UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ENÉAS FERREIRA

Adaptação cultural da “Burn Specific Health Scale-Revised”
(BSHS-R): versão para brasileiros que sofreram
queimaduras

Ribeirão Preto - SP
2006

Enéas Ferreira

Adaptação cultural da “Burn Specific Health Scale-Revised”
(BSHS-R): versão para brasileiros que sofreram
queimaduras

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-
Graduação: Enfermagem Fundamental.
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.
Linha de pesquisa: “Processo de cuidar do adulto com
doenças agudas e crônico degenerativas”

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas

Ribeirão Preto – SP
2006

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO DE PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Ferreira, Enéas

Adaptação cultural da “Burn Specific Health Scale-Revised”
(BSHS-R): versão para brasileiros que sofreram queimaduras
p.108 : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Geral e
Especializada - EGE.

Orientadora: Profa. Dra. Dantas, Rosana Aparecida Spadoti.

1. Queimadura. 2. Estado de saúde. 3. Qualidade de vida.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Enéas Ferreira
Adaptação cultural da “Burn Specific
Health Scale-Revised” (BSHS-R):
versão para brasileiros que sofreram
queimaduras

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação: Enfermagem Fundamental.
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.
Área de concentração: Enfermagem Geral e
Especializada – EGE

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____
Instituição _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____
Instituição _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____
Instituição _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIAS

A Deus pelo direito à vida e pela possibilidade de crescimento constante em todos os níveis da existência. Aos meus pais, Carcílio Ferreira e Maria Cestari Ferreira (*in memoriam*), minha eterna gratidão pela integridade e nobreza de seus sentimentos, por me permitirem sentir a essência do que é ter uma família, pelos esforços dedicados à minha educação e crescimento espiritual.

Aos meus irmãos, sempre próximos no meu pensamento, companheiros de muitas passagens de minha vida.

À minha esposa Alexandra e meus filhos João Vítor e Raul, presentes iluminados de Deus.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Professora Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas pela sua seriedade, segurança e tranquilidade.

Sua postura simples e perfeita é digna de admiração.
Muito obrigado pelo incentivo e apoio em todo o processo de elaboração deste estudo.

À Professora Dra. Lúcia Aparecida Rossi

Pela sua determinação e perspicácia em tudo o que se propõe a fazer.
Pela ajuda incontestável na minha trajetória acadêmica e profissional.
Pelos inúmeros incentivos na realização deste trabalho.

À Professora Dra. Miako Kimura

Pela simpatia com que me recebeu e pela valiosa contribuição neste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A todos meus amigos da Unidade de Queimados, companheiros de muitas histórias, meus sinceros agradecimentos por tudo que aprendi trabalhando com cada um e com a equipe como um todo.

À Maria Elena Echevarria Guanilo, pela amizade, companheirismo e auxílio na coleta de dados deste trabalho.

Às pessoas que sofreram queimaduras e que participaram, diretamente ou indiretamente, na realização deste trabalho. Com elas aprendi a grandeza e o fascínio do cuidado assistencial. Com elas descobri o quanto Deus nos é próximo, iluminando-nos em nossa escalada espiritual.

“Para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes.
Assim, em cada lago a lua toda brilha, porque alta vive...”

Fernando Pessoa

RESUMO

FERREIRA, E. Adaptação cultural da “Burn Specific Health Scale-Revised” (BSHS-R): versão para brasileiros que sofreram queimaduras. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

A avaliação do estado de saúde percebido pelas pessoas que sofreram queimaduras tem sido realizada com instrumentos específicos como a “Burn Specific Health Scale-Revised” (BSHS-R). Alguns pesquisadores têm utilizado a BSHS-R como medida da qualidade de vida relacionada à saúde. Ela é composta por 31 itens divididos em seis subescalas (*Habilidades para funções simples, Sensibilidade da pele, Tratamento, Trabalho, Afeto/imagem corporal e Relações interpessoais*). O presente estudo teve como objetivos: adaptar a BSHS-R para a língua portuguesa; avaliar a validade (face, constructo) e a confiabilidade da versão adaptada em uma amostra de brasileiros que sofreram queimaduras. O processo de adaptação seguiu os seguintes passos metodológicos: tradução da BSHS-R para a língua portuguesa; avaliação por um Comitê de Juízes; “*back-translation*” da versão para o inglês, comparação das duas versões em inglês; análise semântica dos itens; pré-teste da versão adaptada e aplicação da versão final em português em sujeitos que sofreram queimaduras. Participaram do estudo 82 sujeitos que haviam sido internados na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Constatamos predomínio de indivíduos do sexo masculino (56/82; 68,3%), casados (52/82; 63,4%), com idade entre 18 e 78 anos (média = 38,5; DP = 13,9) e baixa escolaridade (47,6%, com primeiro grau incompleto ou analfabeto). A área média de superfície corporal queimada foi de 19,3%; 24,4% dos casos apresentaram queimaduras de 3º grau típico e 63,4% queimaduras mescladas de 2º e 3º graus. O tempo de recuperação após a alta variou de 17 dias a 6 anos, sendo que 67,9% dos entrevistados apresentavam queimaduras há menos de 1 ano. Todos apresentavam seqüelas, sendo que 53 (64,6%) sujeitos tinham seqüelas tanto estéticas quanto funcionais.

