

Tese de Doutoramento



UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

**Avaliação da Qualidade de Vida em
Pacientes Vítimas de Queimaduras**

Ana Raquel Duarte Rebelo da Silva

Director: Juan Carlos Marzo Campos

Co-Director: José Antonio García del Castillo Rodríguez

Programa de doutorado de Desporto e Saúde

2021

Tese de Doutoramento



UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Vítimas de Queimaduras

Ana Raquel Duarte Rebelo da Silva

Director: Juan Carlos Marzo Campos

Co-Director: José Antonio García del Castillo Rodríguez

Programa de doutorado de Desporto e Saúde (2021)

El presente documento se presenta como tesis en formato convencional.

Como indicio de calidad se presenta el artículo:

Silva, A., Marzo, J., García del Castillo, Ja (2019) The adaptation of the Burns Specific Health Scale-Revised (BSHS-R) into the Portuguese context. Burns, 45 (7), 1649-1658. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2019.04.024>

La revista Burns está indexada em JCR, estando en el 2018 en Q2 de Dermatología y Cirugía; y en Q3 de Cuidados Críticos Médicos.



D. Juan Carlos Marzo Campos, profesor titular y José Antonio García del Castillo Rodríguez, catedrático de escuela universitaria, ambos pertenecientes al Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche, como director y codirector de tesis

Autorizan

La presentación con formato convencional de la presente tesis doctoral titulada “Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Víctimas de Queimaduras”, realizada bajo nuestra dirección por **Ana Raquel Duarte Rebelo da Silva**

La tesis cumple los requisitos señalados por la normativa vigente y presenta como indicio de calidad un artículo publicado en la revista BURNS, recogida como Q2/Q3 en el Journal Citation Reports (2018), por lo que reúne la condiciones para ser defendida ante el tribunal correspondiente para optar al grado de Doctor.

Elche 16 de marzo de 2021

Juan Carlos Marzo Campos
Director de Tesis

José Antonio García del Castillo Rodríguez
Codirector de tesis



El Dr. Francisco Javier Moreno Hernández, coordinador del programa de doctorado Deporte y Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

AUTORIZA:

Que el trabajo de investigación titulado: *“PREDITORES DA ADAPTAÇÃO DOS DOENTES PÓS- QUEIMADURA ”* realizado por D^a. Ana Raquel Duarte Rebelo da Silva, bajo la dirección del Dr. José Antonio García del Castillo Rodríguez y el Dr. Juan Carlos Marzo Campos, sea defendido como Tesis Doctoral en esta Universidad ante el tribunal correspondiente.

Lo que firma para los efectos oportunos en:

Elche, a 01 de diciembre de 2020

Fdo.: Francisco Javier Moreno Hernández

Coordinador del programa de doctorado

Universidad Miguel Hernández de Elche

ÍNDICE GERAL

	Pág.
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – AS QUEIMADURAS	
1.1. Queimadura: o conceito	5
1.2. Queimadura: aspetos epidemiológicos	6
1.3. Caracterização do paciente queimado	7
1.3.1. Idade	7
1.3.2. Sexo	8
1.3.3. Área de Residência	9
1.4. Aspetos clínicos do paciente queimado	10
1.4.1. Local de ocorrência e circunstâncias do acidente	10
1.4.2. Etiologia	10
1.4.3. Grau da queimadura	13
1.4.4. Percentagem de Superfície Corporal Queimada	14
1.4.5. Classificação das queimaduras	15
1.4.6. Localização da queimadura	16
1.4.7. Patologias Associadas	17
1.4.8. Tempo de Internamento	18
1.4.9. Mortalidade e Fatores de Risco	19
2. Tratamento das queimaduras e hospitalização do paciente queimado	20
2.1. Tratamento do paciente queimado	20
2.2. Problemas da Hospitalização	21

3.	Processo de reabilitação e impacto das queimaduras	24
3.1.	Aspetos Físicos	24
3.2.	Aspetos Psicológicos	28
3.3.	Estratégias de <i>coping</i>	30
3.4.	Aspetos Sociolaborais	32

CAPÍTULO II – A QUALIDADE DE VIDA

4.1.	Aspetos históricos e conceituais	38
4.2.	Qualidade de vida relacionada com a saúde	41
4.3.	Qualidade de vida no paciente queimado	43

CAPÍTULO III – FAMÍLIA E INTELIGÊNCIA EMOCIONAL COMO FATORES DA ADAPTAÇÃO PÓS-QUEIMADURA

5.	O ambiente familiar	51
5.1.	O impacto da parentalidade de risco	53
5.2.	O impacto dos fatores de proteção	57
6.	Definição e evolução do conceito de inteligência emocional	61
6.1.	Modelos Teóricos da Inteligência Emocional	62
6.2.	Competências Emocionais	68
6.2.1.	Perceção, Avaliação e Expressão Emocional	71
6.2.2.	Regulação Emocional	72
6.2.3.	Processamento de Emoções e Ajustamento Psicológico	74
6.3.	A inteligência emocional na saúde	77

CAPÍTULO IV – MÉTODO

7. Objetivos	83
8. Hipóteses	83
9. Participantes	84
10. Instrumentos	87
10.1. Burn Specific Health Scale-Revised (BSHS-R)	87
10.2. Brief Symptom Inventory (BSI)	89
10.3. Questionário de Ambiente Familiar	91
10.4. Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24)	92
11. Procedimentos	94
11.1. Recolha de dados	94
11.2. Análise de dados	94

CAPÍTULO V – RESULTADOS

12.1. A versão adaptada da BSHS-R para português de Portugal	97
12.2. A QDV do paciente queimado em função das características sociodemográficas e variáveis clínicas	103
12.3. A sintomatologia emocional, o ambiente familiar e a inteligência emocional percebida com a perceção de QDV do paciente queimado	108
12.4. Os modelos preditores da QDV e efeito mediador da sintomatologia emocional entre a QDV e a IEP em pacientes queimados.	119

CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO

- 13.1. Adaptação Portuguesa do Questionário Burn Specific Health Scale - Revised (BSHS-R) **135**
- 13.2. Sintomatologia Emocional, Ambiente Familiar e Inteligência Emocional Percebida numa Amostra de Vítimas de Queimaduras **140**
- 13.3. Efeito Mediador da sintomatologia emocional entre a QDV e a Inteligência emocional percebida numa amostra de vítimas de queimaduras **146**

CONCLUSÃO **152**

CONCLUSIONES **155**

LIMITAÇÕES **157**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **160**

ANEXOS **196**

ANEXO A – Instrumentos de Avaliação **199**

ANEXO B – Parecer do Conselho de Administração e Comissão de Ética do Hospital da Prelada **211**

ANEXO C – Artigo publicado na revista Burns: The adaptation of the Burn Specific Health Scale – Revised (BSHS-R) into the Portuguese context **213**

LISTA DE ABREVIATURAS

AAQ – Associação Amigos dos Queimados

APQ – Associação Portuguesa de Queimados

BSHS-R - *Burn Specific Health Scale – Revised*

BSI - *Brief Symptom Inventory*

EBA – European Burns Association

HSJ – Hospital São João

IE – Inteligência Emocional

IEP - Inteligência Emocional Percebida

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial Saúde

PSPT – Perturbação de Stress Pós-Traumático

QDV - Qualidade de vida

SCQ – Superfície Corporal Queimada

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TMMS – *Trait Meta-Mood Scale*

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Caracterização dos participantes em função das características sociodemográficas (n=92)	85
Quadro 2 – Caracterização dos participantes em função das variáveis clínicas (n=92)	86
Quadro 3 – Análise de componentes principais da BSHS-R	98
Quadro 4 – Coeficientes de <i>Cronbach</i> da BSHS-R	100
Quadro 5 – Dimensões da BSHS-R: estatísticas de item-total	100
Quadro 6 - Diferenças nas dimensões da BSHS-R em função do género	103
Quadro 7 – Diferenças na BSHS-R em função da classificação da queimadura	104
Quadro 8 – Comparações <i>Post-hoc</i> : Classificação das queimaduras	105
Quadro 9 – Diferenças na BSHS-R em função da visibilidade da queimadura	106
Quadro 10 – Comparações <i>Post-hoc</i> : Visibilidade da queimadura	107
Quadro 11 – Consistência interna: valores globais para as nove dimensões do BSI	108
Quadro 12 – Matriz de correlação de <i>Pearson</i> para o BSI	110
Quadro 13 – Comparação das dimensões do BSI entre a população geral e os pacientes queimados	111
Quadro 14 – Consistência interna: valores globais para as dimensões do Questionário de Ambiente Familiar	112
Quadro 15 – Matriz de correlação de <i>Pearson</i> para o	113

Questionário de Ambiente Familiar	
Quadro 16 – Comparação das dimensões do Questionário de Ambiente Familiar entre a população geral e os pacientes queimados	114
Quadro 17 – Consistência interna: valores globais para as três dimensões do TMMS-24	115
Quadro 18 – Matriz de correlação de <i>Pearson</i> para o TMMS-24	115
Quadro 19 – Comparação das dimensões do TMMS-24 com uma população geral de idosos	116
Quadro 20 – Coeficientes de Correlação <i>Pearson</i> sintomatologia emocional, ambiente familiar e inteligência emocional percebida com a percepção de QDV do paciente queimado	118
Quadro 21 – Matriz de correlação de <i>Pearson</i> para a QDV, IEP e Sintomatologia Emocional em pacientes vítimas de queimaduras	120
Quadro 22 – Modelo Preditor da dimensão Afeto e Imagem Corporal da QDV	121
Quadro 23 – Modelo Preditor da dimensão Sensibilidade da pele da QDV	122
Quadro 24 – Modelo Preditor da dimensão Habilidades para funções simples da QDV	123
Quadro 25 – Modelo Preditor da dimensão Tratamento da QDV	124
Quadro 26 – Modelo Preditor da dimensão Trabalho da QDV	124
Quadro 27 – Modelo Preditor da dimensão Relações Interpessoais da QDV	125

Quadro 28 – Efeito da Mediação da Sintomatologia Emocional (ISP) entre a QDV relacionada com o Afeto e Imagem Corporal e a Reparação do estado emocional (IEP)	128
Quadro 29 – Resumo dos resultados e decisão sobre as hipóteses	129

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Diagrama dos «paths» para o modelo hipotético de mediação de acordo com Baron e Kenny (1986)	126

RESUMO

Nos últimos anos, o conhecimento médico e as técnicas cirúrgicas para o tratamento das queimaduras transformaram os procedimentos e as terapêuticas no tratamento do paciente queimado, permitindo um aumento significativo da sua sobrevivência. Apesar disto, as sequelas daí resultantes são prevalentes e conduzem a alterações na perceção de QDV das suas vítimas. Dada a importância do tema, o principal objetivo deste estudo é a análise de fatores associados à adaptação do paciente queimado à sua condição para determinar modelos preditores das dimensões da QDV.

Para a concretização do objetivo foi feito o estudo de adaptação portuguesa do “Burn Specific Health scale - Revised” (BSHS-R). Posteriormente procurou-se entender a relação existente entre a QDV e características sociodemográficas, variáveis clínicas e variáveis psicológicas como a sintomatologia emocional, o ambiente familiar e a inteligência emocional percebida.

Trata-se de um estudo transversal realizado no Hospital da Prelada, Porto, com uma amostra de 92 pacientes vítimas de queimaduras, que se encontravam internados na Unidade de Queimados e na Cirurgia Plástica e Reconstructiva, entre novembro de 2009 e junho de 2014.

Os resultados alcançados sugerem boas características psicométricas do BSHS-R na população estudada, comprovando tratar-se de um instrumento útil para a avaliação da perceção de QDV do paciente queimado. Foram encontradas diferenças na QDV nas variáveis sociodemográficas (género) e clínicas (extensão da queimadura, classificação da queimadura, visibilidade da queimadura). Confirmou-se também a existência de associações entre a QDV, a sintomatologia emocional, o ambiente familiar e a inteligência emocional percebida. Os modelos preditores de QDV consideram a sintomatologia emocional como uma variável com efeito mediador entre a inteligência emocional

percebida e a QDV.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida; Queimaduras; Sintomatologia emocional; Ambiente familiar; Inteligência emocional percebida; BSHS-R.

ABSTRACT

Recently, medical knowledge and surgical techniques for burn treatment have transformed the procedures and therapeutics in the treatment of a burned patient, increasing significantly his life expectancy. Nevertheless, the resulting sequelae are significant and lead to changes in the Quality of Life (QOL) perception of the victims. Given the importance of the subject, the key objective of this study is the analysis of factors related to the adaptation of the burned patient to his condition to assess predictive models of the QOL dimensions.

For the accomplishment of the objective a Portuguese adaptation study has been made of the "Burn Specific Health scale - Revised" (BSHS-R). Subsequently it was analyzed the relationship between QOL and the sociodemographic characteristics, clinical variables and psychological variables such as emotional symptomatology, the family environment and perceived emotional intelligence.

This is a transversal study realized with a sample of 92 patients, which had been hospitalized in the Burn, Plastic and Reconstructive Surgery units of the Prelada Hospital, Porto, between November 2009 and June 2014.

The achieved results suggest good psychometric characteristics of the BSHS-R in the observed population, confirming its usefulness as an instrument to assess the perceived QOL of the burned patient. Some differences have been found in the QOL in the sociodemographic variables (gender) and clinical (burn extension, type of burn and burn visibility). There has also been observed the existence of relationship between the QOL, the emotional symptomatology, the family environment and the perceived emotional intelligence. The predictive models of QOL consider the emotional symptomatology as a variable with a mediating effect between the perceived emotional intelligence and the QOL.

KEYWORDS: Quality of Life; Burns; Emotional symptomatology; Family

environment; Perceived emotional intelligence; BSHS-R.

RESUMEN

En los últimos años, el conocimiento médico y las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de las quemaduras han transformado los procedimientos y las terapias del paciente quemado, permitiendo un aumento significativo de su supervivencia. A pesar de esto, las secuelas resultantes muestran una alta prevalencia y conducen a alteraciones de la percepción de la Calidad de Vida (CdV) de las víctimas. Dada la relevancia del tema, el principal objetivo de este estudio es el análisis de los factores asociados a la adaptación del paciente quemado y su condición para determinar modelos predictores de las dimensiones de la CdV.

Para la operativización de dicho objetivo, se realizó la adaptación portuguesa del “Burn Specific Health scale - Revised” (BSHS-R). Posteriormente, se trató de comprender la relación existente entre la CdV, características sociodemográficas, variables clínicas y variables psicológicas (como la sintomatología emocional, el ambiente familiar y la inteligencia emocional percibida).

Se trata de un estudio transversal llevado a cabo en el hospital de Prelada, Oporto, con una muestra de 92 pacientes víctimas de quemaduras, que se encontraban internados en la unidad de quemados, cirugía plástica y reconstructiva, entre noviembre de 2009 y junio de 2014.

Los resultados obtenidos muestran buenas características psicométricas del BSHS-R en la población estudiada, confirmándose que se trata de un instrumento útil para la evaluación de la CdV del paciente quemado. Se encontraron diferencias en la CdV en función de las variables sociodemográficas (género) y clínicas (extensión, clasificación y visibilidad de la quemadura). Se confirmó la existencia de asociaciones entre la CdV, la sintomatología emocional, el ambiente familiar y la inteligencia emocional percibida. Los modelos predictores de la CdV

consideran la sintomatología emocional como variable mediadora entre la Inteligencia emocional percibida y la CdV.

Palabras clave: Calidad de vida; Quemaduras; Sintomatología emocional; ambiente familiar, Inteligencia emocional percibida, BSHS-R.

“Não precisamos de mais dinheiro, não precisamos de mais sucesso ou fama, não precisamos do corpo perfeito, nem mesmo do parceiro perfeito, agora mesmo, neste momento exato, dispomos da mente, que é todo o equipamento básico de que precisamos para alcançar a plena felicidade”.

Dalai Lama

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste estudo de investigação retrata muito mais do que o final de um trabalho académico. Trata-se de um objetivo pessoal e profissional alcançado que contou com o apoio indispensável de várias pessoas, às quais quero manifestar o meu mais honesto reconhecimento.

Aos doentes e àqueles que participaram na investigação prática, assim como àqueles que não quiseram, não puderam ou ainda não souberam dar a sua contribuição que são, também, dignos de agradecimento, pois permitiram uma compreensão do que poderia ser feito para melhorar o trabalho realizado. À instituição que foi cenário deste estudo, em concreto, ao Hospital da Prelada, no Porto.

Aos professores Dr. Juan Carlos Marzo Campos e Dr. José A. García Del Castillo Rodríguez pelas importantes contribuições que favoreceram e enriqueceram esta pesquisa.

Aos meus Amigos. Não há nada como vos ter ao longo de tantos anos. Obrigada Sónia por caminhares comigo, por seres única e inexplicável. Obrigada Ana Silva pelo apoio e disponibilidade, pela partilha e motivação, por seres além da orientadora, uma amiga por quem tenho enorme admiração.

Aos meus familiares, aos meus pais, ao meu irmão, aos meus sogros e aos meus avós, pois o que sou hoje tem como base as experiências que tive convosco. Ao meu pai, obrigada, porque a ti devo TUDO. Obrigada por me apoiares, por me ajudares a crescer, por acreditares em mim e por tornares a minha vida tão mais agradável e feliz!

Ao João, meu amor, meu amigo por ter partilhado a minha ansiedade e vitória ao longo deste processo... por ser o meu refúgio! Obrigada por me acompanhares na vida.

À pequena Mara por ter nascido...

A todos, o meu profundo e especial obrigada!

INTRODUÇÃO

No âmbito do desempenho das funções de Enfermagem na Unidade de Queimados do Hospital da Prelada, no Porto, foi possível o convívio diário com o paciente queimado. Este contacto permitiu observar a influência de determinados comportamentos dos pacientes que parecem ter potencial para comprometer ou para facilitar a adaptação à condição e conseqüente qualidade de vida. A sua particularidade induziu à procura de conhecimento sobre os indicadores que facilitam a adaptação ao trauma relacionado com a vivência de uma queimadura. Procurar identificar e analisar esses fatores e saber quais os aspetos que parecem contribuir para a sua adaptação constituem a finalidade deste estudo.

A queimadura é um dos traumatismos mais devastadores que pode atingir os seres humanos. A sua importância decorre, não só da frequência com que ocorre, mas principalmente pela capacidade de provocar sequelas funcionais, estéticas e psicológicas, além dos problemas de adaptação à nova realidade (Martinho, 2008).

Em Portugal, os dados estatísticos sobre queimaduras são escassos. Os mesmos poderiam ser úteis para determinar a extensão do problema na população e os tipos de acidentes mais comuns, identificando os fatores de risco que predispõem os acidentes por queimadura. Já a sua divulgação assume um papel crucial para o desenvolvimento de campanhas de prevenção, assim como contemplar o impacto da queimadura na economia Portuguesa.

Neste sentido, achamos pertinente procurar compreender a relação existente entre a sintomatologia emocional, o ambiente familiar e a inteligência emocional percebida (IEP) com a perceção de qualidade de vida (QDV) do paciente queimado. Este estudo alerta para a necessidade do apoio e da supervisão ao paciente queimado após a

saída do hospital. Considerando que alguns problemas podem ser intensificados no regresso a casa, a intervenção dos profissionais deve centrar-se na procura de estratégias que visem a adaptação positiva promotora da QDV e do ajustamento emocional do paciente queimado à sua nova condição.

O presente documento foi realizado para a obtenção do grau de Doutor em Desporto e Saúde da Universidade Miguel Hernández de Elche situada em Alicante, Espanha. A sua elaboração tenciona definir, caracterizar e desenvolver o tema proposto, de modo a tornar o estudo útil e pertinente, bem como, favorecer a qualidade dos cuidados prestados ao paciente queimado, satisfazendo as suas necessidades e fomentando uma adaptação positiva promotora da QDV.

O documento está dividido em: Enquadramento Teórico (I Parte), Estudo Empírico (II Parte), Discussão e Conclusões.

O enquadramento é dedicado à explanação teórica da Queimadura (Capítulo I), da Qualidade de Vida (Capítulo II) e dos Fatores estudados que consideramos estarem associados à adaptação dos pacientes vítimas de queimaduras (Capítulo III).

Com base no referencial teórico surgem alguns desafios de pesquisa, que levarão à formulação dos objetivos. Estes objetivos procuram explorar e descrever os comportamentos estudados, embora existam alguns cuja finalidade é metodológica, analisando estruturas de instrumentos de avaliação ou confirmando empiricamente modelos teóricos. Sob o título de Estudos Empíricos, será apresentada a metodologia (Capítulo IV) que compreende os objetivos, as hipóteses, a caracterização dos participantes, os instrumentos e os procedimentos utilizados para recolha e para a análise de dados. Segue-se o capítulo dos resultados (Capítulo V) e a discussão (Capítulo VI), que inclui uma análise crítica sobre os resultados obtidos e as suas implicações.

Terminamos com a conclusão que pretende reunir um conjunto de ideias chave resultantes da investigação efetuada, bem como de aspetos a considerar em trabalhos futuros. Numa perspetiva integradora, e ao longo da investigação, tencionámos ainda destacar algumas estratégias de ação que poderão auxiliar os profissionais de saúde a promover uma adaptação positiva e potenciadora de uma melhor QDV do paciente queimado na sua nova condição.

CAPÍTULO I

AS QUEIMADURAS

Nos últimos anos, o conhecimento médico e as técnicas cirúrgicas para o tratamento das queimaduras transformaram, consideravelmente, os procedimentos e as terapêuticas que constituem atualmente o tratamento do paciente queimado, permitindo um aumento significativo da sua sobrevivência (Crisóstomo, Serra & Gomes, 2004). Apesar dos avanços no tratamento dos pacientes queimados, com marcada redução na mortalidade dos mesmos, as sequelas daí resultantes são ainda prevalentes e conduzem a alterações na própria percepção de QDV das suas vítimas (Rocha, Canabrava, Adorno, & Gondim, 2016).

Os acidentes por queimaduras influenciam impreterivelmente a vida das suas vítimas, que acabam por ter lesões que provocam sofrimento, sequelas estéticas, funcionais e psicológicas (Martinho, 2008).

1.1. QUEIMADURA: O CONCEITO

Segundo Junqueira e Carneiro (2004, p.256) *“a pele é um dos maiores órgãos, atingindo 16% do peso corporal. Como maior sistema orgânico do corpo, a pele é indispensável para a vida humana. Ela forma uma barreira entre os órgãos internos e o ambiente externo e participa de muitas funções corporais vitais”*.

A pele integra constitui um dos mais importantes elementos de proteção e defesa do organismo que, após uma queimadura, fica exposta. Estas são feridas traumáticas que podem ser provocadas por diversos agentes etiológicos, atuando nos tecidos de revestimento do corpo humano que podem causar a destruição total ou parcial da pele e anexos. Dependendo da gravidade do trauma, a queimadura pode atingir a camada mais externa da pele, a epiderme, ou camadas mais profundas, como tecido subcutâneo, músculo, tendões e ossos. Nas pequenas queimaduras subsiste unicamente uma reação local, mas nas queimaduras moderadas e graves, além da exuberante reação local, ocorrem severas repercussões sistémicas (Serra, Gomes & Crisóstomo,

2004).

As queimaduras, tal como outros acidentes, acontecem de forma abrupta e inesperada. Muitas vezes, e em poucos segundos, uma queimadura transforma a pessoa, tornando-a completamente dependente e a lutar pela própria sobrevivência (Goyatá, 2005).

1.2. QUEIMADURA: ASPETOS EPIDEMIOLÓGICOS

Mundialmente, cerca de seis milhões de pacientes por ano procuram cuidados médicos relacionados com queimaduras, mas a maioria é tratada em regime de ambulatório (Brusselaers, Monstrey, Vogelaers, Hoste & Blot, 2010). Considerado um problema de saúde pública, as queimaduras representam cerca de 180 000 mortes por ano em todo mundo, sendo que a maioria destas ocorre nos países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos (WHO, 2018). Os dados exatos sobre queimaduras graves ocorridas a nível europeu ainda não se encontram disponíveis (Brusselaers, Monstrey, Vogelaers, Hoste & Blot, 2010; Santos, Oliveira, Costa-Ferreira, Amarante & Freitas, 2016).

Em Portugal, a incidência e a causa das queimaduras é desconhecida, no entanto, o número de indivíduos queimados é muito elevado segundo Silva, Amarante, Costa-Ferreira, Silva e Reis (2003). Os mesmos autores relatam que durante os anos de 1993 e 1999 foram admitidos nos hospitais Portugueses 14.797 pacientes vítimas de queimaduras e num estudo mais recente, Santos, Oliveira, Costa-Pereira, Amarante e Freitas (2016), contam 26.447 hospitalizações motivadas por queimaduras entre 2000 e 2013 (resultando numa média de 1889 internamentos por queimaduras/ano).

O tratamento destes pacientes em unidades especializadas depende, essencialmente, da gravidade da queimadura, do trauma concomitante e do estado geral do paciente (Brusselaers et al., 2010).

Um artigo publicado, Peck (2011), afirma que, globalmente, em 2004, a

incidência de queimaduras graves era de 11 milhões de pessoas, atribuindo às queimaduras o quarto lugar em todas as lesões. Felizmente, apesar das queimaduras e os incêndios representarem mais de 300.000 de mortes a cada ano em todo mundo, a grande maioria das queimaduras não são fatais.

O conhecimento da epidemiologia das queimaduras permite compreender a distribuição e os fatores que determinam o aparecimento das lesões. Estes dados são importantes para planejar um tratamento eficaz, assim como, a sua divulgação permite o desenvolvimento de campanhas de prevenção (Miller et al., 2006).

1.3. CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE QUEIMADO

A queimadura é um trauma avassalador e são vários os fatores que determinam a gravidade e influenciam o prognóstico da queimadura (Serra, Gomes, Crisóstomo & Serra, 2004). São apresentados de seguida alguns dos fatores descritos na literatura.

1.3.1. IDADE

A idade é considerada um fator de risco para a aquisição de lesões graves por queimaduras, por estar associada a comportamentos de risco e poder influenciar a evolução e o tratamento da queimadura (Crisóstomo et al., 2004).

Dos estudos disponíveis, é unânime admitir que as crianças são as mais atingidas por queimaduras chegando a alcançar metade da casuística. Já os idosos representam 10% dos casos (Crisóstomo et al., 2004; Martinho, 2008; Vendrusculo, Balieiro, Echevarría-Guanilo, Farina & Rossi, 2010; Mohammad Iliyas, 2011).

Brusselaers e colaboradores (2010) realizaram uma revisão sistemática da literatura publicada durante os anos de 1985 a 2009, envolvendo um total

de 76 estudos, que abrangia a população hospitalizada com queimaduras graves a nível europeu. Este descreveu que as crianças são responsáveis por quase metade da população com queimaduras graves (40% a 50%). As crianças com idades inferiores a 5 anos representam 50% a 80% de todas as queimaduras. O crescimento do número de idosos na população do mundo Ocidental também se reflete na população hospitalizada com queimaduras graves, quer por aumento da média de idades, quer por aumento da proporção de idosos (10% a 16% do total da população com lesões graves de queimaduras).

Em Portugal, Santos e colaboradores (2016) num estudo efetuado entre de 2000-2013 apresentaram uma média de idade de 38,3 anos, com crianças abaixo de 5 anos a representarem 20% dos internamentos por queimaduras. Entre as outras faixas etárias de pacientes queimados, o grupo com idade compreendidas entre 35 e 44 anos foi o maior com 11.7% dos internamentos.

De igual forma, o presidente da Associação Portuguesa de Queimados (APQ) chega a afirmar que, em Portugal, todos os anos *“há acidentes com queimaduras que provocam lesões a 1550 pessoas das quais 38%, são crianças”* (Araújo, 2010).

1.3.2. SEXO

Na maioria dos estudos analisados por Brusselaers e colaboradores (2010) é marcante uma predominância do sexo masculino em 55% a 75% dos casos. Tal facto pode ser explicado por se tratar de uma população ativa e, sobretudo, porque as lesões das queimaduras estão frequentemente relacionadas com o trabalho. Na população pediátrica 60% a 65% são do sexo masculino, mas na população idosa há uma prevalência do sexo feminino (65%) que pode estar associada com a maior esperança média de vida desta classe.

Em Portugal, o estudo realizado por Silva e colaboradores (2003) atribui

ao sexo masculino 59% dos pacientes queimados internados, em detrimento dos 41% do sexo feminino. Nos estudos desenvolvidos por Martinho (2008) e Rodrigues (2010) observam-se resultados semelhantes aos anteriores, nomeadamente, no estudo de Martinho (2008) o sexo masculino prevalece em 63,6% dos casos e, no estudo de Rodrigues (2010), prevalece em 64,4% dos casos. Ao analisar estes resultados, Rodrigues (2010) refere que o meio laboral em que os homens exercem a sua profissão promove o aumento de acidentes por estarem expostos a numerosos fatores de risco propícios à ocorrência de queimadura, exemplificando: atividades como a agricultura, a indústria e a construção civil pelo contacto direto com substâncias inflamáveis, produtos químicos e eletricidade.

1.3.3. ÁREA DE RESIDÊNCIA

Atualmente, sabe-se que as áreas de residência rurais e as populações com baixos recursos das grandes cidades apresentam altos índices de mortalidade (Fritsch & Yurko, 2003, cit. Martinho, 2008; Mohammad Iliyas, 2011). Vidal-Trecan e colaboradores (2000, cit. Martinho, 2008) revelam que, em França, a população rural que tende a ser mais velha, com reduzido nível de educação/ensino, reformada e com baixo *status* socioeconómico, apresenta características que resultam em queimaduras mais frequentes e graves.

Já Crisóstomo, Serra e Gomes (2004), afirmam que a maior parte das queimaduras é registada em áreas urbanas, mas concorda com o facto de que as que apresentam piores consequências ocorrem em meio rural.

1.4. ASPETOS CLÍNICOS DO PACIENTE QUEIMADO

1.4.1 LOCAL DE OCORRÊNCIA E CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

Para Brusselaers e colaboradores (2010), a grande maioria das queimaduras, a nível europeu, ocorre em ambiente domiciliário (80% a 90%). Nos adultos, um terço das queimaduras estão relacionadas com o trabalho. Crisóstomo e colaboradores (2004) encontraram resultados semelhantes que descrevem que 79% dos acidentes acontecem no domicílio.

Por outro lado, no que se refere às circunstâncias do acidente e, de acordo com vários autores, as queimaduras por tentativa de suicídio ocorrem maioritariamente em mulheres na relação de 4:1. A mortalidade neste grupo de pacientes é, em média, três vezes superior que nas queimaduras acidentais (Crisóstomo et al., 2004; Mohammad Ilyas, 2011). Neste sentido, Pacheco, Damasceno, Souza e Brito (2010), afirmam que a maior incidência de tentativas graves que levam a morte verifica-se entre os homens, mas as tentativas de baixa intencionalidade acontecem entre as mulheres.

O isolamento social, problemas de relacionamento familiar, conflitos conjugais, alcoolismo, toxicodependência e episódios depressivos representam fatores de risco associados a comportamentos autodestrutivos (Malic, Karoo, Austin & Phipps, 2007). Elsherbiny, Salem, El-Sabbagh, Elhadidy e Eldeen (2011) acrescentam que as razões que levam as pessoas a tentar suicídio, nos pacientes queimados, são de características financeiras, conjugais e emocionais.

1.4.2 ETIOLOGIA

A etiologia da queimadura diferencia-se de acordo com o agente

causador da queimadura, podendo ser classificadas em queimaduras térmicas, químicas, elétricas ou por radiação (Serra, Gomes e Crisóstomo, 2004).

Caracterizam-se por conseguirem apresentar-se em qualquer um dos três estados físicos da matéria e, conseqüentemente, provocar lesões através de temperaturas quentes ou frias (Martinho, 2008; Carvalho, 2011).

Assim, são considerados agentes térmicos: o fogo, líquidos e superfícies superaquecidas, líquidos inflamáveis e o gelo. Para Schwartz (1996, cit. Martinho, 2008), a fonte de energia pode produzir lesões térmicas por meio de um único ou múltiplos fatores: a chama pode queimar por contacto direto com o corpo, pelo superaquecimento do ar ambiente ou, ainda, pela combinação dos dois meios. A gravidade da queimadura depende da duração do contacto com o agente e da prontidão do tratamento (Martinho, 2008).

As queimaduras químicas são lesões que resultam da ação de ácidos e bases sobre as proteínas das células e causam destruição tecidual até serem inativados (Silva, 2004). Os agentes químicos englobam alguns produtos de limpeza, desinfetantes e químicos industriais, tais como ácidos fortes (ex. ácido clorídrico e ácido sulfúrico), alcaloides (ex. soda cáustica), substâncias inorgânicas e outros (ex. fósforo, fenol). A gravidade destas queimaduras depende do tipo de substância, da sua concentração e quantidade, da duração do contacto, via de penetração e do mecanismo de ação (Silva, 2004).

O agente elétrico responsável por queimaduras é, obviamente, a corrente elétrica e pode ser dividida em contacto direto, como a eletrocussão e do arco voltaico, e o flash elétrico. Queimaduras por raios também deverão estar aqui incluídas, pois a sua morbidade é estimada em cinco a dez vezes superior àquela provocada por outra forma de queimadura elétrica (Pellon, 2004). O efeito da corrente elétrica sobre um tecido biológico depende da voltagem (alta e baixa tensão), da

amperagem (resistência) e do tipo de corrente (alternada ou contínua). A humidade do ambiente também deve ser tida em conta, pois quanto maior a humidade menor a resistência da pele (Pellon, 2004).

A queimadura elétrica pode variar desde uma lesão puntiforme a uma necrose extensa de todas as estruturas. Em geral, os pontos de entrada da corrente elétrica no corpo apresentam pontos de carbonização com depressão central e os pontos de saída são, geralmente, menores e mostram a pele invertida como se a corrente tivesse “empurrado” a pele para sair (Pellon, 2004). Estas queimaduras podem apresentar lesões externas aparentemente pequenas, mas as lesões internas podem ser extensas envolvendo a destruição de músculos, tendões, ossos, vasos sanguíneos e órgãos (Pellon, 2004).

Segundo Maghsoudi, Adyani e Ahmadian (2007, cit. Martinho, 2008), as queimaduras elétricas afetam, principalmente, jovens trabalhadores do sexo masculino e são a mais frequente causa de amputação.

Por último, as radiações também podem ser responsáveis por queimaduras. Estas podem ser provocadas por diversos agentes: os raios ultravioletas (ex. queimaduras solares), os raios X (ex. queimaduras provocadas por sessões de radioterapia) e as substâncias radioativas. Muller (1996, cit. Martinho, 2008) alerta que os sinais locais podem aparecer mais tardiamente (entre duas a três semanas após a exposição), podendo manifestar-se por dor, queimadura, eritema e sinais de alteração circulatória periférica.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou para o agente térmico, mais especificamente o líquido fervente, como sendo a causa mais frequente de queimadura em crianças (Vale, 2005).

No seu estudo, Brusselaers e colaboradores (2010), que abrangia a população hospitalizada com queimaduras graves a nível europeu, o fogo, escaldões (incluindo o vapor) e queimaduras de contacto foram as três principais causas de queimaduras graves. Peck (2012) aponta

para uma taxa de incidência que varia entre 3% e 10% para queimaduras provocadas pelo fogo em pacientes hospitalizados de todo mundo.

As queimaduras por contacto com objetos quentes, tais como fornos, torradeiras, grelhas e aquecedores, são mais vulgares em indivíduos com crises convulsivas, alcoolizados ou sob efeito de drogas ilícitas, assim como, idosos durante episódios de perda da consciência. Também tendem a ser queimaduras mais graves devido ao contacto prolongado com a fonte térmica (Vale, 2005).

Abordando estudos realizados em Portugal, Martinho (2008) refere que, desde julho de 1989 até dezembro de 2007, a etiologia das queimaduras aponta para a predominância dos agentes térmicos, especificamente o fogo (55.3%) e os líquidos ferventes (18.3%), sendo que os agentes químicos ocorreram em 11.9% dos casos e os elétricos em 7.4% dos casos. No estudo de Rodrigues (2010), relativo ao perfil dos doentes internados ao longo do ano 2009 no Hospital de São João (HSJ) do Porto, explica 78% dos casos do agente térmico sendo o mais frequente o fogo seguido dos líquidos ferventes (15.3%). O agente químico apenas apresentou uma prevalência de 5%.

1.4.3. GRAU DA QUEIMADURA

Os fatores que interferem com o grau de profundidade de uma queimadura cingem-se ao tipo de agente, à temperatura e à duração do contacto (Mohammad Ilyas, 2011; Santos, 2016). Geralmente é difícil uma queimadura apresentar uma profundidade homogénea ao longo de toda a sua extensão (Hale, O'Donovan, McEvoy, Keohane, e Gormley, 2013). Assim, quanto maior a profundidade da queimadura, maior será o tempo necessário para que ocorra a sua cicatrização (Martins, 2013).

Existem diversas formas de classificação das queimaduras e do cálculo da superfície corporal queimada (SCQ). Contudo, optamos pela descrita por Serra et al., (2004). Para estes autores, as queimaduras podem ser

divididas consoante a sua profundidade adquirindo a designação de “graus”.

A queimadura de **primeiro grau** é *“aquela que atinge a camada mais externa da pele, a epiderme. Clinicamente a lesão é (...) muito dolorosa”* (Serra et al., 2004).

A de **segundo grau**, além da epiderme atinge, também, parte da derme apresentando como característica marcante a formação de flictenas. Pode ser diferenciada em segundo grau superficial, *“atingindo toda a epiderme (...) e porção da derme (...), conservando uma razoável quantidade de folículos pilosos e glândulas sudoríparas; clinicamente, caracterizam-se pela (...) dor acentuada”*, e em segundo grau profundo se *“envolvem a destruição de quase toda a derme (...) apresentando coloração mais pálida e menos dolorosas, acarretando maior repercussão sistémica”* (Serra et al., 2004, p.44).

Por último, as queimaduras de **terceiro grau** que comprometem *“a totalidade das camadas da pele (...) e, em muitos casos, outros tecidos como o tecido celular subcutâneo, o músculo e o tecido ósseo. Clinicamente apresenta um tecido esbranquiçado ou marmóreo (...) rígido”* (Serra et al., 2004, p.45).

No entanto, alertamos para o caso das queimaduras de segundo e terceiro grau por necessitarem de uma avaliação mais prudente devendo-se aguardar um período de 48 horas para o resultado final, devido à instabilidade e definição tardia da queimadura (Gomes, Serra & Pellon, 1997, cit. Ferreira, 2006).

1.4.4. PERCENTAGEM DE SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA

A extensão da superfície corporal queimada (SCQ) é fundamental para determinar a gravidade de uma queimadura, mas calculá-la exige alguma experiência, uma vez que existe uma tendência para a supervalorização. Sendo expressa numa percentagem de área total

afetada, esta pode ser avaliada por vários métodos, tais como, o esquema de Lund-Browder, a Estimativa das Queimaduras Dispersas de Extensão Limitada e a Regra dos Nove, sendo este último método o mais usualmente utilizado pela sua rapidez de avaliação (Serra et al., 2004). Existem, na literatura, outros métodos para determinar a extensão da queimadura, contudo não serão referenciados por não ser do interesse do presente estudo.

A regra dos nove divide o corpo em regiões atribuindo-lhe uma percentagem: cabeça e pescoço (9%), parte posterior do tronco (18%), parte anterior do tronco (18%), cada extremidade superior (9%), cada extremidade inferior (18%) e genitália externa (1%) (Medeiros, Kristensen & Almeida, 2010).

Em Portugal, o estudo efetuado por Rodrigues (2010) revelou que, a percentagem média de SCQ foi de 18.2% prevalecendo a percentagem de SCQ inferior a 10% (55.9%). Acrescenta, ainda, que as queimaduras por fogo apresentam uma percentagem de SCQ duas vezes superior aos líquidos quentes. Santos e colaboradores (2016) apresentaram uma média geral de 11% de SCQ, mas identificaram que, nos pacientes que morreram, a média de SCQ é de 37% contrastando com os 10% de SCQ nos pacientes que sobreviveram.

1.4.5. CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS

A profundidade e extensão da queimadura encontram-se diretamente relacionadas com a gravidade da lesão provocada no organismo (Oliveira, Moreira & Gonçalves, 2012). Mas, para avaliar a gravidade da queimadura deve ainda dar-se atenção a outros fatores tais como: a sua localização, a existência de lesão inalatória e a idade e história clínica do paciente (Thelan et al., 1996, cit. Martins, 2013).

Esclarecemos, contudo, que no nosso estudo optamos por classificar as queimaduras quanto à sua gravidade de acordo com Serra e

colaboradores (2004).

Queimaduras Leves – são as de 1º grau em qualquer extensão, as de 2º grau numa SCQ inferior que 10% ou de 3º grau numa SCQ inferior a 2%.

Queimaduras Moderadas - incluem as queimaduras de 2º grau entre 10% e 20% ou de 3º grau entre 3% e 5%.

Queimaduras Graves – são as de 2º grau que excedem 20% da superfície corporal ou de 3º grau que excedem os 10%.

Pacientes com queimaduras graves exigem internamento em unidades hospitalares especializadas de queimados e, caso não seja possível, deverão ser tratados em unidades de cuidados intensivos, pois apresentam um grande risco de morte (Massada et al., 2009).

1.4.6. LOCALIZAÇÃO DA QUEIMADURA

As zonas corporais afetadas pela queimadura são um dado de extrema importância, pois pode mesmo impor, ou não, o internamento da vítima (Massada et al., 2009).

A queimadura da face e pescoço requer bastante atenção, pois está associada à formação de grande edema, podendo levar a alterações de estruturas anatómicas importantes que provocam dificuldades respiratórias e/ou na ingestão de alimentos (Serra, Gomes & Cunha, 2004). No caso de suspeita de inalação de ar aquecido e/ou vapores tóxicos, estas queimaduras têm gravidade acrescida pelo risco de queimadura da via aérea e de obstrução da mesma (Thelan et al., 1996, cit. Martins 2013). De acordo com Vale (2005), devido aos riscos estéticos e funcionais, são desfavoráveis as queimaduras que comprometem face, pescoço e mãos. E, segundo Martinho (2008), são estas queimaduras as que exigem prolongados cuidados de terapia ocupacional, fisioterapia e, muitas vezes, requer a ajuda de psiquiatras e psicólogos para responder às possíveis alterações decorrentes da queimadura.

Por outro lado, as queimaduras do períneo apresentam maior risco de contaminação séptica e infeção (Vale, 2005).

Para Artz (1980, cit. Souza, 2005) deve ter-se mais cuidado com as queimaduras que afetam as pálpebras ou os lábios, os dedos, o pescoço, as axilas, as articulações do joelho ou do braço, pois a retração das cicatrizes podem impedir o seu movimento normal.

Em Portugal, tal como sugerem Silva e colaboradores (2003), nos hospitais Portugueses, os membros inferiores e a face, cabeça e pescoço são as áreas corporais mais frequentemente afetadas (com 21% e 20.1% respetivamente). As queimaduras com múltiplos locais anatómicos atingidos corresponderam a 22.7% dos pacientes admitidos. Num estudo mais recente, Santos e colaboradores (2016) apontam a face, cabeça e pescoço como as áreas mais afectadas (com 37.2%), seguidas do tornozelo e pé (34.3%), tronco (33%), membro superior, exceto punho e mão (31.9%), punho e mão (28.2%) e membro inferior, exceto tornozelo e pé (2.6%). 52% dos pacientes apresentavam múltiplos locais queimados.

1.4.7. PATOLOGIAS ASSOCIADAS

De acordo com Fritsch e Yurko (2003, p.2381) *“uma doença anterior, como diabetes ou insuficiência renal, pode tornar-se aguda durante a fase de pós-queimadura”*. De um modo geral, as patologias preexistentes, mesmo que estabilizadas, tendem a descompensar após uma queimadura. Tratam-se de patologias crónicas das quais evidenciamos as doenças cardíacas, pulmonares, renais, neurológicas, endócrinas e do foro psiquiátrico. As vítimas alcoólicas ou toxicodependentes são casos particulares por desenvolverem, com frequência, quadros de abstinência. Nesses casos, a recuperação das alterações decorrentes da queimadura fica substancialmente prejudicada (Vale, 2005).

No entanto, as patologias podem ser vistas como próprios fatores de risco

para queimaduras. Nos idosos, as capacidades sensoriais e cognitivas diminuídas e a presença de doenças mentais como a demência, Alzheimer e depressão são considerados fatores de risco para queimaduras (Center for Research and Prevention of Injuries, 2004).

Ansari, Brown e Carson (2008), num estudo de caso-controle realizado entre 2000 e 2005, utilizando a Victorian Admitted Episodes Dataset, concluíram que a epilepsia se apresenta positivamente associada a queimaduras, com as mulheres a oferecerem maior probabilidade de se queimarem. A frequência de queimaduras associada às taxas de admissões por epilepsia foi de 1.1%, resultado este similar a estudos anteriores.

Medeiros, Almeida, Rigoli e Kristensen (2012) confirmam que os transtornos psiquiátricos mais comuns associados aos casos de acidentes que resultam em queimaduras são a esquizofrenia, os transtornos de humor (depressão), a dependência química (álcool e outras drogas) e os transtornos neurológicos (epilepsia).

Já Laporte e Leonardi (2010), num artigo sobre a perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT) em pacientes com sequelas de queimaduras, relatam que pacientes com psicopatologias prévias tendem a ficar mais tempo internados e têm tendência de apresentar complicações psiquiátricas mais sérias depois do acidente. Além disso, uma vez hospitalizados, estes pacientes, frequentemente, adotam precocemente modos disfuncionais de adaptação, incluindo regressão, depressão e hostilidade.

1.4.8. TEMPO DE INTERNAMENTO

De um modo geral, os estudos previamente citados referem uma redução do tempo de internamento, justificado pela melhoria dos cuidados prestados e evolução dos tratamentos.

Numa revisão sistemática da literatura publicada ao nível europeu,

durante os anos de 1985 a 2009, Brusselaers e colaboradores (2010) descreveram que o tempo médio de internamento hospitalar na população em geral com queimaduras graves foi de 7 a 33 dias, tendo sido este valor reduzido em 26% entre os anos de 1992 e 2007, tal como relata um estudo Norueguês analisado.

Em Portugal, de acordo com Silva e colaboradores (2003), o tempo de internamento hospitalar médio varia entre 15.5 e 21.0 dias, com um valor máximo de 738 dias. Santos e colaboradores (2016) encontraram um valor mediano de 9 dias e distinguem as mulheres por apresentarem um maior tempo de internamento (mediana = 10 dias) do que os homens (mediana = 9 dias). Já Rodrigues (2010) aponta para um tempo médio de internamento de 23.7 dias e, por ser superior ao de outros estudos, justifica a situação pela não existência no HSJ de uma unidade intermédia de cuidados ao doente queimado. Este facto leva a que o internamento se prolongue, chegando mesmo a 35% dos pacientes terem alta diretamente para o domicílio.

1.4.9. MORTALIDADE E FATORES DE RISCO

As principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo são as queimaduras. Na população hospitalizada com queimaduras graves, a taxa de mortalidade situa-se entre 1.4% e 18%, de acordo com Brusselaers e colaboradores (2010).

Para Enei, Rojas, Pineda, Tapia e Bruce (2004), nos países desenvolvidos, a taxa de mortalidade é de 2.1 por 100.000 pessoas ano. Este valor tem diminuído ao longo dos anos, refletindo o sucesso das campanhas de prevenção e do avanço no tratamento do doente queimado.

