

MÔNICA SARTO PICCOLO

BURN SPECIFIC HEALTH SCALE-BRIEF:
TRADUÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA, ADAPTAÇÃO
CULTURAL E VALIDAÇÃO

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo, para obtenção do Título de
Doutor em Ciências.

São Paulo

2015

MÔNICA SARTO PICCOLO

BURN SPECIFIC HEALTH SCALE-BRIEF:

**TRADUÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA, ADAPTAÇÃO
CULTURAL E VALIDAÇÃO**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo, para obtenção do Título de
Doutor em Ciências.

ORIENTADOR : PROF. DR. ALFREDO GRAGNANI FILHO

COORIENTADORES : PROF^a. MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO

PROF. MARCO DE TUBINO SCANAVINO

São Paulo

2015

Piccolo, Mônica Sarto

Burn Specific Health Scale-Brief: Tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação./ Mônica Sarto Piccolo. – São Paulo, 2015.

xvii, 157f.

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

Título em inglês: Burn Specific Health Scale-Brief: Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and validation.

1. Queimaduras; 2. Qualidade de Vida; 3. Sexualidade; 4. Mão; 5. Questionários; 6. Tradução.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

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

COORDENADOR: PROF. DR. MIGUEL SABINO NETO

DEDICATÓRIA

Dedico esta Tese aos meus pais, **EMÍLIA** e **NELSON**, pelo amor incondicional, apoio e incentivo a todos os meus sonhos, ao longo de toda a minha vida profissional e pessoal.

À minha irmã **THEREZA** que sempre me incentivou para eu voar da nossa “gaiola de ouro”.

Ao meu irmão **NELSON**, exemplo de competência e dedicação aos pacientes e por impulsionar-me sempre para novos conhecimentos.

Aos meus filhos adorados **ROBERTA** e **NELSON**, presentes de Deus, e fundamentais para a minha evolução espiritual.

AGRADECIMENTOS

À **PROFESSORA DOUTORA LYDIA MASAKO FERREIRA**, Professora Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM), pela oportunidade e confiança, pelo estímulo à minha formação científica, pelo exemplo de ética e profissionalismo.

Ao **PROFESSOR DOUTOR MIGUEL SABINO NETO**, Professor Adjunto Livre-Docente da Disciplina de Cirurgia Plástica, Coordenador do Programa de Pós-Graduação de Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM), pela sua gentil atenção, estímulo constante e orientação para todos os alunos deste Programa.

Ao **PROFESSOR DOUTOR ALFREDO GRAGNANI FILHO**, Professor Adjunto da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM), orientador deste estudo, por ser um exemplo de professor e pesquisador, pelo seu talento, coerência, competência, pelas suas inúmeras sugestões e aceitação das diferenças de idéias, dedicação, atenção, e principalmente por ter se tornado meu amigo particular.

À **PROFESSORA MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO**, Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional (UNIFESP/EPM), coorientadora deste estudo, por transmitir seus conhecimentos com muita clareza, lógica, tranquilidade, carinho e amizade.

Ao **PROFESSOR MARCO DE TUBINO SCANAVINO**, Assistente do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por aceitar coorientar este estudo, pelo seu incentivo, inúmeras sugestões e considerações instigantes para novos questionamentos.

À Equipe Multidisciplinar constituída pelo **DR. ANTONIO FROTA**, **CRISTINA LOPES AFONSO**, **DRª MARIA THEREZA SARTO PICCOLO** e **DR. NELSON SARTO PICCOLO**, Profissionais do Pronto Socorro para Queimaduras de Goiânia, pelo trabalho, pela empolgação e disposição em aprimorar a adaptação cultural do questionário deste estudo.

À **TERAPEUTA OCUPACIONAL ROSAIRLENE SERAFIM**, pelo auxílio direto na avaliação de pacientes deste estudo e capacidade de organização.

À **PROFESSORA DOUTORA REGINA H. OKAMOTO**, Médica Assistente da UTQ e do Ambulatório de Queimaduras da Disciplina de Cirurgia Plástica (UNIFESP/EPM), pela sua gentileza em fornecer a lista dos pacientes do Ambulatório da Unidade de Tratamento de Queimaduras da UNIFESP/EPM.

À **PROFESSORA DOUTORA CARMITA HELENA NAJJAR ABDO** Professora Associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Coordenadora do Programa de estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo por estimular o desenvolvimento do meu conhecimento na área da sexualidade, fator fundamental na velocidade da reabilitação do paciente com sequela de queimaduras.

À **PROFESSORA DOUTORA LEILA BLANES**, Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional e coordenadora assistencial de enfermagem da SPDM/Hospital São Paulo, pela sua gentileza na orientação da escolha do meu projeto inicial de pesquisa.

À **ENFERMEIRA MARIA DIVINA DE JESUS**, e a Auxiliar de Enfermagem **GLORIA MARIA GOMES MOREIRA** pelo auxílio na comunicação com os pacientes deste estudo.

Aos **PACIENTES**, pela disponibilidade e gentileza em responder os questionários e sempre impulsionar-nos com suas dúvidas a oferecer um tratamento global e aprimorado.

Aos **FUNCIONÁRIOS** do Ambulatório da Unidade de Tratamento de Queimaduras da UNIFESP/EPM, do Ambulatório do Pronto Socorro para Queimaduras em Goiânia e do Ambulatório do Hospital Nelson Piccolo em Brasília, pelo auxílio na seleção dos pacientes deste estudo.

À **SANDRA DA SILVA, MARTA REJANE e SILVANA APARECIDA DE ASSIS**, Secretárias da Disciplina de Cirurgia Plástica (UNIFESP/EPM), pela gentileza no atendimento, presteza nas comunicações importantes e pelo carinho que sempre dispensaram a mim.

À **CAROLINA RIBEIRO E SILVA**, estatística deste estudo, pelas suas orientações e esclarecimento sempre que necessário.

À **IVAN CARNEIRO DA SILVA**, professor de computação, por sua dedicação em ajudar na preparação das apresentações.

Aos meus amigos do Curso de Aperfeiçoamento em Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo, **MILLA POMPILIO DA SILVA**,

EDUARDO SUCUPIRA, DIONE BATISTA VILA-NOVA DA SILVA, GABRIELA P. R. PRADO, pelas ideias, suporte e solidariedade na realização deste estudo.

Ao Dr. **BENGT GERDIN**, Autor Principal do Questionário *Burn Specific Health Scale Brief* (BSHS-B), por permitir a sua tradução para o português e a realização deste estudo.

À **COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES)**, através do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional - nota 6 CAPES, pela bolsa de estudos.

“Do mesmo modo que o metal enferruja com a ociosidade e a água parada perde sua pureza, assim a inércia esgota a energia da mente.”

(Leonardo da Vinci, 1452-1519)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	iv
AGRADECIMENTOS	v
LISTAS	xi
RESUMO	xvi
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVO.....	8
3 LITERATURA	10
4 MÉTODOS.....	41
5 RESULTADOS.....	57
6 DISCUSSÃO	73
7 CONCLUSÃO.....	92
8 REFERÊNCIAS.....	94
NORMAS ADOPTADAS	113
ABSTRACT	115
APÊNDICES	117
ANEXOS	139
FONTES CONSULTADAS	156

LISTA DE TABELAS

TABELA 1.	Correlação Linear de Pearson entre o Entrevistador 1 (0h) e Entrevistador 2 (2h) [h=hora] para a fase de reprodutibilidade em pacientes queimados (n = 20)	61
TABELA 2.	Correlação Linear de Pearson entre o Entrevistador 2 (Escore 2 horas) e Entrevistador 1 (Escore 2 semanas) para a fase de reprodutibilidade em pacientes queimados (n = 20).....	62
TABELA 3.	Correlação Linear de Pearson entre as entrevistas do Entrevistador 1 para a fase de reprodutibilidade em pacientes queimados (n = 20)	62
TABELA 4.	Média, desvio padrão e mediana do tempo 1 (0h) e do tempo 2 (2sem) dos domínios do Burn Specific Health Scale-Brief, para a fase de reprodutibilidade em pacientes queimados (n = 20)	63
TABELA 5.	Valores dos testes de Correlação Linear de Pearson e Correlação Intraclasse do Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B), segundo seus domínios, para a fase de reprodutibilidade em pacientes queimados (n = 20)	64
TABELA 6.	Escores e Alfa de Cronbach para os domínios do BSHS-B para a fase de reprodutibilidade em pacientes queimados (n = 20)	65

TABELA 7.	Correlação Linear de Pearson entre cada domínio de BSHS-B e a escala de autoestima de Rosenberg, na fase de validação em pacientes queimados (n=31)	68
TABELA 8.	Correlação de Pearson entre cada domínio de BSHS-B e o Inventário de Depressão de Beck, na fase de validação em pacientes queimados (n=31)	69
TABELA 9.	Correlação Linear de Pearson entre os domínios do Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B) e os domínios do Burn Specific Health Scale-Revised (BSHS-R) na fase de validação para pacientes queimados (n = 31)	70
TABELA 10.	Correlação Linear de Pearson entre os domínios do Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B) e os domínios do BurnSexQ-EPM-UNIFESP para a fase de validação em pacientes queimados (n=31)	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS**ACRÔNIMOS**

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EMBASE	Excerpta Medica Database
EPM	Escola Paulista de Medicina
EUA	Estados Unidos da América
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PsycINFO®	Banco de dados da <i>American Psychological Association</i>
PUBMED	Public Medicine
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>

ACRÔNIMOS CIENTÍFICOS, SÍMBOLOS E UNIDADES DE MEDIDA

%	Por cento
*	Presença de Significância Estatística
±	Mais ou Menos
ACQ	Area Corporal Queimada
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-B-P	<i>Burn Specific Health Scale-Brief-Persian</i>
BSHS-B-PL	<i>Burn Specific Health Scale-Brief-Polish</i>
BSHS-N	<i>Burn Specific Health Scale-Norwegian</i>
BSHS-R	<i>Burn Specific Health Scale-Revised</i>
BSQ	<i>Burn Sexuality Questionnaire</i>
BurnSexQ-EPM/UNIFESP	Versão Brasileira do <i>Burn Sexuality Questionnaire</i> (BSQ)
BUT	<i>Body Uneasiness Test</i>
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclasse
E1	Entrevistador 1

E2	Entrevistador 2
EAR	Escala de Autoestima de Rosenberg
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
ICF	<i>International Classification of Functioning Disability and Health</i>
IDB	Inventário de Depressão de Beck
PLISSIT	<i>Permission, Limited Information, Specific Suggestions, and Intensive Therapy</i>
QV	Qualidade de Vida
SCL	<i>Symptom Checklist-90</i>
SF-36	<i>Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey</i>
SIP	<i>Sickness Impact Profile</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>

RESUMO

RESUMO

INTRODUÇÃO: O aumento da taxa de sobrevivência dos pacientes com queimaduras, nas últimas décadas, promoveu o aumento da atenção em sua fase de reabilitação e na avaliação da qualidade de vida. Verificou-se que o *Burn Specific Health Scale-Brief* (BSHS-B) é o instrumento específico mais utilizado mundialmente para esse fim. **OBJETIVOS:** Traduzir o BSHS-B para a língua portuguesa adaptá-lo culturalmente no Brasil e testar suas propriedades psicométricas. **MÉTODOS:** O questionário foi traduzido para a língua portuguesa do Brasil, adaptado culturalmente pela metodologia de GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON (1993) e testado em relação à reprodutibilidade, validade de face, de conteúdo e de construto. A versão traduzida foi aplicada em 92 pacientes com seqüela de queimaduras. A consistência interna foi testada pelo alfa de Cronbach. A validação de construto foi realizada correlacionando o instrumento traduzido com os questionários BSHS-R, *BurnSexQ*-EPM/UNIFESP, Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e Inventário de Depressão de Beck (IDB), todos já traduzidos para a língua portuguesa do Brasil. **RESULTADOS:** Na fase de reprodutibilidade o valor geral do alfa de Cronbach foi de 0,85. A correlação linear de Person foi significativa nos três momentos das entrevistas. Na validação de construto observou-se correlação significativa entre os domínios do BSHS-B com os domínios do BSHS-R, com a EAR e com o IDB. Em relação ao *BurnSexQ*-EPM/UNIFESP a correlação foi significativa entre o domínio conforto social e imagem corporal do BSHS-B. **CONCLUSÃO:** O *Burn Specific Health Scale-Brief* (BSHS-B) foi traduzido para a língua portuguesa, do Brasil, foi adaptado culturalmente e validado. E passou a ser chamado BSHS-B-Br.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Queimaduras extensas e profundas são traumas complexos com consequências imediatas e, quase sempre, também tardias. Uma queimadura grave é um acidente com inúmeros riscos, necessitando de cuidados intensivos no tratamento agudo, na ressuscitação, em termos de hemodinâmica, no tratamento da dor, nas trocas diárias de curativos, na mobilização precoce, nas cirurgias e nas enxertias. O longo tempo de internação durante a fase aguda do tratamento é seguido por períodos longos e de alta complexidade na fase de reabilitação, com possibilidade de consequências como cicatrizes hipertróficas, retrações, alterações sensoriais, atividade física limitada, ansiedade, depressão, insatisfação com a imagem corporal e dificuldades em retornar as atividades prévias (VAN LOEY & VAN SON, 2003).

Após as guerras mundiais, o crescente interesse pela fisiopatologia da lesão térmica multiplicou os centros de queimados pelo mundo, promovendo um avanço no tratamento clínico e cirúrgico das vítimas de queimaduras e grande aumento da sobrevivência desses pacientes (YODER, NAYBACK, GAYLORD, 2010; POTOKAR *et al.*, 2008). A elevação dessa taxa de sobrevivência ressaltou a necessidade de um entendimento mais profundo do complexo processo da reabilitação e da criação de protocolos de avaliação da qualidade de vida desses pacientes (RIMMER *et al.*, 2010). Nas últimas duas décadas a abordagem subjetiva dos pacientes sobre suas condições de saúde e qualidade de vida (QV) tornou-se o fator principal, afetando a avaliação do processo de tratamento

e suas modificações (DOCTOR, PATTERSON, MANN, 1997; PALLUA, KUNSEBECK, NOAH, 2003; WILKEHULT *et al.*, 2005).

A percepção da qualidade de vida, após esse trauma, é um conceito multidimensional que necessita de instrumentos que possam capturar problemas físicos localizados e alterações da saúde em geral, além disso, instrumentos que possam ser reaplicados num período longo de tempo (WILLEBRAND & KILDAL, 2011).

Para mensurar a qualidade de vida das vítimas de queimaduras torna-se fundamental buscar meios confiáveis e válidos. A pronta identificação das alterações decorrentes das queimaduras pode ser alcançada através de instrumentos de medida que apresentam boas propriedades psicométricas (PRUZINSKY *et al.*, 1992).

Os questionários de avaliação da qualidade de vida podem ser classificados em genéricos e específicos. O instrumento genérico, relacionado à saúde, mais utilizado mundialmente é o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36). É um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobando oito domínios (WARE & SHERBOURNE, 1992).

Instrumentos de medida específicos apresentam vantagem sobre os genéricos porque investigam itens que são mais relevantes para um grupo de pacientes específicos e detectam detalhes de mudanças importantes tanto para o paciente quanto para a equipe profissional (STAVROU *et al.*, 2014).

O *Burn Specific Health Scale* (BSHS), exemplo de instrumento específico e multidimensional que aborda vários aspectos dos resultados e da reabilitação do tratamento das vítimas de queimaduras, apresenta 114 itens, e é o mais utilizado globalmente (BLADES, MELLIS, MUNSTER 1982; SIDELI *et al.*, 2010). Apresenta três modalidades, o *Burn Specific Health Scale-Abbreviated* (BSHS-A) composto por 80 itens, validado por MUNSTER, HOROWITZ, TUDAHL (1987); o *Burn Specific Health Scale-Revised* (BSHS-R) traduzido para a língua portuguesa e validado por FERREIRA *et al.* (2008), compreendendo 31 itens e seis domínios: habilidade para função simples, trabalho, tratamento, afeto e imagem corporal, relações interpessoais e sensibilidade ao calor. Entretanto os aspectos da função da mão e da sexualidade não foram abordados por essa modalidade do instrumento.

KILDAL *et al.* (2001) em um estudo realizado com 248 participantes, no período de 1980 a 1995 no Centro de Queimados do Hospital da Universidade de Uppsala na Suécia, aprimoraram o BSHS, por meio de abordagem de análises fatoriais, e desenvolveram o *Burn Specific Health Scale-Brief* (BSHS-B). Acrescentaram, ainda, nove itens ao BSHS-R, dentre os quais quatro itens para a função da mão e três para avaliar a sexualidade.

O domínio da função da mão é amplo e complexo e necessita ser avaliado; pois, as queimaduras nas mãos ocorrem frequentemente. A cicatrização pode alterar significativamente a aparência e a função da mão, o conceito da autoimagem e, ainda, a qualidade de vida em geral, principalmente se essas queimaduras forem de espessura total (CRIPPS &

HARRISON, 2008; SIDELI *et al.*, 2010). LING-JUAN *et al.* (2014) referiram que a deformidade da mão após uma queimadura é um dos fatores principais que alteram a qualidade de vida destes pacientes.

Outro domínio importante, a sexualidade, é considerado uma importante faceta da personalidade humana, abordando muito mais que a atividade sexual (WHITEHEAD, 1993). A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que a sexualidade é um dos pilares para avaliação da QV. Esse tópico, muitas vezes, é negligenciado durante o tratamento dos pacientes, devido à deficiência de treinamento especializado da equipe multidisciplinar no tema ou por questões culturais. Pacientes queimados podem necessitar de informações e assistência na área da sexualidade. Tem sido bem documentado que pessoas com alterações na pele, principalmente cicatrizes expostas do corpo, apresentam grande dificuldade de relacionamento, mesmo com amigos, familiares ou pessoas estranhas (BOGAERTS & BOECKX, 1992; AHMAD *et al.*, 2013).

No Brasil existem instrumentos para avaliar aspectos distintos das vítimas de queimaduras, como a dor e ansiedade, *Burns Specific Pain Anxiety Scale* (ECHEVARRIA-GUANILO *et al.*, 2011a); para o impacto do evento traumático, *Impact of Event Scale* (ECHEVARRIA-GUANILO *et al.*, 2011b); para a imagem corporal refletindo a qualidade de vida do paciente com queimaduras, *Body Image Quality of life Inventory* (ASSUNÇÃO *et al.*, 2013); e o instrumento *Perceived Stigmatization Questionnaire*, que foi traduzido e adaptado culturalmente por FREITAS *et al.* (2014).

Entretanto somente dois questionários foram validados e adaptados ao contexto cultural brasileiro para avaliar a qualidade de vida, do paciente com sequela de queimaduras: o BSHS-R, este instrumento, porém não apresenta questões sobre sexualidade e função da mão, aspectos já comentados de extrema importância na avaliação da QV em queimaduras (FERREIRA *et al.*, 2008) e o *BurnSexQ*-EPM/UNIFESP traduzido e validado para o português e que avalia o lado psicológico da sexualidade (PICCOLO *et al.*, 2013).

O instrumento BSHS-B é o questionário mais utilizado no mundo, quando se deseja avaliar a qualidade de vida do paciente com queimaduras ou sequela de queimaduras (WASIAK *et al.*, 2011; MEIRTE *et al.*, 2014). Este questionário é autoaplicável e já foi traduzido e validado para a língua coreana (SON *et al.*, 2005), para a chinesa (LING-JUAN *et al.*, 2012), grega (STAMPOLIDIS *et al.*, 2012), para a língua persa, o fârsi, (PISHNAMAZI *et al.*, 2013), italiana (SIDELI *et al.*, 2014), polonesa (SZCZECZOWICZ *et al.*, 2014), hebraica (STAVROU *et al.*, 2014) e recentemente para a língua alemã (MÜLLER *et al.*, 2015).

Como se sabe, nenhum instrumento existente é considerado completo, mas esta ferramenta apresenta itens que avalia a função da mão e a sexualidade. Acredita-se que, em consequência da avaliação destes tópicos, possam-se gerar subsídios mais precisos para traduzir com mais segurança a real situação do paciente que se curou de uma lesão severa por queimaduras no Brasil.

Logo a necessidade de se traduzir um instrumento mais completo para diminuir a atual lacuna de hábito de avaliação destes pacientes, o BSHS-B em língua portuguesa poderá ser um poderoso aliado quando inserido na rotina clínica, com validação de seu uso padronizado, promovendo meios mais amplos para melhor avaliação do paciente na fase aguda e na fase de reabilitação das queimaduras.

OBJETIVO

2. OBJETIVO

Traduzir o *Burn Specific Health Scale-Brief* (BSHS-B) para a língua portuguesa do Brasil, adaptá-lo ao contexto cultural brasileiro e validá-lo.

LITERATURA

3. LITERATURA

BECK, STEER, GARBIN (1961), considerando as dificuldades em obterem-se diagnósticos adequados e consistentes nas avaliações psicopatológicas, formularam o Inventário de Depressão de Beck (IDB) designado para medir as manifestações dos comportamentos na depressão. Foi validado com o estudo I composto por 226 pacientes, e o estudo II com 183 pacientes oriundos do Hospital Universitário da Universidade da Pensilvânia nos Estados Unidos da América (EUA). É, provavelmente, a medida de autoavaliação de depressão mais amplamente usada, tanto em pesquisa como em clínica, tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países, adaptado para a língua portuguesa do Brasil por GORESTEIN & ANDRADE (1998). Contém 21 itens, com quatro alternativas que variam de zero a três pontos, cuja pontuação máxima é 63 pontos. Quanto maior a pontuação maior a depressão.

ROSENBERG (1965) entrevistou um grupo de 5024 adolescentes, de dez escolas no estado de Nova Iorque, nos EUA, com a finalidade de entender o que esses adolescentes achavam de si próprios, o que sentiam a respeito de si mesmos e quais os critérios de avaliação que empregavam. Os dados foram utilizados para confecção de sua escala de autoestima. Essa escala é unidimensional e capaz de classificar o índice de autoestima em baixo, médio e alto. Entende-se por autoestima um conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre seu próprio valor, competência e adequação, que se reflete em uma atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo. A baixa autoestima se expressa pelo sentimento de

incompetência, inadequação e incapacidade de enfrentar os desafios; a média é caracterizada pela oscilação do indivíduo entre o sentimento de aprovação e rejeição de si; e a alta consiste no autojulgamento de valor, confiança e competência. Essa escala possui dez sentenças dispostas no formato *Likert* de quatro pontos, variando entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”. Com relação à pontuação, quanto maior o escore obtido na escala, maior o índice de autoestima do indivíduo.

BLADES, JONES, MUNSTER (1979), insatisfeitos com os resultados obtidos pelos instrumentos de mensuração existentes para a avaliação dos aspectos social, psicossocial e funcional dos sobreviventes de queimaduras, criaram o *Burn Specific Health Scale* (BSHS). A ideia básica no desenvolvimento dessa escala foi a de diagnosticar áreas específicas de disfunção, em que uma intervenção clínica poderia melhorar a qualidade de vida desses pacientes. O instrumento original era composto de 114 itens, dividido em oito subescalas, tendo sido baseado em outros instrumentos como o *Sickness Impact Profile* (SIP), o *Index of Activities of Daily Living* e o *General Well-being Schedule*. Uma pesquisa foi realizada entre os pacientes e profissionais do Centro Regional de Queimados de *Baltimore* nos EUA, sendo adicionados mais 160 itens. A seguir, todos os 369 itens foram julgados por profissionais da equipe multidisciplinar e por sobreviventes de queimaduras, resultando num instrumento com 114 itens divididos em seis domínios: saúde física, imagem corporal, saúde psicológica, saúde sexual, atividades físicas e relacionamento social.