Na BSHS-R, as respostas variam de 1 a 5 e o intervalo possível, para a soma dos 31 itens varia de 31 a 155, sendo que quanto maior o valor, melhor a avaliação do estado de saúde. Obtivemos média de escores altos para cada um dos 31 itens da escala (3,8 + 0,8) e uma média total do instrumento de 119,4 + 24,6. Para a análise da validade de constructo, verificamos a confirmação das nossas hipóteses para a convergência entre a BSHS-R e a

auto-estima e divergência entre a BSHS-R e depressão. Foram observadas correlações positivas e moderadas entre auto-estima e *Afeto e imagem corporal* e *Relações interpessoais*. Com relação às correlações inversas entre a medida de depressão e os domínios da BSHS-R, obtivemos correlações moderadas com: *Sensibilidade da pele* e *Relações interpessoais* e correlação alta com: *Afeto e imagem corporal*. Para a análise da confiabilidade da versão adaptada, a aplicação de testes de avaliação da consistência interna, representada pelo alfa de Cronbach, mostrou resultado estatisticamente significativo, obtendo-se alfa igual a 0,94 para o instrumento como um todo e valores que variaram de 0,74 a 0,94 entre os domínios. Diante dos resultados podemos concluir que a versão adaptada para o português da BSHS-R mostrou atender os critérios de validade e confiabilidade exigidos para um instrumento de avaliação do estado de saúde, mantendo as propriedades da versão original.

Palavras-chave: estado de saúde, qualidade de vida, queimadura.

ABSTRACT

FERREIRA, E. Cultural adaptation of the “Burn Specific Health Scale-Revised” (BSHS-R): version for Brazilian burn victims. Master’s Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2006.

The perceived health state of burn victims has been assessed using specific instruments, such as the “Burn Specific Health Scale-Revised” (BSHS-R). Some researchers to measure health-related quality of life have used it. The instrument consists of 31 items, divided into six subscales (*Simple abilities*, *Skin sensitivity*, *Treatment*, *Work*, *Affect/body image* and *Interpersonal relations*). This study aimed to: adapt the BSHS-R to Portuguese; assess face and construct validity and reliability of the adapted version in sample of Brazilian burn victims. The adaptation process followed the methodological steps: translation of the BSHS-R to Portuguese; evaluation by an expert committee; “back-translation” of the Portuguese version into English, comparison between the two English versions; semantic analysis of scale items; pretest of the adapted version and application of the final Portuguese version to burn victims. Study participants were 82 persons hospitalized at the Burns Unit of the Ribeirão Preto Medical School Hospital das Clínicas. Most participants were men (56/82; 68.3%), married (52/82; 63.4%), with ages ranging from 18 to 78 years (mean = 38.5; SD = 13.9) and low education levels (47.6% with incomplete basic education or illiterate). As to burn-related aspects, the mean burned body surface was 19.3%; 24.4% of cases presented typical third-degree burns and 63.4% mixed second and third-degree burns. Recovery time after discharge ranged from 17 days to 6 years; 67.9% of the interviewees had suffered the burns less than one year before the study. All participants presented sequelae and 53 (64.6%) of them suffered both esthetical and functional sequelae. What the BSHS-R is concerned, answers ranged from 1 to 5, with a possible interval for the sum of the 31 items varying between 31 and 155; the higher the score, the better the perceived health state. We obtained high mean scores for each of the 31 scale items (3.8 + 0.8) and a total mean score of 119.4 + 24.6. To analyze construct validity, we verified the confirmation of our hypothesis for convergence between BSHS-R and self-esteem and divergence between BSHS-R and depression. Positive and moderate correlations were found between self-esteem and *Affect/body image* and *Interpersonal relations*. As to inverse correlations between depression and BSHS-R domains, we found moderate

correlations with: *Skin sensitivity* and *Interpersonal Relations* and high correlation with: *Affect/body image*. With respect to the reliability of the adapted version, the application of internal consistency tests (Cronbach's alfa) found a statistically significant result, with an alfa of 0.94 for the instrument as a whole and scores ranging from 0.74 to 0.94 between domains. These results demonstrate that the adapted version of the BSHS-R for Portuguese attends to the validity and reliability criteria required for a health state assessment instrument and maintains the properties of the original version.

Key words: health state, quality of life, burn.

RESUMEN

FERREIRA, E. Adaptación cultural de la “Burn Specific Health Scale-Revised” (BSHS-R): versión para brasileños que sufrieron quemaduras. Disertación de Maestría – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