Em Portugal, o estudo realizado por Silva e colaboradores (2003) descreve que, dos pacientes internados, 3.7% acabaram por morrer devido as complicações relacionadas com as queimaduras. Rodrigues (2010) aponta para 10.2% dos pacientes internados e Santos e colaboradores

(2016) referem que a mortalidade, no seu estudo, foi de 4.4%, correspondendo a 1167 óbitos hospitalares.

A taxa de mortalidade é um indicador de saúde que está regulado por diversos fatores de risco quando associado às queimaduras. Vários estudos demonstraram, que a idade avançada, o aumento da média de superfície corporal queimada e as lesões inalatórias são os três principais fatores de risco para a mortalidade, embora outras variáveis tenham também de ser associadas (Brusselaers et al., 2010).

2. TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS E HOSPITALIZAÇÃO DO PACIENTE QUEIMADO

As lesões por queimaduras sempre assumiram, sob diversos aspetos, um papel devastador na vida de uma pessoa. No tratamento destas lesões, os procedimentos e as medicações totalmente empíricas usadas no alvorecer da humanidade foram sendo substituídas, progressivamente, por outras mais racionais oriundas de investigações científicas efetuadas (Benaim, 2004).

2.1. TRATAMENTO DO PACIENTE QUEIMADO

O princípio básico do atendimento do paciente gravemente queimado passa pelo tratamento imediato das condições que põem a sua vida em risco. Assim, na fase aguda, o tratamento implica a estabilização dos sinais vitais, a reposição volémica, o controle da dor, o suporte nutricional e a prevenção e tratamento de complicações, nomeadamente, de infeções e lesões associadas (Serra, Gomes, & Cunha, 2004).

No que diz respeito aos cuidados inerentes à ferida resultante de uma queimadura, os procedimentos mais comuns pressupõem a aplicação tópica de diversas substâncias, a realização de diferentes tipos de penso, a balneoterapia e a antibioticoterapia e analgesia (Fernandes et al.,

2012; Martinho, 2008). Quanto aos tratamentos cirúrgicos podemos destacar a excisão cirúrgica, a escarotomia, a fasciotomia, os enxertos e retalhos de pele realçando que quanto mais precocemente são realizadas estas técnicas, menor será o tempo de hospitalização e mais rápido será o início da reabilitação destes pacientes (Mozingo, 1998, cit. Goyatá, 2005).

Os protocolos para o tratamento de feridas provocadas por queimaduras podem variar consoante o Hospital em causa e, a sua escolha, dependerá da gravidade da queimadura, localização, profundidade, extensão, agente causal, presença de doenças pré-existentes e da faixa etária do paciente (Ferreira, Lucas, Rossi & Andrade, 2003; Martinho, 2008; Fernandes et al., 2012). O principal objetivo dos tratamentos será sempre a cicatrização da ferida o mais rapidamente possível (Martinho, 2008).

Depois da alta hospitalar, o tratamento que pode minorar as sequelas funcionais e estéticas das queimaduras envolve o acompanhamento ambulatorio que, frequentemente, termina em readmissões para intervenções cirúrgicas reparadoras (Ferreira & D'Assumpção, 2006).

O paciente queimado tem, quase sempre, períodos de internamento extensos acompanhados de tratamentos longos e dolorosos (Souza, 2005), pelo que se incita a que adquira o máximo de função em todas as partes do corpo afetadas regressando às suas atividades diárias o mais rapidamente possível (Tompkins, 1996, cit. Martinho, 2008).

2.2. PROBLEMAS DA HOSPITALIZAÇÃO

As queimaduras são uma emergência traumática, o indivíduo vê-se, repentinamente, defrontado com a hospitalização, dor e o comprometimento das suas funções vitais (Goyatá, 2005).

Para Ferreira (2006), as queimaduras representam ferimentos aterrorizantes que deixam sequelas físicas e psicológicas, acrescidas de prolongados períodos de hospitalização que representam, por sua vez,

separação de familiares, amigos, parentes e de toda a rotina da vida diária. A recuperação do queimado deve, por isso, iniciar-se no momento em que o paciente chega ao hospital e, não raras vezes, prolonga-se por vários meses após a alta. Importa demonstrar que, durante este período, o paciente pode ter uma vida independente e o objetivo é a integração funcional, familiar, social e profissional do mesmo (Russo, 1976, cit. Ferreira & Luís, 2002).

Ao sofrer uma queimadura, considera-se que o paciente passará por três fases distintas que relacionam tanto a recuperação física, quanto a psicológica. A primeira fase, intitulada por muitos autores de fase crítica, de ressuscitação ou de estabilização, corresponde às primeiras 72 horas após o acidente e caracteriza-se pela instabilidade do paciente (Carlucci, Rossi, Ficher, Ferreira & Carvalho, 2007). Nesta fase de ressuscitação, a maior preocupação é a sobrevivência do paciente queimado (Adcock, Boeve & Patterson, 1998, cit. Ferreira, 2006). Em paralelo com as transformações fisiológicas, as alterações psicológicas são decorrentes da separação da família, afastamento do trabalho, mudanças corporais, dependência de cuidados, perda de autonomia e tensão constante (Carlucci et al., 2007).

A segunda fase de recuperação, a fase aguda de reabilitação, resiste até ao final do tratamento e é caracterizada pela melhoria das condições físicas, mas o paciente enfrenta, ainda, processos dolorosos aquando os curativos e a mobilização. Os problemas psicológicos mais comuns são: tristeza, depressão, ansiedade e *stress* e outras dificuldades incluem ainda pesadelos, distúrbios de sono e regressão comportamental, tais como dificuldades interpessoais como hostilidade, raiva, dependência ou comportamento sexual inapropriado (Adcock, Boeve & Patterson, 1998, cit. Ferreira, 2006). Smith, Smith, Rainey e DelGiorno (2006) afirmam que, é também nesta fase aguda que, psicopatologias anteriores à queimadura se começam a instalar. Comportamentos disfuncionais, disruptivos e transtornos de

personalidade tornam-se protuberantes. Os pacientes podem sentir a culpa do sobrevivente, vergonha e autoconsciência com devastação, especialmente quando ferimentos faciais estão presentes. Mínimas limitações funcionais podem dar lugar à depressão.

Por último, a denominada fase crónica ou de reabilitação a longo prazo, começa quando o paciente deixa o hospital e se defronta com as atividades de reintegração à sociedade. Nesta fase, o primeiro ano é o mais difícil, pois o paciente apresenta, ainda, a memória viva do acidente, ganhando lentamente o senso de capacidade, à medida que experimenta mudanças familiares e profissionais. No entanto, outras alterações poderão advir da diminuição da autoestima e da alteração na qualidade de vida (Adcock, Boeve & Patterson, 1998, cit. Ferreira, 2006).

Com o avanço dos tratamentos e crescimento das taxas de sobrevivência dos pacientes vítimas de queimaduras extensas torna-se indispensável compreender tanto as questões relacionadas com a sua reabilitação, tais como a dor e sequelas, como as questões relativas à sua QDV, tais como readaptação funcional, emocional e social (Crisóstomo et al., 2004; Piccolo, Daher, Gragnani & Ferreira, 2011).

“Poucas são as doenças que trazem sequelas tão importantes como a queimadura grave. Mesmo com a sobrevivência física e a ocorrência da epitelização de toda a pele, as cicatrizes, as contracturas e a distorção da própria imagem culminam com frequência na “morte social”. É de fundamental importância a prevenção destes acidentes, devendo a queimadura ser encarada como um trauma que pode ser evitado através da aplicação de princípios epidemiológicos, realização de campanhas de conscientização e medidas legislativas” (Silva, Oliveira, Costa, & Serra, 2004, p.201).

3. PROCESSO DE REABILITAÇÃO E IMPACTO DAS QUEIMADURAS

A queimadura grave tem um impacto profundo e multidimensional na vida de uma pessoa desde o momento do incidente, e ao longo das várias fases do processo de recuperação, podendo manter-se para a vida (Travado, Martins, & Ventura, 2005). As sequelas e limitações podem associar-se a maiores dificuldades na gestão do dia a dia devido ao preconceito, estigmatização e discriminação, podendo levar a pessoa a experienciar uma dor psíquica tão ou mais intensa, complexa e desafiadora do que a dor da própria lesão (Macedo, 2018).

O progresso alcançado no tratamento dos pacientes queimados não procura apenas a sobrevivência dos mesmos, mas pretende antes reintegrá-los na sociedade com uma boa QDV. A QDV é, assim, parte integrante na história clínica de cada paciente (Silval, Naspitz, & Solè, 2000, cit. Silva, Oliveira, Vale, & Batista, 2013), envolvendo uma elevada complexidade biológica, social e psicológica (Wilson & Cleary, 1995, cit. Santos, 2016). Tendo como foco a readaptação funcional, emocional e social (Crisóstom et al., 2004), a QDV envolve também as características de cada pessoa, os mecanismos de enfrentamento (*coping*) e as especificidades do meio ambiente (economia e apoio social) (Wilson & Cleary, 1995, cit. Santos, 2016).

Neste contexto abordamos o impacto das queimaduras numa perspetiva física, psicológica, emocional, social e económica.

3.1. ASPETOS FÍSICOS

A pele pós-queimadura e recentemente tratada é frágil, seca e suscetível à queimadura do sol. Ressecamento, descamação e prurido são típicos nas lesões com reepitelização recente. O cuidado inadequado da pele pode resultar em perturbações de humor, depressão e complacência quanto ao tratamento no processo de reabilitação (Goyatá, 2005).

Na alta hospitalar, o paciente passa a ser o responsável pelo tratamento da sua pele e isso inclui: a limpeza das lesões para prevenção de infecções, a aplicação de creme hidratante sobre as cicatrizes, o uso de materiais de contensão e compressão, a maior ingestão de líquidos, a não exposição ao sol por aproximadamente um ano e os posicionamentos adequados das áreas afetadas pelas queimaduras. Estes cuidados devem ser realizados com vista à prevenção de sequelas, mas também podem representar uma limitação potencial para o trabalho e para o convívio familiar e social (Goyatá, 2005). Durante estes anos seguintes de recuperação, as cicatrizes evoluem e a evidência do desfiguramento incorpora-se na vida do paciente. As consultas para revisão de cicatrizes podem reabrir feridas emocionais que expõem, mais uma vez, a dor vivida. A lesão é, novamente, colocada em primeiro plano e, ainda que alguma melhoria seja oferecida, a subsistência do desfiguramento deve ser encarada (Pinto, Montinho, & Gonçalves, 2010). Assim, nesta fase, além do processo de cicatrização das lesões e do cuidado da pele, o desfiguramento passa a representar um dos maiores problemas do paciente que sofreu queimaduras por causar um profundo efeito na imagem corporal e expectativas na interação social, especialmente naqueles que apresentam queimaduras na face e nas mãos (Bras, Loncar, Brajković, Gregurek, & Micković, 2007; Fauerbach et al., 2000; Hurren, 1995; Piccolo et al., 2006).

Fatores relacionados com a natureza, extensão, profundidade e localização das lesões por queimaduras também determinam, em grande parte, as limitações na capacidade física do paciente. Queimaduras elétricas e químicas geralmente resultam em danos teciduais mais profundos, podendo acometer músculos e estruturas ósseas. Acidentes em consequência de choque elétrico de alta tensão podem resultar em perdas de estruturas nobres do corpo e a amputação passa a ser uma resposta necessária. Já as queimaduras que envolvem substâncias inflamáveis (ex. álcool e gasolina), também podem motivar

queimaduras mais extensas e severas. As áreas queimadas localizadas em membros superiores e/ou inferiores, bem como articulações, podem levar ao comprometimento funcional do paciente interferindo, por isso, na sua mobilidade física (Serra et al., 2004).

Em 1997, Firmino (cit. Souza, 2005) menciona que, do ponto de vista psicossocial, o paciente queimado vê-se condicionado pela exigência da beleza física de fora e pela sua própria exigência interna. Inconformado com as suas cicatrizes, que interferem na sua autoimagem, é possível imaginar o que uma pessoa queimada espera encontrar no momento de regresso às suas atividades quotidiana.

Num estudo realizado por Herson e colaboradores (2009), foram analisados os aspetos epidemiológicos envolvidos nas complicações tardias de pacientes vítimas de queimaduras durante um período de doze anos. Estes autores encontraram a contractura como o diagnóstico de 52.8% dos pacientes operados e destacaram as cirurgias efetuadas ao pescoço (26%) e à axila (22%) por gerarem alterações funcionais no movimento. Interessante foi, ainda, a conclusão de que os pacientes operados muito tempo após a ocorrência da contractura obtiveram maiores dificuldades na recuperação pós-cirúrgica.

Um outro estudo realizado alerta para as mudanças psicológicas do desfiguramento. Enquanto hospitalizado, o paciente refere sentir-se protegido, uma vez que os outros pacientes apresentam problemas semelhantes aos seus, mas quando próximo da alta hospitalar, já demonstram ansiedade, medo e sinais de distúrbio na sua imagem corporal. Os pacientes relataram, neste estudo, que existem dois momentos críticos associados à perceção das suas alterações corporais: quando observaram a sua imagem ao espelho e/ou quando reparam no olhar das outras pessoas (Bergamasco, Rossi, Amâncio, & Carvalho, 2002).

A perceção do paciente queimado em relação à sua imagem corporal é um importante fator a ser discutido, pois é recorrente a verbalização ou

percepção de sentimentos que refletem uma visão alterada do próprio corpo. Destas situações destacamos, a mudança real na estrutura e função, a perda de parte do corpo (amputações), o facto do paciente não tocar em áreas queimadas, a preocupação com a mudança ou perda, os sentimentos negativos em relação ao corpo e o medo da reação dos outros (Assunção, 2011; Corry, Pruzinsky, & Rumsey, 2009; Costa, Rossi, Dantas, & Trigueros, 2010; Pope, Solomons, Done, Cohn, & Possamai, 2007).

Rosenberg, Lawrence, Rosenberg, Fauerbach e Blakeney (2012) assumem que, mesmo em termos literários, tem havido um debate teórico sobre a relação existente entre a localização da cicatriz pós-queimadura e a imagem corporal. A hipótese "visível" postula que as cicatrizes socialmente visíveis, como as cicatrizes da face, estarão altamente relacionadas à insatisfação com a imagem corporal. Mas, a hipótese da cicatriz "escondida" também pode levar a uma imagem corporal negativa, uma vez que a pessoa apresenta menos oportunidades de aprender a lidar com as reações dos outros, vivendo diariamente com o medo de revelar a cicatriz. No entanto, há pouca evidência empírica para qualquer destas hipóteses.

Outro aspeto focado por Price (1990), diz respeito à autoimagem, como sendo a avaliação do indivíduo do seu valor social. No seu entender, o ambiente externo ou o mundo social funcionam como um espelho pelo qual o indivíduo realiza o seu próprio juízo de valor. Se a sociedade valorizar a apresentação do corpo, o indivíduo procura satisfazer esses critérios, mas qualquer obstáculo que não permita a obtenção dessa imagem corporal satisfatória pode resultar em problemas de autoimagem, bem como desencadear sentimentos de ansiedade, vergonha, desamparo e rejeição.

Neste sentido, acreditamos que a mudança da imagem corporal pode ter consequências no sistema pessoal, quando há alteração da imagem subjetiva que o paciente tem de si mesmo (*self*), no sistema interpessoal,

quando interfere nas relações de interatividade com a família e outros grupos sociais e, no sistema social, quando limita o regresso às atividades laborais, recreativas e religiosas (Goyatá, 2005).

3.2. ASPETOS PSICOLÓGICOS

Damásio (1998, cit. Praça, 2012) contempla que emoções e sentimentos são os responsáveis pela diferença, afirmando que ambas «são os sensores para o encontro, ou falta dele, entre a natureza e as circunstâncias». Também Goleman (1997, cit. Praça, 2012) partilha da mesma opinião, considerando que os estados emocionais podem «desempenhar um papel significativo na vulnerabilidade à doença e no decurso da convalescença». De facto, todos nós conhecemos a ligação entre estados emocionais fortes e a ocorrência do enfarte agudo do miocárdio ou entre a associação do *stress* à gripe (Carvalho & Carvalho, 2006, cit. Praça, 2012; Vlachaki & Maridaki-Kassotaki, 2013).

A adaptação psicológica dos pacientes queimados pode ser dividida em três fases, sendo a fase crítica e aguda aquela referente aos três primeiros meses; a crónica ou subaguda, a fase após o primeiro trimestre e, a tardia, que se reporta ao período superior a seis meses após a queimadura. Durante estas fases os sintomas psicológicos podem variar de leves, como o medo, tristeza, inquietação, preocupação e falta de confiança, a graves como a depressão, ansiedade, *delirium* e PSPT (Smith et al. 2006).

O impacto psicológico no paciente queimado depende de variados fatores, sendo que, de acordo com alguns autores, a capacidade psicológica prévia de adaptação tem sido descrita como o melhor preditor da subsequente capacidade de adaptação à condição, mais do que a severidade da lesão (Hudson, Al Youha, Samargandi & Paletz, 2017; Medeiros et al., 2012; Tarrier, Gregg, Edwards & Dunn, 2005). Embora tenha sido definido que a presença de sintomas está relacionada com a

dimensão da queimadura, Franulic e Gonzalez (2000) relataram que os pacientes com pequenos ferimentos também estão sujeitos a desenvolver marcadas complicações psicológicas.

Bras e colaboradores (2007) evidenciam que as limitações funcionais ocorridas, após um ferimento por queimadura, têm demonstrado ser preditores da depressão, assim como aponta a queimadura acidental como um evento que prediz um pobre prognóstico psicológico.

Palmu, Suominen, Vuola e Isometsä (2011) relatam que a prevalência de depressão e PSPT, um ano após a queimadura, pode variar amplamente dependendo do método de estudo realizado. Afirmam assim que a prevalência de depressão em estudos com entrevistas estruturadas é mais baixa (13-23%) do que em estudos baseados exclusivamente em questionários (25-65%). Por outro lado, relatam prevalências de PSPT mais elevadas quando diagnosticadas em entrevistas estruturadas (de 23-45%) do que nos questionários (13-19%). Os mesmo autores, num estudo mais recente, comprovaram que, no geral e nos meses seguintes à queimadura, mais de metade dos pacientes hospitalizados com queimaduras graves sofreram de vários tipos de transtornos mentais. Estes distúrbios não estão limitados à depressão e/ou ao PSPT. No entanto, certificam que a prevalência de transtornos mentais diminui ao longo do tempo após a fase aguda do tratamento imediato (Palmu, Suominen, Vuola & Isometsä, 2011).

Rosenberg e colaboradores (2012) referem que as manifestações mais comuns de sofrimento psicossocial são os distúrbios de sono, depressão, insatisfação com a imagem corporal, *stress* agudo e pós-traumático, bem como sintomas mais heterogêneos. Num estudo revisto pelos autores, o nível médio de *distress*¹ psicológico entre os pacientes com grandes queimaduras é relatado significativamente maior do que o da

¹ *Distress* é um termo que deriva da palavra *stress*. Neste artigo *stress* será considerado como neologismo. No entanto, *distress* será considerado como estrangeirismo e escrito em itálico.

amostra normativa. Esta evidência revela que o *stress* psicológico sentido no ambiente hospitalar pode ter um impacto duradouro na saúde e na função. O ritmo de recuperação é mais lento ao longo do primeiro ano pós-queimadura, havendo um comprometimento maior da função física e psicológica. Já num estudo longitudinal, o *distress* psicológico foi altamente correlacionado com a má qualidade de vida dos sobreviventes de queimaduras. Askay, Patterson, Sharar, Mason e Faber (2009) analisaram a principal causa de *distress* em adultos pós-queimadura sugerindo quatro explicações: as dificuldades físicas, as preocupações físicas e ajustes familiares, a imagem corporal, questões sociais e preocupações sobre o futuro e a combinação de dificuldades físicas e psicossociais.

3.3. ESTRATÉGIAS DE COPING

A verdade é que existem uma série de mecanismos que o indivíduo usa para enfrentar o trauma causado por uma queimadura e estes dependem, fundamentalmente, do tipo de *coping*, do padrão de personalidade, dos métodos de adaptação utilizados e do próprio contexto de vida. Não há um perfil de pacientes vítimas de acidentes por queimaduras porque cada qual enfrenta o trauma de forma individual (Hurren, 1995; Bernstein, 1983 cit Goyatá, 2005). Kidal (2003) acrescenta, ainda, que a adaptação e ajustamento psicológico após uma queimadura são influenciados por outros fatores como a gravidade da queimadura, o género, a visibilidade das cicatrizes e a situação de emprego.

Estudos anteriores demonstram que não apenas a vivência de eventos stressantes como, também, as formas escolhidas para enfrentar essas situações influenciam na adaptação e bem-estar das pessoas (Frota, 2010; Bras et al., 2007). Parece-nos, por isso, importante esclarecer a relação existente entre os processos de *coping* e os traços de

personalidade dos sobreviventes de queimaduras graves, bem como as suas repercussões.

No que diz respeito aos pacientes queimados ainda no estágio agudo (hospitalização), Fauerbach e colaboradores (2002, cit. Frota, 2010) observaram de forma consistente níveis de angústia mais elevados em pacientes que exibiam conflito entre a utilização do *coping* de aproximação (processamento) e o de evitamento (supressão), quando comparados a pacientes que usaram apenas um dos métodos.

Em complementação, Andrews e colaboradores (2010, cit. Frota, 2010) evidenciaram que, os pacientes que utilizam *coping* de evitamento um mês após a queimadura, apresentam mais sintomas depressivos três meses após o evento do que aqueles que empregam estratégias de aproximação. Estabelecem, por isso, uma relação positiva entre o *coping* de evitamento e os sintomas depressivos graves. Bras e colaboradores (2007), na mesma linha de pensamento, apontam que altos níveis de *coping* focalizados na emoção e baixos níveis de aceitação estão correlacionados com sintomas de PSPT e com problemas emocionais em geral. O *coping* de evitamento surge assim relacionado com o PSPT e com menor qualidade de vida.

Kildal, Willebrand, Andersson, Gerdin e Ekselius (2005) sugerem, no seu estudo, que a estratégia de *coping* utilizada pelo paciente está profundamente relacionada com o estado de saúde percebido referente a um longo período de tempo pós-queimadura, afetando fatores psicossociais, bem como, aspetos físicos da vida. A utilização do *coping* de evitamento e a falta de apoio emocional surge, mais uma vez, associado a maus resultados. Neste estudo, o uso de *coping* de evitamento esteve relacionado com o *status* de trabalho, estado civil e condições de vida. Pacientes que, no momento da investigação, estavam empregados, a viver com um parceiro ou detinham residência própria apresentaram-se menos propensos de relatar formas inadequadas de adaptação pós-queimadura. Algumas estratégias

podem ser mais dependentes da situação de vida e a sua utilidade pode, portanto, mudar como consequência da queimadura.

Ying, Petrini e Xin (2013) afirmam que os pacientes com queimaduras usualmente adotam estratégias de evitamento após a alta para impedir interações sociais (Tarrier, 1995, cit. Ying et al., 2013), sendo que estes pacientes acabam por ter uma vida isolada e uma pior recuperação (Taal & Faber, 1998, cit Ying et al., 2013).

Ao analisarmos a importância dos traços da personalidade associados às queimaduras encontramos estudos a demonstrar que, muitas vezes, a extensão da área queimada não é o mais importante preditor da readaptação destes sobreviventes. Obviamente, que é inegável a importância da extensão, profundidade e gravidade da queimadura, mas estes não são os únicos preditores da readaptação do indivíduo. Portanto, quando se trata de lidar com o *stress* causado pela queimadura, observa-se que a avaliação cognitiva e a resposta emocional ao trauma derivam, aparentemente, da personalidade (Gilboa, Bisk, Montag, & Tsur, 1999, cit. Frota, 2010). Neste mesmo sentido, Smith e colaboradores (2006) postulam que a personalidade e as estratégias de *coping* antecedentes à queimadura norteiam a adaptação do paciente durante as várias fases do seu tratamento. Subsiste, contudo, a necessidade de mais desenvolver mais investigações para esclarecer o papel dos aspetos psicológicos, como a personalidade e o *coping*, na recuperação do sobrevivente de queimaduras graves (Andrews, Browne, Drummond, & Wood, 2010).

3.4 ASPETOS SOCIOLABORAIS

Determinantes da QDV são, também, os aspetos sociais e emocionais. Os aspetos sociais abrangem os papéis sociais na família, no trabalho e na comunidade e os aspetos emocionais referem-se à confiança, à capacidade de avaliação e tomada de decisão, compreendendo

sentimentos de autoestima, atitudes de relacionamento, pensamentos sobre o futuro e eventos críticos da vida (Praça, 2012). Determinado por Trentini, Corradi, Arardi e Tigrino (2004, p.76) "*O estado emocional das pessoas está altamente associado à sua qualidade de vida, o indivíduo pode mostrar mudanças no seu modo de ser, geralmente, provocado por algum acontecimento de impacto*" surgiu o nosso interesse pelo estudo desta variável.

A queimadura é sempre, num contexto da vida, uma rutura e um traumatismo. Esta consolida todas as fragilidades pré-existentes do Ser Humano e evoca as dificuldades já esquecidas pela vítima, vindo perturbar as relações afetivas e familiares (Carlucci et al., 2007).

Numerosas reações de pessoas que sofreram queimaduras têm sido descritas na literatura. Problemas emocionais, psicológicos, psicossociais e a importância do apoio profissional para a recuperação, após a queimadura, foram investigados por variados autores (Briant, 1996, cit. Assunção, 2011; Laporte & Leonardi, 2010; Medeiros et al., 2010). No entanto, são cada vez mais frequentes os estudos direcionados para o meio social e para o seu efeito na vida dos indivíduos. Sabe-se que a saúde, quer física quer psicológica, exerce um efeito crucial na qualidade de vida, não se podendo desvincular das relações que se estabelecem entre as pessoas e redes sociais (Frota, 2010; Park, Choi, Jang, & Oh, 2008).

A aceitação de apoio social propriamente dita, assim como o facto de pertencer a uma rede social, podem conduzir a benefícios na saúde, por um lado para amenizar o confronto de situações, por outro a reforçar sentimentos de autoestima. Ambas as condições estão associadas a resultados de redução dos efeitos negativos de um trauma físico ou emocional (Lawrence & Fauerbach, 2003, cit. Frota, 2010). Também Sarason e colaboradores (1998, cit. Floro, 2007) mencionam a existência de dados empíricos e teóricos suficientes para garantir que o suporte social prestado pelas relações pessoais contribui para o ajustamento

positivo e desenvolvimento pessoal que serve de protetor contra os efeitos do *stress*.

Já Costa e colaboradores (2010) analisando pacientes que sofreram queimaduras alertam que o regresso ao convívio social também pode significar relacionar-se com um universo onde as cicatrizes e incapacidades são alvo de curiosidade, quando não de rejeição e sofrimento. Representado, e passível de leituras distintas de acordo com o contexto cultural, o corpo humano não pode ser dissociado da condição social, identidade grupal e expectativas sociais em que se insere. Hurren (1995) adianta, ainda, que ao ser alvo da curiosidade dos outros os pacientes queimados ficam sujeitos, muitas vezes, a questões referentes à sua condição, sendo forçadas a revelar mais informações de que uma pessoa não queimada teria de partilhar nas mesmas condições. Esta perda e invasão de privacidade levam a sentimentos de solidão, rejeição e isolamento social, podendo representar, inclusive, uma alteração na procura de contacto social.

Por outro lado, ser capaz de trabalhar não é apenas vista como uma forma de rendimento representando, também, a resolução de importantes necessidades psicossociais que são fundamentais para a identidade individual, papéis sociais e *status* social (Waddell et al., 2007, cit. Öster, Willebrand & Ekselius, 2011). Depois de sofrer uma queimadura, ser capaz de regressar ao trabalho está associado à normalidade e à integração social, enquanto que o contrário se relaciona com uma deficiência física e, conseqüente, baixa qualidade de vida (Öster et al., 2011; Rossi, Costa, Dantas, Ciofi-Silva, & Lopes, 2009).

Hurren (1995) salienta, ainda, que o regresso ao trabalho, após uma queimadura, pode revelar-se um desafio, particularmente, se o acidente ocorreu no local de trabalho ou ainda se o paciente associar negativamente o acidente e o trabalho.

De acordo com as pesquisas analisadas por Costa e colaboradores

(2010), as queimaduras nos membros inferiores e superiores são as que mais repercutem em impedimentos no trabalho. Da mesma forma, sujeitos com sequelas funcionais e estéticas refletem maior prejuízo na capacidade de trabalhar, exigindo o confronto com sentimentos de invalidez. Um estudo Sueco analisado indica mudanças significativas no regresso ao trabalho, uma vez que, entre os participantes no estudo, 30% tinham melhor emprego que antes da queimadura, 62% continuaram com a mesma função, mas com dificuldades e 8% encontravam-se num emprego pior ou que exigisse menor habilidades. Já Laporte e Leonardi, (2010) confirmaram que a SCQ é o preditor mais significativo do período sobre o qual a vítima de queimaduras demora a regressar ao trabalho.

Ainda assim, no que diz respeito à utilização dos recursos sociais, encontramos diferenças significativas no que toca ao género. As mulheres são referenciadas como as que utilizam mais eficazmente o suporte social e as redes disponíveis, aproveitando mais as suas amizades e exibindo um maior número de relações próximas, revelando-se mais e com maior disposição para procurar e oferecer ajuda. Contudo, não se concluiu que este facto se traduzia num menor índice de *stress* sentido (Turner & Lloyd, 1999, cit. Lopes, 2007). Na mesma linha de pensamento, Kildal (2003) verificou que os homens referem um *status* de saúde percebida melhor do que o das mulheres, sendo que estas manifestam ter mais problemas psicossociais, com relatos de baixa autoestima quando visivelmente desfiguradas e com problemas de adaptação à imagem corporal e funcionamento sexual.

A adaptação à situação de crise experienciada pelo paciente queimado parece ser facilitada quando este recebe apoio da família e amigos. Esta rede constituída pelas pessoas mais próximas, interna ou externa à família, estabelece um ambiente potencialmente acolhedor, onde o indivíduo se pode expor com um nível razoável de segurança de que será aceite (Price, 1990). Carlucci e colaboradores (2007) aferiram, por outro lado, que os indivíduos que sofrem queimaduras receiam,

particularmente, os sentimentos de repulsa e o medo de serem privados de afeto daqueles que o cercam e, por este facto, são frequentes as manifestações de insegurança e sentimentos de amor e ódio em relação à família e às pessoas próximas.

A participação dos familiares durante a hospitalização pode fomentar o desenvolvimento de um ambiente protetor, proporcionando a incorporação e o confronto da doença ou trauma, minorando a tensão e os riscos de crise, oferecendo, desta forma, uma melhor qualidade de vida. A participação dos familiares envolve assim uma dimensão biológica, psicológica, social, cultural e espiritual (Oliveira, 1994, cit. Carvalho, 2006).

Por outro lado, programas de habilidades sociais estão também disponíveis para facilitar a reintegração positiva do paciente queimado na sociedade, melhorando o conforto e aumentando a sua confiança nas interações sociais. Em Portugal, e fundada em 1995, a Associação Amigos dos Queimados (AAQ) pretende apoiar os pacientes queimados durante e após o seu internamento, procurando proporcionar a mais rápida e completa reinserção socioprofissional. Tal como é descrito no site <https://www.aaq.pt/associacao/> são realizadas atividades como campos de férias para crianças e adultos vítimas de queimaduras, organização de congressos e ações de prevenção, prestam apoio à reintegração social das vítimas e dão a conhecer ao grande público este grave problema social em Portugal.

CAPÍTULO II

A QUALIDADE DE VIDA

Sentir-se bem com uma boa condição de saúde são expressões comuns que, muitas vezes, são empregues de uma forma simpática e simplória como referência a uma boa qualidade de vida (QDV). No entanto, também conseguimos prever o quão difícil é definir saúde e qualidade de vida (Ferreira, 2006). Vejamos, então, alguns aspetos teóricos que procuram esclarecer o conceito.

4.1. ASPETOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

O conceito de QDV foi utilizado por volta de 1920, no contexto das condições de trabalho e das suas consequências no bem-estar dos trabalhadores (Pais Ribeiro, 2009). Entretanto, em 1970, os conceitos de QDV, bem-estar e estado de saúde passaram a ter importância entre os estudos académicos (Galinha & Pais Ribeiro, 2005). Assim, a partir de 1980 a noção de QDV passa a envolver diferentes dimensões que evidenciam a tendência de usar definições focalizadas e combinadas (Seidl & Zannon, 2004). A literatura passa a apresentar diversas definições conceptualmente diferentes com implicações de avaliação diversas (Pires, 2009).

Na área da saúde são vários os conceitos que interceptam a definição de QDV, uns de origem biológica e funcional, como o estado de saúde, estado funcional e incapacidade; outros de origem social e psicológica, como o estado de bem-estar, satisfação e felicidade; outros de origem económica (Fleck, 2008) e outros, ainda, de origem espiritual (Canavarro, 2010, cit. Costa, 2014).

Conceitos como QDV, bem-estar subjetivo, felicidade, satisfação com a vida, entre outros, são frequentemente conceitos empregues de forma equivalente para referenciar «a boa vida em geral». O próprio conceito de saúde é usado como sinónimo de QDV e são diversas as definições de QDV. A literatura apresenta inúmeras definições conceptualmente diferentes que se baseiam tanto na sensação de bem-estar como na

satisfação com diversas áreas da vida. Outras apoiam-se no diferencial entre o que o indivíduo deseja, ou espera ter, e o que tem, existindo ainda as que se baseiam na funcionalidade (Pais Ribeiro, 2009). Para a OMS, o conceito de QDV pode definir-se como *«a percepção de um indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo, afetado de um modo complexo pela saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relação com aspetos salientes do seu meio»* (Orley, 1994, cit. Meneses et al., 2013, p.1157).

No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas reconhece-se um interesse crescente pela avaliação da qualidade de vida, tanto pela inclusão de informações sobre a qualidade de vida, como de indicadores para a apreciação da eficácia, eficiência e impacto dos tratamentos e intervenções (Seidl & Zannon, 2004).

Saúde e qualidade de vida são, por isso, termos interrelacionados e complementares. A saúde contribui para a melhoria da QDV e esta, por sua vez, é fundamental para que a pessoa e a sociedade possam gozar de saúde. A saúde é, neste caso, um dos domínios fundamentais da QDV (Fleck, 2008) e o estado de saúde, um indicador essencial da avaliação subjetiva do indivíduo sobre a sua saúde, elemento este fundamental na caracterização não só da saúde, mas também do bem-estar e da qualidade de vida das populações (Almeida, Gutierrez, & Marques, 2012).

A partir do início da década de 1990, parece existir um consenso quanto a dois aspetos relevantes em torno do conceito de QDV: a subjetividade e a multidimensionalidade (Seidl & Zannon, 2004). A natureza abstrata da noção de QDV explica porque “boa qualidade” tem significados distintos para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diferentes. Assim, QDV é um conceito que está subordinado a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para

cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo (Paschoal, 2000; Pais Ribeiro, 2009).

A OMS tem colaborado tanto teórica como metodologicamente no âmbito da QDV. Validando a sua natureza multidimensional determinou quatro dimensões do constructo: física, referente à percepção que o indivíduo tem da sua condição física; psicológica, relativa à percepção que o indivíduo tem da sua condição afetiva e cognitiva; social, associada à percepção que o indivíduo tem das suas relações e papéis sociais; e ambiente, relativa à percepção que o indivíduo tem do meio e contexto em que vive (WHOQOL, 1995, 1998, cit. Gaspar, Matos, & Ribeiro, 2008).

A opinião de cada pessoa sobre o seu estado de saúde é um dos importantes indicadores recomendados pelo Ministério da Saúde para a avaliação do estado de saúde e QDV das populações (Costa, 2014). Por ser um conceito holístico, que se relaciona com as experiências atuais e passadas do indivíduo, dificilmente pode ser completamente operacionalizado (Gaspar et al., 2008).

Atualmente, quando se pensa em QDV, valoriza-se muito mais do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. QDV é como um movimento total que abrange todo o corpo biológico, psicológico, cultural e ecológico, permitindo tanto o profissional de saúde como o paciente avaliar, além dos aspetos das eventuais sequelas de uma doença ou acidente, os impactos negativos do seu tratamento e da sua hospitalização. O indivíduo detém a percepção do seu bem-estar físico, emocional, psicológico, mental, espiritual, social e ambiental num contexto cultural e sistema de valores próprio (Costa & Lourenço, 2002).

4.2. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

A revisão da literatura conduzida por Pedroso e Pilatti (2010) elucidam que a introdução da QDV na área da saúde se deve a três fatores: o avanço tecnológico, que proporcionou melhores condições de saúde e aumento da expectativa de vida; a mudança no contexto epidemiológico das doenças, uma vez que as doenças crônicas passaram a apresentar um perfil dominante; e, finalmente, a mudança sobre a visão do Ser Humano, que anteriormente era aceite como um organismo biológico e, atualmente, é visto como um agente social (Belasco & Sesso, 2006; Pedroso & Pilatti, 2010).

Qualidade de vida relacionada com a saúde é uma condição subjetiva de saúde, centrada na avaliação subjetiva do paciente, mas necessariamente relacionada ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade de o indivíduo viver plenamente (Pires, 2009). Do ponto de vista genérico, a qualidade de vida relacionada com a saúde refere-se às doenças (qualquer que seja a doença) e analisa a contribuição desta e do seu tratamento para o bem-estar de cada indivíduo. Especificamente, qualidade de vida relacionada com a saúde refere-se ao modo como uma doença específica afeta ou limita a QDV (Silva, 2003, cit. Praça, 2012). Dito de outra forma, Ribeiro (1994, cit. Floro, 2007) explica que a QDV relacionada com a saúde aborda aspetos da vida especificamente significativos para o estatuto de saúde e os cuidados de saúde, excluindo outras dimensões como a habitação, estatuto financeiro e ambiente. O conceito é, por isso, determinado pelo bem-estar emocional e pelo funcionamento social, físico e cognitivo (Torrance, 1987, cit. Floro, 2007). Esta abordagem pode incluir consequências indiretas relacionadas à doença, tais como, a impossibilidade de realizar atividades laborais ou de lazer (Ebrahim, 1995, cit. Silva, 2015).

Interessa esclarecer que alguns autores como Bradley (2002) distinguem estado de saúde de QDV, entendendo pelo primeiro a dimensão com que a pessoa sente que a sua saúde é boa ou má. Contudo, outros

autores como Jacobson (2002) ressaltam que a QDV relacionada com a saúde enquanto constructo focaliza-se nos efeitos da doença, sintomas, curso e tratamento na vida do doente e que tem implícito o pressuposto de que, após o diagnóstico de uma doença, a saúde passa a ser considerada pelo doente como um dos aspetos mais importantes da sua vida, do seu mundo e da sua existência. Esta perspetiva pressupõe que os conceitos de saúde e de QDV possam ser usados como sinónimo no contexto dos cuidados de saúde.

Alertamos, assim, que a QDV relacionada com a saúde é um constructo latente, que não é observado diretamente e só pode ser depreendido de forma indireta através de indicadores (Lezaun, 2006, cit. Praça, 2012). Está diretamente relacionado com a perceção que cada um tem de si e dos outros, do mundo que o rodeia e pode ser avaliado mediante critérios adequados, tais como, a educação, a formação de base, a atividade profissional, as competências adquiridas, a resiliência pessoal, o otimismo, as necessidades pessoais e a saúde (Leal, 2008, cit. Praça, 2012).

Medidas da QDV relacionada com a saúde têm sido cada vez mais importantes como complementos às medidas biológicas ou clínicas de doenças, refletindo o crescente reconhecimento da relevância de como os pacientes se sentem de modo geral e o quanto estão satisfeitos com o tratamento (Prebianchi, 2003, cit. Bertolletti, 2013).

Para avaliar a QDV é necessário reunir diferentes dimensões da vida do Ser Humano, que incluem a perceção e expectativas subjetivas sobre a vida (Seidl & Zannon, 2004), assim como questões objetivas que refletem as condutas clínicas face a doenças (Almeida et al., 2012).

Por concordamos com Costa (2014, p. 38) citamos:

“Concluimos que, saúde, bem-estar e qualidade de vida não são sinónimos. A qualidade de vida é um termo pessoal, bastante abrangente que inclui todos os aspetos da vida do

indivíduo, objetivos e subjetivos e em diferentes momentos. A qualidade de vida relacionada com a saúde engloba, para além da saúde física, a perceção do indivíduo sobre a sua vida (bem-estar) bem como os fatores psicológicos, económicos, sociais e espirituais associados. A avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde é centrada no indivíduo, numa perspetiva holística e na sua experiência de vida. A saúde é apenas um dos seus domínios. A sua mensuração deve incluir dimensões positivas e negativas relacionadas com os quatro domínios básicos: o estado funcional, sintomas associados à doença e/ou tratamento e o funcionamento psicológico e social. É importante que cada um de nós procure uma boa qualidade frente às dificuldades e limitações individuais”.

4.3. QUALIDADE DE VIDA NO PACIENTE QUEIMADO

A maioria dos sobreviventes de queimaduras acaba, eventualmente, por se adaptar bem e retomar a vida e atividades produtivas com autoestima e interações sociais satisfatórias. Dados empíricos indicam que o primeiro ano pós-queimadura é repleto de desconfortos e angústias, mas grande parte da dificuldade é passageira, no entanto, o processo de adaptação psicológica continua por vários anos. Os sintomas da perturbação que persistem entre os sobreviventes de queimaduras tendem a ser de tal forma que apenas os amigos mais íntimos e familiares vão observá-los (por exemplo, insatisfação com a imagem corporal e ansiedade social). Que os sobreviventes de queimaduras ficam surpreendentemente bem nunca deve ser indicativo da facilidade em adaptar-se, no sentido de minimizar a dor e o sofrimento que apresentam, quer física quer psicologicamente (Rosenberg et al., 2012).

Costa, Rossi, Lopes e Cioffi (2008) realizaram um estudo com pacientes queimados durante o processo de reabilitação com o objetivo de interpretar os significados atribuídos à QDV, partindo do pressuposto que os sentidos individualmente atribuídos a este conceito se articulavam com significados socialmente construídos, refletindo assim conhecimentos, crenças, prioridades, práticas, padrões e valores sociais vigentes num determinado momento histórico e que expressam peculiaridades culturais de grupos sociais e sociedades. Os resultados sugerem como principais atributos associados à QDV: a manutenção dos laços familiares e amigos, ter saúde, ter higiene satisfatória, poder trabalhar, sentir momentos de lazer e satisfazer as necessidades familiares de alimentação, residência e conforto. As dimensões vida familiar, integração social, trabalho, normalidade e autonomia são eixos orientadores para as interpretações feitas ao conceito de QDV no grupo estudado por Costa e colaboradores (2008). Os significados atribuídos à condição de «normalidade» remetem os sujeitos para o seu estado anterior à queimadura, tal como Rossi e colaboradores (2009) explicam mais tarde num estudo similar.

Laporte e Leonardi (2010) afirmam que a maioria dos sobreviventes de grandes queimaduras se ajusta absolutamente bem quando regressam à sua vida, sendo que as crianças se adaptam melhor que os adultos. Concluem que, após uma revisão da literatura, a readaptação de pacientes queimados e a sua QDV melhoram com o tempo, independentemente da extensão ou gravidade da lesão.

Indo de encontro aos mesmos resultados, Ricci e colaboradores (2013) realizaram um estudo em vítimas de queimaduras questionadas cinco a sete meses após a alta hospitalar e, no momento da entrevista, a maioria dos participantes exibiu um bom estado de saúde percebido, com piores resultados para o domínio das habilidades funcionais simples.

A verdade é que são muitos os fatores que influenciam a QDV dos pacientes queimados incluindo sintomas físicos, estado funcional

(autocuidado, mobilidade, atividade física), atividades relacionadas com o papel (trabalho, administração do lar), funcionamento social (interações pessoais, intimidade, interações com a comunidade), estado emocional (ansiedade, *stress*, depressão, *locus* de controlo, bem-estar espiritual), cognição, sono e repouso, energia e vitalidade, a perceção de saúde e satisfação global com a vida (Park et al., 2008).

Stavrou e colaboradores (2014) alertam para o facto que, quando comparados com a população geral, os sobreviventes de queimaduras apresentam pior qualidade de vida e níveis mais elevados de *stress* emocional, mas chamam a atenção para a importância do momento em que a QDV é avaliada. A maioria dos pacientes recupera rapidamente após a fase aguda da lesão e o período de recuperação inicial sugerindo, por isso, que a avaliação deve iniciar-se duas semanas após a alta hospitalar, pois a perceção da lesão pelos pacientes queimados muda constantemente até estabilizar.

Gilboa (2001) assegura que, notavelmente, os pacientes queimados que apresentam comorbidades psiquiátricas, distúrbios pós-traumáticos e insatisfação com a imagem corporal têm dificuldades na adaptação pós-lesão e no estabelecimento de uma visão mais positiva da QDV.

Contrariando todos os resultados, Zapata e Estrada (2010) obtiveram baixa QDV entre vítimas de queimaduras devido conjugação de grande percentagem de trauma físico e psicológico e altos níveis de pobreza. Neste estudo, as características sociodemográficas influenciaram negativamente o comportamento dos componentes que formam a QDV. Estes autores verificaram que os índices da QDV tiveram uma influência negativa quando os pacientes apresentaram queimaduras graves em diversas partes do corpo, como rosto e peito, e pertenciam ou beneficiavam do regime bonificado, por afetar o acesso aos tratamentos pós-queimadura. Assim, ao depararem-se com uma amostra de nível socioeconómico baixo relacionaram as limitações de acesso aos serviços de reabilitação física e mental com a baixa QDV.

Quando avaliadas as dimensões da QDV os resultados podem ser diversos: Elsherbiny e colaboradores (2011) e Kildal (2003) retratam um impacto negativo na saúde quando as dimensões sensibilidade ao calor, trabalho, afeto e imagem corporal apresentaram baixos índices. Salvador e colaboradores (1999, cit. Elsherbiny et al., 2011) que analisaram a QDV de pacientes espanhóis com queimaduras, verificaram que estas representam um grande problema no que diz respeito ao afeto e à saúde psicológica geral. Em concordância, Knighton (2007, cit. Elsherbiny et al., 2011), afirmou que o *stress* das queimaduras pode precipitar uma crise psicológica e a aparência física alterada, bem como a autoestima, é geralmente afetada negativamente no paciente que sofreu uma grande queimadura.

Vários estudos sugerem que o *stress* psicológico prediz maus resultados em termos de QDV, facto sustentado também por Fauerbach e colaboradores (1997, cit. Rosenberg et al., 2012) que verificaram que a presença de uma perturbação psiquiátrica antes da queimadura prevê ajustamentos psicossociais mais pobres e índices baixos de QDV após uma queimadura.

Dyster-Aas, Kildal e Willebrand (2007) afirmam que, em comparação com as pessoas que regressaram ao trabalho após a queimadura, aqueles que não o fizeram apresentam consideravelmente menores índices de QDV, bem como baixas clínicas mais prolongadas, maior número de crenças disfuncionais e mais sintomas de PSPT.

A insatisfação com a imagem corporal, no momento da alta clínica, está associada a longos períodos de baixa QDV relacionada com a saúde mental entre pacientes adultos com lesões desfigurantes (Corry et al., 2009; Rosenberg et al., 2012). Do mesmo modo, a PSPT quando presente na fase de reintegração é preditiva de significativos e prolongados problemas de ajustamento durante as fases subsequentes da recuperação (Rosenberg et al., 2012). Thombs e colaboradores (2007, cit. Corry et al., 2009) avaliaram os níveis de depressão, imagem corporal e

função física numa amostra de pacientes queimados e descobriram que quase metade (46%) deste grupo apresentou sintomas leves de depressão e que a insatisfação com a imagem corporal foi o único, e mais importante, preditor de depressão. Interessante é também salientar que a presença de depressão não foi associada nem à existência de uma lesão na face, nem ao tamanho da queimadura, nem à idade do paciente. Este estudo reforça o efeito único e poderoso da insatisfação com a imagem corporal sobre a QDV dos sobreviventes de queimaduras, independentemente do tamanho e da localização da mesma.