BOWDEN *et al.* (1980), em estudo retrospectivo de reabilitação, analisando a qualidade de vida e a autoestima de pacientes com seqüela de

queimaduras observaram que 85% dos entrevistados apresentavam de moderada a alta autoestima. Utilizaram um questionário de 519 itens, abordando padrões socioeconômicos e informações após o acidente das queimaduras, bem como um específico denominado *Coopersmith's Self-Steem Inventory*. A extensão e a localização das queimaduras não pareciam influenciar na autoestima, mas sim a idade no momento do acidente e o tempo decorrido após a lesão. Mulheres com cicatrizes desfigurantes apresentaram autoestima inferior aos homens na mesma condição. Os entrevistados com baixa autoestima passavam o dobro do tempo acamados e faltavam muito mais ao trabalho que os pacientes com alta autoestima.

BLADES, MELLIS, MUNSTER (1982) aplicaram e validaram o questionário BSHS em 40 pacientes que receberam alta do Centro Regional de Queimados de Baltimore. Concluíram que o BSHS poderia ser aplicado para determinar a capacidade individual e de grupos, bem como a necessidade de intervenções. Concluíram que a capacidade psicossocial dos sobreviventes de queimaduras retardava o seu desenvolvimento em outras áreas, necessitando o estabelecimento de alternativas clínicas para promover esse domínio e, ainda, que o período de reabilitação era dinâmico e passava por muitas variações por um período mínimo de um ano após a alta hospitalar.

COOPER-FRAPS (1985), observando a frequência dos questionamentos em relação à adaptação à vida social e sexual dos pacientes com sequelas de queimaduras, aliada à grande escassez de literatura disponível a esse respeito, publicou o *Burn Sexuality Questionnaire* (BSQ), instrumento utilizado em sua dissertação de mestrado apresentada à *Faculty of the Graduate School University of Southern California* em 1981, validando-o com dez pacientes sobreviventes de queimaduras, tratados no Hospital *Rancho Los Amigos*, na Califórnia. A principal conclusão foi relativa à necessidade de programas sociais e comunitários para a população e pacientes sobre o tema.

MUNSTER, HOROWITZ, TUDAHL (1987) analisaram e refinaram os 114 itens do BSHS, retiraram as duplicações, reduzindo-o a 80 itens com quatro domínios específicos. A esse instrumento denominaram *Burn Specific Health Scale-Abbreviated* (BSHS-A), autoaplicável e fácil de pontuar. Dos quatro domínios, três possuíam subdomínios. Os domínios compreendiam os físicos (itens de um a 20, cinco para função da mão); os psicológicos (itens de 21 a 50) divididos nos subdomínios imagem corporal e afeto; social (itens de 51 a 65) divididos em subdomínios família/amigos e atividade sexual (com três itens); e gerais (itens de 65 a 80) que capturavam alterações específicas do paciente queimado com sequelas como dor, sensibilidade no convívio social e cuidados com a saúde.

TUDAHL, BLADES, MUNSTER (1987), em estudo sobre qualidade de vida realizado no Centro Regional de Queimados de Baltimore, nos EUA, relataram que dos 75 pacientes avaliados, 54 (72%) completaram questões sobre função sexual. Afirmaram que a função sexual foi uma das

maiores preocupações na convalescença desses pacientes; e observaram que a atividade sexual em homens era excelente, inexistindo pontos específicos para intervenção. Porém, observaram índices bem inferiores de satisfação sexual em mulheres, após o acidente, sugerindo uma relação com disfunção física e imagem corporal.

WARE & SHERBOURNE (1992) descreveram o desenvolvimento do instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida: *The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey* (SF-36). É um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Foi projetado para o uso na prática e na pesquisa, em avaliações clínicas da política de saúde e em exames da população em geral.

BLALOCK *et al.* (1992) conduziram estudo qualitativo para testar a validade do BSHS-A, comparando o conteúdo do instrumento com os tipos de problemas encontrados nas entrevistas com os sobreviventes de queimaduras. Os resultados demonstraram que o BSHS-A analisava adequadamente problemas relacionados com a aparência, mobilidade, bem-estar psicológico, função da mão e relações sociais; contudo, os resultados relacionados com a pele, a dor, o prurido e com o trabalho, não eram adequadamente avaliados. Além disso, os pesquisadores consideravam o BSHS-A extenso, o que dificultava a sua aplicação clínica.

BOGAERTS & BOECKX (1992) afirmaram que a escassez de trabalhos científicos sobre sexualidade, nos sobreviventes de queimaduras,

na literatura mundial reflete uma dificuldade ainda existente no mundo médico. Sugeriram que profissionais da equipe multidisciplinar aconselhassem e tranquilizassem seus pacientes, reafirmando que a vida sexual era possível após a cicatrização das lesões. Recomendaram, inclusive, massagens com óleo de amêndoa, que poderiam ser realizados pelos companheiros ou pais dos pacientes para melhorar a textura, a sensibilidade da pele e o relacionamento entre todos. Aconselharam, também, o encaminhamento dos pacientes ao sexologista ou psiquiatra pediátrico quando necessário.

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

WHITEHEAD (1993), em extensa revisão da literatura, observou que o tema sexualidade em pacientes com queimaduras era negligenciado. Baseada nos trabalhos de FOGEL (1990), a autora sugeriu que deveria ser do profissional de enfermagem a responsabilidade de abordar, identificar e promover a saúde sexual com esse paciente, iniciando-se a abordagem logo após a estabilização hemodinâmica. No sentido de facilitar o trabalho dos profissionais, indicou o modelo *Permission, Limited Information, Specific Suggestions, and Intensive Therapy* (PLISSIT), ou seja, permissão (história

sexual), informação limitada, sugestões específicas e terapia intensiva. É um instrumento utilizado para assistir os profissionais da saúde na discussão do tema da sexualidade, em que o profissional de enfermagem estaria preparado para intervir nas três primeiras escalas, enquanto que casos mais peculiares seriam encaminhados a um terapeuta sexual.

BLALOCK, BUNKER, DeVELLIS (1994), avaliando os achados de BLALOCK *et al.* (1992) revisaram o BSHS-A. Aproveitando 17 itens e acrescentando outros 14, nomearam o novo instrumento de *Burn Specific Health Scale-Revised* (BSHS-R) composto de 31 itens, divididos em seis subescalas ou domínios: Afeto e Imagem Corporal (oito itens), Sensibilidade da Pele (cinco itens), Habilidade para Funções Simples (quatro itens), Tratamento (cinco itens), Trabalho (quatro itens) e Relações Interpessoais (seis itens). As respostas eram computadas em uma escala de cinco pontos. O cálculo dos escores era realizado somando-se, individualmente, os itens de cada domínio e dividindo-se o total obtido com o número de itens do respectivo domínio. Como na escala original, a escala reduzida tinha seus valores recodificados de maneira que altos valores indicassem melhores estados de saúde.

GORESTEIN & ANDRADE (1998) avaliaram as propriedades psicométricas da versão em português do IDB. Concluíram que a consistência interna do IDB foi alta (0,81) e o padrão geral dos resultados corroborou a validade de construto em português. Essa versão consistia de 21 grupos de afirmações, sendo que cada um era composto por quatro alternativas, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade variava de zero a três. Os itens referiam-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso,

falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda do apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido. O participante deveria fazer um círculo em torno do número da afirmação que melhor descrevesse a maneira como vinha se sentindo na última semana, incluindo o dia do preenchimento do questionário. Na escala, quanto maior o escore maior o grau de depressão, sendo que, de acordo com a pontuação, para amostras de pacientes com transtornos afetivos, poder-se-ia classificar a depressão inferior a dez pontos como sem depressão ou depressão mínima, de 10 a 18 pontos concernente à depressão leve a moderada, de 19 a 29 correspondente à depressão moderada a grave, e de 30 a 63 pontos relativo à depressão grave.

KIMMO, JYRKI, SIRPA (1998) reduziram o BSHS-A para 62 itens sem alterar o conteúdo dos domínios e subdomínios, traduzindo-o para o finlandês. Enviaram o questionário pelo correio a 310 pacientes queimados e obtiveram 124 respostas, as quais foram analisadas. Verificaram que a mobilidade, os cuidados pessoais e a função da mão eram significativamente afetadas pela gravidade da queimadura, a imagem corporal era afetada por queimaduras profundas, pela extensão queimada superior à 40% de área corporal e pela localização da lesão. A atividade sexual estava ligeiramente diminuída nos pacientes com queimaduras profundas, mas cicatrizes na face não influenciavam a sexualidade, como observado por WHITEHEAD (1993) e por RENSHAW (1989).

Concluíram que a maioria dos seus pacientes havia se recuperado bem do acidente. Contudo, somente 39% dos pacientes responderam ao questionário, constituindo-se em uma limitação do estudo.

SALVADOR-SANZ, SANCHEZ-PAYA, RODRIGUES-MARIM (1998) traduziram o BSHS-A para o espanhol, validando-o com a participação de 115 pacientes tratados na unidade de queimados do *Alicante General Hospital*, na Espanha, concluindo que era válida e de fácil aplicação.

WHOOQOL *Group* (1998) definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e de sistemas de valores nos quais vivia e em relação às suas metas, expectativas, padrões e preocupações.

LAWRENCE *et al.* (1998), avaliando inúmeros estudos inconclusivos da literatura relativos à severidade da cicatrizes das queimaduras, localização e imagem corporal, desenvolveram e validaram um instrumento para avaliar subjetiva e socialmente esses aspectos, denominando-o *Satisfaction With Appearance Scale*. Demonstraram ser um instrumento de fácil aplicabilidade, boa especificidade e útil no monitoramento dos pacientes ao longo do tempo.

CICONELLI *et al.* (1999) traduziram para o português e realizaram a adaptação cultural do SF-36 com metodologia proposta por GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON (1993). Concluíram que a versão traduzida do SF-36 possuía parâmetro reprodutível e válido para a avaliação da qualidade de vida de pacientes brasileiros portadores de artrite reumatoide.

McQUAID, BARTON, CAMPBELL (2000) examinaram o papel da imagem corporal na adaptação de crianças e adolescentes, após a lesão térmica, avaliando a influência de variáveis como severidade da lesão, tempo após o acidente, grau de visibilidade das cicatrizes, apoio social e gênero. Sugeriram que havia uma adaptação adequada da nova imagem corporal por esses pacientes. Concluíram que a imagem corporal poderia ter diferentes significados, dependendo da pesquisa e do pesquisador, necessitando de maior número de estudos.

DALTROY *et al.* (2000), preocupados com a análise minuciosa dos resultados obtidos após o tratamento de crianças com queimaduras e o custo benefício dos procedimentos, desenvolveram e testaram um questionário autoaplicável, para crianças de 5 a 18 anos de idade, com ação conjunta entre a liderança da *American Burn Association* e do *Shriners Hospital for Children*. Dentre os 14 itens testados 12 obtiveram alto índice de confiança; porém, o mesmo não foi observado com os domínios da função social e da satisfação com os serviços, necessitando futuras alterações nesses domínios.

KILDAL *et al.* (2001), reconhecendo a necessidade de um instrumento mais reduzido e que pudesse ser utilizado na clínica diária, sem sacrificar medidas importantes nos resultados dos pacientes queimados, iniciaram estudos por meio de fatores analíticos entre os BSHS-A e BSHS-R, resultando no novo instrumento *Burn Specific Health Scale-Brief* (BSHS-B), composto por 40 itens e nove domínios (sensibilidade ao calor, afeto, função da mão, trabalho, sexualidade, relações interpessoais, habilidades simples, imagem corporal e regimes de

tratamento). O instrumento foi validado com 248 pacientes tratados na Unidade de Queimados do Hospital da Universidade de Uppsala, na Suécia e selecionados no período de 1980 a 1995.

MOI *et al.* (2003) traduziram e validaram o BSHS-A para o norueguês, língua da Escandinávia. Inicialmente, realizaram um estudo piloto com 11 pacientes queimados para confirmar se a versão do BSHS-N era compreensível e de fácil aplicação. Subsequentemente aplicaram o questionário BSHS-N e o SF-36 em 95 pacientes da unidade de queimados do *Haukeland University Hospital*, na Noruega, entre 1995 a 2000. Observaram que ambos os questionários apresentaram correlação que variava de 0,61 a 0,81, comparando os diferentes domínios. Concluíram que pacientes com mais de dez dias de internação, número superior a duas cirurgias e pacientes desempregados no momento do acidente obtiveram notas bem menores na avaliação dos questionários, quando comparado aos outros pacientes queimados sem estas características, sugeriram ainda que o BSHS-N era válido e confiável para a população norueguesa.

VAN LOEY & VAN SON (2003) realizaram revisão de literatura sobre problemas psicológicos e psicopatologia dos sobreviventes de queimaduras, do período de 1990-2002, por meio dos indexadores MEDLINE e PsycINFO. Observaram a presença da depressão e da síndrome do estresse pós-traumático em 13-23% e 13-45% dos casos respectivamente. Verificaram, ainda, que mulheres com história anterior de depressão, que cicatriz na face após o acidente representava um dos fatores de risco para a intensificação dessa depressão. Os fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome do estresse pós-traumático eram depressão

anterior às queimaduras, ansiedade e dificuldade de visualizar as queimaduras. Problemas neuropsicológicos foram, também, descritos após queimaduras elétricas. Problemas sociais incluíam dificuldades na vida sexual e na interação social. A qualidade de vida, inicialmente, parecia ser menor quando comparada com a população em geral. Os autores observaram, ainda, que problemas na área mental eram mais inoportunos e preocupantes que problemas físicos. Salientaram a importância do tratamento dessas alterações com terapia cognitiva-comportamental, do treinamento para desenvolver habilidades sociais e intervenções da comunidade. Sugeriram que o aconselhamento sexual e a promoção da saúde sexual dos pacientes poderiam aprimorar a vida nesse aspecto.

LAWRENCE *et al.* (2004) realizaram um estudo com 361 sobreviventes de queimaduras, examinando a relação entre queimaduras, visibilidade da cicatriz e a importância dos fatores emocionais e sociais sobre a autoestima. Foram aplicados nove questionários. Observaram que a relação entre a gravidade das queimaduras e autoestima variava de inexistente à moderada, dependendo de como foi medida a severidade da lesão. A relação entre visibilidade da cicatriz e autoestima, refletindo a opinião de outros, foi moderada (-0,25 a -0,34). A visibilidade da cicatriz obteve uma associação de baixa à moderada em relação à autoestima, quando se considerava a opinião do próprio paciente (-0,14 a -0,24). Verificaram, ainda, que a aceitação pessoal e o apoio social foram mais importantes que a severidade e a localização da lesão em relação à autoestima. Os autores sugeriram que futuros estudos deveriam ser

realizados comparando a população normal, ou outros grupos de pacientes estigmatizados, com sobreviventes de queimaduras.

DINI, QUARESMA, FERREIRA (2004) traduziram e validaram o questionário de autoestima de ROSENBERG (1965), utilizando a metodologia de GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, (1993). A reprodutibilidade foi testada por meio de três entrevistas com 32 pacientes com média de idade inferior a 40 anos, de qualquer raça e que se submeteriam à Cirurgia Plástica; foram selecionados consecutivamente no ambulatório da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. A validade de construção foi realizada correlacionando a escala de autoestima de Rosenberg com o questionário para triagem e depressão, bem como os componentes mentais do SF-36, além de escalas numéricas criadas pelos autores.

PEREIRA, MURPHY, HERNDON (2004) realizaram uma revisão da literatura avaliando a importância da observação e a análise dos resultados do tratamento de pacientes queimados. Avaliaram quais procedimentos, no tratamento agudo e na fase de reabilitação, aprimoraram os resultados agudos e tardios, embasando, assim, a ciência no constante conflito entre oferecer o melhor tratamento com o menor custo. Afirmaram que, até aquele momento, inexistia um instrumento completo na avaliação dos sobreviventes de queimaduras. Concluíram que a obtenção de bons resultados dependia de um conjunto de fatores como apoio da família, interação de toda equipe multidisciplinar e, principalmente, da aceitação e vontade do paciente em superar as alterações físicas e emocionais que o trauma acarreta.

KOWALSKE, GREENHALGH, WARD (2007), em estudo sobre queimaduras na mão, abordaram a complexidade do seu tratamento, que ocorre frequentemente como parte de queimaduras extensas ou como lesões localizadas, sendo, quase sempre, a causa do prejuízo da função da mão. Os autores acreditavam que existia, ainda, uma série de condutas a serem preconizadas no manejo das várias fases do tratamento dessas lesões; inclusive, questões de qual seria o tempo ideal para o fechamento da ferida, a abordagem de tratamento, conservador ou cirúrgico, utilização de enxertos de espessura total ou parcial, a utilização de fios de Kirschner, imobilização da mão no pós-operatório e o momento de utilização de órteses. Julgavam, ainda, que a análise dos resultados dos tratamentos das queimaduras da mão, também seria outro desafio pela escassez da existência de instrumentos validados nessa área. Concluíram que eram necessários estudos de alta qualidade para avaliar os resultados dos diferentes tratamentos. Cinco pontos principais deveriam ser avaliados para determinar: 1. A melhor maneira de abordar as queimaduras profundas da mão com tendão expostos; 2. O papel e o benefício dos substitutos da pele no tratamento da mão queimada; 3. A melhor opção cirúrgica para prevenir e tratar as retrações dos espaços interdigitais; 4. O momento ideal e quais os componentes principais da terapia da mão queimada, incluindo exercícios; 5. Os fatores que influenciam os resultados das queimaduras de espessura parcial da mão. Sugeriram que esses estudos deveriam ser multicêntricos e com recursos apropriados para cobrir a sua infraestrutura.

DYSTER-AAS, KILDAL, WILLEBRAND (2007), em estudo relacionando qualidade de vida dos pacientes vítimas de queimaduras e o

retorno ao trabalho, observaram que 69% (33 pacientes) tinham retornado ao trabalho enquanto 15 pacientes (31%) não. Voltar a trabalhar era diretamente proporcional ao tempo decorrido do acidente e inversamente proporcional à extensão das queimaduras de espessura total; no entanto, era pouco relacionada com a personalidade do indivíduo. Observaram que os pacientes que haviam retornado ao trabalho sentiam-se muito melhor em relação aos domínios psicológicos e sociais (afeto, relações interpessoais e sexualidade). Por outro lado, os indivíduos que não tinham retornado ao trabalho apresentavam maior incidência de estresse pós-traumático. Concluíram que instrumentos específicos eram mais sensíveis na avaliação dessas alterações quando comparados a instrumentos genéricos.

FERREIRA *et al.* (2008) traduziram o BSHS-R para o português e o validaram com 115 pacientes queimados brasileiros. A validação da versão final brasileira foi realizada na unidade de queimados do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, no Campus de Ribeirão Preto. A versão adaptada mostrou uma alta consistência interna para todos os domínios, mantendo as propriedades originais do mesmo instrumento BSHS-R, em inglês. Os autores, mesmo cientes de que esse instrumento não avaliava a sexualidade e as funções da mão, optaram por traduzir o questionário para a língua portuguesa, considerando-se que apresentava somente 31 itens, sendo de melhor compreensão para a população de pacientes brasileiros de baixo grau educacional e com seqüela de queimaduras.

EDGAR *et al.* (2010) afirmaram que o BSHS era o instrumento mais utilizado internacionalmente para avaliar a qualidade de vida em

sobreviventes de queimaduras. Acreditavam que esse questionário apresentava uma sensibilidade reduzida para pacientes com queimaduras menos severas. Os autores compararam o SF-36 com o BSHS-B, em pesquisa realizada com 280 pacientes queimados tratados no *Royal Perth Hospital*, na cidade de Perth, Austrália, no período entre agosto de 2006 a março de 2009. Os pacientes estudados apresentaram média de 8,9% de área corporal queimada e média de internação de 11,9 dias. Concluíram que o SF-36 foi um instrumento válido na medida da qualidade de vida do paciente queimado. Observaram, ainda, que o SF-36 mostrou-se mais sensível às mudanças após um mês do acidente, quando comparado ao BSHS-B.

YODER, NAYBACK, GAYLORD (2010), em revisão de literatura analisando a evolução do BSHS e as suas três versões BSHS-A, BSHS-R e BSHS-B, concluíram que o BSHS-B era o instrumento que melhor avaliava a saúde e a evolução do paciente com sequela de queimaduras. Referiram que o BSHS-B era autoaplicável, e rapidamente preenchido.

RIMMER *et al.* (2010), após extensa revisão da literatura, observaram que havia um número limitado de estudos abordando sexualidade e intimidade entre os sobreviventes de queimaduras. Realizaram, então, um estudo inédito envolvendo a equipe multidisciplinar de vários centros de queimados dos EUA, baseado em questionário de múltipla escolha, com 28 itens, distribuído em dois congressos regionais de queimaduras, sendo que 71 profissionais provenientes de 37 centros de queimados responderam ao questionário. A média da idade dos entrevistados era de 40,5 anos, 25% do gênero masculino e 75% do gênero feminino, a enfermagem constituía a

maioria do grupo; a média de anos trabalhando com queimados era de dez anos. Quarenta e sete por cento dos profissionais informaram que, em sua unidade de queimados, a responsabilidade da abordagem sobre sexualidade não era atribuída a nenhum profissional da equipe. Os participantes não referiram treinamento especializado no tema. Os pesquisadores concluíram que, apesar do pequeno número de entrevistados, o tópico sexualidade não era suficientemente abordado pelos profissionais envolvidos, confirmando a necessidade de material científico para especialização dos profissionais nessa área e material para treinamento e esclarecimento dos pacientes. Sugeriram, ainda, a duplicação da pesquisa em outros centros de tratamento de queimados, bem como realização de pesquisas sobre sexualidade com sobreviventes de queimaduras.

WILLEBRAND & KILDAL (2011) utilizaram o BSHS-B em estudo prospectivo para avaliar suas propriedades psicométricas, bem como tentar simplificá-lo. Noventa e quatro pacientes adultos, com queimaduras, foram selecionados consecutivamente, no centro de queimados do hospital da Universidade de Uppsala, na Suécia, no período de 2000 a 2008. Os pacientes preencheram o BSHS-B, o questionário *Hospital Anxiety*, a Escala de Depressão e o SF-36, após seis, 12 e 24 meses do acidente. Os resultados dos questionários aplicados aos seis meses foram utilizados para avaliar as propriedades psicométricas do BSHS-B. Todos os domínios do BSHS-B obtiveram consistência interna satisfatória, medida pelo alfa de Cronbach e com variação de 0,79 a 0,93. Por meio de análise fatorial, o domínio trabalho foi eliminado, pois apresentava alta correlação com os outros domínios. A estrutura fatorial foi replicada e os três domínios

função, envolvimento da pele, afeto e relações apresentaram consistência interna excelente. Com o tempo, os resultados dos domínios da função e do envolvimento da pele melhoraram; no entanto, os resultados do domínio afeto e relação não obtiveram melhora. Aos seis e 12 meses após o acidente, todos os domínios associavam-se à severidade das queimaduras. O domínio função associava-se fortemente às escalas de função do SF-36. O domínio afeto e relações interpessoais, igualmente, apresentaram forte associação com as escalas de ansiedade, de depressão e com os domínios do SF-36, aos quais se relacionavam com a saúde psicológica. O domínio envolvimento da pele mostrou alta associação com os domínios que indicavam função social, vitalidade e saúde mental. Concluíram que as propriedades psicométricas dos domínios do BSHS-B foram excelentes e que apresentava alta correlação com outros instrumentos de medida. Concluíram que a versão simplificada do BSHS-B com três domínios função, envolvimento da pele, afeto e relações revelou-se válida, confiável e útil ao descrever a saúde do paciente que se queimou.