La evaluación de la autopercepción del estado de salud por las personas que sufrieron quemaduras ha sido realizada con instrumentos específicos como la “Burn Specific Health Scale-Revised” (BSHS-R). Ha sido utilizada por algunos investigadores como medida de la calidad de vida relacionada a la salud. Está compuesta por 31 ítems divididos en seis subescalas (*Habilidades para funciones simples, Sensibilidad de la piel, Tratamiento, Trabajo, Afecto/imagen corporal y Relaciones interpersonales*). El presente estudio tuvo como objetivos: adaptar la BSHS-R para el portugués; evaluar la validez (face, constructo) y la confiabilidad de la versión adaptada en una muestra de brasileños que sufrieron quemaduras. El proceso de adaptación siguió los siguientes pasos metodológicos: traducción de la BSHS-R para el portugués; evaluación por un Comité de Jueces; “*back-translation*” de la versión para el inglés, comparación de las dos versiones en inglés; análisis semántica de los ítems; pre-test de la versión adaptada y aplicación de la versión final en portugués en individuos que sufrieron quemaduras. Participaron del estudio 82 individuos que habían sido internados en la Unidad de Quemados del Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto. Constatamos predominio de individuos del sexo masculino (56/82; 68,3%), casados (52/82; 63,4%), con edad entre 18 y 78 años (mediana = 38,5; DP = 13,9) y baja escolaridad (47,6%, con primaria incompleta o analfabeto). El área media de superficie corporal quemada fue de 19,3%, 24,4% de los casos presentaron quemaduras de tercer grado típico y 63,4% quemaduras tanto de segundo como de tercer grado. El tiempo de recuperación después del alta varió de diecisiete días a seis años, siendo que 67,9% de los entrevistados presentaron quemaduras con tiempo menor a un año. Todos presentaron secuelas, siendo que 53 (64,6%) individuos tenían secuelas tanto estéticas como funcionales. En la BSHS-R, las respuestas varían de un a cinco y el intervalo posible, para la suma de los 31 ítems varía de 31 a 155, siendo que cuanto mayor el valor, mejor la evaluación del estado de salud. Entre los participantes obtuvimos media de scores altos para cada uno de los 31 ítems de la escala (3,8 + 0,8) y una mediana total del instrumento de 119,4 + 24,6. Para el análisis de la validez del

constructo verificamos la confirmación de nuestras hipótesis para la convergencia entre la BSHS-R y el auto-estima y divergencia entre la BSHS-R y la depresión. Fueron observadas correlaciones positivas y moderadas entre auto-estima y *Afecto e imagen corporal* y *Relaciones interpersonales*. Con respecto a las correlaciones inversas entre la medida de depresión y los dominios de la BSHS-R, obtuvimos correlaciones moderadas con los dominios: *Sensibilidad de la piel* y *Relaciones interpersonales* y correlaciones altas con: *Afecto e imagen corporal*. Para el análisis de la confiabilidad de la versión adaptada, la aplicación de test de evaluación de la consistencia interna, representada por el alfa de Cronbach, mostró resultado estadísticamente significativo, obteniéndose alfa igual a 0,94 para el instrumento como todo y valores que variaron de 0,74 a 0,94 entre los dominios. Ante de los resultados podemos concluir que la versión adaptada para el portugués de la BSHS-R mostró atender los criterios de validez y confiabilidad exigidos para un instrumento de evaluación del estado de salud, manteniendo las propiedades de la versión original.

Palabras-clave: estado de salud, calidad de vida, quemadura.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição dos 82 participantes do estudo, segundo sexo, idade, estado civil e nível de escolaridade. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.	Pg 41
Tabela 2-	Distribuição dos 82 participantes do estudo, segundo extensão, profundidade, motivo da queimadura, tempo da queimadura, tempo de internação e seqüelas. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.	Pg 42
Tabela 3-	Distribuição dos 82 participantes do estudo, segundo agente etiológico e as áreas atingidas. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.	Pg 43
Tabela 4-	Estatística descritiva da BSHS-R, valor total, média dos itens e de cada um dos 31 itens para a amostra estudada (n = 82). Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.	Pg 45
Tabela 5-	Distribuição das frequências de respostas aos itens do domínio Afeto e imagem corporal da BSHS-R para a amostra estudada (n=82). Ribeirão Preto, 2004-2005.	Pg 46
Tabela 6-	Distribuição das frequências de respostas aos itens do domínio Sensibilidade da pele da BSHS-R para a amostra estudada (n=82). Ribeirão Preto, 2004-2005.	Pg 47
Tabela 7-	Distribuição das frequências de respostas aos itens do domínio Habilidades para funções simples da BSHS-R para a amostra estudada (n=82). Ribeirão Preto, 2004-2005.	Pg 47
Tabela 8-	Distribuição das frequências de respostas aos itens do domínio Trabalho da BSHS-R para a amostra estudada (n=82). Ribeirão Preto, 2004-2005.	Pg 48
Tabela 9-	Distribuição das frequências de respostas aos itens do domínio Tratamento da BSHS-R para a amostra estudada (n=82). Ribeirão Preto, 2004-2005.	Pg 49
Tabela 10-	Distribuição das frequências de respostas aos itens do domínio Relações interpessoais da BSHS-R para a amostra estudada (n=82). Ribeirão Preto, 2004-2005.	Pg 50
Tabela 11-	Coeficiente de correlação item-total, o valor do alfa do total dos 31 itens da BSHS-R e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.	Pg 51
Tabela 12-	Estatística descritiva e confiabilidade dos domínios da BSHS-R para amostra estudada (n=82). Ribeirão Preto, 2004-2005.	Pg 53
Tabela 13-	Coeficiente de correlação item-total, o valor do alfa do total dos 8 itens do domínio Afeto e Imagem corporal da BSHS-R e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.	Pg 54