Leblebici e colaboradores (2006) identificaram que os pacientes queimados que possuem contracturas apresentam valores mais baixos nos domínios de capacidade funcional, aspeto físico e dor. Stavrou e colaboradores (2014), abordando os aspetos físicos que interferem com a QDV dos pacientes, afirmam que às cicatrizes e contracturas resultantes de uma queimadura se junta outra manifestação inevitável da pele cicatrizada, o prurido. Presente em até 87% dos adultos e 100% nas crianças, o prurido é mais proeminente após a reepitelização das queimaduras e desaparece apenas durante o 2º ano após o acidente. No entanto, os sintomas podem ser persistentes em 59% dos pacientes, com uma média de nove anos após a queimadura, existindo outro estudo apontando para que 72% dos pacientes apresente prurido em dezassete anos após a cicatrização das queimaduras. O prurido foi mencionado por afetar a capacidade de concentração, interrupção do sono e por causar ferimentos superficiais repetitivos interferindo com a QDV (Van Loey et al., 2012; Stavrou et al., 2014).

Por outro lado, Cromes e colaboradores (2002) concluíram que quanto menor for o tempo de internamento dos pacientes que foram vítimas de queimaduras, melhor é a sua QDV, sendo também mais rápido o retorno ao convívio social.

Adicionalmente, Landolt, Grubenmann e Meuli (2002) constataram que a QDV é positivamente influenciada por uma maior coesão familiar,

maior expressividade e menos conflitos familiares.

Estudos realizados no Brasil e em Itália mostraram que os aspectos da vida que tiveram maiores alterações, durante o primeiro ano de reabilitação de vítimas de queimaduras, foram o trabalho, o lazer e os hábitos diários. Entretanto, dois fatores foram indicando crescente importância no processo de reabilitação, por influenciar a QDV das vítimas de queimaduras, sendo estes o tipo de relacionamento existente entre parceiros e família, e a presença ou ausência de ansiedade e depressão (Ricci et al., 2013).

Salientamos Pedrosa Júnior, Vieira e Alves (2010) quando retratam as modificações decorrentes do trauma da queimadura em prejuízo da QDV das vítimas. Para estas, existem numerosos fatores comprometedores da sua QDV após a queimadura e, representando desvantagens experimentadas no cotidiano, enumeram: a dificuldade em obter um trabalho ou adaptar-se a ele ou, ainda, reconhecer que não apresentam condições para trabalhar novamente; a necessidade de desenvolvimento de estratégias voltadas para a recuperação da normalidade; a disponibilidade de tempo gasto nos cuidados diários à pele queimada; a exigência de mudança na rotina diária motivada por limitações físicas; o prejuízo causado na relação com familiares, principalmente no que diz respeito ao relacionamento afetivo e sexual; o impedimento de realização de atividades de rotina e de lazer com os filhos; a perda de autonomia para realizar tarefas simples que antes concretizavam sem lhes atribuir qualquer importância.

Ying e colaboradores (2013) revelaram que também as características demográficas, tais como a idade, o emprego, o estado civil, o rendimento familiar e a gravidade da lesão, acompanhado com queimaduras da face, mãos e área genital estão relacionadas com alterações na QDV e nas estratégias de *coping* após uma queimadura. Moi, Wentzel-Larsen, Salemark, Hanestada (2007) demonstraram que, em média, 47 meses depois do paciente ter sofrido uma queimadura, a lesão

ainda interferiu de forma significativa com o seu estado de saúde e trabalho. Neste estudo aditam, ainda, que fatores sociais como viver sozinho, ter uma habitação ou apresentar problemas económicos estão correlacionados com a redução do estado de saúde após uma queimadura sugerindo, assim, que o rendimento e o suporte emocional da família são fatores importantes que influenciam a QDV do paciente queimado após a sua alta.

Mesmo após prolongados anos de tratamento a sequelas, os pacientes queimados ainda são submetidos a longos e, nem sempre simples, processos que apontam para uma melhoria visual e funcional das cicatrizes resultantes. Movidos pela necessidade de cuidado psicológico contínuo, ainda assim negligenciado pela sociedade ou mesmo, em alguns casos, pela sua própria família, a necessidade de readaptação social é latente e de suma importância para a manutenção da QDV desses pacientes (Piccolo et al., 2006).

CAPÍTULO III

FAMÍLIA E INTELIGÊNCIA EMOCIONAL COMO FATORES DA ADAPTAÇÃO PÓS-QUEIMADURA

Pretendemos neste capítulo descrever alguns fatores que consideramos ser relevantes na adaptação do paciente queimado após a queimadura, nomeadamente, o papel da família e da história de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida e da inteligência emocional percebida.

A vivência de um episódio de queimadura pode acarretar diversas dificuldades nos níveis físico, emocional e sociolaboral, mas também na relação do paciente consigo próprio, com os outros e com o contexto circundante, podendo ser útil a ativação de recursos emocionais prévios para lidar com a situação. Neste sentido, importa analisar o ambiente familiar e a inteligência emocional percebida por se considerar que podem ser aspetos importantes para a evolução mais favorável do paciente no pós-queimadura.

5. O AMBIENTE FAMILIAR

As experiências desfavoráveis na infância são altamente prevalentes e tendem a coocorrer, sendo a exposição a variados tipos de experiências adversas um dado consistente na literatura. A investigação da relação entre as experiências adversas na infância e o estado de saúde na idade adulta, tem verificado que a adversidade está ligada a consequências negativas em diferentes dimensões, que incluem mais problemas físicos, psicológicos, cognitivos, comportamentais, sociais e emocionais (Afifi, Mota, Dasiewicz, MacMillan, & Sareen, 2012).

Há um consenso evidente no que respeita ao facto de que a família é a “arena primária” onde a criança vai desenvolver a sua socialização. Percebemos, também, que as características da família de cada indivíduo têm uma influência importante no seu desenvolvimento psicossocial, com implicação quer na infância, quer ao longo da vida (Melchert, 1991). A família e as experiências familiares podem constituir um fator protetor ou de risco, conforme a sua competência de assegurar

ou não proteção, a sobrevivência e o bem-estar da criança (Golder, Gillmore, Spieker, & Morrison, 2005). O desenvolvimento da criança e o seu bem-estar psicológico posterior podem ser afetados por contextos de adversidade no ambiente familiar (Rosenman, & Rodgers, 2004). São diversas as investigações que demonstram uma influência direta das vivências experienciadas na família de origem sobre indicadores de saúde na vida adulta.

O conceito de família compreende um grupo composto por pais e filhos, considerado como o núcleo familiar. Em termos mais alargados, e por graus de parentesco, temos os restantes elementos. Os parentes podem ter uma relação de proximidade ou afastamento, dependendo de cada um e os processos de socialização da família são influências marcantes para o comportamento na infância e adolescência. O ambiente familiar caracteriza o núcleo das famílias, com hábitos ou tradições, cultura ou educação, que sustenta o dia-a-dia e faz com que os elementos se sintam mais ou menos seguros ou protegidos (Zoio, 2014).

Para a psicologia, a família é o primeiro ambiente no qual se desenvolve a personalidade nascente de cada novo Ser Humano. Portanto, a família é vista como o primeiro espaço psicossocial, protótipo das relações a serem estabelecidas com o mundo. É a matriz da identidade pessoal e social, uma vez que é nela que se desenvolve o sentimento de pertinência que vem com o nome e fundamenta a identificação social, bem como o sentimento de independência e autonomia (Minuchin, 1976, cit. Macedo, 1994).

No ambiente familiar, a criança aprende a dirigir e resolver conflitos, a controlar emoções, a expressar os diferentes sentimentos que constituem as relações interpessoais, a lidar com as diversidades e adversidades da vida (Wagner, Ribeiro, Arteché, & Bornholdt, 1999). Essas habilidades sociais e a sua forma de expressão têm repercussões noutros ambientes com os quais a criança, o adolescente ou mesmo o adulto interagem, processando aspetos salutareis ou provocando problemas e

transformando a saúde mental e física dos indivíduos (Dessen & Polonia, 2007).

A família pode representar um fator de proteção ou de risco, dependendo do seu funcionamento e da sua dinâmica. Práticas educativas saudáveis, bom funcionamento familiar, vínculo afetivo, apoio e controle parental operam nas famílias como fatores de proteção (Reppold, Pacheco, Bardagi, & Hutz, 2002). Eles são compreendidos como fatores ou processos que reduzem o impacto do risco e exercem efeitos positivos na saúde mental do indivíduo, podendo operar como pontos de apoio, contribuindo para uma adaptação bem-sucedida promovendo a resiliência (Morais & Koller, 2004). Em casos contrários, a família revela-se como fatores de risco. Estes são percebidos como condições ou variáveis que estão associadas a uma elevada possibilidade de ocorrência de consequências negativas ou não desejáveis (Jessor et al., 1995, cit. Siqueira & Dell'Aglio, 2007). O risco, no entanto, não é percebido de forma estática, mas como processo, definido a partir de uma determinada situação, das suas implicações e dos seus resultados específicos (De Antoni, 2005). Estes fatores, se presentes, aumentam a probabilidade de a criança desenvolver uma desordem emocional ou comportamental e podem incluir atributos biológicos e genéticos da criança e/ou da família, bem como fatores da comunidade que influenciam, tanto o ambiente da criança quanto a respectiva família (Maia & Williams, 2005).

5.1. O IMPACTO DA PARENTALIDADE DE RISCO

A vulnerabilidade à psicopatologia decorre, geralmente, da acumulação da exposição a fatores de risco, que são assinalados por acontecimentos stressantes ou circunstâncias pessoais/ambientais que potenciam perturbações mentais ou de comportamento, comprometendo a capacidade de adaptação (Haeffel & Grigorenko,

2007).

O estudo de que as pessoas expostas a um marcado *stress*, na sua maioria, não desenvolvem psicopatologia redirecionada, portanto, o foco de análise para variáveis do sujeito, dentro de um provável *continuum* de vulnerabilidade e resiliência. A psicopatologia passa, então, a ser investigada enquanto uma sequência que se estende através do tempo, mais do que como um estado (Coyne & Downey, 1991, cit. Bastos, Uripia, Pinho, & Filho, 1999) e, em vez de abordar a vulnerabilidade como um atributo fixo da pessoa, em interação com stressores contextuais, volta-se para as circunstâncias que originam, mantêm ou modificam essa condição, assim como, para os recursos pessoais e sociais disponíveis para o confronto desse *stress* (Bastos et al., 1999). Assim, e apesar de serem consideradas produto das experiências passadas, tanto a vulnerabilidade como a resiliência, que vulnerabilizam ou protegem o indivíduo para a psicopatologia na idade adulta, não são estados adquiridos e imutáveis, mas antes um processo que constantemente se transforma e que, com novas experiências, se pode alterar ou reorganizar (Monteiro, 2009).

São várias as investigações que evidenciam uma relação clara entre adversidades vividas durante a infância e a diminuição da qualidade de vida ou desenvolvimento de perturbações físicas e psicológicas na idade adulta (Anda et al., 2002).

Neste contexto, e sobretudo a partir dos estudos de Bowlby e colaboradores (1984, cit. Bastos et al., 1999), têm sido intensamente consideradas as consequências da experiência precoce, particularmente relativas à presença de condições precárias do ambiente familiar, sobre a experiência posterior do indivíduo. A suposição de que tais efeitos são duradouros e cruciais têm dado origem a uma ampla gama de investigações que geram novas hipóteses, como as de um período crítico ou sensitivo ainda forte em embriologia.

Consideramos que as características da família influenciam o desenvolvimento psicossocial, com implicações na infância e ao longo da vida. Existe ainda consenso no que respeita ao facto da família ser o espaço onde a criança desenvolve a sua identidade, sendo o contexto, por excelência, de aprendizagem de comportamentos e do modo como lida com o mundo (Michel, 2006). Sabe-se hoje, por exemplo, que uma variedade de comportamentos relacionados com a saúde, valores e estilos de vida instituídos durante a adolescência refletem comportamentos de modelagem da família. Estes, têm uma grande probabilidade de se perpetuar ao longo da vida, com consequências na saúde e no bem-estar dos indivíduos (Jessor, Turbin, & Costa, 1998, cit. Monteiro, Maia, & Mendonça, 2008).

Crescer e viver num ambiente familiar marcado pela incerteza das normas comportamentais dos (não) cuidadores, ou num ambiente em que o padrão comportamental determinado é a vitimização constante da criança, que muitas vezes chega mesmo a colocar em risco a sobrevivência da mesma, faz com que esta tenha de desenvolver habilidades de adaptação ao meio disfuncional em que vive (Herman, 1997, cit. Pereira, 2011).

Barnett (1997, cit. Maia & Williams, 2005) assegura que nenhum outro fator de risco tem uma associação mais forte com a psicopatologia do desenvolvimento do que uma criança maltratada, querendo com isto dizer que o abuso e a negligência originam consequências profundamente negativas no curso de vida da mesma. Segundo este autor, as sequelas do abuso e da negligência abrangem vários domínios do desenvolvimento da criança, incluindo as áreas da cognição, linguagem e desenvolvimento sócio-emocional. As crianças maltratadas, vulgarmente, apresentam deficit na habilidade de regular o afeto e no comportamento geral.

Uma investigação recente verificou que os maus-tratos perpetrados nos primeiros anos de vida apresentam um maior risco para desenvolver

sintomas de depressão e ansiedade na vida adulta, enquanto que, a exposição aos maus-tratos numa fase posterior é mais preditiva de problemas comportamentais na idade adulta (Kaplow & Widom, 2007). Estudos sugerem, também, fatores de risco específicos para cada tipo de maltrato. Uma pesquisa determinou que o baixo envolvimento materno, separação da mãe nos primeiros anos de vida e os problemas durante o período perinatal são fatores de risco para o abuso físico, enquanto a pobreza e a grande dimensão da família foram fortemente associadas à negligência. Ser do género feminino, ter deficiência, mãe falecida e crianças a viver com padrasto foram condições associados ao abuso sexual (Brown, et al., 1998, cit. Pinto & Maia, 2009).

Contudo, além do impacto ao nível da psicopatologia e dos problemas comportamentais, a investigação tem mostrado que as experiências de abuso e negligência na infância são, também, preditores de comportamento de risco para a saúde e condições físicas, nomeadamente, uso/abuso de substâncias ilícitas (Dube et al., 2003), dependência da nicotina, dependência do álcool (Hussey, Chang, & Kotch, 2006), maior envolvimento em comportamentos sexuais de risco (Rodgers et al., 2004), infeções sexualmente transmissíveis (Hillis, Anda, Felitti, Nordenberg & Marchbanks, 2000), gravidez na adolescência (Hillis et al., 2004), e comportamentos auto-lesivos recorrentes (ex. cortes, queimaduras e golpes autoinfligidos) (Yates, Carlson, & Egeland, 2008).

A par das experiências e condições adversas, a má qualidade dos cuidados familiares recebidos e a inexistência de apoio social tido na infância também contribuem para a vulnerabilidade em adulto. Desenvolvendo-se o indivíduo na interação com o ambiente em seu redor, o processo de socialização é assinalado pelas ligações estabelecidas no seio familiar com a mãe e o pai, nomeadamente, a disponibilidade e o grau de apoio percebido pela criança ou adolescente, assim como, pelo tipo de comunicação (Rodrigo et al., 2004).

São inúmeras as consequências dos maus-tratos e, não havendo capacidade de as descrever a todas, importa salientar que estas variam de acordo com um conjunto de fatores, entre os quais a idade da criança e a frequência, gravidade e duração dos mesmos. Porém, e independentemente dos fatores citados, esta é uma experiência cujas consequências se farão sentir ao longo de todo o ciclo vital (Azevedo & Maia, 2006). Daqui se deduz que entender a história familiar e de desenvolvimento é essencial para uma melhor compreensão das experiências e vivências do adulto, assim como para uma eficaz avaliação dos seus recursos, resiliências e vulnerabilidades (Monteiro & Maia, 2010).

5.2. O IMPACTO DOS FATORES DE PROTEÇÃO

Considerando a família como um sistema ativo em processo de transformação e evolução, que se caracteriza por interações e vínculos formados no seu âmbito, a família assume, assim, um papel essencial na construção da afetividade da criança que engloba formas de pensar, sentir, reagir e de se expressar, além dos padrões de comportamentos, hábitos e atitudes. Dessa forma, é importante que a família reconheça a relevância de uma boa relação entre os membros integrantes, pois estes serão os alicerces de um desenvolvimento pessoal e social que possibilitará, posteriormente, transmitir aos seus sucessores (Passerini & Sozo, 2008). É certo, então, que a família exerce grande influência no desenvolvimento emocional da criança, além de interferir na construção dos vínculos afetivos, autoestima, autoconceito e interação social. Assim, as crianças sob situação de risco, e que não tiveram oportunidade de receber da família alguns conceitos vitais de sobrevivência psicoafectiva, podem minimizar e/ou superar algumas necessidades, suavizar ou excluir comportamentos de rotina como insegurança, ansiedade, medo, violência através de atividades onde têm oportunidade de se relacionar com o mundo, demonstrando as suas

necessidades, vontades, sentimentos e redescobertas (Passerini & Sozo, 2008).

As consequências de um trauma resultam, em larga medida, das interações que a criança cria com os vários sistemas do seu ambiente. Assim, os atributos individuais, as experiências vividas, os fatores físicos e sociais dos sistemas que a rodeiam, enquanto condições de risco ou de proteção, contribuem ou para a capacidade de resiliência e ajustamento a situações de vida traumáticas, ou para o desenvolvimento de sintomatologia desadaptativa. Contudo, nem todas as crianças revelam resultados negativos destas experiências traumáticas, pois algumas fazem uso destas para impulsionar competências que lhes permitem enfrentar situações hostis de forma mais eficaz e resistente (Costa & Sani, 2007, cit. Moreira, 2012).

Algumas pesquisas revelaram que a comunicação aberta entre pais e filhos pode diminuir a probabilidade do seu envolvimento em comportamentos de risco (Whitaker & Miller, 2000 cit Mendonça, Maia & Ribeiro, 2007). Porém, ainda não foi possível reconhecer se tal efeito pode ser atribuído à interiorização de valores e normas implícitas, veiculadas no discurso parental, ou se existem outras particularidades, mais gerais, como a afetividade e o suporte parental (Will & Cleary, 1996, cit. Mendonça, Maia & Ribeiro, 2007).

A percepção dos jovens adultos acerca do seu ambiente familiar é caracterizado pelo clima relacional determinado no sistema familiar, assim como da sua própria organização e autonomia (Vianna, Silva, & Souza-Formigoni, 2007, cit. Pinto, 2014). Neste sentido, os fatores de apoio familiar facultam o desenvolvimento individual e, de acordo com Moos (1990, cit. Pinto, 2014), a coesão familiar relata o grau de compromisso, interajuda e apoio que os membros da família proporcionam uns aos outros, facilitando o processo de autonomia e independência. A expressividade no ambiente familiar salienta a importância da comunicação, das trocas emocionais num contexto seguro, de apoio e

de autonomia, referindo-se à qualidade das experiências que surgem nas relações interpessoais (Pinto, 2014).

Segundo um estudo realizado por McLewin e Muller (2006, cit. Pinto, 2014), com o objetivo de observar os papéis do suporte social e familiar, com e sem história de maus-tratos, no desenvolvimento de psicopatologia em 956 jovens adultos, constataram que a percepção de um ambiente familiar, regulado por vínculos seguros, prevê baixos níveis de sintomatologia psicopatológica. Neste sentido, torna-se relevante destacar o contributo do apoio social na dinâmica familiar. Outros autores mostraram que o apoio social também reduz o isolamento e aumenta a satisfação com a QDV contribuindo para a minimização do *stress* (Papalia, Olds & Feldman, 2006), funcionando como um amortecedor de *stress*, capaz de proteger de estados patológicos e prevenir doenças do foro mental (Carvalho et al., 2004, cit. Monteiro, 2009).

Importa, entretanto, salientar que, mesmo sendo parte integrante de um ambiente familiar hostil, sentindo-se ou não reconhecido afetivamente pelos progenitores, cada pessoa é criadora dos seus próprios modelos e representações, independentemente do meio que o envolve. É igualmente relevante lembrar que, o processo de vinculação não é restrito à relação com as figuras parentais, tratando-se de um processo que se constrói ao longo de toda a vida, nas diversas relações que o indivíduo estabelece durante este ciclo (Gewirtz & Edleson, 2007, cit. Dias, 2014). Aliás, importa destacar que, mesmo durante a infância, a criança estabelece relações com outras figuras de vinculação que se podem revelar fundamentais para o seu equilíbrio, nomeadamente, relações com irmãos, outros familiares significativos (ex. avós), crianças ou professores (no caso de frequentar um jardim de infância ou a escola) (Papalia et al., 2001, cit. Dias, 2014).

A oportunidade da criança interagir com os pares e com outras pessoas fora da família, o grau de escolaridade materna e seu baixo-nível de

depressão, estilos parentais adequados, uma boa qualidade de interação com a comunidade e a rede social fortemente estabelecida, podem ser destacados como fatores positivos para a proteção da criança, diminuindo a expectativa de consequências negativas (Holden et al., 1998, cit. Maia & Williams, 2005). Cabe, igualmente, salientar que, dentro do contexto familiar, a criança não é simplesmente um recetor passivo que arrecada as influências familiares sendo, também, ela agente no sentido de participar das transações familiares (Holden et al., 1998, cit. Maia & Williams, 2005).

Cardoso e Veríssimo (2013, cit. Almeida, 2015) salienta que cuidadores e crianças com relações seguras, apresentam maiores níveis de sensibilidade, aceitação, cooperação e disponibilidade emocional e, por consequência, permitem o desenvolvimento de crianças com maiores competências sociais e autonomia. Neste sentido, Sroufe (2000, cit. Almeida, 2015) acrescenta que estas crianças apresentam também uma melhor flexibilidade cognitiva e de gestão de conflitos, impulsos e emoções, evidenciando maior confiança e segurança.

Desta forma e em forma de conclusão, Werner (1998, cit. Maia & Williams, 2005) indica algumas características de crianças que conseguem lidar de forma adequada com as adversidades. São crianças socialmente mais perceptiveiras do que os seus pares que não conseguem lidar com as adversidades, são capazes de despertar atenção positiva das outras pessoas, possuem habilidades de resolução de problemas, possuem a habilidade de solicitar ajuda de outras pessoas quando é necessário e possuem a crença de que podem influir positivamente o seu ambiente apresentando, igualmente, senso de eficácia e autocompetência. A mesma autora aponta, ainda, como fator de proteção, o vínculo afetivo com um cuidador alternativo, tal como os avós ou irmãos.

6. DEFINIÇÃO E EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

No final do século XX, as descobertas sobre as emoções e a forma como estas interagem com os processos cognitivos em interdependência (Damásio, 1995) levaram, naturalmente, ao início da investigação no campo da Inteligência Emocional (IE).

As raízes do conceito remontam para 1920, ano em que Thorndike compôs a sua teoria da inteligência, segundo a qual existiam três tipos de habilidades intelectuais distintas, embora interligadas, as quais se traduziriam em três tipos de inteligência: uma inteligência concreta, uma inteligência abstrata e uma inteligência social (Thorndike, 1920; Tanganho, 2015). Thorndike foi, desta forma, o primeiro a dar nome às competências da inteligência emocional, através do seu termo “Inteligência Social”, que refletia a capacidade de compreender e se relacionar com os outros (Navas, Bozal, Alba, & Lloret, 2000).

O termo Inteligência Emocional foi formalmente introduzido no âmbito científico através de um artigo na revista *Imagination, Cognition and Personality* da autoria de Salovey e Mayer, em 1990 (Noronha, Primi, Freitas, & Dantas, 2007), aquando da investigação dos fatores motivacionais e emocionais da inteligência (Mayer & Salovey, 1997; Salovey & Mayer, 1990). Com vista à melhoria da QDV, estes autores redefiniram as inteligências pessoais de Gardner (1986, cit. Goleman, 1995) e concretizaram o que, de facto, integra a aptidão emocional. Surgiu, assim, a definição básica de inteligência emocional, na qual os seres humanos se distinguiriam num certo tipo de inteligência social que estaria vinculada a quatro capacidades emocionais: conhecimento das próprias emoções (capacidade para descrever, expressar ou comunicar os próprios sentimentos), controle das emoções (reter as emoções, compreendê-las e usá-las no momento mais oportuno), reconhecimento das emoções das outras pessoas (sensibilidade aos sinais não verbais) e controlo das relações sociais (eficácia interpessoal).

Entre 1994 e 1997, a inteligência emocional beneficiou de enormes avanços, devidos, em grande parte ao lançamento do livro de Daniel Goleman (1995) intitulado *"Emotional Intelligence"* (Märtin & Boeck, 1997). O surgimento e a enorme difusão deste livro, levou à expansão da definição da inteligência emocional (Woyciekoski & Hutz, 2009, cit. Matias, 2012).

Assim, para Mayer e Salovey (1997; Fernández-Berrocal & Extremera, 2006a) a inteligência emocional envolve a habilidade de perceber, avaliar e expressar emoções; a capacidade de perceber e/ou gerar sentimentos, quando eles facilitam o pensamento; a competência de compreender a emoção e o conhecimento emocional; e a capacidade de regular as emoções para promover o crescimento emocional e intelectual. Mayer, Caruso e Salovey (1999, p. 268) definem, deste modo, inteligência emocional como: *"habilidade para reconhecer o significado das emoções e as suas inter-relações, assim como raciocinar e resolver problemas baseados nelas. A Inteligência Emocional está envolvida na capacidade de perceber emoções, assimilá-las com base nos sentimentos, avaliá-las e gerenciá-las"*.

As definições de inteligência emocional são amplas e vão desde as que a evidenciam como uma inteligência tradicional que envolve emoções, até às mais difusas e alargadas, que a consideram um vasto conjunto de atributos, já bastante estudados, como persistência, otimismo e sociabilidade (Mayer, 2006, cit. Tanganho, 2015). Como tal, os proponentes das distintas concepções têm desenvolvido um corpo teórico próprio e respetivos instrumentos de medida, o que conduziu a uma divisão entre as diferentes abordagens e deu origem a diferentes modelos teóricos.

6.1. MODELOS TEÓRICOS DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Conforme Mayer, Salovey e Caruso (2000) existem, basicamente, dois

tipos de modelos na compreensão do conceito da inteligência emocional: os modelos de aptidões baseados nas capacidades cognitivas, na linha de Mayer e Salovey (1995), que se focam nas aptidões mentais, nas emoções e na sua interação com a inteligência como é tradicionalmente definida; e os modelos mistos baseados nos traços da personalidade, na linha de Bar-On (1997) e Goleman (1995), que combinam as aptidões mentais e algumas características, tais como a motivação, a atividade social e determinadas qualidades pessoais (autoestima, felicidade, empatia, entre outras) como uma entidade única.

No que diz respeito aos modelos mistos, em 1995, Goleman afirma que as competências emocionais não são inatas, são aprendidas e desenvolvidas, mas a pessoa nasce com um potencial que determina até que ponto essas competências podem ser adquiridas. Para Goleman, os indivíduos com maiores competências emocionais têm maior probabilidade de possuírem sucesso na vida pessoal e profissional (Goleman, 1997, cit. Matias, 2012). Mais tarde, em 1998, Goleman concebeu um modelo de inteligência emocional composto por 25 aptidões, divididas em pessoais e sociais estando estas categorizadas em quatro dimensões: capacidades de reconhecer as emoções dos outros; capacidades de os indivíduos gerirem as suas emoções; capacidades dos indivíduos terem em conta os sentimentos dos outros e as capacidades de gestão das interações pessoais (Goleman, 1998, cit. Matias, 2012). Já em 2001, o autor altera o modelo para apenas 20 competências (Goleman, 2001, cit. Matias, 2012).

Bar-On, em 1997, apresentou um modelo de inteligência emocional em que as competências emocionais e sociais eram essenciais para os indivíduos lidarem com a realidade quotidiana e com os outros (Bar-On, 2006). Segundo Bar-On (2006), os indivíduos que possuam melhores aptidões emocionais e sociais têm maiores probabilidades de terem sucesso na vida. Assim, a inteligência emocional tem em comum os

fatores cognitivos e emocionais, podendo pressupor o sucesso do indivíduo. No modelo de Bar-On são mencionadas cinco dimensões: competências interpessoais, competências intrapessoais, competências de adaptação à realidade, competências de adaptação às situações de *stress* e, por último, as competências de humor geral (Ângelo, 2007).

Neste estudo, dar-se-á maior relevância ao modelo de Mayer e Salovey (1995), por ser o modelo que melhor se adapta ao estudo realizado. O modelo de aptidões, segundo Mayer e colaboradores (2000, cit. Arruda, 2014) assinala a relação existente entre a percepção não-verbal de Buck (1984, cit. Arruda, 2014), a empatia de Ickes (1997, cit. Arruda, 2014) e uma ou outra competência específica da inteligência emocional. Os mesmos autores referem que a criatividade emocional de Averill e Nunley (1992, cit. Arruda, 2014) e a noção de competência emocional, operacionalizado por Saarni (1990; 1997; 1999, cit. Arruda, 2014), são idênticos ou complementares da inteligência emocional, embora este último de forma limitada. Consideram, ainda, a presença de uma sobreposição parcial entre o conceito de inteligência emocional e as inteligências pessoais de Gardner (1993, cit. Arruda, 2014), a inteligência social de Cantor e Kihlstrom (1987, cit. Arruda, 2014) e a função sentimental de Jung (1921; 1971, cit. Arruda, 2014), tendo a inteligência social sido a única que se operacionalizou suficientemente como aptidão mental, referindo-se à habilidade das pessoas se relacionarem umas com as outras (Arruda, 2014).

Neste sentido, o modelo de Mayer e Salovey reconhece a inteligência emocional como uma forma de inteligência que combina as emoções e o pensamento (Mayer, Salovey, & Caruso, 2002; 2004), isto é, considera que a inteligência emocional opera através dos sistemas cognitivo e emocional. Inicialmente, este modelo de aptidões era constituído por três áreas de aptidões (Salovey & Mayer, 1990): competências relacionadas com a compreensão, a demonstração das emoções e a capacidade de perceber as emoções nos outros, tendo por base a empatia; aptidões

associadas à adaptação das emoções às várias situações do dia-a-dia; e capacidades relacionadas com a utilização das emoções para melhorar o pensamento criativo, facilitar o pensamento flexível, mudar a atenção para outros problemas e aumentar a motivação dos indivíduos em determinadas tarefas.

Mais tarde, em 1997, os mesmos autores ampliaram a sua definição de inteligência emocional, passando a considerá-la como a *"capacidade para perceber minuciosamente, avaliar e expressar as emoções, aptidão para aceder ou gerar sentimentos, para ajudar o raciocínio, compreender as emoções e facilitar o conhecimento emocional, a capacidade para regular emoções, promovendo o crescimento emocional e intelectual"* (Mayer & Salovey, 1997, p. 10).

Neste âmbito, e na tentativa de dar maior ênfase aos aspetos cognitivos, os autores Mayer e colaboradores (2004) redefinem o seu modelo teórico que passa a ser constituído, então, por quatro dimensões: a capacidade do indivíduo reconhecer as suas emoções e as dos outros; a aptidão para usar as emoções combinando-as com o pensamento de forma a obter um melhor desempenho nas tarefas cognitivas; a aptidão para descrever as emoções e compreender que elas mudam e variam ao longo do tempo; e a capacidade para regular as emoções.

Desta forma, a perceção, compreensão e gestão das emoções envolvem a capacidade de raciocinar sobre as emoções, enquanto o restante consiste em utilizar as emoções para raciocinar. Este último é o que mais se relaciona com o processamento cognitivo e com o pensamento abstrato, sendo também aquele que revela maior correlação com o QI, ao passo que, a gestão das emoções é a menos cognitiva porque pondera vários fatores motivacionais, emocionais e cognitivos, estabelecendo a comunicação entre o sistema cognitivo e o sistema de personalidade geral (Mayer, Salovey, Caruso, & Sitarenios, 2001, cit. Tanganho, 2015).

Resumindo, e de forma mais simples, o primeiro modelo de Salovey e Mayer distinguia um conjunto de habilidades emocionais adaptativas e conceptualmente relacionadas: a) avaliação e expressão das emoções; b) regulação das emoções; e, c) utilização das emoções de forma adaptativa. Anos mais tarde, o processamento de informações emocionais é explicado por meio de um sistema de quatro componentes, de acordo com a complexidade dos processos psicológicos envolvidos, sendo que os componentes mais elevados dizem respeito à consciência e regulação de emoções, e os componentes de níveis mais baixos correspondem as capacidades mais simples, como perceber e expressar emoções. Estes quatro componentes são: a) percepção das emoções; b) utilização das emoções para facilitar as atividades cognitivas; c) compreensão das emoções; e, d) gestão das emoções (Tanganho, 2015).

Esclarecendo melhor cada um dos quatro componentes do modelo de Mayer e Salovey (Fernández-Berrocal & Extremera, 2006a; Mayer & Salovey, 1995, 1997; Mayer, Salovey & Caruso, 2004; Tanganho, 2015; Teques, Llorca-Ramón, Bueno-Carrera, Pais Ribeiro & Teques, 2015) consideramos importante destacar:

- *Percepção, Avaliação e Expressão Emocional* diz respeito à capacidade com que um indivíduo reconhece emoções em si e nos outros. Compreende, também, a capacidade individual para exprimir sentimentos e necessidades subjacentes, assim como, para avaliar a expressão das suas emoções. Envolve aptidões como a capacidade de registar, prestar atenção e identificar mensagens emocionais demonstradas em expressões faciais, tom de voz, objetos de arte, imagens, músicas ou em histórias. As emoções são sentidas e iniciam as influências automáticas da cognição. Esta componente considera que as emoções são uma espécie de modo de transporte de informações importantes nos relacionamentos sociais.

- *Facilitação Emocional do Pensamento* revela a que nível os

pensamentos, e outros funcionamentos cognitivos dos indivíduos, são influenciados pelas suas experiências emocionais. Refere-se à ação da emoção sobre a inteligência, descrevendo os eventos emocionais que assistem ao processo intelectual. Abrangem aptidões como a de relacionar emoções com outras sensações mentais, bem como a de utilizar a emoção no raciocínio e na resolução de problemas.

- *Compreensão e Análise das Emoções utilizando o Conhecimento Emocional* que envolve entender e raciocinar com emoção. Os sinais emocionais a respeito de relacionamentos são entendidos juntamente com as suas implicações interativas e temporais. Compreende a capacidade para definir as diferentes emoções, para perceber as relações que existem entre elas e entender as diferentes situações em que acontecem, assim como, a capacidade para compreender as emoções mais complexas e a transição entre os diferentes estados emocionais. São consideradas as implicações da emoção, desde o seu sentir até ao seu significado.

- *Regulação Reflexiva das Emoções para Promover o Crescimento Pessoal e Intelectual* incide sobre a capacidade da regulação consciente de emoções, em si próprio e nos outros, que fomenta o crescimento emocional e intelectual. Esta torna-se, assim, a componente mais relevante e com um nível mais elevado da hierarquia estabelecida no modelo de facilitação mental. Pressupõe a possibilidade de pôr em prática os conhecimentos emocionais para a resolução de problemas de uma forma mais eficaz, adequada e satisfatória, estando inerente a este processo uma compreensão progressiva das emoções no próprio, nos outros e na relação entre o próprio e os outros.

O modelo de inteligência emocional de Mayer e Salovey (1995) tem sido apontado como o modelo mais plausível para avaliar e compreender a inteligência emocional, tanto em termos de definição e métodos de medida (Extremera & Fernández-Berrocal, 2005), como pelo facto da sua teoria não se basear em promessas insustentáveis em relação ao

potencial da inteligência emocional (Woyciekoski & Hutz, 2009).

6.2. COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS E REGULAÇÃO EMOCIONAL

A inteligência emocional compreende várias competências que nos permitem lidar de forma funcional com situações críticas para uma adequada adaptação à realidade presente, através de respostas ajustadas às circunstâncias (Silva, 2011).

Miguel e Primi (2014) declaram que a inteligência emocional diz respeito ao uso do raciocínio sobre informações afetivas provenientes tanto do ambiente, quanto da própria pessoa e Bueno e Primi (2003, p. 279) sintetizam que o desencadeamento dos processos subjacentes à inteligência emocional estabelece-se quando a informação com conteúdo emocional *“entra no sistema perceptual, envolvendo os seguintes componentes: a) avaliação e expressão das emoções em si e nos outros; b) regulação da emoção em si e nos outros; e c) utilização da emoção para a adaptação”*.

Deste modo, saber lidar com as emoções remete-nos para o domínio da competência emocional, que é capacidade de regular, redirecionar e transformar os impulsos comportamentais em resposta às exigências sociais. Esta competência manifesta um papel de destaque no ajustamento social e nos relacionamentos interpessoais, nomeadamente, nas relações entre pares (Alves, 2006).

Vários estudos no domínio e contexto português (Faria, Costa, & Costa, 2008; Faria & Santos, 2006; Santos & Faria, 2005) indicam que o desenvolvimento da competência emocional promove a melhoria de outras competências, designadamente as sociais, bem como a manifestação de comportamentos mais adaptativos e eficazes. Na verdade, quando a pessoa tem um sentimento de competência positivo, a capacidade de relacionamento interpessoal será maior e, portanto, sentir-se-á bem consigo próprio e aceitará mais facilmente os desafios,

empenhando-se, persistindo e envolvendo-se para superá-los (Faria, 2002, cit. Arruda, 2014).

Contudo, devemos reforçar que os investigadores concordam que a competência emocional é um constructo desenvolvimental, que abrange habilidades para expressão, interpretação e regulação adequada das emoções, bem como para entender as emoções dos outros, mas o número dos componentes que compõem a competência emocional varia de autor para autor (Franco & Santos, 2015). Por exemplo, Saarni identifica oito componentes (Schaffer, 2004, cit. Franco & Santos, 2015), enquanto Mayer e Salovey (1997) identificam quatro já supracitadas. As habilidades mais consistentemente estudadas pelos autores, no âmbito da literatura do desenvolvimento, podem ser agrupadas em três componentes identificadas por Denham e colaboradores (2003, cit. Franco & Santos, 2015): a expressão emocional, a regulação emocional e a compreensão das emoções.

Também Rocha (2015), mencionando uma revisão de literatura, refere que é possível observar um certo consenso entre investigadores, no que respeita, pelo menos, aos vários componentes e características da emoção, bem como às várias etapas do processo conducente ao experienciar de uma dada *emoção* e à sua correspondente expressão. O primeiro componente da emoção remete-se aos antecedentes situacionais, à premissa que a emoção pode ser desencadeada através de um estímulo antecedente, podendo este ser um pensamento interno ou uma situação externa, que é assumida como psicologicamente relevante para o indivíduo. O segundo é a atenção, pois qualquer que seja a situação em questão, é necessário que o indivíduo preste atenção para ocorrer efetivamente uma resposta emocional. Depois, cada indivíduo efetua uma avaliação da situação (terceiro componente das emoções) na qual engloba os seus valores, contexto social, características situacionais atuais, etapa de desenvolvimento da vida e personalidade. Na verdade, uma mesma situação pode originar

diferentes participações e, conseqüentemente, diferentes avaliações, por parte de diferentes indivíduos, fruto, em grande parte, das diferentes experiências subjetivas de cada um. A resposta emocional é, conseqüentemente, gerada após a participação e avaliação do indivíduo e pode ser positiva ou negativa, intensa ou mais suave, pública ou privada, curta ou longa e primária (reação emocional inicial) ou secundária (uma reação emocional a uma outra reação emocional). De acordo com Mauss, Levenson, McCarter, Wilhelm e Gross (2005, cit. Rocha, 2015), a resposta emocional envolve um conjunto de tendências de resposta: a experiencial, a comportamental e a ativação do sistema fisiológico central e periférico e, de acordo com Frijda (1986, cit. Rocha, 2015), as emoções desempenham, ainda, um outro papel: são capazes de potenciar a ação dos indivíduos. A maleabilidade, último componente da emoção e mais importante segundo Werner e Gross (2009, cit. Rocha, 2015), refere-se ao facto da resposta emocional não seguir um caminho padronizado, fixo e inevitável, o que indica que as emoções encerram em si características, tais como a maleabilidade ou flexibilidade, que nos permitem gerir e, conseqüentemente, regular as mesmas. A revisão de literatura nesta área sugere que estes fatores ou componentes das emoções - antecedentes situacionais, atenção, avaliação, tendência de resposta multifacetadas e maleabilidade - estão, de facto, presentes nas perspectivas de vários autores e nas teorias da emoção desenvolvidas (Frijda, 1986, cit. Rocha, 2015; Gross & Thompson, 2007).

Assim, é unânime aceitar que ter a capacidade de identificar e diferenciar as emoções, perceber a sua função e ponderar sobre elas, são aptidões essenciais que o indivíduo adquire para uma compreensão e regulação emocional ajustadas (Gross & Barrett, 2011). A aquisição destas aptidões é tida como uma importante tarefa desenvolvimental, sendo a infância e a adolescência consideradas os períodos mais críticos para esta aprendizagem (Cole, Michel, & Teti, 1994, cit. Arruda, 2014).

6.2.1. PERCEÇÃO, AVALIAÇÃO E EXPRESSÃO EMOCIONAL

A percepção de emoções, reconhecida como a primeira capacidade, é definida como a habilidade de perceber e identificar emoções em si e nos outros, bem como em estímulos, tais como músicas, objetos, quadros, entre outros (Dantas & Noronha, 2005), assim como a capacidade de expressá-la em situações sociais (Mayer, Salovey, & Caruso, 2002).

Entretanto, a percepção de uma emoção depende também da subjetividade da percepção do fenômeno em causa, da percepção do estado corporal que ele determina e da percepção da modificação dos processos de pensamento, pois todos estes processos perceptivos e cognitivos estão associados a estruturas neurológicas específicas em permanente interação (Freitas-Magalhães & Batista, 2009).

Izard (2001), por sua vez, defende que o conhecimento das emoções é uma habilidade complexa e que a capacidade de reconhecer emoções nas expressões faciais, nas expressões vocais, nos comportamentos e em diferentes contextos torna-se a faceta mais importante do conhecimento das emoções.

Mayer, DiPaolo e Salovey (1990, cit. Arruda, 2015), reconhecem que o rosto é considerado o sistema de sinais primário na expressão das emoções e, conforme constatado por Freitas-Magalhães e Castro (2007), o rosto humano não consegue exibir duas emoções simultaneamente. Ekman (1994) e Izard (1994) defendem, inclusive, que o conjunto de expressões faciais referente às emoções básicas, têm um carácter inato e universal, sendo que, desde muito cedo, e logo nos primeiros meses de vida, o Ser Humano já começa a revelar capacidade para reconhecer e discriminar essas expressões faciais de emoção.

Para isso, é necessário destacar o papel das expressões faciais no conhecimento emocional (Abe & Izard, 1999) que, reconhecidas como um sinal de manifestação da emoção (Keltner & Ekman, 2004) de forma

adaptativa, expressam-se de acordo com o estado emocional do outro (Schultz, Izard, Ackerman, & Youngstrom, 2001).

Efetivamente, a evidência empírica tem identificado diferenças entre o sexo feminino e o masculino no que respeita ao reconhecimento das expressões faciais, demonstrando que indivíduos do sexo feminino manifestam maior acuidade na identificação e reconhecimento das emoções quando comparados com os do sexo masculino (Hampson, Anders, & Mullin, 2006, cit. Arruda, 2015). Estudos realizados na população portuguesa apontam que as mulheres, comparativamente com os homens, são mais assertivas na identificação e reconhecimento da face (Freitas-Magalhães & Castro, 2007) e são, também, mais espontâneas e consistentes na perceção das emoções básicas através do reconhecimento de expressões faciais, mantendo este padrão ao longo do ciclo vital (Freitas-Magalhães, 2005, cit. Arruda, 2015).

6.2.2. REGULAÇÃO EMOCIONAL

As emoções mudam de acordo com a situação em que ocorrem sendo, com frequência, úteis na resolução de obstáculos. Contudo, estas podem ser geradoras de mal-estar quando o contexto físico e social do indivíduo é diferente daquele que seria esperado. Quando as emoções assumem este carácter incoerente com a situação, o indivíduo torna-as congruentes através da sua regulação, conforme as suas necessidades e adaptadas à situação pretendida (Vaz, 2009).

O termo regulação das emoções pode ser empregue para aludir os dois fenómenos relacionados: a regulação (de algo) através das emoções e a regulação das emoções propriamente dita. As emoções coordenam as nossas respostas a acontecimentos do nosso quotidiano, portanto, sempre que tivermos uma emoção podemos dizer que esta está a regular as nossas respostas (Paes, 2005, cit. Arruda, 2014). O propósito da regulação emocional é, então, manter reguladas as emoções, pois se

estas forem excessivamente intensas e se se prolongarem mais do que necessário, desequilibram a estabilidade do indivíduo (Bermejo, 2005, cit. Arruda, 2014).

Assim, o objetivo da regulação emocional não consiste em eliminar as emoções negativas sentidas pelos indivíduos, mas em preservar um clima emocional que mantenha o bem-estar do indivíduo, onde as emoções negativas, ao invés de provocarem um desgaste emocional no indivíduo, sirvam como um impulso para o indivíduo regular as suas emoções e ultrapassá-las (Rocha, 2015). Desta forma, a expressão de uma emoção positiva (ex. alegria) ou negativa (ex. tristeza) não é suficiente para que se esclareça a qualidade da resposta emocional em termos dos seus efeitos adaptativos ou desadaptativos (Izard, 2010; Izard et al., 2011, cit. Gondim et al., 2015). Por outras palavras, dependendo da situação e do tipo de resposta emocional (positiva ou negativa) exigida em cada contexto, torna-se necessário mobilizar habilidades diferenciadas para assegurar a melhor adaptação da resposta emocional à situação social. Nesta perspetiva, uma resposta emocional não seria positiva ou negativa, mas dependeria antes do contexto de manifestação, tornando importantes os processos regulatórios e o uso de estratégias de gestão das emoções (Níven, Totterdell, Stride, & Holman, 2011, cit. Gondim et al., 2015).

A regulação emocional interrelaciona-se, assim, com a perceção e o conhecimento emocional. Identificar corretamente uma emoção possibilita diferenciá-la de outra semelhante e, por sua vez, conseguir identificar e diferenciar eficazmente grande parte das emoções contribui para um bom conhecimento emocional o que, por conseguinte, favorece a adoção de estratégias de regulação emocional ajustadas às situações (Vaz, 2009).

Não lhes servindo a classificação de boas ou más por si só, as estratégias de regulação emocional devem, sobretudo, ser consideradas como adaptativas ou não adaptativas, conforme os contextos e as

circunstâncias (Gross & Thompson, 2007). A regulação emocional adaptativa é essencial ao bem-estar e ajustamento psicológicos (Suveg et al., 2007, cit. Arruda, 2015) contudo, podem ter repercussões negativas se vivenciadas com a intensidade errada (Gross et al., 2006, cit. Arruda, 2015), ou caso não se consiga integrar ou regular a experiência emocional (Soares et al., 2009, cit. Arruda, 2015). A regulação emocional não adaptativa pode, inclusive, contribuir para o desenvolvimento de estados psicopatológicos (Alves, 2006, Sloan, 2003, cit. Arruda, 2015).