PICCOLO *et al.* (2011), analisando as sugestões e as perspectivas do estudo de RIMMER *et al.* (2010), utilizaram o mesmo questionário aplicado na pesquisa americana, com a autorização dos autores. Esse instrumento foi traduzido para a língua portuguesa e aplicado no VII Congresso Brasileiro de Queimaduras em 2010. Cento e vinte e quatro participantes de 41 centros brasileiros de queimados responderam à pesquisa; a média de idade foi de 41,2 anos, sendo 63,7% do gênero feminino; 37,1% médicos; 20,9% técnicos de enfermagem; 16,9% fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais e 3,2% psicólogos. Somente 28%

dos participantes sentiam-se confortáveis em iniciar uma conversa sobre sexualidade com seus pacientes, entretanto 32,6 % se sentiam muito confortáveis quando os próprios pacientes iniciavam esta abordagem. A maioria acreditava que esse tema deveria ser abordado pelos psicólogos. Apenas 38% dos participantes consideravam que o serviço no qual trabalhavam desenvolvia uma atenção adequada em relação à sexualidade e intimidade de seus pacientes. A principal perspectiva desse estudo, no Brasil, foi a de avaliar pacientes com sequelas de queimaduras em relação a sua sexualidade, para descobrir suas necessidades, bem como oferecer treinamento especializado para todos os profissionais da equipe multidisciplinar, melhorando, assim, a qualidade de vida desses pacientes, facilitando a sua reintrodução na sociedade.

MEYER *et al.* (2011) analisaram as atitudes e comportamentos sexuais de adultos que sofreram queimaduras na infância, com a utilização do questionário *What Young People Believe and Do* (SORENSEN, 1973), que explora as raízes da educação sexual, atitudes e experiências perante diferentes comportamentos sexuais. Participaram do estudo 50 pacientes do gênero masculino e 42 do gênero feminino com média de idade de 21 anos, com queimaduras que atingiram, aproximadamente, 30% da área corporal, com média da data do acidente de 14,2 anos. Concluíram que, apesar de somente 54% de pacientes do gênero feminino e 60% do gênero masculino, sentirem-se atraentes, 83% e 87%, respectivamente, afirmaram sentirem-se confiantes quanto ao sexo. Experiências com o ato sexual eram comuns em 90% do gênero feminino e em 76% do gênero masculino. Assinalaram, também, que a gravidade das sequelas das queimaduras não se

correlacionava com as atitudes e comportamentos sexuais de modo significativo. A maioria dos 92 adultos jovens analisados apresentava atividade sexual semelhante à população em geral. O gênero feminino mostrou-se mais ativo que o gênero masculino.

WASIAK *et al.* (2011), em revisão sistemática da literatura, analisaram os principais conceitos empregados nos instrumentos de medida de avaliação dos resultados dos pacientes vítimas de queimaduras, comparando esse conteúdo com os instrumentos da *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), aprovado pela *World Health Organization* (WHO) como medida de referência. A finalidade foi a de estimular a discussão na comunidade internacional de queimaduras quanto à utilização da ICF, estabelecendo os principais domínios empregados nos questionários específicos, bem como uma correlação com consenso universal. Foram identificadas 10.326 referências, das quais 132 estudos, que responderam aos critérios de inclusão, foram realizados em 20 países, envolvendo 17245 pacientes, sendo utilizados 151 instrumentos. Foi possível conectar 80% dos itens dos instrumentos utilizados com a ICF. O instrumento mais utilizado, segundo verificado na revisão sistemática, foi o BSHS-B aplicado na avaliação de pacientes em 29 estudos, sugerindo familiaridade e abrangência na avaliação de resultados com esse instrumento. Os autores concluíram que existiu grande quantidade de instrumentos utilizados na literatura, bem como 356 conceitos, dentre os quais 284 estavam conectados à ICF como base estrutural. Entretanto, afirmaram haver necessidade do estabelecimento de consenso e índice de qualidade desses instrumentos para que pudessem ser

utilizados. Estimularam, ainda, o debate para a utilização da ICF como instrumento padrão.

KVANGLI *et al.* (2011) realizaram um estudo utilizando o BSHS-B em dois grupos, um grupo com história de queimaduras e o outro grupo composto pela população em geral, para conhecerem o escore esperado para esse instrumento. Trinta dos 40 itens do BSHS-B foram aplicados na população em geral constituída por 105 pacientes, dentre os quais somente oito responderam a todas as questões genéricas, cujo escore total foi 84. A média do escore dos homens foi 74,0 e o das mulheres 69,1 nas questões genéricas e físicas do BSHS-B. Nas questões físicas 73% do grupo responderam a todas as questões com escore de 36. Somente aqueles com mais de 61 anos de idade tiveram a média do escore de 35. O estudo demonstrou que a população em geral não pontuou com escore de 100% nas questões físicas e genéricas do BSHS-B. A redução da média da pontuação foi, principalmente, nos aspectos psicológicos. Esses dados poderiam ser explicados considerando-se que até 20% da população em geral apresentavam problemas psiquiátricos. A pesquisa justificou e enfatizou a reflexão dos pesquisadores para o conceito do que seria normal para a população com sequelas de queimaduras.

STAMPOLIDIS *et al.* (2012) traduziram para a língua grega e validaram o BSHS-B, preocupados com o número de pacientes queimados carentes de cuidados médicos na Grécia, aproximadamente 4000 por ano, e considerando a necessidade de avaliar-se a qualidade de vida dos sobreviventes. O estudo foi conduzido entre abril de 2011 a abril de 2012, com a participação de 40 pacientes admitidos na unidade de queimados da

Clínica de Cirurgia Plástica e Reconstructiva (*Evangelismos General Hospital*), em Atenas. Os dados foram colhidos no primeiro mês de internação. A reprodutibilidade foi obtida pelo alfa de Cronbach, sugerindo alta consistência interna dos itens, alfa de 0,9 para o escore total e variando de 0,43 para o domínio relações interpessoais, 0,58 para sexualidade, e de 0,92 para função da mão. Referiram que a sociedade grega era muito conservadora e que não gostavam de falar de si e de suas relações interfamiliares. O teste-reteste apresentou um coeficiente de Kappa de 0,83. A validade de construto foi realizada com o SF-36 e três domínios do BSHS-B; habilidades simples, afeto e relações interpessoais relacionaram-se com os domínios função física, emoção e função social, respectivamente. Concluíram que o BSHS-B foi validado para a língua grega e que deveria ser aplicado junto com uma avaliação psicológica.

WILLIAMS *et al.* (2012), em estudo prospectivo, analisaram pacientes admitidos no centro de queimados do Hospital Royal Adelaide, na Austrália, com queimaduras isolada na mão no período de julho de 2008 a agosto de 2009. A análise foi realizada na admissão, com duas semanas, bem como com um, três, seis e doze meses após o acidente. Considerou-se a presença da dor, a aplicação do BSHS-B, o retorno ao trabalho, a atividade motora da mão, a aplicação do *Michigan Hand Questionnaire* e a presença de cicatrizes. Setenta e oito pacientes foram analisados, mas somente 52 participaram do estudo até a sua conclusão, totalizando 57 pacientes com a mão queimada. Vinte e nove (51%) receberam BiobraneTM, 24 (42%) receberam tratamento conservador e quatro foram submetidos à excisão e à enxertia. Os participantes tratados com BiobraneTM e

conservadoramente apresentaram menor intensidade de dor após dez dias da admissão, e melhores escores na avaliação pelo BSHS-B após um mês do acidente. A maioria desses pacientes retornou ao trabalho e para as atividades de lazer no período de um mês. Os quatro pacientes submetidos à excisão e à enxertia apresentaram controle da dor; porém, tiveram alguns problemas em relação aos domínios da sensibilidade da pele, trabalho e imagem corporal, até três meses após o acidente e, para alguns dos participantes, até 12 meses.

LING-JUAN *et al.* (2012) utilizaram a versão traduzida do BSHS-B para a língua chinesa, com o propósito de investigar quais os principais fatores que influenciariam a qualidade de vida dos pacientes chineses que sofreram queimaduras. O intuito era o de encontrar alterações psicológicas, fisiológicas e de modificações sociais, além de favorecer intervenções, regimes de tratamento clínico e melhor utilizar os recursos médicos. Foram selecionados 271 pacientes do Centro de Queimados do Hospital de Shangai, Hospital de Zhengzhou, Hospital da Universidade de Nanchang, entre os anos de 1971 a 2010. Empregaram a versão Chinesa do BSHS-B e um questionário demográfico com detalhamento das queimaduras e de seu tratamento. Após a adaptação cultural, a versão chinesa do BSHS-B foi testada quanto a sua validade de construto e de consistência interna. Dos 271 pacientes selecionados, 41 declinaram a participar e 21 entregaram o questionário incompleto. Dos 208 restantes só 76,8% foram válidos. A idade dos pacientes variou de 18 a 79 anos; a maioria (74,4%) era do gênero masculino, 74,52% eram casados e 61,54% tinham o segundo grau completo. A média de área queimada foi de 40,05%, variando de 10% a

97%. O tempo decorrido do acidente até a pesquisa foi de um a 137 meses. A versão chinesa adaptada consistiu de 38 itens e seis domínios. O valor total do alfa de Cronbach foi de 0,97, demonstrando que apresentava uma consistência interna bastante alta. A correlação de Pearson entre os seis domínios obtiveram significância estatística. A análise fatorial da função de seis fatores explicou 78,3% da variação, indicando que a escala possuía boa validade e que poderia ser usada para avaliar a qualidade de vida dos pacientes chineses com sequelas de queimaduras.

CONNELL, COATES, WOOD (2013) analisaram as respostas dos subdomínios, sexualidade e imagem corporal, do questionário BSHS-B de 362 pacientes, no momento da alta hospitalar e após um, três, seis e 12 meses. Dos 362 participantes 268 eram do gênero masculino e 94 do gênero feminino. A média de idade foi de 39 anos e a de área corporal queimada foi de 10,07%. O estudo foi realizado no *Royal Perth Hospital*, na Austrália. Os resultados demonstraram que indivíduos com sequela de queimaduras apresentavam impacto extremamente negativo na sexualidade e na satisfação com a imagem corporal. Esses resultados chamavam a atenção quando se observava a qualidade de vida desses participantes após certo período. Os autores salientaram que a reabilitação desses indivíduos deveria ser focada nos domínios sexualidade e imagem corporal, além de que deveriam ser realizados mais estudos sobre o tema.

PICCOLO *et al.* (2013) traduziram e validaram o *Burn Sexuality Questionnaire (BSQ)* para a língua portuguesa falada no Brasil, denominado, então, de *BurnSexQ-EPM/UNIFESP*. A versão traduzida foi aplicada em 80 indivíduos com sequelas de queimaduras, de acordo com os

padrões vigentes na literatura. A adaptação cultural foi realizada em 30 participantes, a reprodutibilidade testada em 20 participantes e a validade em mais 30 indivíduos. O alfa de Cronbach encontrado foi de 0,87. A correlação de Pearson foi significativa entre o domínio conforto social do BSQ e entre os domínios afeto e imagem corporal, trabalho, tratamento e habilidades para funções simples do BSHS-R. Concluíram que esse questionário avaliava o lado psicológico da sexualidade dos sobreviventes de queimaduras, sugerindo que deveriam ser desenvolvidos novos instrumentos para avaliação da parte física da sexualidade.

PISHNAMAZI *et al.* (2013) traduziram, adaptaram culturalmente e validaram o BSHS-B para a língua falada na persa, o farsi. O estudo foi realizado em Tehran, no Iran, de setembro de 2008 a setembro de 2009. Duzentos pacientes queimados participaram do estudo, 68% era constituído de mulheres e 36% delas trabalhavam no lar, 74% eram solteiros, 85% tinham completado o grau escolar primário e secundário, 16% eram estudantes e 16% não trabalhavam. A idade dos pacientes variou de 18 a 51 anos. A média da área corporal queimada foi de 34,91%. A média de respostas alcançada do questionário foi de 135,8 variando de 55 a 159. A duração média do tempo para completar o questionário foi de 19 minutos. O coeficiente alfa de Cronbach do total da pontuação foi de 0,94, demonstrando boa consistência interna do instrumento. Os coeficientes de reprodutibilidade ficaram entre 0,81 e 0,96. A validade de construto foi realizada utilizando o método de análise fatorial, sendo que as variáveis consistiam de presença de queimaduras na face e cabeça, nas mãos e período de internação. Essa validade mostrou-se significativa. A escala

BSHS-B-P foi finalizada com oito domínios, e as questões sobre sexualidade ligeiramente modificadas para não embarçar os pacientes, principalmente, as do gênero feminino.

SIDELI *et al.* (2014) traduziram para a língua italiana e validaram o *Burn Specific Health Scale-Brief*, última versão do instrumento mais utilizado mundialmente para avaliar a qualidade de vida dos pacientes com sequelas de queimaduras, acreditando que a avaliação da qualidade de vida poderia identificar indivíduos com dificuldade de aceitar as alterações físicas e psicológicas que sucederiam o trauma e, assim, engajá-los em programas multidisciplinares de reabilitação. Cento e trinta e um pacientes foram selecionados na unidade de queimaduras do Centro Cívico e Benfratelli Hospital de Palermo, na Itália, nos anos de 2010 a 2012. A tradução foi realizada conforme a metodologia de GUILÉMIN, BOMBARDIER, BEATON (1993) e de BULLINGER *et al.* (1993). A reprodutibilidade foi avaliada pelo alfa de Conbrach e encontraram o valor de 0,887 para a escala em geral, e de 0,656 para sexualidade e de 0,905 para o trabalho. A validação de construto foi realizada com os instrumentos SF-36, o Inventário Clínico de Autoavaliação do inglês *Symptom Checklist 90* (SCL-90) e o teste de Avaliação de Insatisfação com a Imagem Corporal do inglês *Body Uneasiness Test* (BUT). Significativas correlações foram encontradas com os domínios do BSHS-B e os do SF-36, teste de Spearman entre 0,184 a 0,414 e, com o SCL-90, teste de Spearman entre -0,173 a -0,477. E os domínios afeto e relações interpessoais do BSHS-B relacionaram-se negativamente com os domínios de automonitorização e despersonalização da escala BUT. Concluíram que o BSHS-B, traduzido

para a língua italiana, apresentou boa consistência interna e critérios de validade aceitáveis, podendo ser utilizado em estudos clínicos para comparação entre os resultados com pacientes italianos e os resultados internacionais.

FINLAY *et al.* (2014) estudaram a habilidade de aplicação do BSHS-B em uma população de pacientes queimados, com diferentes percentagens de extensão corporal acometida, maioria de 15% de área corporal atingida. Os pacientes foram selecionados no centro de queimados do Hospital *Royal Perth*, na Austrália, no período de 1 de janeiro de 2006 a 1 de fevereiro de 2013. Os questionários foram aplicados na alta hospitalar e após um, três, seis, doze e vinte e quatro meses do trauma. Para a análise, foram selecionados 927 pacientes, bem como 2.031 questionários. Em média, os pacientes responderam aos questionários por duas vezes, 23,4% na alta, 66,6% com um mês de internação, 47,5% com três meses, 35,9% com seis meses, 29,0% com 12 meses e 7,4% com 24 meses. Setenta e três por cento da casuística eram do gênero masculino e 67% tinham se submetido, no mínimo, a uma cirurgia. O BSHS-B demonstrou excelente reprodutibilidade, com alfa de Cronbach de 0,95. A primeira e a segunda ordem de análises fatoriais reduziram os 40 itens da escala em quatro domínios: trabalho, afeto e relações interpessoais, função física e alterações na pele, demonstrando os construtos. A área atingida, o tempo de internação e o número de cirurgias correlacionaram-se com os resultados dos três primeiros meses após a lesão com $p < 0,001$, $p < 0,001$ e $p < 0,03$. O resultado total da escala e de todos os domínios mostrou um aumento significativo após 24 meses da lesão com $p < 0,001$. O estudo mostrou que a

estrutura e o desempenho do BSHS-B, aplicado numa população constituída de, aproximadamente, 90% de pacientes com queimaduras de pequena extensão, foi consistente quando comparada às demonstradas com os de grande extensão. Concluíram que o BSHS-B poderia ser utilizado para detectar alterações e predizer a recuperação de pacientes com qualquer percentagem de área corporal atingida, pequena ou extensa.

SZCZECHOWICZ, LEWANDOWSKI, SIKORSKI (2014), entre os anos de 2008 e 2010, na Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital Municipal *J. Strus Multi-Specialist* em *Poznan*, na Polónia, seleccionaram 190 pacientes queimados para participar do estudo de tradução do BSHS-B para a língua polonesa. Entretanto, somente 51 concordaram em participar. Utilizaram a metodologia de GUILMAIN, BOMBARDIER, BEATON (1993) para a tradução e o adaptaram culturalmente com dez pacientes. A seguir, realizaram os testes psicométricos: a reprodutibilidade e a validade. A reprodutibilidade foi determinada pelo alfa de Cronbach; para o escore total foi encontrado o valor de 0,92 e, para os domínios, o alfa variou de 0,93 a 0,95. A determinação do teste-reteste da reprodutibilidade foi avaliada pela CCI e os valores encontrados variaram de 0,72 a 0,93 para os domínios imagem corporal e habilidades simples, respectivamente, sendo 0,89 para o escore total. Foram analisadas a validade de conteúdo, de critério e de construto. A validade de conteúdo foi realizada pelos membros da equipe multidisciplinar. A validade de critério foi avaliada pelo teste de Correlação de Spearman's utilizando o SF-36. A maior correlação foi encontrada com os domínios afeto e relações interpessoais do BSHS-B, com os domínios função social e papel emocional do SF-36. A validação de

construto foi avaliada pela correlação dos resultados dos questionários com dados como extensão, profundidade, número de cirurgias e período de internação dos pacientes avaliados. Concluíram que o BSHS-B-PL poderia ser utilizado com os pacientes na fase aguda do tratamento e na fase de reabilitação dos pacientes poloneses.

STAVROU *et al.* (2015) traduziram e validaram o BSHS-B para a língua hebraica. Os questionários foram respondidos por 86 pacientes queimados, dentre os quais dez responderam os questionários duas vezes entre um intervalo de zero a três meses. O intervalo entre a injúria térmica e a avaliação com o questionário variou de $12,7 \pm 13,2$ meses. A reprodutibilidade foi obtida pelo alfa de Cronbach, o alfa do escore total foi de 0,97, sendo que entre os domínios variou de 0,88 a 0,95. No teste-reteste o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) variou de 0,81 a 0,98. A validade de construto foi realizada com o SF-36, apresentando alta correlação estatística. Referiram que as diferenças culturais poderiam interferir na variabilidade da consistência interna nas versões traduzidas do BSHS-B.

MÜLLER *et al.* (2015) validaram a versão traduzida do BSHS-B para a língua alemã. Os dados foram coletados nos prontuários dos pacientes que foram tratados na unidade de queimados do *Department of Plastic, Hand and Reconstructive Surgery de Hannover Medical School*, no período de 2006 a 2012. Os instrumentos da pesquisa foram enviados pelo correios. Cento e quarenta e um pacientes responderam os questionários por completo. O fator estrutural foi testado utilizando a análise fatorial confirmatória, a reprodutibilidade foi determinada pelo alfa de Cronbach, a

validade de construto foi realizada correlacionando o BSHS-B com o SF-8, e a validade de critério foi realizada utilizando a escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). O alfa de Cronbach variou de 0,75 a 0,93. Todos os três grandes domínios, segundo WILLEBRAND & KIDAL (2008), afeto e relações interpessoais, função e envolvimento com a pele, do BSHS-B correlacionaram positivamente com o SF-8 e negativamente com a HADS. Concluíram que a versão alemã do BSHS-B apresentou boas propriedades psicométricas e que mais estudos deveriam ser realizados para testar seu uso na prática clínica, na avaliação do manejo do tratamento, e na pesquisa específica das queimaduras.

MÉTODOS

4. MÉTODOS

Este é um estudo clínico original, observacional, transversal, não controlado, realizado em centro único com coparticipantes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP/EPM através da Plataforma Brasil, com o número de 146097 em novembro de 2012 (APÊNDICE 1).

4.1 ESCOLHA DO INSTRUMENTO

Com a finalidade de identificar o conhecimento científico atual relacionado à qualidade de vida, em pacientes sobreviventes de queimaduras, foi realizada uma revisão da literatura, utilizando os descritores abaixo relacionados nas bases de dados PUBMED, no período de 1966 a 2013, LILACS de 1982 a 2013, e EMBASE entre os anos de 1980 a 2013.

Os descritores utilizados foram: *Burns, Rehabilitation, Quality of Life, Questionnaires, Sexuality e Body Image*.

Após a pesquisa bibliográfica, foram selecionados os artigos que apresentavam um destes critérios:

- Artigos que avaliaram a qualidade de vida de pacientes sobreviventes de queimaduras.
- Artigos de desenvolvimento e validação de instrumentos para avaliar a reabilitação destes pacientes.
- Artigos que apresentavam o processo de tradução e validação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida dos sobreviventes de queimaduras.

4.2 QUESTIONÁRIO

Inicialmente, foi realizado contato via correio eletrônico (*e-mail*) com o autor, Prof. Dr. Bengt Gerdin, do questionário *Burn Specific Health Scale-Brief* (BSHS-B), para a autorização da tradução e sua utilização, fase fundamental para a realização do projeto inicial e, após a obtenção dessa anuência (ANEXO 1), foi iniciado o processo de tradução do instrumento.

O questionário foi criado originalmente na língua inglesa e em sueco, e desenvolvido na Unidade de Queimados do Hospital da Universidade de Uppsala na Suécia, quando 248 pacientes foram acompanhados no período de 1980 a 1995 (KILDAL *et al.*, 2001) (ANEXO 2).

O Questionário BSHS-B avalia a qualidade de vida do paciente com sequela de queimaduras. O instrumento é autoaplicável e apresenta 40 questões e nove domínios: Sensibilidade ao Calor (cinco itens, questões 28-32), Afeto (sete itens, questões 10-16), Função da Mão (cinco itens, questões quatro a oito), Regimes de Tratamento (cinco itens, questões 33-

37), Trabalho (quatro itens, questões nove e 38-40), Sexualidade (três itens, questões 21-23), Relações Interpessoais (quatro itens, 17-20), Habilidade Simples (três itens, questões um a três) e Imagem Corporal (quatro itens, questões 24-27). Cada item descreve uma função ou experiência que o indivíduo é questionado a avaliar, em uma escala de cinco pontos, em que extremo/extremamente equivale a zero, bastante a um, moderadamente a dois, um pouco corresponde a três, e nenhum/nenhuma a quatro. A pontuação final varia de zero a 160 pontos. Quanto mais alto o escore, melhor a qualidade de vida do paciente.

4.3 CASUÍSTICA

Foram selecionados aleatoriamente 92 pacientes adultos, vítimas de queimaduras e provenientes do Ambulatório da Unidade de Tratamento de Queimaduras da EPM/UNIFESP, Ambulatório do Pronto Socorro para Queimaduras em Goiânia e Ambulatório do Hospital Nelson Piccolo em Brasília, que aprovaram e autorizaram a realização desta pesquisa.

Os pacientes responderam ao questionário somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2). O TCLE foi assinado em duas vias, destinando-se uma ao paciente e outra à pesquisadora principal do estudo. Compreendidos os objetivos da pesquisa, bem como o caráter voluntário da participação, o sigilo das informações colhidas e a possibilidade de abandonar o estudo em qualquer etapa, sem que isso acarretasse em prejuízo no tratamento.

4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pacientes de ambos os gêneros.
- Pacientes que apresentassem sequelas de queimaduras, funcionais e/ou estéticas.
- Pacientes cujo acidente houvesse ocorrido há pelo menos um ano.
- Pacientes com idade de 18 anos ou mais, no momento do estudo.
- Pacientes que referissem relações sexuais antes do acidente.
- Pacientes que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.3.2 CRITÉRIOS DE NÃO INCLUSÃO

- Pacientes psiquiátricos com histórico de transtornos psicóticos.
- Pacientes com dificuldade da cognição, avaliados por meio do Mini-mental (ANEXO 3).

4.3.3 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes que não retornassem para responder ao questionário.