Tabela 14-	Coeficiente de correlação item-total, o valor do alfa do total dos 5 itens do domínio Sensibilidade da pele da BSHS-R e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.	Pg 55
Tabela 15-	Coeficiente de correlação item-total, o valor do alfa do total dos 4 itens do domínio Habilidade para funções simples da BSHS-R e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.	Pg 56
Tabela 16-	Coeficiente de correlação item-total, o valor do alfa do total dos 4 itens do domínio Trabalho da BSHS-R e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.	Pg 56
Tabela 17-	Coeficiente de correlação item-total, o valor do alfa do total dos 5 itens do domínio Tratamento da BSHS-R e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.	Pg 57
Tabela 18-	Coeficiente de correlação item-total, o valor do alfa do total dos 5 itens do domínio Relações interpessoais da BSHS-R e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.	Pg 58
Tabela 19-	Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios da BSHS-R na amostra estudada. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.	Pg 59
Tabela 20-	Estatística descritiva e confiabilidade das escalas de auto-estima de Rosenberg e do Inventário de Depressão de Beck (n=82). Ribeirão Preto, 2004-2005.	Pg 60
Tabela 21-	Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios da BSHS-R e a Escala de Auto-estima de Rosenberg (EAER), na amostra estudada. Ribeirão Preto, 2004-2005.	Pg 60
Tabela 22-	Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios da BSHS-R e o Inventário de Depressão de Beck (IDB), na amostra estudada. Ribeirão Preto, 2004-2005.	Pg 61
Tabela 23-	Estatística descritiva e consistência interna dos domínios da BSHS-R no estudo de Blalock et al. (1994), no estudo de Kildal et al. (2002) e no presente estudo.	Pg 67

LISTA DE QUADROS E FIGURA

Quadro 1-	Estudos publicados sobre pacientes com queimaduras, nos quais foram utilizadas medidas de qualidade de vida/ qualidade de vida relacionada à saúde ou estado de saúde, segundo autores, ano de publicação e país de origem.	Pg 13
Quadro 2-	Apresentação das diferentes versões do instrumento Burn Specific Health Scale (BSHS)	Pg 17
Quadro 3-	Itens dos domínios da BSHS-R na VPC-1 e suas respectivas modificações após avaliação do Comitê de Juízes. Ribeirão Preto, 2006.	Pg 32
Quadro 4-	Força de correlação hipotética dos domínios.	Pg 35
Figura 1- Etapas percorridas do processo de adaptação e validação da BSHS-R.		Pg 38

GLOSSÁRIO DOS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- 1- Identificação sócio-demográfica:** informações pessoais do sujeito da pesquisa, identificando registro de prontuário, data de nascimento, sexo, estado civil, escolaridade e endereço atualizado.
- 2- Registro de prontuário:** identificação através de algarismos arábicos e letra, utilizada para os pacientes atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.
- 3- Data de nascimento:** dia, mês e ano do nascimento do paciente.
- 4- Sexo:** conformação característica que distingue os indivíduos em masculino e feminino.
- 5- Estado civil:** condição ou situação do indivíduo relativa ao casamento.
- 6- Solteiro:** indivíduo que não se casou e que não mantém relacionamento estável com outra pessoa.
- 7- Casado:** indivíduo unido legitimamente através do matrimônio ou que mantém uma relação estável com outra pessoa.
- 8- Divorciado:** indivíduo separado judicialmente de seu cônjuge e que não mantém relacionamento estável com outra pessoa.
- 9- Viúvo:** indivíduo cujo marido ou esposa tenha falecido, não tendo se casado novamente e não mantendo relacionamento estável com outra pessoa.
- 10- Escolaridade:** nível de instrução em escola reconhecida pelo MEC.
- 11- Primeiro grau:** período compreendido entre a 1ª e a 8ª série do ensino fundamental.
- 12- Segundo grau:** período compreendido entre a 1ª e a 3ª série do ensino médio.
- 13- Superior:** nível de ensino, pós-ensino médio, em escola reconhecida pelo MEC, que dá direito de exercer atividade profissional com título de bacharel.
- 14- Analfabeto:** aquele que não sabe ler e escrever.
- 15- Dia da queimadura:** dia em que a pessoa se queimou.
- 16- Agente etiológico:** substância, forma física ou química que causou a queimadura.
- 17- Porcentagem de área queimada:** cálculo numérico, em porcentagem, da extensão das áreas que apresentam queimaduras, através de padrões pré-estabelecidos.
- 18- Locais queimados:** partes do corpo que apresentam queimaduras.
- 19- Queimaduras de 1º grau:** aquelas que atingem apenas a epiderme.
- 20- Queimaduras de 2º grau:** aquelas que atingem a epiderme e parte da derme.
- 21- Queimaduras de 3º grau:** aquelas que atingem a epiderme e toda a derme, podendo, inclusive, chegar no tecido sub-cutâneo.
- 22- Motivo da queimadura:** história de como aconteceu a queimadura.
- 23- Seqüelas funcionais:** anormalidades físicas permanentes ou mutilações provocadas pelas queimaduras, que dificultam ou impedem os movimentos de áreas articuladas e móveis do corpo humano.
- 24- Seqüelas estéticas:** alterações físicas de estruturas, órgãos ou tecidos do corpo humano que desarmonizam as formas originais.
- 25- Data da internação:** dia, mês e ano em que a pessoa foi internada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) para seu tratamento.
- 26- Data da alta:** dia, mês e ano da saída do HCFMRP-USP. 27- Data da entrevista: dia, mês e ano da realização da entrevista com o paciente ou participante.
- 28- Tempo da entrevista:** tempo gasto, em minutos, para o preenchimento total dos questionários.

29- Deficiência cognitiva: dificuldade ou ausência de conhecimentos intelectuais para a realização de determinada atividade de raciocínio.

30- Deficiência física: dificuldade ou impossibilidade de exercer atividade motora ou de relação com seu meio, devido a algum distúrbio, patologia ou trauma físico.