No âmbito da psicologia, as emoções e a capacidade de regulação emocional estão presentes num amplo conjunto de perturbações psicológicas (Freire & Tavares, 2011). Segundo os resultados de estudos realizados por diversos autores (Morris, Silk, Steinberg, Myers, & Robinson, 2007) o género desempenha um papel relevante na qualidade da regulação emocional, sendo que, geralmente, as raparigas regulam melhor as emoções do que os rapazes. Este efeito poderá ser atribuído a diferenças inatas em níveis de reatividade (Morris et al., 2007), sendo que as adolescentes reportam uma maior aptidão para lidar com a tristeza e a ansiedade, sem que se verifiquem alterações nos níveis de irritabilidade.

6.2.3. PROCESSAMENTO DE EMOÇÕES E AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO

Relativamente às estratégias de regulação emocional, Gross (1998, cit. Vaz, 2009) desenvolveu o modelo processual que as distingue com base no momento em que exercem o seu impacto no processo emocional: estratégias de regulação emocional antecedentes à emoção e estratégias que ocorrem após ativação emocional. Assim, cinco estratégias de regulação podem ser identificadas: seleção da situação, modificação da situação, modificação do foco atencional, modificação cognitiva e modelação da resposta, sendo esta a única a ocorrer após a resposta emocional.

A seleção da situação (eg. aproximar-se ou evitar pessoas, lugares ou atividades) ocorre no início do processo emocional e afeta a situação à qual a pessoa se expõe. Além disso, requer uma compreensão das especificidades da situação que irá ocorrer e das respostas emocionais prováveis a essa situação (Vaz, 2009). Exige aptidões cognitivas de abstração para imaginar e produzir possibilidades futuras, assim como envolve a possibilidade de um viés, pois as pessoas tendem a subestimar as suas respostas emocionais a cenários futuros e a superestimar a duração das suas respostas negativas para as mais variadas situações, enquanto a modificação a situação (ex. evitar responder agressivamente a uma provocação, a pessoa decide deixar o local) nem sempre é uma opção possível (Gross & Thompson, 2007).

A modificação do foco atencional pode ser considerada a versão internalizadora da seleção da situação e é particularmente importante quando não é possível alterar a situação em que o indivíduo se encontra. As duas estratégias de modificação do foco atencional mais utilizadas são a distração e a concentração. De acordo com os tipos de investimento de atenção, a distração apesar de ser o primeiro processo regulatório a surgir no nosso desenvolvimento é o mais usado ao longo toda a vida (ex. dirigir a atenção para diferentes aspetos da situação, retirar inteiramente a atenção da situação ou, ainda, mudar internamente o foco da atenção) (Gross & Thompson, 2007).

Por sua vez, a mudança cognitiva pressupõe a habilidade para avaliar a situação em que se está, para alterar o seu significado emocional, quer mudando a forma de pensar sobre a situação, quer a própria capacidade de lidar com as demandas que ela impõe. Já a modulação de resposta implica a aquisição de um autocontrolo eficiente (ex. quando a pessoa se concentra na sua respiração alterada e na sua postura tensa, procurando um relaxamento corporal que lhe ajude a lidar com a emoção) (Gross & Thompson, 2007). A modulação da resposta, como estratégia de regulação emocional, tem como objetivo modificar

a dimensão fisiológica, experiencial e comportamental da emoção experienciada e, apresenta como estratégia de resposta, a supressão emocional que consiste em tentativas para diminuir o comportamento de expressão emocional (Gross, 2002, cit. Vaz, 2009).

Segundo Macedo e Sperb (2013) a seleção da situação, a mudança cognitiva e a modulação da resposta são consideradas estratégias eficazes, mas a sua aplicação depende da existência de determinados pré-requisitos desenvolvimentais, como por exemplo a habilidade para pensar de modo abstrato e a maturidade emocional que permita exercer autocontrole. A modificação da situação depende de condições externas e a concentração requer desenvolvimento cognitivo e emocional (é de sublinhar que esta última pode levar ao aumento da ansiedade) (Macedo & Sperb, 2013).

O interesse do controle e regulação emocional advém da necessidade que o Ser Humano tem em não se deixar levar pelos impulsos emocionais, já que o contrário levaria a consequências nefastas, tanto a nível pessoal como social. Todas as pessoas devem sentir-se “seguras” emocionalmente para atingir o bem-estar e a estabilidade sentimental, até porque, de acordo com Perea (2002), as emoções são consideradas um elemento importante na prevenção de algumas doenças, tendo a autora procurado descrever o efeito direto e prejudicial sobre a saúde de emoções negativas como a ira, o medo, o *stress*, a depressão.

Como já foi adiantado, as emoções influenciam o ajustamento psicológico (Gross et al., 2006, cit. Arruda, 2015), no modo como são percebidas, experienciadas e/ou reguladas. Efetivamente, as emoções integram a natureza humana, pelo que uma “visão da natureza humana que ignore o poder das emoções é tristemente míope” (Goleman, 2012).

Ainda que haja um caminho a percorrer na compreensão das relações entre as emoções e o reconhecimento de expressões faciais e o ajustamento psicológico, estudos têm evidenciado a existência de

alterações ao nível do processamento emocional em diferentes perturbações mentais, explicando sintomas a estas associados (Freitas-Magalhães, 2011, cit. Arruda, 2015).

Interpretando Derogatis e Melisaratos (1983) e Canavarro (no prelo), a perturbação emocional envolve a presença de sintomas psicopatológicos que se agregam em nove dimensões: somatização (ex. mal-estar psicológico decorrente da perceção do funcionamento somático, queixas somáticas); obsessões-compulsões (eg. presença de cognições, impulsos e comportamentos percecionados como persistentes aos quais, embora indesejados, a pessoa não consegue resistir); sensibilidade interpessoal (eg. sentimentos de inadequação pessoal e de inferioridade); depressão (eg. sintomas de afeto e humor disfórico, perda de interesse nas atividades e perda de energia vital); ansiedade (eg. sintomas de ansiedade generalizada e ataques de pânico, nervosismo, tensão, inquietação); hostilidade (eg. pensamentos, emoções e comportamentos associados a um estado afetivo negativo de cólera/raiva); ansiedade fóbica (eg. medo persistente, irracional e desproporcionado em relação ao convívio com pessoas, locais e situações sociais específicas); ideação paranoide (eg. pensamento projetivo, delírios); e psicoticismo (eg. isolamento, estilo de vida esquizoide e alucinações).

Em suma, ser emocionalmente competente conduz ao desenvolvimento de habilidades emocionais, ainda que de acordo com o contexto cultural e de forma gradual, pois estas habilidades são aprendidas ao longo da vida, mediante experiências em diversos contextos sociais, nos quais o sujeito se vê obrigado a responder de forma eficaz (Mayer et al., 2002).

6.3. A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NA SAÚDE

De acordo com Fernández-Berrocal e Extremera (2006b), a saúde tornou-

se um dos mais importantes campos onde a IE poderia desenvolver as suas contribuições. Dada a importância da regulação do *stress* para a saúde psicológica e fisiológica, uma gestão do *stress* bem-sucedida é, atualmente, de fundamental importância. Os modelos de inteligência emocional consideram a gestão de *stress* particularmente relevante e, teoricamente, a IE emerge como um fator protetor contra o *stress*.

Embora os estudos sobre IE e saúde sejam escassos realçamos o estudo de Ramos, Fernandez-Berrocal e Extremera (2007) em que, a aplicação do Trait Meta-Mood Scale (TMMS), fornece evidências de que indivíduos com maior capacidades emocionais de clareza e reparação experienciam menos desconforto após a exposição a um agente stressor agudo, o que lhes permite enfrentar e adaptar-se ao acontecimento de forma adequada. O ajuste cognitivo conduziu a um menor número de pensamentos intrusivos que, por sua vez, facilitou a adaptação emocional para a experiência. Por sua vez, Mikolajczak, Luminet e Menil (2006) associaram a IE a uma melhor saúde mental e física auto-relatada, sendo que esta modera, significativamente, a relação entre *stress* e estados de saúde percebidos, conferindo a estes resultados o apoio às ações de proteção da IE. Também Velasco, Fernández, Páez e Campos (2006) ao examinar como a TMMS e a Escala de Alexitimia Taylor estão relacionados ao *coping* e afetam a regulação emocional, utilizando o apoio social, *stress* percebido e depressão como índices, mostraram que a clareza e regulação estão associados a um perfil adaptativo para lidar com o *stress*.

Pereira (2015), por sua vez, considera que a vivência diária de emoções positivas permite otimizar a saúde, o bem-estar e a resiliência do Ser Humano (Denham, 2007, cit. Pereira, 2015), sendo, portanto, relevante desenvolver boas habilidades emocionais como garantia da saúde mental. Contudo, Lagattuta e Wellman (2002, cit. Pereira, 2015) referem que compreender as emoções negativas pode ajudar a evitá-las futuramente, acreditando que a compreensão das emoções negativas

possibilita “refletir sobre as suas próprias emoções e permite uma maior percepção sobre as suas causas, consequências e ligações a outros estados mentais” (Lagattuta & Wellman, 2002, cit. Pereira, 2015). É nesse sentido que Fredrickson (2000, cit. Pereira, 2015) acrescenta, que “experiências de emoções negativas são inevitáveis e por vezes úteis”. No entanto, a exposição diária a emoções negativas tem sido relacionada com comportamentos desajustados e dificuldades nas interações sociais (Thompson, 1994, cit. Pereira, 2015). De forma idêntica, o trabalho desenvolvido por Fernández Berrocal e Díaz (1999) revela que a IE e, em especial, a crença de que se podem reparar os estados emocionais negativos, prolongando os positivos e experimentando esses sentimentos, é um poderoso preditor de ajustamento psicológico em diferentes contextos.

Mais especificamente, Fragoso, Vasconcelos, Ribeiro, Matos e Santos (2001), consideram que as emoções podem ter um papel fundamental no bem/mau-estar psicológico, pois exercem força na saúde e na doença, pela motivação e pela capacidade de infringir comportamentos saudáveis, tais como praticar exercício físico, descansar, entre outros.

Para Goleman (1995), existem características facilmente identificáveis nos homens e nas mulheres no que diz respeito à IE. Pelos seus estudos, os homens inteligentes emocionalmente, são extrovertidos, têm uma boa vida social, são alegres, conseguem dedicar-se às causas e às pessoas e, têm a sua perspetiva ética desenvolvida. Já as mulheres mostraram uma adequada abertura de emoções, uma boa adaptação ao *stress*, espontaneidade e revelaram ser extrovertidas e expansivas.

Steiner e Perry (1997) afirmam que os homens «se atrapalham» bastante mais do que as mulheres em termos emocionais, por terem medo de revelar os seus sentimentos. Mas, no que respeita ao sexo a relação não é linear. Se por um lado, existem dados que apontam no sentido do sexo ter implicações na percepção, regulação e expressão de emoções, por

outro, há estudos que averiguaram a influência do sexo nos desempenhos da IE e não encontram diferenças entre rapazes e raparigas (Ogunyemi, 2008). Para Sánchez-Núñez, Fernández-Berrocal, Montanes e Latorre (2008) alguns estudos encontraram diferenças entre os sexos nas medidas de IE em crianças, adolescentes e adultos. No entanto, estas diferenças não são evidentes em todos os instrumentos de avaliação de IE, sendo que nas medidas de autorrelato as mulheres mostram mais atenção emocional e empatia, enquanto os homens são melhores a regular as emoções (Sánchez-Núñez et al., 2008). Nos testes MEIS e MSCEIT (Mayer et al., 2002), as diferenças são mais significativas, tendo as mulheres melhores desempenhos que os homens. Nos estudos que recorrem às duas formas de medição, os resultados mostram que os homens tendem a autoavaliar-se como detendo maior IE do que realmente demonstram nos testes de desempenho e, no caso das mulheres, acontece exatamente o contrário (Brackett & Mayer, 2003; Sánchez-Nuñez et al., 2008). Da revisão de literatura levada a cabo por Sánchez-Nuñez e colaboradores (2008) verifica-se que as diferenças de sexo em IE reportadas na infância podem dever-se às diferentes formas como as competências emocionais são ensinadas e transmitidas a rapazes e raparigas. Outro estudo, conduzido por Guastello e Guastello (2003) revelaram que estas diferenças são mais evidentes na geração dos pais do que nos seus filhos, o que pode indicar que a mudança atual no panorama cultural e educacional está, também, a alterar a transmissão do reconhecimento e gestão das emoções.

Por outro lado, os autores Martins e Melo (s/d, cit. Arruda, 2014) divulgaram que, em períodos de grande *stress*, as pessoas desenvolvem muitas reações emocionais negativas que levam ao aparecimento de certas doenças relacionadas com o sistema imunológico, como é o caso da gripe, herpes, diarreias ou outras infeções ocasionadas por vírus oportunistas. Em contrapartida, as emoções positivas ajudam a manter e/ou recuperar a saúde do indivíduo.

Veríssimo (2000) reforça a ideia que quer pela resposta fisiológica, excedendo as necessidades metabólicas (Folkow, 1987, cit. Veríssimo, 2000), quer pelo efeito de regulação inibitória sobre a resposta imunitária (Maier et al., 1994, cit. Veríssimo, 2000), aceita-se que uma regulação emocional deficitária possa condicionar uma certa tendência para estados de tensão física e ativação fisiológica, mais ou menos prolongada, o que é passível de conduzir, ou pelo menos suscetibilizar, a pessoa a diversas perturbações médicas e psiquiátricas. Este autor (Veríssimo, 2011), debruçado sobre o conceito de alexitimia (que indica uma alteração afetivo-cognitiva relacionada com a dificuldade em vivenciar, identificar e comunicar emoções) (Sifneos, 1991, cit. Veríssimo, 2011) associou-o a diversas condições de alteração da saúde mental, tais como, a depressão, a somatização e o impacto na QDV relativa à saúde. Finalmente Bueno, Correia, Abacar, Gomes e Júnior, (2015), na busca de evidências de validade com base nas relações com variáveis externas, identificaram uma relação mais estreita da qualidade de vida com as variantes da regulação de emoções, sendo que a regulação de emoções de baixa potência foi a que mais se correlacionou robustamente com todos os aspetos da qualidade de vida, especialmente com o psicológico. Embora este estudo seja do tipo correlacional, que não permite o estabelecimento de relações causais, este resultado aponta para a possibilidade de que a regulação de emoções tenha um papel importante na obtenção de uma qualidade de vida, sugerindo a necessidade de realizar outras pesquisas que permitam investigar se essa relação é causal.

Face ao exposto no enquadramento teórico, foram definidos objetivos específicos que norteiam o desenvolvimento do trabalho e que são apresentados no ponto seguinte. Estes objetivos procuram explorar e descrever os comportamentos estudados, embora existam alguns cuja finalidade é metodológica.

CAPÍTULO IV

MÉTODO

7. OBJETIVOS

O objetivo geral do presente estudo é identificar os preditores da QDV dos adultos vítimas de queimaduras.

Neste sentido, os objetivos específicos são:

- Adaptar o instrumento de avaliação da QDV em pacientes queimados “Burns Specific Health Scale- Revised (BSHS-R)” para português de Portugal;
- Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas na QDV em função das variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes;
- Conhecer a relação existente entre sintomatologia emocional, ambiente familiar e inteligência emocional percebida com a percepção de QDV do paciente queimado;
- Determinar os modelos preditores da QDV;
- Analisar a existência de um efeito mediador da sintomatologia emocional entre a QDV e a IEP em pacientes queimados.

8. HIPÓTESES

Considerando os objetivos delineados no âmbito deste estudo e para dar resposta aos mesmos, foram definidas as seguintes hipóteses:

H1 – A versão adaptada da BSHS-R para português de Portugal apresenta características psicométricas adequadas à sua utilização;

H2 – Existem diferenças estatisticamente significativas na QDV do paciente queimado em função das características sociodemográficas;

H3 - Existem diferenças estatisticamente significativas na QDV do paciente queimado em função das variáveis clínicas;

H4 - Existe relação estatisticamente significativa entre a sintomatologia emocional, o ambiente familiar e a inteligência emocional percebida com a percepção de QDV do paciente queimado;

H5 – Os modelos preditores da QDV incluem a sintomatologia emocional e a inteligência emocional percebida;

H6 – Existe um efeito mediador da sintomatologia emocional entre a QDV e a IEP em pacientes queimados.

9. PARTICIPANTES

A amostra é constituída por 92 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 89 anos, com média de 47.24 anos ($DP=17.60$ anos). Relativamente ao género, 58.7% é do género masculino e mais de metade dos participantes são casados ou a viver em união de facto (53.26%). Relativamente à composição do agregado familiar, 38% dos participantes vive com o parceiro(a), 21.7% vive com os pais e 16.3% vive sozinho. No que concerne à zona de residência, 66.3% vive em zonas urbanas. A descrição mais detalhada das características sociodemográficas pode ser consultada no Quadro 1.

Relativamente às variáveis clínicas, foi possível identificar que a maior parte dos participantes sofreu o acidente que levou à queimadura em casa (66.3%), logo seguido do local de trabalho (23.9%). Verificou-se que em 18.5% dos acidentes sofridos em contexto laboral, houve lugar a ativação do seguro. Relativamente ao agente causal da queimadura, o mais frequente foi de contacto com fogo (56.5%) seguido dos líquidos superaquecidos (19.6%). No que se refere ao grau da queimadura, constata-se que 34.8% sofreu queimaduras de 2º e 3º graus, seguido de queimaduras de 3º grau (26.1%) e 2º grau (20.7%).

A superfície corporal queimada (SCQ) calculada varia entre 1% e 80% apresentando uma média de 15.24% ($DP=14.40\%$). Tendo como referência a classificação da gravidade das queimaduras de Serra,

Gomes, Crisóstomo e Serra (2004), os participantes distribuem-se categoricamente por apresentarem queimaduras leves (48.9%), queimaduras moderadas (32.6%) e queimaduras graves (18.5%).

Quadro 1 – Caracterização dos participantes em função das características sociodemográficas (n=92)

	M	DP	Mín	Máx
Idade	47.24	17.60	18	89
			N	(%)
Sexo	Masculino		54	58.7
	Feminino		38	41.3
Estado civil	Solteiro (a)		31	33.7
	Casado (a)/União de facto		49	53.26
	Divorciado (a)/Viúvo		11	11.96
Agregado familiar	Vive sozinho		15	16.3
	Parceiro (a)		35	38.0
	Pais		20	21.7
	Filhos		9	9.8
	Parceiro e filhos		9	9.8
	Outros		4	4.4
Residência	Urbana		61	66.3
	Rural		31	33.7

Relativamente às áreas corporais afetadas é possível verificar que 56.5% dos participantes sofreram queimaduras em áreas visíveis e não visíveis. De salientar que 57.6% apresenta sequelas funcionais e estéticas. No que se refere ao tempo de internamento no decurso do acidente que motivou a queimadura, verifica-se que o tempo médio é 45.83 dias, com

um desvio-padrão de 82.11, variando entre 3 a 615 dias de internamento. Estes dados podem ser consultados no Quadro 2.

Quadro 2 – Caracterização dos participantes em função das variáveis clínicas (n=92)

Variáveis clínicas	N	(%)
Local do acidente		
Domicílio	61	66.3
Via pública	9	9.8
Local de trabalho	23	23.9
Se foi acidente de trabalho, acionou o seguro		
Sim	17	18.5
Não	6	6.5
Agente causal da queimadura		
Fogo	52	56.5
Líquidos superaquecidos	18	19.6
Combustível	6	6.5
Elétrica	7	7.6
Química	7	7.6
Outros	2	2.2
Grau da queimadura		
1º grau	2	2.2
2º grau	19	20.7
3º grau	24	26.1
1º e 2º graus	11	12.0
2º e 3º graus	32	34.8
1º e 3º graus	1	1.1
1º, 2º e 3º graus	3	3.3
Classificação das queimaduras		
Queimadura Leve	45	48.9
Queimadura Moderada	30	32.6
Queimadura Grave	17	18.5
Áreas corporais afetadas		
Visível	16	17.4
Não visível	24	26.1
Visível e não visível	52	56.5

Sequelas		
Funcionais	2	2.2
Estéticas	31	33.7
Ambas	53	57.6
Nenhumas	6	6.5

10. INSTRUMENTOS

O protocolo de avaliação foi constituído por uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos, pela *Burn Specific Health Scale - Revised* (BSHS-R) (Ferreira, 2006; Ferreira, Dantas, Rossi, & Ciol, 2008) para avaliar a perceção de QDV do paciente queimado, pelo *Brief Symptom Inventory* (BSI) de Derogatis (1982, versão portuguesa de Canavarro, 1999) para a avaliação da sintomatologia emocional, pelo *Questionário de Ambiente Familiar* (Melchert, 1991, versão portuguesa de Monteiro, 2009) e pela *Trait Meta-Mood Scale-24* (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, & Palfai, 1995, versão portuguesa de Queirós, Fernández-Barrocal, Extremera, Carral, & Queirós, 2005).

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos: incluiu perguntas referentes a características sociodemográficas (género, idade, estado civil, agregado familiar e área de residência) e clínicas (data e local do acidente, tempo de internamento, agente causal da queimadura, área corporal queimada, grau da queimadura e sequelas decorrentes da queimadura).

10.1. *Burn Specific Health Scale – Revised* (BSHS-R)

A escala *Burn Specific Health Scale – Revised* (BSHS-R) é um instrumento de avaliação do estado de saúde percebido para pessoas que sofreram queimaduras. A sua escolha prendeu-se com a forma simplificada e de fácil compreensão, explicando o cerne do paradigma «ter sofrido

queimaduras». Blalock, Bunker e De Vellis (1994) reduziram a escala original para 31 itens elaborando, assim, a BSHS-R. Apesar de mais resumido, este instrumento conseguiu absorver a essência dos domínios mais amplos das escalas *Burn Specific Health Scale – Abbreviate* (BSHS-A) e da *Burn Specific Health Scale Brief* (BSHS-B) incluindo, ainda, itens relacionados com o trabalho, que retratam grande importância na atualidade (Ferreira, 2006). Desta forma, 17 itens provêm da escala original *Burn Specific Health Scale* (Munster, Horowitz & Tundahl, 1987, cit. Ferreira, 2006) e 14 itens foram incluídos pelos autores baseados na revisão feita (Blalock et al., 1994).

A escala *Burn Specific Health Scale – Revised* (Blalock et al., 1994) consiste em 31 itens, organizados em seis domínios: «Afeto e Imagem corporal» composta por 8 itens (7, 8, 10, 12, 17, 19, 26 e 27), «Sensibilidade da Pele» com 5 itens (6, 16, 18, 25 e 29); «Habilidades para funções simples» com 4 itens (1, 2, 4 e 5); «Tratamento» com 5 itens (11, 20, 21, 23 e 31); «Trabalho» com 4 itens (3, 9, 13 e 15) e «Relações Interpessoais» com 5 itens (14, 22, 24, 28 e 30). Todas as questões são avaliadas numa escala de 1 a 5, apresentando valores totais a variar de 31 a 155. No caso da versão brasileira o valor 1 é indicador de melhores estados de saúde relacionados com a qualidade de vida, mas na versão original acontece o oposto, pelo que os itens devem ser recodificados posteriormente. As respostas são cotadas numa escala de 5 pontos e para o cálculo dos totais deve-se somar, individualmente, os itens de cada domínio e dividir este total obtido pelo número de itens do respetivo domínio.

Na versão revista, todas as escalas obtiveram níveis adequados de consistência interna com o alpha de *Cronbach* a variar entre .82 e .94 (Blalock et al., 1994). Originalmente a BSHS-R foi desenvolvida na língua Inglesa e, posteriormente, traduzida e adaptada para Português do Brasil e testada num grupo de 115 pacientes internados por queimaduras por Ferreira, Dantas, Rossi e Ciol (2008). Os resultados obtidos indicam que foi mantida a equivalência idiomática, semântica, cultural e conceptual do

instrumento original, traduzidos por níveis de consistência interna adequados, tal como se constata nos valores do alfa de *Cronbach* de .94 para o instrumento como um todo, variando entre .81 e .94 para os domínios. É de realçar que, ainda se tratando do Português, o facto desta escala se apresentar traduzida para a população Brasileira, obrigou-nos à sua adaptação à cultura Portuguesa. Para tal, fez-se um esforço para que as expressões idiomáticas fossem cuidadosamente adaptadas para captar o sentido conotativo da expressão original.

Para apurar a equivalência semântica foi realizada uma reflexão falada com a presença de 10 indivíduos escolhidos de forma a agrupar um grupo heterogéneo em termos de género, idade, habilitações literárias e profissão. Após a leitura dos 31 itens que constituem a BSHS-R foi discutida a hipótese de existir ambiguidade na compreensão dos mesmos e não houve necessidade de proceder a alterações semânticas nesta fase. Finalmente, foi efetuado um estudo piloto com 8 pacientes que sofreram queimaduras, internados na Unidade de Queimados do Hospital da Prelada (Porto, Portugal), aos quais foi aplicada a BSHS-R juntamente com a ficha de caracterização sociodemográfica. Foi-lhes solicitado que identificassem os itens que achassem, por algum motivo, de difícil compreensão ou que suscitasse ambiguidade. Nenhum item foi mudado nesta fase e a versão final foi, então, formulada.

10.2. Brief Symptom Inventory (BSI)

Para a análise da sintomatologia emocional foi utilizado o instrumento *Brief Symptom Inventory* (BSI) de Derogatis (1982), na sua versão traduzida e adaptada para a população portuguesa de Canavarro (1995, cit. Canavarro, 1999).

O BSI é um inventário de autorresposta com 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afetou durante a última semana, numa escala de tipo *Likert* que varia entre «Nunca» (0) a

«Muitíssimas vezes» (4). Pode ser aplicado a doentes do foro psiquiátrico ou psicológico, a quaisquer outros doentes e a indivíduos da população em geral, que não se encontrem perturbados emocionalmente (Canavarro, 1999).

O inventário avalia sintomas psicopatológicos distribuídos por nove dimensões de sintomatologia (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo) e três índices globais. Estes últimos são avaliações sumárias de perturbação emocional e representam aspetos diferentes da psicopatologia. O Índice Geral de Sintomas (IGS) pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados. O Total de Sintomas Positivos (TSP) reflete o número de sintomas assinalados e o Índice de Sintomas Positivos (ISP) oferece-nos a média da intensidade de todos os sintomas assinalados (Canavarro, 1999, no prelo). De acordo com a autora (Canavarro, 1999, no prelo), o ISP parece ser o indicador que melhor discrimina pessoas com perturbação emocional dos indivíduos da população em geral. Relativamente às características psicométricas do instrumento original, foram analisados os indicadores de consistência interna e validade de constructo (Canavarro, 1999, no prelo), sendo as correlações estatisticamente significativas ($p \leq 0.001$). Estas revelam uma boa consistência interna como se constata, quer para os diversos itens, quer pelos valores globais da escala, através do alfa de Cronbach entre 0.7 e 0.8, à excepção dos valores das escalas de ansiedade fóbica (0.624) e de psicoticismo (0.621) que se apresentam ligeiramente a baixo do referido intervalo. Os valores das correlações Split-Half e os coeficientes de Spearman-Brown são igualmente abonatórios da consistência interna da escala, corroborando também a menor consistência nas escalas de ansiedade fóbica ($R_{\text{Split-half}}=0.403$; Coeficiente Spearman-Brown=0.574) e psicoticismo ($R_{\text{Split-half}}=0.413$; Coeficiente Spearman-Brown=0.585). O instrumento revela ainda uma boa estabilidade temporal. A variação das

correlações indica que o aumento numa das dimensões da psicopatologia se encontra associada a aumentos em todas as outras. Como seria de esperar, todas as escalas apresentam correlações mais elevadas com as três notas globais de psicopatologia do que entre si (Canavarro, 1999). Neste estudo, o alfa global da escala foi .975, mas os valores de cada dimensão podem ser consultados no Quadro 11 (p. 133).

10.3. Questionário de Ambiente Familiar

Para avaliar o Ambiente Familiar utilizamos a versão portuguesa (Monteiro, 2009) da *Family Background Questionnaire* (Melchert, 1991). Este instrumento pretende estudar, de forma compreensiva, comportamental e específica, as características da família de origem. Permite determinar um valor global de funcionamento familiar através do uso de fatores de risco mais claros e objetivos de disfunção familiar, assim como de outras variáveis que consistentemente se têm apresentado capazes de afetar o funcionamento familiar (Melchert, 1991, cit. Monteiro & Maia, 2010).

Nesta investigação utilizamos apenas o Questionário do Ambiente Familiar dirigido a adultos sobre as suas memórias de experiências na família até os 18 anos. É constituído por 50 itens agrupados em 6 subescalas: Ausência de Abuso de Substâncias Parental (8 itens), Coligação Parental e Ajustamento Psicológico Parental (11 itens), Cuidado Físico e Relacionamento Parental Não-Violento (9 itens), Ausência de Tarefas Domésticas (7 itens), Apoio Social Infantil e Expressão Emocional Familiar (7 itens) e Controlo Parental (8 itens). A Ausência de Abuso de Substâncias Parental refere-se ao consumo de substâncias dos pais, entre elas o álcool ou drogas, a Coligação Parental é o grau de acordo entre o pai e a mãe em relação às regras ou instruções dadas aos filhos, sendo o Ajustamento Psicológico a saúde mental dos pais, nomeadamente perturbações de humor existentes, o Cuidado Físico e

Relacionamento Parental Não-Violento diz respeito à certificação dos pais de que estavam garantidos cuidados físicos aos seus filhos, entre os quais a alimentação, vestuário, condições de higiene, entre outros e o seu relacionamento não se apoiasse em comportamentos de violência, a Participação em Tarefas Domésticas refere-se o grau de exploração da criança para as limpezas e cuidados domésticos (limpar o pó, cuidar de um irmão, aspirar), o Apoio Social infantil refere-se à forma como a criança podia estar com amigos, conviver, ir ao cinema, estudar fora de casa e a Expressão Emocional Familiar refere-se à comunicação em família sobre sentimentos. Por fim, o Controlo Parental é o grau em que o sistema familiar é flexível no seu modelo educativo, desde o autocrático (1 = com decisão dos pais sem opinião do filho), passando pelo autónomo (3) até ao democrático (5 = decisão é tomada conjunta em família) (Monteiro, 2009; Monteiro & Maia, 2010).

Todas as questões são avaliadas num *continuum* de 1 (muito mau funcionamento familiar) a 5 (muito bom funcionamento familiar). Para se obterem as pontuações referentes ao Questionário do Ambiente Familiar deverão ser calculados os valores médios das várias subescalas, sendo que, de zero a cinco, o valor 5 representa o melhor ambiente familiar. A versão portuguesa contou com a participação de 280 sujeitos, cuja consistência interna total é adequada, tal como se constata nos valores do alfa de *Cronbach* de .84 para o Questionário do Ambiente Familiar (Monteiro, 2009; Monteiro & Maia, 2010).

10.4. Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24)

Para avaliar a inteligência emocional percebida (IEP) utilizou-se a *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) que é uma escala de autorrelato originalmente desenvolvida por Salovey e colaboradores (1995, cit. Queirós et al., 2005) para avaliar a habilidade individual para entender, clarificar e regular as emoções, reparando os estados emocionais negativos e mantendo os

positivos (Queirós et al., 2005), ou seja, pretende aceder às crenças individuais que cada um tem acerca das suas habilidades emocionais.

A versão integral da TMMS foi aplicada a 148 sujeitos e é composta por 48 itens que se caracterizam pela presença de 3 fatores – Atenção, Clareza e Reparação – com uma consistência interna de .86, .87 e .82 respetivamente (Salovey et al., 1995 cit. Queirós et al., 2005). A versão portuguesa da TMMS-24 é uma versão reduzida e modificada do TMMS, desenvolvida por Fernández-Berrocal, Extremera e Ramos (2004, cit. Queirós et al., 2005) e constituída por 24 itens. Estes são avaliados por uma escala tipo *likert* de 5 pontos que varia desde 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo plenamente), obtendo-se um indicador de inteligência emocional percebida de acordo com as três dimensões – Atenção às emoções, Clareza de sentimentos e Reparação do estado emocional. A primeira dimensão diz respeito ao grau com que as pessoas acreditam prestar atenção aos seus sentimentos (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8), a Clareza de sentimentos refere-se à forma como as pessoas acreditam perceber as suas emoções (itens 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16) e a última dimensão refere-se à capacidade que cada indivíduo tem de regular as suas emoções, podendo interromper os estados emocionais negativos e prolongar os positivos (itens 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24).

A fiabilidade da versão portuguesa modificada da TMMS-24, numa população de idosos, para cada componente é: Atenção às emoções ($\alpha=.88$), Clareza de sentimentos ($\alpha=.83$) e Reparação do estado emocional ($\alpha=.92$). Trata-se, por isso, de um instrumento adequado e fiável com o qual se podem realizar investigações em diferentes âmbitos contextos. Para se obterem as pontuações de cada dimensão é necessário somar o valor dos itens que lhes pertencem (Queirós et al., 2005). Estes valores definem pontos de corte para homens e mulheres em todas as dimensões.

11. PROCEDIMENTOS

11.1. Recolha dos dados

A recolha de amostra foi realizada entre novembro de 2009 e junho de 2014, tendo o presente estudo sido aprovado pela Comissão de Ética do Hospital da Prelada, Porto. Os critérios de inclusão são:

- Pacientes que sofreram queimaduras;
- Maiores de 18 anos de idade;
- Não serem portadores de doenças psiquiátricas limitadoras de cognição e/ou raciocínio lógico;
- Pacientes internados na Unidade de Queimados e na Cirurgia Plástica e Reconstructiva.

O preenchimento dos questionários pelos pacientes que satisfaziam os critérios de inclusão foi realizado após duas semanas da alta hospitalar. A distribuição dos questionários ocorreu pessoalmente, sendo as pessoas abordadas diretamente e convidadas a participar no estudo. Caso o paciente não conseguisse preencher o questionário por dificuldades físicas e/ou cognitivas, o investigador principal entrou em contacto com um familiar capaz de ajudar no preenchimento do mesmo. Todos foram informados dos objetivos do presente trabalho, tendo-lhes sido assegurada absoluta confidencialidade e garantido o anonimato das respostas. As pessoas que concordaram colaborar na investigação assinaram um documento de consentimento informado, pelo qual aceitavam as condições do estudo.

11.2. Análise dos dados

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao programa SPSS (IBM - *Statistical Package for Social Sciences* – 25). No primeiro momento, a análise incluiu a caracterização descritiva de todas as

variáveis em estudo. Foram analisadas as diferenças na QDV em função das características sociodemográficas e variáveis clínicas com recurso a testes *t* de *Student* e *One-way ANOVA*, em função da operacionalização das variáveis. Posteriormente, foram analisadas as correlações existentes entre os diferentes instrumentos de avaliação, através do Coeficiente de Correlação de *Pearson*. Recorreu-se ao procedimento estatístico da Regressão Linear Múltipla para determinar as variáveis preditoras de cada dimensão da QDV e de seguida, testamos o efeito mediador da sintomatologia emocional entre a QDV e a inteligência emocional (Regressão Hierárquica). A normalidade dos resultados foi testada e garantida, assumindo-se o IC 95% na inferência estatística.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

12.1. A VERSÃO ADAPTADA DA BSHS-R PARA PORTUGUÊS DE PORTUGAL

A BSHS-R tem sido utilizada como escala de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em pessoas que sofreram queimaduras (Blalock et al., 1994). É um instrumento de carácter multidimensional, de auto-administração e está validado para indivíduos adultos (Ferreira, 2006). Trata-se de uma ferramenta rápida e simples de administrar, compreendendo as principais dimensões que envolvem a perceção de qualidade de vida no paciente queimado (Blalock et al., 1994).

Características psicométricas dos resultados da BSHS-R

Para uma descrição mais detalhada poderá consultar o artigo publicado de Silva, Marzo e García del Castillo (2019) no anexo C.

Estrutura fatorial da BSHS-R

Com o objetivo de observar a estrutura fatorial da BSHS-R na amostra estudada foi realizada a análise de componentes principais, através do método de rotação *Oblimin*, utilizando o critério de normalização de Kaiser, incluindo os 31 itens que constituem o instrumento e conservando a mesma estrutura de 6 dimensões, como se pode ver no Quadro 3.

O valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obtido foi .788 e sendo superior a .6 permite-nos afirmar que estamos perante uma adequada análise fatorial (Tabachnick & Fidell, 1996). O teste de esfericidade de Bartlett alcançou um nível de significância de $p < .001$ considerando-se, assim, a análise fatorial significativa e apropriada (Pallant, 2001; Tabachnick & Fidell, 1996).

A análise dos componentes principais mostrou a presença de seis componentes com valores *próprios* superiores a 1 que justificam 68.14% da variância total, sendo o fator 1 o que possui maior contribuição (31.019%) (Quadro 3). A solução fatorial encontrada é coincidente com a versão original (Blalock et al., 1994) e com a versão brasileira (Ferreira, 2006).

Quadro 3 – Análise de componentes principais da BSHS-R

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = .788						
Teste de esfericidade de Bartlett: $\chi^2 = 1946.03$; $p < .001$						
Rotação dos componentes						
Itens	Afeio e Imagem corporal	Habilid. funções simples	Sensibil. pele	Tratamento	Rel. Interp.	Trabalho
1		.851				
2		.789				
3						.495
4		.879				
5		.874				
6			.373			
7	.738					
8	.819					
9						.756
10	.679					
11				.434		
12	.774					
13						.626
14					.303	
15						.679
16			.644			
17	.722					
18			.740			
19	.639					
20				.421		
21				.497		
22					.364	
23				.514		
24					.838	
25			.868			
26	.743					
27	.437					
28					.669	
29			.764			
30					.733	
31				.490		

	Afeto e Imagem corporal	Habilid. funções simples	Sensibil. pele	Tratamento	Rel. Interp.	Trabalho
Variância explicada por fator (%)	31.019	11.761	10.291	6.008	4.757	4.304
Variância explicada acumulada (%)	31.019	42.780	53.072	59.079	63.836	68.14
Valores próprios	9.616	3.646	3.190	1.862	1.475	1.334

Fidelidade

A fidelidade de um determinado instrumento reporta-se à precisão e consistência da medida, bem como à estabilidade temporal dos resultados obtidos (Almeida & Freire, 2003; Pallant, 2001). Os coeficientes disponíveis para este cálculo pretendem avaliar até que ponto a variância geral dos resultados da prova está relacionada ao somatório da variância item a item.

Consistência interna

No caso da consistência interna foram calculados os coeficientes de *alpha* de Cronbach para o total dos 31 itens e para cada dimensão do instrumento, de acordo com a distribuição das respostas numa escala ordinal.

A versão original (Blalock et al., 1994) e a versão brasileira (Ferreira, 2006) obtiveram uma boa consistência interna, com um valor de *alpha* de Cronbach de .94. Neste estudo o coeficiente *alpha* de Cronbach global foi .92. O Quadro 4 mostra os coeficientes de *Cronbach* para cada dimensão que compõem o instrumento BSHS-R.

De acordo com a leitura do Quadro 4 é possível confirmar que todas as dimensões apresentam indicadores moderados de consistência interna

que variam entre .77 (dimensão tratamento) e .89 (dimensão habilidades para funções simples).

Quadro 4 – Coeficientes de Cronbach da BSHS-R

Dimensões	α	Nº Itens
Afeto e imagem corporal	.87	8
Sensibilidade da pele	.83	5
Habilidades para funções simples	.89	4
Tratamento	.77	5
Trabalho	.88	4
Relações interpessoais	.80	5
Escala global	.92	31

No Quadros 5 são apresentados os indicadores de qualidade dos itens, como a média e a variância se o item for excluído, a correlação item com o resultado total, corrigida pela eliminação do item em questão, e o *alpha* de Cronbach se o item é eliminado, para cada dimensão da BSHS-R.

Quadro 5 – Dimensões da BSHS-R: estatísticas de item-total

Dimensão Afeto e Imagem Corporal	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
7. Sinto que a minha queimadura incomoda as outras pessoas	26.17	51.00	.62	.86
8. Às vezes penso que tenho um problema emocional (depressão, etc)	25.98	49.43	.69	.85
10. Fico chateado(a) por me sentir sozinho(a)	25.97	53.09	.53	.87
12. Às vezes gostaria de esquecer que a minha aparência mudou	26.20	48.64	.69	.85

Continuação Quadro 5

17. A aparência das minhas cicatrizes incomoda-me	26.36	47.00	.73	.85
19. A minha aparência incomoda-me muito	25.90	49.43	.65	.86
26. Sinto-me triste e deprimido(a) com frequência	26.08	49.96	.71	.85
27. Sinto-me preso e sem saída	25.60	55.50	.44	.88

Sensibilidade da pele

6. A minha pele está mais sensível agora do que antes	12.03	22.98	.49	.83
16. Incomoda-me estar ao sol	11.96	19.89	.70	.78
18. Não posso sair de casa para fazer atividades quando está calor	11.47	20.80	.60	.80
25. O calor incomoda-me	11.68	19.56	.76	.76
29. Sinto-me incomodado por não poder apanhar sol ou ir à praia	11.55	20.54	.59	.81

Dimensão Habilidade para funções simples

1. Apertar os atacadores dos sapatos, fazer laços	12.87	8.18	.76	.87
2. Sentar-se e levantar-se de cadeiras	12.46	10.01	.69	.89
4. Tomar banho sem ajuda	12.68	8.75	.82	.84
5. Vestir-se sem ajuda	12.63	9.01	.82	.85

Dimensão Tratamento

11. Tenho dificuldade em cuidar da minha queimadura como me indicaram	16.35	14.41	.54	.73
20. Ter que cuidar da minha queimadura incomoda-me	16.21	15.29	.54	.73
21. Existem coisas que me disseram para fazer nas minhas queimaduras que não gosto	16.11	14.25	.62	.70
23. Cuidar da minha queimadura dificulta fazer outras coisas que são importantes para mim	16.11	16.43	.46	.76

Continuação Quadro 5

31. Gostaria de não ter que fazer tantas coisas para cuidar da minha queimadura	16.49	14.34	.56	.72
---	-------	-------	-----	-----

Dimensão Trabalho

3. Voltar ao trabalho e fazer as suas tarefas como antes da queimadura	10.46	14.38	.61	.89
9. A minha queimadura tem causado problemas na realização das minhas tarefas no trabalho e em casa	10.51	12.71	.72	.85
13. A queimadura afectou a minha capacidade de trabalhar	10.41	12.31	.77	.83
15. A minha queimadura interfere nas minhas tarefas do trabalho e de casa	10.26	12.59	.86	.80

Dimensão Relações interpessoais

14. Não me apetece estar com os meus amigos	17.03	14.19	.53	.79
22. Prefiro estar sozinho do que com a minha família	16.74	15.01	.59	.77
24. Eu não gosto da maneira como a minha família age quando estou por perto	16.70	14.59	.71	.74
28. Não tenho vontade de visitar outras pessoas	17.18	14.02	.59	.77
30. Não tenho ninguém para conversar sobre os meus problemas	17.14	13.71	.57	.77

Pela leitura do Quadro 5 podemos verificar que nenhuma dimensão da BSHS-R beneficia da exclusão de itens relativamente ao coeficiente de consistência interna correspondente a cada uma e todos os itens dentro da sua dimensão se correlacionam o total da escala.

12.2. A QDV DO PACIENTE QUEIMADO EM FUNÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E VARIÁVEIS CLÍNICAS

No Quadro 6 são apresentados os resultados relativamente às diferenças na BSHS-R em função do género, não se tendo observado diferenças estatisticamente significativas nas variáveis idade, estado civil, agregado familiar ou área de residência.

Quadro 6 - Diferenças nas dimensões da BSHS-R em função do género

	Género	N	M	DP	t	p
Dimensão 1 - Afeto e imagem corporal	Feminino	38	3.40	1.07	2.62	.01
	Masculino	54	3.94	.91		
Dimensão 2 - Sensibilidade da pele	Feminino	38	2.81	1.14	.89	.37
	Masculino	54	3.02	1.10		
Dimensão 3 - Habilidades para funções simples	Feminino	38	4.09	1.23	.97	.34
	Masculino	54	4.31	.76		
Dimensão 4 - Tratamento	Feminino	38	3.92	1.07	1.17	.24
	Masculino	54	4.16	.84		
Dimensão 5 - Trabalho	Feminino	38	3.38	1.16	.64	.52
	Masculino	54	3.54	1.19		
Dimensão 6 - Relações interpessoais	Feminino	38	4.15	1.01	.79	.43
	Masculino	54	4.30	.86		

A análise do Quadro 6 permite confirmar que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão *Afeto e Imagem corporal* entre os participantes do género feminino ($M=3.40$, $DP=1.07$) e os participantes do género masculino [$M=3.94$, $DP=.91$, $t(78)=2.62$, $p=.01$], sendo a perceção de qualidade de vida neste domínio inferior no género feminino. Para as restantes dimensões não se observam diferenças estatisticamente significativas.

No Quadro 7 são apresentados os resultados relativamente às diferenças nas dimensões da BSHS-R em função da classificação da gravidade da queimadura.

Quadro 7 – Diferenças na BSHS-R em função da classificação da queimadura

		N	M	DP	F	p
Dimensão 1 - Afeto e imagem corporal	Queimadura leve	45	3.98	.99	3.87	.03
	Queimadura moderada	30	3.60	1.00		
	Queimadura grave	17	3.25	.88		
Dimensão 2 - Sensibilidade da pele	Queimadura leve	45	3.15	1.13	3.51	.03
	Queimadura moderada	30	2.96	.91		
	Queimadura grave	17	2.34	1.24		
Dimensão 3 - Habilidades para funções simples	Queimadura leve	45	4.28	1.03	.30	.74
	Queimadura moderada	30	4.23	.96		
	Queimadura grave	17	4.06	.92		
Dimensão 4 - Tratamento	Queimadura leve	45	4.15	.87	3.45	.04
	Queimadura moderada	30	4.23	.89		
	Queimadura grave	17	3.54	1.06		
Dimensão 5 - Trabalho	Queimadura leve	45	3.60	1.19	3.84	.03
	Queimadura moderada	30	3.67	1.05		
	Queimadura grave	17	2.78	1.18		
Dimensão 6 - Relações interpessoais	Queimadura leve	45	4.30	.88	2.10	.13
	Queimadura moderada	30	4.37	.73		
	Queimadura grave	17	3.84	1.24		

A análise do Quadro 7 permite verificar que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *Afeto e Imagem Corporal* [$F(2, 89)=3.87, p=.03$], *Sensibilidade da pele* [$F(2, 89)=3.51, p=.03$], *Tratamento* [$F(2, 89)=3.45, p=.04$] e *Trabalho* [$F(2, 89)=3.84, p=.03$] em função da classificação da queimadura. As comparações *post hoc* entre os grupos queimadura leve, moderada ou grave foram realizadas através do teste *Tukey*. No Quadro 8 são apresentados estes resultados.

