.

OSBORNE et al. (2017b) buscaram responder se os dados do *Burn Model System* (BMS), uma base de dados nacional dos Estados Unidos composta de itens selecionados por especialistas em queimaduras, coletam dados abrangentes em relação a toda experiência dos pacientes queimados ao longo do tempo. Seguindo a técnica de vinculação padronizada por CIEZA et al. (2005), dois codificadores classificaram e descreveram os conceitos dentro do BMS e realizaram a ligação com a CIF. Um total de 1327 conceitos foram identificados e destes, 816 (61%) foram vinculados a CIF. O componente funções do corpo foi o mais representado com 42%, seguido de atividades e participação com 34%, fatores ambientais com 13% e estruturas do corpo com 12%. Eles concluíram que a maioria dos conceitos no BMS estavam vinculados a função do corpo e atividades e participação, porém com representação desigual; e que futuras edições desenvolvidas devem considerar a adição de conceitos sobre o impacto dos fatores ambientais na participação e sobre as estruturas do corpo. Ainda, fizeram um apelo para o desenvolvimento de um *core set* para queimaduras.

MEIRTE et al. (2017) realizaram na Holanda e na Bélgica um estudo prospectivo de nove meses de seguimento, com 184 pacientes adultos admitidos nas unidades de queimadura, com o objetivo de investigar a validade convergente entre o BSHS-B, o SF-36 e o EQ-5D dentro da estrutura da CIF e a validade discriminante dos instrumentos de acordo com a gravidade da lesão. A análise da validade convergente mostrou que houve uma correlação negativa entre o BSHS-B e o EQ-5D, onde na função do corpo o afeto ($r=0,69$) apresentou uma forte relação com a ansiedade e depressão, e no componente participação, trabalho (BSHS-B) e habilidades (EQ-5D) revelou uma correlação forte ($r=0,63$). A correlação

entre o BSHS-B e o SF-36 também apresentou forte relação no afeto ($r=0,67$), assim como correlações elevadas para trabalho (participação) e função da mão (atividade). Para a validade discriminante foram comparados dois grupos: os que realizaram ou não cirurgia. O BSHS-B mostrou que as maiores diferenças foram encontradas no que diz respeito ao trabalho, imagem corporal e regimes de tratamento, com uma correta classificação de 69,4% a 69,8%. O EQ-5D mostrou um problema maior no grupo de cirurgia e ambos apresentaram maior dificuldade na dor, ansiedade e depressão e mobilidade, com correta classificação em 69,7% a 70,1%. O SF-36 também foi capaz de discriminar a gravidade em grupos. Sua classificação validada foi de 68,2% a 71,7%. Os resultados mostraram que a CIF é útil para classificar as escalas.

OSBORNE et al. (2017a) conduziram uma revisão sistemática de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA) com o propósito de responder com base no componente Atividades e Participação da CIF quais os instrumentos mais comuns utilizados para medir resultados em relação a este componente em uma população pediátrica, assim como identificar o retorno às atividades diárias e quais as áreas mais afetadas após a queimadura. Realizaram então uma busca eletrônica no PubMed e encontraram 1546 publicações onde destas, 1507 foram excluídas com base no título e das 39 restantes, somente 11 foram incluídas para análise. A literatura mostrou que cinco dos nove capítulos deste componente foram citados. Quanto ao comportamento após o acidente, os estudos mostraram que os professores observaram que meninos que sofreram queimadura com idades entre 12 e 18 anos apresentaram tendência a delinquência e agressividade quando comparados a um grupo de não queimados e que crianças com queimaduras de 7 a 12

anos demonstraram significativamente mais problemas incluindo tortura de outras crianças, relatado pelos pais e professores. Entretanto, a maioria das crianças não demonstraram problemas comportamentais nas áreas de participação escolar, social e de atividade. Quando analisada a relação do comportamento com a extensão da queimadura, dois estudos encontraram menos problemas em crianças com maior área comprometida. Não foram encontradas diferenças nas principais áreas da vida, que inclui o retorno à escola, porém fatores parentais contribuíram para variação de resultados de funcionalidade e as crianças queimadas participaram com menos frequência de atividades sociais, embora com maior nível de prazer. Apesar destes resultados, com base na escassez de estudos que examinaram subtópicos ou medidas similares de avaliação, os autores sugerem estudos mais estruturados nesta área com o propósito de melhorar as práticas de reabilitação.

JOHNSON & CHUNG (2017) se dedicaram a entender como instrumentos abrangentes e específicos avaliam os resultados de investigação para queimaduras de mãos de acordo com a CIF, e destacaram a importância da utilização de avaliações subjetivas através de relatos dos pacientes. Para a padronização dos resultados esperados, foi realizada uma categorização dentro do conteúdo do *core set* para condições da mão da CIF. Os resultados obtidos apresentaram que em medidas gerais, a qualidade de vida é o principal desfecho na pesquisa sobre queimaduras e que o BSHS-B é provavelmente o instrumento mais confiável por incluir sensibilidade ao calor e função da mão; entretanto, também citam o *core set* para condições da mão adequado por fornecer uma linguagem unificada que identifica, acompanha e descreve resultados, porém ainda recém utilizada. Embora estas afirmações, levantaram a questão sobre a avaliação

da função da mão em pacientes com queimadura precisar de maior investigação. Os resultados descritivos, como escalas de cicatrizes, mostraram uma abordagem sem padronização, dificultada pela subjetividade e com utilização limitada. Quanto as medidas de resultados de componentes, os estudos não mostraram correlação entre amplitude de movimento e desempenho, destacaram que o dinamômetro é uma medida confiável e válida e que a força de preensão permite aos clínicos quantificar deficiências que contribuem para perda da função da mão, porém estes instrumentos de medida devem ser usados em conjunto com o BSHS-B. Por fim, nas medidas de resultados relatadas pelo paciente, o instrumento que apresentou boa validade, reprodutibilidade e capacidade de resposta foi o QuickDASH. Como existe na literatura uma grande quantidade de instrumentos que medem queimadura em mão, os autores concluíram que é necessária mais informação sobre a validade destes para avaliar os resultados descritos no quadro da CIF para pacientes com queimadura de mão.

4 MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 Desenho da pesquisa e considerações éticas

Este é um estudo primário, observacional, transversal, analítico e multicêntrico. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina (CEP-UNIFESP/EPM) através da Plataforma Brasil, com o número 1.525.931 em 01 de maio de 2016 (Apêndice 1).

4.2 Casuística

Após a exclusão de dois participantes por preenchimento incompleto dos instrumentos, foram selecionados 80 pacientes adultos que sofreram queimadura, provenientes dos ambulatórios que aprovaram e autorizaram a realização da pesquisa. Foram eles: Ambulatório de Queimaduras da UNIFESP/EPM, Ambulatório do Pronto Socorro para Queimaduras em Goiânia e Ambulatório de Cirurgia Plástica da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos (ISCMS). Ambos firmaram o consentimento para o campo de coletas com a assinatura do Vínculo de Instituição Participante pelo representante responsável da instituição.

Para incluir a participação na pesquisa, os pacientes rubricaram as páginas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com o pesquisador.

4.2.1 Critérios de inclusão

- Pacientes de ambos os gêneros.
- Pacientes que sofreram queimadura e seguiram em acompanhamento ambulatorial.
- Pacientes com idade de 18 anos ou mais, no momento do estudo.
- Pacientes que não apresentaram comprometimento cognitivo, avaliados pelo Mini mental com *score* igual ou acima de 20 pontos.
- A compreensão e assinatura do TCLE.

4.2.2 Critérios de não inclusão

- Pacientes psiquiátricos com histórico de transtornos psicóticos.

4.2.3 Critérios de exclusão

- Questionários com preenchimento incompleto ou ilegível.

4.3 Descrição da casuística

Dos 80 participantes deste estudo, 52 (65%) eram de Goiânia, 21 (26,3%) de São Paulo e sete (8,8%) de Santos. A média de idade deste grupo foi de 37,47 (DP 14,13) anos, variando de 18 a 75 anos.

Do total, 52 (65%) eram mulheres e 28 (35%) homens; 52 (65%) eram brancos e 28 (35%) não brancos; 39 (48,8%) casados, 35 (43,38%) solteiros, cinco (6,3%) separados e um (1,3%) viúvo; 33 (41,3%) tinham

ensino fundamental dois, 22 (27,5%) ensino médio, 14 (17,5%) nível superior e 11 (13,8%) ensino fundamental um.

Quanto ao evento 16 (20%) foram acidentes de trabalho; com seis (37,5%) trabalhadores envolvidos com cozinha e os outros dez na mesma proporção (6,3% cada), representados por técnico em prótese dentária, técnico em mecânica, comerciante, garçonne, engenheiro, colocador de mármore, funcionário de salão de beleza, industrial, auxiliar de produção e confeitoiro.

O agente causal líquido aquecido apareceu em maior parte da amostra com 27 (33,8%) dos casos, seguido de 21 (26,3%) sendo o líquido inflamável. Houve somente um (1,3%) caso por queimadura elétrica (Figura 1).

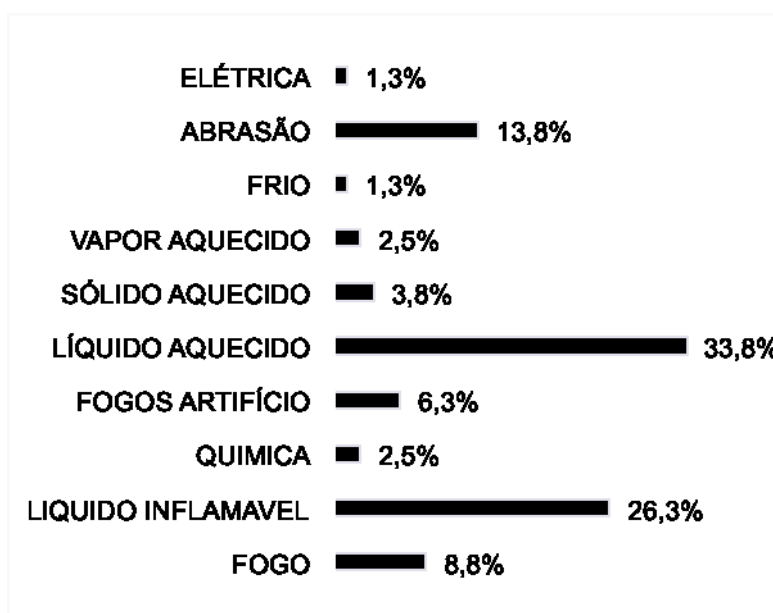


Figura 1 – Agente causal

A caracterização da queimadura mostrou que 43 (53,8%) eram pequenos queimados, o tempo de queimadura menor que um mês prevaleceu 46 (57,5%), mais da metade 42 (52,5%) eram queimaduras com profundidade de segundo com terceiro grau, a maior parte do grupo com 62 (77,5%) participantes apresentou internação hospitalar menor de um mês e 43 (53,8%) realizaram somente o desbridamento (Tabela 1).

Tabela 1 – Aspectos relacionados à queimadura

	Fi	Fr
Gravidade da Lesão		
Pequeno Queimado	43	53,8%
Médio Queimado	19	23,8%
Grande Queimado	18	22,5%
Tempo do Acidente		
Menor que 1 mês	46	57,5%
De 1 a 12 meses	25	31,3%
De 1 a 5 anos	09	11,3%
Profundidade		
Segundo + Terceiro Grau	42	52,5%
Segundo Grau	32	40%
Terceiro Grau	06	7,5%
Internação Hospitalar		
< 1 mês	62	77,5%
1 a 6 meses	10	12,5%
> 6 meses	03	3,8%
Não necessitou	05	6,3%
Procedimentos Cirúrgicos		
Desbridamento	43	53,8%
Desbridamento + Enxerto	17	21,3%
Desbridamento + Enxerto + Sequela	06	7,5%
Desbridamento + Enxerto + Amputação	01	1,3%
Não realizou	13	16,3%

F_I=frequência absoluta; **F_R**=frequência relativa; %: porcentagem; >=maior; <=menor.