LISTA DE SIGLAS

BSHS:	Burn Specific Health Scale
BSHS-A:	Burn Specific Health Scale – Abbreviate
BSHS-B:	Burn Specific Health Scale – Brief
BSHS-R:	Burn Specific Health Scale – Revised
EAER:	Escala de Auto-estima de Rosenberg
HCFMRP-USP:	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IDB:	Inventário de Depressão de Beck
MS:	Ministério da Saúde
SF-36:	36-item Short-Form Health Survey
SPSS:	Statistical Package for Social Science
VFP:	Versão final em português
VI-1:	Versão inglês-1
VI-2:	Versão inglês-2
VIF:	Versão em inglês final
VO:	Versão original
VP-1:	Versão português-1
VP-2:	Versão português-2
VPC-1:	Versão português consenso-1
VPC-2:	Versão português consenso-2
VPC-3:	Versão português consenso-3
VPC-4:	Versão português consenso-4
WHOQOL Group:	Grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

Resumo
Abstract
Resumen
Lista de Tabelas
Lista de Quadros e
Figura
Glossário
Lista de Siglas

1-	INTRODUÇÃO	Pg 1
1.1-	A escolha do tema	Pg 1
1.2-	Queimaduras: aspectos epidemiológicos, clínicos e psicológicos	Pg 2
1.3-	Qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à saúde e estado de saúde: aspectos conceituais e definições	Pg 7
1.4-	Qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à saúde e estado de saúde: Instrumentos de avaliação	Pg 9
1.5-	Qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à saúde ou estado de saúde após queimaduras	Pg 12
1.6-	Burn Specific Health Scale: um instrumento de qualidade de vida específico para queimaduras em diferentes versões	Pg 15
2-	OBJETIVOS	Pg 20
3-	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	Pg 21
3.1-	Adaptação cultural de instrumentos de medida de Qualidade de Vida, Qualidade de Vida relacionada à saúde e Estado de Saúde	Pg 21
3.2-	Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento a ser usado em outra cultura	Pg 25
4-	CASUÍSTICA E MÉTODOS	Pg 28
4.1-	Proteção dos participantes do estudo	Pg 28
4.2-	A escolha do instrumento	Pg 28
4.2.1-	Permissão dos autores para a tradução e uso do instrumento	Pg 29
4.2.2-	Burns Specific Health Scale-Revised	Pg 30
4.3-	Etapas do processo de adaptação cultural	Pg 30
4.3.1-	Tradução para a língua portuguesa da escala BSHS-Revised	Pg 31

4.3.2-	A avaliação por um comitê de juízes	Pg 31
4.3.3-	A retrotradução (<i>back-translation</i>) do instrumento	Pg 32
4.3.4-	Análise semântica do instrumento	Pg 33
4.3.5-	Pré-teste	Pg 33
4.4-	Análise das propriedades de medida	Pg 34
4.4.1	Análise de validade	Pg 34
4.4.1.1-	Escala de Auto-estima de Rosenberg	Pg 35
4.4.1.2-	Inventário de Depressão de Beck	Pg 36
4.4.2-	Análise de confiabilidade	Pg 37
4.5-	Procedimentos para coleta de dados	Pg 39
4.5.1-	Local do estudo	Pg 39
4.5.2-	População e amostra do estudo	Pg 39
4.5.3-	Dados sócio-demográficos e clínicos	Pg 40
4.6-	Análise dos dados	Pg 40
5-	RESULTADOS	Pg 41
5.1-	Caracterização demográfica e clínica da amostra estudada	Pg 41
5.2-	Estatística descritiva da BSHS-R na amostra estudada	Pg 44
5.2.1-	Frequência das respostas dos itens por domínios da BSHS-R	Pg 46
5.3-	Análise da confiabilidade da BSHS-R na amostra estudada	Pg 50
5.4-	Análise da validade da BSHS-R na amostra estudada	Pg 60
6-	DISCUSSÃO	Pg 63
7-	CONCLUSÕES	PG 72
8-	CONSIDERAÇÕES FINAIS	PG 74
9-	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pg 76
10-	APÊNDICES	Pg 83
10.1-	Apêndice 1- Esclarecimento aos sujeitos da pesquisa	Pg 84
10.2-	Apêndice 2- VPC-1	Pg 85

10.3-	Apêndice 3- VPC-2	Pg 87
10.4-	Apêndice 4- VPC-3	Pg 89
10.5-	Apêndice 5- VPC-4	Pg 92
10.6-	Apêndice 6- Versão Final em Português	Pg 95
10.7-	Apêndice 7- Dados de identificação	Pg 98
11-	ANEXOS	Pg 99
11.1-	Anexo 1- Aprovação do Comitê de Ética	Pg 100
11.2-	Anexo 2- Carta de Permissão Blalock	Pg 101
11.3-	Anexo 3- Carta de Permissão Munster	Pg 102
11.4-	Anexo 4- BSHS-R original	Pg 103
11.5-	Anexo 5- EAER	Pg 106
11.6-	Anexo 6- IDB	Pg 107

1- Introdução

1.1- A escolha do tema

Estar bem e ter um bom estado geral de saúde são expressões tão comuns que, muitas vezes, as empregamos, de maneira simpática e simplória, como referência a uma boa qualidade de vida. Sabemos, também, de antemão, o quão complexo é definir saúde e qualidade de vida. Neste estudo os temas saúde, qualidade de vida e queimaduras interagem-se à medida que caminhamos em busca da adaptação cultural e validação da “Burn Specific Health Scale Revised” (BSHS-R) (BLALOCK; BUNKER; DE VELLIS, 1994), um instrumento de avaliação do estado de saúde de pessoas que sofreram queimaduras. O referido instrumento, assim como a “Burn Specific Health Scale Abbreviate” (BSHS-A) e a “Burn Specific Health Scale Brief” (BSHS-B), derivou da “Burn Specific Health Scale” (BSHS) (BLADES; JONES; MUNSTER, 1979). Estas escalas também têm sido utilizadas como uma forma de avaliação da qualidade de vida destes indivíduos.