Quadro 8 – Comparações *Post-hoc*: Classificação das queimaduras

Variável dependente	(I) Classificação Queimadura	(J) Classificação Queimadura	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	p
Dimensão 1 - Afeto e imagem corporal	Queimadura Leve	Queimadura Moderada	.38	.23	.27
		Queimadura Grave	.73*	.29	.03
	Queimadura Moderada	Queimadura Leve	-.38	.23	.27
		Queimadura Grave	.36	.30	.39
Queimadura Grave	Queimadura Leve	-.73*	.29	.03	
	Queimadura Moderada	-.35	.30	.38	
Dimensão 2 - Sensibilidade da pele	Queimadura Leve	Queimadura Moderada	.19	.26	.75
		Queimadura Grave	.82*	.31	.03
	Queimadura Moderada	Queimadura Leve	-.19	.26	.75
		Queimadura Grave	.63	.33	.14
Queimadura Grave	Queimadura Leve	-.82*	.31	.03	
	Queimadura Moderada	-.63	.33	.14	
Dimensão 4 - Tratamento	Queimadura Leve	Queimadura Moderada	-.08	.22	.94
		Queimadura Grave	.61	.26	.06
	Queimadura Moderada	Queimadura Leve	.08	.22	.94
		Queimadura Grave	.69*	.28	.04
Queimadura Grave	Queimadura Leve	-.61	.26	.06	
	Queimadura Moderada	-.69*	.28	.04	
Dimensão 5 - Trabalho	Queimadura Leve	Queimadura Moderada	-.07	.27	.97
		Queimadura Grave	.82*	.33	.04
	Queimadura Moderada	Queimadura Leve	.07	.27	.97
		Queimadura Grave	.89*	.35	.03
Queimadura Grave	Queimadura Leve	-.89*	.33	.03	
	Queimadura Moderada	-.89*	.35	.03	

Pela análise do Quadro 8 podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão *Afeto e Imagem Corporal* entre os participantes avaliados como tendo «queimadura leve» ($M=3.98$, $DP=.99$) e os avaliados com «queimadura grave» ($M=3.25$, $DP=.88$, $p=.03$), a favor dos que apresentam «queimadura leve». Na dimensão *Sensibilidade da pele*, as diferenças estatisticamente significativas

encontradas são entre os participantes com «queimadura leve» ($M=3.15$, $DP=1.13$) e «queimadura grave» ($M=2.34$, $DP=1.24$, $p=.03$) a favor dos com «queimadura leve». Na dimensão *Tratamento*, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que apresentam «queimadura moderada» ($M=4.23$, $DP=.89$) e os participantes com «queimadura grave» ($M=3.54$, $DP=1.06$, $p=.04$) a favor dos com «queimadura moderada». Na dimensão *Trabalho* as diferenças estatisticamente significativas encontradas são entre os participantes com «queimadura leve» ($M=3.60$, $DP=1.19$) e «queimadura grave» ($M=2.78$, $DP=1.18$, $p=.04$) a favor dos que apresentam «queimadura leve» e entre os com «queimadura moderada» ($M=3.67$, $DP=1.05$) e os com «queimadura grave» ($M=2.78$, $DP=1.18$, $p=.03$) a favor dos com «queimadura moderada».

Quadro 9 – Diferenças na BSHS-R em função da visibilidade da queimadura

		N	M	DP	F	p
Dimensão 1 - Afeto e imagem corporal	Visível (face, cabeça, pescoço e mãos)	16	3.85	1.24	.18	.84
	Não visível (Membros superiores e inferiores, tórax anterior e posterior)	24	3.66	1.17		
	Visível e Não visível	52	3.70	.85		
Dimensão 2 - Sensibilidade da pele	Visível (face, cabeça, pescoço e mãos)	16	3.15	.99	.46	.63
	Não visível (Membros superiores e inferiores, tórax anterior e posterior)	24	2.98	1.26		
	Visível e Não visível	52	2.85	1.09		
Dimensão 3 - Habilidades para funções simples	Visível (face, cabeça, pescoço e mãos)	16	4.61	.70	1.62	.20
	Não visível (Membros superiores e inferiores, tórax anterior e posterior)	24	4.07	1.19		
	Visível e Não visível	52	4.17	.94		
Dimensão 4 - Tratamento	Visível (face, cabeça, pescoço e mãos)	16	4.35	.90	3.18	.05
	Não visível (Membros superiores e inferiores, tórax anterior e posterior)	24	3.68	1.08		
	Visível e Não visível	52	4.15	.84		

Continuação Quadro 9

Dimensão 5 - Trabalho	Visível (face, cabeça, pescoço e mãos)	16	3.50	1.42	.02	.98
	Não visível (Membros superiores e inferiores, tórax anterior e posterior)	24	3.50	1.21		
	Visível e Não visível	52	3.45	1.10		
Dimensão 6 - Relações interpessoais	Visível (face, cabeça, pescoço e mãos)	16	4.35	.94	3.16	.047
	Não visível (Membros superiores e inferiores, tórax anterior e posterior)	24	4.84	1.28		
	Visível e Não visível	52	4.39	.65		

No Quadro 9 são apresentados os resultados relativamente às diferenças nas dimensões da BSHS-R em função da visibilidade da queimadura. Pela leitura do Quadro 9, é possível identificar que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão *Relações Interpessoais* [$F(2, 89)=3.16, p=.047$]. As comparações *post hoc* entre os grupos foram realizadas através do teste *Tukey*. No Quadro 10 são apresentados estes resultados.

Quadro 10 – Comparações Post-hoc: Visibilidade da queimadura

Variável dependente	(I) Áreas corporais afetadas	(J) Áreas corporais afetadas	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	p
Dimensão 6 - Relações interpessoais	Visível (face, cabeça, pescoço e mãos)	Não visível (Membros superiores e inferiores, tórax anterior e posterior)	.51	.29	.19
		Visível e Não visível	-.04	.26	.99
	Não visível (Membros superiores e inferiores, tórax anterior e posterior)	Visível (face, cabeça, pescoço e mãos)	-.51	.29	.19
		Visível e Não visível	-.55*	.22	.04
	Visível e Não visível	Visível (face, cabeça, pescoço e mãos)	.04	.26	.99
		Não visível (Membros superiores e inferiores, tórax anterior e posterior)	.55*	.22	.04

Pela análise do Quadro 10 podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com queimadura não visível ($M=4.84$, $DP=1.28$) e visível e não visível ($M=4.39$, $DP=.65$, $p=.04$), a favor dos participantes com queimadura não visível.

12.3. A SINTOMATOLOGIA EMOCIONAL, O AMBIENTE FAMILIAR E A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL PERCEBIDA COM A PERCEÇÃO DE QDV DO PACIENTE QUEIMADO

Os quadros referentes a estas análises são apresentados individualmente para cada instrumento.

Relativamente ao **BSI**, são apresentados os valores da consistência interna e os indicadores de perturbação emocional.

Quadro 11 – Consistência interna: valores globais para as nove dimensões do BSI

Dimensões	α	
	Canavarro (1999) (N=404)	Pacientes queimados (N=92)
Somatização	.797	.852
Obsessões-Compulsões	.773	.817
Sensibilidade Interpessoal	.760	.846
Depressão	.728	.909
Ansiedade	.766	.858
Hostilidade	.759	.846
Ansiedade Fóbica	.624	.806
Ideação Paranóide	.718	.808
Psicoticismo	.621	.842

Relativamente aos valores de consistência interna através do valor de *alpha*, é possível observar no Quadro 11 que todas as dimensões

apresentam valores de *alpha* superiores comparativamente à versão de Canavarro (1999).

Procurou-se analisar as correlações existentes entre os sintomas psicopatológicos apresentadas no Quadro 12.

Todas as dimensões se encontram relacionadas positiva e significativamente entre si e com os índices considerados. Ao analisarmos as correlações mais elevadas de cada dimensão com as restantes verificamos que a *Somatização* se correlaciona moderadamente com a *Ansiedade* ($r=.66$) e com a *Obsessão-Compulsão* ($r=.69$), a *Depressão* encontra-se fortemente correlacionada com as dimensões *Psicoticismo* ($r=.87$) e *Sensibilidade Interpessoal* ($r=.80$); a *Hostilidade* correlaciona-se com a dimensão *Psicoticismo* ($r=.75$); a *Ansiedade* correlaciona-se de forma mais evidente com a dimensão *Sensibilidade Interpessoal* ($r=.84$); a *Ansiedade Fóbica* apresenta uma correlação mais elevada com a dimensão *Sensibilidade Interpessoal* ($r=.74$); o *Psicoticismo* apresenta uma correlação forte com a *Sensibilidade Interpessoal* ($r=.82$) e a *Sensibilidade Interpessoal* também apresenta uma correlação superior com a dimensão *Ideação Paranoide* ($r=.72$),

Relativamente aos índices gerais, estes correlacionam-se significativamente com as dimensões que integram o BSI (todas as correlações são estatisticamente significativas com um nível de significância de $p \leq .01$).

Quadro 12 – Matriz de correlação de Pearson para o BSI

1												
2	.61	-										
3	.61	.73	-									
4	.66	.71	.71	-								
5	.60	.65	.56	.69	-							
6	.59	.87	.75	.56	.71	-						
7	.38	.62	.61	.70	.43	.68	-					
8	.69	.79	.66	.67	.64	.77	.64	-				
9	.59	.80	.71	.84	.74	.82	.72	.71	-			
10	.79	.89	.84	.80	.71	.89	.72	.88	.86	-		
11	.74	.87	.82	.61	.72	.88	.70	.86	.85	.96	-	
12	.62	.59	.56	.66	.53	.58	.47	.59	.51	.70	.51	-
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

(**) $p \leq .01$

Legenda: 1- Somatização; 2- Depressão; 3 – Hostilidade; 4- Ansiedade; 5- Ansiedade Fóbica; 6- Psicoticismo; 7- Ideação Paranóide; 8- Obsessões-Compulsões; 9- Sensibilidade Interpessoal; 10 – Índice Geral de Sintomas; 11 – Total de Sintomas Positivos; 12 – Índice de Sintomas Positivos

Partindo do pressuposto que os indicadores de perturbação emocional são fatores importantes na avaliação que o paciente queimado faz da sua QDV, foi feita a comparação com os resultados obtidos por Canavarro (1999) referentes à população geral, apresentados no Quadro 13.

Os resultados obtidos sugerem que os pacientes queimados apresentam valores mais elevados comparativamente aos da população geral em todas as dimensões, sendo estas diferenças estatisticamente significativas. No que se refere aos índices, o único em que há diferenças estatisticamente significativas é no índice geral *ISP*, sendo o valor inferior nos pacientes queimados.

Com base nos resultados obtidos, verificamos que a nota do *ISP* do BSI (.03) é claramente inferior ao ponto de corte de ≥ 1.7 definido pelo instrumento, sendo que este valor descreve a probabilidade de encontrar pessoas emocionalmente perturbadas na amostra estudada,

tal como é avaliada pelo BSI, o que não se verifica no nosso grupo de pacientes queimados.

Quadro 13 – Comparação das dimensões do BSI entre a população geral e os pacientes queimados

Dimensões	Pop. Geral (Canavarro, 1999) (N=404)		Pacientes queimados (N=92)		t	p
	M	DP	M	DP		
Somatização	.573	.916	1.84	.78	15.57	<.01
Obsessões-Compulsões	1.290	.878	2.09	.76	10.08	<.01
Sensibilidade Interpessoal	.958	.727	1.95	.99	9.58	<.01
Depressão	.893	.722	2.02	1.02	10.62	<.01
Ansiedade	.942	.766	2.00	.86	11.80	<.01
Hostilidade	.894	.784	1.97	.87	11.81	<.01
Ansiedade Fóbica	.418	.663	1.67	.79	15.09	<.01
Ideação Paranoide	1.063	.789	2.12	.89	11.35	<.01
Psicoficismo	.668	.614	1.75	.87	11.95	<.01
IGS	.835	.480	.95	.74	1.44	n.s.
TSP	26.993	11.724	26.34	15.43	-.41	n.s.
ISP	1.561	.385	.03	.01	-14.56	<.01

Relativamente ao **Questionário de Ambiente Familiar** são apresentados os valores da consistência interna obtidos através do *alpha* de Cronbach. Pela leitura do Quadro 14 é possível verificar que todas as dimensões apresentam valores de *alpha* equivalentes à versão de Monteiro (2009).

Quadro 14 – Consistência interna: valores globais para as dimensões do Questionário de Ambiente Familiar

Dimensões	α	
	Monteiro (2009) (N=280)	Pacientes queimados (N=92)
Ausência de abuso de substâncias parental	.89	.99
Coligação parental e ajustamento psicológico parental	.86	.98
Cuidado físico e relacionamento parental não violento	.84	.88
Ausência de tarefas domésticas	.87	.86
Apoio social infantil e expressão emocional familiar	.77	.78
Controlo parental	.74	.79

Procurou-se analisar as correlações existentes entre as dimensões que integram o Questionário de Ambiente Familiar que são apresentadas no Quadro 15.

Ao analisarmos as correlações mais elevadas de cada dimensão com as restantes verificamos a *Ausência de Abuso de Substâncias Parental* correlaciona-se de forma quase perfeita com a *Coligação Parental e Ajustamento Psicológico Parental* ($r=.99$) e com o *Cuidado Físico e Relacionamento Parental Não Violento* ($r=.87$) e a *Coligação Parental e Ajustamento Psicológico Parental* correlaciona-se fortemente com o *Cuidado Físico* ($r=.86$). Verificamos que entre as dimensões *Ausência de Abuso de Substâncias Parental* e *Ausência de Tarefas Domésticas*, *Apoio Social Infantil e Expressão Emocional Familiar* e *Controlo Parental* não existe associação significativa. De realçar que entre a *Ausência de Tarefas Domésticas* e o *Controlo Parental* a associação é estatisticamente significativa, mas negativa ($r=-.32$), sugerindo que uma maior ausência de tarefas se associa a um menor controlo parental.

Quadro 15 – Matriz de correlação de *Pearson* para o Questionário de Ambiente Familiar

1						
2	.99(**)	-				
3	.87(**)	.86(**)	-			
4	.05	.05	.08	-		
5	.99	.10	.14	.06	-	
6	.21	.21	.41(**)	-.32(**)	.57(**)	-
	1	2	3	4	5	6

Legenda: 1- Ausência abuso de substâncias parental; 2- Coligação parental e ajustamento psicológico parental; 3- Cuidado físico e relacionamento parental não violento; 4- Ausência de tarefas domésticas; 5- Apoio social infantil e expressão emocional familiar; 6- Controle parental; (**) $p \leq .01$

Partindo do pressuposto que as dimensões avaliadas pelo Questionário de Ambiente Familiar são fatores importantes na avaliação que o paciente queimado faz da sua QDV, foi feita a comparação com os resultados obtidos por Monteiro (2009) referentes à população geral, apresentados no Quadro 16.

Os resultados obtidos sugerem que os pacientes queimados apresentam valores inferiores comparativamente aos da população do estudo de Monteiro (2009) em todas as dimensões do Ambiente Familiar e no Total da escala, exceto na dimensão *Ausência de tarefas domésticas* cuja média é superior.

Quadro 16 – Comparação das dimensões do Questionário de Ambiente Familiar entre a população geral e os pacientes queimados

Dimensões	Pop. Geral (Monteiro, 2009) (N=280)		Pacientes queimados (N=92)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Ausência abuso de substâncias parental	4.91	.38	3.76	1.32	-7.96	<.001
Coligação parental e ajustamento psicológico parental	4.01	.61	3.55	1.19	-3.54	<.001
Cuidado físico e relacionamento parental não violento	4.75	.45	3.70	1.03	-9.34	<.001
Ausência de tarefas domésticas	2.82	1.25	3.35	1.51	-8.02	<.001
Apoio social infantil e expressão emocional familiar	3.61	.76	3.05	1.27	-1.08	n.s.
Controlo parental	4.03	.50	3.50	.98	-1.92	n.s.
Total do Ambiente Familiar	4.02	.32	3.42	.68	-7.14	.001

Relativamente ao **TMMS-24**, são apresentados os valores da consistência interna no Quadro 17 onde é possível observar que todas as dimensões apresentam valores de *alpha* próximos dos valores da versão portuguesa numa amostra de idosos, de Queirós e colaboradores (2005), com exceção da *Reparação*, na qual a consistência interna no nosso estudo é inferior.

Procurou-se analisar as correlações existentes entre as diferentes dimensões avaliadas pelo TMMS-24 que são apresentadas no Quadro 18.

Quadro 17 – Consistência interna: valores globais para as três dimensões do TMMS-24

Dimensões	α	
	Versão portuguesa (idosos) (Queirós et al., 2005) (N=120)	Pacientes queimados (N=92)
Atenção às emoções	.88	.88
Clareza de sentimentos	.83	.85
Reparação	.92	.84

Todas as dimensões se encontram relacionadas positiva e significativamente entre si. Ao analisarmos as correlações mais elevadas verificamos que a *Clareza de sentimentos* se correlaciona moderadamente com a *Reparação* ($r=.42$) e a *Atenção às emoções* encontra-se moderadamente correlacionada com a *Clareza de sentimentos* ($r=.36$).

Quadro 18 – Matriz de correlação de *Pearson* para o TMMS-24

1	-		
2	.36(**)	-	
3	.29(**)	.42(**)	-
	1	2	3

Legenda: 1- Atenção às emoções; 2- Clareza de sentimentos; 3 – Reparação

(**) $p < 0.01$

Partindo do pressuposto que as dimensões avaliadas pelo TMMS-24 são fatores importantes na avaliação que o paciente queimado faz da sua QDV, foi feita a comparação com os resultados obtidos por Queirós e colaboradores (2005) referentes à população geral idosa, uma vez que não foi possível aceder aos resultados de outras amostras com a mesma faixa etária. Estes resultados são apresentados no Quadro 19.

Os resultados obtidos sugerem que os pacientes queimados apresentam valores inferiores comparativamente aos da população geral idosa (Queirós et al., 2005) em todas as dimensões do TMMS-24, sendo que na dimensão da *Atenção às emoções* as diferenças são estatisticamente significativas.

Quadro 19 – Comparação das dimensões do TMMS-24 com uma população geral de idosos

	População geral (Queirós et al., 2005) (N=120)		Pacientes queimados (N=92)		t	p
	M	DP	M	DP		
Atenção às emoções	3.99	.68	3.64	.84	-3.96	<.001
Clareza de sentimentos	3.90	.62	3.82	.71	-1.08	n.s.
Reparação	3.87	.86	3.78	.82	-1.18	n.s.

Realizou-se a análise das associações existentes entre a Sintomatologia Emocional (BSI), o Ambiente Familiar e a Inteligência Emocional Percebida (IEP) com a QDV avaliada pela *Burn Specific Health Scale - Revised* (BSHS-R) numa amostra de pacientes que sofreram queimaduras. Através da leitura do Quadro 20 verificamos que as correlações mais elevadas de cada dimensão dos instrumentos entre si se encontram entre o ambiente familiar a dimensão *Cuidado físico e relacionamento parental não violento* correlaciona-se com a dimensão *Ausência de abuso de substâncias parental* ($r=.87, p<.01$), com a *Coligação parental e ajustamento psicológico parental* ($r=.86, p<.01$) e com o total da escala de ambiente familiar ($r=.89, p<.01$); a *Ausência de abuso de substâncias parental* correlaciona-se quase perfeitamente com a *Coligação parental e ajustamento psicológico parental* ($r=.99, p<.01$); relativamente ao BSI verificamos que o IGS se correlaciona fortemente com o TSP ($r=.89,$

$p < .01$) e com o ISP ($r = .82, p < .01$). Relativamente à QDV, importa destacar que se associa negativamente com todos os índices da sintomatologia emocional, sugerindo que menor sintomatologia emocional, melhor percepção de QDV. Verificamos que a dimensão da QDV *Afeto e imagem corporal* se correlaciona com a *Reparação* (IEP) ($r = .33, p < .01$) e a *Reparação*, por sua vez, também se correlaciona com a dimensão *Habilidades para funções simples* ($r = .28, p < .01$). Ainda a dimensão *Habilidades para funções simples* correlaciona-se com o *Controlo parental* do ambiente familiar ($r = .38, p < .01$). Importa ainda destacar que a *Reparação* do IEP se correlaciona negativamente com todos os índices do BSI (IGS $r = -.52$; TSP $r = -.51$; ISP $r = -.31, p < .01$), sugerindo que uma maior reparação se associa a menor sintomatologia emocional.

As correlações encontradas são estatisticamente significativas, sendo a mais baixa entre as dimensões *Apoio social infantil e expressão emocional familiar* e *Clareza* (IEP) ($r = .21, p < .05$) e *Apoio social infantil e expressão emocional familiar* e TSP (BSI) ($r = -.21, p < .05$) e a mais alta entre a *Ausência de abuso de substâncias parental* e a *Coligação parental e ajustamento psicológico parental* ($r = .99, p < .01$).

Apesar de não ser objetivo principal, analisamos as diferenças na sintomatologia emocional e na inteligência emocional percebida em função da classificação das queimaduras dos participantes. Verificamos que apenas existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão da *ideação paranoide* (sintomatologia emocional) entre os pacientes com queimaduras leves ($M = 1.83, DP = .77$) e os pacientes com queimaduras moderadas ($M = 2.34, DP = .96$) e entre os pacientes com queimaduras leves e os pacientes com queimaduras graves [$M = 2.48, DP = .87, F(3, 91) = 5.12, p = .05$].

Quadro 20 – Coeficientes de Correlação Pearson sintomatologia emocional, ambiente familiar e inteligência emocional percebida com a percepção de QDV do paciente queimado

	TMMS 1	TMMS 2	TMMS 3	F1	F2	F3	F4	F5	F6	IGS	TSP	ISP
TMMS 1	-											
TMMS 2	.36**	-										
TMMS 3	.29**	.42**	-									
FAMÍLIA 1	ns	ns	ns	-								
FAMÍLIA 2	ns	ns	ns	.99**	-							
FAMÍLIA 3	ns	ns	ns	.87**	.86**	-						
FAMÍLIA 4	ns	ns	ns	ns	ns	ns	-					
FAMÍLIA 5	ns	.21*	.33**	ns	ns	ns	ns	-				
FAMÍLIA 6	ns	ns	.30**	ns	ns	.41**	-.32**	.56**	-			
IGS	ns	ns	-.52**	ns	ns	-.28*	ns	-.26*	-.34**	-		
TSP	ns	ns	-.51**	ns	ns	-.23*	ns	-.21*	-.32**	.89**	-	
ISP	ns	ns	-.31**	ns	ns	ns	ns	ns	-.25*	.82**	.53**	-
TOTAL AF	ns	ns	ns	.85**	.84**	.89**	ns	.29**	ns	-.26*	-.22*	ns
QDV 1	ns	ns	.33**	ns	ns	ns	ns	ns	ns	-.65**	-.54**	-.63**
QDV 2	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	-.24*	ns	-.32**
QDV 3	ns	ns	.28**	.31**	.32**	.37**	ns	.26*	.38**	-.36**	-.31**	-.35**
QDV 4	ns	ns	.22*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	-.49**	-.35**	-.55**
QDV 5	ns	ns	.23*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	-.35**	-.28**	-.45**
QDV 6	ns	-.22*	ns	ns	ns	.23*	ns	ns	ns	-.52**	-.41**	-.51**

Legenda: TMMS1- Atenção às emoções; TMMS2- Clareza de sentimentos; TMMS3 – Reparação; F1- Ausência abuso de substâncias parental; F2- Coligação parental e ajustamento psicológico parental; F3- Cuidado físico e relacionamento parental não violento; F4- Ausência de tarefas domésticas; F5- Apoio social infantil e expressão emocional familiar; F6- Controle parental; IGS- Índice geral de sintomas; TSP- Total de sintomas positivos; ISP- Índice de sintomas positivos; Total AF- Total ambiente familiar; QDV1- Afeto e imagem corporal; QDV2- Sensibilidade da pele; QDV3- Habilidades para funções simples; QDV4- Tratamento; QDV5 – Trabalho; QDV6- Relações interpessoais;

* $p < .05$ ** $p < .01$

12.4. OS MODELOS PREDITORES DA QDV E EFEITO MEDIADOR DA SINTOMATOLOGIA EMOCIONAL ENTRE A QDV E A IEP EM PACIENTES QUEIMADOS

Modelos preditores da QDV

Para responder à H5, os modelos preditores da QDV incluem a sintomatologia emocional e a inteligência emocional percebida, começamos por analisar as correlações entre a QDV, a IEP e a Sintomatologia Emocional em pacientes que sofreram queimaduras (Quadro 21).

No que se refere à relação existente entre a QDV e a IEP, verificamos que apenas a dimensão da reparação do estado emocional da IEP se associa com quatro das dimensões da QDV sendo a mais elevada com a dimensão do *Afeto e Imagem Corporal* ($r=.332, p<.01$). Relativamente à associação entre a QDV e a Sintomatologia Emocional pode observar-se que as associações são negativas e estatisticamente significativas, sendo as mais elevadas entre a dimensão *Afeto e Imagem Corporal* e Índice Geral de Sintomas ($r=-.649, p<.01$) e o Índice de Sintomas Positivos ($r=-.634, p<.01$). Entre a IEP e a Sintomatologia Emocional verificamos que existe associação negativa e estatisticamente significativa entre a *Reparação do Estado Emocional* e os três índices da Sintomatologia Emocional, sendo a correlação mais elevada entre a *Reparação do Estado Emocional* e o Índice Geral de Sintomas ($r=-.523, p<.01$).

Quadro 21 – Matriz de correlação de *Pearson* para a QDV, IEP e Sintomatologia Emocional em pacientes vítimas de queimaduras

1												
2	.412(**)	-										
3	.205	.006	-									
4	.653(**)	.337(**)	.357(**)	-								
5	.466(**)	.446(**)	.508(**)	.466(**)	-							
6	.543(**)	.077	.276(**)	.656(**)	.327(**)	-						
7	-.173	-.031	.089	.012	.140	.030	-					
8	-.098	-.060	-.001	-.123	-.080	-.223(*)	.356(**)	-				
9	.332(**)	.151	.280(**)	.215(*)	.225(*)	.167	.294(**)	.424(**)	-			
10	-.649(**)	-.240(*)	-.358(**)	-.487(**)	-.350(**)	-.519(**)	.055	.027	-.523(**)	-		
11	-.540(**)	-.188	-.309(**)	-.352(**)	-.275(**)	-.411(**)	.034	-.044	-.505(**)	.891(**)	-	
12	-.634(**)	-.324(**)	-.354(**)	-.553(**)	-.454(**)	-.505(**)	.084	.143	-.312(**)	.817(**)	.530(**)	-
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

(*) $p \leq .05$ (**) $p \leq .01$

Legenda: 1- QVD1 Afeto e Imagem Corporal; 2- QV2 Sensibilidade da pele; 3- QDV3 Habilidades para funções simples; 4- QDV4 Tratamento; 5- QDV5 Trabalho; 6- QDV6 Relações Interpessoais; 7- TMMS1 Atenção às emoções; 8- TMMS2 Clareza de sentimentos; 9- TMMS3 Reparação do estado emocional; 10- Índice Geral de Sintomas; 11- Total de Sintomas Positivos; 12- Índice de Sintomas Positivos

Para a análise do modelo preditor da QDV em pacientes que sofreram queimaduras preocupamo-nos em analisar as correlações entre as possíveis variáveis independentes a introduzir na equação e a variável dependente – QDV em todas as dimensões, dando lugar a seis modelos, usando como critério a existência de correlação superior a $r=.30$. Verificamos, também, se entre as possíveis variáveis independentes não existiam correlações superiores a $r=.80$ entre si, para se excluir a possibilidade de haver multicolineariedade (Pallant, 2011).

Fundamentados por estes pressupostos poderiam ser incluídas nos diferentes modelos as variáveis Reparação do Estado Emocional (IEP), IGS, Total de Sintomas Positivos (TSP) e Índice de Sintomas Positivos (Sintomatologia emocional avaliada pelo BSI). A análise estatística foi efetuada através da Regressão Linear Múltipla.

Para identificar o modelo que melhor explica a QDV em pacientes queimados nas seis dimensões que compõem o instrumento, foram incluídas no modelo de regressão as variáveis que estavam relacionadas com a QDV, em particular, na dimensão do **Afeto e Imagem Corporal** foram incluídas as variáveis *Reparação do Estado Emocional* (IEP), *IGS*, *ISP* e *TSP* do BSI. A análise estatística foi realizada utilizando o procedimento de Regressão Linear Múltipla através do método *Stepwise*. As quatro variáveis incluídas no modelo da dimensão Afeto e Imagem Corporal mostraram-se preditoras, explicando em conjunto 46.2% da variância total da QDV nesta dimensão [$R^2=.462$; $F(4, 86)=18.45$; $p\leq.001$]. Analisando individualmente cada variável observou-se que o *ISP* ($\beta =-.499$; $p=.022$) é o único fator com contribuição para a variância total da QDV na dimensão Afeto e Imagem Corporal (46.2%). Neste caso concreto, a relação entre as duas variáveis é inversa, ou seja, quanto menor for o índice de sintomas positivos (psicopatológicos), maior será a percepção de QDV nesta dimensão (Quadro 22).

Quadro 22 – Modelo Preditor da dimensão Afeto e Imagem Corporal da QDV

Variáveis	Modelo		
	β padronizado	<i>t</i>	<i>p</i>
Reparação (IEP)	.054	.561	.576
Índice Geral de Sintomas	.041	.100	.921
Total de Sintomas Positivos	-.284	-1.065	.290
Índice de Sintomas Positivos	-.499	-2.324	.022
R^2	.462		
<i>F</i>	18.448		$\leq.001$

Na dimensão **Sensibilidade da pele** foi incluída a variável *ISP* (BSI) por ser a única com associação estatisticamente significativa superior a

$r=.30$ (Pallant, 2011). A análise estatística foi realizada utilizando o procedimento de Regressão Linear Múltipla através do método *Stepwise*. A variável incluída no modelo da dimensão Sensibilidade da pele mostrou-se preditora, explicando 10.5% da variância total da QDV nesta dimensão [$R^2=.105$; $F(1, 89)=10.452$; $p=.002$]. Analisando o modelo verificou-se que o ISP ($\beta=-.324$; $p=.002$) é o único fator com contribuição para a variância total da QDV na dimensão Sensibilidade da pele (10.5%). A relação entre as variáveis é inversa, ou seja, quanto menor for o índice de sintomas positivos (psicopatológicos), maior será a percepção de QDV nesta dimensão (Quadro 23).

Quadro 23 – Modelo Preditor da dimensão Sensibilidade da pele da QDV

Modelo			
Variáveis	β padronizado	<i>t</i>	<i>p</i>
Índice de Sintomas Positivos	-.324	-3.233	.002
R^2	.105		
F	10.452		.002

Na dimensão das **Habilidades para funções simples** foram incluídas as variáveis *Reparação do Estado Emocional* (IEP), *IGS*, *ISP* e *TSP* do BSI. A análise estatística foi realizada recorrendo ao procedimento de Regressão Linear Múltipla através do método *Stepwise*. As quatro variáveis incluídas no modelo da dimensão das Habilidades para funções simples não apresentaram contribuição única, apesar de explicarem no seu conjunto 17% da variância total da QDV nesta dimensão [$R^2=.170$; $F(4, 86)=4.393$; $p=.003$] (Quadro 24).

Quadro 24 – Modelo Preditor da dimensão Habilidades para funções simples da QDV

Variáveis	Modelo		
	β padronizado	t	p
Reparação (IEP)	.181	.1.514	.134
Índice Geral de Sintomas	.426	.840	.403
Total de Sintomas Positivos	-.355	-1.070	.288
Índice de Sintomas Positivos	-.457	-1.712	.091
R^2	.170		
F	4.393		.003

Na dimensão do **Tratamento** foram incluídas as variáveis *IGS*, *ISP* e *TSP* do BSI. A análise estatística foi realizada recorrendo ao procedimento de Regressão Linear Múltipla através do método Stepwise. As três variáveis incluídas no modelo da dimensão Tratamento mostraram-se predictoras, explicando em conjunto 31.1% da variância total da QDV nesta dimensão [$R^2=.311$; $F(3, 87)=13.078$; $p\leq.001$]. Analisando individualmente cada variável verificou-se que o ISP ($\beta =-.529$; $p=.027$) é o único fator com contribuição para a variância total da QDV na dimensão Tratamento (31.1%). Neste caso concreto, a relação entre as duas variáveis é inversa, ou seja, quanto menor for o índice de sintomas positivos (psicopatológicos), maior será a perceção de QDV nesta dimensão (Quadro 25).

Quadro 25 – Modelo Preditor da dimensão Tratamento da QDV

Variáveis	Modelo		
	β padronizado	t	p
Índice Geral de Sintomas	.039	.088	.930
Total de Sintomas Positivos	-.106	-.355	.724
Índice de Sintomas Positivos	-.529	-2.253	.027
R^2	.311		
F	13.078		≤.001

Na dimensão do **Trabalho** foram incluídas as variáveis *IGS* e *ISP* do BSI. A análise estatística foi realizada recorrendo ao procedimento de Regressão Linear Múltipla através do método *Stepwise*. As duas variáveis incluídas no modelo da dimensão Trabalho mostraram-se predictoras, explicando em conjunto 20.7% da variância total da QDV nesta dimensão [$R^2=.207$; $F(2, 88)=11.492$; $p\leq.001$]. Analisando individualmente cada variável verificou-se que apenas o ISP ($\beta=-.503$; $p=.003$) é o único fator com contribuição única para a variância total da QDV na dimensão Trabalho (20.7%). Neste caso, a relação entre as duas variáveis é inversa, ou seja, quanto menor for o Índice de Sintomas Positivos (psicopatológicos), maior será a perceção de QDV nesta dimensão (Quadro 26).

Quadro 26 – Modelo Preditor da dimensão Trabalho da QDV

Variáveis	Modelo		
	β padronizado	t	p
Índice Geral de Sintomas	.061	.369	.713
Índice de Sintomas Positivos	-.503	-3.061	.003
R^2	.207		
F	11.492		≤.001

Na dimensão **Relações Interpessoais** foram incluídas as variáveis *IGS*, *TSP* e *ISP* do BSI. A análise estatística foi realizada recorrendo ao procedimento de Regressão Linear Múltipla através do método *Stepwise*. Das três variáveis incluídas no modelo da dimensão Relações Interpessoais mostraram-se predictoras, explicando em conjunto 28.9% da variância total da QDV nesta dimensão [$R^2=.289$; $F(3, 87)=11.791$; $p\leq.001$]. Analisando individualmente cada variável verificou-se que nenhuma das variáveis apresenta contribuição única para a explicação do modelo (Quadro 27).

Quadro 27 – Modelo Preditor da dimensão Relações Interpessoais da QDV

Variáveis	Modelo		
	β padronizado	t	p
Índice Geral de Sintomas	-.356	-.799	.417
Total de Sintomas Positivos	-.027	.090	.929
Índice de Sintomas Positivos	-.229	-.962	.339
R^2	.289		
F	11.791		$\leq.001$

Efeito mediador da sintomatologia emocional entre a QDV e a IEP em pacientes queimados

Considerando a importância da Inteligência Emocional Percebida e da Sintomatologia Emocional para a manutenção da QDV em pacientes vítimas de queimaduras, procurou-se testar hipótese de que a relação entre a QDV na dimensão *Afeto e Imagem Corporal* e a *Reparação do Estado Emocional* (IEP) poderia estar mediada pelo Índice de Sintomas Positivos (BSI).

Para isso, foi efetuada uma análise de Regressão Hierárquica para o teste de mediação seguindo o modelo de Baron e Kenny (1986) que refere que o mediador se define como uma variável que medeia a relação entre uma variável preditora e uma variável de resultado, ou seja, um mediador é o mecanismo através do qual o preditor influencia a variável de resultado. O modelo hipotético de mediação é apresentado na Figura 1.

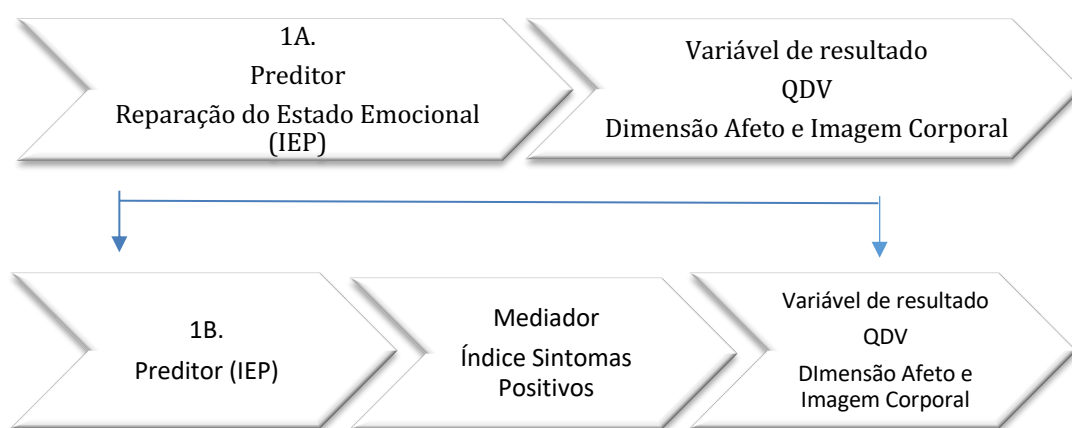


Figura 1. Diagrama dos «paths» para o modelo hipotético de mediação de acordo com Baron e Kenny (1986)

Segundo este método, há quatro passos (realizados com três equações de regressão) para estabelecer que uma variável (neste caso, o Índice de Sintomas Positivos) medeia a relação entre a variável preditora (neste caso, a *Reparação*) e a variável de resultado (neste caso, a *QDV Afeto e Imagem Corporal*). O primeiro passo é demonstrar que há uma relação significativa entre o preditor e a variável de resultado (Fig. 1, parte 1A). O segundo passo é demonstrar que o preditor está relacionado com o mediador (Fig. 1, parte 1B). O terceiro passo é demonstrar que o mediador (Índice de Sintomas Positivos) está relacionado com a variável de resultado (neste caso, a *QDV dimensão do Afeto e Imagem Corporal*). Por último, o passo final é mostrar que a força da relação entre o preditor e a variável de resultado é reduzida

(ou anulada) significativamente quando o mediador é incluído no modelo de regressão. Se o Índice de Sintomas Positivos é um mediador, a relação entre a QDV na dimensão do Afeto e Imagem Corporal e a Reparação do Estado Emocional (IEP) deixará de ser significativa quando o ISP é incluído no modelo de regressão. Os resultados desta análise são apresentados com pormenor no Quadro 28 e sugerem um efeito de mediação do ISP entre a QDV na dimensão do Afeto e Imagem Corporal e a Reparação do Estado Emocional (IEP).

A análise de correlação de *Pearson* prévia à determinação do efeito mediador permitiu identificar a relação existente entre: (a) QDV Afeto e Imagem Corporal e Reparação do Estado Emocional ($r=.33$; $p<.01$), QDV Afeto e Imagem Corporal e Índice de Sintomas Positivos ($r=-.63$; $p<.01$) e ISP e Reparação do Estado Emocional ($r=-.31$; $p<.01$). Não foram observadas relações estatisticamente significativas entre as outras variáveis principais e a QDV nesta dimensão. A análise de regressão linear múltipla (através do método *Stepwise*) para a QDV Afeto e Imagem Corporal identificou que apenas o ISP ($\beta=-.499$; $p=.02$) foi preditor da QDV Afeto e Imagem Corporal ($R^2=.462$; $F=18.45$; $p<.001$), sendo excluídas do modelo as variáveis Reparação, o TSP e o IGS. De acordo com esta análise, é possível dizer que a presença de sintomas positivos (psicopatológicos) pressupõe uma deterioração na dimensão do Afeto e Imagem Corporal da QDV dos pacientes vítimas de queimaduras. Complementando estes resultados com os do efeito mediador, verificamos que a Reparação do Estado Emocional deixa de ter contribuição para a dimensão referida da QDV quando o ISP é introduzido no modelo, assumindo-se assim que estamos perante um efeito de mediação total. A mediação total justifica-se pela ausência de significância estatística da Reparação no segundo modelo quando se introduz o Índice de Sintomas Positivos, passando de .004 para .168. O ISP apresenta-se como mediador da relação, contribuindo com 30.4% da variância associado à significância estatística de $<.001$.

Quadro 28 – Efeito da Mediação da Sintomatologia Emocional (ISP) entre a QDV relacionada com o Afeto e Imagem Corporal e a Reparação do estado emocional (IEP)

Variables	Model			
	β	β padronizado	<i>t</i>	<i>p</i>
Modelo 1				
Reparação	-.046	-.302	-2.991	.004
<i>R</i> ²	.091			
<i>R</i> ² change	.091			
<i>F</i>	8.947			<.01
Modelo 2				
Reparação	-.019	-.121	-1.391	.168
Índice de Sintomas Positivos	58.192	.580	6.650	<.001
<i>R</i> ²	.395			
<i>R</i> ² change	.304			
<i>F</i>	44.153			<.001

Para reunir a informação sobre os resultados anteriormente apresentados e a decisão sobre as hipóteses traçadas para esta investigação, o Quadro 29 resume:

Quadro 29 – Resumo dos resultados e decisão sobre as hipóteses

H1	A versão adaptada da BSHS-R para portugueses de Portugal apresenta características psicométricas adequadas à sua utilização.	H1 CONFIRMADA
RESULTADOS	A versão adaptada da BSHS-R para portugueses de Portugal apresenta boas características psicométricas. O coeficiente alpha de Cronbach global foi .92.	
H2	Existem diferenças estatisticamente significativas na QDV do paciente queimado em função das características sociodemográficas.	H2 CONFIRMADA PARCIALMENTE
RESULTADOS	Apenas encontramos diferenças em função do género na dimensão Afeto e Imagem Corporal, apresentando o género feminino perceção de QDV inferior neste domínio.	
H3	Existem diferenças estatisticamente significativas na QDV do paciente queimado em função das variáveis clínicas.	H3 CONFIRMADA
RESULTADOS	Encontramos diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Afeto e Imagem Corporal, Sensibilidade da pele, Tratamento e Trabalho em função	

	<p>da classificação da gravidade da queimadura. Em particular, os pacientes com queimaduras graves apresentam níveis inferiores de percepção de QDV nestas dimensões. Na dimensão Relações interpessoais existem diferenças estatisticamente significativas a favor dos pacientes com queimaduras em áreas não visíveis.</p>	
--	--	--

H4	<p>Existe relação estatisticamente significativa entre a sintomatologia emocional, o ambiente familiar e a inteligência emocional percebida com a percepção de QDV do paciente queimado.</p>	<p>H4 CONFIRMADA</p>
RESULTADOS	<p>No BSI existem associações estatisticamente significativas entre todas as dimensões e os índices gerais; os participantes do nosso estudo apresentam valores muito inferiores ao ponto de corte definido no instrumento.</p> <p>No Ambiente Familiar, verificam-se algumas lacunas não se objetivando associação entre todos os domínios avaliados pelo instrumento. Os pacientes queimados apresentam pontuações médias inferiores em</p>	

	<p>quase todas as dimensões relativamente à população geral, com exceção da Ausência de tarefas domésticas.</p> <p>Na IEP encontramos associações positivas e significativas entre todas as dimensões do instrumento sugerindo uma menor IEP.</p> <p>Da análise das associações entre BSI, Ambiente Familiar e IEP com a QDV verificamos que a sintomatologia emocional se associa negativamente com o ambiente familiar nas dimensões Cuidado físico e relacionamento parental não violento, Apoio social infantil e expressão emocional familiar e Controlo parental.</p> <p>No que concerne à QDV verificamos que as dimensões Afeto e Imagem Corporal, Habilidades para Funções Simples, Tratamento e Trabalho se encontram associadas positivamente com a Reparação e negativamente com os índices de sintomatologia emocional.</p>	
--	--	--

H5	Os modelos preditores da QDV incluem a sintomatologia emocional e a IEP.	
RESULTADOS	<p>Existem associações estatisticamente significativas entre a QDV e a IEP na dimensão da <i>Reparação do Estado Emocional</i> sendo a mais elevada com a dimensão do <i>Afeto e Imagem Corporal</i>. Relativamente à associação entre a QDV e a Sintomatologia Emocional verificamos que as associações são negativas e estatisticamente significativas. Entre a IEP e a <i>Sintomatologia Emocional</i> verificamos que há uma associação negativa e estatisticamente significativa entre a <i>Reparação do Estado Emocional</i> e os três índices da Sintomatologia Emocional.</p> <p>O modelo preditor que melhor explica a QDV é o modelo relativo à dimensão <i>Afeto e Imagem Corporal</i> que contempla os três índices avaliados pelo BSI e a <i>Reparação do Estado Emocional</i> explicando em conjunto 46.2% da variância total da QDV.</p>	<p>H5 CONFIRMADA, mas a IEP não apresenta poder preditivo em relação à QDV</p>

H6	Existe um efeito mediador da sintomatologia emocional entre a QDV e a IEP em pacientes queimados	
RESULTADOS	<p>A presença de sintomatologia emocional anula o efeito da IEP na QDV.</p> <p>Existe mediação total, uma vez que a Reparação do Estado Emocional perde a sua contribuição no modelo da QDV quando se introduz a variável ISP.</p>	H6 CONFIRMADA

CAPÍTULO VI

DISCUSSÃO

13.1. ADAPTAÇÃO PORTUGUESA DO QUESTIONÁRIO BURN SPECIFIC HEALTH SCALE - REVISED (BSHS-R)

Para dar resposta à **H1 – A versão adaptada da BSHS-R para português de Portugal apresenta características psicométricas adequadas à sua utilização**, procedemos ao estudo das características psicométricas dos resultados na presente amostra.

A análise das dimensões e dos itens que as integram evidenciou que, à semelhança do que se verificou noutras versões já mencionadas, a versão portuguesa da BSHS-R constitui um instrumento com bons níveis de validade de constructo (através da análise fatorial exploratória) e de fidelidade, o que permite a sua utilização, tanto na prática clínica como na investigação. Consideramos relevante proceder, futuramente, ao estudo de algumas características psicométricas da BSHS-R não avaliadas no presente trabalho, incluindo o valor preditivo da escala e a sua estabilidade temporal. Destacamos a importância de, ao estabelecer valores normativos para a população portuguesa, ter em conta as características clínicas das pessoas que sofreram queimaduras como a gravidade e a visibilidade da queimadura e consequente impacto para o funcionamento habitual.

A BSHS-R apresenta algumas características que tornam a sua utilização vantajosa quando se pretende fazer uma avaliação da perceção de qualidade de vida relacionada com a saúde no paciente queimado, com vista a detetar que pessoas podem não estar a adaptar-se de forma desejável à condição. É relevante o facto de o tempo de administração e de cotação ser breve (Ferreira, 2006) e pouco dispendioso. Importa ainda salientar que, por já ter sido adaptado para

outras línguas, a utilização deste instrumento possibilita comparações com dados de outros países e culturas².

A versão adaptada da BSHS-R para português de Portugal apresenta características psicométricas adequadas à sua utilização, pelo que podemos afirmar que não se rejeita H1, uma vez que o instrumento apresentou boas características psicométricas.