Do total de regiões acometidas prevaleceu o comprometimento de somente uma região em 26 (32,5%) pacientes, seguida de duas em 16 (20%), três regiões em 14 (17,5%), quatro regiões em nove (11,3%) pacientes, cinco regiões em cinco (6,3%), sete em três (3,8%), igualmente seis e nove regiões em dois (2,5%) pacientes e outros três (1,3% cada) com oito regiões, 10 e 11 regiões acometidas. Quanto às regiões, 24 (30%) acometeram o rosto, três (3,8%) a cabeça, 15 (18,8%) o pescoço, sete (8,8%) orelha, 17 (21,3%) tórax, oito (10%) abdômen, sete (8,8%) tórax posterior, quatro (5%) mamas, 52 (65%) membro superior direito, 39 (48,8%) membro superior esquerdo, 13 (16,3%) mão direita isoladamente, 10 (12,5%) mão esquerda, nove (11,3%) ambas as mãos, 29 (36,3%) membro inferior direito, 33 (41,3 %) membro inferior esquerdo, um (1,3%) em região peniana, escrotal ou vulvar e três (3,8%) região glútea.

4.4 Procedimentos

Os participantes após assinarem o TCLE, foram submetidos em um primeiro momento por uma avaliação cognitiva pelo Mini mental (Anexo I) para que pudessem ser incluídos no estudo. Após esta inclusão, realizaram o preenchimento dos dados sociodemográficos (Apêndice 3) para a caracterização da amostra e em seguida, preencheram de forma assistida os instrumentos BSHS-B-Br (Anexo II) e a CIF (Apêndice 4) em um único momento.

4.4.1 Mini mental

É um instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo elaborado por FOLSTEIN, FOLSTEIN, MCHUGH (1975) e no Brasil,

BERTOLUCCI et al. (1994) publicaram sua primeira versão. Ele trata de questões em sete categorias com o objetivo de avaliar a orientação temporal (cinco pontos), orientação espacial (cinco pontos), registro de três palavras (três pontos), atenção e cálculo (cinco pontos), recordação das três palavras (três pontos), linguagem (oito pontos) e capacidade construtiva visual (um ponto). Seu *score* pode variar de zero pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo, até um total máximo de 30 pontos, que corresponde a melhor capacidade cognitiva. Para este estudo, pacientes que obtiverem um *score* de 19 pontos ou menos, não serão incluídos. Ainda, o *score* seguido é baseado no estudo de BRUCKI et al. (2003) que adaptou o uso do mini mental no Brasil com *score* de 20 para analfabetos, de 25 para pacientes de um a quatro anos de escolaridade, 26,5 de cinco a oito anos, 28 de nove a 11 e 29 para maior de 11 anos de escolaridade.

4.4.2 Ficha de caracterização sociodemográfica

A ficha de caracterização sociodemográfica identificou o participante quanto ao centro da coleta dos dados e na identificação pessoal as iniciais do nome, idade, raça, gênero, estado civil, grau de instrução e profissão. Quanto a queimadura, a data do ocorrido, agente causal, tempo de internação hospitalar, profundidade, porcentagem da superfície corporal queimada, região acometida e procedimentos cirúrgicos.

4.4.3 *Burn Specific Health Scale-Brief-Br* (BSHS-B-Br)

O questionário BSHS-B é um instrumento específico que avalia a qualidade de vida do paciente com queimadura, desenvolvido por KILDAL et al. (2001). Ele foi traduzido e validado no Brasil por PICCOLO et al.

(2015) e passou a se chamar BSHS-B-Br. Ele contém 40 questões com nove domínios que avaliam: sensibilidade ao calor (questões 28-32/*score* 20), afeto (questões 10-16/*score* 28), função da mão (questões 4-8/*score* 20), regimes de tratamento (questões 33-37/*score* 20), trabalho (questões 9, 38-40/*score* 16), sexualidade (questões 21-23/*score* 12), relações interpessoais (questões 17-20/*score* 16), habilidades simples (questões 1-3/*score* 12) e imagem corporal (questões 24-27/*score* 16). Seu *score* total varia de zero a 160, onde zero corresponde a uma pior qualidade de vida e 160 a uma melhor. É autoaplicável e cada questão se refere a uma função ou experiência após a queimadura e, possibilita uma única resposta em uma escala denominada *Likert* de cinco opções: extremo/extremamente equivale a 0, bastante a 1, moderadamente a 2, um pouco a 3 e nenhum/nenhuma a 4.

4.4.4 CIF

A CIF foi publicada em 2001 e aprovada para uso internacional como um novo instrumento para mensurar a saúde da população. Pertence a categoria das classificações internacionais desenvolvida pela OMS e classifica a funcionalidade e incapacidade associadas ao estado de saúde e complementa a CID. Foi traduzida no Brasil em 2003 pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Sua última atualização ocorreu em 2015.

Ela pode apresentar quatro níveis de classificação dos componentes da saúde e pode ser aplicada a todas as pessoas. Seus componentes incluem a funcionalidade e incapacidade, que descrevem as estruturas e funções do corpo e atividades e participação e, os fatores contextuais do qual fazem

parte os fatores ambientais e os fatores pessoais, fatores pessoais estes ainda não classificáveis até o momento. Cada componente possui domínios que representam várias categorias denominadas unidades de classificação.

Para este estudo foram usadas as informações de todos os níveis para a elaboração de perguntas da ficha de coleta de dados sobre Funcionalidade com base na CIF elaborada pelos pesquisadores, e seguiu as informações e os conceitos fornecidos pela CIF 2003 – Versão em Português - Brasil. Este estudo seguiu o modelo apresentado por DE ARAUJO & DE OLIVEIRA JÚNIOR (2014). E, também foram somente utilizados os componentes da CIF baseado na seleção de capítulos relevantes para as queimaduras realizada por um consenso na Holanda, onde sua modificação final foi denominada CIF modificada para pacientes com queimaduras, Versão 1.0 (VAN BAAR et al., 2006). Este modelo não incluiu o capítulo um de estruturas do corpo e os capítulos dois e cinco de fatores ambientais.

Este formato do uso da CIF permitiu apenas uma resposta direta e dicotômica de não e sim, que representaram os qualificadores zero e oito da CIF respectivamente e permitiram a tabulações dos dados. Sua versão final para este estudo compreendeu em sua totalidade 55 perguntas que foram respondidas pelos participantes de maneira auto assistida. O componente funções compreendeu um total de 18 questões (1-18) para as mulheres e 17 para os homens, pois a questão número 12 abordava a questão de ciclo menstrual e gravidez, portanto não aplicável para o gênero masculino. O componente estruturas resultou em seis questões (19-24), atividades e participação em 13 (25-37) e os fatores ambientais em 18 (38-55).

4.4.5 Análise estatística

Os dados foram tabulados no *Microsoft Office Excel* – 2016 (*Microsoft*TM) e o *software* utilizado foi *Microsoft R* 3.4.2 versão para *Windows* (64-bit). Foi aplicado o nível de significância de 5% para as análises, sendo $p < 0,05$ uma correlação significativa e $p > 0,05$ uma correlação não significativa. Ainda, uma correlação perfeita ($=1$), forte ($>0,75$), moderada ($<0,75$), fraca ($<0,5$) e inexistente ($=0$).

Os dados numéricos foram expressos em média e desvio padrão (IC 95%) e os dados categóricos nominais em frequência absoluta e relativa. Para análise de correlação foi utilizado o teste de Coeficiente de Correlação de *Spearman*.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Para este estudo, o grupo de 80 participantes apresentou uma média de 127,12 (DP \pm 23,03) com o mínimo de 46 e o máximo de 160 para o *Score* total do instrumento que avaliou a qualidade de vida, o BSHS-B-Br. Em relação as respostas dos itens com base na CIF, a questão 12 que perguntou sobre alguma dificuldade em relação ao ciclo menstrual e de engravidar, foi respondida somente pelas mulheres e destas, somente três (6%) referiram ter algum problema. As questões que buscaram informações em relação ao acesso dos participantes quando apresentavam necessidades dentro dos fatores ambientais, questões estas que não foram incluídas na análise de correlação são demonstradas na Tabela 2.

Tabela 2 – Questões da CIF

Funções	Fi	Fr		
Dificuldade em relação ao ciclo menstrual e de engravidar (n=52)	03	6%		
Fatores Ambientais (n=80)	Necessidade		Acesso	
	Fi	Fr	Fi	Fr
Uso de medicamentos	51	64%	42	82%
Uso de prótese	4	5%	2	50%
Produtos que facilitam a mobilidade	6	8%	3	50%
Produtos, equipamentos e tecnologia para comunicação	11	14%	6	55%
Rampas, elevadores e banheiros adaptados	4	5%	4	100%
Apoio familiar/cuidador	29	36%	24	83%
Profissionais da saúde	44	55%	36	82%

Legenda: F_i=frequência absoluta; F_r=frequência relativa; %: porcentagem.

Quando realizada a análise de correlação entre este *Score* total de qualidade de vida pelo BSHS-B-Br com a CIF, os resultados mostraram que para todas as variáveis houve correlação decrescente significativa, ou seja, quanto melhor a qualidade de vida, maior escore do BSHS-B-Br,

obteve-se menor porcentagem de respostas positivas na CIF, representadas pela resposta sim, onde o participante afirma ter um problema no item questionado.

O *score* total do BSHS-B-Br quando relacionado com funções do corpo da CIF apresentou uma correlação moderada com valor de $p < 0,001$ significativo, resultando em um $r = -0,5307$ (Figura 2).

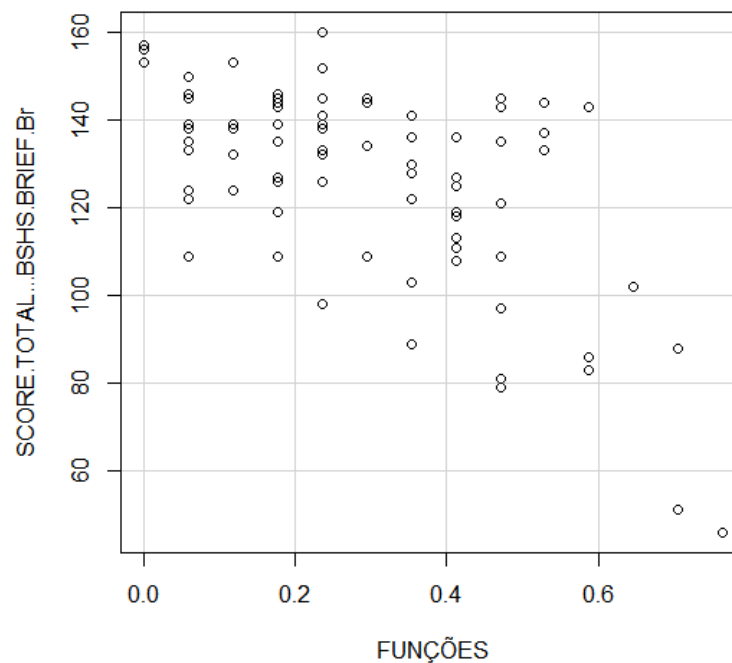


Figura 2 – Correlação entre o BSHS-B-Br e Funções da CIF.

A relação da qualidade de vida e estruturas do corpo da CIF também foi significativa com valor de $p < 0,001$ e apresentou uma correlação fraca $r = -0,4787$ (Figura 3).