Enquanto alguns instrumentos de avaliação do estado de saúde e da qualidade de vida de pacientes queimados foram desenvolvidos em países como EUA e Inglaterra, o mesmo não ocorreu em nosso país.

Visando sanar a inexistência desses instrumentos em nossa língua poderíamos optar por construir um novo instrumento ou usar uma medida já desenvolvida em outra língua.

A primeira opção tem sido considerada como sendo um processo dispendioso em termos de tempo, de recursos humanos e financeiros (GUILLEMIN, BOMBARDIER BEATON, 1993). Por outro lado, a adaptação cultural de instrumentos de avaliação de qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à saúde e estado de saúde tem sido preconizada pela comunidade científica como uma possibilidade de economizar recursos e propiciar a obtenção de medidas padronizadas em diferentes grupos populacionais (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993; SCHIMIDT, BULLINGER, 2003).

Seguindo este caminho, Salvador-Sanz, Sanchez-Paya e Rodriguez-Marin (1998) adaptaram a BSHS para a língua espanhola, utilizando-a como instrumento de avaliação da qualidade de vida de pacientes pós-queimaduras, considerando que fatores como prolongado tempo de hospitalização e grande número de intervenções cirúrgicas

provocavam redução na qualidade de vida destes indivíduos. Crones et al. (2002) observaram as possíveis alterações na qualidade de vida de pessoas que tiveram grandes queimaduras, durante determinado período após a alta hospitalar utilizando, também, a BSHS.

Como se observa, estudos estão sendo direcionados para melhor elucidar a qualidade de vida e o estado de saúde das pessoas acometidas pelas queimaduras após o retorno à comunidade. Neste prisma, torna-se interessante observar a prática clínica dentro da Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Nós, da equipe multiprofissional, vivenciamos inúmeros casos de queimaduras, de complexidades diversas, acompanhando todo o processo de tratamento e de reabilitação. Sentimos as expectativas, ansiedades, dores, medos e dificuldades mais comuns apresentadas por pacientes e familiares no momento da internação, durante a hospitalização, na alta e durante o seguimento ambulatorial. Realmente, em muitos momentos, aflorava-nos uma sensação de grande desconhecimento das dificuldades enfrentadas por estas pessoas no retorno às suas casas após a alta hospitalar. No entanto, não tínhamos disponível, em nossa língua, instrumentos que avaliassem múltiplos aspectos de âmbito físico, emocional, social e de trabalho, específicos para pessoas afligidas por queimaduras. Diante do exposto, considero imperativa e respeitável a idéia de tornar acessível um instrumento de uso multidisciplinar, daptado a nossa língua e cultura, que possa de alguma forma dimensionar a realidade percebida por quem sofreu queimaduras em diferentes etapas do processo de reabilitação.

1.2 – Queimaduras: aspectos epidemiológicos, clínicos e psicológicos

Em todo mundo, as queimaduras são a terceira causa de morte acidental, atingindo todas as faixas etárias, sendo que 75% das lesões resultam da ação da vítima e ocorrem no ambiente domiciliar, de acordo com dados da National Burn Information Exchange (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996). Nos Estados Unidos, 70.000 pessoas são hospitalizadas a cada ano com ferimentos graves causados por trauma térmico (ADCOK; BOEVE; PATTERSON, 1998). No Reino Unido, 250 mil pessoas sofrem queimaduras, 175 mil são atendidas em unidades de emergência, 13 mil são hospitalizadas, 1.000 necessitam medidas de ressuscitação hidroeletrólítica, e 300

evoluem para óbito. Entretanto, os números são muito mais alarmantes nos países em desenvolvimento (VALE, 2005).

Segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras, no Brasil, acontece um milhão de casos de queimaduras a cada ano, 200 mil são atendidos em serviços de emergência e 40 mil demandam hospitalização. As queimaduras estão entre as principais causas externas de morte registradas no Brasil, perdendo apenas para outras causas violentas que incluem acidentes de transporte e homicídios (VALE, 2005).

Os avanços no atendimento hospitalar têm contribuído para a sobrevivência de clientes que sofreram trauma térmico, resultando na redução da taxa de mortalidade. Contudo, muitas pessoas ainda morrem ou ficam com seqüelas a cada ano por causa da queimadura (DAVIDSON, 1995). O processo de cicatrização das queimaduras, que pode durar muitos meses, dependendo da profundidade e demais fatores inter-relacionados, predispõe à formação de cicatrizes hipertróficas e contraturas, sendo caracterizado pelo importante aumento na vascularização, de fibroblastos, miofibroblastos, deposição de colágeno, material intersticial e edema. As seqüelas das queimaduras constituem ainda um grande desafio, tanto no que se refere à prevenção quanto ao tratamento, incluindo os aspectos relacionados à fase de reabilitação.