4.4 PROCEDIMENTOS

Após a seleção da casuística, foi realizado o preenchimento dos dados demográficos dos 92 pacientes (APÊNDICE 2), divididos em três grupos (QUADRO 1).

QUADRO 1. Divisão dos grupos (n) da casuística de 92 pacientes queimados, segundo fases de validação.

FASE	n
Adaptação Cultural	41
Reprodutibilidade	20
Validade	31

4.4.1 TRADUÇÃO

Seguindo as orientações propostas por GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON (1993), o questionário BSHS-B, em sua versão original, foi traduzido da língua inglesa para a língua portuguesa por dois tradutores independentes, um que conhecia o objetivo do estudo e o outro não, para desta forma, atingir uma tradução conceitual e não estritamente literária (KILDAL *et al.*, 2001).

4.4.1.1 Revisão pelo grupo multidisciplinar

As duas traduções foram analisadas por um grupo multidisciplinar composto por um cirurgião plástico, uma dermatologista,

uma fisioterapeuta sobrevivente de queimadura e um psiquiatra. O grupo multidisciplinar analisou todas as questões com o propósito de encontrar possíveis erros cometidos durante a fase de tradução e, também, analisar a aplicabilidade de cada questão. Após reunir as avaliações dos componentes do grupo, chegou-se a uma versão consenso, em português, baseada em elementos das duas versões iniciais.

A versão em português do BSHS-B foi adequadamente adaptada ao contexto linguístico e procurou-se manter todas as características essenciais do questionário original em inglês, sendo preservadas as seguintes equivalências:

- Idiomática, que são as traduções de certas expressões que, traduzidas, não correspondem ao significado real. Na equivalência idiomática, a expressão é traduzida pelo próprio significado real da palavra no texto.
- Semântica, que é baseada na avaliação da equivalência gramatical e de vocabulário, considerando-se que muitas palavras de determinado idioma não possuem o significado para o outro determinado idioma.
- Conceitual considera o significado para aquele país, o conceito no contexto social.
- Cultural é a equivalência da realidade da população, dentro do seu contexto cultural.

4.4.1.2 Retrotradução

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

4.4.1.3 Revisão da tradução

As duas versões foram analisadas e comparadas ao questionário original, pelo mesmo grupo multidisciplinar, buscando a presença de eventuais erros cometidos durante o *Backtranslation* e construindo uma versão consenso, em inglês, que foi comparada à versão original até que todas as discordâncias fossem solucionadas. Desta análise, surgiu uma nova versão do questionário em língua portuguesa, a versão Consenso 1, que deveria estar adaptada ao contexto linguístico e cultural da população submetida ao questionário, bem como preservadas todas as características essenciais do questionário original em inglês.

4.5 ADAPTAÇÃO CULTURAL OU PRÉ-TESTE

Nesta etapa, o questionário foi aplicado em 41 participantes da casuística, e subdividido em três grupos um de 15, outro com 16 e um grupo de 10 pacientes com sequelas de queimaduras, para a verificação das eventuais dificuldades de compreensão. Após a assinatura do TCLE (APÊNDICE 1), as entrevistas foram iniciadas e realizadas em ambiente tranquilo, com boa iluminação, apenas com a presença do entrevistador e

do paciente. Na entrevista individual com o paciente, foram lidas as instruções do questionário e a aplicação do questionário propriamente dito. Após cada pergunta, feita pelo entrevistador, os pacientes foram solicitados a explicar a questão da forma que entenderam segundo suas próprias palavras, sugerir mudanças na formulação da questão, caso considerassem que poderiam torná-la mais compreensível, bem como descrever o quanto achavam que aquela questão relacionava-se com a qualidade de vida dos pacientes com sequelas de queimaduras.

4.5.1 DESCRIÇÃO DA CASUÍSTICA DA FASE DE ADAPTAÇÃO CULTURAL

Dos 41 pacientes que participaram desta fase, 24 (58,5%) eram do gênero masculino; com média de idade de 38,8 anos e desvio padrão de $\pm 13,5$ anos, variando de 19 a 60 anos; 11 (35,4%) solteiros, 25 (60,9%) casados e 5 (12,1%) separados; 24 (58,5%) brancos e 17 (41,4%) não brancos. Quanto à escolaridade três (9,6%) eram analfabetos, 13 (31,7%) tinham ensino fundamental, 20 (48,7%) ensino médio e cinco (12,1%) ensino superior. A média da porcentagem da área corporal queimada (ACQ) foi de 16,9%, variando de 1% a 51%. A média da ACQ de 2º grau foi de 12,2% e a média da ACQ de 3º grau foi de 9,8%. A média do número de anos decorridos do acidente foi de 3,9 anos, variando de 1 a 15 anos.

4.5.2 AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES DE MEDIDAS DO INSTRUMENTO

Após a tradução e adaptação cultural, baseado no modelo recomendado por BEATON *et al.* (2000) passou-se à avaliação das

propriedades psicométricas segundo recomendado por GANDEK & WARE, do IQOLA Group (1998), sendo, então, testadas a reprodutibilidade, a consistência interna, e a validade do instrumento.

4.5.2.1 Reprodutibilidade

A reprodutibilidade é a habilidade de um instrumento em manter-se estável, ou apresentar resultados semelhantes, desde que não ocorram alteração no quadro clínico e nem intervenção terapêutica.

A reprodutibilidade da escala foi testada por meio de três entrevistas realizadas com 20 pacientes da casuística, submetidos à aplicação do questionário por dois entrevistadores independentes num mesmo dia, o Entrevistador 1 (E1) que foi a autora deste estudo, e o Entrevistador 2 (E2) que foi a terapeuta ocupacional do serviço, e com diferença de duas semanas entre cada entrevista pelo mesmo entrevistador (E1). Este instrumento é autoaplicável, entretanto os pesquisadores estavam presentes na sala da entrevista para esclarecer as possíveis dúvidas.

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

4.5.2.2 Análise estatística da fase de reprodutibilidade

A casuística testada durante esta fase foi constituída de 20 pacientes. Os questionários foram codificados e digitados em banco de

dados, aplicando-se algoritmo para cálculo do valor dos escores individuais, obtidos para cada domínio do BSHS-B, de acordo com a definição original de KILDAL *et al.* (2001). A análise estatística para avaliação da reprodutibilidade foi realizada por:

1. Correlação Linear de Pearson (r) (GALTON, PEARSON, PEAS 2001) entre os valores individuais obtidos na primeira, na segunda e terceira entrevistas. Este teste é uma medida do relacionamento linear entre variáveis. Os grupos devem apresentar distribuição normal. O coeficiente de correlação (r) mede o grau de associação entre duas variáveis e varia de -1 a +1. Os valores -1 e +1 representam o máximo da correlação. O sinal positivo indica correlação positiva, ou seja, indica que as duas variáveis são perfeitamente correlacionadas; enquanto uma variável aumenta, a outra aumenta proporcionalmente. O sinal negativo indica correlação negativa, ou seja, indica um relacionamento negativo perfeito, se uma variável aumenta, a outra diminui por um valor proporcional. O coeficiente de correlação nulo ($r=0$) indica ausência de relacionamento linear, isto é, se uma variável é alterada, a outra permanece praticamente igual.
2. Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI), cujos valores são considerados fracos caso o CCI for inferior a 0,40, sendo de 0,41 a 0,60 considerado CCI moderado, entre 0,61 a 0,80 bom ou substancial; já valor superior a 0,80 é considerado

quase perfeito ou muito bom (McDONNEL & NELWEEL, 1996).

3. Teste de Wilcoxon (WILCOXON 1945) e Test-t de Student (STUDENT 1908) foram utilizados para a análise da diferença entre o tempo 1(E1) e o tempo 2 (E2). Estes testes são utilizados para avaliar a diferença entre amostras pareadas. O teste de Wilcoxon é utilizado para dados que não apresentam distribuição normal e o Teste-t é indicado para dados que apresentam distribuição normal. Amostras pareadas ocorrem quando cada ponto da primeira amostra é relacionado ou serve de controle a um único ponto da segunda amostra, ou seja, o próprio indivíduo pode ser controle de si mesmo. Valores de $p < 0.05$ apresentam diferença significativa e valores de $p > 0,05$ não apresentam diferença significativa.

4.5.2.3 Descrição da casuística na fase de reprodutibilidade

Dos 20 pacientes que participaram desta fase, 12 (60%) eram do gênero feminino; com média de idade de 32 anos e desvio padrão de $\pm 11,7$ variando de 21 a 66 anos; quatro (20%) solteiros, 14 (70%) casados e dois (10%) separados; sendo que 14 (70%) eram brancos e seis (30%) não brancos. Quanto à escolaridade três (15%) possuíam ensino fundamental, 12 (60%) ensino médio e cinco (25%) ensino superior. A média da percentagem ACQ foi de 18,7%, variando de 4% a 90%. A média da ACQ de 2º grau foi de 10% e a média da ACQ de 3º grau foi de 12,8%. A média

do número de anos decorridos do acidente foi de 5,1 anos, variando de um a 30 anos.

4.5.2.4 Análise de confiabilidade com todos os itens

Esta análise foi realizada com os questionários dos 20 pacientes da fase de reprodutibilidade.

Inicialmente, a análise da confiabilidade do questionário foi verificada para o total dos itens, determinando-se o índice de significância de 5%.

O valor do alfa de Cronbach varia de zero a um, indicando maior confiabilidade do teste quanto mais próximo estiver de um. Valores de alfa superiores a 0,5 indicam confiabilidade, ou seja, consistência interna aceitável; entretanto, BLAND & ALTMAN (1986) postularam que um bom valor de alfa seria a partir de 0,70. Quando um valor de alfa é baixo deve-se fazer uma análise item a item para avaliar se algum deve ser excluído da escala, para aumentar o valor de alfa e, assim, elevar a consistência do instrumento. Realiza-se a análise item a item observando-se a correlação de cada um com os demais itens do questionário e por intermédio do cálculo do alfa excluindo-se cada item.

Após a análise com todos os itens, foram realizadas as análises para cada domínio do instrumento.

4.5.2.5 Validade

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

A validade de face verifica se o instrumento aparenta mensurar aquilo para o qual foi projetado. Neste estudo a validade de face foi determinada por consenso, pela equipe multidisciplinar que participou da elaboração da versão do questionário em português.

A validade de conteúdo corresponde à relevância de cada item do instrumento para a mensuração do tema abordado. É, geralmente, elaborada antes da construção dos itens por especialistas do assunto em questão. A validade de conteúdo examina a amplitude, para a qual um questionário representa o universo do conceito ou domínios. Para se estabelecer a validade de conteúdo é necessário que exista um padrão definido para se comparar o conteúdo ou os resultados (GANDEK & WARE, 1998).

A validade de construto é o processo pelo qual a validade da correlação de uma mensuração com outras variáveis é avaliada quanto à consistência teórica. Ao testar a validade de construto, as hipóteses são redigidas de acordo com a direção e poder das relações esperadas baseada na teoria e na literatura, a validade é confirmada quando a associação confirma a hipótese (GANDEK & WARE, 1998).

A validade de construto foi testada por meio da comparação do BSHS-B, deste estudo, com aspectos correlacionados à qualidade de vida

em sobreviventes de queimaduras. Foram utilizados os instrumentos já traduzidos para a língua portuguesa, BSHS-R e o *BurnSexQ-EPM/UNIFESP* (ANEXOS 4,5). Autoestima alterada e depressão são sintomas frequentemente relacionados com pacientes com sequelas de queimaduras (STAVROU *et al.*, 2014). Portanto foram selecionados a Escala de Autoestima de Rosenberg e o Inventário de Depressão de Beck (IDB) (ANEXOS 6,7).

Para a validade de construto foram aplicados os testes de correlação linear de Pearson entre as medidas dos domínios da versão adaptada do BSHS-B, com os instrumentos acima relacionados. A correlação proposta por AJZEN & FISHBEIN (1998) foi considerada para análise dos valores, sendo que inferior a 0,30 são considerados fracos, entre 0,30 e 0,50 moderados e superior a 0,50 fortes. As relações foram consideradas de significância estatística na obtenção de índice menor ou igual 0,05.

4.5.2.6 Descrição da casuística na fase da Validade

Dos 31 pacientes que participaram desta fase, 16 (51,6%) eram do gênero masculino; com média de idade de 34,3 anos e desvio padrão de $\pm 10,2$ anos, variando de 18 a 56 anos; 13 brancos e 16 (51,6%) não brancos. Quanto à escolaridade oito (25,8%) tinham ensino fundamental, 16 (51,6%) ensino médio e sete (22,5%) ensino superior. A média da percentagem da ACQ foi de 21,7%, variando de 1% a 56%. A média da ACQ de 2º grau foi de 12,9% e a média da ACQ de 3º grau foi de 12,03%. A média do número de anos decorrida do acidente foi de 4,16 anos, variando de um a 14 anos.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

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

Os *softwares* utilizados foram o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20, sendo a tabulação dos dados realizada no *Microsoft Office Excel – 2010* (Microsoft™).

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1 TRADUÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO *BURN SPECIFIC HEALTH SCALE-BRIEF* (BSHS-B)

Foi fornecida a versão original, em inglês, para dois tradutores oficiais, independentes, residentes em Goiânia. Nesta etapa, duas traduções foram obtidas A e B (APÊNDICES 4 e 5).

5.2 AVALIAÇÃO PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Estas traduções foram avaliadas pelos participantes da equipe multidisciplinar, que receberam uma versão original do BSHS-B (KILDAL *et al.*, 2001), uma versão do tradutor A e outra do tradutor B. Todos desta equipe possuíam domínio da língua inglesa, e vasto conhecimento do tratamento do paciente queimado. Eles realizaram a análise das equivalências semânticas, idiomática, cultural e conceitual dos itens da versão traduzida.

Chegou-se a uma versão consenso (APÊNDICE 6).

5.3 A RETROTRADUÇÃO DO QUESTIONÁRIO

A versão consenso em português do BSHS-B (KILDAL *et al.*, 2001) foi encaminhada para dois outros tradutores C e D, que desconheciam os objetivos do estudo e o questionário original.

Obteve-se, então, a retrotradução elaborada pelo tradutor C (APÊNDICE 7) e pelo tradutor D (APÊNDICE 8).

A equipe multidisciplinar reuniu-se para discutir as diferenças e discrepâncias originadas no processo de tradução. Para tal, foi utilizada a versão original em inglês, a versão consenso em português e as duas versões do português para o inglês. Desta reunião resultou, por consenso, uma nova versão do questionário em língua portuguesa, versão **consenso inicial**, (APÊNDICE 9) com os seguintes critérios:

- A versão em português deveria estar apropriadamente adaptada ao contexto linguístico e cultural da população, à qual seria submetido o questionário.
- Mantiveram-se todas as características essenciais do questionário original em inglês, sendo, portanto, preservadas as equivalências semântica e gramatical.

5.4 AVALIAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA CULTURAL (PRÉ-TESTE)

Na avaliação da equivalência cultural, a versão consenso I foi aplicada, inicialmente, em 15 pacientes selecionados no Ambulatório do Pronto Socorro para Queimaduras, em Goiânia, tendo sido observada grande facilidade de compreensão das questões pelos pacientes. Posteriormente, mais 16 pacientes foram avaliados no Hospital Nelson Piccolo, em Brasília. Após o questionário ter sido aplicado em 31 pacientes na fase de adaptação cultural, a única dificuldade observada foi em relação

à interpretação e à pontuação das frases negativas por alguns pacientes. A pontuação da escala de Likert é crescente, de zero a quatro, significando extremamente, bastante, moderadamente, um pouco e nenhuma, respectivamente. Após reunião com a equipe multidisciplinar foram alterados, o item um e o item cinco da escala de Likert para extremo/extremamente e nenhum/nenhuma respectivamente. Então, o questionário foi aplicado em mais dez pacientes, com a orientação de que, ao responderem as questões, refletissem se o conteúdo da pergunta representava alguma ou nenhuma dificuldade para sua vida. Todos os dez pacientes responderam com grande facilidade, gerando a versão final (APÊNDICE 10).

Todos os entrevistados consideraram que as questões do questionário relacionavam-se à qualidade de vida dos pacientes com sequelas de queimadura, e não consideraram ofensivas as perguntas sob nenhum aspecto.

5.5 REPRODUTIBILIDADE

Durante a fase de reprodutibilidade 20 pacientes foram entrevistados no Ambulatório do Pronto Socorro para Queimaduras.

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

questionário era autoaplicável e os entrevistadores permaneceram para responder as eventuais dúvidas na interpretação dos itens.

O tempo médio consumido para responder ao questionário foi de 15 minutos, variando de cinco a 21 minutos. Para a pontuação, consumiram-se cinco minutos.

A Correlação Linear de Pearson, entre a primeira entrevista com a E1 e a segunda entrevista com E2, mostrando a reprodutibilidade interobservadores apresentou valor de $p=0,000$ com coeficiente de correlação $r=0,834$ (TABELA 1) que mostrou grande intensidade.

TABELA 1. Correlação Linear de Pearson entre o Entrevistador 1 (0h) e Entrevistador 2 (2h) [h=hora] para a fase de reprodutibilidade em pacientes queimados ($n = 20$).

0h - E1 e 2h - E2		
n	=	20,000
r	=	0,834
p	=	0,000

n : Tamanho da Amostra.
 r : Correlação Linear de Pearson.
 p : Índice de Significância Estatística.

Os dados que correlacionaram as respostas dos pacientes colhidas pelo E2 e E1 apresentavam valor de $p=0,000$ com Correlação Linear de Pearson de $r=0,895$ (TABELA 2). Este coeficiente de correlação demonstrou grande intensidade.

TABELA 2. Correlação Linear de Pearson entre o Entrevistador 2 (Escore 2 h) [h=hora] e Entrevistador 1 (Escore 2 sem) para a fase de reprodutibilidade em pacientes queimados (n = 20).

2h - E2 e 2sem - E1		
n	=	20,000
r	=	0,895
p	=	0,000

sem: Semanas.

n : Tamanho da Amostra.

r : Correlação Linear de Pearson.

p : Índice de Significância Estatística.

Os dados que correlacionaram as respostas fornecidas ao E1, nos dois momentos das entrevistas 0h e 2sem, mostrando a reprodutibilidade intraobservador, apresentaram um valor de $p=0,000$, resultando em um $r=0,899$ (TABELA 3), indicando grande correlação.

TABELA 3. Correlação Linear de Pearson entre as entrevistas do Entrevistador 1 (0h e 2sem) [h=hora] para a fase de reprodutibilidade em pacientes queimados (n = 20).

0h - E1 e 2sem - E1		
n	=	20,000
r	=	0,899
p	=	0,000

sem: Semanas.

n : Tamanho da Amostra.

r : Correlação Linear de Pearson.

p : Índice de Significância Estatística.

A diferença estatística entre o tempo 1 (0h) e o tempo 2 (2sem), foi avaliada pelo teste de Wilcoxon e pelo Teste-t de Student para amostras pareadas. Os valores não foram considerados significativos com $p > 0,05$

(TABELA 4), o tempo não influenciou na resposta. A tabela 4 também demonstra a média, mediana e o desvio padrão entre o tempo 1 e tempo 2.

TABELA 4. Média, desvio padrão e mediana do tempo 1 (0h) [h=hora] e do tempo 2 (2sem) dos domínios do *Burn Specific Health Scale-Brief*, para a fase de reprodutibilidade em pacientes queimados (n = 20).

BSHS Domínios	Tempo 1			Tempo 2			p^1
	$\bar{X} \pm S$	Md	n	$\bar{X} \pm S$	Md	n	
FS	3,87 ± 0,24	4,0	20	3,87 ± 0,26	4,0	20	1,0*
FM	3,57 ± 0,95	4,0	20	3,62 ± 0,86	4,0	20	0,125*
Afeto	3,00 ± 0,75	3,05	20	3,29 ± 0,67	3,17	20	0,086*
Sexualidade	3,40 ± 1,00	3,80	20	3,30 ± 1,04	3,80	20	0,727*
SP	2,24 ± 1,24	2,40	20	2,17 ± 1,25	2,10	20	0,782**
Trabalho	2,34 ± 1,55	2,75	20	2,52 ± 1,53	3,13	20	0,221**
Tratamento	3,15 ± 1,05	3,50	20	3,18 ± 1,07	3,40	20	0,817*
IC	2,27 ± 1,16	2,50	20	2,11 ± 1,47	2,23	20	0,494**
RI	3,67 ± 0,51	4,00	20	3,81 ± 0,38	4,00	20	0,260*
Total	121,90 ± 23,75	126,50	20	121,05 ± 25,92	120	20	0,796**

FS : funções simples

FM : função da mão

SP : sensibilidade da pele

IC : imagem corporal

RI : relações interpessoais

\bar{X} : média. S: desvio padrão. Md: mediana. n: tamanho da amostra

p^1 : índice de significância < 0,05. * teste de Wilcoxon. ** teste-t para amostras pareadas

O resultado da avaliação da homogeneidade, pelo CCI, indicou forte correlação entre todos os domínios com exceção do domínio relações interpessoais, que se mostrou moderado (TABELA 5).

TABELA 5. Valores dos testes de Correlação Linear de Pearson e Correlação Intraclasse do *Burn Specific Health Scale-Brief* (BSHS-B), segundo seus domínios, para a fase de reprodutibilidade em pacientes queimados (n = 20).

BSHS Domínios	Correlação de Pearson			Correlação Intraclasse		
	r	IC 95%	p	CCI	IC 95%	p
FS	0,80	0,40 a 0,98	0,000*	0,89	0,72 a 0,96	0,000*
FM	0,99	0,97 a 1,0	0,000*	0,99	0,98 a 0,99	0,000*
Afeto	0,61	0,18 a 0,85	0,004*	0,73	0,33 a 0,89	0,002*
Sexualidade	0,83	0,21 a 0,98	0,000*	0,91	0,78 a 0,96	0,000*
SP	0,60	0,20 a 0,87	0,005*	0,76	0,38 a 0,90	0,002*
Trabalho	0,91	0,83 a 0,96	0,000*	0,95	0,87 a 0,98	0,000*
Tratamento	0,84	0,17 a 0,95	0,000*	0,92	0,79 a 0,97	0,000*
IC	0,74	0,49 a 0,92	0,000*	0,84	0,60 a 0,94	0,000*
RI	0,36	-0,11 a 0,83	0,116	0,51	-0,20 a 0,80	0,062
Total	0,83	0,62 a 0,97	0,000*	0,91	0,78 a 0,97	0,000*

FS : Funções Simples.

FM : Função da Mão.

SP : Sensibilidade da Pele.

IC : Imagem Corporal.

RI : Relações Interpessoais.

* : Significância Estatística.

r : Correlação Linear de Pearson.

CCI : Coeficiente de Correlação Intraclasse.

IC : Intervalo de Confiança.

p : Índice de Significância < 0,05.

5.6 ANÁLISE DA CONFIABILIDADE DOS ITENS

A análise da confiabilidade foi realizada com os mesmos questionários dos pacientes da fase de reprodutibilidade.

A confiabilidade do questionário BSHS-B foi demonstrada por meio do alfa de Cronbach; para o escore total o alfa foi de 0,85 e variou de 0,79 a 0,86 nos domínios trabalho e sexualidade, respectivamente (TABELA 6).

TABELA 6. Escores e Alfa de Cronbach para os domínios do BSHS-B para a fase de reprodutibilidade em pacientes queimados (n = 20).

Domínios	Escores Média (DP)	α
Funções simples	3,86 (0,38)	0,85
Função da mão	3,59 (0,86)	0,85
Afeto	3,12 (0,80)	0,82
Sexualidade	3,34 (0,96)	0,86
Sensibilidade ao calor	2,36 (1,28)	0,82
Trabalho	2,66 (1,58)	0,79
Tratamento	3,07 (1,30)	0,81
Imagem Corporal	2,19 (1,45)	0,81
Relações Interpessoais	3,65 (0,79)	0,85

DP: Desvio Padrão.

α : Coeficiente Alfa de Cronbach.