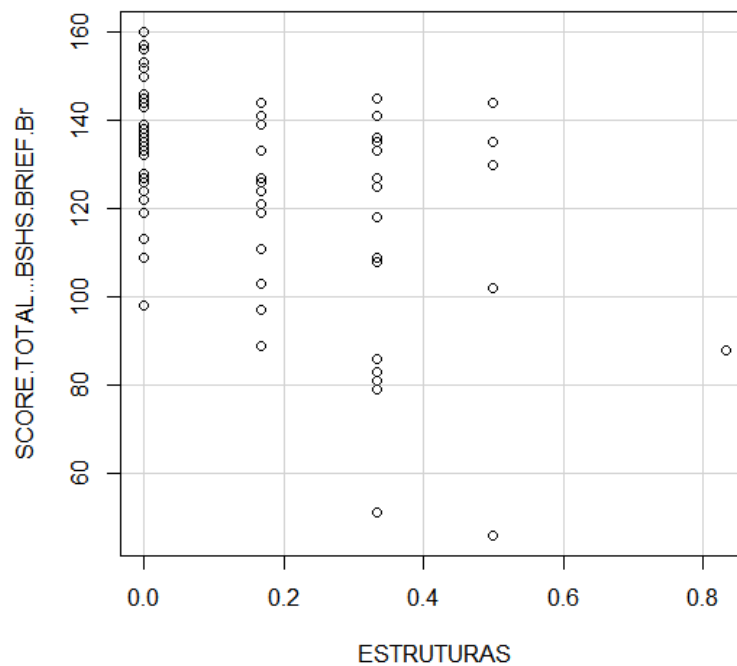


Figura 3 – Correlação entre o BSHS-B-Br e Estruturas da CIF.

Os dados que relacionaram atividades e participação e os fatores ambientais com o BSHS-B-Br, mostraram uma correlação fraca e moderada com significância estatística em ambos os casos com valor de $p < 0,001$ e $r = 0,4385$ e valor de $p < 0,001$ e $r = -0,5027$, respectivamente (Figuras 4 e 5).

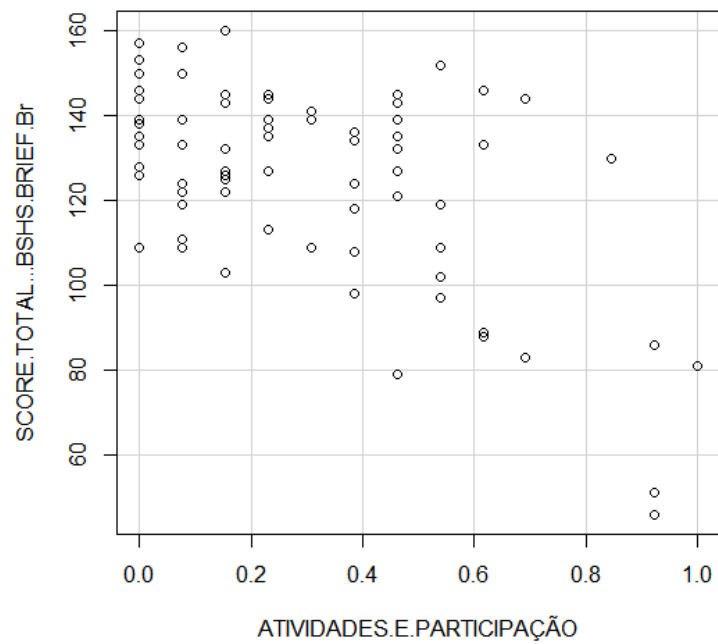


Figura 4 – Correlação entre o BSHS-B-Br e Atividades e Participação da CIF.

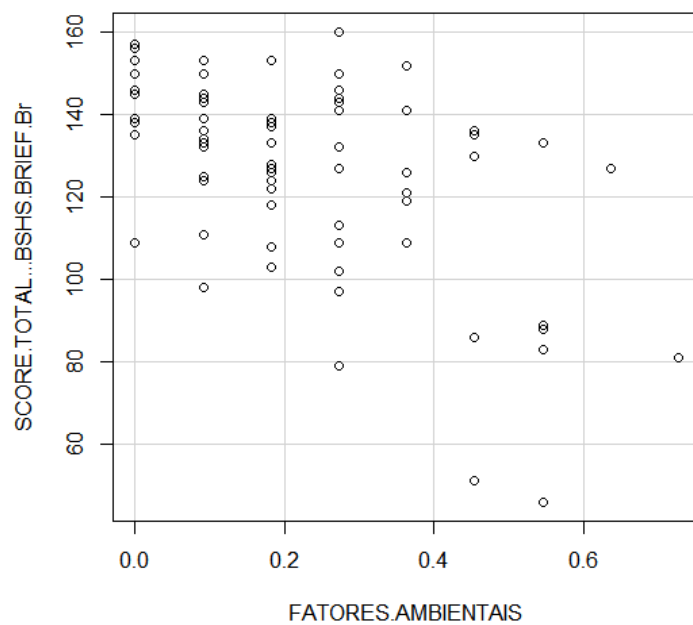


Figura 5 – Correlação entre o BSHS-B-Br e Fatores Ambientais da CIF.

Os resultados obtidos através da análise da Correlação de *Spearman* em relação a cada domínio do BSHS-B-Br com o percentual de respostas sim dos itens da CIF, demonstraram várias correlações significantes, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Correlação entre os domínios do BSHS-B-Br e a CIF

BSHS-B-BR DOMÍNIOS	CIF FUNÇÕES		CIF ESTRUTURAS		CIF ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO		CIF FATORES AMBIENTAIS	
	R	p valor	r	p valor	r	p valor	r	p valor
HS	-0,3483	0,0015*	-0,1357	0,2299	-0,4171	0,0001*	-0,3232	0,0034*
FM	-0,3004	0,0068*	-0,0880	0,4376	-0,3940	0,0003*	-0,2718	0,0147*
Trabalho	-0,4838	< 0,001*	-0,4283	< 0,001*	-0,4432	< 0,001*	-0,4829	< 0,001*
Afeto	-0,2167	0,0535	-0,2305	0,0397*	-0,3422	0,0019*	-0,2709	0,0151*
RI	-0,1040	0,3585	-0,0763	0,5010	-0,1576	0,1628	-0,1983	0,0779
Sexualidade	-0,3072	0,0056*	-0,2179	0,0522	-0,2551	0,0224*	-0,2754	0,0522
IC	-0,5115	< 0,001*	-0,5096	< 0,001*	-0,2931	0,0083*	-0,3450	0,0017*
SC	-0,4415	< 0,001*	-0,4527	< 0,001*	-0,1715	0,1282	-0,2432	0,0297*
RT	-0,4091	0,0002*	-0,4238	< 0,001*	-0,2394	0,0325*	-0,3922	0,0003*

HS: Habilidades Simples, FM: Função da Mão, RI: Relações Interpessoais, IC: Imagem Corporal, SC: Sensibilidade ao Calor, RT: Regimes de Tratamento.

r: Correlação Linear de *Spearman*.

***: Significância Estatística.**

P valor: Índice de Significância < 0,05.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A vivência na participação do atendimento ao paciente que sofreu queimadura desperta a necessidade do conhecimento e atualização para proporcionar um melhor planejamento do tratamento que envolve a recuperação funcional e a reabilitação.

Queimaduras podem resultar em deformidades graves, deficiências limitantes e reações psicológicas adversas com repercussões sociais, que afetam os pacientes e seus familiares (LACERDA et al., 2010). Elas tem efeitos negativos sobre a maioria das dimensões da qualidade de vida, incluindo a saúde física, psicológica e o retorno ao trabalho (ELSHERBINY et al., 2011), e também quanto a imagem corporal e a sensibilidade ao calor (XIE et al., 2012).

Um outro problema para pacientes com queimadura em relação a qualidade de vida é que as consequências das lesões influenciam na sua capacidade de participar de atividades essenciais da vida diária (RENNEBERG et al., 2014) e, existe um longo período de tempo para estudo de seguimento que possa identificar essas repercussões já que o processo de recuperação pode durar muitos anos (RENNEBERG et al., 2014; WASIAK et al., 2014), e os pacientes com queimaduras graves podem apresentar problemas físicos e psicológicos mesmo após um longo período de evolução (XIE et al., 2012). Sendo assim, o estudo com avaliações repetidas ao longo de um tempo com início após a alta é necessário para que se identifique melhor os resultados da recuperação funcional em pacientes com queimaduras (VAN BAAR et al., 2006).

Embora a literatura (SOUZA et al., 2009; LACERDA et al., 2010; WASIAK et al., 2014) aponte o gênero masculino com a maior prevalência

dos casos pelo maior risco ao que o gênero masculino se expõe aos acidentes, o presente estudo identificou que 65% dos participantes eram do gênero feminino e isso pode ser justificado por elas demonstrarem um maior cuidado com a própria saúde, procurarem mais os serviços de saúde e se incomodarem mais com as cicatrizes e marcas do acidente.

A média de idade encontrada no presente estudo foi de 37,47 anos, variando de 18 a 75 anos, aproximadamente a mesma faixa de outros estudos (LACERDA et al., 2010; RENNEBERG et al., 2014). Ainda, de acordo com a atual pesquisa, o estudo de ELSHERBINY et al. (2011) também identificou que a maior parte da amostra estudada (64%) apresentava menos de um ano do acidente.

ELSHERBINY et al. (2011) e WASIAK et al. (2014) identificaram que a maior parte dos participantes apresentaram como agente causal a queimadura térmica. Neste estudo o agente causal mais frequente foi o líquido aquecido (33,8%) seguido do líquido inflamável (26,3%). Porém, este resultado diverge do estudo de LACERDA et al. (2010) que encontrou como o maior agente causal o líquido inflamável (40,6%) ou o álcool líquido predominando (31,3%), seguido do líquido aquecido (25,7%), o que ressalta a importância da discussão a respeito da necessidade de uma legislação que proíba a venda de álcool líquido em frasco de plástico no volume de um litro como ocorre no nosso país, substituindo por recipientes de vidro com volumes menores (100 ml) como ocorre em países desenvolvidos, onde a prevenção de acidentes é o foco principal, pois o custo é muito menor que o tratamento. Basicamente, a prevenção é realizada em cima dos dados epidemiológicos, que não existem de rotina e padronizados no país, e na mudança de legislação, como proibir a venda de álcool líquido como é realizada atualmente, mudança de normas de

segurança de construção e fiscalização em locais de grande aglomeração, como o que ocorreu na boate *Kiss* em Santa Maria, Rio Grande do Sul há cinco anos (GRAGNANI et al., 2017); e por fim investir fortemente em educação em todas as idades para evitar acidentes com queimaduras.

Assim como encontrado neste estudo, ELSHERBINY et al. (2011) obtiveram 58% da amostra com queimaduras de segundo com terceiro grau. Embora 52,5% dos participantes desta pesquisa também tenham apresentado essa característica quanto a profundidade, na maior parte da amostra prevaleceu segundo grau, o que justifica maiores porcentagens para tempo de internação menor de um mês (77,5%) e o desbridamento como único procedimento cirúrgico (53,8%) sem necessidade de enxertia de pele para cobertura cutânea quando a lesão é mais profunda, e que vai de acordo com o estudo de LACERDA et al. (2010) que apresentou uma média de procedimento cirúrgico de 9,1 compreendendo o desbridamento (35,4%) e o enxerto (33,6%), porém ELSHERBINY et al. (2011) encontraram 92% de casos de enxerto de pele. O resultado quanto à profundidade e tempo de internação também pode explicar que a maior parte eram pequenos queimados (53,8%), o mesmo encontrado por LACERDA et al. (2010) onde houve predomínio dos casos de pequenas queimaduras (61,4%), com menos que 10% de superfície corpórea queimada (60,3%). Já, o estudo de ELSHERBINY et al. (2011) encontrou 84% de queimaduras com menos de 50% de superfície corpórea queimada.