O processo de reabilitação envolve diferentes aspectos como, por exemplo, o enfrentamento das mudanças corporais pelo cliente, familiares e pessoas próximas, possíveis dificuldades na execução de atividades físicas devido às retrações teciduais e dores, dificuldades inerentes ao tratamento das cicatrizes pós-alta hospitalar e o retorno ao trabalho, à escola e ao convívio social. Esses aspectos estão diretamente relacionados com a qualidade de vida de clientes e familiares.

Segundo Adcock, Boeve e Patterson (1998), o cliente passará por três fases que podem estar relacionadas tanto com a recuperação física como com a psicológica. A seguir descreveremos alguns aspectos de cada uma dessas fases:

Primeira fase (fase de ressuscitação hemodinâmica ou estabilização): Inicia-se no momento da queimadura perdurando até 72 horas após a sua ocorrência. Frequentemente, constitui-se em um momento muito difícil para pacientes e familiares, envolvendo preocupação com a sobrevivência, com o afastamento abrupto do contato

familiar, das rotinas domésticas e do trabalho, dentre muitas outras. Nesta fase, procura-se a estabilização dos parâmetros vitais, principalmente do sistema hemodinâmico.

Segunda fase (fase aguda de reabilitação): Corresponde a um período variável de tempo no qual são realizados procedimentos bastante dolorosos como limpeza diária das áreas queimadas, curativos, cirurgia(s) com retirada de peles doadoras autólogas e mobilizações. Nesta fase, o paciente procura se adaptar às rotinas hospitalares, tentando equilibrar-se com relação às necessidades físicas (alimentação, sono e alívio da dor das áreas com queimaduras, por exemplo) e com relação às necessidades psico-sociais (convívio com familiares, amigos e trabalho).

Terceira fase (fase de reabilitação de longa duração): Começa quando o paciente deixa o hospital. É a fase na qual ocorre a busca de reajuste às rotinas diárias e o seguimento dos cuidados necessários para sua plena recuperação. É uma fase também muito longa, sendo que a própria maturação da cicatriz de uma queimadura de profundidade parcial pode demorar de dias a anos, tendo que ser tratada com cremes hidratantes, massagens cicatriciais e atividades de fisioterapia.

O primeiro ano após a alta hospitalar tem sido considerado como o mais crítico para o cliente e seus familiares. Nesta fase, os problemas mais freqüentes estão associados à adaptação vocacional e emocional (CURRERI, 1980). Os primeiros dias em casa são particularmente muito difíceis para o cliente e família. Rapidamente, eles percebem as mudanças ocorridas em suas vidas. No primeiro ano após a alta, freqüentemente, o cliente necessitará manter um tratamento fisioterápico contínuo. A continuidade do tratamento pode, de alguma forma, dificultar o retorno às atividades e, algumas vezes, isso poderá contribuir para deixar o cliente e seus familiares ansiosos. Dentre os problemas de ordem emocional, a ansiedade aparece como um dos mais freqüentes (PATTERSON et al., 1993). Pessoas que, antes de sofrerem a queimadura, atribuíam grande valor a sua capacidade e atração físicas, com as seqüelas do trauma (cicatrizes e perda de função), podem sentir um sentimento de devastação em sua imagem corporal e auto-estima, podendo desenvolver um quadro depressivo (ORR; REZNIKOFF; SMITH, 1989). A depressão é também uma desordem emocional que pode ocorrer durante o período de internação, muitas vezes, persistindo após a alta hospitalar. Para a medida de auto-avaliação de depressão, tanto em pesquisa como na

prática clínica, o Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory) (BECK; STEER; GARBIN, 1961) tem sido usado por alguns autores (ORR; REZNIKOFF; SMITH, 1989; WIECHMAN et al., 2001).

Wiechman et al. (2001) utilizaram o Inventário de Depressão de Beck, em uma amostra de pacientes com queimaduras e verificaram a incidência e o grau da depressão no período de 1 mês a dois anos pós a alta hospitalar. Nesse estudo, observou-se que no primeiro mês pós-alta 54% de amostra apresentavam sintomas de depressão, entre moderada a grave, e que dois anos após a alta, 43% ainda demonstravam tais níveis de depressão.

A ansiedade e a depressão podem ser componentes de uma desordem de ajustamento (PRIMEAU; ENGELSTATTER; BARES, 1995). Alguns estudos também consideraram a proposição de que, principalmente, naquelas pessoas com queimaduras mais graves, poderia haver um desajuste ou um determinado nível de comprometimento da auto-estima das mesmas. Mesmo a presença de cicatrizes ou “desfiguramentos” em áreas não expostas, tais como os genitais, podem ser relevantes para a satisfação da imagem corporal ou auto-estima (FAUERBACH et al., 2000). A autoconsciência sobre a aparência pode afetar fortemente a autoconfiança e a auto-estima (DINI, 2000). A autoestima pode ser definida como o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, ou seja, o quanto ela gosta de si, como ela se vê e o que pensa sobre ela mesma. Refere-se a uma atitude positiva ou negativa para um particular objeto, o “self” (ROSENBERG, 1965).