Oitenta por cento dos participantes que responderam os questionários em tres momentos estavam empregados antes do acidente, entretanto somente 65% trabalhavam após o tratamento das queimaduras,

após cinco anos aproximadamente. Dos que estavam empregados após o acidente 23% estavam trabalhando em outro tipo de profissão.

5.7 VALIDADE

A validade de um instrumento corresponde à sua capacidade de mensuração do que se propõe a medir. Neste estudo foram avaliadas as validades de face, de conteúdo e de construto.

5.7.1 VALIDADE DE FACE

Por consenso, a equipe multidisciplinar julgou o conteúdo do instrumento e concluiu que a sua proposta era a de medir a qualidade de vida do paciente com seqüela de queimaduras. Abordando a imagem corporal, o afeto, a função da mão, a sexualidade, as relações interpessoais, as habilidades para funções simples, a sensibilidade ao calor, ao trabalho e ao tratamento, aspectos importantes no tipo de acidente e consequente reabilitação. A equipe multidisciplinar concluiu que o BSHS-B apresenta validade de face.

5.7.2 VALIDADE DE CONTEÚDO

Por consenso, a equipe multidisciplinar julgou cada item, avaliando a extensão na qual o instrumento representava o universo dos domínios,

bem como se o questionário incluía as dimensões do construto que pretendia medir, e concluiu que o BSHS-B apresenta validade de conteúdo.

A proposta do BSHS-B era a de avaliar a qualidade de vida do paciente com sequela de queimaduras, abordando domínios físicos e psicológicos.

5.7.3 VALIDADE DE CONSTRUTO

Durante esta fase, 31 pacientes foram entrevistados. Vinte eram do Ambulatório do Pronto Socorro para Queimaduras, três do Ambulatório da UNIFESP/EPM e oito do Ambulatório do Hospital Nelson Piccolo.

A validade de construto foi testada por meio da comparação dos instrumentos BSHS-B com o *Burn Specific Health Scale-Revised* (BSHS-R), *BurnSexQ*-EPM/UNIFESP, Escala de Autoestima de Rosenberg e Inventário de Depressão de Beck (IDB) (ANEXOS 4, 5, 6 e 7, respectivamente). Abaixo, apresentadas tabelas das correlações entre BSHS-B, seguindo a seguinte ordem, com Rosenberg, IDB, BSHS-R e *BurnSexQ*-EPM/UNIFESP.

Quinze mulheres responderam ao questionário de autoestima de Rosenberg, seis com cicatrizes na face e sete com cicatrizes nas mãos e face, a média das respostas do questionário foi de 21,2, variando de 14 a 28, ligeiramente superior à dos homens que obtiveram média de 21,0, variando de 10 a 30. Os resultados obtidos por meio da Correlação Linear

de Pearson com os domínios do BSHS-B e da escala de autoestima de Rosenberg correspondem à TABELA 7.

TABELA 7. Correlação Linear de Pearson entre cada domínio de BSHS-B e a escala de autoestima de Rosenberg, na fase de validação em pacientes queimados (n=31).

Domínios de BSHS-B	Rosenberg	
	r	p
FS	0,194	0,304
FM	-0,268	0,153
Afeto	0,508*	0,004*
Sexualidade	0,349	0,059
SP	0,605*	0,000*
Trabalho	0,299	0,108
Tratamento	0,445*	0,014*
IC	0,635*	0,000*
RI	0,202	0,285

FS : funções simples

FM : função da mão

SP : sensibilidade da pele

IC : imagem corporal

RI : relações interpessoais

* : significância estatística

p : índice de significância $p < 0,05$

Trinta e um pacientes responderam ao IDB, 41,9% (13) apresentaram algum grau de depressão. Três pacientes apresentaram depressão leve, seis depressão de leve a moderada e quatro pacientes depressão moderada a grave. Entre os pacientes que apresentaram depressão oito eram do gênero feminino e cinco do masculino. Estes pacientes estão recebendo acompanhamento psicoterápico na instituição não governamental, Núcleo de Proteção aos Queimados. Os resultados obtidos através da correlação

Linear de Pearson com os domínios do BSHS-B e do IDB estão demonstrados na TABELA 8.

TABELA 8. Correlação de Pearson entre cada domínio de BSHS-B e o Inventário de Depressão de Beck, na fase de validação em pacientes queimados (n=31).

Domínios de BSHS-B	Inventário de Depressão de Beck	
	r	p
FS	-0,022	0,908
FM	0,257	0,170
Afeto	-0,633*	0,000*
Sexualidade	-0,440*	0,015*
SP	-0,662*	0,000*
Trabalho	-0,287	0,124
Tratamento	-0,590*	0,001*
IC	-0,788*	0,000*
RI	-0,300	0,108

FS : funções simples
 FM : função da mão
 SP : sensibilidade da pele
 IC : imagem corporal
 RI : relações interpessoais
 * : significância estatística
 p : índice de significância $p < 0,05$
 r : correlação linear de Pearson

Os resultados obtidos por meio da correlação Linear de Pearson com os domínios do BSHS-B e com os domínios do BSHS-R estão demonstrados na TABELA 9.

TABELA 9. Correlação Linear de Pearson entre os domínios do *Burn Specific Health Scale-Brief* (BSHS-B) e os domínios do *Burn Specific Health Scale-Revised* (BSHS-R) na fase de validação para pacientes queimados (n = 31).

Domínios do BSHS-B	Domínios do BSHS-R											
	Afeto e IC		SP		HFS		Trabalho		Tratamento		RI	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
FS	0,169	0,371	0,146	0,441	0,517*	0,003*	0,534*	0,002*	0,328	0,077	-0,107	0,575
FM	-0,186	0,324	-0,276	0,141	0,518*	0,003*	0,268	0,153	-0,250	0,182	-0,226	0,231
Afeto	0,623*	0,000*	0,480*	0,007*	-0,033	0,864	0,173	0,362	0,416*	0,022*	0,522*	0,003*
Sexualidade	0,238	0,205	0,146	0,441	-0,002	0,990	-0,144	0,449	0,084	0,658	0,392*	0,032*
SP	0,448*	0,013*	0,691*	0,000*	-0,034	0,858	0,008	0,965	0,465*	0,010*	0,380*	0,038*
Trabalho	0,102	0,591	0,514*	0,004*	0,204	0,280	0,654*	0,000*	0,229	0,223	0,022	0,908
Tratamento	0,556*	0,001*	0,479*	0,007*	0,094	0,621	0,153	0,420	0,762*	0,000*	0,347	0,060
IC	0,613*	0,000*	0,445*	0,014*	0,049	0,796	0,204	0,279	0,645*	0,000*	0,397*	0,030*
RI	0,238	0,206	0,112	0,556	-0,111	0,560	-0,118	0,536	0,068	0,720	0,401*	0,028*

FS : funções simples

HFS : habilidade para funções simples

FM : função da mão

SP : sensibilidade da pele

IC : imagem corporal

RI : relações interpessoais

* : significância estatística

r : correlação linear de Pearson

p : índice de significância $p < 0,05$

Os resultados obtidos por meio da correlação Linear de Pearson, com os domínios do BSHS-B e com os domínios do *BurnSexQ-EPM/UNIFESP*, referem-se à TABELA 10.

TABELA 10. Correlação Linear de Pearson entre os domínios do *Burn Specific Health Scale-Brief* (BSHS-B) e os domínios do *BurnSexQ*-EPM-UNIFESP para a fase de validação em pacientes queimados (n=31).

Domínios do BSHS-B	IC		CS	
	r	p	r	p
FS	0,47	0,437	0,075	0,693
FM	0,210	0,264	-0,177	0,350
Afeto	0,129	0,497	0,260	0,164
Sexualidade	-0,104	0,584	0,239	0,202
SP	0,034	0,859	0,139	0,463
Trabalho	0,291	0,118	-0,238	0,204
Tratamento	0,003	0,988	0,344	0,063
IC	-0,085	0,655	0,370*	0,044*
RI	0,017	0,928	0,202	0,285

FS : funções simples

FM : função da mão

SP : sensibilidade da pele

IC : imagem corporal

RI : relações interpessoais

CS : conforto social

* : significância estatística

r : correlação linear de Pearson

p : índice de significância $p < 0,05$

5.8 ESCORE TOTAL DO *BURN SPECIFIC HEALTH SCALE-BRIEF* (BSHS-B) DA CASUÍSTICA DE 92 PACIENTES)

O escore total do questionário BSHS-B variou de 78 a 159 com média de 125. Dos 92 pacientes 40 (44,44%) pacientes tinham sequelas de queimadura nas mãos, e desses em 14 (35%) a sequela era numa das mãos e em 26 (65%) nas duas mãos. Destes pacientes 17 (42,5%) eram do gênero masculino e 23 (57,5%) do gênero feminino. Um paciente sofreu amputação da mão direita e uma paciente sofreu amputação das falanges distais do I, II e III dedos da mão direita.

Em relação ao domínio sexualidade com avaliação máxima de quatro pontos, a média entre os 92 pacientes foi de 3.16 pontos.

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Ser atingido por queimaduras extensas é um dos processos mais devastadores que um indivíduo pode sofrer em vida (STAVROU *et al.*, 2015). As consequências físicas e psicossociais podem perdurar por longo tempo após a alta (VAN LOEY & VAN SON, 2003). O imenso avanço no tratamento clínico e cirúrgico nas últimas décadas aumentou significativamente a sobrevida desses pacientes. Realmente, no século XXI, sobreviver a queimaduras extensas e profundas é uma regra e não uma exceção (YODER, NAYBACK, GAYLORD, 2010).

Há algumas décadas atrás, a avaliação dos resultados do tratamento de pacientes queimados baseava-se somente na taxa de mortalidade e no tempo de permanência no hospital (DRUERY, BROWN, MULLER, 2005), e isso ainda permanece como verdade em alguns locais distantes dos grandes centros, em especial em países em desenvolvimento, ou que não se atualizam constantemente ou que não tem condições para tal.

Entretanto nos dias atuais, o tratamento das queimaduras evoluiu, a taxa de mortalidade estabilizou-se, e houve grande aumento da sobrevida de pacientes com extensas áreas atingidas que, após a alta hospitalar, deparavam-se com a extrema dificuldade de integração à vida social (ESSELMAN *et al.*, 2006). Como resultado, houve uma mudança na direção das observações dos resultados para uma abordagem holística (STAVROU *et al.*, 2014).

Porém, apesar de todos os avanços no tratamento, o desenvolvimento de cicatrizes após a cura, alterando a imagem corporal e dificultando os movimentos do indivíduo, ainda representa um desafio (LAWRENCE *et al.*, 2012). A extensão e a severidade das queimaduras não se relacionam, necessariamente, com o sofrimento mental, mas com a percepção das alterações da imagem física (THOMSON & KENT, 2001).

Pacientes podem apresentar problemas psicológicos ou exacerbar os prévios, até após uma pequena queimadura. SIDELI *et al.* (2010) referiram que até 40% dos pacientes, após queimaduras, poderiam apresentar problemas psiquiátricos até dois anos após o trauma, sendo que entre 13 a 45% poderiam apresentar a síndrome do estresse pós-traumático.

A aplicação de instrumentos que verificam a qualidade de vida pode promover uma rápida e precisa avaliação dos resultados obtidos com o tratamento realizado, fundamental para otimizar o tratamento, na fase aguda e de recuperação, pela equipe multidisciplinar (KVANNLI *et al.*, 2011).

Qualidade de vida refere-se à sensação subjetiva do paciente de sentir-se bem num amplo sentido. Assim, o termo abrange não só a saúde física, como também o bem estar psíquico e social, como a imagem corporal, a autoestima, a intimidade, a sexualidade e as relações interpessoais de uma forma geral. O *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL GROUP, 1998) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus propósitos,

expectativas, padrões e preocupações. A qualidade de vida é um importante indicador do restabelecimento do paciente, após uma lesão complexa como as queimaduras (FINLAY *et al.*, 2014). MEIRTE *et al.* (2014) enfatizam ainda que a qualidade de vida é uma das mais relevantes variáveis em pesquisas de efetividade de tratamento após queimaduras.

A escolha de um instrumento para avaliação da qualidade de vida depende de várias considerações. Inicialmente, o instrumento deve ter credibilidade, compreensibilidade, acurácia e ser reprodutível, bem como ser de fácil aceitação entre os entrevistadores e entrevistados (BRANDÃO, FERRAZ, ZERBINI, 1997).

No Brasil, existe um instrumento específico traduzido e validado para avaliar a qualidade de vida dos pacientes com sequelas de queimaduras, o *Burn Specific Health Scale - Revised* (BSHS-R), muito embora não aborde os domínios da função da mão e da sexualidade (YODER, NAYBACK, GAYLORD, 2010), que são aspectos fundamentais na qualidade de vida para esta população na reabilitação. ANZARUT *et al.* (2005), em um estudo prospectivo, demonstraram que a função da mão era extremamente importante em predizer o domínio físico da qualidade de vida. Salientaram que, apesar do tratamento das queimaduras na mão ser prioridade, faltavam protocolos definindo quais áreas devam ser tratadas primeiro, as mãos ou a face, e como tratá-las, com enxerto de pele total, parcial, e originários de qual área doadora do paciente. A análise dos resultados obtidos com os tratamentos realizados nas queimaduras das mãos ainda é um enorme desafio. Talvez, alguns dos motivos sejam a falta de padronização no tratamento realizado e a escassez de instrumentos validados e

padronizados, para avaliar as inúmeras alterações na movimentação de cada articulação, na força muscular e da sensibilidade da mão (KOWALSKE, GREENHALGH, WARD, 2007; KOWALSKE, 2009).

Em relação à sexualidade, um dos quatro pilares da qualidade de vida segundo a OMS, existe um instrumento específico, traduzido para a língua portuguesa e validado para avaliação da sexualidade do paciente queimado, o *BurnSexQ-EPM/UNIFESP*. YIM *et al.* (1998) e DeVIVO & RICHARDS (1996) evidenciaram que o sexo foi apontado como o problema mais importante nos casamentos em que um dos parceiros apresentava sequelas. Limitações físicas foram citadas como causa de atividade sexual diminuída, menor prazer e menor satisfação. PICCOLO *et al.* (2011) referiram que o impacto das cicatrizes de queimaduras na sexualidade e nas relações íntimas era pouco estudado pelos pesquisadores; deste modo, a equipe multidisciplinar que acompanhava o paciente com sequela de queimaduras não se sentia confiante e preparada para fornecer o suporte necessário, muitas vezes, fundamental para a manutenção da saúde sexual do paciente e do seu parceiro.

KILDAL *et al.* (2001), analisando as modalidades do BSHS, instrumento utilizado na maioria dos estudos nos últimos 20 anos, observaram que o BSHS-A com 80 itens, era extenso e laborioso para ser respondido e que, o BSHS-R com 31 itens, não abordava o domínio da função da mão e o domínio da sexualidade. Assim, por meio de abordagens analíticas fatoriais entre ambos os questionários BSHS-A e BSHS-R, desenvolveram o *Burn Specific Health Scale-Brief* (BSHS-B).

O objetivo deste estudo foi o de realizar a tradução do BSHS-B para a língua portuguesa, falada no Brasil, adaptá-lo culturalmente e validá-lo. A construção de novo questionário seria onerosa, demorada e sem uniformidade dos dados obtidos para comparação com questionários internacionais. Adaptações semelhantes foram temas de estudos da EPM/UNIFESP (BRANDÃO, FERRAZ, ZERBINI, 1997; CICONELLI *et al.*, 1999; NUSBAUM *et al.*, 2001; DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004; PICCOLO *et al.*, 2013).

O questionário original BSHS foi desenvolvido nos EUA, portanto, na língua inglesa. KIDAL *et al.* (2001) elaboraram o BSHS-B em língua inglesa e o traduziram para a língua sueca simultaneamente, adaptando-o ao contexto cultural daquele país. Por conseguinte, para a utilização deste instrumento no Brasil houve necessidade de traduzi-lo, adaptá-lo ao nosso contexto cultural brasileiro e testar suas propriedades de medida. Com base em estudos de psicologia, sociologia e epidemiologia, GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON (1993), em revisão sistemática da literatura, desenvolveram a metodologia adotada neste estudo. Os autores criaram uma normatização e um guia para adaptações de questionários de avaliação de saúde para idiomas e culturas diferentes. Atualmente, este é o método mais confiável para manter as propriedades de medida do instrumento original.

A equipe multidisciplinar do estudo foi composta por pessoas com comprovado conhecimento no tratamento de pacientes queimados, com fluência da língua inglesa, bem como experiência no tema qualidade de vida e adaptação de instrumentos de avaliação. A equipe foi constituída de

uma fisioterapeuta vítima de queimaduras extensas e graves, integrante importante na avaliação da pertinência dos itens e na compreensão da redação; um psiquiatra; uma dermatologista; e um cirurgião plástico. No período de desenvolvimento do BSHS-B, diferentes profissionais da área de saúde também contribuíram na formação e avaliação dos itens do BSHS-B (KIDAL *et al.*, 2001).

Em todo o processo de adaptação cultural do BSHS-B foram entrevistados 41 indivíduos. BEATON *et al.* (2000), em artigo sobre adaptação cultural de instrumentos, recomendaram que entre 30 a 40 pessoas deveriam ser avaliadas nesta fase. CICONELLI *et al.* (1999) entrevistaram 20 pacientes para adaptar culturalmente, o SF-36 para a língua portuguesa. PARCIAS *et al.* (2011) utilizaram 32 indivíduos para adaptar culturalmente o Inventário de Depressão Maior. SZCZECZOWICZ, LEWANDOWSKI, SIKORSKI (2014) adaptaram culturalmente o BSHS-B para o polonês, entrevistando dez pacientes. FREITAS *et al.* (2014) quando traduziram e adaptaram culturalmente o *Perceived Stigmatization Questionnaire* para a língua portuguesa aplicaram o pré-teste em 30 adultos vítimas de queimadura. Portanto, a adaptação cultural do presente estudo, realizada com 41 pacientes, enquadra-se na casuística (n) normalmente selecionada.

Na avaliação da equivalência cultural, a versão consenso I (APÊNDICE 9) foi aplicada, inicialmente, em 31 pacientes que compreenderam perfeitamente as questões. Sendo que as únicas dificuldades observadas por alguns pacientes foram em relação à interpretação e à pontuação das frases negativas. Após reunião realizada pela equipe multidisciplinar, ficou

estabelecida uma modificação na tradução das respostas da escala de Likert, que consistiu em acrescentar a palavra - extremo - à já existente - extremamente - no item um, e a palavra - nenhum - à já existente - nenhuma - no item cinco, das respostas dessa escala. Então, o questionário foi aplicado em mais dez pacientes, com a orientação de que, ao responderem as questões, refletissem se o conteúdo da pergunta representava alguma ou nenhuma dificuldade para sua vida, como sugeriram KVANNLI *et al.* (2011). Todos os dez pacientes responderam com grande facilidade e, a avaliação da equivalência cultural, foi considerada completa gerando a versão final (APÊNDICE 10).

LING-JUAN *et al.*, 2012 ao traduzir e validar o BSHS-B, para a língua chinesa, utilizaram a metodologia do método Delphi preconizado por DALKEY & HELMER (1963). Referiram que, de acordo com opinião dos especialistas realizaram modificações necessárias no questionário para seu melhor entendimento; dentre as quais, acrescentaram três itens, bem como sete foram modificados e cinco eliminados. Finalmente, o BSHS-B chinês foi validado com 38 itens e seis domínios. Na versão persa do BSHS-B, PISHNAMAZI *et al.* (2013) utilizaram a metodologia de WILD *et al.* (2005) para a tradução e adaptação cultural, mencionaram que foi necessário alterar-se as questões que avaliavam a sexualidade para evitar constrangimento aos pacientes, principalmente, as do gênero feminino.

A seguir, foi avaliada a reprodutibilidade do questionário. A definição de reprodutibilidade de uma escala refere-se à obtenção de resultados iguais ou muito semelhantes em duas ou mais administrações do instrumento para o mesmo indivíduo, considerando-se que seu estado

clínico e físico não tenha sido alterado. A função é a de avaliar se medidas ou instrumentos são capazes de produzir os mesmos resultados semelhantes, em diferentes ocasiões, ou obtidos por diferentes observadores, permitindo analisar a quantidade de erro inerente ao instrumento (FURTADO *et al.*, 2009).

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

A análise dos escores obtidos com as aplicações do questionário evidenciou elevado índice de correlação entre as avaliações de observadores distintos e elevada correlação entre a avaliação do mesmo observador. Os próprios indivíduos foram controles de si mesmos não havendo diferença significativa nos dois tempos analisados.

LIANG & JETTE (1981) relataram que a reprodutibilidade entre o mesmo observador (intraobservador) em tempos diferentes era importante para questionários autoaplicáveis, enquanto a reprodutibilidade entre

observadores diferentes (interobservador) era importante para questionários aplicáveis por meio de um entrevistador.

O resultado da avaliação da homogeneidade pelo CCI indicou substancial correlação entre todos os domínios com exceção do domínio relações interpessoais, em que a correlação foi moderada (0,51). O CCI é uma estimativa da fração da variabilidade total de medidas, devido às variações entre os indivíduos. Nestas circunstâncias, a variabilidade pode ser atribuída às diferenças, culturais demográficas e também às conseqüências do acidente na vida de cada paciente participante do estudo. No estudo de STAVROU *et al.* (2015) na validação do BSHS-B para o hebraico foi observado a correlação CCI menor que 0,7 para dois domínios: sexualidade e função da mão.

A fase de avaliação da confiabilidade do questionário foi realizada com as mesmas entrevistas da fase de reprodutibilidade. A consistência interna entre os itens que compõem cada domínio do questionário BSHS-B, foi avaliada pelo alfa de Cronbach (CRONBACH, 1951). O valor encontrado no presente estudo para a escala em geral foi de 0,85, sendo considerado de confiabilidade de moderada à elevada. Semelhante aos achados de SIDELI *et al.* (2014), quando traduziram e validaram este instrumento para o italiano quando encontraram para o escore total um alfa de 0,88.

Na versão brasileira do BSHS-B, foi encontrada uma variação da consistência interna entre os nove domínios, variando de 0,79 para o domínio trabalho e de 0,86, para o domínio da sexualidade.

O menor valor do alfa, do presente estudo, para o domínio trabalho, poderia ser devido a dificuldade de encontrar trabalho após o acidente, somente 65% dos participantes estavam empregados após o acidente e 23% destes trabalhavam em outra profissão. Mais pesquisas devem ser realizadas neste sentido para avaliar se a função ou a estética estariam comprometendo este domínio, ou até mesmo falta de um suporte adequado de assistência social após o tratamento.

O maior valor de alfa, encontrado para o domínio sexualidade, pode ser resultado de que grande parte dos pacientes brasileiros ter a iniciativa de falar sobre sexo com a equipe multidisciplinar, fato já demonstrado em estudo de PICCOLO *et al.* (2011). ABDON (2004), em um estudo sobre a sexualidade do brasileiro, entrevistou 7103 indivíduos em cinco regiões do Brasil por quatro meses. Afirmou que o brasileiro gostava de falar de si, fazer parte, colaborar, quase tanto quanto apreciava fazer sexo e falar a respeito. KIDAL *et al.* (2001) encontraram uma variação do alfa de 0,75 para sexualidade a 0,93 para o domínio trabalho. STAMPOLIDIS *et al.*, (2012), na validação desse instrumento para o grego, encontraram um alfa de 0,581 para a sexualidade e 0,431 para relações interpessoais. Interpretaram esses resultados como um sinal de uma sociedade conservadora que não apreciava falar de seus relacionamentos íntimos e familiares. PISHNAMAZI *et al.* (2013) encontraram um alfa total de 0,9, e de 0,66 para o domínio da sexualidade, cujas perguntas tiveram que ser modificadas para não constranger, principalmente, as mulheres persas.