Para a análise dos dados desta pesquisa em relação a área acometida, das 15 representadas, os membros superiores foram os que prevaleceram, com 65% de queimaduras em membro superior direito e 48,8% em membro superior esquerdo, este dado corrobora com o estudo de

ELSHARBINY et al. (2011) que identificou 86% de acometimento de membros superiores.

Quando investigada a mão especificamente, dos 32 participantes, 16,3% queimaram a mão direita, 12,5% a esquerda e 11,3% ambas. Quando questionados em relação a levantar, transportar e mover objetos ou de utilizar e realizar movimentos de mão e braço, 41% responderam ter um problema para tal atividade.

PICCOLO et al. (2015) mostraram em seu estudo, que de um total de 92 pacientes, 44% apresentavam sequelas de mão, onde 35% deles tiveram sequelas em apenas uma mão e 65% em ambas as mãos. Estes dados têm particular importância por ser a mão, uma região que quando acometida, desempenha um impacto considerável nas atividades, principalmente quando relacionadas ao trabalho. Na tentativa da padronização para pesquisas com resultados de queimadura em mãos, mostrou-se importante a categorização dentro da estrutura da CIF (JOHNSON & CHUNG, 2017).

Embora as mãos sejam consideradas prioridade no atendimento, ainda faltam recomendações baseadas em evidência sobre quais áreas do corpo devem ser tratadas primeiro, se as mãos ou o rosto (STAVROU et al., 2014). A prevalência de queimaduras no rosto neste estudo foi de 30% do total. Do ponto de vista de prioridade de qual área deva sofrer intervenção cirúrgica primeiro, a sequência lógica no grande queimado com lesão inalatória, é a região cervical anterior e o tórax anterior superior porque aí encontram-se o acesso central jugular em especial e a área para traqueostomia em pacientes graves com assistência ventilatória. Posteriormente, temos as mãos, que por filosofia devem ser desbridadas precocemente, mas não agressivamente, as articulações, enquanto a face

não necessita ser tão precoce pelo fato de existirem áreas com grande número de pelos e glândulas que possibilitariam a reepitelização.

No presente estudo dos 16 pacientes que sofreram acidente de trabalho, sete eram homens, e os agentes causais estavam relacionados a atividades com maior risco de acidentes, ligados a engenharia, indústria e contato com produto químico. LACERDA et al. (2010) afirmaram que os homens ainda trabalham em maior número em serviços que exijam maior esforço físico e estão expostos a maior risco de acidentes, como manuseio de equipamentos mecânicos ou trabalho na rede de eletricidade, manipulação de substâncias químicas, além de outros combustíveis. Por isso, a população masculina jovem continua ser a de maior risco, e campanhas de prevenção de acidentes de trabalho devem ser realizadas continuamente.

ELSHERBINY et al. (2011) identificaram que mais de 1/3 dos pacientes sofreram problemas em relação a capacidade de trabalhar após a queimadura. Ainda, problemas com o trabalho foram relatados em até 50% dos pacientes adultos, com incapacidade permanente de até 5% no estudo de VAN BAAR et al. (2006). Neste estudo o domínio que representa o trabalho apresentou um *score* médio de 10,68 (DP \pm 5,10), sendo que para este domínio o *score* variava de zero a 16, e que 29% dos participantes relataram problemas quando questionados em relação às suas atividades e participação pela CIF que incluíam o trabalho.

Este achado é de tamanha relevância pois das atribuições dos sentidos à qualidade de vida, a capacidade para trabalhar se destaca, por significar uma representação social fundamental em nossa sociedade capitalista urbano-industrial (COSTA et al., 2008). As queimaduras promoveram um alto impacto na vida dessas pessoas, em particular, no seu

trabalho, o que pode afetar a renda familiar, impactando também a família (CIOFI-SILVA et al., 2010; WASIAK et al., 2014).

Devido ao número crescente de sobreviventes, os resultados em relação aos desfechos em queimaduras que se limitavam a mortalidade e tempo de internação hospitalar, atualmente se transformaram e passaram para uma abordagem mais holística que envolve aspectos da qualidade de vida (STAVROU et al., 2014). A redução das taxas de mortalidade por queimaduras intensificou a importância das questões sobre a qualidade de vida (YODER et al., 2010).

A qualidade de vida é o completo estado de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014), sendo uma das variáveis mais relevantes em pesquisas relacionadas ao tratamento após queimaduras (MEIRTE et al., 2014).

Os instrumentos para essa avaliação incluem questionários genéricos e específicos. KILDAL et al. (2001), desenvolveram o *Burn Specific Health Scale – Brief* (BSHS-B) que compreende 40 itens em nove domínios e foi validado e traduzido no Brasil em 2015 (PICCOLO et al., 2015).

KILDAL et al. (2002) apontaram que o BSHS-B é o mais recomendado por incluir os domínios sexualidade e função da mão, e JOHNSON & CHUNG (2017) enfatizaram a sua capacidade de incluir desfechos sobre sensibilidade ao calor e função da mão. YODER et al. (2010) descreveram que a versão BSHS-B parece ser a que mede a saúde específica de quem sofreu queimadura de forma mais abrangente com uma menor quantidade de questões. WILLEBRAND & KILDAL (2011) concluíram que o BSHS-B é uma ferramenta confiável e válida, útil para

descrever a saúde até 24 meses após uma queimadura. E, ele é um instrumento capaz de avaliar diferentes tamanhos de queimaduras com boa validade de conteúdo (FINLAY et al., 2014).

Embora a qualidade de vida corresponda a uma ampla avaliação da repercussão após uma queimadura, o comprometimento funcional tem um forte impacto na vida destes pacientes (RENNEBERG et al., 2014).

Assim, em 2001 a OMS desenvolveu a *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) com o objetivo de descrever a funcionalidade e incapacidade. Ela foi traduzida para a língua portuguesa em 2003 pelo Centro Colaborador vinculado a Universidade de São Paulo (USP) e denominada Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (FARIAS & BUCHALLA, 2005). E, passou por uma atualização em 2015.

A CIF é uma ferramenta de classificação, e é essencial investigar a melhora dos resultados obtida através do seu uso (MADDEN & BUNDY, 2018). É composta por componentes que incluem: funções e estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais, e segue um modelo biopsicossocial (FONTES, FERNANDES, BOTELHO, 2010).

O objetivo desta classificação é proporcionar uma linguagem padronizada e um referencial teórico para descrever todos os aspectos da saúde humana (SAMPAIO & LUZ, 2009). Ela vem agregar informações sobre o diagnóstico acrescido de dados sobre a funcionalidade, pois sendo a CIF e a CID complementares entre si, a necessidade clara de um sistema de informação mais completo passa a existir (DE ARAÚJO & BUCHALLA, 2013).

Apesar de sua crescente utilização, seu modelo completo torna-se muitas vezes de difícil aplicabilidade. Nesse sentido, os esforços para viabilizar o uso da CIF podem ser evidenciados pelos estudos com o propósito de estabelecer versões mais curtas e eficazes (RUARO et al., 2012). Embora em particular, precisamos de mais aplicações do modelo completo da CIF, incluindo aqueles que incorporam fatores ambientais em aplicações como pesquisas e instrumentos de medida (MADDEN & BUNDY, 2018).

Uma alternativa prática para seu uso, são os chamados *core sets*. O termo *core set*, ou “conjunto principal” refere-se ao conjunto de categorias da CIF que descreve a funcionalidade em uma determinada condição de saúde (RIBERTO, 2011; RUDOLF et al., 2012). Eles podem ser uma opção para a realização de estudos com dados disponíveis insuficientes para descrever plenamente as consequências de uma condição de saúde específica, como a queimadura, levantado por VAN BAAR et al. (2006) e sugerido por WASIAK et al. (2011).

Os *core sets* resumidos têm um compromisso com a praticidade na aplicação e podem ser usados em todos os pacientes incluídos em um estudo clínico ou epidemiológico (RIBERTO, 2011). Entretanto, eles não são aceitos em sua totalidade pela comunidade científica devido à possibilidade de retornar ao modelo biomédico (CASTANEDA et al., 2014).

Sendo assim, uma outra alternativa apresentada para investigar a funcionalidade é a elaboração de um instrumento de coleta de dados para o uso por determinada especialidade, que proporcione um modelo com o uso mais simplificado das categorias da CIF, sendo esta uma vantagem sobre os *core sets* (DE ARAÚJO & BUCHALLA, 2013).

Apesar da OMS recomendar que a cada categoria da CIF seja associado um qualificador que reflita o impacto da condição de saúde sobre aquele aspecto específico da funcionalidade (RIBERTO, 2011), para facilitar a execução desta classificação, o uso dos qualificadores da CIF, de maneira simplificada, como por exemplo o uso do item 8 que representa problema não especificado, substituindo os outros graus de magnitude, pode ser utilizado, assim como o uso de perguntas que represente as categorias pode facilitar ainda mais o uso da ferramenta, aumentando sua aceitabilidade (DE ARAÚJO & BUCHALLA, 2013).

Este modelo de questionamento em formato de perguntas resultou em uma ficha de coleta de dados sobre funcionalidade em queimaduras e foi o utilizado neste estudo, assim como DE ARAUJO & DE OLIVEIRA JÚNIOR (2014) o fizeram através de um formulário que permitiu apenas uma resposta direta, positiva ou negativa, sobre cada tema. O questionário dos autores teve questões ligadas à algumas categorias relevantes da CIF, para aplicação na atenção primária. Quando respondidas, tornam-se passíveis de classificação, já que os qualificadores 0 e 8 da CIF, podem traduzir, respectivamente, as respostas não e sim. Sendo assim, as respostas podem gerar tabulações de dados de funcionalidade e incapacidade.

Ainda, os resultados desta pesquisa sobre os aspectos importantes da funcionalidade foram identificados a partir da perspectiva do paciente (RUDOLF et al., 2012; ALFORD et al., 2015), por este modelo ser um método reconhecido e padronizado deste relato sobre os benefícios do tratamento e poder ser o resultado mais importante para eles (JOHNSON & CHUNG, 2017). O intuito da utilização deste modelo foi também não ser alvo de uma limitação de estudo igual ocorreu com ELSHERBINY et al. (2011) que descreveram que uma limitação do estudo foi o fato do

preenchimento dos questionários ter sido realizado pelos estudantes de medicina e não pelos próprios pacientes devido ao baixo nível de escolaridade, e isso pode ter alterado os resultados pela influência do pesquisador.

Os estudos que abordam o tema em discussão, ou seja, a utilização da CIF para pacientes que sofreram queimadura, são relatados desde o ano de 2006. Dos nove estudos encontrados na literatura, a maior parte deles realizaram estudos de ligação de instrumentos com os componentes da CIF (MEIRTE et al., 2014; OSBORNE et al., 2016; JOHNSON & CHUNG, 2017; MEIRTE et al., 2017; OSBORNE et al., 2017b), três estudos de revisões (VAN BAAR et al., 2006; WASIAK et al., 2011; OSBORNE et al., 2017a) e somente um relato de caso (GRISBROOK et al., 2012).

Embora os estudos com estes descritores específicos datam a partir de 2006, o resultado funcional após queimaduras tem apresentado um crescente interesse em estudos, mais de metade deles (56%) publicados desde 1998 (VAN BAAR et al., 2006). Entretanto, atualmente o uso específico da CIF pode fornecer uma compreensão holística e abrangente de limitações, deficiências e restrições para pacientes após queimaduras (GRISBROOK et al., 2012).