Para responder à **H2 e H3, passamos a apresentar as diferenças na BSHS-R em função das variáveis sociodemográficas e clínicas.**

Atendendo às características sociodemográficas apenas encontramos diferenças em função do género na dimensão *Afeto e Imagem Corporal*, apresentando o género feminino perceção de qualidade de vida inferior neste domínio. Outros estudos (Rosenberg et al., 2006) concluíram que os homens apresentam melhores indicadores de qualidade relacionada com a saúde em quatro dos cinco domínios da QDV, sendo eles o bem-estar geral, as relações interpessoais, o lazer e as atividades recreativas. Mas, quando se analisa o domínio do trabalho, os homens apresentam índices inferiores de QDV do que as mulheres, provavelmente pelo papel que assumem de «provedor da família» (Elsherbiny et al., 2011). Ying, Petrini e Xin (2013) acrescentam ter encontrado diferenças de género nos domínios de afeto e relações da QDV e nas estratégias de *coping* e no suporte emocional, indicando que as mulheres foram mais sensíveis às relações com a família após a alta e tendem a ter mais sintomas depressivos. Para as mulheres, o apoio emocional parece ser mais importante do que para os homens, sendo estes resultados semelhantes aos de um estudo prévio realizado na China. Neste estudo, Yue (2007, cit. Ying et al., 2013) sugere que as

² O artigo sobre a adaptação portuguesa da BSHS-R encontra-se publicado Silva, A., Marzo, J., & García del Castillo, J. A. (2019). Adaptação portuguesa do questionário Burn Specific Health Scale – Revised (BSHS-R). *Burns*. <http://doi.org/10.1016/j.burns.2019.04.024>

mulheres são mais perceptíveis às relações com os familiares e amigos após a queimadura e estão dispostas a aceitar mais a ajuda dos outros. Pelo contrário, e talvez devido ao facto de que muitas vezes os homens apresentam maior autoestima do que as mulheres, encontraram-se alguns que se recusaram a procurar ajuda.

Num outro estudo realizado em Portugal (Travado, Ventura, Martins & Veloso, 2001), os resultados revelam que as mulheres apresentam níveis mais altos e clinicamente significativos de depressão e ansiedade quando comparadas com os indivíduos do sexo masculino. Estas relatam sentimentos de tristeza relacionada com a perda de percepção (funcional, estética e profissional), a solidão, a saudade de pessoas significativas e um sentimento de culpa. Já a ansiedade surge relacionada com a dor, a lenta recuperação, o tratamento, as consequências para a vida diária, as sequelas, a incerteza sobre o futuro e o medo de encarar os outros.

Apesar de não termos encontrado diferenças noutras características sociodemográficas da presente amostra, outros estudos sugerem que características demográficas como a idade, o emprego, o estado civil, o rendimento familiar acompanhado pela gravidade da lesão com queimaduras do rosto, mãos e área genital estão relacionadas com alterações na QDV após a queimadura (Ying et al., 2013).

Relativamente às variáveis clínicas encontramos diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *Afeto* e *Imagem Corporal*, *Sensibilidade da pele*, *Tratamento* e *Trabalho* em função da classificação da gravidade da queimadura. Em particular, são os pacientes considerados como tendo queimaduras graves que apresentam níveis inferiores de percepção de qualidade de vida nestas dimensões.

As queimaduras são um importante problema de saúde pública, com repercussões a nível psicológico, emocional, social e económico. Estas

lesões influenciam de forma trágica a vida das pessoas, provocando sofrimento, perda de capacidade funcional, sequelas estéticas e aumento excessivo de despesas que culminam, com frequência, em problemas de adaptação à nova realidade (Martinho, 2008). O grau do dano causado por uma queimadura é extenso e a lesão psicológica é, igualmente, considerável devido aos efeitos do trauma original que podem deixar marcas persistentes após o acidente. Contudo, também ocorrem profundas alterações psicológicas consequentes do desfiguramento e das limitações funcionais (Franulic, 1996; Huren, 1983; Kildal et al., 2004, cit. Medeiros et al., 2010). O regresso à vida social é identificado pela maioria dos pacientes queimados como uma das fases de maior *stress* após o internamento. Esta reintegração passa pelo regresso ao seio familiar, ao emprego e aos contactos sociais comuns. O regresso ao trabalho pode ser dificultado pelo tipo de alterações sofridas, isto é, dependendo das funções desempenhadas, dado que quanto mais visíveis forem as áreas lesadas, como exemplo as mãos e a face (tidos como «cartões de visita sociais»), mais expostos ficam a olhares, comentários, perguntas e até mesmo a alterações profissionais (Price, 1990). No presente estudo, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão *Relações Interpessoais* da BSHS-R, apresentando níveis inferiores de QDV neste domínio os pacientes que têm queimaduras visíveis e não visíveis comparativamente aos que não têm queimaduras visíveis. Bergamasco e colaboradores (2002, cit. Assunção, 2011) identificaram que os pacientes queimados percebem as mudanças no seu corpo quando lidam com pessoas no seu convívio social. Elsherbiny e colaboradores (2011) referem a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes com queimaduras superiores a 50% da superfície corporal e a baixa QDV relacionada com a saúde, resultados estes consistentes também com Tedsone e Tarrier (1997, cit. Elsherbiny et al., 2011) que afirmam que pacientes com queimaduras graves superiores

a 40% da superfície corporal apresentam maior disfunção da imagem afetiva e dos domínios relacionados com corpo. Um outro estudo prospetivo observacional concluiu que os pacientes com queimaduras graves, que apresentem uma superfície corporal queimada superior a 40%, apresentam perceção inferior de QDV como consequência dos danos funcionais e psicológicos deixados pelo trauma (Pavoni, Giancesello, Paparella, Buoninsegni, & Barboni 2010). Salvador-Sanz e colaboradores (1999, cit. Costa et al., 2008) revelam também que, mesmo quando a sequela de queimadura não representa um importante impedimento para a capacidade de trabalhar ou de autocuidado pessoal, destaca-se como um problema relevante nas relações sociais, afetivas, nas atividades em geral e, sobretudo, compromete aspetos emocionais.

Sobreviventes de queimaduras graves atravessam um longo processo de reabilitação física caracterizada pela presença de dor, prurido, cicatrizes, repetidas cirurgias e, em alguns casos, sequelas permanentes. Mas ser vítima de um acidente por queimaduras é um incidente traumático grave que também pode desencadear transtornos psiquiátricos (Willebrand, Andersson, & Ekselius, 2004). Neste sentido, importa avaliar a perceção de QDV e outros indicadores de adaptação psicológica que auxiliem os profissionais de saúde no planeamento das suas intervenções com vista à promoção da saúde e adaptação psicológica do paciente queimado.

Para responder às H2 e H3 procedemos ao estudo das diferenças na BSHS-R em função das variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes que sofreram queimaduras e, com base nos resultados, não se rejeitam estas hipóteses. Contudo, H2 apenas se confirma parcialmente por apenas apresentar diferenças no género.

13.2. SINTOMATOLOGIA EMOCIONAL, AMBIENTE FAMILIAR E INTELIGÊNCIA EMOCIONAL PERCEBIDA NUMA AMOSTRA DE VÍTIMAS DE QUEIMADURAS

Para dar resposta à **H4 – Existe relação estatisticamente significativa entre a sintomatologia emocional, o ambiente familiar e a inteligência emocional percebida com a percepção de QDV do paciente queimado**, começamos por analisar as características psicométricas dos instrumentos de avaliação *BSI*, *Ambiente Familiar* e *TMMS-24* na amostra constituída por pacientes que sofreram queimaduras para, posteriormente, analisar as associações entre as variáveis em estudo.

Verificamos que os instrumentos apresentam boas características psicométricas, em particular bons indicadores de consistência interna, tendo sido também analisada a validade de constructo. Sobre esta em particular, verificamos que no *BSI* existem associações estatisticamente significativas entre todas as dimensões e os índices gerais; já no *Ambiente Familiar*, verificam-se algumas lacunas não se objetivando associação entre todos os domínios avaliados pelo instrumento. Consideramos que este resultado pode estar relacionado com características específicas da amostra, não refletindo a mesma tendência de resultados encontrados nos estudos originais (Monteiro, 2009; Monteiro & Maia, 2010). No que se refere à *IEP* encontramos associações significativas entre todas as dimensões do instrumento, garantindo, assim, a validade de constructo.

Adicionalmente, tivemos como preocupação comparar os resultados dos participantes deste estudo com os valores obtidos pela população sem doença. Relativamente à sintomatologia emocional, verificamos que existem diferenças significativas em todas as dimensões e no índice de sintomas positivos, sendo os valores médios superiores nas vítimas de queimaduras. Apesar destes resultados, verificamos que os

participantes do nosso estudo exibem valores muito inferiores ao ponto de corte definido no instrumento para distinguir pessoas com ou sem perturbação emocional. Resultados de outros estudos (Wiechman et al., 2001, cit. Medeiros et al., 2010) revelam que 28% dos pacientes de uma amostra de queimados apresentava grau moderado de depressão e 26% apresentava depressão grave. Alguns autores referem que a ansiedade e a depressão são descritas como duas perturbações de foro emocional mais frequentes após acidentes que resultam em queimaduras, variando entre 25% e 65% após um ano ou mais a queimadura (Franulic & Gonzalez, 2000, cit. Medeiros, Kristensen, & Almeida, 2010; Kildal, Willebrand, Andersson, Gerdin, & Ekselius, 2004, cit. Medeiros et al., 2010). A extensão e a gravidade da queimadura são fatores a considerar pelo contributo que têm no aparecimento de sintomas de ansiedade e de depressão (Wiechman et al., 2001, cit. Medeiros et al., 2010; William & Griffiths, 1991, cit. Assunção, 2011). Os resultados por nós encontrados também sugerem uma maior prevalência de quadros emocionais em pacientes queimados dados os valores médios mais altos comparativamente à população geral. Em particular, importa destacar que neste estudo, pacientes com queimaduras moderadas ou graves apresentam maior ideação paranoide (sintomatologia emocional).

O impacto emocional de uma queimadura depende de variados fatores que podem contribuir negativa (fatores de risco) ou positivamente (fatores facilitadores ou protetores) para a recuperação clínica e adaptação psicossocial e emocional dos pacientes (Travado, et al., 2001). A psicopatologia prévia, a capacidade de adaptação a novas situações (Tarrier et al., 2005), os traços de personalidade como o neuroticismo (sobretudo, pessimismo e afetos negativos), a baixa extroversão e a utilização de um estilo de confronto evitante (Willebrand et al., 2004), a condição psiquiátrica subjacente, o ajustamento psicológico prévio e a influência da própria lesão,

incluindo a extensão, severidade, áreas atingidas e intensidade da sintomatologia dolorosa vivida (Medeiros et al., 2012; Tarrier et al., 2005; Willebrand et al., 2004), assim como o pouco apoio social, os problemas conjugais e familiares (Van Loey & Van Son, 2003) e os problemas laborais e socioeconómicos (Dissanaike & Rahmini, 2009) são fatores que predis põem à vulnerabilidade emocional e induzem a dificuldades na adaptação psicossocial sendo deste modo designados por fatores de risco.

No que diz respeito aos resultados sobre o ambiente familiar, observamos que os pacientes queimados apresentam pontuações médias inferiores em quase todas as dimensões relativamente à população geral, com exceção da ausência de tarefas domésticas, sugerindo estes resultados um pior funcionamento familiar durante a infância. Apesar de não termos tido acesso a estudos que se tivessem debruçado sobre o ambiente familiar em pacientes com queimaduras, acreditamos que a percepção atual dos pacientes sobre esse mesmo ambiente familiar, no qual cresceram, possa ter implicações positivas ou negativas no ajustamento psicológico pós-queimadura (Frota, 2010). Goyatá (2005) refere que a família enquanto organização pode ser considerada um espaço privilegiado de convivência social que se caracteriza por papéis e funções resultantes de padrões culturais, sociais, económicos e políticos que tem objetivos próprios de manutenção da segurança, do desenvolvimento e do crescimento dos seus membros. O autor destaca ainda que a queimadura pode desencadear mudanças de função e de papel do paciente no seio familiar, alterando inevitavelmente a sua dinâmica (Goyatá, 2005). Neste sentido, podemos avançar com a hipótese de que a experiência de um bom ambiente familiar na infância possa contribuir para um melhor funcionamento familiar na idade adulta, contribuindo este fator para a melhor adaptação psicológica pós-queimadura.

No que concerne à IEP procedemos à comparação com a população geral idosa. Verificamos que são os pacientes que sofreram queimaduras que apresentam pontuações inferiores em todas as dimensões do TMMS, sugerindo uma menor inteligência emocional percebida. Adicionalmente verificamos que os valores médios dos participantes da nossa amostra se encontram dentro do intervalo de referência para cada dimensão considerado «adequado» (Queirós et al., 2005). Estudos sugerem que uma maior inteligência emocional é preditor de saúde (Martins, Ramalho, & Ramalho, 2010). Estes resultados são observados em diferentes grupos e contextos. Por exemplo, estudos com amostras de mulheres sem doença referem a associação positiva entre a reparação emocional e a melhor perceção de QDV (Extremera & Fernández-Barrocal, 2002) e outro com estudantes do ensino superior, na mesma linha de pensamento, referem que as dimensões da inteligência emocional, nomeadamente a clareza de sentimentos e a reparação, apresentam carácter preditivo sobre os baixos níveis de depressão e de ansiedade (Extremera & Fernández-Barrocal, 2006b). Numa revisão sistemática da literatura desenvolvida por Resurrección, Salguero e Ruiz-Aranda (2014) foi possível identificar que, em diversos estudos, pontuações mais elevadas na inteligência emocional se associam a melhor ajustamento psicológico e menor *stress* percebido, sendo estes resultados observados em estudos longitudinais.

Foi também objetivo deste estudo analisar as associações entre as diferentes variáveis apresentadas. Podemos verificar que a sintomatologia emocional se associa negativamente com o ambiente familiar nas dimensões cuidado físico e relacionamento parental não violento, apoio social infantil e expressão emocional familiar e controlo parental. Serra, Firmino, Ramalheira e Canavarro (1992, cit. Lopes, 2007) pressupõem que a eficácia das estratégias de *coping* e dos recursos familiares estão, conjuntamente, relacionadas com a sanidade mental. Portanto, os indivíduos com maior probabilidade de serem

diagnosticados uma perturbação emocional pertencem a famílias que têm uma capacidade reduzida de estruturar experiências indutoras de *stress* (ou seja, torná-las mais aceitáveis para serem mais fáceis de combater) e tendência a evitar (ou negar) o confronto com situações stressantes, procurando, preferencialmente, suporte na comunidade. Ainda, os indivíduos com perturbações emocionais acabam por ser descritos como pessoas com maior tendência para evitar problemas, controlando ineficazmente as suas emoções e sendo, na sua maioria, mais agressivos. Ter a capacidade de identificar e diferenciar rapidamente as emoções, compreender a sua função e avaliá-las, são aptidões fundamentais ao indivíduo para uma compreensão e regulação emocional ajustadas (Vaz, 2009). A aquisição destas aptidões é tida como essencial, sendo que a infância e a adolescência são consideradas os períodos mais críticos para esta aprendizagem (Reverendo, 2011). Poderíamos supor que um bom ambiente familiar, com regras, rotinas e presença das figuras parentais provavelmente se associa a menor sintomatologia emocional. Na mesma linha de resultados, encontramos associações negativas entre a sintomatologia emocional e a IEP, em particular com a reparação.

No que concerne à QDV verificamos que as dimensões *Afeto e Imagem Corporal*, *Habilidades para Funções Simples*, *Tratamento e Trabalho* se encontram associadas positivamente com a reparação e negativamente com os índices de sintomatologia emocional.

O grau de incapacidade e QDV dos sobreviventes de queimaduras são consideradas medidas importantes, uma vez que na sociedade moderna, não é só a sobrevivência que se destaca, mas também a QDV que lhe está associada. Os últimos relatórios de adaptação psicossocial de pacientes sobreviventes a ferimentos graves ou maciços mostram que os sobreviventes de queimaduras alcançaram um ajustamento social que se encontra dentro dos limites tidos como normais (Barret, 2012). Júnior, Vieira e Alves (2010) afirmam que a QDV

de vítimas de queimaduras deve ser estudada, uma vez que, pode ser afetada após o acidente. Limitações físicas e psíquicas no pós-trauma são descritas em homens e mulheres. No entanto, Faucher (2004) refere que muitos sobreviventes de queimaduras são capazes de regressar ao estado funcional que apresentavam antes do acidente. As oportunidades de alcançar um resultado positivo são reforçadas se o paciente estiver livre de sofrimento emocional e físico, assim como, se for capaz de algum envolvimento nas mesmas atividades que desfrutava antes da lesão. Resultado este também reforçado pelo apoio multidisciplinar pós-tratamento e pelo suporte saudável da dinâmica familiar. Ekman (2011) refere que as emoções determinam a QDV dos indivíduos e acontecem em cada relacionamento do Ser Humano (no local de trabalho, nas relações com os membros da família e pares, bem como nos relacionamentos mais íntimos). De acordo com Arruda (2014), a competência emocional é uma demonstração de autoeficácia nos relacionamentos sociais que se associam a emoções. Ainda, de acordo com Saarni (2002), ser emocionalmente competente depende da história social de cada um, das suas crenças, atitudes e suposições, da cultura onde está inserido, dos papéis sociais que ocupa (como o género e a idade), da observação de outras pessoas significativas e dos padrões de reforço daqueles com quem se está envolvido. Entretanto, importa destacar que os indivíduos emocionalmente competentes são pessoas capazes de administrar as suas próprias emoções de forma eficiente, o que lhes permite negociar o que pretendem por meio de interações pessoais. Mais do que atingirem o que pretendem, os indivíduos com competência emocional têm um sentido de bem-estar subjetivo e uma resiliência adaptativa perante situações stressantes (Arruda, 2014), de que é exemplo a vivência de uma queimadura. Reforçando a mesma ideia, Fernández-Berrocal (2010) refere que pessoas emocionalmente inteligentes têm melhor saúde física e mental, níveis superiores de bem-

estar e satisfação vital, menos comportamentos de risco e melhores relações interpessoais e sociais.

Acreditamos, assim, que os resultados por nós encontrados espelham estas considerações e se traduzem então numa melhor perceção de QDV, adequada inteligência emocional percebida (de acordo com os pontos de corte definidos para o instrumento TMMS-24, Queirós et al., 2005) e menor sintomatologia emocional, apesar do incidente que originou a lesão e eventuais complicações.

Assim, para responder à H4 procedemos ao estudo das características psicométricas dos instrumentos de avaliação *BSI*, *Ambiente Familiar* e *TMMS-24* e, após analisamos as associações entre as variáveis, não se rejeita esta hipótese por existirem relações estatisticamente significativas entre a perceção de QDV e a sintomatologia emocional, ambiente familiar e IEP.

13.3. EFEITO MEDIADOR DA SINTOMATOLOGIA EMOCIONAL ENTRE A QDV E A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL PERCEBIDA NUMA AMOSTRA DE VÍTIMAS DE QUEIMADURAS

Para dar resposta a **H5 – Os modelos preditores da QDV incluem a sintomatologia emocional e a IEP**, começamos por analisar as associações entre a QDV, a IEP e a sintomatologia emocional, avaliada através do *BSI*. Verificamos que existem associações estatisticamente significativas entre a QDV e a IEP na dimensão da *Reparação do Estado Emocional* sendo a mais elevada com a dimensão do *Afeto e Imagem Corporal*. No que se refere à associação entre a QDV e a Sintomatologia Emocional verificamos que esta é negativa e estatisticamente significativa. Entre a IEP e a *Sintomatologia Emocional* verificamos que existe associação negativa e estatisticamente significativa entre a *Reparação do Estado Emocional* e os três índices

da Sintomatologia Emocional. Noutros estudos também se verificou que os domínios da QDV apresentaram associações significativas com os índices globais do BSI, sendo as correlações inversas, ou seja, valores mais baixos no BSI associam-se a melhores pontuações na QDV. Estes valores determinam assim que quanto maior o valor de QDV, menor será a sintomatologia psicopatológica encontrada (Vaz Serra et al., 2006). Nesta linha de pensamento, os indicadores de sintomatologia emocional avaliados pelo BSI estão relacionados com uma menor perceção de QDV, sugerindo que problemas emocionais podem significar um fator de risco para a QDV (associações negativas), enquanto a IEP se apresenta como um fator de proteção para a QDV (associações positivas). Sobre a IEP, outros autores sugerem que a IE elevada pode funcionar como um fator protetor da saúde física e da saúde mental (Kun, Balazs, Kapitany, Urban, & Demetrovics, 2010).

Assumindo que as lesões provocadas pelas queimaduras podem ser alvo de um processo de reabilitação mais ou menos prolongado (Gojowy, Kauke, Ohmann, Homann, & Mannil, 2019) supõe-se que os pacientes desenvolvam um maior grau de preocupação ou vigilância com qualquer complicação associada à condição pós-queimadura (indicadores avaliados pela escala de Ideação Paranoide do BSI, Silva, Marzo, & García del Castillo, submetido para publicação). A experiência de *distresse* emocional também pode contribuir para uma maior preocupação associada (indicadores também avaliados pelas escalas dos Índices de Sintomas Positivos e Geral do BSI) (Silva et al., submetido para publicação). Futuros trabalhos deverão considerar este aspeto no momento de selecionar as medidas de avaliação.

Foram conduzidos diversos modelos preditores das dimensões da QDV. O modelo preditor que melhor explica a QDV é o modelo relativo à dimensão *Afeto e Imagem Corporal* que contempla os três índices avaliados pelo BSI e a Reparação do Estado Emocional. Analisaram-se cada uma destas variáveis em particular. O TSP representa o número

de queixas somáticas apresentadas, ao contrário do ISP que integra a medida da percepção da intensidade dos sintomas. Estudos anteriores mostram que a maioria dos pacientes queimados refere preocupação com a alteração da própria imagem e com a percepção dos outros sobre a sua própria aparência (Rocha, Canabrava, Adorno, & Gondim, 2016). Neste sentido, alguns autores sugerem que uma parte destes pacientes apresenta prejuízo emocional/psicológico, uma vez que a queimadura é um processo agudo com potencial para distorcer a imagem e alterar as rotinas das suas vítimas (Guimarães, Silva, & Arrais, 2012). Em relação ao afeto avaliado pela dimensão da QDV, pode dizer-se que quantifica a estabilidade emocional de um indivíduo e a disponibilidade e receptividade para o apoio social (Gojowy et al., 2019).

Assim, para dar resposta a H5 analisamos as associações entre a QDV, a IEP e a sintomatologia emocional e desenvolvemos os modelos preditores e, com base nos resultados obtidos, não se rejeita a hipótese, mas a IEP não apresenta poder preditivo.

Considerando a importância da Inteligência Emocional Percebida e da Sintomatologia Emocional para a manutenção da QDV em pacientes vítimas de queimaduras, procurou-se testar a **H6 - partindo do pressuposto de existe um efeito mediador da sintomatologia emocional entre a QDV e a IEP.**

Assim, verificamos que a presença de sintomatologia emocional parece anular o efeito da IEP na QDV. A literatura prévia sugere a existência de uma ligação entre os sintomas de foro emocional e piores indicadores psicossociais e físicos (Holt et al., 2019). Neste sentido, a gravidade dos sintomas emocionais não apresenta uma relação direta com a gravidade da queimadura, mas antes com a percepção individual do paciente relativamente à mesma (Holt et al., 2019). No

presente estudo, verifica-se que na presença de sintomas emocionais, a QDV diminui independentemente da IEP. A imagem corporal engloba aspetos cognitivos e afetivos, o que corrobora a importância da autorregulação emocional para atenuar os efeitos que uma discrepância entre o Eu ideal e o Eu real possa causar, bem como na conceção positiva da sua imagem corporal (Hughes & Gullone, 2011). Desta forma, o desenvolvimento emocional adaptativo é fator protetor face à preocupação com a aparência (Muehlenkamp, Peat, Claes, & Smits, 2012), estando as emoções e cognições negativas e desajustadas associadas à perceção corporal negativa e ao sofrimento dos pacientes, podendo ter impacto na QDV e relações interpessoais (Cash & Fleming, 2002). Sugere-se assim que a satisfação com a imagem corporal se associa a uma maior clareza emocional e à adoção de estratégias emocionais reguladas (Claro & Mota, 2019).

Para dar resposta à H6 procedemos à análise de Regressão Hierárquica para o teste de mediação e, com base nos resultados, não se rejeita a hipótese porque a relação entre a QDV na dimensão *Afeto e Imagem Corporal* e a *Reparação do Estado Emocional* (IEP) está mediada pelo Índice de Sintomas Positivos (BSI).

Considerando os resultados obtidos, podemos então afirmar que os objetivos foram cumpridos, na medida em que o desenvolvimento deste trabalho permitiu adaptar para português de Portugal uma medida específica de avaliação da QDV em pacientes vítimas de queimaduras. Foi também possível esclarecer o papel de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas, em particular, diferenças na perceção de QDV em função do género (sendo as mulheres a apresentarem perceção inferior de QDV na dimensão do afeto e imagem corporal) e na classificação da gravidade da queimadura (são os pacientes com queimaduras graves que apresentam níveis

inferiores de percepção de QDV nas dimensões afeto e imagem corporal, sensibilidade da pele, tratamento e trabalho).

Foi objetivo esclarecer a relação existente entre sintomatologia emocional, ambiente familiar e IEP. Verificou-se que existe associação negativa e estatisticamente significativa entre a sintomatologia emocional e ambiente familiar e entre a sintomatologia emocional e a IEP, em particular com a reparação. Relativamente à QDV, algumas dimensões associam-se positivamente com a IEP e negativamente com a sintomatologia emocional.

Os dois últimos objetivos prendem-se com os modelos preditores da QDV e o esclarecimento de um eventual efeito mediador da IEP entre a sintomatologia emocional (ISP) e a QDV (dimensão afeto e imagem corporal), verificando-se uma mediação total, uma vez que a reparação do estado emocional perde a sua contribuição no modelo da QDV quando se introduz a variável ISP.

Assim, podemos concluir referindo que todas as hipóteses delineadas nesta investigação foram aceites totalmente, sendo que a H2 é a única que é aceite parcialmente e a H5, apesar de aceite, revela que a IEP não apresenta poder preditivo em relação à QDV.

CONCLUSÃO

Propomo-nos agora a apresentar as ideias chave que resultaram da concretização deste trabalho, mencionar aspetos a ter em conta em trabalhos futuros e referir as limitações da presente investigação.

A revisão da literatura numa fase inicial do desenvolvimento deste trabalho permitiu verificar que o papel de algumas variáveis emocionais não está esclarecido quanto à sua interferência na adaptação da vítima de queimadura após o incidente. Por este motivo, consideramos que este trabalho contribuiu para um novo olhar sobre as implicações que variáveis como a sintomatologia emocional, o ambiente familiar ou a inteligência emocional percebida podem ter na adaptação do paciente queimado. Nomeadamente, o papel preditivo da sintomatologia emocional e consequentemente o seu efeito mediador entre a qualidade de vida e a IEP, podendo estes resultados sugerir a necessidade de um maior cuidado na abordagem terapêutica por parte dos profissionais de saúde, bem como investimento no controlo das reações emocionais das vítimas de queimaduras. O apoio psicológico e uma abordagem do episódio de queimadura enquanto evento crítico/traumático pode ser facilitador do melhor ajustamento do paciente vítima de queimadura e neste sentido, consideramos que os nossos resultados permitem avanço científico por esclarecerem a influência de algumas variáveis nesta população e por poderem contribuir para melhores práticas de saúde.

Compreender os fatores que interferem com a adaptação ao incidente que dá lugar à queimadura e abranger os profissionais de saúde é essencial para empreender intervenções de promoção da QDV. Esta compreensão deve ocorrer numa perspetiva dinâmica e relacional entre os profissionais de saúde e pacientes, sendo igualmente importante para o paciente individualmente, mas também para o controlo das mudanças pós-queimadura. Neste sentido, importa avaliar a perceção de QDV e outros indicadores de adaptação que auxiliem os profissionais de saúde na procura de estratégias e no

planeamento de intervenções que visem a promoção da saúde e que determinem uma adaptação positiva do paciente que foi vítima de uma queimadura. É importante alertar para a necessidade do apoio e da supervisão ao paciente queimado após a sua alta hospitalar, uma vez que alguns problemas podem ser intensificados no regresso a casa. Por exemplo, podem surgir dificuldades para lidar com a nova imagem corporal nas interações sociais, para integrar rotinas associadas a uma eventual mudança na funcionalidade e sensibilidade, para lidar com o tratamento que pode exigir intervenções cirúrgicas e o regresso ao trabalho com eventuais limitações. Os resultados sugerem, de facto, estas mudanças e pode ser necessário ativar respostas específicas. Por exemplo, maior apoio dos profissionais de saúde no domicílio, incentivo à participação em grupos psicoeducativos que permitam a partilha de experiências, adaptação emocional e desmistificação de algumas ideias associadas à condição de vítima de queimadura, criação de grupos de ajuda mútua com o apoio dos profissionais de saúde numa fase inicial, encontros de férias entre os pacientes como forma de alívio do cuidador (quando se aplica) ou para combate ao isolamento do paciente, sobretudo aqueles que lidam com maiores complicações secundárias à queimadura.

Tendo em conta que a intervenção dos profissionais de saúde deverá centrar-se na procura de estratégias que visem a adaptação positiva promotora da QDV e do ajustamento emocional do paciente queimado à sua nova condição, importa não esquecer a importância de um apoio individualizado e diferenciado, ou seja, centrado nas características específicas da vítima e no impacto sofrido pela queimadura.

Todos os avanços alcançados na prevenção, tratamento e recuperação de situações de queimaduras são, ainda, insuficientes se pensarmos nas repercussões que esta condição patológica tem na qualidade de vida dos indivíduos. O tratamento do doente queimado

assume, por isso, um leque complexo de intervenções que exigem dos profissionais de saúde conhecimento e dedicação. Consideramos que poderia ser útil existir uma plataforma de registo de acidentes relacionados com queimaduras e conseqüentemente, uma maior aposta na prevenção em Portugal.

CONCLUSIONES

La revisión de la literatura que se realizó en la fase inicial del desarrollo de este trabajo permitió comprobar que no queda claro el papel de algunas variables emocionales, y su posible influencia, en la recuperación y adaptación del paciente víctima de una quemadura. Por este motivo, se consideró que el presente estudio podría contribuir a explicar cómo la sintomatología emocional, el ambiente familiar y la inteligencia emocional percibida (IEP), pueden ser determinantes en la adaptación del paciente quemado. De este modo, se determina el papel predictivo de la sintomatología emocional y, consecuentemente, su efecto mediador entre la calidad de vida y la IEP, por lo que estos resultados pueden sugerir la necesidad de un mayor cuidado en el abordaje terapéutico por parte de los profesionales de la salud; así como fomentar el control de las reacciones emocionales de las víctimas de quemaduras. El apoyo psicológico en el tratamiento de un episodio de quemaduras, como evento crítico/traumático, puede ser facilitador de un mero ajuste por parte de la víctima. En este sentido, se considera que los resultados obtenidos permiten un avance científico para clarificar la influencia de algunas variables en esta población, pudiendo contribuir a mejores prácticas de atención sanitaria.

Comprender los factores que interfieren en el proceso de adaptación que tiene lugar tras una quemadura, e implicar a los profesionales de la salud, es esencial para las intervenciones de promoción de la Calidad de Vida (CdV). Esta comprensión debe realizarse desde una óptica relacional y dinámica entre los profesionales de la salud y los pacientes, así como para la perspectiva del paciente individual, y del control de los cambios que se producen tras la quemadura. En este sentido, es importante para los pacientes evaluar la percepción de la CdV y otros indicadores de adaptación, que ayuden a los profesionales de salud a la puesta en marcha de estrategias de planes de intervención que

determinen una adaptación positiva del paciente que fue víctima de una quemadura. Se debe destacar la necesidad de apoyo y la supervisión del paciente quemado tras su alta hospitalaria, ya que hay problemas que pueden desarrollarse cuando se regresa al hogar. Por ejemplo, pueden surgir dificultades para asumir la nueva imagen corporal en las interacciones sociales, para integrar rutinas asociadas a un eventual cambio de funcionalidad y sensibilidad, para soportar un tratamiento que puede exigir intervenciones quirúrgicas o un regreso al trabajo con eventuales limitaciones. De hecho, los resultados sugieren estos cambios y puede ser necesario activar respuestas específicas. Por ejemplo, una mayor asistencia de los profesionales de la salud en el domicilio, promover la participación en grupos psicoeducativos que permitan compartir experiencias, adaptación emocional y desmitificación de algunas ideas asociadas a la condición de víctimas de quemadura, la creación de grupos de ayuda mutua con el apoyo de profesionales, en una fase inicial, reuniones informales entre los pacientes como forma de alivio del cuidador (cuando este existe), o para combatir el aislamiento del paciente, sobre todo aquellos con mayores complicaciones secundarias tras las quemaduras.

La intervención de los profesionales deberá centrarse en facilitar estrategias que faciliten la adaptación positiva, que promueva la CdV y el ajuste emocional del paciente quemado a su nueva condición.

Si pensamos en las repercusiones que esta condición patológica tiene en la CdV de las personas, los avances alcanzados en la prevención, tratamiento y recuperación de pacientes con quemaduras son insuficientes. El tratamiento del paciente quemado conlleva un conjunto complejo de intervenciones que exige de los profesionales de la salud un importante conocimiento y dedicación. Consideramos que podría ser útil la existencia de una plataforma de registro de accidentes relacionados con quemaduras y, consiguientemente, una mayor apuesta por la prevención en Portugal.

LIMITAÇÕES

Este estudo pretende esclarecer o papel de algumas variáveis no contexto das queimaduras e nesse sentido, consideramos que é relevante pelas respostas que nos permitiu obter. No entanto, como qualquer estudo também este apresenta algumas limitações. Trata-se de um estudo transversal e correlacional, não permitindo o estabelecimento de relações causais entre as variáveis, mas os resultados apontam para a possibilidade de que a regulação de emoções e a menor expressão de sintomas emocionais tenham um papel importante na melhoria da QDV, sugerindo a necessidade de realizar outros estudos que permitam esclarecer se esta relação é causal.

Consideramos que futuros trabalhos deverão ter uma maior representatividade, isto é, deverão retratar a realidade nacional relativamente à incidência e prevalência de episódios de queimaduras, distribuição de casos considerando o agente causal e a classificação da queimadura, a área corporal afetada e as sequelas da mesma, bem como deverão considerar as possíveis diferenças de atuação dos serviços de saúde que acompanham as pessoas que sofreram queimaduras. Parece-nos de igual modo pertinente que a análise das variáveis psicológicas positivas deva ser alargada, dada a importância das mesmas e perante os resultados obtidos neste estudo.

Apesar de considerarmos que os instrumentos de recolha de dados são adequados aos objetivos da investigação, parece-nos que no caso da avaliação do ambiente familiar os resultados não são esclarecedores por se tratar de uma avaliação retrospectiva que depende da memória do paciente queimado sobre acontecimentos passados. Neste sentido e apesar da relevância da família, talvez devam ser exploradas outras variáveis como o suporte social pós-queimadura. É também relevante referir que no que se refere à adaptação portuguesa da BSMS-R não foi possível conduzir análises fatoriais confirmatórias (antes análise fatorial

exploratória), uma vez que o tamanho da amostra não permite testar estas características psicométricas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abe, J. A., & Izard, C. E. (1999). A longitudinal study of emotion expression and personality development. *Journal of personality and social psychology*, 77(3), 566-577.
- Affi, T., Mota, N., Dasiewicz, P., MacMillan, H., & Sareen, J. (2012). Physical punishment and mental disorders: Results from a nationally representative US sample. *Pediatrics*, 130(2), 184-192.
- Almeida, B. L. (2015). *Parentalidade e a sua avaliação: Contributo para a validação do Inventário sobre Parentalidade de Adultos e Adolescentes (Versão 2), para a população portuguesa*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade de Lisboa.
- Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Almeida, M. A. B., Gutierrez, G. L., & Marques, R. (2012). *Qualidade de Vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: Edições EACH.
- Altier, N., Malefant, A., Forget, R., & Chonière, M. (2002). Long-term adjustment in burn victims: a matched-control study. *Psychological Medicine*, 32, 677-685.
- Alves, D. R. (2006). *O emocional e o social na idade escolar. Uma abordagem dos preditores da aceitação pelos pares*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade do Porto.

- Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S.R., & Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatr Serv*, 53(8),1001-1009. doi: 10.1176/appi.ps.53.8.1001
- Andrews, R. M., Browne, A. L., Drummond, P. D., & Wood, F. M. (2010). The impact of personality and coping on the development of depressive symptoms in adult burns survivors. *Burns*, 36, 29–37.
- Ângelo, I. S. (2007). *Medição da Inteligência Emocional e sua Relação com o Sucesso Escolar*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Ciências. Universidade de Lisboa.
- Ansari, Z., Brown, K., & Carson, N., (2008). Association of epilepsy and burns – a case control study. *Australian Family Physician*, 37(7), 584-589.
- Araújo, A. (2010). Dez crianças vítimas de queimaduras graves por semana. *Diário de Notícias*. Disponível em: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1587699
- Arruda, M. D. J. F. C. (2014). *O ABC das emoções básicas: implementação e avaliação de duas sessões de um programa para promoção de competências emocionais*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade dos Açores. Ponta Delgada.
- Askay, S. W., Patterson, D. R., Sharar, S.R., Mason, S., & Faber, B. (2009). Pain management in patients with burn injuries. *Int Rev Psychiatry*, 21(6), 522-530. doi: 10.3109/09540260903343844
- Assunção, F. F. O. (2011). *Body Image Quality of Life Inventory - BIQLI: Adaptação para o português e validação para pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras*. Dissertação de mestrado.

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Azevedo, M. C., & Maia, A. C. (2006). *Maus-Tratos à Criança*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence. *Psicothema*, 18, 13-25.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1173-1182.

Barret, J. P. (2012). *Cost-containment and outcome measures. Total Burn Care* (4ª ed). Elsevier: London.

Bastos, A. C., Uripia, A. C., Pinho, L., & Filho, N. M. (1999). O Impacto do Ambiente Familiar nos Primeiros Anos de Vida: Um Estudo com Adolescentes de uma invasão de Salvador, Bahia. *Estudos de Psicologia*, 4 (2), 239-271.

Beck, J. S. (2007). *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artemed.

Belasco, A. G. S. & Sesso, R. C. C. (2006). Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. In Diniz, D. P. & Schor, N., *Qualidade de vida* (pp. 1-10). São Paulo: Manole.

Benaim, F. (2004). História das queimaduras na América do Sul. In E. Maciel & M. C. Serra (Eds.), *Tratado de queimaduras* (pp. 3-13). São Paulo: Editora Atheneu.

Bergamasco, E. C., Rossi, L. A., Amâncio, A. C. G., & Carvalho, E. C. (2002). Body image of patients with burns sequelae: evaluation through the critical incident technique. *Burns*, 28(1), 47-52. [https://doi.org/10.1016/S0305-4179\(01\)00065-1](https://doi.org/10.1016/S0305-4179(01)00065-1)

- Bertoletti, J. (2013). *Qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes portadores de cardiopatias congénitas*. Dissertação Mestrado. Fundação Universitária de Cardiologia/Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Blalock, S. J., Bunker, B. J., & De Vellis, R. F. (1994). Measuring health status among survivors of burn injury: revision of the burn specific health scale. *J. Trauma*, 36, 508–515.
- Brackett, M. A., & Mayer, J. D. (2003). Convergent, discriminant and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1147-1158. <https://doi.org/10.1177/0146167203254596>
- Bradley, C. (2002). Assessment of health-related quality of life (HRQoL) in people with diabetes. *Scientific report: Training session on health-related quality of life assessment and depression in diabetes* (pp. 2-3). Budapest: MAPI Research Institute.
- Bras, M., Loncar, Z., Brajković, L., Gregurek, R., & Micković, V. (2007). Coping with severe burns in the early stage after burn injury. *Coll Antropol*, 31(1), 159-63.
- Brusselaers, N., Monstrey, S., Vogelaers, D., Hoste, E., & Blot, S. (2010). Severe burn injury in europe: a systematic review of the incidence, etiology, morbidity, and mortality. *Critical Care*, 14(5), 1-12.
- Bueno, J. M. H., Correia, F. M. L., Abacar, M., Gomes, Y. A., & Júnior, F. S. P. (2015). Competências emocionais: estudo de validação de um instrumento de medida. *Avaliação Psicológica*, 14(1), 153-163.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI (Psychopathological Symptoms Inventory). In M. R. Simões,

M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, vol. II, 87-109. Braga.

Canavarro, M. C. (In Prelo). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado E M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a População Portuguesa*, Vol. III. Coimbra: Quarteto Editora.

Carlucci, V. D. S., Rossi, L. A., Ficher, A. M., Ferreira, E., & Carvalho, E. C. (2007). A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. *Rev. esc. Enferm*, 41(1), 21-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000100003>

Carvalho, F. L. (2011). *Significados da reabilitação: perspectivas de um grupo de pacientes que sofreu queimaduras e de seus familiares*. Tese de Doutorado não publicada. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Carvalho, F. L. (2006). *O impacto da queimadura e a experiência do familiar frente ao processo de hospitalização*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Cash, T. F., & Fleming, E. C. (2002). The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. *Int J Eat Disord*, 31(4), 455-60.

Center for Research and Prevention of Injuries - CEREPRI. (2004). *Ficha de factos: Prevenção de Lesões devido a Queimaduras, Incêndios e Chamas nos Idosos*. Department of Hygiene, Epidemiology and Medical Statistics, School of Medicine, Athens University.

Claro, P. C., & Mota, C. P. (2019). O papel da vinculação aos pais e da regulação emocional no investimento esquemático na

aparência em jovens adultos. *Actualidades en Psicología*, 33 (126). doi: 10.15517/ap.v33i126.32497

Corry, N., Pruzinsky, T., & Rumsey, N. (2009). Quality of life and psychosocial adjustment to burn injury: social functioning, body image, and health policy perspectives. *International Review of Psychiatry*, 21(6), 539-548. doi:10.3109/09540260903343901

Costa, C. L., & Lourenço, M. T. (2002). Aspectos psicológicos e qualidade de vida na avaliação de aspectos psicossociais dos sobreviventes do câncer infantil. In Kowalski, L. P., et al. *Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia: tumores pediátricos* (2ª ed.) (pp. 285-286). São Paulo: Âmbito Editores.

Costa, I. A. (2014). *Qualidade de Vida do doente com Ferida Crónica nos Membros Inferiores*. Relatório final realizado no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto Politécnico de Viseu. Viseu.

Costa, M. C. S., Rossi, L. A., Lopes, L. M., & Cioffi, C. L. (2008). Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em reabilitação de queimaduras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (2), 252-259. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-1692008000200013>

Costa, M., Rossi, L., Dantas, R., & Trigueros, L. (2010). Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras. *Cogitare Enfermagem*, 15(2), 209-216. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i2.17849>

Costa, M., Rossi, L., Lopes, L., & Cioffi, C. (2008). Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em reabilitação de

- queimaduras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2), 252-259. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000200013>
- Crisóstomo, M. R., Serra, M. C. V. F., & Gomes, D. R. (2004). Epidemiologia das queimaduras. In Lima Junior E. M. *Tratado de queimaduras* (pp. 31-35). São Paulo: Atheneu.
- Cromes, G. F., Holavanahalli, R., Kowalske, K., Helm, P., Doctor, M., Lawrence, J. W., & Fauerbach, J. A. (2002). Predictors of quality of life as measured by the burn specific health scale in persons with major burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 23(3), 227-234. Doi:10.1097/00004630-200205000-00016
- Damásio, A. (1995). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano* (12ª ed.). Lisboa: Europa-América.
- Dantas, M. A., & Noronha, A. P. P. (2005). Inteligência Emocional: Parâmetros Psicométricos de Um Instrumento de Medida. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 5(1), 59-72.
- De Antoni C. (2005). *Coesão e hierarquia em famílias com história de abuso físico*. Tese de Doutorado não publicada. Instituto de Psicologia/UFRGS, Porto Alegre.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Dessen, M. A., & Polonia, A. C. (2007). A família e a escola como contexto de desenvolvimento humano. *Paidéia*, 17(36), 21-32.
- Dias, J. A. F. (2014). *Fantasma do passado no presente: um estudo sobre a relação entre as representações da violência interparental vivida na infância e o modelo relacional e defensivo atual*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade de Évora.

- Dissanaike, S., & Rahimi, M. (2009). Epidemiology of burn injuries: highlighting cultural and socio-demographic aspects. *International Review of Psychiatry*, 21, 505-11. Doi:10.3109/09540260903340865
- Dube, S., Felitti, V., Dong, M., Chapman, D., Giles, W., & Anda, R., (2003). Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111, 564-572. Doi:10.1542/peds.111.3.564
- Dyster-Aas, J., Kildal, M., Willebrand, M. (2007). Return to work and health-related quality of life after burn injury. *J Rehabil Med*, 39, 49-55. Doi:10.2340/16501977-0005
- Ekman, P. (1994). Strong evidence for universals in facial expressions: A reply to russell's mistaken critique. *Psychological Bulletin*, 115 (2), 268-287.
- Ekman, P. (2011). *A linguagem das emoções*. São Paulo: Lua de Papel.
- Elsherbiny, O. E. E., Salem, M. A., El-Sabbagh, A. H., Elhadidy, M. R., & Eldeen, S. M. A. (2011). Quality of life of adult patients with severe burns. *Burns*, 37 (5), 776-789. DOI: 10.1016/j.burns.2010.12.017
- Enei, S. D., Rojas, J. P., Pineda, G. F., Tapia V. D., & Bruce, M. I. (2004) Mortality trends from burn injuries in Chile: 1954-1999. *Burns – Journal of the International Society for Burn Injuries*, 30(4), 348-356. DOI: 10.1016/j.burns.2003.12.004
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of Perceived Emotional Intelligence and Health-Related Quality of Life of Middle-Aged Women. *Psychological Reports*, 91(1), 47–59. doi.org/10.2466/Pr0.2002.91.1.47

- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2005). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and incremental validity using the Trait Meta-mood Scale. *Personality and Individual Differences*, 39, 937-948. DOI: 10.1016/j.paid.2005.03.012
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional Intelligence as Predictor of Mental, Social, and Physical Health in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), 45-51. doi:10.1017/S1138741600005965
- Extremera, N., Ruiz-Aranda, D., Pineda-Galán, C., & Salguero, J. M. (2011). Emotional intelligence and its relation with hedonic and eudaimonic well-being: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, 51 (1), 11-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2011.02.029>
- Faria, L. & Santos, N. (2006). Competência emocional: Adaptação e validação intercultural do Emocional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ). *Actas da XI Conferência Internacional de avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 349-356). Braga: Psiquilibrios.
- Faria, L., Costa, A., & Costa, M. (2008). Validação do Questionário de Competência Emocional (QCE): Estudo em contexto hospitalar com enfermeiros. *Actas da XIII Conferência avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 923-930). Braga: Psiquilibrios.
- Faucher, L. D. (2004). Rehabilitation of the burn patient. *ACS Surgery: Principles and Practice. Rehabilitation of the Burn Patient*, 17, 1-8. DOI:10.1016/S0094-1298(20)31625-4
- Fauerbach, J. A., Heinberg, L. J., Lawrence, J. W., Munster, A. M., Palombo, D. A., Richter, D. B., ... Muehlberger, T. (2000). Effect

of Early Body Image Dissatisfaction on Subsequent Psychological and Physical Adjustment After Disfiguring Injury. *Psychosomatic Medicine*, 62(4), 576-582. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.21.2.115>

Fauerbach, J. A., Lezzotte, D., Hills R. A., Fred, C., Kowalske, K., Lateur, D. ... Paterson, D. (2005). Burden of Burn: a norm-based inquiry into the influence of burn size and distress on recovery of physical and psychosocial function. *Journal of Burn Care Rehabilitation*, 26 (1), 21-32.

Fernandes, M. F. A., Toquato, I. M. B., Dantas, M. S. A., Júnior, F. A. C., Ferreira, J. A., & Collet, N. (2012). Queimaduras em crianças e adolescentes: caracterização clínica e epidemiológica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 133-141. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400017>

Fernández Berrocal, P., & Díaz, N. R. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*, 5 (2-3), 247-260.

Fernández-Berrocal, P. (2010). Inteligência emocional para médicos del siglo XXI. *El Médico*, 1112, 22-25.

Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2006a). Emotional intelligence: a theoretical and empirical review of its first 15 years of history. *Psicothema*, 18, 7-12.

Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2006b). Special issue on emotional intelligence: An overview. *Psicothema*, 18, 1-6.

Ferreira L. A., & Luís, M. A. V. (2002). A construção do processo que culminou num episódio de queimadura: relato da história de vida de pacientes queimadas. *Rev Esc Enferm USP*, 36 (2), 125-32.

Ferreira, C. M., & D'Assumpção, E. A. (2006). Cicatrizes hipertróficas e

queloides. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.*, 21(1), 40-48.

Ferreira, E. (2006) *Adaptação cultural da "Burn Specific Health Scale-Revised" (BSHS-R): versão para brasileiros que sofreram queimaduras*. Dissertação de Mestrado não publicada. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo. Ribeirão Preto.

Ferreira, E., Dantas, R. A. S., Rossi, L. A., & Ciol, M. A. (2008). The Cultural Adaptation and Validation of the "Burn Specific Health Scale-Revised" (BSHS-R): Version for Brazilian Burn Victims. *Burns*, 34 (7), 994-1001. doi.org/10.1016/j.burns.2007.12.006

Ferreira, E., Lucas, R., Rossi, L., & Andrade, D., (2003). Curativo do paciente queimado: uma revisão de literatura. *Revista Escola Enfermagem USP*, 37(1), 44-51.

Fleck, M.P. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. In M.P. Fleck (Eds.). *A Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para Profissionais de Saúde* (pp.19-28). Porto Alegre: Artmed.

Floro, C. C. T. A. (2007). *A Qualidade de Vida em doentes com Coxartrose Artroplastia Total da Anca: Suporte Social e Estratégias de Coping*. Dissertação de mestrado não publicada. Escola Superior de Educação de Beja. Instituto Politécnico de Beja. Faro.

Fragoso, V., Vasconcelos, L., Ribeiro, M., Matos, P., & Santos, L. (2001). *A Inteligência Emocional*. Disponível em <http://psicoforum.br.tripod.com/index/artigos/es.htm>

Franco, M.G.S.E.C., & Santos, N.N. (2015). Emotional Comprehension Development. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 339-348. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015032099339348>

- Franulic, A., & González, X. (2000). Adaptación psicológica y social del paciente quemado: seguimiento a 6 meses. *Boletín Científico Asociación Chilena de Seguridad*, 4, 40-44.
- Freire, T., & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do género no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Rev Psiq Clin*, 38(5), 184-188. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000500003>
- Freitas-Magalhães, A., & Batista, J. (2009). Escala de percepção do medo: primeiro estudo de construção e validação na população portuguesa. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde: Edições Universidade Fernando Pessoa*, 6, 428-438.
- Freitas-Magalhães, A., & Castro, E. (2007). Expressão facial: O reconhecimento das emoções básicas em dependentes de cocaína. Estudo empírico com portugueses. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde: Edições Universidade Fernando Pessoa*, 3, 28-37.
- Fried, R. G., Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (2005). Depression and skin disease. *Dermatological Clinical*, 23, 657-664. doi: 10.1016/j.det.2005.05.014
- Fritsch, Diane E., & Yurko, Lynne C. (2003). Intervenções junto de pessoas com queimaduras. In Phipps, W. J., Sands, J. K., Marek, J. F. *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (6ªed). Loures: Lusociência.
- Frota, P. M. P. (2010). *Relação entre coping, traços de personalidade e apoio social e suas repercussões em sobreviventes de queimaduras graves*. Dissertação de Mestrado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Departamento de Psicologia, Goiânia.

- Galinha I., & Pais-Ribeiro J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6(2), 203-14.
- Gaspar, T., Matos, M. G., & Ribeiro, J. P. (2008). *Saúde, Qualidade de Vida e Desenvolvimento*. Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/23134> e acedido em 2010-11-14.
- Gilboa D. (2001). Long-term psychosocial adjustment after burn injury. *Burns*, 27, 335–41. [https://doi.org/10.1016/S0305-4179\(00\)00125-X](https://doi.org/10.1016/S0305-4179(00)00125-X)
- Gojowy, D., Kauke, M., Ohmann, T., Homann, H. H., & Mannil, L. (2019). Early and late-recorded predictors of health-related quality of life of burn patients on long-term follow-up. *Burns*, 5, 1300-1310. doi: 10.1016/j.burns.2019.03.016
- Golder S., Gillmore M., Spieker S., & Morrison D. (2005). Substance use, related problem behaviours and adult attachment in a sample of high risk older adolescent women. *J Child Fam Stud*, 14, 181-93. <https://doi.org/10.1007/s10826-005-5046-6>
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional* (12ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional* (17ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Gondim, S. M. G., Pereira, C. R., Hirschle, A. L. T., Palma, E. M. S., Alberton, G. D., Paranhos, J., Santana, V., & Ribeiro, W. R. B. (2015). Evidências de Validação de uma Medida de Características Pessoais de Regulação das Emoções. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28, 659-667. DOI: 10.1590/1678-7153.201528403

- Goyatá, S. L. T. (2005). *Diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos que sofreram queimaduras e de seus familiares no período próximo à alta hospitalar*. Dissertação de Mestrado não publicada. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.
- Gross, J. J., & Barrett, L. F. (2011). Emotion Generation and Emotion Regulation: One or Two Depends on Your Point of View. *Emotion Review. Journal of the International Society for Research on Emotion*, 3(1), 8-16. doi: 10.1177/1754073910380974
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York, US: The Guilford Press.
- Guastello, D. D., & Guastello, S. J. (2003). Androgyny, Gender Role Behavior, and Emotional Intelligence among college students and their parents. *Sex Roles*, 49, 663-673. <https://doi.org/10.1023/B:SERS.0000003136.67714.04>
- Guimarães, M. A., Silva, F. B., & Arrais, A. (2012). A atuação do psicólogo junto a pacientes na Unidade de Tratamento de Queimados. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 11 (3), 128-134.
- Haefel, G. J., & Grigorenko, E. (2007). Cognitive Vulnerability to Depression: exploring risk and resilience. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16, 435-448. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2006.11.005>
- Hale, A., O'Donovan, R., McEvoy, S., Keohane, C., & Gormley, G. (2013). *Physiotherapy in Burns, Plastics and Reconstructive Surgery*. Disponível em http://www.physio-pedia.com/images/3/30/Burns_and_Plastics.pdf
- Herson, M. R., Neto, N. T., Paggiaro, A. O., Carvalho, V. F., Machado, L. C. C.... Ferreira, M. (2009). Estudo epidemiológico das

sequelas de queimaduras: 12 anos de experiência da Unidade de Queimaduras da Divisão de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. *Rev Bras Queimaduras*, 8(3), 82-86.

Hillis, S., Anda, R., Dube, S., Felitti, V., Marchbanks, P., & Marks, J., (2004). The Association Between Adverse Childhood Experiences and Adolescent Pregnancy, Long-Term Psychosocial Consequences, and Fetal Death. *Pediatrics*, 113, 320-327. DOI: 10.1542/peds.113.2.320

Hillis, S., Anda, R., Felitti, V., Nordenberg, D., & Marchbanks, P., (2000). Adverse Childhood Experiences and Sexually Transmitted Diseases in Men and Women: A Retrospective Study. *Pediatrics*, 106, 1-6.

Holt, R., Kornhaber, R., Kwiet, J., Rogers, V., Shaw, J., Law, J. ...McLean, L. (2019). Insecure adult attachment style is associated with elevated psychological symptoms in early adjustment to severe burn: A cross-sectional study. *Burns*, 31, 1359-1366. doi: 10.1016/j.burns.2019.03.011

Hudson, A., Al Youha, S., Samargandi, O. A., & Paletz, J. (2017). Pre-existing psychiatric disorder in the burn patient is associated with worse outcomes. *Burns*, 43 (5), 973-982. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2017.01.022>

Hughes, E. K., & Gullone, E. (2011). Emotion regulation moderates' relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body Image: An International Journal of Research*, 8, 224-231.

Hurren, J. S. (1995). Rehabilitation of the burned patient: James Laing Memorial Essay for 1993. *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*, 21, 116-26. doi: 10.1016/0305-

4179(95)92136-z

- Hussey, J. M., Chang, J. J., & Kotch, J. B. (2006). Child Maltreatment in the United States: Prevalence, Risk Factors, and Adolescent Health Consequences. *Pediatrics*, *118*, 933-942. DOI: 10.1542/peds.2005-2452
- Izard, C. E. (1994). Innate and universal facial expressions: Evidence from developmental and cross-cultural research. *Psychological Bulletin*, *115*(2), 288-299. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.2.288>
- Izard, C. E. (2001). Emotional Intelligence or Adaptive Emotions? *Emotion*, *1* (3), 249-257. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.1.3.249>
- Jacobson, A. M. (2002). *Depression & HRQoL in diabetes: From research to clinical care. Scientific report: Training session on health-related quality of life assessment and depression in diabetes*. Budapest: MAPI Research Institute.
- Júnior, G. F., Vieira, A. C. P., & Alves, G. M. (2010). Avaliação da qualidade de vida de indivíduos queimados pós alta hospitalar. *Revista Brasileira de Queimaduras*, *9* (4), 140-5.
- Junqueira, L. C., & Carneiro, J. (2004). *Histologia Básica* (10^o Ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Kaplow, J. B., & Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*, 176- 187. DOI: 10.1037/0021-843X.116.1.176

- Keltner, D., & Ekman, P. (2004) Facial expression of emotion. In M. Lewis & J. M. Haviland- Jones (Eds.) *Handbook of emotions* (2nd Ed.), 237-245. New York: The Guilford Pres.
- Kildal, M., Willebrand, M., Andersson, G., Gerdin, B., & Ekselius L. (2005) Coping strategies, injury characteristics and long-term outcome after burn injury. *Injury*, 36(4), 511-518. DOI: 10.1016/j.injury.2004.06.013
- Kildal, M. (2003). Perceived Physical and Psychological Outcome After Severe Burn Injury. *Acta Universitatis Upsaliensis. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine*, 1247.
- Kun, B., Balazs, H., Kapitany, M., Urban, R., & Demetrovics, Z. (2010). Confirmation of the three-factor model of the Assessing Emotions Scale (AES): verification of the theoretical starting point. *Behav Res Methods*, 42 (2), 596-606. doi: 10.3758/BRM.42.2.596
- Landolt, M. A., Grubenmann, M. A., & Meuli, M. (2002). Family impact greatest: predictors of quality of life and psychological adjustment in paediatric burn survivors. *J Trauma Inj Infect Crit Care*, 53, 1146–51. DOI: 10.1097/00005373-200212000-00019
- Laporte, G. A., & Leonardi, D. F. (2010). Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes com sequelas de queimaduras. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 9 (3), 105-114.
- Leblebici, B., Adam, M., Bagis, S., Tarim, A. M., Noyan, T., Akman, M. N., & Haberal, M. A. (2006). Quality of life after burn injury: the impact of joint contracture. *J Burn Care Res*, 27(6), 864-8. doi: 10.1097/01.BCR.0000245652.26648.36

- Loncar, Z., Brás, M., & Mickovic, V. (2006). The relationships between burn pain, anxiety and depression. *Collegium Antropologicum*, 30, 319-325.
- Lopes, A. F. A. (2007). *Generalidades e Singularidades da Doença em Família: Percepção da Qualidade de Vida, Stress e Coping*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Macedo, A. R. (2018). *A Experiência da Queimadura: implicações subjetivas e socioculturais*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista (UNESP). São Paulo.
- Macedo, L., & Sperb, T. (2013). Regulação de Emoções na Pré-adolescência e Influência da Conversação Familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29 (2), 133-140.
- Macedo, R. M. (1994). A família do ponto de vista psicológico: lugar seguro para crescer?. *Caderno de Pesquisa*, 91, 62-68.
- Maia, J. M. D., & Williams, L. C. A. (2005). Factores de risco e factores de protecção no desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia*, 13 (2), 91-103.
- Malic, C.C., Karoo, R.O.S., Austin, O., & Phipps, A., (2007). Burns inflicted by self or by others- An 11-year snapshot. *Burns*, 33(1), 92-97. DOI: 10.1016/j.burns.2006.04.008
- Märtin, D., & Boeck. K. (1997). *O que é a Inteligência Emocional*. Lisboa: Editora Pergaminho, Lda.
- Martinho, A. M. P. R. (2008). *Balneoterapia: um estudo realizado na Unidade Funcional de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Dissertação de Mestrado não publicada. Coimbra: Faculdade de Medicina.

- Martins, A. Ramalho, N., & Ramalho, E. M. (2010). A Comprehensive Meta-Analysis of the relationship between Emotional Intelligence and Health. *Personality and Individual Differences*, 49 (6) 554-564. doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.029
- Martins, M. C. P. (2013). *Avaliação psicológica em queimados: Desenvolvimento de um protocolo de triagem psicológica para pacientes internados na unidade de queimados do Hospital de S. José CHLC-E.P.E.* Dissertação de mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Massada, S., Marques, A., Mesquita, C., Luís, F.P., Sousa, J.P.A., Mineiro, J. Freitas P.T., Melo, R.B. e Grupo de trabalho de trauma (2009). *Normas da boa Prática em Trauma*. Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-nbp-om-pdf.aspx>
- Matias, D. F. S. (2012). *Inteligência Emocional em Alunos do 8º ano: Diferenças em Função de Variáveis Sociodemográficas*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria. Leiria.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15 (3), 197-215. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1503_02
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J., & Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and Preventive*

Psychology, 4, 197-208. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80058-7](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80058-7)

Mayer, J., Caruso, D., & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.

Mayer, J., Salovey, P., & Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. In R. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence*. (pp. 396-420). New York: Cambridge University Press.

Mayer, J., Salovey, P., & Caruso, D. (2002). A inteligência emocional como zeitgeist, como personalidade e como aptidão mental. In R. Bar-On e J. D. A. Parker (Eds.), *Manual de inteligência emocional: teoria, desenvolvimento, avaliação e aplicação em casa, na escola e no local de trabalho* (pp. 81-98). Porto Alegre: Artmed Editora.

Medeiros, E. T. M., & Romanha, R. (2017). *A inteligência emocional desenvolvida na infância como um fator preventivo no desenvolvimento de psicopatologias na vida adulta*. Dissertação final de licenciatura. Universidade do Sul de Santa Catarina. Brasil.

Medeiros, L. G., de Almeida, R. M. M., Rigoli, M. M., & Kristensen, C. H. (2012). Transtornos psiquiátricos em pacientes vítimas de queimaduras. *Psicologia: teoria e prática*, 14 (2), 56-65. <https://doi.org/10.1037/t18597-000>

Medeiros, L., G., Kristensen, C. H., & Almeida, R. M. M. (2010). Estresse pós-traumático, ansiedade e depressão em vítimas de queimaduras. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62 (1), 148-158.

- Melchert, T. P. (1991). *The Development of the Family Background Questionnaire*. Tese de Doutorado não publicada. Memphis, TN: University of Memphis.
- Mendonça, L., Maia, A., & Ribeiro, F. (2007). *Experiências de cuidado vividas na infância e comportamentos de risco para a saúde*. Braga: Universidade do Minho.
- Meneses, R. F., Pais Ribeiro, J., Pedro, L., Silva, I., Cardoso, H., Mendonça, D., ... Martins-da-Silva, A. (2013) Qualidade de vida e espiritualidade em seis doenças crónicas. *Livro de atas do VIII simpósio nacional de investigação em psicologia*, 1157-1167.
- Michel, G. (2006). A multi-Level decomposition of variance in somatic symptom reporting in families with adolescent children. *British Journal of Health Psychology*, 11, 345-355.
- Miguel, F. K., & Primi, R. (2014). Estudo psicométrico do Teste Informatizado de Percepção de Emoções Primárias. *Avaliação Psicológica*, 13 (1), 1-9. <https://doi.org/10.1348/135910705X53506>
- Mikolajczak, M., Luminet, O., & Menil, C. (2006). Predicting resistance to stress: Incremental validity of trait emotional intelligence over Alexithymia and optimism. *Psicothema*, 18, 79-88.
- Miller, S. F., Bessey, P. Q., Schurr, M. J., Browning, S. M., Jeng, J. C., Caruso, D. M., ... Krichbaum, J. A., (2005). National Burn Repository: A Ten-Year Review, *Journal of Burn Care & Research*, 27(4), 411-436. <https://doi.org/10.1097/01.BCR.0000226260.17523.22>
- Mohammad Iliyas, C. (2011). *An epidemiological study of burn patients admitted to chigateri general and bapuji hospitals of davangere city*. M.D. in Community Medicine. J.J.M. Medical College: Davangere.

- Moi, A. L., Wentzel-Larsen, T., Salemark, L., & Hanestada, B. R., (2007) Long-term risk factors for impaired burn-specific health and unemployment in patients with thermal injury. *Burns*, 33, 37–45. DOI: 10.1016/j.burns.2006.06.002
- Monteiro, I. M. (2009). *O Contributo das Experiências Familiares, Vinculação e Apoio Social para a Depressão no Adulto*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho. Braga.
- Monteiro, I. S., & Maia, A. C. (2010). Avaliação psicométrica de três questionários sobre o historial familiar. *Archives of Clinical Psychiatry*, 37 (3), 97-104. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000300001>
- Monteiro, I. S., Maia, A., & Mendonça, L. (2008). Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Family Background Questionnaire. In A. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Coord.), *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Morais, N., & Koller, S. H. (2004). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: Ênfase na saúde. In Koller S. H. (Ed.). *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenções no Brasil* (pp. 91-107). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moreira, A. C. F. (2012). *Resiliência e Coping: A Exposição à Violência Interparental enquanto Experiência Traumática*. Dissertação de mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion

- regulation. *Social Development*, 16, 361-388. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x
- Muehlenkamp, J. J., Peat, C. M., Claes, L., & Smits, D. (2012). Self-injury and disordered eating: expressing emotion dysregulation through the body. *Suicide Life Threat Behav*, 42 (4), 416-25. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00100.x
- Navas, J. M., Bozal, M. R., Alba, M. R., & Lloret, P. (2000). Cuando los constructos psicológicos escapan del método científico: el caso de la inteligencia emocional y sus implicaciones en la validación y evaluación. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3 (4).
- Noronha, A. P. P., Primi, R., Freitas, F. A., & Dantas, M. A. (2007). Análise dos itens do mayer-salovey-caruso emotional intelligence test: escalas da área estratégica. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 415-422. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000200023>
- Ogunyemi, A. O. (2008). Measured effects of provocation and emotional mastery techniques in fostering emotional intelligence among Nigerian adolescents. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6(2), 281-296.
- Oliveira, T., Moreira, K., & Gonçalves, T. (2012). Assistência de enfermagem com pacientes queimados. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 11(1), 132-137.
- Öster, C., Willebrand, M., & Ekselius, L. (2011). Health-related quality of life 2 years to 7 years after burn injury. *J. Trauma*, 71 (5), 1435-1441. doi: 10.1097/TA.0b013e318208fc74
- Pacheco, J., Damasceno, A., Alves e Souza, A., & Brito, M. (2010). Tentativa de Suicídio em mulheres por queimaduras. *Rev. RENE*, 11(2), 152-160.

- Pais Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. P. Cruz, S. N. de Jesus, & C. Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso.
- Pallant, J. (2001). *SPSS Survival manual*. Philadelphia: Open University Press.
- Palmu, R., Suominen, K., Vuola, J., & Isometsä, E. (2011). Mental disorders after burn injury: A prospective study. *Burns*, 37(4), 601-609. doi: 10.1016/j.burns.2010.06.007
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano* (8ª Ed., Trad.). Artmed: Porto Alegre.
- Park, S. Y., Choi, K., Jang, Y. C., & Oh, S. J. (2008). The risk factors of psychosocial problems for burn patients. *Burns*, 34 (1), 24-31. DOI: 10.1016/j.burns.2007.03.012
- Paschoal, S. M. P. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Passerini, J., & Sozo, M. H. (2008). A influência da família no desenvolvimento emocional de crianças sob situação de risco: um olhar da Terapia Ocupacional. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 5 (1), 34-45 DOI: <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Pavoni, V., Gianesello, L., Paparella, L., Buoninsegni, L. T., & Barboni, E. (2010). Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care unit. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 18 (24). doi: 10.1186/1757-7241-18-24
- Peck, M. D. (2011) Epidemiology of burns throughout the world. Part I:

- Distribution and risk factors. *Burns*, 37(7), 1087-1100. DOI: 10.1016/j.burns.2011.06.005
- Peck, M. D. (2012) Epidemiology of burns throughout the World. Part II: Intentional burns in adults. *Burns*, 38(5), 630-637. doi: 10.1016/j.burns.2011.12.028
- Pedrosa Júnior, G. F., Vieira, A. C. P., & Alves, G. M. G. (2010). Avaliação da qualidade de vida de indivíduos queimados pós alta hospitalar. *Rev Bras Queimaduras*, 9(4), 140-5.
- Pedroso, B., & Pilatti, L. (2010). Avaliação de indicadores da área da saúde: a Qualidade de vida e suas variantes. *Revista Eletrônica FACIT/FACIC*, 1(1), 1-9.
- Pellon, M. A. (2004). Queimaduras Elétricas. In Lima Júnior E. M. (Ed.). *Tratado de queimaduras*. São Paulo: Atheneu.
- Perea, R. (2002). Educación para La Salud: Reto de Nuestro Tiempo. *Educación XXI*, 4, 15-4. DOI: <https://doi.org/10.5944/educxx1.4.0.361>
- Pereira, A. C. P. (2015). *Conhecimento emocional e retraimento social na primeira infância*. Dissertação de mestrado não publicada. Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa.
- Pereira, E. Â. M. (2011). *História de maltrato e indicadores de qualidade de vida: o que relatam os sujeitos identificados como maltratados na infância*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade do Minho. Braga.
- Piccolo M. T., Piccolo N. S., Piccolo M. S., Silva P. R., & Daher R. P. (2006). Aspectos Psicológicos e Sociais de Pacientes Submetidos a Expansão Tecidual no Instituto Nelson Piccolo. *Estudos*, 33(11/12), 951-965. <http://dx.doi.org/10.18224/est.v33i6.36>

- Piccolo, M. S., Daher R. P., Gragnani A., & Ferreira L. M. (2011). Sexuality after burn in Brazil: survey of burn health-care workers. *Burns* v37, 1411-1418. doi: 10.1371/journal.pone.0197507
- Pinto, F. M. M. C. (2014). *Ambiente Familiar e Individuação: Qualidade da Vinculação Amorosa e Desenvolvimento de Sintomatologia Psicopatológica em Jovens Adultos*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real.
- Pinto, J. M., Montinho, L. M. S., & Gonçalves, P. R. C. (2010). O Indivíduo e a Queimadura: as alterações da dinâmica do subsistema individual no processo de queimadura. *Revista de Enfermagem Referência*, 1, 81-92.
- Pinto, R., & Maia, A. (2009). Dos maus-tratos na infância aos comportamentos de risco na idade adulta: um modelo conceptual. *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde*, 1035-1046. CUIP, Universidade do Algarve.
- Pires, M. J. (2009). *Fatores de risco da doença coronária e qualidade de vida. Estudo exploratório no concelho de Odivelas*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Aberta. Lisboa.
- Pope, S. J., Solomons, W. R., Done, D. J., Cohn, N., & Possamai, A. M. (2007). Body image, mood and quality of life in young burn survivors. *Burns*, 33(6), 747-755. doi: 10.1016/j.burns.2006.10.387
- Praça, M. I. F. (2012). *Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes / Nordeste*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.
- Price, B. (1990). A model for body-image care. *Journal of Advanced Nursing*, 15(5), 585-593. doi: 10.1111/j.1365-2648.1990.tb01858.x

- Queirós, M. M., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. Carral, J. M. C., & Queirós, P. S. (2005). Validação e Fiabilidade da Versão Portuguesa Modificada da Trait Meta-Mood Scale. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9 (1), 199-216.
- Ramos, N.S., Fernandez-Berrocal, P., & Extremera, N. (2007). Perceived emotional intelligence facilitates cognitive-emotional processes of adaptation to an acute stressor. *Cognition & Emotion*, 21(4), 758-772. <https://doi.org/10.1080/02699930600845846>
- Reppold, C. T., Pacheco, J., Bardagi, M., & Hutz, C. S. (2002). Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. Em C. S. Hutz (Org.), *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspetos teóricos e estratégias de intervenção* (pp. 7-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Resurrección, D. M., Salguero, J. M., & Ruiz-Aranda, D. (2014). Emotional intelligence and psychological maladjustment in adolescence: a systematic review. *J Adolesc*, 37 (4), 461–472. doi: 10.1016/j.adolescence.2014.03.012
- Reverendo, I. M. M. S. (2011). *Regulação emocional, satisfação com a vida & perceção da aceitação – rejeição parental. Estudo de adaptação e validação da versão do Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA)*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Ricci, H., Gonçalves, N., Gallani, M. C., Ciol, M. A., Dantas, R. A., & Rossi, L. A. (2013). Assessment of the health status in Brazilian burn victims five to seven months after hospital discharge. *Burns*, 40(4), 616-623. <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2013.09.022>

- Rocha, J. L. F. N., Canabrava, P. B. E., Adorno, J., & Gondim M. F. N. (2016). Qualidade de vida dos pacientes com sequelas de queimaduras atendidos no ambulatório da unidade de queimados do Hospital Regional da Asa Norte. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 15 (1), 3-7.
- Rocha, T. I. (2015). *O papel moderador de algumas características sociodemográficas na relação entre a regulação emocional e o bem-estar: um estudo com trabalhadores portugueses*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Rodgers, C., Lang, A., Laffaye, C., Satz, L., Dresselhaus, T., & Stein, M., (2004). Child Maltreatment in the United States: Prevalence, Risk Factors, and Adolescent Health Consequences. *Pediatrics* 28, 575-586.
- Rodrigo, M. J., Maiquez, M. L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A., & Martín, J. C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16, 203-210.
- Rodrigues, A. S. F. (2010). *(CON)viver com a queimadura*. Dissertação de Mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem. Coimbra.
- Rosenberg, L., Lawrence, J. W., Rosenberg, M., Fauerbach, J. A., & Blakeney, P. E. (2012). *Psychosocial Recovery and Reintegration of Patients with Burn Injuries*. Total Burn Care (4th ed). London: Elsevier.
- Rosenberg, M., Blakeney, P., Robert, R., Thomas, C., Holzer, C., & Meyer, W., (2006). Quality of Life of Young Adults Who Survived Pediatric Burns, *Journal of Burn Care & Research*, 27 (6), 773-778. <https://doi.org/10.1097/01.BCR.0000245477.10083.BC>

- Rosenman, S., & Rodgers, B. (2004). Childhood adversity in an Australian population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 695-702. doi: 10.1007/s00127-004-0802-0
- Rossi, L., Costa, M., Dantas, R., Ciofi-Silva, C., & Lopes, L. (2009). Cultural meaning of quality of life: perspectives of Brazilian burn patients. *Disability & Rehabilitation*, 31 (9), 712-719. doi:10.1080/09638280802306257
- Saarni, C. (2002). Competência emocional: uma perspectiva evolutiva. In Baron, R. & Parker, J. D. A. (Org.). *Manual de inteligência emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211.
- Salovey, P., Rothman, A., Detweiler, J., & Steward, W. (2000). Emotional States and Physical Health. *American Psychological Association*, 55 (1), 110-121. DOI: 10A037//0003-O66X.55.1.110
- Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., & Epel, E. S. (2002). Perceived Emotional Intelligence, Stress Reactivity, and Symptom Reports: Further Explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17, 611-627. <https://doi.org/10.1080/08870440290025812>
- Sánchez-Nuñez, M. T., Fernández-Berrocal, P., Montañés, J., & Latorre, J. M. (2008). Does emotional intelligence depend on gender? The socialization of emotional competencies in men and women and its implications. *Electronic Journal of research in educational psychology*, 6 (2), 455-474. DOI: 10.1016/j.burns.2019.03.011
- Santana, V. S., & Gondim, S. M. G. (2016). Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 21 (1), 58-68. <http://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20160007>

- Santos, E. P. (2016). *Conviver com a queimadura. Vivências da pessoa com queimadura no domicílio*. Dissertação de Mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.
- Santos, J. V., Oliveira, A., Costa-Ferreira, A., Amarante, J., & Freitas, A. (2016). Burden of burns in Portugal, 2000–2013: A clinical and economic analysis of 26.447 hospitalizations. *Burns*, 42 (4), 891-900. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.01.017>
- Santos, N., & Faria, L. (2005). Inteligência emocional: Adaptação do "Emotional Skills and Competence Questionnaire" (ESCCQ) ao contexto português. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UFP*, 2, 275-289.
- Schultz, D., Izard, C. E., Ackerman, B. & Yongstrom, E. A. (2001) Emotion knowledge in economically disadvantaged children: self-regulatory antecedents and relations to social difficulties and withdrawal. *Development and Psychopathology*, 13, 53-67. DOI: 10.1017/S0954579401001043
- Seidl, E., & Zannon, C. (2004). Qualidade de Vida e Saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 20 (2), 580-588. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>
- Serra, M. C. V. F., Gomes, D. R., & Crisóstomo, M. R. (2004). Fisiologia e fisiopatologia. In Lima Júnior E. M. (Ed.). *Tratado de queimaduras*. São Paulo: Atheneu.
- Serra, M. C. V. F., Gomes, D. R., Crisóstomo, M. R., & Serra, A. S. (2004). Cálculo da área queimada e indicadores para internação hospitalar. In Lima Júnior E. M. (Ed.). *Tratado de queimaduras* (pp. 43-49). São Paulo: Atheneu.
- Serra, M. C., Gomes, D. R., & Cunha, N. T. (2004). Tratamento Inicial do Grande Queimado – Reposição Volémica. In Lima Júnior E. M.

(Ed.). *Tratado de queimaduras* (pp. 55-63). São Paulo: Atheneu.

Silva, A. F. R., Oliveira, L. P., Vale, M. B., & Batista, K. N. M. (2013). Análise da qualidade de vida de pacientes queimados submetidos ao tratamento fisioterapêutico internados no Centro de Tratamento de Queimados. *Revista Brasileira Queimaduras*, 12 (4), 260-264.

Silva, A. Marzo, J. & García del Castillo, J. A. (submetido para publicação). Sintomatologia emocional, Ambiente familiar e Inteligência Emocional Percebida numa amostra de vítimas de queimaduras.

Silva, A., Marzo, J., & García del Castillo, J. A. (2019). Adaptação portuguesa do questionário Burn Specific Health Scale – Revised (BSHS-R). *Burns*. <http://doi.org/10.1016/j.burns.2019.04.024>

Silva, C. (2011). *Estudo de competências emocionais e sua correlação com o autoconceito*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Fernando Pessoa. Porto.

Silva, E. P. F. S., Oliveira, R. A. P, Costa, F. A. C., & Serra, M. C. V. F. (2004). Peculiaridades da criança queimada. In Lima Júnior E.M. (Ed.). *Tratado de queimaduras* (pp. 201-206). São Paulo: Atheneu.

Silva, K.N. (2015). *Qualidade de vida relacionada à saúde e tempo de sobrevida ajustado para a qualidade de vida em pacientes com câncer internados em unidades de terapia intensiva*. Dissertação Mestrado não publicada. São Paulo.

Silva, M. A. (2004). Tratamento de Queimaduras Químicas. In Lima Júnior E. M. (Ed.). *Tratado de queimaduras* (pp. 293-298). São Paulo: Atheneu.

Silva, P. N., Amarante, J., Costa-Ferreira, A., Silva, A., & Reis, J.

- (2003). Burn patients in Portugal: analysis of 14.797 cases during 1993–1999 *Journal of the International Society for Burn Injuries*, 29 (3), 265-269. doi: [https://doi.org/10.1016/S0305-4179\(02\)00312-1](https://doi.org/10.1016/S0305-4179(02)00312-1)
- Siqueira, A. C., & Dell'Aglio, D. D. (2007). Retornando para a família de origem: fatores de risco e proteção no processo de reinserção de uma adolescente institucionalizada. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 17(3), 134-146.
- Smith, J. S., Smith, K. R., Rainey, S. L., & DelGiorno. J. (2006). The psychology of burn care. *Journal of Trauma Nursing*, 13, 105–106.
- Souza, T. (2005). *Qualidade de vida do paciente internado em um centro de tratamento de queimados*. Dissertação de mestrado não publicada. Campo Grande.
- Stavrou, D., Weissman, O., Tessone, A., Zilinsky, I., Holloway, S., Boyd, J., & Haik, J. (2014). Health Related Quality of Life in burn patients - A review of the literature. *Burns*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2013.11.014>
- Steiner, C., & Perry, P. (1997). *Educação Emocional: Literacia Emocional ou Arte de Ler Emoções*. Lisboa: Pergaminho.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics*. New York, NY: HarperCollins College Publishers.
- Tanganho, C. S. M. (2015). *Inteligência emocional, atitudes face à escola e sucesso escolar: estudo exploratório em alunos do 8º e 9º anos com diferentes percursos formativos*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Évora. Évora.
- Tarrier, N., Gregg, L., Edwards, J., & Dunn, K. (2005) The influence of pre-existing psychiatric illness on recovery in burn injury patients: the impact of psychosis and depression. *Burns*, 31 (1),

45-49, <https://doi.org/10.1016/j.burns.2004.06.010>

- Tegg, S. L. (2004). Improving detection of psychological distress after burn injury: an interprofessional quality improvement initiative. *British Burn Association Annual Conference Book of Abstracts*.
- Teques, A. P., Llorca-Ramón, G., Bueno-Carrera, G., Pais Ribeiro, J., & Teques, P. (2015). Desenvolvimento e avaliação das características psicométricas do Questionário de Auto-Percepção de Inteligência Emocional (QIE-AP). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(2), 270-279. <https://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201528207>
- Thorndike, R. (1920). Intelligence and its issues. *Harper's Magazine*, 140, 227-235.
- Travado, L., Martins, C., & Ventura, C. (2005). *The Psychosocial Dimension in the health care of the burn patient – Development of a protocol for a clinical approach*. Presented no 11th European Congress of Burns da European Association of Burns (EBA).
- Travado, L., Ventura, C., Martins, C., & Veloso, I. (2001). Avaliação Psicológica do Doente Queimado. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 14 (3), 138-142.
- Trentini, M., Corradi, E. M., Arardi, M. A. R., & Tigrino, F.C. (2004). Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos sociais e emocionais. *Revista Científica de América Latina y el Caribe*, 13, 74-82.
- Vale, E. C. (2005). Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *An. Bras. Dermatol.*, 80(1), 9-19. doi: 10.1590/S0365-05962005000100003
- Van Loey, N. E. E., Maas, C. J. M., Faber, A. W., & Taal, L. A. (2003). Predictors of chronic posttraumatic stress symptoms following

- burn injury: Results of a longitudinal study. *Journal of Trauma Stress*, 16, 361–369. DOI: 10.1023/A:1024465902416
- Van Loey, N. E., & Van Son, M. J. (2003). Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4 (4), 245-272. DOI: 10.2165/00128071-200304040-00004
- Van Loey, N. E., Van Beeck, E. F., Faber, B.W., Van de Schoot, R., & Bremer, M. (2012). Health-related quality of life after burns: a prospective multicenter cohort study with 18 months' follow-up. *J Trauma Acute Care Surg*, 72 (2), 513-20. DOI: 10.1097/ta.0b013e3182199072
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49.
- Vaz, F. J. (2009). *Diferenciação e Regulação emocional na Idade Adulta: Tradução e Validação de dois Instrumentos de avaliação para a população Portuguesa*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho. Braga.
- Velasco, C., Fernández, I., Páez, D., & Campos, M. (2006). Perceived emotional intelligence, alexithymia, coping and emotional regulation. *Psicothema*, 18, 89-94.
- Vendrusculo, T. M., Balieiro, C. R. B., Echevarría-Guanilo, M.E., Farina, J. A., Rossi, L. A. (2010). Queimaduras em ambiente doméstico: características e circunstâncias do acidente. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(3), 157-164.

- Veríssimo, R. (2000). *Emoção: da (não)expressão na saúde e na doença*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Veríssimo, R. (2005). Inteligência Emocional, Apoio Social e Regulação Afectiva. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 345 – 352.
- Veríssimo, R. (2011). *Alexitimia – Da regulação afectiva na saúde e na doença* (2ª ed.). Sítio do Livro: Lisboa.
- Vlachaki, C., & Maridaki-Kassotaki, K. (2013). Coronary Heart Disease and Emotional Intelligence. *Global Journal of Health Science*, 5, 156-165. doi: 10.5539/gjhs.v5n6p156
- Wagner, A., Ribeiro, L.S., Arteche, A.X., & Bornholdt, E.A. (1999). Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(1). <https://doi.org/10.1590/S0102-79721999000100010>
- Wiechman, S. A., Ptacek, J. T., Patterson, D. R., Gibran, N. S., Engrav, L. E., & Heimbach, D. M. (2001). Rates, trends and severity of depression after burn injuries. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 22 (6), 417-424. doi: 10.1097/00004630-200111000-00012
- Willebrand, M., Andersson, G., Ekselius, L. (2004) Prediction of psychological health after an accidental burn. *The Journal of Trauma*, 57, 367–374. doi: 10.1097/01.TA.0000078697.69530.0E
- World Health Organization [Internet]. Burns – fact sheet 365; 2018, Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/> [cited 27.02.18].
- Woyciekoski, C., & Hutz, C. (2009). Inteligência emocional: Teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias. *Psicologia: Reflexão e Críticas*, 22(1), 1-11. doi:10.1590/ S0102-79722009000100002

- Yates, T.M., Carlson, E.A., & Egeland B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*, 20, 651-671. DOI: 10.1017/S0954579408000321
- Ying, W. L., Pertrini, M. A., & Xin, L. L. (2013). Gender differences in the quality of life and coping patterns after discharge in patients recovering from burns in China. *Journal of Research in Nursing*, 18 (3), 247-262. <https://doi.org/10.1177/1744987110379301>
- Yoder, L. H., Nayback, A. M., & Gaylord, K. (2010). The evolution and utility of the burn specific health scale: a systematic review. *Burns*, 36 (8), 1143-1156. DOI: 10.1016/j.burns.2010.01.004
- Zapata, D. M. & Estrada, A. (2010) Calidad de vida relacionada con la salud de las personas afectadas por quemaduras después de la cicatrización, Medellín, Colombia. *Biomédica*, 30(4), 492-500. DOI: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v30i4.287>
- Zoio, V. (2014). *Agressividade e ambiente familiar na toxicodependência*. Dissertação de Mestrado não publicada. ISPA - Instituto Universitário. Lisboa.

ANEXOS

ANEXO A

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Nº _____

Declaração de Consentimento:

Esta pesquisa faz parte do programa de Doutoramento na área do Desporto e Saúde da Universidade Miguel Hernández de Elche (situada em Alicante, Espanha).

Nesta investigação pretende-se conhecer os indicadores de uma adaptação positiva do doente pós-queimadura. A sua elaboração tenciona contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente queimado, satisfazendo as suas necessidades e promovendo uma adaptação positiva ao trauma vivenciado.

Caso concorde em participar, esta pesquisa é constituída por quatro questionários. Terá todo o tempo que necessite para reflectir sobre esta proposta de participação, que é inteiramente voluntária.

A recusa no preenchimento do questionário não trará qualquer prejuízo na assistência que lhe é prestada. Este questionário será exclusivamente utilizado para fins de investigação científica, estando garantida a sua privacidade e confidencialidade.

Os resultados deste estudo são fundamentais para que o doente queimado tenha uma assistência particular e vocacionada para atitudes positivas, estando assim, a contribuir para o avanço da ciência em Portugal.

Declaro ter entendido os objectivos e condições de participação na pesquisa supra mencionada e aceito participar nela.

Porto, ____ de _____ de 20__

Assinatura do(a) Entrevistado(a) _____

Assinatura do Investigador _____

A – IDENTIFICAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Nome: _____

Sexo: Feminino () Masculino ()

Data de Nascimento: __/__/____ Idade: _____

Contacto Telefónico: _____ E-mail: _____

Estado Civil: Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () União de facto ()

Morada: _____

Área de residência: Urbana () Rural ()

Agregado familiar: Sozinho/a () Parceiro/a () Pais () Avós () Filho/s ()

B – DADOS CLÍNICOS

Data do acidente: __/__/____

Tempo de internamento: _____

Local do acidente: Domicílio () Via Pública () Trabalho ()

Se foi acidente de trabalho accionou o seguro? Sim () Não ()

Agente causal da queimadura: Fogo () Líquidos superaquecidos () Combustível ()
Eléctrica () Gás () Química () Radiação solar ()

Área corporal queimada: _____%

GRAU DA QUEIMADURA	ZONAS CORPORAIS AFECTADAS
1º GRAU	
2º GRAU	
3º GRAU	

Apresenta algum tipo de sequelas? Funcionais () Estéticas () Ambas () Nenhuma ()

Data: __/__/____

BURN SPECIFIC HEALTH SCALE - REVISED (BSHS-R)

(Silva, A., Marzo, J. & García del Castillo, J.A, 2019)

A seguir encontra-se uma lista de problemas que por vezes as pessoas que sofreram queimaduras apresentam. Após ler cada um deles faça um círculo no número que descreve a sua própria experiência.

Que grau de dificuldade apresenta a:

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Dificuldade exagerada
1. Apertar os atacadores dos sapatos, fazer laços	1	2	3	4	5
2. Sentar-se e levantar-se de cadeiras	1	2	3	4	5
3. Voltar ao trabalho e fazer as suas tarefas como antes da queimadura	1	2	3	4	5
4. Tomar banho sem ajuda	1	2	3	4	5
5. Vestir-se sem ajuda	1	2	3	4	5

Até que ponto cada uma das seguintes frases o(a) descrevem agora:

	Não me descreve	Descreve-me um pouco	Descreve-me mais ou menos	Descreve-me bem	Descreve-me muito bem
6. A minha pele está mais sensível agora do que antes	1	2	3	4	5
7. Sinto que a minha queimadura incomoda as outras pessoas	1	2	3	4	5
8. Às vezes penso que tenho um problema emocional (depressão, etc)	1	2	3	4	5
9. A minha queimadura tem causado problemas na realização das minhas tarefas no trabalho e em casa	1	2	3	4	5
10. Fico chateado(a) por me sentir sozinho	1	2	3	4	5
11. Tenho dificuldade em cuidar da minha queimadura como me indicaram	1	2	3	4	5
12. Às vezes gostaria de esquecer que a minha aparência mudou	1	2	3	4	5
13. A queimadura afectou a minha capacidade de trabalhar	1	2	3	4	5
14. Não me apetece estar com os meus amigos	1	2	3	4	5
15. A minha queimadura interfere nas minhas tarefas do trabalho e de casa	1	2	3	4	5

	Não me descreve	Descreve-me um pouco	Descreve-me mais ou menos	Descreve-me bem	Descreve-me muito bem
16. Incomoda-me estar ao sol	1	2	3	4	5
17. A aparência das minhas cicatrizes incomoda-me	1	2	3	4	5
18. Não posso sair de casa para fazer actividades quando está calor	1	2	3	4	5
19. A minha aparência incomoda-me muito	1	2	3	4	5
20. Ter que cuidar da minha queimadura incomoda-me	1	2	3	4	5
21. Existem coisas que me disseram para fazer nas minhas queimaduras que não gosto	1	2	3	4	5
22. Prefiro estar sozinho do que com a 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 incomoda-me	1	2	3	4	5
26. Sinto-me triste e deprimido(a) com frequência	1	2	3	4	5
27. Sinto-me preso e sem saída	1	2	3	4	5
28. Não tenho vontade de visitar outras pessoas	1	2	3	4	5
29. Sinto-me incomodado por não poder apanhar sol ou ir à praia	1	2	3	4	5
30. Não tenho ninguém para conversar sobre os meus problemas	1	2	3	4	5
31. Gostaria de não ter que fazer tantas coisas para cuidar da minha queimadura	1	2	3	4	5

BRIEF SYMPTOMS INVENTORY (BSI)
(Derogatis, 1993, adaptado por Canavarro, 1995)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7. Dores sobre o coração ou no peito					
8. Medo na rua ou praças públicas					
9. Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso					
13. Ter impulsos que não se podem controlar					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinho					
17. Sentir-se triste					
18. Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se atemorizado					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si					
22. Sentir-se inferior aos outros					
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago					
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si					
25. Dificuldade em adormecer					

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
27. Dificuldade em tomar decisões					
28. Medo de viajar de autocarro de comboio ou de metro					
29. Sensação de que lhe falta o ar					
30. Calafrios ou afrontamentos					
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo					
32. Sensação de vazio na cabeça					
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo					
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados					
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
36. Ter dificuldade em se concentrar					
37. Falta de forças em partes do corpo					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias					
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa					
45. Ter ataques de terror ou pânico					
46. Entrar facilmente em discussão					
47. Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho					
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto					
50. Sentir que não tem valor					
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
52. Ter sentimentos de culpa					
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça					

INSTRUÇÕES

Neste questionário encontrará algumas afirmações sobre as suas emoções e sentimentos.

Leia atentamente cada frase e indique, por favor, o grau em que está de acordo ou desacordo com cada uma delas marcando com **X** o número que mais se aproxima das suas preferências.

Tenha sempre presente que não há respostas certas ou erradas, nem respostas boas ou más. Não gaste muito tempo a pensar em cada resposta.

	1	2	3	4	5
	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo plenamente
1. Presto muita atenção aos meus sentimentos.					1 2 3 4 5
2. Preocupo-me muito com os meus sentimentos.					1 2 3 4 5
3. Acho que é útil pensar nas minhas emoções.					1 2 3 4 5
4. Vale a pena prestar atenção às minhas emoções e estados de espírito.					1 2 3 4 5
5. Deixo que os meus sentimentos se intrometam com os meus pensamentos.					1 2 3 4 5
6. Penso constantemente no meu estado de espírito.					1 2 3 4 5
7. Penso muitas vezes nos meus sentimentos.					1 2 3 4 5
8. Presto muita atenção àquilo que sinto.					1 2 3 4 5
9. Normalmente sei o que estou a sentir.					1 2 3 4 5
10. Muitas vezes consigo saber aquilo que sinto.					1 2 3 4 5
11. Quase sempre sei exactamente aquilo que sinto.					1 2 3 4 5
12. Normalmente conheço os meus sentimentos sobre as pessoas ou qualquer assunto.					1 2 3 4 5
13. Tenho, muitas vezes, consciência do que sinto sobre qualquer assunto.					1 2 3 4 5
14. Consigo dizer sempre o que sinto.					1 2 3 4 5
15. Às vezes, consigo dizer o que sinto.					1 2 3 4 5
16. Consigo perceber aquilo que sinto.					1 2 3 4 5
17. Embora, por vezes, esteja triste tenho, quase sempre, uma atitude optimista.					1 2 3 4 5
18. Mesmo que me sinta mal, tento pensar em coisas agradáveis.					1 2 3 4 5
19. Quando me aborreço, penso nas coisas agradáveis da vida.					1 2 3 4 5
20. Tento ter pensamentos positivos mesmo que me sinta mal.					1 2 3 4 5
21. Se sinto que estou a perder a cabeça, tento acalmar-me.					1 2 3 4 5
22. Preocupo-me em manter um bom estado de espírito.					1 2 3 4 5
23. Tenho sempre muita energia quando estou feliz.					1 2 3 4 5
24. Quando estou zangado procuro mudar a minha disposição.					1 2 3 4 5

QUESTIONÁRIO DO AMBIENTE FAMILIAR

1

(Ivandro Soares Monteiro, & Angela Maia, 2008)

Os meus pais certificavam-se...		A maior parte das vezes não	Algumas vezes	Com regularidade	Quase sempre	Sempre
1	... que eu tinha o melhor tipo de comida para comer	A	B	C	D	E
2	... que eu tinha roupa decente para usar.	A	B	C	D	E
3	... que havia quem tratasse de mim (ex. ama) quando era pequenino(a).	A	B	C	D	E

Com que regularidade é que fez cada uma das seguintes coisas até aos 18 anos?