Quanto à validade, o BSHS-B, avaliado pela equipe multidisciplinar e pelos comentários originados nas entrevistas com os pacientes, mensurou o

que se propunha medir, propriedade denominada validade de face. A validade de conteúdo relaciona-se com a capacidade dos itens de representar adequadamente todas as dimensões do conteúdo a que se destinam. A equipe multidisciplinar avaliou a relevância de cada item para o domínio e julgou que representavam o conteúdo do domínio em questão (WALTZ, STRICKLAND, LENZ, 2010; STREINER & NORMAN, 1995). A versão brasileira do BSHS-B apresenta validade de face e conteúdo.

A hipótese teórica, na qual se constituíram as correlações para a medida de validade de construto, foi baseada na literatura, mostrando que mudanças na autoestima, no grau de depressão, e na vida sexual do indivíduo podem alterar a qualidade de vida como um todo (ABDO, 2007; MOIN, DUVDEVANY, MAZOR, 2009; DE BRITO *et al.*, 2010). Autoestima e depressão foram construtos utilizados na validação para a língua portuguesa do BSHS-R (FERREIRA *et al.*, 2008) e no *Impact of Event Scale* (ECHEVARRIA-GUANILO *et al.*, 2011). Quanto a sexualidade estudos da OMS (2002) afirmaram que a sexualidade do indivíduo é um dos pilares fundamentais na avaliação da qualidade de vida do indivíduo. VAN LOEY & VAN SON (2003) referiram que problemas sociais incluíam dificuldades na vida sexual e na interação social. Sugeriram, também, que o aconselhamento sexual e a promoção de saúde sexual dos pacientes com sequelas de queimaduras poderiam aprimorar a qualidade de vida.

Dessa forma, decidiu-se correlacionar o BSHS-B com a Escala de Autoestima de Rosenberg, com o Inventário de Depressão de Beck (IDB) e com o *BurnSexQ*-EPM/UNIFESP. E, principalmente, correlacioná-lo

com o BSHS-R, único instrumento, disponível no Brasil, que avaliava a qualidade de vida do paciente queimado. Inicialmente, foram analisados todos os resultados das duas escalas de forma descritiva, examinando-as pelas suas distribuições, medidas de dispersão e de associação. A avaliação da validade de construto foi realizada por meio de análise de Correlação Linear de Pearson. O teste de Correlação Linear de Pearson avalia, por análise de variância ou covariância, se dois conjuntos dados pareados, possuem correlação. Considerou-se com significância estatística as relações de valor menor ou igual 0,05.

A hipótese de que a autoestima e depressão interferem na qualidade de vida dos pacientes com sequelas de queimadura (ORR, REZNIKOFF, SMITH, 1989; STAVROU *et al.*, 2015; VAN LOEY & VAN SON, 2003), foi mais uma vez comprovada neste estudo. Quatro domínios do BSHS-B, afeto, sensibilidade da pele, tratamento e imagem corporal tiveram correlação significativa com o questionário de autoestima de Rosenberg. FERREIRA *et al.* (2008) ao traduzirem e validarem o BSHS-R, também utilizaram esse instrumento e observaram uma correlação significativa entre afeto, imagem corporal e relações interpessoais. Fato este que pode ser devido às amostras muito heterogêneas de pacientes com sequelas de queimaduras. Variações como gênero, idade, profundidade das lesões são alguns dos fatores preditivos para alterar a qualidade de vida após o acidente (WASIAK *et al.*, 2014).

ORR, REZNIKOFF, SMITH (1989) concluíram, em seus estudos com adolescentes com sequelas de queimaduras, que meninas apresentavam menor autoestima, maior taxa de depressão e imagem corporal mais

negativa que os garotos com sequelas semelhantes. BOWDEN *et al.* (1980), igualmente, observaram que mulheres com cicatrizes marcantes manifestaram autoestima mais baixa que homens com a mesma característica. Na fase de validação deste presente estudo, 15 mulheres responderam ao questionário de autoestima de Rosenberg, seis com cicatrizes na face e sete com cicatrizes nas mãos e face, a média das respostas do questionário foi de 21,2, variando de 14 a 28, ligeiramente superior à dos homens que obtiveram média de 21,0, variando de 10 a 30. Contrariando o achado de THOMBS *et al.* (2008).

Embora a deformidade visível na superfície da pele possa ter um impacto negativo na imagem corporal, a intensidade com que cada indivíduo vivencia a deficiência em si sofre alterações, e depende de variáveis como idade, gênero, localização (face, mãos, genitais) natureza da circunstância (voluntária ou não), tipo de personalidade, histórico psiquiátrico prévio, suporte familiar e alcance de contatos sociais (FAUERBACH *et al.*, 2000; PRUZINSKY, 2004). O fato que a intensidade das cicatrizes tem uma relação de fraca a modesta com a autoestima é consistente na literatura (LAWRENCE, FAUERBACH, THOMBS, 2006). Duas revisões sobre a reabilitação psicológica de adultos com sequelas de queimadura concluíram que nem a severidade da cicatriz nem a sua visibilidade são preditores de psicopatologias (VAN LOEY & VAN SON, 2003; PATTERSON *et al.*, 1993).

A Correlação Linear de Pearson com o IDB foi ainda mais significativa. Cinco domínios do BSHS-B, afeto, sexualidade, sensibilidade da pele, tratamento e imagem corporal apresentaram correlação

significativa, o que também foi constatado por FERREIRA *et al.* (2008). Neste presente estudo, 31 pacientes responderam ao IDB, 41,9% (13) apresentaram algum grau de depressão, dentre os quais oito eram do gênero feminino e cinco do masculino. Estes pacientes estão recebendo acompanhamento psicoterápico na instituição não governamental, Núcleo de Proteção aos Queimados.

O estudo de THOMBS *et al.* (2007) corrobora com este achado, quando avaliaram a presença de depressão em pacientes aguardando reconstrução cirúrgica, utilizando o IDB e o SF-36. Concluíram que, aproximadamente, 46% dos pacientes apresentavam algum sintoma de depressão, nesta fase, devido à insatisfação com a imagem corporal e à limitação física funcional. Aconselharam, ainda, investigar e tratar a depressão, se presente, anteriormente à cirurgia reconstrutiva.

Quando se correlacionou o domínio conforto social do *BurnSexQ-EPM/UNIFESP*, com os domínios do BSBS-B, os resultados apontaram significativa correlação com o domínio imagem corporal. Esta correlação também foi encontrada em vários estudos da literatura nas últimas duas décadas, onde demonstraram haver uma conexão relevante entre sexualidade e imagem corporal (SATINSKY *et al.*, 2012; CASH, 2002; TIGGEMANN & LYNCH, 2001). THOMBS *et al.* (2008) afirmaram que a imagem corporal era um conceito multidimensional relacionado com a aparência física e o grau de sua satisfação com essa imagem.

Quando existe insatisfação com a imagem corporal, sintomas de ansiedade social e isolamento social também podem ocorrer (NEWELL &

MARKS, 2000; HAGEDOORN & MOLLEMAN, 2006). Estudos focando nas alterações da sexualidade, após queimaduras, indicaram que os sobreviventes podem relatar diminuição da autoestima sexual, da satisfação sexual, dos relacionamentos sexuais e altas taxas de disfunção sexual (de RIOS, NOVAC, ACHAUER, 1997; CONNELL *et al.*, 2014). Alterações da libido, dispareunia, cicatrizes instáveis, humilhação em expor áreas íntimas, medo de desapontar os parceiros, foram alguns dos sintomas encontrados em estudo sobre sexualidade, realizado na Índia por AHMAD *et al.* (2013). Esses pesquisadores demonstraram que alterações sexuais envolviam problemas físicos e mentais. Acrescentaram, também, sugestões para o período de reabilitação, no aspecto da sexualidade, e afirmaram que esse aspecto deve ser mais e melhor estudado. CONNELL *et al.* (2014) em estudo realizado na Austrália com 865 pacientes utilizando o BSHS-B concluíram que a sexualidade, a imagem corporal e as relações interpessoais estão muito interligadas nos pacientes com sequela de queimaduras e também salientam a necessidade de programas específicos para abordar estes temas no período da reabilitação.

Entretanto, MEYER *et al.* (2011) observaram, em adultos com idades entre 18 a 28 anos e que se queimaram quando crianças, que as mulheres apresentavam maior número de experiências sexuais que os homens e que, cicatrizes na face ou região cervical ou amputações de membros, não tinham relação com o primeiro intercurso sexual. Porém alguns pesquisadores afirmaram que a insatisfação com a imagem corporal expressava-se mais no gênero feminino (RIEF *et al.*, 2006; PHILLIPS, MENARD, FAY, 2006; KORAN *et al.*, 2008).

Relativamente à Correlação Linear de Pearson com os resultados do BSHS-B e os com os resultados do BSHS-R, observou-se que todos os domínios do BSHS-B relacionaram-se com, pelo menos, um domínio do BSHS-R. Os domínios do BSHS-B que apresentaram maior número de correlações foram os domínios afeto e imagem corporal, nos quais foi observada correlação significativa com os domínios afeto e imagem corporal, sensibilidade da pele, tratamento e relações interpessoais do BSHS-R. YODER, NAYBACK, GAYLORD (2010), em estudo sobre a evolução do BSHS, também encontraram forte correlação, $r=0,98$, entre essas duas modalidades, B e R do BSHS.

O instrumento BSHS-B (KIDAL *et al.*, 2001) foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa do Brasil, recebendo o nome de Burn Specific Heath Scale-Brief-Brasil (BSHS-B-Br).

A utilização do BSHS-B (KIDAL *et al.*, 2001), traduzido e validado para a língua portuguesa do Brasil (BSHS-B-Br) poderá auxiliar a equipe multidisciplinar dos vários centros de queimados do Brasil a avaliar seus pacientes em várias fases após o acidente e agir prontamente, melhorando os resultados do tratamento.

A metodologia de tradução e validação utilizada neste estudo é uma das mais aplicadas mundialmente em estudos de tradução de questionários abordando a qualidade de vida, favorecendo uma maior confiabilidade nos resultados encontrados. Entretanto, na validação do questionário um fator importante é conseguir que os pacientes retornem para respondê-lo para

aferir sua reprodutibilidade, haja vista o número reduzido de pacientes, nesta fase, em vários estudos publicados.

Considera-se, ainda, importante que outros questionários referentes a outras manifestações presentes nos pacientes com sequela de queimaduras como avaliação do isolamento social, a presença de prurido nas cicatrizes, o comportamento da evolução das cicatrizes, a fadiga, entre outros, deveriam ser traduzidos para a língua portuguesa do Brasil e validados.

Uma das limitações deste estudo é que pacientes com queimaduras de menor extensão e mais superficiais, que são a maioria dos pacientes que se queimam, raramente retornam para revisão após a alta hospitalar, fato também observado por FINLAY *et al.* (2014). No Brasil, provavelmente pela distância ou pelo custo envolvido no transporte, este fato diminui o tamanho da casuística nesta população. Cabe notar ainda que os meios de comunicação com os pacientes vitima de queimaduras neste país são restritos devido ao baixo nível econômico, restringindo muitas vezes, somente ao telefone o que diminui a chance de retorno para reavaliação. Outro fator relevante é que a população dos indivíduos com sequelas de queimaduras é muito heterogênea, logo este instrumento deverá ser testado quanto a sua confiabilidade e sua validade, em diferentes contextos sócio, econômico e cultural da realidade brasileira.

PERSPECTIVAS

Durante a realização deste estudo verificou-se que o BSHS-B é o instrumento mais utilizado mundialmente, para avaliar a qualidade de vida

do paciente com sequela de queimaduras. Conseqüentemente, com a tradução e validação do BSHS-B para a língua portuguesa do Brasil, poder-se-á avaliar a qualidade de vida dos pacientes com sequelas de queimaduras que falam a língua portuguesa do Brasil, e comparar os nossos resultados com os estudos multicêntricos internacionais na tentativa de sempre aprimora-los. O que é relevante para a pesquisa e a prática clínica (VAN LOEY *et al.*, 2013). Importante ainda será diagnosticar alterações nos diversos domínios físicos, psicológicos, com possibilidade agora de avaliar a função da mão e a sexualidade, e o domínio social, no período de reabilitação destes pacientes e intervir precocemente.

A utilização deste instrumento poderá aprimorar o atendimento dos pacientes nos ambulatórios dos diversos serviços de tratamento de queimados do Brasil. Poderá também estimular a presença e o trabalho de uma equipe multidisciplinar nestes ambulatórios no período de reabilitação como orientado por VAN LOEY, FABER, TAAL (2001) levando a um tratamento mais veloz, eficaz e holístico. Com isto a meta final de todos os profissionais que tratam pacientes com queimaduras poderá ser alcançada, qual seja reintroduzir o mesmo na sociedade o mais breve possível.

CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

O *Burn Specific Health Scale-Brief* (BSHS-B) foi traduzido para a língua portuguesa do Brasil, foi adaptado culturalmente e validado. E passou a ser chamado de BSHS-B-Br.

REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

Abdo CHN. Descobrimento sexual no Brasil: Para curiosos e estudiosos.

São Paulo (BR): Summus; 2004. Disponível em:

<http://books.google.com.br/books?id=1hDGyZjBEUQC&pg=PA44&lpg=PA44&dq=Desenvolvimento+sexual+no+Brasil.+Para+curiosos+e+estudiosos&source=bl&ots=uTA11gGm14&sig=pE00hkQWMwOvZ0JMeRfyXUI8Cvg&hl=pt-BR&sa=X&ei=UsgZUPL-AoTH6wH5xoDwBA&ved=0CE4Q6AEwAQ#v=onepage&q=Desenvolvimento%20sexual%20no%20Brasil.%20Para%20curiosos%20e%20estudiosos&f=false>.

Abdo CH. The male sexual quotient: a brief, self-administered questionnaire to assess male sexual satisfaction. *J Sex Med.* 2007 Mar;4(2):382-9.

Ahmad I, Zulqarnain M, Akhter S, Khurram F. Aspects of sexual life in patients after burn: The most neglected part of postburn rehabilitation in the developing world. *J Burn Care Research.* 2013;34(6):e333-41).

Ajzen J, Fishbein M. Overview. In: *Understanding attitudes and predicting social behavior.* New Jersey: Prentice Hall, 1998.

Anzarut A, Chen M, Shankowsky H, Tredget EE. Quality of life and outcome predictors following massive burn injury. *Plast Reconstr Surg.* 2005Sep;116(3):791-7.

Assunção FFO, Dantas RAS, Ciol MA, Gonçalves N, Farina Jr JA, Rossi LA. Reliability and validity of the body image quality of life inventory: Version for Brazilian Burn Victims. *Res Nurs Health*. 2013 Jun;36(3):299-310.

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Dec;25(24):3186-91. Disponível em: <http://emgoextra.nl/kc/preparation/research%20design/vragenlijsten/Beaton.pdf>.

Beck AT, Steer RA, Garbin MG. An Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:53-63.

Blades BC, Jones C, Munster AM. Quality of life after major burns. *J Trauma*. 1979;Aug;19(8):556-8.

Blades B, Mellis N, Munster AM. A burn specific health scale. *J Trauma*. 1982 Oct;22(10):872-5.

Blalock SJ, Bunker BJ, Moore JD, Foreman N, Walsh JF. The impact of burn injury: a preliminary investigation. *J Burn Care Rehabil*. 1992 Jul-Aug;13(4):487-92.

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.

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

Boagaerts F, Boeckx W. Burns and Sexuality. *J Burn Care Rehabil*. 1992 Jan-Feb;13(1):39-43.

Brandão L, Ferraz MB, Zerbini ACF. Avaliação da qualidade da qualidade de vida na artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol*. 1997 Set-Out;37(5):275-81. Disponível em:
<http://www.danielsimonn.com.br/recomendados/atividade-fisica-saude/artigo2.pdf>.

Bowden ML, Feller I, Tholen D, Davidson TN, James MH. Self-esteem of severely burned patients. *Arch Phys Med Rehabil*. 1980 Oct;61(10):449-52.

Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res*. 1993 Dec;2(6):451-9.

Cash TF. Cognitive-behavioral perspectives on body image. In Cash & Pruzinsky. *Body Image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp.38-46). 2002. New York, NY: Guilford Press.

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

Jun;39(3):143-50. Disponível em:

http://www.nutrociencia.com.br/upload_files/artigos_download/qulalidade.pdf.

Connell KM, Coates R, Wood FM. Sexuality following burn injuries: A preliminary study. *J Burn Care Res.* 2013;34(5):282-9.

Connell KM, Phillips M, Coates R, Doherty-Poirier, Wood FM. Sexuality, body image and relationships following burns: Analysis of BSHS-B outcome measures. *Burns.* 2014 Nov;40(7):1329-37.

Cooper-Fraps C. Burn Sexuality Questionnaire. *J Burn Care Rehabil.* 1985Sep-Oct;6(5):426-7.

Cripps RA, Harrison JE. Injury as a chronic health issue in Australia. Australian Institute of Health and Welfare. 2008. Disponível em: <http://www.aihw.gov.au/publications/inj/iaachiia/iaachiia.pdf>; Internet; accessed November 2009.

Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika.* 1951 Fev;16(3):297-334. Disponível em: <http://psych.colorado.edu/~carey/Courses/PSYC5112/Readings/alphaCronbach.pdf>.

Dalkey N, Helmer O. An experimental application method to the use of experts. *Manage Sci.* 1963;9(3):458-67.

Daltroy LH, Liang MH, Philips CB, Daugherty MB, Hinson M, Jenkins M, McCauley R, Meyer III W, Munster A, Pidcock F, Reilly D, Tunell W, Warden Glenn, Wood D, Tompkins R. American Burn Association / Shriners Hospitals for Children Burn Outcomes Questionnaire: Construction and Psychometric Properties. *J Burn Care Rehabil.* 2000 Jan-Feb;21(1Pt 1):29-39.

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

De Rios D, Novac AN, Achauer BH. Sexual dysfunction and the patient with burns. *J Burn Care Rehabil.* 1997;18:37-42.

DeVivo MJ, Richards JS. Marriage rates among persons with spinal cord injury. *Rehabil Psychol.* 1996 Jan;41(4):321-9.

Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2004 Jan-Abr;19(1):41-52. Disponível em: <http://www.rbcpl.org.br/imageBank/PDF/19-01-04pt.pdf>.

Doctor JN, Patterson DR, Mann R. The 1997 Clinical Research Award. Health outcome for burn survivors. *J Burn Care Rehabil.* 1997 Nov-Dec;18(6):490-5.

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

Dyster-Aas J, Kildal M, Willebrand M. Return to work and health-related quality of life after burn injury. *J Rehabil Med*. 2007 Jan;39(1):49-55.

Echevarria-Guanilo ME, Dantas RAS, Farina Jr JA, Faber AW, Alonso J, Rajmil L, Rossi LA. Reliability and validity of the Brazilian-Portuguese version of the Burns Specific Pain Anxiety Scale (BSPAS). *Int J Nurs Stud*. 2011a Jan;48(1):47-55.

Echevarria-Guanilo ME, Dantas RAS, Farina Jr JA, Faber AW, Alonso J, Rajmil L, Rossi LA. Reliability and validity of the Impact of Event Scale (IES): version for Brazilian burn victims. *J Clin Nurs*. 2011b Jun;20(11-12):1588-97.

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

Esselman PC, ThombsBD, Maguar-Russel G, Fauerbach JA. Burn rehabilitation: State of the science. *Am J Phys Med Rehabil*. 2006;85:383-413.

Fauerbach JA, Lawrence JW, Schmidt CW JR, Munster AM, Costa PT JR. Personality predictors of injury-related posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2000 Aug;188(8):510-7.

Ferreira E, Dantas RAS, 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;40:328-36.

Finlay V, Hendrie D, Allison GT, Phillips M, Wood FM, Edgar DW. Evaluation of a streamlined model of care for minor burn patients. *J Burn Care Res*. 2014 Jul-Aug;35(4):342-8.

Fogel CI. Human sexuality and healthcare: sexual health promotion. Philadelphia: WB Saunders.1990:1-18.

Freitas NO, Caltram MP, Dantas RAS, Rossi LA. Tradução e adaptação transcultural do Perceived Stigmatization Questionnaire para vítimas de queimaduras no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 Feb;48(1):25-33.

Furtado F, Hochman B, Ferrara SF, Dini GM, Nunes JM, Juliano Y, Ferreira LM. What factors affect the quality of life of patients with keloids? *Rev Assoc Med Bras*. 2009 Nov-Dec;55(6):700-4.

Galton, Pearson and the Peas. A brief history of linear regression for statistics instructions. *Journal of Statistics Education*. 2001;9(3).
<http://www.amstat.org/publications/jse/v9n3/stanton.html>

- Gandek B, Ware JE Jr. Methods for validating and norming translations of health status questionnaires: the IQOLA Project approach. International Quality of Life Assessment. *J Clin Epidemiol*. 1998 Nov;51(11):953-9.
- Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clin*. 1998;5(5):245-50.
- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-Cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-32.
- Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol*. 1995;24(2):61-3.
- Hagedoorn M, Molleman E. Facial disfigurement in patients with head and neck cancer: the role of social self-efficacy. *Health Psychol*. 2006 Sep;25(5):643-7.
- Kildal M, Anderson 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.
- Kimmo T, Jyrki V, Sirpa AS. Health Status after recovery from burn injury. *Burns*. 1998 Jun;24(4):293-8.
- Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectr*. 2008 Apr;13(4):316-22.

Kowalske KJ, Greenhalgh DG, Ward SR. Hand Burns. *J Burn Care Rehabil.* 2007;28(4);609-10.

Kowalske KJ. Outcome assessment after hand burns. *Hand Clin.* 2009;25:557-61.

Kvannli L, Finlay V, Edgar DW, Wu A, Wood FM. Using the Burn Specific Health Scale-Brief as a measure of quality of life after a burn- What score should clinicians expect? *Burns.* 2011;37:54-60.

Lawrence JW, Heinberg LJ, Roca R, Munster A, Spence R, Fauerbach JA. Development and Validation of the Satisfaction with Appearance Scale: Assessing Body Image among Burn-Injured Patients. *Psychol Assess.* 1998;10(1):64-70. Disponível em:
<http://www.psychwiki.com/dms/other/labgroup/MeasuresWeek2/Krisztina2/Lawrence1998.pdf>.

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

Lawrence JW, Fauerbach JA, Thombs BD. A test of the moderating role of importance of appearance in the relationship between perceived scar severity and body-esteem among adult burn survivors. *Body Image.* 2006;3:101-11.

Lawrence JW, Mason ST, Schomer K, Klein MB. Epidemiology and impact of scarring after burn injury: a systematic review of the literature. *J Burn Care Res.* 2012 Jan-Feb;33(1):136-46.

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

Ling-Juan Z, Cao Jie, Ping Feng, Juan H, Jian L, Xiao-Ying L, Zhao-Fan. Influencing factors of the quality of life in Chinese burn patients: Investigations with adapted Chinese version of the BSHS-B. *Burns.* 2014 Jun;40(4):731-6.

Ling-Juan Z, Jie C, Jian L, Xiao-Ying L, Ping F, Zhao-Fan X, Jian-Ling H, Juan H, Feng Z, Tao L. Development of quality of life scale in Chinese burn patients: Cross-cultural adaptation process of burn specific health scale-brief. *Burns.* 2012;38(8):1216-23.

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

McQuaid D, Barton J, Campbell EA. Body image issues for children and adolescents with burns. *J Burn Care Rehabil.* 2000 May-Jun;21(3):194-8.

Meirte J, Van Lory NEE, 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.

Meyer WJ, Russell W, Thomas CR, Robert RS, Blakeney P. Sexual attitudes and behavior of young adults who were burned as children. *Burns*. 2011 Mar;37(2):215-21.

Moi AL, Wentzel-Larsen T, Salemark L, Hanestad B. Validation of a Norwegian version of the Burn Specific Health Scale. *Burns*. 2003;29:563-70.