Parece certo que a utilização de questionários genéricos e específicos são necessários para a captura de um amplo conhecimento sobre as consequências e tratamento em queimaduras, porém ainda assim, alguns domínios relacionados a funcionalidade parecem descobertos (MEIRTE et al., 2014; MEIRTE et al., 2017). A CIF se mostrou útil para classificar as escalas com o objetivo de identificar áreas sobrepostas e as lacunas em relação aos resultados esperados relatados pelos pacientes (MEIRTE et al., 2017). E, se revelou uma ferramenta muito útil para a obtenção de uma

compreensão abrangente em relação a complexidade da capacidade funcional após uma queimadura (GRISBROOK et al., 2012).

A revisão sistemática de WASIAK et al. (2011), identificou que o BSHS-B foi o instrumento mais utilizado para avaliar a qualidade de vida nesta população, sendo que dos seus 40 itens, 21 estavam relacionados a funções do corpo e atividades e participação da CIF. Ainda, o BSHS-B foi o único que avaliou sensibilidade ao calor e sexualidade (MEIRTE et al., 2014). OSBORNE et al. (2016), também identificaram que os componentes da CIF funções do corpo e atividades e participação eram os mais relacionados ao instrumento utilizado por eles, o *Burn Outcomes Questionnaires* (BOQ), assim como também encontrado no estudo de OSBORNE et al. (2017b) que utilizou outro modelo.

As funções do corpo incluem aspectos relacionados às questões mentais e físicas. Com base na CIF, este estudo mostrou que mais da metade dos participantes responderam que apresentavam sensação de coceira. STAVROU et al. (2014), detectaram o prurido em 87% da amostra. Ainda, MARTIN et al. (2017) destacaram que junto ao prurido, alterações nas funções também corresponderam a presença de dor, restrição de movimento e alteração da funcionalidade. Neste estudo 66% referiram a dor e 59% dificuldade em realizar algum movimento.

O componente atividades e participação se mostrou como um dos mais evidenciados nas análises dos estudos que envolvem o assunto em discussão, como citado anteriormente. Embora este estudo tenha explorado somente adultos, um estudo da literatura procurou identificar questões relacionadas ao retorno, medidas de avaliação e comprometimento em relação as atividades e participação de uma população pediátrica e

encontraram dificuldades em extrair conclusões abrangentes (OSBORNE et al., 2017a).

Pouca atenção é dada as consequências das queimaduras em relação as estruturas do corpo mesmo que as estruturas relacionadas ao movimento e a pele podem permanecer impedindo o movimento (VAN BAAR et al., 2006; WASIAK et al., 2011; MEIRTE et al., 2014; OSBORNE et al., 2016; OSBORNE et al., 2017b). Neste estudo, com base no questionamento da CIF para estas estruturas, 31% relataram apresentar problemas em relação as envolvidas com o movimento e igualmente (31%) com a da pele. Restrições na amplitude de movimento foram observadas em um quinto dos pacientes com até cinco anos de lesão (VAN BAAR et al., 2006). A limitação da mobilidade pode estar associada a uma maior dependência de outras pessoas e à falta de desamparo e assim impactar na saúde mental (RENNEBERG et al., 2014).

Os problemas relacionados a função mental e psicológica ficou evidente nos estudos (VAN BAAR et al., 2006; WASIAK et al., 2011); mais frequente (43%) foram os relatos de problema com a aparência mesmo em queimaduras leves (VAN BAAR et al., 2006). MARTIN et al. (2017), encontraram menores índices encontrados de relacionamento interpessoal que representaram desconexão e solidão.

Assim como as estruturas do corpo, os fatores ambientais também foram muito pouco explorados nos resultados da maioria dos estudos (WASIAK et al., 2011; MEIRTE et al., 2014; OSBORNE et al., 2016; OSBORNE et al., 2017b). Para os resultados deste componente nesta pesquisa, a questão foi colocada de duas maneiras para algumas questões: se havia a necessidade do uso de materiais, medicamentos e produtos e se após positiva esta resposta, se existia o acesso. Dos participantes que

necessitavam do uso de medicamentos, 82% destes tinham acesso, porém não foi explorado especificamente se eram somente para o tratamento de queimaduras. Outro dado que mereceu destaque foi que 83% dos que tinham necessidade de apoio familiar ou cuidador tinham este acesso, e isto pode demonstrar que estes podem ter sido fatores que colaboraram para um *score* consideravelmente bom em relação à média do BSHS-B-Br (127,12 \pm 23,03) para esta população estudada.

Quando realizada uma correlação entre um instrumento de qualidade de vida e o de uma classificação, o resultado esperado é aquele que mostra que para uma melhor qualidade de vida, menos problemas serão identificados pela classificação. Este estudo apontou o desfecho esperado, mostrando que a média total do BSHS-B-Br quando correlacionada aos componentes da CIF (funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais) evidenciou que para maiores valores do BSHS-B-Br, menores porcentagens de respostas positivas (sim), que indicavam um problema do paciente queimado.

O mesmo foi encontrado por FRÉZ et al. (2014) que com o objetivo de propor uma relação entre a qualidade de vida e a CIF em pacientes amputados, utilizando o mesmo teste de Coeficiente de Correlação de *Spearman* como utilizado neste estudo, pode concluir que quanto melhor a qualidade de vida menor era a magnitude do problema classificável. O diferencial dos estudos, é que para a relação neste caso, foram usados os qualificadores.

O presente estudo mostrou resultados quanto à correlação entre as variáveis avaliadas, porém o modelo de estudo transversal pode não ser o mais adequado para pesquisas com pacientes que sofreram queimaduras, como já discutido anteriormente. Entretanto, o acompanhamento dos

mesmos em um estudo longitudinal torna-se um obstáculo pois muitas vezes após a alta hospitalar os pacientes não retornam mais para acompanhamento (CIOFI-SILVA et al., 2010; FINLAY et al., 2014; PICCOLO et al., 2015). Essa questão acaba por ser uma limitação deste estudo, assim como também o fato da heterogeneidade apresentada pelos pacientes que sofrem queimaduras, e pelo fato da maioria dos pacientes ser de menor gravidade, com menor tempo de internação, com provável menor número de complicações e incapacidades no seguimento inicial.

PERSPECTIVAS

A realização deste estudo permitiu o aprendizado da utilização do BSHS-B-Br para avaliar qualidade de vida dos pacientes que sofreram queimaduras e proporcionou a coleta de dados sobre funcionalidade pela perspectiva dos mesmos com questionamentos baseados na CIF, com seu maior conhecimento, aprendizado, e o mais importante a sua divulgação, por ser um instrumento novo e muito pouco conhecido entre médicos e profissionais da área da saúde. Conseqüentemente, os resultados mostraram que o uso desta ferramenta pode facilitar a codificação de alteração da funcionalidade em pessoas que sofreram queimaduras para melhorar estratégias durante todo o processo de recuperação funcional e reabilitação e favorecer a melhora no atendimento na fase hospitalar e ambulatorial para propiciar um tratamento mais completo para as vítimas de queimaduras. Também como a CID que foi assimilada no atendimento da saúde complementar, pública e privada, sendo fundamental para custos e questões trabalhistas, entre outras questões, a CIF poderá em um futuro próximo com sua maior divulgação ser incorporada na rotina da saúde com importante função. Ainda, como a CIF aborda questões mais detalhadas

sobre os fatores ambientais, a perspectiva da elaboração de um instrumento que contemple os itens complexos do componente fatores ambientais para esta população.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou correlação entre os resultados da CIF obtidos pela perspectiva do paciente e o BSHS-B-Br para esta população avaliada, demonstrando que o uso desta classificação poderá ser incorporado ao atendimento destes pacientes e permitirá a obtenção de dados através de um instrumento prático para diferentes níveis decisórios na atenção à essa população.

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

- Alford VM, Ewen S, Webb GR, McGinley J, Brookes A, Remedios LJ. The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health to understand the health and functioning experiences of people with chronic conditions from the person perspective: a systematic review. *Disabil Rehabil.* 2015;37(8):655-66.
- Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. [The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status]. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994 Mar;52(1):1-7. Portuguese.
- Blades BC, Jones C, Munster AM. Quality of life after major burns. *J Trauma.* 1979 Aug;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 Apr;36(4):508-15.
- Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. [Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil]. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003 Sep;61(3B):777-81. Portuguese.
- Castaneda L, Bergmann A, Bahia L. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a systematic review of observational studies = A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. *Rev Bras Epidemiol.* 2014 Apr-Jun;17(2):437-51. English, Portuguese.
- Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustun B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med.* 2005 Jul;37(4):212-8.
- Ciofi-Silva CL, Rossi LA, Dantas RS, Costa CS, 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.
- Costa MC, Rossi LA, Lopes LM, Cioffi CL. The meanings of quality of life: interpretative analysis based on experiences of people in burns rehabilitation. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2008 Mar-Apr;16(2):252-9.
- de Araújo ES, Buchalla CM. Using the ICF in work-related physiotherapy: a contribution to data collection about functioning = Utilização da CIF em

fisioterapia do trabalho: uma contribuição para coleta de dados sobre funcionalidade. *Acta Fisiatr.* 2013 Mar;20(1):1-7. English, Portuguese.

de Araujo ES, de Oliveira Júnior JC. [The ICF application by health community agents]. *Rev Cien CIF Brasil* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 25];1(1):18-26. Available from: <http://www.revistacifbrasil.com.br/ojs/index.php/CIFBrasil/article/view/5/16> Portuguese.

Dutra A de S, Penna LH, Vargens OM, Serra MC. [Characterization of women hospitalized for burn]. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2011 Jan-Mar [cited 2018 Mar 25];19(1):34-9. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a06.pdf> Portuguese.

Elsherbiny OE, Salem MA, El-Sabbagh AH, Elhadidy MR, Eldeen SM. Quality of life of adult patients with severe burns. *Burns.* 2011 Aug;37(5):776-89.

Farias N, Buchalla CM. [The international classification of functioning, disability and health: concepts, uses and perspectives]. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(2):187-93. Portuguese.

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 Nov;34(7):994-1001.

Finlay V, Phillips M, Wood F, Hendrie D, Allison GT, Edgar D. Enhancing the clinical utility of the burn specific health scale-brief: not just for major burns. *Burns.* 2014 Mar;40(2):328-36.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 Nov;12(3):189-98.

Fontes AP, Fernandes AA, Botelho MA. [Functioning and disability: concepts, structure and application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)]. *Rev Port Saúde Pública.* 2010 Jul-Dec;28:171-8. Portuguese.

Fréz AR, Abdallah AA, Riedi C, Galindo J, Ruaro JA, Ribeiro S de C. Proposed use of the international classification of functioning, disability and health to evaluate quality of life after an amputation. *Fisioter Mov.* 2014 Jan-Mar;27:49-56.