	Nunca ou quase nunca	Algumas vezes por ano	Uma ou duas vezes por mês	Uma ou duas vezes por semana	Várias vezes por semana	
4	Fui ao cinema, festivais, jogos, etc., com os amigos.	A	B	C	D	E
5	Saí com os amigos sem ser para ir para as aulas.	A	B	C	D	E
6	Fui a casa de um(a) amigo(a).	A	B	C	D	E
7	Tinha amigos em minha casa.	A	B	C	D	E

Quando você era jovem, quem é que decidia as seguintes coisas em sua casa?

	Isto era decidido pelos meus pais sem conversar comigo	A decisão final era dos meus pais depois de conversar comigo	Tomávamos a decisão em conjunto	Eu tomava a decisão final e depois conversava com os meus pais	Isto era decidido por mim sozinho, sem conversar com os meus pais/ <u>ou</u> não se aplica esta opção	
8	As roupas que usava, ou como cortava ou penteava o cabelo.	A	B	C	D	E
9	Quais os programas que eu podia ver na televisão.	A	B	C	D	E
10	Quando eu podia começar a namorar.	A	B	C	D	E
11	Se eu podia sair para fazer desporto ou outra actividade extracurricular.	A	B	C	D	E
12	Se eu tinha que trabalhar quando estava na escola.	A	B	C	D	E
13	Se eu tinha que arranjar um trabalho de verão.	A	B	C	D	E

Quando andava no ciclo ou no ensino secundário, ou quando tinha entre 11 e os 17 anos, com que regularidade é que...

		Uma vez por ano ou menos	Algumas vezes por ano	Cerca de uma vez por mês	Cerca de 2 vezes por mês	Cerca de uma vez por semana
14	Lavava a roupa?	A	B	C	D	E
15	Limpava a casa de banho?	A	B	C	D	E
16	Lavava o chão?	A	B	C	D	E
17	Limpava o pó das mobílias?	A	B	C	D	E
18	Ia às compras de mercearia?	A	B	C	D	E

Quando andava no ciclo ou no ensino secundário, ou quando tinha entre 11 e os 17 anos, com que regularidade é que ...

		Quase nunca	Cerca de uma vez por ano	Cerca de uma vez por mês	Cerca de uma vez por semana	Quase que diariamente
19	Lavava a loiça?	A	B	C	D	E
20	Cozinhava as refeições?	A	B	C	D	E

Depois dos seus pais lhe dizerem que não devia fazer alguma coisa, com que regularidade é que o fazia na mesma?

		Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Geralmente	Quase sempre
21	Pai	A	B	C	D	E
22	Mãe	A	B	C	D	E

23. Com que regularidade é que os seus pais tinham grandes discussões entre eles?

	Quase nunca	Cerca de uma vez por ano	Algumas vezes por ano	Cerca de 1 a 2 vezes por mês	Mais de 1 vez por semana
	A	B	C	D	E

Qual o grau com que a sua mãe e pai pareciam ser felizes na relação entre eles?

		Usualmente muito feliz	Usualmente feliz	Usualmente satisfeito	Usualmente insatisfeito	Usualmente muito infeliz
24	Pai	A	B	C	D	E
25	Mãe	A	B	C	D	E

Na minha família, nós falávamos dos nossos sentimentos...

		Nunca	Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente
26	... de tristeza.	A	B	C	D	E
27	... de felicidade.	A	B	C	D	E
28	... de medo.	A	B	C	D	E

29. Na minha família havia sérios conflitos que nós, realmente, nunca resolvemos.

	Quase nenhum	Um pouco	Alguns	Vários	Muitos
	A	B	C	D	E

30. Na sua família, será que havia problemas (ex. abuso de álcool ou violência física) que eram secretos, e que nunca ou quase nunca foram falados?

3

Nenhum	Um	Alguns	Vários	Muitos
A	B	C	D	E

Com que frequência a sua mãe ou pai atiravam ou partiam coisas quando estavam zangados?

		Nunca	Uma vez	2 a 5 vezes	6 a 19 vezes	20 ou mais vezes
31	Pai	A	B	C	D	E
32	Mãe	A	B	C	D	E

33. Quantas vezes é que o seu pai ameaçou bater na sua mãe quando ele estava zangado?

Nunca	Uma vez	2 a 5 vezes	6 a 19 vezes	20 ou mais vezes
A	B	C	D	E

34. Quantas vezes é que a sua mãe ameaçou bater no seu pai quando ela estava zangada?

Nunca	Uma vez	2 a 5 vezes	6 a 19 vezes	20 ou mais vezes
A	B	C	D	E

35. Quantas vezes é que o seu pai bateu na sua mãe quando estava zangado?

Nunca	Uma vez	2 a 5 vezes	6 a 19 vezes	20 ou mais vezes
A	B	C	D	E

36. Quantas vezes é que a sua mãe bateu no seu pai quando estava zangada?

Nunca	Uma vez	2 a 5 vezes	6 a 19 vezes	20 ou mais vezes
A	B	C	D	E

Em média, com que frequência o seu pai ou a sua mãe ficava intoxicado com álcool ou drogas?

		Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase semanalmente	3 ou mais vezes por semana
37	Pai	A	B	C	D	E
38	Mãe	A	B	C	D	E

Quando o seu pai ou a sua mãe consumia álcool ou outras drogas, com que frequência o seu comportamento causava problemas (em casa, no trabalho, a conduzir, etc.)?

		Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase semanalmente	3 ou mais vezes por semana
39	Pai	A	B	C	D	E
40	Mãe	A	B	C	D	E

Acha que o seu pai ou a sua mãe consumia álcool ou outras drogas exageradamente?

		De certeza que não	Provavelmente não	Talvez	Acho que sim	De certeza que sim
41	Pai	A	B	C	D	E
42	Mãe	A	B	C	D	E

Qual dos seus pais é (ou foi) alcoólico ou viciado em drogas?

4

		De certeza que não	Provavelmente não	Talvez	Acho que sim	De certeza que sim
43	Pai	A	B	C	D	E
44	Mãe	A	B	C	D	E

À medida que você crescia, quão felizes os seus pais pareciam ser?

		Usualmente, muito feliz	Usualmente feliz	Médio/ neutro	Usualmente infeliz	Usualmente muito infeliz
45	Pai	A	B	C	D	E
46	Mãe	A	B	C	D	E

À medida que você crescia, quão ansiosos ou tensos os seus pais pareciam estar?

		Usualmente, muito relaxado	Usualmente relaxado	Médio/ neutro	Usualmente tenso	Usualmente muito tenso
47	Pai	A	B	C	D	E
48	Mãe	A	B	C	D	E

Algum dos seus pais tinha problemas mentais ou emocionais?

		Nenhum problema	Um ou outro problema	Alguns problemas	Problemas com gravidade moderada	Problemas muito graves
49	Pai	A	B	C	D	E
50	Mãe	A	B	C	D	E

FIM. OBRIGADO POR RESPONDER A ESTE QUESTIONÁRIO.

ANEXO B

PARECER DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DA PRELADA



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO

Exma. Sra.
D. Ana Raquel Duarte R Silva
Enfermeira Generalista
Unidade de Queimados /UCE

N. Ref^a. DC 97/2009

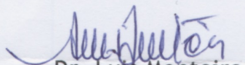
Porto, 12 de Novembro de 2009

Assunto - Trabalho de Investigação “ Indicadores da Adaptação Positiva em doentes Pós-Queimadura “

Exma. Sra.
Enf^a. Ana Silva

Vimos informar que após análise pela Comissão de Ética, da reformulação da carta dirigida ao utente (declaração de consentimento), esta pronunciou-se favoravelmente à realização do trabalho de investigação que pretende.

Com os melhores cumprimentos,


Dr. Luis Monteiro
(Director Clínico)

ANEXO C

ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA BURNS: *THE ADAPTATION OF THE BURN SPECIFIC HEALTH SCALE – REVISED (BSHS-R) INTO THE PORTUGUESE CONTEXT*

The adaptation of the Burn Specific Health Scale-Revised (BSHS-R) into the Portuguese context

A. Silva ^{a,*}, J. Marzo ^b, J.A. García del Castillo ^b

^aNurse at the Prelada Hospital, Portugal; PhD Student at the Miguel Hernández University of Elche, Spain

^bUniversity Miguel Hernández of Elche, Portugal

Keywords:

Burns

Quality of Life (QOL)

BSHS-R

A B S T R A C T

The objective of this study was the adaptation of the Burn Specific Health Scale-Revised (BSHS-R) into the Portuguese context. The authors of the original version of BSHS-R with 31 items are Blalock, Bunker and DeVellis and it was developed to evaluate the health status of burns victims.

The Brazilian version of the BSHS-R was translated from Portuguese (Brazil) to Portuguese (Portugal), through a semantic adaptation process, by independent Portuguese-Brazilian specialists, followed by a verbal comprehension assessment of all items, with a heterogeneous group of people, in terms of age, education and occupation.

After the survey adaptation to Portuguese (Portugal), a psychometric study of the BSHS-R has been realized with a sample of 92 patients, which had been hospitalized in the Burn, Plastic and Reconstructive Surgery units of the Prelada Hospital, Porto, Portugal. For the process of instrument validation, a factorial exploratory analysis has been conducted and the internal consistency indicators were analysed using Cronbach's alpha (reliability).

The results analysis allowed to assess and identify the validity of the construct through the factorial exploratory analysis, which confirmed the same previous factorial structure identified in the original language and in the Brazilian version. The BSHS-R also presented good internal consistency indicators (global $\alpha = .921$; affect and body image $\alpha = .874$; heat sensitivity $\alpha = .830$; simple functional abilities $\alpha = .893$; treatment regimens $\alpha = .772$; work $\alpha = .876$; interpersonal relationships $\alpha = .804$).

The Portuguese (Portugal) adapted version has revealed useful, valid and reliable for the quality of life assessment related to the health of people that suffered burn injuries.

© 2019 Elsevier Ltd and ISBI. All rights reserved.

1. Introduction

Worldwide, approximately 6 million patients seek medical care help for burns annually, but the majority are being treated in outpatient clinics [1]. Considered as a public health problem, burn injuries represent more than 180,000 deaths per year in the world, with the majority of them occurring in developing or

underdeveloped countries [2]. Exact data over serious burn injuries occurred at a European level are still not available [1,3].

In Portugal, the incidence and origin of the burn injuries is unknown, however, the number of burn injuries patients is very high [4]. One study reports that between 1993 and 1999 a total 14,797 burn injury victims were admitted in Portuguese hospitals [4] and in a more updated study, Santos and colleagues (2016) accounted 26,447 hospital admissions

related to burn injuries between 2000 and 2013 (resulting on an average of 1889 admissions per year) [3].

Burn injuries, as many other accidents, occur in an abrupt and unexpected way [5]. Many times, and in a matter of seconds, a burn injury completely transforms the person, making it completely dependent and fighting for its own survival. To Ferreira [6], burn injuries represent terrifying injuries that leave severe physical and psychological sequelae, added of long hospitalization periods, which represent in its turn, a separation of family, friends and relatives, and all daily routines. The recovery of a burn injury patient, must, as such, be initiated as soon as the person is admitted to the hospital and, frequently is prolonged for several months after hospital discharge. It is important to demonstrate that during this period, the patient can have an independent life and the objective should be the functional, family, social and professional integration of the patient [7].

With the advancements in the burn injury treatments and growth in survival rates it becomes critical to understand matters related to rehabilitation, such as pain and sequelae, as matters related to its Quality of Life (QOL), such as functional, emotional and social re-adaptation [8,9].

There are many factors that influence the QOL of burn injury patients including physical symptoms, functional state (self-care, mobility, physical activity), role related activities (work, home care), social functioning (personal interactions, intimacy, community interactions), emotional state (anxiety, stress, depression, locus of control, spiritual wellbeing), cognition, sleep and rest, energy and vitality, perception of health and global satisfaction with life [10].

Stravrou and colleagues [11] alerted to the fact that, when compared to the general population, burn injury survivors, presented worst quality of life and higher emotional stress levels, but, highlighted the importance of the moment when QOL is measured. The majority of burns injury patients, recover promptly after the acute stage of the injury and the initial recovery period, suggesting, as such, that the measurement should be initiated two weeks after hospital discharge, as the injury perception constantly changes until it stabilizes.

The majority of burn injury survivors, tends to eventually adapt and resume their life and productive activities with self-esteem and satisfying social interactions. Empirical data suggests that the first year post-burn is dominated by discomfort and anguish, and it is in this period that the main difficulties arise. However, the psychological adaptation process may last longer periods, until the burn survivor may feel able to cope with its daily needs. The perturbation symptoms that endure between burn injury survivors will normally be observed only by closest friend and relatives (for example, dissatisfaction with corporal image and social anxiety). The fact that the majority of burn injury survivors tend to recover surprisingly well, however, must not be read as a sign of the level of easiness, namely minimizing the pain and suffering, at both physical and psychological levels [12].

Concepts such as QOL, subjective wellbeing, life satisfaction, among others, are frequently employed concepts to describe in general "a good life". The own concept of health is often used as an equivalent to QOL and the number of definitions of QOL is vast. Literature presents several definitions, conceptually different, that are based both on the well-

being sensation and on satisfactions with several aspects of life. Others support the differential of what the person desires, or expects to have, and what it has, existing still, those definitions that are based on functionality [13]. For the World Health Organization, the concept of QOL is defined as: "an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, personal beliefs, social relationships and their relationship to salient features of their environment" [14].

In the context of collective health and public policy, it is recognized a growing interest in the assessment of QOL, both for the inclusion of information about QOL and indicators for the evaluation of the efficiency of treatments and interventions [15].

In this context, the current study, pretends to adapt to the Portuguese population the «Burn Specific Health Scale-Revised (BSHS-R)», an instrument to assess the self-perceived health state of people that suffered burn injuries.

Its choice is explained by its simplicity and easy comprehension, explaining the complexity of the paradigm of "having survived a burn". Blalock et al. [16] reduced the original scale to 31 items, formulating the BSHS-R. Although more condensed, this instrument has been able to absorb the essence of the ample domains of the Burn Specific Health Scale-Abbreviate (BSHS-A) and Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B) including, still, items related with work, which are fundamental in current times [6]. Thus, 17 items are from the original scale Burn Specific Health Scale [6] and 14 items were included by the authors after the revision [16].

The Burn Specific Health Scale-Revised [16] consists in 31 items, organized by six domains: "Affect and Body image" composed by 8 items (7, 8, 10, 12, 17, 19, 26 and 27), "Heat Sensitivity" with 5 items (6, 16, 18, 25 and 29); "Simple Functional Ability" with 4 items (1, 2, 4 and 5); "Treatment Regimens" with 5 items (11, 20, 21, 23 and 31); "Work" with 4 items (3, 9, 13 and 15) and "Interpersonal relationships" with 5 items (14, 22, 24, 28 and 30). All questions are evaluated on a scale from 1 to 5, with total scores ranging from 31 to 155. The answers are quoted in a 5-point scale and for calculating the totals the items must be added individually and divided by the number of items of each domain. In the Brazilian version, score 1 is the indicator of better health status, however in the original version it is the opposite (score 5 is the indicator of better health status). As such it is required to recode the items for comparability purposes with the original English version.

In the study proposed for the presentation of this revised version, all scales obtained adequate levels of internal consistency with Cronbach's alpha ranging from 0.82 to 0.94 [16]. Originally BSHS-R was developed in the English language and later translated and adapted to Brazilian Portuguese and tested in a group of 115 patients hospitalized for burn injuries by Ferreira et al. [17]. The obtained results indicate that the language, semantic, cultural and conceptual equivalence of the original instrument was maintained, translated by adequate levels of internal consistency and found in Cronbach's alpha values of 0.94 for the instrument as a whole, varying between 0.81 and 0.94 among domains. It is noteworthy, that, even if it is Portuguese, the fact that this scale was translated to the

Brazilian population, it has forced us to adapt it to the Portuguese culture. To this end, an effort was made to have idiomatic expressions carefully adapted to capture the connotative meaning of the original expression.

2. Method

2.1. Participants

The participants were aged between 18 and 89 years, with a mean age of 47.24 years and a standard deviation of 17.6. 58.7% are male, and more than half of the participant are married or living in a consensual union (53.3%). Regarding the composition of the household, 38.0% of the participants live with a partner, 21.7% live with their parents, while 16% live alone. In what concerns the residence area, 66.3% live in urban areas. A more detailed description of sociodemographic characteristics can be found in Table 1.

Regarding the clinical variables, it was possible to identify that most of the participants suffered the accident that led to the burn at home (66.3%), followed by workplace (23.9%). It was verified that in 18.5% of the accidents suffered in labour context, insurance was activated. Regarding the aetiology of the burn, the most frequent was contact with fire (56.5%) followed by superheated liquids (19.6%). With regard to the burn depth classification, 34.8% suffered burns of 2nd and 3rd degrees, followed by burns of 3rd degree (26.1%) and 2nd degree (20.7%). The extent of a burn is expressed as the total percentage of body surface area (TBSA) and we estimate a mean of 15.24% (SD=14.40%) figure between 1% and 80%. Using the type burn evaluation of Serra et al. [18] the participants were classified as minor burn (48.9%), moderate burn (32.6%) and major burn (18.5%). With regard to the affected areas of the body, 56.5% of the participants suffered burn injuries in visible and non-visible areas. It should be noted that 57.6% present functional and aesthetic sequelae. Regarding the length of stay in the course of the accident that

Table 1 – Sociodemographic characterization of the participants (n=92).

	Mean	SD	Min	Max
Age	47.24	17.60	18	89
Sex			N	(%)
	Male		54	58.7
	Female		38	41.3
Civil state				
	Single		31	33.7
	Married/ consensual union		49	53.26
	Divorced/widowed		11	11.96
Household				
	Alone		15	16.3
	Partner		35	38.0
	Parents		20	21.7
	Children		9	9.8
	Partner and children		9	9.8
	Other		4	4.4
Residence				
	Urban		61	66.3
	Rural		31	33.7

caused the burn, the mean time was 45.8 days, with a standard deviation of 82.1, ranging from 3 to 615 days of hospitalization. These data can be found in Table 2.

2.2. Instruments

The evaluation protocol consisted of a sociodemographic and clinical data sheet and the BSHS-R [2,17].

2.2.1. Sociodemographic and clinical data sheet

Included questions related to sociodemographic characteristics (gender, age, marital status, household and area of residence) and clinics (date and place of the accident, hospitalization time, burn causal agent, TBSA, depth of the burn and resulting sequelae).

2.2.2. BSHS-R

The characteristics of the original [16] and Brazilian [6] versions of this instrument have already been described. The Portuguese version (Portugal) of BSHS-R was carried out

Table 2 – Characterization of participants according to clinical variables (n = 92).

Clinical variables	Mean	SD	Min	Max	N	(%)
Location of the accident						
Residence					61	66.3
Public highway					9	9.8
Workplace					23	23.9
If it was an accident at work, was an insurance activated?						
Yes					17	18.5
No					6	6.5
Aetiology of the burn						
Fire					52	56.5
Superheated liquids					18	19.6
Fuel					6	6.5
Electric					7	7.6
Chemical					7	7.6
Others					2	2.2
Length of hospitalization (days)	45.83	82.11	3	615		
Burn depth classification						
1st degree					2	2.2
2nd degree					19	20.7
3rd degree					24	26.1
1st and 2nd degrees					11	12.0
2nd and 3rd degrees					32	34.8
1st and 3rd degrees					1	1.1
1st, 2nd and 3rd degrees					3	3.3
TBSA (%)	15.24	14.40	1	80		
Type of Burn						
Minor burn					45	48.9
Moderate burn					30	32.6
Major burn					17	18.5
Corporal area affected						
Visible					16	17.4
Non-visible					24	26.1
Visible and non-visible					52	56.5
Sequelae						
Functional					2	2.2
Aesthetic					31	33.7
Both					53	57.6
None					6	6.5

through the process of semantic adaptation by Brazilian Portuguese experts independently. To verify the semantic equivalence, a spoken reflection was carried out with the presence of 10 individuals selected in order to bring together a heterogeneous group in terms of gender, age, literacy and profession. After reading the 31 items that make up the BSHS-R, the possibility of ambiguity in the understanding of them was discussed and there was no need to make any semantic changes at this stage. Finally, a pilot study was conducted with 8 burned subjects hospitalized at the Burned Unit of the Prelada Hospital (Porto, Portugal), to whom BSHS-R was administered along with the sociodemographic characterization form. They were asked to comment on the items that they considered, for some reason, difficult to understand or that gave rise to ambiguity. No items have changed at this stage. The final version was considered as reached. The psychometric studies of the Portuguese version of the instrument are analysed in the following section.

2.3. Procedures

2.3.1. Data collection

The sample collection took place between November 2009 and June 2014, and the present study was approved by the Ethics Committee of the Prelada Hospital, Porto. The inclusion criteria were:

- patients who suffered burns;
- over 18 years of age;
- do not suffer from psychiatric disorders limiting cognition and/or logical reasoning;
- patients hospitalized at the Burns Unit and in Plastic and Reconstructive Surgery.

The questionnaires were filled out by the users who met the inclusion criteria after two weeks of hospital discharge. The distribution of questionnaires occurred in person, with people being approached directly and invited to participate in the study. If the patient was unable to fill out the questionnaire due to

Table 3 – Key component analysis of BSHS-R.						
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = .788						
Bartlett sphericity test: $\chi^2 = 1946.03$; $p < .001$						
Component rotation						
Item	Affect and body image	Simple functional abilities	Heat sensitivity	Treatment regimens	Interp. relationships	Work
1		.851				
2		.789				
3						.495
4		.879				
5		.874				
6			.373			
7	.738					
8	.819					
9						.756
10	.679					
11				.434		
12	.774					
13						.626
14					.303	
15						.679
16			.644			
17	.722					
18			.740			
19	.639					
20				.421		
21				.497		
22					.364	
23				.514		
24					.838	
25			.868			
26	.743					
27	.437					
28					.669	
29			.764			
30					.733	
31				.490		
Variance explained by factor (%)	31.019	11.761	10.291	6.008	4.757	4.304
Cumulative explained variance (%)	31.019	42.780	53.072	59.079	63.836	68.14
Own values	9.616	3.646	3.190	1.862	1.475	1.334

physical and/or cognitive difficulties, the principal investigator contacted a family member who could assist the patient in completing the questionnaire. All were informed of the objectives of the present study, being assured of absolute confidentiality and anonymity of the answers. Those who voluntarily agreed to cooperate in the research signed an informed consent document, by which they accepted the study conditions.

2.3.2. Data analysis

Statistical analysis of the data was performed using the SPSS program (IBM - Statistical Package for Social Sciences - 24). At first, the analysis included the descriptive characterization of the data and later the psychometric characteristics (exploratory factorial analysis and internal consistency of the items) of the BSHS-R in the version adapted to Portuguese of Portugal were analysed. In addition, BSHS-R differences were studied according to sociodemographic and clinical characteristics through parametric statistics (after verification of the assumptions regarding the normality of the distribution of results), through Student's *t*-tests and analysis of variances One-Way ANOVA with post-hoc Tukey.

3. BSHS-R adaptation process for the Portuguese context

3.1. Psychometric characteristics of BSHS-R results

3.1.1. BSHS-R factorial structure

In order to analyse the factorial structure of BSHS-R in the sample studied, a key components analysis was performed using the Oblimin rotation method using the Kaiser normalization criterion, including the 31 items that make up the instrument and maintaining the same structure, as can be seen in Table 3.

The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) value obtained was .788 and being above .6 allows us to confirm we have an adequate factorial analysis [19]. Bartlett's sphericity test obtained a significance level of $p < .001$ and therefore, factorial analysis is considered significant and appropriate [19,20].

The analysis of the main components revealed the presence of six components with their own values greater than 1 that explain 68.14% of the total variance, with factor 1 having the largest contribution (31.019%) (Table 3). The factorial solution found coincides with the original version [16] and with the Brazilian version [6].

3.1.2. Reliability

The reliability of an instrument refers to the accuracy and consistency of the measure, as well as to the temporal stability of its results [20,21]. The coefficients available for this calculation seek to assess to what extent the overall variance of the test results is associated with the sum of the item-by-item variance.

3.1.3. Internal consistency

To assess the internal consistency, the Cronbach's alpha coefficients were calculated for all 31 items and for each dimension of the instrument, according to the distribution of the answers on an ordinal scale.

The original version [16] and the Brazilian version [6] obtained good internal consistency, with a Cronbach alpha value of .94. In the present study the overall Cronbach alpha coefficient was .92. Table 4 shows the Cronbach coefficients for each dimension that make up the BSHS-R instrument.

According to Table 4 it is possible to verify that all dimensions present moderate indicators of internal consistency ranging from .77 (treatment regimens dimension) to .89 (dimension simple functional abilities).

Table 5 shows the quality indicators of the items, such as the mean and variance if the item is excluded, the item correlation with the total result, corrected for the elimination of the item in question, and the Cronbach alpha if the item is eliminated, for each dimension of BSHS-R.

By reading Table 5 we can verify that no dimension of the BSHS-R benefits from the exclusion of items relative to the coefficient of internal consistency.

4. Study of differences in BSHS-R related to sociodemographic and clinical variable characteristics

In this section we intend to present the analysis of differences in the BSHS-R according to socio-demographic and clinical variables. Table 6 shows the results found regarding the differences in BSHS-R according to gender, and no statistically significant differences were observed in the variables age, marital status, household or area of residence.

The analysis of Table 6 shows that there are statistically significant differences in the affection and body image dimensions among female participants (Mean = 3.40, SD = 1.07) and male participants [Mean = 3.94, SD = .91, $t(78) = 2.62$, $p = .01$]. The quality of life perception in this domain is lower in the female gender. For the remaining dimensions, no statistically significant differences were observed.

Table 7 shows the results for differences in the dimensions of the BSHS-R as a function of the burn extension.

In the analysis of Table 7, we verified that there are statistically significant differences in the affection and body image dimensions [$F(2, 89) = 3.87$, $p = .03$], heat sensitivity [$F(2, 89) = 3.51$, $p = .03$], treatment regimens [$F(2, 89) = 3.45$, $p = .04$] and work [$F(2, 89) = 3.84$, $p = .03$] as a function of the type of burn.

The post hoc comparisons between the minor burn, moderate burn and major burn groups were performed using the Tukey test. From the analysis of the type of burn Post-hoc comparison we can verify that there are statistically

Table 4 – Cronbach's BSHS-R coefficients.

Dimensions	α	No. of items
Affect and body image	.87	8
Heat sensitivity	.83	5
Simple functional abilities	.89	4
Treatment regimens	.77	5
Work	.88	4
Interpersonal relationships	.80	5
Global scale	.92	31

Table 5 – BSRS-R dimensions: item-total statistics.

	Scale mean if item is excluded	Scale variance if item is excluded	Item corrected total correlation	Cronbach alpha if the item is excluded
Dimension affection and body image				
I feel that my burn is unattractive to other	26.17	51.00	.62	.86
At times, I think I have an emotional problem	25.98	49.43	.69	.85
I am troubled by feelings of loneliness	25.97	53.09	.53	.87
Sometimes, I would like to forget that my appearance has changed	26.20	48.64	.69	.85
Dimension heat sensitivity				
The appearance of my scars bothers me	26.36	47.00	.73	.85
My general appearance really bothers me	25.90	49.43	.65	.86
I often feel sad or blue	26.08	49.96	.71	.85
I have feelings of being trapped or caught	25.60	55.50	.44	.88
Dimension simple functional abilities				
My skin is more sensitive than before	12.03	22.98	.49	.83
Being out in the sun bothers me	11.96	19.89	.70	.78
I cant get out and do things in hot weather	11.47	20.80	.60	.80
Hot weather bothers me	11.68	19.56	.76	.76
It bothers me that I cannot get out in the sun	11.55	20.54	.59	.81
Dimension treatment regimens				
Tying shoelaces, bows, etc.	12.87	8.18	.76	.87
Getting in and out of a chair	12.46	10.01	.69	.89
Bathing independently	12.68	8.75	.82	.84
Dressing by yourself	12.63	9.01	.82	.85
Dimension Work				
I have a hard time doing all the things I have been told to take care of my burn	16.35	14.41	.54	.73
Taking care of my burn is a bother	16.21	15.29	.54	.73
There are things I have been told to do for my burn that I dislike doing	16.11	14.25	.62	.70
Taking care of my burn makes it hard to do other things that are important to me	16.11	16.43	.46	.76
I wish that I did not have to do so many things to take care of my burn	16.49	14.34	.56	.72
Dimension interpersonal relationships				
Working in your old job performing your old duties	10.46	14.38	.61	.89
My burn has caused problems with my working	10.51	12.71	.72	.85
Being burned has affected my ability to work	10.41	12.31	.77	.83
My burn interferes with my work	10.26	12.59	.86	.80
Dimension interpersonal relationships				
I am not interested in doing things with my friends	17.03	14.19	.53	.79
I would rather be alone than with my family	16.74	15.01	.59	.77
I do not like the way my family acts around me	16.70	14.59	.71	.74
I do not enjoy visiting people	17.18	14.02	.59	.77
I have no one to talk about my problems	17.14	13.71	.57	.77

Table 6 – Differences in BSRS-R dimensions in function of gender.

	Gender	N	Mean	SD	t	p
Dimension 1 — affection and body image	Female	38	3.40	1.07	2.62	.01
	Male	54	3.94	.91		
Dimension 2 — heat sensitivity	Female	38	2.81	1.14	.89	.37
	Male	54	3.02	1.10		
Dimension 3 — simple functional ability	Female	38	4.09	1.23	.97	.34
	Male	54	4.31	.76		
Dimension 4 — treatment regimens	Female	38	3.92	1.07	1.17	.24
	Male	54	4.16	.84		
Dimension 5 — work	Female	38	3.38	1.16	.64	.52
	Male	54	3.54	1.19		
Dimension 6 — interpersonal relationships	Female	38	4.15	1.01	.79	.43
	Male	54	4.30	.86		

Table 7 – Differences in BSHS-R in function of the burn extension.

		N	Mean	SD	F	p
Dimension 1 — affection and body image	Minor burn	45	3.98	.99	3.87	.03
	Moderate burn	30	3.60	1.00		
	Major burn	17	3.25	.88		
Dimension 2 — heat sensitivity	Minor burn	45	3.15	1.13	3.51	.03
	Moderate burn	30	2.96	.91		
	Major burn	17	2.34	1.24		
Dimension 3 — simple functional ability	Minor burn	45	4.28	1.03	.30	.74
	Moderate burn	30	4.23	.96		
	Major burn	17	4.06	.92		
Dimension 4 — treatment regimens	Minor burn	45	4.15	.87	3.45	.04
	Moderate burn	30	4.23	.89		
	Major burn	17	3.54	1.06		
Dimension 5 — work	Minor burn	45	3.60	1.19	3.84	.03
	Moderate burn	30	3.67	1.05		
	Major burn	17	2.78	1.18		
Dimension 6 — interpersonal relationships	Minor burn	45	4.30	.88	2.10	.13
	Moderate burn	30	4.37	.73		
	Major burn	17	3.84	1.24		

significant differences in the affection and body image dimension among the participants evaluated as minor burn ($Mean=3.98, SD=.99$) and those assessed as major burn ($Mean=3.25, SD=.88, p=.03$), in favour of the minor burn. In the heat sensitivity dimension, the statistically significant differences were found among the participants with minor burn ($Mean=3.15, SD=1.13$) and major burn ($Mean=2.34, SD=1.24, p=.03$) in favour of minor burn. In the treatment regimens dimension, it is possible to verify that there are statistically significant differences between the participants who had moderate burn ($Mean=4.23, SD=.89$) and major burn participants ($Mean=3.54, SD=1.06, p=.04$) in favour of the moderate burn. In the work dimension the statistically significant differences were found among the participants minor burn ($Mean=3.60, SD=1.19$) and major burn ($Mean=2.78, SD=1.18, p=.04$) in favour of the minor burn and between the moderate burn ($Mean=3.67, SD=1.05$) and the major burn ($Mean=2.78, SD=1.18, p=.03$) in favour of those who had moderate burn.

Table 8 shows the results regarding the differences in the dimensions of the BSHS-R as a function of the of the burn visibility.

By reading Table 8, it is possible to identify that there are statistically significant differences in the interpersonal relationship dimension [$F(2, 89) = 3.16, p=.047$].

The post hoc comparisons between the groups were performed using the Tukey test. From the analysis of the burn visibility post-hoc comparison we verified that there were statistically significant differences between the participants with non-visible burn ($Mean=4.84, SD=1.28$) and visible and non-visible ($Mean=4.39, SD=.65, p=.04$), in favour of participants with non-visible burn.

5. Discussion

BSHS-R is a self-response instrument that assesses the perception of health-related quality of life in people who have

Table 8 – Differences in the dimensions of the BSHS-R as a function of the burn visibility.

		N	Mean	SD	F	p
Dimension 1 — affection and body image	Visible (face, head, neck and hands)	16	3.85	1.24	.18	.84
	Non-visible (superior and inferior members, anterior and posterior thorax)	24	3.66	1.17		
	Visible and non-visible	52	3.70	.85		
Dimension 2 — heat sensitivity	Visible (face, head, neck and hands)	16	3.15	.99	.46	.63
	Non-visible (superior and inferior members, anterior and posterior thorax)	24	2.98	1.26		
	Visible and non-visible	52	2.85	1.09		
Dimension 3 — simple functional ability	Visible (face, head, neck and hands)	16	4.61	.70	1.62	.20
	Non-visible (superior and inferior members, anterior and posterior thorax)	24	4.07	1.19		
	Visible and non-visible	52	4.17	.94		
Dimension 4 — treatment regimens	Visible (face, head, neck and hands)	16	4.35	.90	3.18	.05
	Non-visible (superior and inferior members, anterior and posterior thorax)	24	3.68	1.08		
	Visible and non-visible	52	4.15	.84		
Dimension 5 — work	Visible (face, head, neck and hands)	16	3.50	1.42	.02	.98
	Non-visible (superior and inferior members, anterior and posterior thorax)	24	3.50	1.21		
	Visible and non-visible	52	3.45	1.10		
Dimension 6 — interpersonal relationships	Visible (face, head, neck and hands)	16	4.35	.94	3.16	.047
	Non-visible (superior and inferior members, anterior and posterior thorax)	24	3.84	1.28		
	Visible and non-visible	52	4.39	.65		

suffered burns. The BSHS-R was reduced to 31 items by Blalock et al. [16] maintaining the psychometric properties of the expanded version of 114 items. The present work consisted in the Portuguese adaptation of BSHS-R and in the evaluation of its psychometric behaviour, starting with the Brazilian version [6,17] due the proximity of the language. The process of adaptation of the BSHS-R was made after the Brazilian version given the language similarity, but dependent afterwards on the expert revision in what concerns the semantics of some specific expressions. Some examples that justify the need to realize a semantic adaptation of some items of Brazilian Portuguese to Portugal Portuguese, which integrate the BSHS-R instrument are: «amarrar sapatos» (item 1) is a Brazilian expression which in Portuguese must be translated to «apertar os atacadores». The meaning of the Brazilian Portuguese expression in Portugal is different (the former mean to tie shoelaces, whereas the latter would mean to tie one shoe to the other); and «ficar no sol me incomoda» (item 16) is a Brazilian expression which in Portuguese must be translated «incomoda-me estar ao sol». This adaptation is merely semantics, the expression of Brazilian Portuguese is simply not used in Portugal Portuguese.

Previous studies that sought to study the characteristics of this instrument presented consistent results regarding the dimensions assessed by the BSHS-R [22]. The analysis of the dimensions and the items that integrate them showed that, as in other versions already mentioned, the Portuguese version of the BSHS-R is an instrument with good levels of construct validity (through exploratory factor analysis) and reliability, which allows its use in both clinical practice and research. We consider it relevant to proceed, in the future, to the study of some psychometric characteristics of the BSHS-R not evaluated in the present work, including the predictive value of the scale and its temporal stability. We emphasize the importance of establishing normative values for the Portuguese population, taking into account the clinical characteristics of people who suffered burns, such as the extent and visibility of the burn and consequent impact on the normal functioning.

The BSHS-R has some features that make its use advantageous when it is intended to make an assessment of the health-related quality of life perception in the burned patient, in order to detect which people may not be adapting in a desirable way to their condition. It is relevant that the time of administration and quotation is short [6] and inexpensive. It should also be noted that, since it has already been adapted for other languages, the use of this tool makes comparisons with data from other countries and cultures possible.

In addition to the study of the psychometric characteristics of the BSHS-R results in the Portuguese from Portugal adapted version, we sought to analyse the existence of statistically significant differences in the BSHS-R as a function of socio-demographic and clinical variables of patients who suffered burns.

Given the socio-demographic characteristics, we only found differences according to gender in the affect and body image dimension, with the female gender showing a worst perception of quality of life in this domain. Other studies [23] found that men have better health-related quality indicators in four of the five domains of QOL, such as general well being,

interpersonal relationships, leisure and recreational activities. However, when the work domain is analysed, men have lower rates of QOL than women, probably because of their role as "family provider" [24]. Ying et al. [25] added that they found gender differences in the domains of affection and relationships of QOL, coping strategies and emotional support, indicating that women were more sensitive to family relationships after discharge and tended to have more depressive symptoms. For women, emotional support seems to be more important than for men, and these results are similar to those of a previous study in China. In this study, Yue [2007 cit. 25] suggests that women are more susceptible to relationships with family members and friends after the burn and are willing to accept more the help of others. On the contrary, and perhaps due to the fact that men often have higher self-esteem than women, there were some who refused to seek help.

In another study conducted in Portugal [26], the results show that women present higher and clinically significant levels of depression and anxiety when compared with men. They report feelings of sadness related to loss of perception (functional, aesthetic and professional), loneliness, longing for significant people and a sense of guilt. On the other hand, anxiety appears related to pain, slow recovery, treatment, consequences for the daily living, sequelae, uncertainty about the future and the fear of facing others.

Although we have not found differences in other socio-demographic characteristics of the present sample, other studies suggest that demographic characteristics such as age, employment, marital status, family income accompanied by the severity of the injury with burns of the face, hands and genital area are related to changes in QOL after burn [25]. Regarding clinical variables, we found statistically significant differences in the affect and body image, heat sensitivity, treatment regimens and work dimensions as a function of the type of the burn. In particular, it is the patients considered to have major burns who present inferior levels of perception of quality of life in these dimensions.

Burns are an important public health problem with psychological, emotional, social and economic repercussions. These injuries have a tragic influence on people's lives, causing suffering, loss of functional capacity, aesthetic consequences and excessive increase of expenses that culminate, often in problems of adaptation to a new reality [27]. The degree of damage caused by a burn is extensive and the psychological injury is equally considerable due to the effects of the original trauma that may leave persistent marks after the accident. However, there are also profound psychological changes that result from disfigurement and functional limitations [28]. The return to social life is identified by the majority of burn patients as one of the phases of greater stress after hospitalization. This reintegration goes through the return to the family, employment and common social contacts. Returning to work may be hampered by the type of alterations suffered, i.e. depending on the functions performed, since the more visible the injured areas, such as hand and face (known as "social business cards"), more exposed is the burned to the looks, comments, questions and even professional changes [29]. In the present study, we verified that there are statistically significant

differences in the interpersonal relationship dimension of the BSHS-R, presenting lower levels of QOL in this domain for patients who have visible and non-visible burns compared to those who do not have visible burns. Bergamasco et al. [2002, cit. 30] identified that burn patients perceive the changes in their body when dealing with people in their social life. Elsherbiny et al. [24] reported statistically significant differences between patients with burns above 50% of body surface area and low health-related QOL, consistent with Tedsone and Tarrier [1997 cit 30], which postulate that patients with severe burns above 40% of the body surface present greater dysfunction of the affective image and of the body-related domains. Another observational prospective study concluded that patients with severe burns, with a burned body surface above 40%, present lower perception of QOL as a consequence of the functional and psychological damages left by the trauma [31]. Salvador-Sanz et al. [1999, cit. 32] also reveals that even when the burn sequelae does not represent an important impediment to the ability to work or personal self-care, it stands out as a relevant problem in social relations, affective, in general activities and, above all, compromises emotional aspects.

Survivors of severe burns go through a long process of physical rehabilitation characterized by the presence of pain, pruritus, scars, repeated surgeries and, in some cases, permanent sequelae. But being the victim of a burn injury is a serious traumatic incident that can also trigger psychiatric disorders [33]. In this sense, it is important to evaluate the perception of QOL and other indicators of psychological adaptation that assist health professionals in the planning of their interventions in order to promote the health and psychological adaptation of the burned patient.

We can point out the existence of some limitations in the present study. In future investigations it would be important to extend the number of participants and to develop studies of a longitudinal nature. It is also relevant to note that with regard to the Portuguese adaptation of the BSHS-R it was not possible to conduct confirmatory factor analyses (previously exploratory factorial analysis), since the sample size does not allow to test these psychometric characteristics.

Conflict of interest

The authors Ana Silva, José Rodríguez, Juan Campos, declare no conflict of interest in publishing this article.

Ethical approval

All procedures performed were in accordance with the ethical standards of the institutional and national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

Informed consent

Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

Appendix A. Supplementary data

Supplementary material related to this article can be found, in the online version, at doi:<https://doi.org/10.1016/j.burns.2019.04.024>.

REFERENCES

- [1] Brusselsaers N, Monstrey S, Vogelaers D, Hoste E, Blot S. Severe burn injury in Europe: a systematic review of the incidence, etiology, morbidity, and mortality. *Crit Care* 2010;14(5):1-12.
- [2] World Health Organization. Burns—fact sheet 365. 2018 Available in: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/>. [Cited 27 February 2018].
- [3] Santos JV, Oliveira A, Costa-Ferreira A, Amarante J, Freitas A. Burden of burns in Portugal, 2000-2013: a clinical and economic analysis of 26.447 hospitalisations. *Burns* 2016;42(4):891-900, doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2016.01.017>.
- [4] Silva PN, Amarante J, Costa-Ferreira A, Silva A, Reis J. Burn patients in Portugal: analysis of 14.797 cases during 1993-1999. *J Int Soc Burn Inj* 2003;29(3):265-9, doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0305-4179\(02\)00312-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0305-4179(02)00312-1).
- [5] Goyatá SLT. Diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos que sofreram queimaduras e de seus familiares no período próximo à alta hospitalar. Dissertação de doutoramento. Universidade de São Paulo; 2005.
- [6] Ferreira E. Adaptação cultural da "Burn Specific Health Scale-Revised" (BSHS-R): versão para brasileiros que sofreram queimaduras. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo; 2006.
- [7] Ferreira LA, Luís MAV. A construção do processo que culminou num episódio de queimadura: relato da história de vida de pacientes queimadas. *Rev Esc Enferm USP* 2002;36(2):125-32.
- [8] Crisóstomo MR, Serra MCVF, Gomes DR. Epidemiologia das queimaduras. In: Lima Junior EM, editor. *Tratado de queimaduras*. Atheneu: São Paulo; 2004. p. 31-5.
- [9] Piccolo MS, Daher RP, Gragnani A, Ferreira LM. Sexuality after burn in Brazil: survey of burn health-care workers. *Burns* 2011;37:1411-8.
- [10] Park SY, Choi K, Jang YC, Oh SJ. The risk factors of psychosocial problems for burn patients. *Burns* 2008;34(1):24-31.
- [11] Stavrou D, Weissman O, Tessone A, Zilinsky I, Holloway S, Boyd J, et al. Health related quality of life in burn patients—a review of the literature. *Burns* 2014, doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2013.11.014>.
- [12] Rosenberg L, Lawrence JW, Rosenberg M, Fauerbach JA, Blakeney PE. *Psychosocial recovery and reintegration of patients with burn injuries*. Total burn care. 4th ed. London: Elsevier; 2012.
- [13] Pais-Ribeiro J. A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde (Coords.). In: Cruz JP, de Jesus SN, Nunes C, editors. *Bem-Estar e Qualidade de Vida*. Alcochete: Textiverson; 2009. p. 31-49.
- [14] World Health Organization. Burns—fact sheet 365. 2018 Available in: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>. [Cited 29 June 2018].
- [15] Seidl E, Zannon C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública* 2004;20(2):580-8.
- [16] Blalock SJ, Bunker BJ, De Vellis RF. Measuring health status among survivors of burn injury: revisions of the burn specific health scale. *J Trauma* 1994;36(4):508-15.
- [17] Ferreira E, Dantas RAS, Rossi LA, Giol MA. The cultural adaptation and validation of the "Burn Specific Health Scale-Revised" (BSHS-R): version for Brazilian burn victims. *Burns*

- 2008;34(7):994-1001. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2007.12.006>.
- [18] Serra MCVF, Gomes DR, Crisóstomo MR, Serra AS. Cálculo da área queimada e indicadores para internação hospitalar. In: Lima Junior EM, editor. *Tratado de queimaduras*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 43-7.
- [19] Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. New York, NY: HarperCollins College Publishers; 1996.
- [20] Pallant J. *SPSS survival manual*. Philadelphia: Open University Press; 2001.
- [21] Almeida L, Freire T. *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra: Associação dos Psicólogos Portugueses; 1997.
- [22] Yoder LH, Nayback AM, Gaylord K. The evolution and utility of the burn specific health scale: a systematic review. *Burns* 2010;36(8):1143-56.
- [23] Rosenberg M, Blakeney P, Robert R, Thomas C, Holzer C, Meyer W. Quality of life of young adults who survived pediatric burns. *J Burn Care Res* 2006;27(6):773-8. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/01.BCR.0000245477.10083.BC>.
- [24] Elsherbiny OEE, Salem MA, El-Sabbagh AH, Elhadidy MR, Eldeen SMA. Quality of life of adult patients with severe burns. *Burns* 2011;37(5):776-89.
- [25] Ying WL, Pertrini MA, Xin LL. Gender differences in the quality of life and coping patterns after discharge in patients recovering from burns in China. *J Res Nurs* 2013;18(3):247-62.
- [26] Travado L, Ventura C, Martins C, Veloso I. Psychological assessment of the burn in-patient. *Ann Burns Fire Disasters* 2001;XIV(3):138-42.
- [27] Martinho AMPR. *Balneoterapia: um estudo realizado na Unidade Funcional de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Dissertação de Mestrado na área de Saúde Pública. Coimbra: Faculdade de Medicina; 2008.
- [28] Medeiros LG, Kristensen CH, Almeida RMM. Estresse pós-traumático, ansiedade e depressão em vítimas de queimaduras. *Arq Bras Psicol* 2010;62(1):148-58.
- [29] Price B. A model for body-image care. *J Adv Nurs* 1990;15(5):585-93.
- [30] Assunção FFO. *Body image quality of life inventory - BIQLI: Adaptação para o português e validação para pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras*. Dissertação de mestrado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, University of São Paulo; 2011.
- [31] Pavoni V, Ganesello L, Paparella L, Buoninsegni LT, Barboni E. Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care unit. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2010;18(24). doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1757-7241-18-24>.
- [32] Costa M, Rossi L, Lopes L, Cioffi C. Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em reabilitação de queimaduras. *Rev Lat Am Enfermagem* 2008;16(2):252-9. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000200013>.
- [33] Willebrand M, Andersson G, Ekselius L. Prediction of psychological health after an accidental burn. *J Trauma* 2004;57:367-74. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/01.TA.0000078697.69530.0E>.