Moin V, Duvdevany I, Mazor D. Sexual Identity, Body Image and Life Satisfaction Among Women With and Without Physical Disability. *Sex Disabil*. 2009;27(2):83-95.

Müller A, Smits D, Jasper S, Berg L, Claes L, Ipaktchi R, Vogt PM, de Zwaan M. Validation of the German version of the Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B). *Burns*. 2015 doi.org/10.1016/j.burns.2015.02.006

Munster AM, Horowitz GL, Tudahl LA. The abbreviated burn-specific health scale. *J Trauma*. 1987 Apr;27(4):425-8.

Newell R, Marks I. Phobic nature of social difficulty in facially disfigured people. *British J Psychiatry*. 2000;176:177-81.

Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire--Brazil Roland-Morris. *Braz J Med Biol Res*. 2001 Feb;34(2):203-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bjmb/v34n2/3922m.pdf>.

Organização Mundial de Saúde (OMS) 2002. Informe mundial sobre a violência e a saúde sexual. Genebra OMS.

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

Pallua N, Künsebeck HW, Noah EM. Psychosocial adjustment 5 years after burn injury. *Burns.* 2003 Mar;29(2):143-52.

Parcias S, Rosario BP, Sakae T, Monte F, Guimarães ACA, Xavier AJ. Validação da versão em português do Inventário de Depressão Maior. *J Bras Psiquiatr.* 2011 Jan;60(3):164-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n3/03.pdf>.

Patterson DR, Everett JJ, Bombardier CH, Questad KA. Psychological effects of severe burn injuries. *Psychological Bulletin.* 1993;113:362-78.

Pereira C, Murphy K, Herndon D. Outcome measures in burn care. Is mortality dead? *Burns.* 2004 Dec;30(8):761-71.

Phillips KA, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2006 Mar-Apr;47(2):77-87.

Piccolo MS, Daher RP, Gragnani A, Ferreira LM. Sexuality after burn in Brazil: survey of burn health-care workers. *Burns.* 2011 Dec;37(8):1411-8.

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

Pishnamazi Z, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Vaismoradi M. Validation of the Persian version of the Burn Specific Health Scale-Brief. *Burns*. 2013;39(1):162-7.

Potokar TS, Prowse S, Whitaker IS, Ali S, Chamania S. A global overview of burns research highlights the need for forming networks with the developing world. *Burns*. 2008 Feb; 34(1): 3-5.

Pruzinsky T, Rice LD, Himel HN, Morgan RF, Edlich RF. Psychometric assessment of psychologic factors influencing adult burn rehabilitation. *J Burn Care Rehabil*. 1992 Jan-Feb;13(1):79-88

Pruzinsky T. Body image adaptation to reconstructive surgery for acquired disfigurement. In: Cash TF, Pruzinsky T. *Body image: A Handbook of Theory, Research and Clinical practice*. 1st ed. New York (US): Guilford Press; 2004.

Renshaw D. Burn patients: emotional and sexual reactions. *Med Aspects Hum Sex*. 1989;23:22-37.

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

Rimmer RB, Rutter CE, Lessard CR, Pressmaqn MS, Jost JC, Bosh J, Foster KN, Caruso DM. Burn Care Professionals' Attitudes and Practices Regarding Discussions of Sexuality and Intimacy With Adult Burn Survivors. *J Burn Care Rehabil.* 2010 Jul-Aug;31(4):579-89.

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

Salvador-Sanz JF, Sanchez-Paya J, Rodrigues-Marim J. Spanish version of the Burn Specific Health Scale. *J Trauma.* 1998 Sep;45(3):581-7.

Satinsky S, Reece M, Dennis B, Sanders S, Bardzell B. An assessment of body appreciation and its relationship to sexual function in women. *Body Image.* 2012;9:137-44.

Sideli L, Prestifilippo A, Di Benedetto B, Farrauto R, Grassia R, Mulé A, Rumeo MV, Di Pasquale A, Conte F, La Barbera D. Quality of life, body image, and psychiatric complications in patients with a burn trauma: Preliminary study of the Italian version of the Burn Specific Health Scale-Brief. *Ann Burns Fire Disasters.* 2010;23(4):171-21.

Sideli L, Di Pasquale A, Prestifilippo A, Benigno A, Bartolotta A, Cirrincione CR, La Barbera D. Validation of the Italian version of the Burn Specific Health Scale-Brief. *Burns.* 2014;40(5):995-1000.

Son HG, Seo CH, Kim JH, Jang KU, Noh SY. Reliability and validity of a Korean Version of the Burn Specific Health Scale - Brief (BSHS-B-K). *J Korean Burn Soc.* 2005;8:127-36.

Sorensen RC. Adolescent sexuality in contemporary America: personal values and sexual behavior, ages, thirteen to nineteen. New York: World Publishing; 1973.

Szczechowicz J, Lewandowski J, Sikorski J. Polish adaptation of Burn Specific Health Scale – Brief. *Burns.* 2014 Aug;40(5):1013-8.

Stampolisdis N, Castana O, Nikiteas N, Vlasis K, Koupidis AS, Grammaticopoulus IA, Mantzari E, Pallantzas A, Kourakos P, Papadopoulos O. Quality of life in burn patients in Grece. *Ann Burns Fire Disasters.* 2012;25(4):192-95.

Stavrou D, Haik J, Wisner I, Winkler E, Liran A, Holloway S, Boyd J, Zilinsky I, Weissman O. Validation of the Hebrew version of the Burn Specific Health Scale - Brief questionnaire. *Burns.* 2015 Feb;41(1):188-95.

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

Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: A practical guide to their development and use. Oxford 3^o ed. 1995.

Student. The Probable Error of a Mean. *Biometrika.* 1908Mar;6(1);1-25.

Tiggemann M, Linch JE. Body image across the life span in adult women: The role of self-objection. *Dev Psychol*. 2001Mar;37(2):243-53.

Thombs BD, Haines JM, Bresnick MG, Magyar-Russell G, Fauerbah JA, Spence RJ. Depression in burn reconstruction patients: symptom prevalence and association with body image dissatisfaction and physical function. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007 Jan-feb;29(1):14-20.

Thombs BD, Notes LD, Lawrence JW, Magyar-Russell G, Bresnick MG, Fauerbach JA. From survival to socialization: a longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. *J Psychosom Res*. 2008 Feb;64(2):205-12.

Thomson A, Kent G. Adjusting to disfigurement: Process involved in dealing with being visibly different. *Clin Psychol Rev*. 2001Jul; 21(5):663-82.

Tudahl LA, Blades BC, Munster AM. Sexual satisfaction in burn patients. *J Burn Care Rehabil*. 1987 Jul-Aug;8(4):292-3.

Van Loey NEE, Faber AW, Taal LA. Do burn patients need burn specific multidisciplinary outpatient aftercare: research results. *Burns*. 2001Mar;27(2):103-10.

Van Loey NEE, Van Son MJ. Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003;4(4):245-72.

Van Loey NE, Van de Schoot R, Gerdin B, Faber AW, Sjöberg F, Willebrand M. The Burn Specific Health Scale-Brief: measurement invariant across European countries. *J Trauma Acute Care Surg.* 2013 May;74(5):1321-6.

Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in nursing and health research.* Springer 4^a ed. 2010.

Ware JEJ, Sherbourne CD. The MOS 36 item short-form health survey (SF-36). *Medical Care.* 1992; 30(6):473-83.

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

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

Whitehead TL. Sexual health promotion of the patient with burns. *J Burn Care Rehabil.* 1993 Mar-Apr;14(2 Pt 1):221-6.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998 Jun;46(12):1569-85.

Wilcoxon F. Individual comparisons by ranking methods. *Biometrics Bulletin*. 1945;1:80-3.

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

Wilkehult B, Willebrand M, Kildal M, Lannerstam K, Fugl-Meyer AR, Ekselius L, Gerdin B. Use of health a long time after severe burn injury; relation to perceived health and personality characteristics. *Disabil Rehabil*. 2005 Aug 5;27(15):863-70.

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.

Williams N, Stiller K, Greenwood J, Calvert P, Masters M, Kavanagh S. Physical and quality of life outcomes of patients with isolated hand burn - A prospective audit. *J Burn Care Res*. 2012 Mar-Apr;33(2):188-98.

Yim SY, Lee IY, Yoon SH, Song MS, Rah EW, Mood HW. Quality of marital life in Korean spinal cord injured patients. *Spinal Cord*. 1998 Dec;36(12):826-31.

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.

NORMAS ADOTADAS

NORMAS ADOTADAS

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

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

ABSTRACT

ABSTRACT

Introduction: Progressive increases in burn trauma survival rates have shifted attention to patient rehabilitation and post trauma quality of life. The assessment of quality of life is strongly dependent on reliable instruments for its measurement. A literature review has revealed that the Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B) is the instrument most commonly used worldwide. **Objectives:** We set out to translate the BSHS-B into the Portuguese language, adapting it culturally to the Brazilian population, and testing its psychometric properties. **Methods:** The questionnaire was translated into Portuguese, culturally adapted and tested for reproducibility, face, content and construct validity. The translated version was tested on 92 burn injury patients. **Results:** Internal consistency was tested by means of Cronbach's alpha (0,85). Pearson correlation coefficients were significant at three time points of the reliability analysis. Construct validity was performed correlating the BSHS-B questionnaire with the Burn Specific Health Scale-Revised (BSHS-R), BurnSexQ-EPM/UNIFESP, and with the Rosenberg Self-Esteem Scale and Beck's Depression Inventory. A significant correlation was observed between BSHS-B domains and BSHS-R, Rosenberg and Beck domains. A significant correlation was also observed between BSHS-B and the BurnSexQ-EPM/UNIFESP social comfort and body image domains. **Conclusion:** BSHS-B questionnaire was translated into Portuguese; it is a reliable tool, also in this language, showing face, content and construct validity. The instrument has been named BSHS-B-Br.

Keywords: Burns; Quality of Life; Sexuality; Hand; Questionnaires; Translating

APÊNDICES

APÊNDICE 1.**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP Nº 146.097/2012**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: BURN SPECIFIC HEALTH SCALE-BRIEF: TRADUÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO.

Pesquisador: ALFREDO GRAGNANI FILHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07862912.2.0000.5505

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

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 146.097

Data da Relatoria: 14/11/2012

Apresentação do Projeto:

Conforme parecer CEP 142.873 de 9/11/2012

Objetivo da Pesquisa:

Conforme parecer CEP 142.873 de 9/11/2012

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme parecer CEP 142.873 de 9/11/2012

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme parecer CEP 142.873 de 9/11/2012

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme parecer CEP 142.873 de 9/11/2012

Recomendações:

não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram apresentados os TCLEs revisados conforme solicitado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

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

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Não

Considerações Finais a critério do CEP:

As pendências foram atendidas, o colegiado acatou o parecer do relator. Projeto aprovado.

SAO PAULO, 14 de Novembro de 2012

Assinador por:
José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

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

APÊNDICE 2.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Título do projeto: BURN SPECIFIC HEALTH SCALE (BSHS-B): TRADUÇÃO PARA ALÍNGUA PORTUGUESA, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO.
2. Desenho do estudo e objetivo(s): Essas informações estão sendo fornecidas para você e/ou para seu representante legal (caso necessário) para participação voluntária neste estudo, que visa avaliar os sentimentos e respostas dos queimados, seus familiares, cônjuges/parceiros/ caros-metades/esposa/marido e do profissional que cuida destas lesões. Esta informação será utilizada para obtenção de dados, aumentar o conhecimento sobre a repercussão ou consequências na vida do paciente que sofreu a queimadura, criar ferramentas/ questionários/maneiras objetivas destinadas a auxiliar as pessoas envolvidas na recuperação de indivíduos que sofreram queimaduras, a iniciar uma discussão aberta sobre o tema com seus parceiros quanto à qualidade de vida, autoestima, depressão, em especial à sexualidade e a vida íntima dos sobreviventes de queimaduras e de seus parceiros atuais e futuros, fixos ou temporários. Basicamente, esta comunicação resultará em uma vida mais gratificante tanto para aqueles que sofreram queimaduras, como para seus parceiros. Os sobreviventes de queimaduras estão preenchendo uma pesquisa semelhante, bem como aqueles envolvidos em relacionamentos íntimos com esses sobreviventes. As respostas de todos os grupos serão comparadas e analisadas e espera-se que esta análise produza soluções práticas e realistas aos ajustes relacionados à qualidade de vida destes sobreviventes de queimaduras.
3. Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros; Os pacientes sobreviventes de queimaduras e que realizam seguimento ambulatorial após a alta hospitalar, após um ano do acidente, serão convidados a responder questionários sobre qualidade de vida, autoestima, depressão e em especial sobre a sexualidade. Os parceiros dos pacientes também serão convidados a responder os mesmos questionários. O propósito é a obtenção de dados sobre a qualidade de vida e da sexualidade dos pacientes e seus parceiros para com esses dados, validar um questionário sobre qualidade de vida que aborda a função sexual e função da mão, ambas importantíssimas para a realização pessoal, para que no tratamento dos pacientes queimados a equipe multidisciplinar possa atender de forma adequada todos os parâmetros envolvidos na recuperação e reabilitação dos pacientes para que

Continuação folha 2-4 (...)

- os mesmos possam ser reintegrados à sociedade de forma ampla e adequada, podendo ser capaz de produzir toda sua potencialidade que exercia antes do acidente.
4. Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados; Os pacientes sobreviventes de queimaduras e que realizam seguimento ambulatorial após a alta hospitalar, após um ano do acidente, serão convidados a responder questionários sobre qualidade de vida, sobre sexualidade, autoestima e depressão
 5. Descrição dos desconfortos e riscos esperados: não existem desconfortos e riscos envolvidos, o anonimato de todos os participantes será mantido e somente serão convidados a responder questionários.
 6. Benefícios para o participante: Não há benefício direto para o participante deste projeto. Trata-se de estudo epidemiológico descritivo seccional.
 7. Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar: não existem procedimentos alternativos, pois a participação não altera o atendimento ambulatorial do paciente, nem muda a terapia a que o paciente estiver realizando, somente responderá a questionários.
 8. 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 Dra. Monica Piccolo, que pode ser encontrado no endereço: Rua Napoleão de Barros, 737 – 14º andar – Vila Clementino – São Paulo, Telefone(s): 5576.4761 ou 60. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br
 9. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;
 10. Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;
 11. Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando

Continua folha 3-4 (...)

Continuação folha 3-4 (...)

em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

12. Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
13. Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.
14. Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “BURN SPECIFIC HEALTH SCALE-BRIEF (BSHS-B): TRADUÇÃO PARA LÍNGUA PORTUGUESA, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO”.

Eu discuti com a Dra. Monica Piccolo sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

DATA ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO PACIENTE OU REPRESENTANTE LEGAL

Continua folha 4-4 (...)

Continuação folha 4-4 (...)

Para casos de voluntários menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

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

DATA ____/____/____

ASSINATURA DA TESTEMUNHA

DATA ____/____/____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO ESTUDO
MÔNICA SARTO PICCOLO - CIRURGIÃ PLÁSTICA - CRM 3364/GO

APÊNDICE 3. FICHA DE DADOS DEMOGRÁFICOS

Ficha de Dados Demográficos

Nome: _____(Opcional)

Idade: _____ Raça: _____ Natural: _____

Sexo: () M () F () Orientação Sexual: _____

Estado civil: _____ Filhos: () S () N Quantos: _____

Grau de Instrução: _____

Religião: _____

Profissão: _____

Unidade/Centro de Tratamento de Queimaduras

(UTQ/CTQ) _____

Trabalho: _____

Local de trabalho: _____

Paciente: _____

Período de internação: _____

Cirurgias: () não () Desbridamento () Enxertia () Sequelas

Seguimento Ambulatorial: () S () N Tempo: _____

Alta: _____ Observações: _____

**APÊNDICE 4. TRADUÇÃO DO QUESTIONÁRIO *BURN SPECIFIC HEALTH SCALE-BRIEF* (BSHS-B) PARA A LÍNGUA PORTUGUESA
TRADUTOR A**

TRADUTOR - A

Tradução do questionário *Burn Specific Health Scale-Brief* (BSHS-B)

Burn specific health scale - brief

Escala breve de Saúde em queimados

Escala breve de Saúde para sobreviventes de queimaduras

Escala breve de Saúde em queimaduras

Formatação de respostas:

- 0 - Extremamente
- 1 - Muito
- 2 - Moderadamente
- 3 - Pouco
- 4 - Nada

Quanta dificuldade você tem:

- 1 - Para se banhar sozinho?
- 2 - Para se vestir sozinho?
- 3 - Se sentando ou se levantando de uma cadeira?
- 4 - Para assinar seu nome?
- 5 - Para comer com garfo e faca?
- 6 - Para dar laços, amarrar sapatos?
- 7 - Para pegar uma moeda de uma superfície lisa?
- 8 - Para abrir uma maçaneta?
- 9 - No seu antigo trabalho, fazendo as tarefas de antes da queimadura?
A que ponto as afirmações abaixo te descrevem?
- 10 - Tenho sentimentos de solidão
- 11 - Frequentemente me sinto triste, para baixo
- 12 - As vezes acho que tive um problema emocional
- 13 - Não me interessa em fazer coisas com meus amigos
- 14 - Não gosto de visitar outras pessoas
- 15 - Não tenho com quem conversar sobre meus problemas
- 16 - Me sinto preso, como em um armadilha
- 17 - Meus ferimentos me distanciaram da minha família

Continua folha 1-2 (...)

Continuação folha 2-2 (...)

- 18 - Eu prefiro ficar sozinho que com minha família
- 19 - Não gosto da maneira que minha família age perto de mim
- 20 - Minha família estaria melhor sem mim
- 21 - Me sinto frustrado por que não me excito sexualmente tanto quanto antes
- 22 - Simplesmente não mais me interesse por sexo
- 23 - Eu não mais abraço, aperto ou beijo
- 24 - As vezes eu gostaria de esquecer que minha aparência mudou
- 25 - Sinto que minha queimadura não é atraente para os outros
- 26 - Minha aparência geral me incomoda
- 27 - A aparência de minhas cicatrizes me incomoda
- 28 - Sair ao sol me incomoda
- 29 - O calor me incomoda
- 30 - Não consigo sair e fazer coisas no calor
- 31 - Me incomoda que não posso sair ao sol
- 32 - Minha pele é mais sensível que antes
- 33 - Tomar conta da minha pele me chateia
- 34 - Existem coisas que me falaram pra fazer para a queimadura que não gosto de fazer
- 35 - Queria não ter que fazer tanta coisa para minha queimadura
- 36 - É difícil fazer tudo que me mandaram pra tomar conta da minha queimadura
- 37 - Tomar conta da minha queimadura dificulta fazer outras coisas que são importantes para mim
- 38 - Minha queimadura interfere em meu trabalho
- 39 - Ter me queimado afetou minha habilidade de trabalhar
- 40 - Minha queimadura causou problemas com minha capacidade de trabalhar

APÊNDICE 5. TRADUÇÃO DO QUESTIONÁRIO BURN SPECIFIC HEALTH SCALE-BRIEF (BSHS-B) PARA A LÍNGUA PORTUGUESA TRADUTOR B

TRADUTOR - B

Tradução do questionário *Burn Specific Health Scale-Brief* (BSHS-B)

Burn Specific Health Scale – Brief Version

Formas de resposta:

- (0): Extremamente
- (1): Bastante
- (2): Moderadamente
- (3): Um pouco
- (4): Nenhuma

Quanta dificuldade você tem para:

- 1 - Tomar banho sem ajuda?
- 2 - Vestir-se sem ajuda?
- 3 - Sentar-se e levantar-se de uma cadeira?
- 4 - Assinar seu nome?
- 5 - Comer com talheres?
- 6 - Amarrar cadarços, laços, etc.?
- 7 - Pegar moedas de uma superfície plana?
- 8 - Destrançar uma porta?
- 9 - Trabalhar em seu emprego antigo, cumprindo suas antigas obrigações?

Até que ponto as afirmativas a seguir descrevem você?

- 10 - Sou atormentado(a) por sentimentos de solidão.
- 11 - Frequentemente me sinto triste ou chateado(a).
- 12 - Às vezes acho que tenho um problema emocional.
- 13 - Não me interessa em fazer programas com meus amigos.
- 14 - Não gosto de visitar pessoas.
- 15 - Não tenho ninguém para conversar sobre meus problemas.
- 16 - Sinto-me aprisionado(a).
- 17 - Minha lesão me afastou ainda mais da minha família.
- 18 - Prefiro ficar sozinho(a) a ficar com a minha família.
- 19 - Não gosto da forma que minha família age ao meu redor.
- 20 - Minha família ficaria melhor sem mim.
- 21 - Sinto-me frustrado(a), pois não me sinto excitado(a) sexualmente da forma

Continua folha 1-2 (...)

Continuação folha 2-2 (...)

que me sentia antes.

22 - Simplesmente não me interessa mais por sexo.

23 - Eu já não abraço, seguro nem beijo.

24 - Às vezes gostaria de esquecer que minha aparência mudou.

25 - Sinto que meu queimado não é atraente para os outros.

26 - Minha aparência realmente me incomoda.

27 - A aparência das minhas cicatrizes me incomoda.

28 - Expor-me ao sol me incomoda.

29 - Clima quente me incomoda.

30 - Não posso sair e fazer atividades quando o clima está quente.

31 - Me incomoda não poder me expor ao sol.

32 - Minha pele é mais sensível do que era antes.

33 - Cuidar da minha pele é um incômodo.

34 - Existem coisas que me orientaram fazer para a minha queimadura que eu não gosto de fazer.

35 - Eu gostaria de não ter que fazer tantas coisas para cuidar da minha queimadura.

36 - Tenho dificuldades em fazer tudo que me orientaram para cuidar da minha queimadura.

37 - Cuidar da minha queimadura dificulta fazer outras coisas que são importantes para mim.

38 - Minha queimadura interfere com o meu trabalho.

39 - Ser queimado(a) afeta minha habilidade de trabalhar.

40 - Minha queimadura causou problemas com o meu trabalho.

APÊNDICE 6. VERSÃO CONSENSO

Versão Consenso:

Burn Specific Health Scale – Brief Version

Formas de resposta:

- (0): Extremamente
- (1): Bastante
- (2): Moderadamente
- (3): Um pouco
- (4): Nenhuma

Quanta dificuldade você tem para:

- 1 - Tomar banho sem ajuda?
- 2 - Vestir-se sem ajuda?
- 3 - Sentar-se e levantar-se de uma cadeira?
- 4 - Assinar seu nome?
- 5 - Comer com talheres?
- 6 - Amarrar cadarços, laços, etc.?
- 7 - Pegar moedas de uma superfície plana?
- 8 - Destrancar uma porta?
- 9 - Trabalhar em seu emprego antigo, cumprindo suas antigas obrigações?

Até que ponto as afirmativas a seguir descrevem você

- 10 - Eu sou atormentado(a) por sentimentos de solidão.
- 11 - Eu frequentemente me sinto triste ou chateado(a).
- 12 - Às vezes eu acho que tenho um problema emocional.
- 13 - Eu não me interessou em fazer programas com meus amigos.
- 14 - Eu não gosto de visitar pessoas.
- 15 - Eu não tenho ninguém para conversar sobre meus problemas.
- 16 - Eu me sinto aprisionado(a).
- 17 - Minha lesão me afastou ainda mais da minha família.
- 18 - Eu prefiro ficar sozinho(a) do que ficar com a minha família.
- 19 - Eu não gosto da forma que minha família age ao meu redor.
- 20 - Minha família ficaria melhor sem mim.
- 21 - Eu me sinto frustrado(a) por que não me sinto excitado(a) sexualmente da

Continua folha 1-2 (...)

Continuação folha 2-2 (...)