- Gawryszewski VP, Bernal RT, Silva NN, Morais Neto OL, Silva MM, Mascarenhas MD, et al. [Public hospital emergency department visits due to burns in Brazil, 2009]. *Cad Saude Publica*. 2012 Apr;28(4):629-40. Portuguese.
- Gragnani A, de Oliveira AF, Boro D, Pham TN, Ferreira LM. Response and legislative changes after the Kiss nightclub tragedy in Santa Maria/RS/Brazil: Learning from a large-scale burn disaster. *Burns*. 2017 Mar;43(2):343-9.
- Grisbrook TL, Stearne SM, Reid SL, Wood FM, Rea SM, Elliott CM. Demonstration of the use of the ICF framework in detailing complex functional deficits after major burn. *Burns*. 2012 Feb;38(1):32-43.
- Johnson SP, Chung KC. Outcomes assessment after hand burns. *Hand Clin*. 2017 May;33(2):389-97.
- 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 Oct;51(4):740-6.
- Kildal M, Andersson G, Gerdin B. Health status in Swedish burn patients. Assessment utilising three variants of the Burn Specific Health Scale. *Burns*. 2002 Nov;28(7):639-45.
- Lacerda L do A, Carneiro AC, de Oliveira AF, Gragnani A, Ferreira LM. [Epidemiological study of the Federal University of São Paulo Burn Unit]. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2010 [cited 2018 Mar 25];9(3):82-8. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/40/pt-BR> Portuguese.
- Madden RH, Bundy A. The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. *Disabil Rehabil*. 2018 Feb 12:1-13.
- Martin L, Byrnes M, Bulsara MK, McGarry S, Rea S, Wood F. Quality of life and posttraumatic growth after adult burn: a prospective, longitudinal study. *Burns*. 2017 Nov;43(7):1400-10.
- Meirte J, Van Daele U, Maertens K, Moortgat P, Deleus R, Van Loey NE. Convergent and discriminant validity of quality of life measures used in burn populations. *Burns*. 2017 Feb;43(1):84-92.

- Meirte J, van Loey NE, Maertens K, Moortgat P, Hubens G, Van Daele U. Classification of quality of life subscales within the ICF framework in burn research: identifying overlaps and gaps. *Burns*. 2014 Nov;40(7):1353-9.
- Munster AM, Horowitz GL, Tudahl LA. The abbreviated Burn-Specific Health Scale. *J Trauma*. 1987 Apr;27(4):425-8.
- Osborne CL, Meyer WJ 3rd, Ottenbacher KJ, Arcari CM. Burn patients' return to daily activities and participation as defined by the International Classification of Functioning, Disability and Health: a systematic review. *Burns*. 2017a Jun;43(4):700-14.
- Osborne CL, Petersson C, Graham JE, Meyer WJ 3rd, Simeonsson RJ, Suman OE, et al. The multicenter benchmarking study of burn injury: a content analysis of the outcome measures using the international classification of functioning, disability and health. *Burns*. 2016 Nov;42(7):1396-403.
- Osborne CL, Petersson C, Graham JE, Meyer WJ 3rd, Simeonsson RJ, Suman OE, et al. The Burn Model Systems outcome measures: a content analysis using the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Disabil Rehabil*. 2017b Dec;39(25):2584-93.
- Piccolo MS, Gragnani A, Daher RP, Scanavino Mde T, de Brito MJ, Ferreira LM. Validation of the Brazilian version of the Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B-Br). *Burns*. 2015 Nov;41(7):1579-86.
- Renneberg B, Ripper S, Schulze J, Seehausen A, Weiler M, Wind G, et al. Quality of life and predictors of long-term outcome after severe burn injury. *J Behav Med*. 2014 Oct;37(5):967-76.
- Riberto M. [Core sets of the International Classification of Functioning, Disability and Health]. *Rev Bras Enferm*. 2011 Sep-Oct;64(5):938-46. Portuguese.
- Ruaro JA, Ruaro MB, Souza DE, Frez AR, Guerra RO. An overview and profile of the ICF's use in Brazil: a decade of history = Panorama e perfil da utilização da CIF no Brasil: uma década de história. *Rev Bras Fisioter*. 2012 Nov-Dec;16(6):454-62. English, Portuguese.
- Rudolf KD, Kus S, Chung KC, Johnston M, LeBlanc M, Cieza A. Development of the International Classification of Functioning, Disability and Health core sets for hand conditions: results of the World Health

Organization International Consensus process. *Disabil Rehabil.* 2012;34(8):681-93.

Sampaio RF, Luz MT. [Human functioning and disability: exploring the scope of the World Health Organization's international classification]. *Cad Saude Publica.* 2009 Mar;25(3):475-83. Portuguese.

Souza AA, Mattar CA, de Almeida PC, Faiwichow L, Fernandes FS, de A. Neto EC, et al. [Epidemiological profile of patients admitted at Unidade de Queimaduras do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo]. *Rev Bras Queimaduras [Internet].* 2009 [cited 2018 Mar 25];8(3):87-90. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/18/pt-BR/perfil-epidemiologico-dos-pacientes-internados-na-unidade-de-queimaduras-do-hospital-do-servidor-publico-estadual-de-sao-paulo> Portuguese.

Stavrou D, Weissman O, Tessone A, Zilinsky I, Holloway S, Boyd J, et al. Health related quality of life in burn patients: a review of the literature. *Burns.* 2014 Aug;40(5):788-96.

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

van Baar ME, Essink-Bot ML, Oen IM, Dokter J, Boxma H, van Beeck EF. Functional outcome after burns: a review. *Burns.* 2006 Feb;32(1):1-9.

Wasiak J, Lee SJ, Paul E, Mahar P, Pfitzer B, Spinks A, et al. Predictors of health status and health-related quality of life 12 months after severe burn. *Burns.* 2014 Jun;40(4):568-74.

Wasiak J, McMahan M, Danilla S, Spinks A, Cleland H, Gabbe B. Measuring common outcome measures and their concepts using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in adults with burn injury: a systematic review. *Burns.* 2011 Sep;37(6):913-24.

Willebrand M, Kildal M. Burn Specific Health up to 24 months after the Burn: a prospective validation of the simplified model of the Burn Specific Health Scale-Brief. *J Trauma.* 2011 Jul;71(1):78-84.

World Health Organization. Basic documents [Internet]. 48th ed. Geneva: World Health Organization; 2014. Constitution of the World Health Organization; [cited 2018 Mar 25]; p. 1-19. Available from: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>.

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 May;38(3):348-55.

Yoder LH, Nayback AM, Gaylord K. The evolution and utility of the burn specific health scale: a systematic review. *Burns*. 2010 Dec;36(8):1143-56.

Zapata DM, Estrada A. [Quality of life related to the health of the people affected by burns after the healing]. *Biomedica* [Internet]. 2010 Oct-Dec [cited 2018 Mar 25];30(4):492-500. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v30n4/v30n4a06.pdf> Spanish.

NORMAS ADOTADAS

NORMAS ADOTADAS

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

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

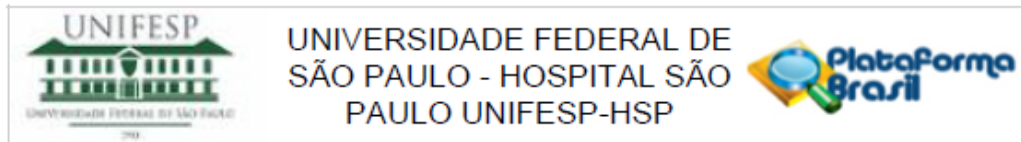
Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Normas de Apresentação Tabular. 3a ed. Rio de Janeiro: Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação – Centro de Documentação e Disseminação de Informações; 1993.

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

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Parecer do CEP da Unifesp



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em Queimaduras.

Pesquisador: Maria Claudia Nehme Passos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52802615.2.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.525.931

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta de pendencia apontada no parecer inicial:

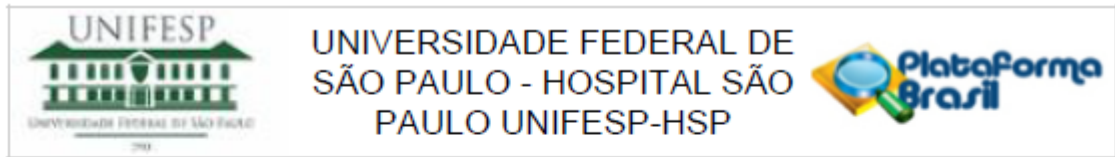
Número do Parecer: 1.415.292

DADOS DO PARECER

Projeto CEP/UNIFESP n: 0047/2016

As queimaduras são consideradas traumas graves, muitas vezes incapacitantes que acabam por afetar a qualidade de vida (QV) dos indivíduos. Existem vários instrumentos consagrados na literatura que buscam medir o impacto desta lesão, porém os mais utilizados atualmente no estudo da QV em queimaduras são Short Form Health Survey (SF-36) e o Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B), que no Brasil, foi validado e traduzido recentemente denominado Burn Specific Health Scale - Brief - Brasil (BSHS-B-Br). Embora a efetividade destes dois instrumentos já esteja contemplada na literatura, alguns domínios ainda permanecem descobertos e sendo assim, a aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) se mostrou muito útil para a comparação do conteúdo frequentemente utilizado nestes instrumentos.

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



Continuação do Parecer: 1.525.931

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Verificar se a CIF em queimaduras permite o preenchimento de lacunas deixadas com relação a alguns domínios não cobertos com a utilização do SF-36 e o BSHS-B-Br.

- Hipótese: A utilização da CIF em queimaduras permite o preenchimento de lacunas deixadas com relação a alguns domínios não cobertos com a utilização do SF-36 e o BSHS-B-Br.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

descritos no parecer inicial

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo com o objetivo acadêmico de Mestrado, vinculado ao Departamento/Disciplina Cirurgia Plástica,

Campus Vila Clementino, com orientação do prof. Dr. ALFREDO GRAGNANI FILHO.

Coparticipantes (Instituição NÃO foram selecionada Via Plataforma Brasil): 1-Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos, responsável: Dr José Luiz Camargo Barbosa; 2-Pronto Socorro para Queimaduras de Goiânia, responsável: Dra Monica Sarto Piccolo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

carta de respostas e esclarecimentos apresentada de forma adequada

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

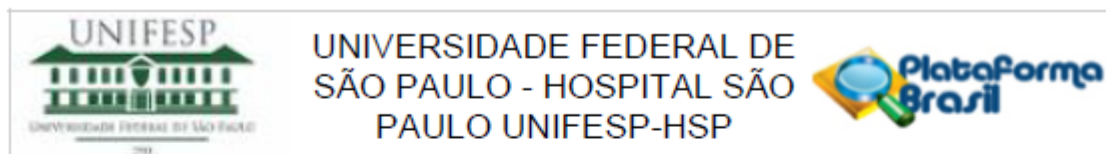
Pendências apontadas e respostas do pesquisador:

O pesquisador Solicita a possibilidade de apreciação da resposta fora do prazo estipulado, justificado pelo fato da necessidade de assinaturas de responsáveis, o que atrasou o prazo estipulado.

Resposta ao PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP sobre o projeto intitulado CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE EM QUEIMADURAS, que tem como pesquisador responsável MARIA CLAUDIA NEHME PASSOS, sob orientação do Prof. Dr. Alfredo Gagnani, orientador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da EPM/UNIFESP; sob CAAE: 52802615.2.0000.5505, nº do Parecer: 1.415.292 e Projeto CEP/UNIFESP n: 0047/2016.

Sobre as INADEQUAÇÕES:

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



Continuação do Parecer: 1.525.931

Foram detectadas as seguintes inadequações:

1-Toda pesquisa a ser realizada no Hospital Universitário / Hospital São Paulo (HU/HSP), ou em qualquer um de seus ambulatorios, deverá vir acompanhada de carta de autorização da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa do HU/HSP (que pode ser conseguida na Diretoria Clínica do HSP, no 1º andar do Hospital São Paulo). A autorização do vice-chefe da disciplina de cirurgia plástica da UNIFESP, que foi enviada, é importante, mas não é suficiente.

- Resposta ao Item 1: Carta de autorização da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa do HU/HSP.
A mesma segue em ANEXO.

2-Em relação ao TCLE:

- Resposta ao Item 2: TCLE.

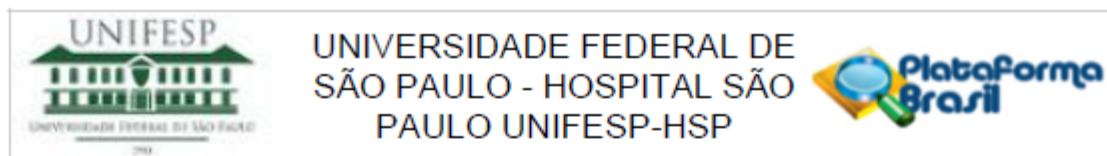
O novo TCLE segue em ANEXO com as devidas adequações.

a) todas as folhas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.) as quais deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE;

- Resposta ao Item 2 a) Todas as folhas foram numeradas (1/3, 2/3, 3/3); Acrescentou-se por escrito no último parágrafo do TCLE a necessidade da rubrica em todas as folhas pelo participante e pesquisador, e já havia esta necessidade por escrito no projeto original, no último parágrafo dentro da casuística: (Para incluir e validar a participação dos voluntários da pesquisa, será obrigatório que estes compreendam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 6), que será fornecido em duas vias, sendo uma do participante e a outra do pesquisador, e necessária a rubrica em todas as páginas e a assinatura do mesmo pelo voluntário e pelo pesquisador responsável.).

b) a frase que informa sobre o dano pessoal (item 8: Você tem garantido a disponibilidade de tratamento médico e indenização em caso de danos que os justifiquem e que sejam diretamente causados pelos procedimentos da pesquisa (nexo causal comprovado), não está adequada: cabe ressaltar que a responsabilidade pela prestação de cuidados integrais de saúde pelo tempo que for necessário para o tratamento por danos não pode estar vinculada à comprovação de relação direta com a participação no estudo, devido à própria dificuldade prática em comprovar esse vínculo. Assim sendo, danos diretos ou indiretos, imediatos ou tardios, sofridos no decorrer da participação no estudo, devem ser acompanhados e tratados pelo pesquisador e seu patrocinador mesmo que ainda não seja estabelecido nexo causal. Solicita-se adequação, ou seja, retirar o termo nexo casual.

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



Continuação do Parecer: 1.525.931

• Resposta ao Item 2 b) O item 8 sobre o dano pessoal foi alterado para adequação conforme solicitado e retirou-se o termo nexa causal (8. Despesas, compensações e indenizações: Você não terá despesa e nem compensação financeira relacionada à sua participação nessa pesquisa. Você tem garantido pelo pesquisador o acompanhamento e a disponibilidade de tratamento médico em caso de danos diretos ou indiretos, imediatos ou tardios, sofridos no decorrer da participação do estudo).

3- Rever a informação dada, no campo "Riscos", que indica que a pesquisa não pode causar riscos. Conforme orientação da CONEP, lembramos que qualquer pesquisa com seres humanos pode causar algum risco, por mínimo que seja. No que diz respeito a esta pesquisa, por exemplo, a entrevista/questionário, embora não implique em riscos do ponto de vista clínico, pode causar desconforto emocional, principalmente considerando-se a situação do paciente. Da mesma forma, em relação aos "Benefícios" mesmo não existindo benefícios para os participantes desta pesquisa, haverá futuro benefício na avaliação da qualidade de vida de outros pacientes com queimaduras.

• Resposta ao Item 3: Quanto aos "Riscos" e "Benefícios", os itens foram alterados para adequação conforme solicitado (5. Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa: O desconforto e risco para a participação nesta pesquisa são mínimos, pois, o seu anonimato será mantido e você somente será convidado a preencher quatro questionários que são autoaplicáveis, ou seja, você mesmo os preencherá. / 6. Benefícios para o participante: Não há benefício direto e imediato para o participante deste projeto por ser um estudo epidemiológico, porém haverá futuro benefício na avaliação da qualidade de vida de pacientes com queimaduras).

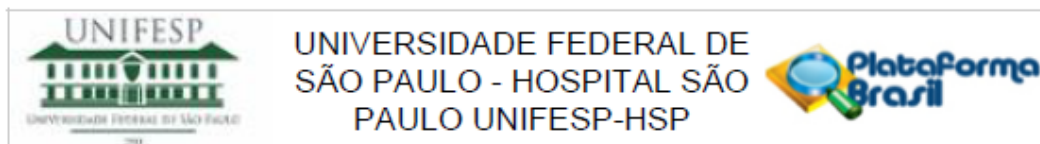
4- Em relação ao projeto:

a) não se trata de estudo clínico, não controlado (não haverá tratamento e, obviamente, controle) e nem coorte-prospectiva (não haverá seguimento dos participantes da pesquisa e futuras avaliações) - aliás um estudo observacional não pode ser transversal e de coorte ao mesmo tempo; o estudo não é unicêntrico e sim multicêntrico, já que existem instituições co-participantes.

• Resposta ao Item 4 a) Quanto ao item do projeto 3.1 DESENHO DA PESQUISA E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS, o desenho foi alterado para um estudo primário, observacional, transversal, analítico e multicêntrico.

b) Critérios de Inclusão: incluir a avaliação cognitiva pelo mini-mental e qual o resultado

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



Continuação do Parecer: 1.525.931

necessário para inclusão.

- Resposta ao Item 4 b) No critério de inclusão foi acrescentado o item: Pacientes que não apresentam comprometimento cognitivo, avaliados pelo Mini-mental com score igual ou acima de 20 pontos.

Considerações Finais a critério do CEP:

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_635264.pdf	20/04/2016 19:12:07		Aceito
Outros	Resposta_CEP.doc	20/04/2016 19:11:40	Maria Claudia Nehme Passos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA_VERSAO_CORRIGIDA.pdf	13/04/2016 20:12:50	Maria Claudia Nehme Passos	Aceito
Outros	PROJETO_PESQUISA_DESTAQUES.pdf	13/04/2016 20:12:15	Maria Claudia Nehme Passos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VERSAO_CORRIGIDA.pdf	13/04/2016 20:10:51	Maria Claudia Nehme Passos	Aceito
Outros	ANEXO_CoEP_HSP.pdf	13/04/2016 20:10:24	Maria Claudia Nehme Passos	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	11/12/2015 09:56:29	Maria Claudia Nehme Passos	Aceito
Outros	ANEXOIII_BSHS.pdf	29/11/2015 17:25:56	Maria Claudia Nehme Passos	Aceito
Outros	ANEXO_II_SF36.pdf	29/11/2015 17:25:26	Maria Claudia Nehme Passos	Aceito
Outros	ANEXO_I_MINIMENTAL.pdf	29/11/2015 17:21:54	Maria Claudia Nehme Passos	Aceito
Outros	APENDICE_8_CIF.pdf	29/11/2015 17:21:32	Maria Claudia Nehme Passos	Aceito
Outros	APENDICE_7_CHARACTERIZACAO.pdf	29/11/2015 17:20:51	Maria Claudia Nehme Passos	Aceito
Outros	APENDICE_5_ACESSO_ARQUIVO_ISCMS.pdf	29/11/2015 17:19:06	Maria Claudia Nehme Passos	Aceito

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - HOSPITAL SÃO
PAULO UNIFESP-HSP



Continuação do Parecer: 1.525.931

Outros	APENDICE_4_CHEFE_PLASTICA_ISC MS.pdf	29/11/2015 17:18:22	Maria Claudia Nehme Passos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	APENDICE_3_ISCMS.pdf	29/11/2015 17:17:37	Maria Claudia Nehme Passos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	APENDICE_2_GOIANIA.pdf	29/11/2015 17:17:10	Maria Claudia Nehme Passos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	APENDICE_1_UNIFESP.pdf	29/11/2015 17:16:49	Maria Claudia Nehme Passos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 01 de Maio de 2016

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

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

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar como voluntário de uma pesquisa intitulada: **CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE EM QUEIMADURAS**, proposta pela Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM).

Para decidir se você deve concordar ou não em participar desta pesquisa, leia atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo e esclarecê-lo de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais você passará.

1. Título do projeto: CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE EM QUEIMADURAS.

2. Desenho do estudo e Objetivo da pesquisa: As informações deste documento estão sendo fornecidas a você para que de forma voluntária, participe desta pesquisa que tem como objetivo avaliar suas respostas referentes a como você se sente em relação a como a queimadura repercute e influencia sua vida através de questionários respondidos por você mesmo.

3. Descrição dos procedimentos realizados: Você está sendo convidado a preencher dados que identificam o local em que você está, sua identificação pessoal como nome, idade, raça, naturalidade, gênero, opção sexual (opcional), estado civil, grau de instrução, religião (opcional) e profissão. Quanto a queimadura, questões em relação a data do ocorrido, tempo de internação hospitalar, grau da queimadura, região acometida, procedimentos cirúrgicos e se houve seguimento ambulatorial. Na sequência, você responderá a três questionários que tem como objetivo verificar qual o impacto da queimadura na sua vida.

4. Relação dos procedimentos rotineiros e como serão realizados: Os voluntários da pesquisa serão convidados a responder questionários sobre qualidade de vida, função, incapacidade e estado de saúde em um único momento.

5. Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa: O desconforto e risco para a participação nesta pesquisa são mínimos, pois o seu anonimato será mantido e você somente será convidado a preencher quatro questionários que são autoaplicáveis, ou seja, você mesmo os preencherá.

6. Benefícios para o participante: Não há benefício direto e imediato para o participante deste projeto por ser um estudo epidemiológico, porém haverá futuro benefício na avaliação da qualidade de vida de pacientes com queimaduras.

7. Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar: Por ser somente uso de questionários, não existem procedimentos alternativos já que sua participação não altera o atendimento ambulatorial e seu tratamento.

8. Despesas, compensações e indenizações:

Você não terá despesa e nem compensação financeira relacionada à sua participação nessa pesquisa. Você tem garantido pelo pesquisador o acompanhamento e a disponibilidade de tratamento médico em caso de danos diretos ou indiretos, imediatos ou tardios, sofridos no decorrer da participação do estudo.

9. Garantia de acesso: Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Fisioterapeuta Maria Claudia Nehme Passos, que pode ser encontrada no endereço: Rua Napoleão de Barros, 737 – 14º andar – Vila Clementino – São Paulo, telefone: (11) 55764761 ou no endereço: Av. Dr. Claudio Luís da Costa, 50 – Ambulatório de Fisioterapia – Jabaquara – Santos, telefone: (13) 32020600. Se tiver alguma dúvida ou consideração sobre ética em pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP/EPM (CEP – UNIFESP/EPM) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, telefone: (11) 55711062 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br

10. Consentimento: É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade do seu tratamento na Instituição.

11. Direito de ser mantido atualizado: Você tem direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

12. Direito de confidencialidade: Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros e imagens estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo. Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.

13. Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa: Você tem assegurado que os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa.

Fui informado verbalmente e por escrito sobre os dados dessa pesquisa e minhas dúvidas com relação a minha participação foram satisfatoriamente respondidas.