- forma que me sentia antes.
- 22 - Eu simplesmente não me interessava mais por sexo.
 - 23 - Eu já não abraço, agarro ou beijo.
 - 24 - Às vezes, eu gostaria de esquecer que minha aparência mudou.
 - 25 - Eu sinto que minha cicatriz não é atraente para os outros.
 - 26 - Minha aparência em geral incomoda.
 - 27 - A aparência das minhas cicatrizes me incomoda.
 - 28 - Expor-me ao sol me incomoda.
 - 29 - Clima quente me incomoda.
 - 30 - Eu não posso sair e fazer atividades quando o clima está quente.
 - 31 - Me incomoda não poder me expor ao sol.
 - 32 - Minha pele é mais sensível do que era antes.
 - 33 - Cuidar da minha pele é um incômodo.
 - 34 - Existem coisas que me orientaram a fazer para a minha queimadura que eu não gosto de fazer.
 - 35 - Eu gostaria de não ter que fazer tantas coisas para cuidar da minha queimadura.
 - 36 - Tenho dificuldades em fazer tudo que me orientaram a fazer para cuidar da minha queimadura.
 - 37 - Cuidar da minha queimadura dificulta fazer outras coisas que são importantes para mim.
 - 38 - Minha queimadura interfere com o meu trabalho.
 - 39 - Ser queimado(a) afeta minha habilidade de trabalhar.
 - 40 - Minha queimadura causou problemas com o meu trabalho.

APÊNDICE 7. RETROTRADUÇÃO TRADUTOR C

TRADUTOR - C

Ways of answering:

- (0): Extremely
- (1): Very
- (2): Moderately
- (3): A little
- (4): None

How difficult is it for you to:

- 1 - Have a bath alone?
- 2 - Get dressed without help?
- 3 - Sit down and get up out of a chair?
- 4 - Sign your name?
- 5 - Use cutlery when eating?
- 6 - Tie shoelaces, ribbons, etc.?
- 7 - Pick up coins from a flat surface?
- 8 - Unlock a door?
- 9 - Work in your former job, fulfilling your former duties?

To what extent do the following affirmations describe you?

- 10 - I'm tormented by feelings of loneliness.
- 11 - I'm frequently sad or bored.
- 12 - Sometimes I think I have emotional problems.
- 13 - I'm not interested in going out with my friends.
- 14 - I don't like visiting people.
- 15 - There's nobody I can talk to about my problems.
- 16 - I feel confined.
- 17 - My scars have distanced me even further from my family.
- 18 - I prefer to be alone than to be with my family.
- 19 - I don't like the way my family behaves towards me.
- 20 - My family would be better off without me.
- 21 - I'm frustrated because I don't get sexually aroused like I used to.
- 22 - I'm just no longer interested in sex.

Continuação folha 2-2 (...)

- 23 - I no longer hug, cuddle or kiss.
- 24 - At times I would like to forget that my appearance has changed.
- 25 - I feel my scar is repugnant to others.
- 26 - My appearance generally bothers people.
- 27 - The sight of my scars bothers me.
- 28 - Sunbathing bothers me.
- 29 - Hot weather bothers me
- 30 - I can't do any outdoor activities when it's hot.
- 31 - It bothers me not to be able to sunbathe.
- 32 - My skin is now more sensitive than it was before.
- 33 - It's a nuisance to look after my skin.
- 34 - I don't like doing some of the things that I have been told to do for my burns.
- 35 - I'd love not to have to do so many things to take care of my burns.
- 36 - It is difficult to do all I've been told to do to look after my burns.
- 37 - Looking after my burns makes it difficult for me to do other things I consider important.
- 38 - My burns interfere with my work.
- 39 - Being burnt affects my ability to work.
- 40 - My burns have caused problems for my work.

APÊNDICE 8. RETROTRADUÇÃO TRADUTOR D

Tradutor-D

Consensual Version: Burn Specific Health Scale – Brief Version

Methods of Answer

- (0): Extremely
- (1): A lot
- (2): Moderately
- (3): A little
- (4): None

How difficult is it for you to:

- 1 - Take a bath all by yourself?
- 2 - Get dressed all by yourself?
- 3 - Sit and rise from a chair?
- 4 - Sign your name?
- 5 - Eat using silverware?
- 6 - Tie your shoelaces, tie laces, etc?
- 7 - Pick up coins from a smooth surface?
- 8 - Unlock a door?
- 9 - Work at your previous job, performing your previous duties?

Which of the following statements describe you?

- 10 - I am afflicted by feelings of loneliness.
- 11 - I often feel sad and upset.
- 12 - I sometimes think I have an emotional problem.
- 13 - I am not keen on going out with my friends.
- 14 - I do not like to visit people.
- 15 - I have nobody whom I can tell my problems.
- 16 - I feel constricted.
- 17 - My injury further alienated me from my family.
- 18 - I'd rather be alone than with my family.
- 19 - I do not like the way my family act around me.
- 20 - My family would do better without me.
- 21 - I feel frustrated because I do not feel sexually excited the way I did before.
- 22 - I am simply no longer interested in sex.
- 23 - I no longer hug, kiss or have intimate contact.
- 24 - I sometimes would like to forget that my looks have changed.

Continua folha 1-2 (...)

Continuação folha 2-2 (...)

- 25 - I feel that my scar is not attractive to others.
- 26 - My overall appearance bothers me.
- 27 - The appearance of my scars bothers me.
- 28 - Sun exposure bothers me.
- 29 - Hot weather bothers me.
- 30 - I can not do outside activities when the weather is hot.
- 31 - It bothers me not being able to expose myself to the sun.
- 32 - My skin is more sensitive than it was before.
- 33 - Taking care of my skin is a nuisance.
- 34 - There are things I was asked to do to my burns that I do not like to.
- 35 - I would like not to have to do so many things to care for my burns.
- 36 - It is difficult for me to do everything I was asked to do to take care of my burns.
- 37 - Taking care of my burns makes it difficult for me to do other things that are important to me.
- 38 - My burn interferes in my job.
- 39 - Being burnt affects my ability to work.
- 40 - My burns caused problems to my job .

APÊNDICE 9. VERSÃO CONSENSO INICIAL - *BURN SPECIFIC HEALTH SCALE - BRIEF*

Versão consenso Inicial

Burn Specific Health Scale – Brief

Formas de resposta:

- (0): Extremamente
- (1): Bastante
- (2): Moderadamente
- (3): Um pouco
- (4): Nenhuma

Quanta dificuldade você tem para:

1. Tomar banho sem ajuda?
2. Vestir-se sem ajuda?
3. Sentar-se e levantar-se de uma cadeira?
4. Assinar seu nome?
5. Comer com talheres?
6. Amarrar cadarços, laços, etc.?
7. Pegar moedas de uma superfície plana?
8. Destrancar uma porta?
9. Trabalhar em seu emprego antigo, cumprindo suas antigas obrigações?

Até que ponto as afirmativas a seguir descrevem você

- 10 - Eu sou atormentado(a) por sentimentos de solidão.
- 11 - Eu frequentemente me sinto triste ou chateado(a).
- 12 - As vezes eu acho que tenho um problema emocional.
- 13 - Eu não me interesso em fazer programas com meus amigos.
- 14 - Eu não gosto de visitar pessoas.
- 15 - Eu não tenho ninguém para conversar sobre meus problemas.
- 16 - Eu me sinto aprisionado(a).
- 17 - Minha lesão me afastou ainda mais da minha família.
- 18 - Eu prefiro ficar sozinho(a) do que ficar com a minha família.
- 19 - Eu não gosto da forma que minha família age ao meu redor.
- 20 - Minha família ficaria melhor sem mim.
- 21 - Eu me sinto frustrado(a) por que não me sinto excitado(a) sexualmente da

Continuação folha 2-2 (...)

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

APÊNDICE 10. VERSÃO CONSENSO FINAL *BURN SPECIFIC HEALTH SCALE – BRIEF-BR*

Responda se você tem alguma dificuldade 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 interessava 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

ANEXOS

ANEXO 1. AUTORIZAÇÃO DO PROF. DR. BENGT GERDIN
BURN SPECIFIC HEALTH SCALE-BRIEF (BSHS-B)

Dear Dr Piccolo,

Of course you are free to translate, validate and use the BSHS-B. You might have great help already as the older version of the scale, the BSHS-R is already adapted to portugese. See enclosed pdf from Ferreira et al. The additive work for BSHS-B is presumably limited.

Best regards and good luck

Bengt Gerdin, MD, PhD,
Professor/senior consultant
Burn Center
Uppsala university Hospital

(See attached file: Ferreira.pdf)

Från: Monica Piccolo <monica_piccolo@hotmail.com>

Till: <bengt.gerdin@plastik.uu.se>

Datum: 2012-01-30 13:36

Ärende: Brief Version of the Burn Specific Health Scale

ANEXO 2. BURN SPECIFIC HEALTH SCALE-BRIEF (BSHS-B)

Response format: extreme(ly) (0), quite a bit (1), moderate(ly) (2), a little bit (3), None (not at all) (4)

How much difficult do you have?

- 1 - bathing independently?
- 2 - dressing by yourself?
- 3 - getting in and out of a chair?
- 4 - signing your name?
- 5 - eating with utensils?
- 6 - tying shoelaces, bows, etc.?
- 7 - picking up coins from a flat surface?
- 8 - unlocking a door?
- 9 - working in your old job performing your old duties?

To what extend does each of the following statements describe you?

- 10 - I am troubled by feelings of loneliness.
- 11 - I often feel sad or blue.
- 12 - At times, I think I have had an emotional problem.
- 13 - I am not interested in doing things with my friends.
- 14 - I don't enjoy visiting people.
- 15 - I have no one to talk to about my problems.
- 16 - I have feelings of being trapped or caught.
- 17 - My injury has put me further away from my family.
- 18 - I would rather be alone than with my family.
- 19 - I don't like the way my family acts around me.
- 20 - My family would be better off without me.
- 21 - I feel frustrated because I cannot be sexually aroused as well as I used to.
- 22 - I am simply not interested in sex any more.
- 23 - I no longer hug, hold or kiss.
- 24 - Sometimes, I would like to forget that my appearance has changed.
- 25 - I feel that my burn is unattractive to others.
- 26 - My general appearance really bothers me.
- 27 - The appearance of my scars bothers me.
- 28 - Being out in the sun bothers me.

Continuação folha 2-2 (...)

- 29 - Hot weather bothers me.
- 30 - I can't get out and do things in hot weather.
- 31 - It bothers me that I can't get out in the sun.
- 32 - My skin is more sensitive than before.
- 33 - Taking care of my skin is a bother.
- 34 - There are things that I've been told to do for my burn that I dislike doing.
- 35 - I wish that I didn't have to do so many things to take care of my burn.
- 36 - I have a hard time doing all the things I've been told to take care of my burn.
- 37 - Taking care of my burn makes it hard to do other things that are important to me.
- 38 - My burn interferes with my work.
- 39 - Being burned has affected my ability to work.
- 40 - My burn has caused problems with my working.

ANEXO 3. MINI-MENTAL

MINI-MENTAL

Orientação

Dia da Semana (1 ponto) ()

Dia do Mês (1 ponto) ()

Mês (1 ponto) ()

Ano (1 ponto) ()

Hora aproximada (1 ponto) ()

Local específico (andar 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 três 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 (93,86,79,72,65)
(1 ponto para cada cálculo correto) ()

Evocação

Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente
(1 ponto por palavra) ()

(...) Continuação folha 2-2

MINI-MENTAL

Linguagem

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

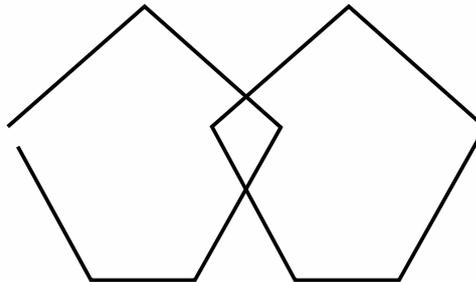
Escore: (/ 30)

Paciente: _____ Idade: _____

Data de Avaliação: _____

ESCREVA UMA FRASE _____

COPIE O DESENHO



ANEXO 4. BURN SPECIFIC HEALTH SCALE - REVISED (BSHS-R)

Agora, quanta dificuldade você tem em	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Mais/menos dificuldade	Muita dificuldade	Dificuldade exagerada
1. Amarrar sapatos, fazer laços, etc.	1	2	3	4	5
2. Sentar-se e levantar-se de cadeiras.	1	2	3	4	5
3. Voltar ao trabalho fazendo suas tarefas como antes.	1	2	3	4	5
4. Tomar banho sem ajuda.	1	2	3	4	5
5. Vestir-se sem ajuda.	1	2	3	4	5
6. Minha pele está mais sensível agora do que antes.	1	2	3	4	5
7. Eu sinto que minha queimadura incomoda outra pessoa.	1	2	3	4	5
8. Às vezes, eu penso que tenho um problema emocional (tristeza, depressão, etc.)	1	2	3	4	5
9. Minha queimadura tem causado problemas para eu fazer minhas tarefas no meu trabalho e em casa.	1	2	3	4	5
10. Eu fico chateado com o sentimento de solidão.	1	2	3	4	5
11. Eu tenho dificuldade de cuidar de minha queimadura como me foi orientado.	1	2	2	4	5
12. Às vezes eu gostaria de esquecer que minha aparência mudou.	1	2	3	4	5
13. A queimadura afetou minha capacidade de trabalhar.	1	2	3	4	5
14. Eu não tenho vontade de estar junto dos meus amigos.	1	2	3	4	5
15. Minha queimadura interfere nas minhas tarefas do trabalho em casa.	1	2	3	4	5
16. Ficar no sol me incomoda.	1	2	3	4	5

Agora, quanta dificuldade você tem em	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Mais/menos dificuldade	Muita dificuldade	Dificuldade exagerada
17. A aparência das minhas cicatrizes me incomoda.	1	2	3	4	5
18. Eu não posso sair para fazer atividade quando está calor.	1	2	3	4	5
19. Minha aparência me incomoda muito.	1	2	3	4	5
20. É um incômodo cuidar da minha queimadura.	1	2	3	4	5
21. Existem coisas que me disseram para fazer em minhas queimaduras que eu não gosto.	1	2	3	4	5
22. Eu prefiro ficar sozinho do que com minha família.	1	2	3	4	5
23. Cuidar da minha queimadura dificulta fazer outras coisas que são importantes para mim.	1	2	3	4	5
24. Eu não gosto da maneira como a minha família age quando estou por perto.	1	2	3	4	5
25. O calor me incomoda.	1	2	3	4	5
26. Eu me sinto triste e deprimido com frequência.	1	2	3	4	5
27. Eu me sinto preso, sem saída.	1	2	3	4	5
28. Eu não sinto vontade de visitar outras pessoas.	1	2	3	4	5
29. Fico incomodado por não poder ficar exposto ao sol.	1	2	3	4	5
30. Eu não tenho ninguém para conversar sobre os meus problemas.	1	2	3	4	5
31. Eu gostaria de não ter que fazer tantas coisas para cuidar da minha queimadura.	1	2	3	4	5

ANEXO 5. BURNSEXQ-EPM/UNIFESP

As suas respostas para este questionário são confidenciais. O estudo não usará seu nome. Não será possível a sua identificação. Você não tem que responder todas as questões. Por favor responda o maior número de questões possíveis.

A SEXUALIDADE DO QUEIMADO

1 - Idade:

2 - Sexo:

3 - Estado Civil:

4 - Qual o percentual da superfície do seu corpo que foi queimado?

- 1% - 14% 30% - 50%
 15% - 29% mais de 50%

5 - Você tem cicatrizes nas mãos ou pulsos?

- Sim na(s) mão(s) Sim, no(s) pulso(s)
 Não na(s) mão(s) Não no(s) pulso(s)

6 - Você tem cicatrizes no seu rosto?

- Sim Não

7 - Você tem um relacionamento sexual?

- Sim Não

Em caso afirmativo, há quanto tempo você esta com esta pessoa? _____

Você tinha um relacionamento sexual antes de sofrer queimadura?

- Sim Não

8 - Pense no que fazia antes de ter sido queimado. Compare com você agora.

Quantas vezes você usa roupas e/ou maquiagem para cobrir as áreas queimadas?

- Muito mais agora Pouco menos agora
 Pouco mais agora Muito menos agora
 Nenhuma diferença

(...) Continuação folha 2-4

9 - Pense no que fazia antes de ter sofrido a queimadura. Compare com você agora. Quantas vezes você prefere tirar a roupa sozinho, para esconder suas cicatrizes quando está com um parceiro sexual?

- Muito menos agora Pouco mais agora
 Pouco menos agora Muito mais agora
 Nenhuma diferença

10 - Pense no que você fazia antes de ter sofrido a queimadura. Compare com você agora. Quantas vezes você se desveste no escuro para esconder suas cicatrizes quando você está com um parceiro sexual?

- Muito mais agora Pouco menos agora
 Pouco mais agora Muito menos agora
 Nenhuma diferença

11 - Você se preocupa em encontrar alguém desejável para se casar? (se estiver casado, responda como se fosse solteiro)

- Sempre Cerca de 25% do tempo
 Cerca de 75% do tempo Nunca
 Cerca de 50% do tempo

12 - Quando você está com um parceiro sexual, quantas vezes você se sente fisicamente atraente e sexualmente desejável?

- Nunca Cerca de 75% do tempo
 Cerca de 25% do tempo Sempre
 Cerca de 50% do tempo

13 - Atualmente, como se sente a respeito de você mesmo, no que concerne sua sexualidade?

- Extremamente insatisfeito Moderadamente satisfeito
 Moderadamente insatisfeito Extremamente satisfeito
 Nem um nem outro

14 - Você se preocupa em se relacionar bem socialmente?

- Sempre Cerca de 25% do tempo
 Cerca de 75% do tempo Nunca
 Cerca de 50% do tempo

Continua folha 3-4 (...)

(...) Continuação folha 3-4

15 - Você está satisfeito com o numero de relações sexuais que está tendo hoje em dia?

- Extremamente satisfeito Moderadamente insatisfeito
 Moderadamente satisfeito Extremamente insatisfeito
 Nem um nem outro

16 - Quando seu parceiro demonstra que ele/ela quer ter relação sexual, qual seu nível de conforto em termos de expressar seus verdadeiros sentimentos?

- Extremamente desconfortável Moderadamente confortável
 Moderadamente desconfortável Extremamente confortável
 Nem um nem outro

17 - Quantas vezes seu parceiro mostra que ele/ela quer ter relação sexual com você?

- 100% em que temos relações sexuais
 75% das vezes em que temos relações sexuais
 50% das vezes em que temos relações sexuais
 25% das vezes em que temos relações sexuais
 Meu parceiro nunca demonstra que quer ter relações sexuais

18 - Qual seu grau de satisfação com a quantidade de vezes que seu parceiro demonstra que ele/ela quer ter relações sexuais com você?

- Extremamente satisfeito Moderadamente insatisfeito
 Moderadamente satisfeito Extremamente insatisfeito
 Nem um nem outro

19 - Qual seu grau de conforto quando seu parceiro demonstra que ele/ela quer ter relações sexuais com você?

- Extremamente desconfortável Moderadamente confortável
 Moderadamente desconfortável Extremamente confortável
 Nem um nem outro

Continua folha 4-4 (...)

(...) Continuação folha 4-4

20 - De forma geral, qual seu grau de satisfação com sua relação sexual com seu parceiro?

- Extremamente satisfatória Moderadamente insatisfatória
 Moderadamente satisfatória Extremamente insatisfatória
 Nem um nem outro

21 - De forma geral o que é que você acha que seria o grau de satisfação de seu parceiro com seu relacionamento sexual?

- Extremamente satisfeito Moderadamente insatisfeito
 Moderadamente satisfeito Extremamente insatisfeito
 Nem um nem outro

22 - Pense sobre como se sentia a respeito de suas experiências sexuais antes de ter sofrido a queimadura.

Qual seu grau de conforto com suas experiências agora?

- Muito mais confortável agora Ligeiramente menos confortável agora
 Ligeiramente mais confortável agora Muito menos confortável agora
 Nenhuma diferença

23 - De uma forma geral, como você compararia suas experiências sexuais atuais com suas experiências sexuais de antes da queimadura?

- Muito mais agradáveis agora Ligeiramente menos agradáveis
 Ligeiramente mais agradáveis agora Muito menos agradáveis
 Nenhuma diferença

24 - Você acha que o fato de ter sido queimado é a causa de sua resposta para a pergunta 23?

- Ter sido queimado afetou minha resposta em 100%
 Ter sido queimado afetou minha resposta em 75%
 Ter sido queimado afetou minha resposta em 50%
 Ter sido queimado afetou minha resposta em 25%
 Ter sido queimado não afetou minha resposta a pergunta 23.

ANEXO 6. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

1. De uma forma geral estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) Concordo plenamente

Continuação folha 2-2 (...)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Escore é obtido assim: resposta a=3, b=2, c=3, d=0 pontos, nas questões com "*" asterisco o escore é dado ao inverso resposta a=0, b=1, c=2, d=3. Quanto mais alto o escore maior a autoestima

ANEXO 7. INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (IDB)

Este inventário consiste de 21 grupo de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0,1,2,3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 - Não me sinto triste
1 - Eu me sinto triste
2 - Estou sempre triste e não consigo sair disso.
3 - Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 - Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 - Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 - Acho que nada tenho a esperar.
3 - Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 - Não me sinto um fracasso
1 - Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 - Não encontro um prazer real em mais nada.
3 - Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
4. 0 - Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 - Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 - Não encontro um prazer real em mais nada.
3 - Estou insatisfeito e aborrecido com tudo.
5. 0 - Não me sinto especialmente culpado.
1 - Eu me sinto culpado as vezes.
2 - Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 - Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 - Não acho que esteja sendo punido.
1 - Acho que posso ser punido.
2 - Creio que vou ser punido.
3 - Acho que estou sendo punido.
7. 0 - Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 - Estou decepcionado comigo mesmo.
2 - Estou enojado de mim.
3 - Eu me odeio.

Continuação folha 2-3 (...)

- 8.** 0- Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1- Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
2- Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3- Eu me culpo por tudo de mal que me acontece.
- 9.** 0 - Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 - Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 - Gostaria de me matar.
3 - Eu me mataria se tivesse oportunidade.
- 10.** 0 - Não choro mais que o habitual.
1 - Choro mais agora do que costumava.
2 - Agora choro o tempo todo.
3 - Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
- 11.** 0 - Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 - Fico molestado ou irritado mais facilmente que costumava.
2 - Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 - Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
- 12.** 0 - Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 - Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 - Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 - Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 13.** 0 - Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 - Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 - Tenho maior dificuldade em tomar decisões que antes.
3 - Não consigo mais tomar decisões.
- 14.** 0 - Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 - Preocupo-me por estar aparecendo velho ou sem atrativos.
2 - Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 - Considero-me feio.
- 15.** 0 - Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 - Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 - Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 - Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 16.** 0 - Durmo tão bem quanto de hábito.

Continua folha 3-3 (...)

Continuação folha 3-3 (...)

- 1 - Não durmo tão bem como costumava.
- 2 - Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 3 - Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

- 17.** 0 - Não fico mais cansado que de hábito.
- 1 - Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
 - 2 - Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
 - 3 - Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

- 18.** 0 - Meu apetite não está pior do que de hábito.
- 1 - Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
 - 2 - Meu apetite está muito pior agora.
 - 3 - Não tenho mais nenhum apetite.

- 19.** 0 - Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
- 1 - Perdi mais de 2,5Kg.
 - 2 - Perdi mais de 5,0Kg.
 - 3 - Perdi mais de 7,5Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos:

- Sim
- Não

- 20.** 0 - Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
- 1 - Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estomago ou prisão de ventre.
 - 2 - Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não consigo.
 - 3 - Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

- 21.** 0 - Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
- 1 - Estou menos interessado por sexo que costumava.
 - 2 - Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
 - 3 - Perdi completamente o interesse por sexo.

O escore é dado assim: < 10 sem depressão
10 a 18 depressão leve a moderada
19 a 29 depressão de moderada a grave
30 a 63 depressão grave

FONTES CONSULTADAS

FONTES CONSULTADAS

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

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