Tive tempo suficiente para decidir sobre minha participação e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora,

antes ou durante a mesma, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Rubrico todas as folhas e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Identificação do(a) voluntário(a) da pesquisa:

Nome: _____

Gênero: _____

Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Naturalidade: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Compl: _____

CEP: _____ - ____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: () _____

_____, ____ de _____ de _____

Voluntário
Representante legal

Pesquisador Responsável:
Maria Claudia Nehme Passos
Fisioterapeuta / Crefito 54858F/SP
Email: passosmcn@gmail.com
Tel: (13) 991392386

APÊNDICE 3

Ficha de Caracterização Sociodemográfica

LOCAL DA COLETA

Santos São Paulo (Unifesp) Goiânia

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL:

Nome (Opcional) ou Iniciais do nome:

Idade: _____ Raça: _____ Natural: _____

Gênero: Masculino Feminino

Estado Civil:

Solteiro (a) Casado (a) Juntado (a)

Viúvo (a) Separado (a) Divorciado (a)

Grau de Instrução: Fundamental 1 Fundamental 2 Médio Superior

Profissão: _____

Sobre a QUEIMADURA:

Data do Ocorrido: ____/____/____ %SCQ: _____

Tempo de internação hospitalar:

≤ 1 mês ≤ 2 meses ≤ 3 meses ≤ 4 meses ≤ 5 meses ≤ 6 meses

≥ 6 meses Outro _____

Qual profundidade da queimadura (pode assinalar mais de um):

1º grau 2º grau 3º grau

Qual região acometida pela queimadura (pode assinalar mais de um):

Rosto Cabeça Pescoço Tórax Abdómen Tórax Post Mamas

Braço ou mão direita Braço ou mão esquerda Perna ou pé direito Perna

ou pé esquerdo Períneo, Escroto ou Vulva Glúteos

Realizou Procedimento Cirúrgico: sim não

Se sim, qual? Desbridamento Enxerto Para Sequelas Não sabe informar

APÊNDICE 4

Ficha de coleta de dados sobre Funcionalidade com base na CIF

MARQUE SIM OU NÃO PARA CADA PERGUNTA		
Sobre as Funções do Corpo, responda as questões:		
APÓS A QUEIMADURA, VOCÊ APRESENTA OU SENTE:	SIM	NÃO
1. Dificuldade em se manter acordado, de compreender, se expressar, se concentrar, se lembrar ou de tomar decisões?		
2. Dificuldade de enxergar, ouvir, mudar e sentir que posição seu corpo está, se equilibrar, de sentir cheiros, sabores, texturas, calor ou frio?		
3. Dor?		
4. Dificuldade para falar?		
5. Algum problema no coração ou na pressão arterial?		
6. Algum sangramento ou infecção?		
7. Dificuldade para respirar ou falta de ar, de tossir ou espirrar?		
8. Enjôos, dores na barriga, dificuldade para mastigar, engolir, de digestão ou defecação?		
9. Muito frio ou muito calor?		
10. Dificuldade para urinar ou segurar a urina?		
11. Dificuldade quanto sua relação sexual?		
12. Dificuldade quanto ao ciclo menstrual ou de engravidar? (Somente para as mulheres)		
13. Dificuldade de realizar algum movimento completo de um braço, mão, perna, pé, tronco e pescoço?		
14. Algum músculo fraco?		
15. Dificuldade de realizar algum movimento, andar ou correr?		
16. Alteração na qualidade da sua pele, da sua cicatrização, da sua transpiração ou odor?		
17. Coceira, sensação de queimadura ou de formigamento?		
18. Alteração no crescimento dos pêlos ou das unhas ou perda de pêlos?		
Sobre as Estruturas do Corpo, responda as questões:		
APÓS A QUEIMADURA, VOCÊ APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA:	SIM	NÃO
19. No seu olho ou ouvido ou nariz ou boca?		
20. No seu coração, veias ou artérias, no seu pulmão, traquéia ou diafragma?		
21. Nas suas glândulas salivares, estômago, intestino, pâncreas, fígado, vesícula ou tireóide?		
22. No rim, ureter, bexiga, uretra (mulher - ovários, útero, mamas, vagina) (homem - testículos, pênis ou próstata)?		
23. Na sua cabeça e pescoço, ombro, braços e pernas, pelvis, tronco, nos ossos, articulações ou nos músculos?		
24. Em alguma região da pele, nas unhas ou nos pelos?		

Sobre suas Atividades e Participação, responda as questões:		
APÓS A QUEIMADURA, VOCÊ APRESENTA OU SENTE DIFICULDADE:	SIM	NÃO
25. Em observar, ouvir, aprender, pensar, ler, escrever, calcular, resolver problemas e tomar decisões?		
26. Em realizar uma ou mais tarefas, realizar sua rotina diária e de lidar com o stress e crises?		
27. Em se comunicar, falar, conversar, discutir e de usar telefone e computador para se comunicar?		
28. Em manter ou mudar a posição do seu corpo e de realizar auto transferência?		
29. Em levantar, transportar e mover objetos ou de utilizar e realizar movimentos da mão e braço?		
30. Em andar e se deslocar sozinho ou com a ajuda de algum equipamento?		
31. Em utilizar ou dirigir algum transporte público ou privado, como carro ou bicicleta?		
32. Em se lavar, cuidar do próprio corpo, de urinar e defecar, de se vestir, comer, beber e cuidar da própria saúde?		
33. De moradia, de comprar coisas para si, de preparar refeições, de realizar tarefas domésticas, de cuidar da casa ou de ajudar os outros?		
34. Em se relacionar com estranhos, com pessoas próximas, com amigos, com sua família ou com seu esposo (a) / namorado (a)?		
35. Com sua educação, trabalho e emprego ou sua vida econômica?		
36. De viver em comunidade, de ter recreação e lazer, de participar de atividades religiosas ou espirituais?		
37. De desfrutar dos seus direitos humanos e de participar como cidadão na sociedade?		
Sobre os Fatores Ambientais, responda as questões:		
APÓS A QUEIMADURA, VOCÊ TEM:	SIM	NÃO
38. Necessidade de usar medicamentos?		
39. Acesso a estes medicamentos?		
40. Necessidade do uso de prótese?		
41. Acesso a essa prótese?		
42. Necessidade de produtos que facilitam sua mobilidade como veículos motorizados ou não, cadeira de rodas e equipamentos adaptados?		
43. Acesso a estes produtos que facilitam sua mobilidade como veículos motorizados ou não, cadeira de rodas e equipamentos adaptados?		
44. Necessidade de produtos, equipamentos ou tecnologia para comunicação, educação, trabalho, cultura, esporte, recreação e religião?		
45. Acesso a estes produtos, equipamentos ou tecnologia para comunicação, educação, trabalho, cultura, esporte, recreação e religião?		
46. Necessidade do uso de rampas, elevadores e banheiros adaptados ao usar as ruas, edifícios públicos ou particulares?		
47. Acesso a rampas, elevadores e banheiros adaptados ao usar as ruas, edifícios públicos ou particulares?		
48. Necessidade de apoio familiar ou de cuidador?		
49. Acesso a esse apoio familiar ou de cuidador?		
50. Necessidade de procurar profissionais da saúde e outros profissionais?		
51. Acesso a profissionais da saúde e outros profissionais?		
52. Alguma dificuldade quanto às atitudes e opiniões de seus familiares?		
53. Alguma dificuldade quanto às atitudes e opiniões de seus amigos ou conhecidos?		
54. Alguma dificuldade quanto às atitudes e opiniões de prestadores de serviço e profissionais, incluindo profissionais da saúde?		
55. Alguma dificuldade quanto às atitudes e opiniões estranhos?		

ANEXOS

ANEXO 1

Mini Mental

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
- (alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

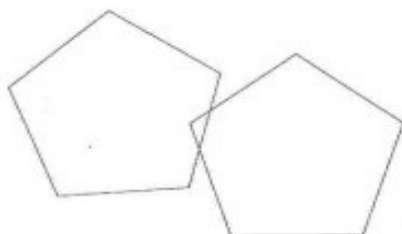
EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão" (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

SCORE: (____/30)



ANEXO 2

Burn Specific Health Scale – Brief – Br (BSHS-B-Br)

Responda se você tem algum problema em relação à pergunta proposta.

Formas de resposta	Extremo / Extremamente	Bastante	Moderadamente	Um pouco	Nenhum / Nenhuma
Quanta dificuldade você tem para:					
1. Tomar banho sem ajuda?	0	1	2	3	4
2. Vestir-se sem ajuda?	0	1	2	3	4
3. Sentar-se e levantar-se de uma cadeira?	0	1	2	3	4
4. Assinar seu nome?	0	1	2	3	4
5. Comer com talheres?	0	1	2	3	4
6. Amarrar cadarços, laços, etc.?	0	1	2	3	4
7. Pegar moedas de uma superfície plana?	0	1	2	3	4
8. Destrancar uma porta?	0	1	2	3	4
9. Trabalhar em seu emprego antigo, cumprindo suas antigas obrigações?	0	1	2	3	4
Até que ponto as afirmativas a seguir descrevem você:					
10. Eu sou atormentado(a) por sentimentos de solidão.	0	1	2	3	4
11. Eu frequentemente me sinto triste ou chateado(a).	0	1	2	3	4
12. As vezes eu acho que tenho um problema emocional.	0	1	2	3	4
13. Eu não me interessou em fazer programas com meus amigos.	0	1	2	3	4
14. Eu não gosto de visitar pessoas.	0	1	2	3	4
15. Eu não tenho ninguém para conversar sobre meus problemas.	0	1	2	3	4
16. Eu me sinto aprisionado(a).	0	1	2	3	4
17. Minha lesão me afastou ainda mais da minha família.	0	1	2	3	4
18. Eu prefiro ficar sozinho(a) do que ficar com a minha família.	0	1	2	3	4
19. Eu não gosto da forma que minha família age ao meu redor.	0	1	2	3	4
20. Minha família ficaria melhor sem mim.	0	1	2	3	4

Formas de resposta	Extremo / Extremamente	Bastante	Moderadamente	Um pouco	Nenhum / Nenhuma
21. Eu me sinto frustrado(a) por que não me sinto excitado(a) sexualmente da mesma forma que sentia antes.	0	1	2	3	4
22. Eu simplesmente não me interessei mais por sexo.	0	1	2	3	4
23. Eu já não abraço, agarro ou beijo.	0	1	2	3	4
24. Às vezes, eu gostaria de esquecer que minha aparência mudou.	0	1	2	3	4
25. Eu sinto que minha cicatriz não é atraente para os outros.	0	1	2	3	4
26. Minha aparência em geral realmente me incomoda.	0	1	2	3	4
27. A aparência das minhas cicatrizes me incomoda.	0	1	2	3	4
28. Expor-me ao sol me incomoda.	0	1	2	3	4
29. Clima quente me incomoda.	0	1	2	3	4
30. Eu não posso sair e fazer atividades quando o clima está quente.	0	1	2	3	4
31. Me incomoda não poder me expor ao sol.	0	1	2	3	4
32. Minha pele é mais sensível do que era antes.	0	1	2	3	4
33. Cuidar da minha pele é um incômodo.	0	1	2	3	4
34. Existem coisas que me orientaram a fazer para a minha queimadura que eu não gosto de fazer.	0	1	2	3	4
35. Eu gostaria de não ter que fazer tantas coisas para cuidar da minha queimadura.	0	1	2	3	4
36. Tenho dificuldades em fazer tudo que me orientaram a fazer para cuidar da minha queimadura.	0	1	2	3	4
37. Cuidar da minha queimadura dificulta fazer outras coisas que são importantes para mim.	0	1	2	3	4
38. Minha queimadura interfere com meu trabalho.	0	1	2	3	4
39. A queimadura que sofri afetou minha habilidade de trabalhar.	0	1	2	3	4
40. Minha queimadura causou problemas com o meu trabalho.	0	1	2	3	4

FONTES CONSULTADAS

FONTES CONSULTADAS

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: classificação detalhada com definições. Todas as categorias com as suas definições, inclusões e exclusões. São Paulo EDUSP; 2003. 222 p.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3a ed. Duncan MS, tradutor. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Kirkwood BR, Sterne JA. Essential medical statistics. 2006; 2ed. Blackwell Science: Massachusetts, USA, p 502.

Nahas FX, Ferreira LM. [The art of writing a scientific paper]. Acta Cir Bras. 2005;20 Suppl 2:17-8. Epub 2005 Nov 4. Portuguese. doi: 10.1590/S0102-86502005000800005.