Para melhor entender os efeitos da queimadura, no âmbito psicológico, Orr, Reznikoff e Smith (1989) realizaram um estudo com 121 indivíduos, entre adolescentes e adultos jovens, que sofreram queimaduras, utilizando a escala de auto-estima de Rosenberg e o Inventário de Depressão de Beck, dentre outros instrumentos. A proposta dos autores foi observar como as variáveis: idade, sexo, tempo, local e extensão da queimadura se relacionavam com a auto-estima, a imagem corporal e a depressão. Observaram, neste estudo, que a percepção de possuir um suporte social, especialmente de amigos, é uma determinante variável para a adaptação psicológica destes pacientes.

Em nossa vivência profissional pudemos observar que as pessoas que sofreram queimaduras, realmente, podem ter a sua auto-estima abalada, principalmente, quando as

cicatrizes localizam-se em áreas mais visíveis do corpo, ou em partes, culturalmente, mais valorizadas tanto para o sexo masculino quanto para o feminino. Essa situação pode implicar no comprometimento da qualidade de vida destes indivíduos.

Freqüentemente, observamos que as seqüelas decorrentes das queimaduras, principalmente, quando visíveis, causam transtornos emocionais e sociais aos pacientes, fazendo com que os mesmos passem a apresentar sinais de diminuição da sua autoestima, tristeza e, muitas vezes, isolamento social. Muitos pacientes, em atendimento ambulatorial, relataram terem sido vítimas de preconceitos ao tentarem retomar ou iniciar novas atividades de trabalho.

Também, observamos que as queimaduras que atingem áreas nobres como as articulações e as mãos, provocam dificuldades motoras e restrições para a execução de atividades triviais do indivíduo, colocando em risco o cotidiano destas pessoas e comprometendo ainda mais a qualidade de vida.

Essas nossas observações têm sido confirmadas em estudos científicos. Por exemplo, a correlação entre cicatrizes visíveis e alguns aspectos da auto-estima, tais como a satisfação própria com a sua aparência e a percepção da reação dos outros com relação a ela, foi considerada estatisticamente significante no estudo conduzido por Lawrence et al. (2004). Enquanto que no estudo de Fauerbach et al. (2000), constatou-se que a insatisfação com a imagem corporal afeta a qualidade de vida após queimaduras severas.

Neste emaranhado de reações psicológicas, com interligações físicas e sociais, vivenciadas pelas pessoas que sofreram queimaduras, torna-se fundamental buscar meios confiáveis e válidos para mensurar a qualidade de vida ou ter uma percepção do estado de saúde destes indivíduos, nos vários aspectos da vida diária.

Entretanto, para que tais meios de avaliação sejam elaborados, faz-se necessário um passo anterior muito importante que é a definição do conceito de qualidade de vida e estado de saúde que sustentam a construção dos instrumentos.

1.3 – Qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à saúde e estado de saúde: aspectos conceituais e definições

Há diferentes maneiras de se conceituar qualidade de vida. Esse é um conceito amplo e complexo que envolve um vasto leque de variáveis, incluindo questões sociais e ambientais.

Dentro da bioética, do conceito de autonomia, entende-se que a qualidade de vida seja algo intrínseco, só possível de ser avaliado pelo próprio sujeito (SEGRE; FERRAZ, 1997). Segundo Wood-Dauphine (1999), embora existam divergências sobre a conceituação de qualidade de vida, parece haver consenso de que ela engloba níveis de funcionamento físico, mental, social e de desempenho de papéis, incluindo ainda, habilidades de satisfação com a vida, percepções e bem estar. O grupo de Qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1998).

A qualidade de vida abrange diferentes aspectos como a satisfação pessoal com a saúde, realização de atividades de lazer, relacionamentos em casa e na comunidade e um sentido de sobrevivência (ADCOK; BOEVE; PATTERSON, 1998).

Existem também definições mais restritas e específicas, tendo uma ótica mais voltada para a saúde. Nesta linha de pensamento, muitos pesquisadores mostram-se particularmente interessados naqueles aspectos da qualidade de vida que são diretamente afetados pelas alterações na saúde do indivíduo, sendo denominados por muitos como qualidade de vida relacionada à saúde (Health related quality of life).

Este termo foi criado para estudar aqueles aspectos do bem-estar autopercebido que estão relacionados à saúde ou que são afetados pela presença da doença ou tratamento. Avaliações da qualidade de vida relacionada à saúde medem alterações na saúde física, funcional, mental e social a fim de avaliar os custos humanos e financeiros, bem como os benefícios de novos programas e intervenções terapêuticas (EBRAHIM, 1995; TESTA; SIMONSON, 1996). Na revisão sistemática da literatura, realizada sobre os modelos de qualidade de vida relacionada à saúde, Taillefer et al. (2003) encontraram que mais de um quarto dos autores revisados não definiram qualidade de vida usando um conceito principal. Grande parte não apresentou definição alguma, enquanto outros usam

uma lista de domínios considerados importantes para dar o significado à qualidade de vida. Chama nossa atenção o fato de que artigos levantados por esses autores utilizaram no título de seus trabalhos a expressão “Health-related quality of life”, enquanto no corpo do trabalho a expressão usada é Quality of life, o que nos faz indagar se para esses autores os termos são sinônimos.

Segundo Spitzer (1987), os termos qualidade de vida, estado de saúde e estado funcional são usados como sinônimos. Afirma o autor que alguns investigadores, ao produzirem instrumentos de avaliação do estado de saúde, depois de alguns anos, reportam-se aos mesmos instrumentos como sendo de medidas de qualidade de vida.

Segundo Wilson e Cleary (1995), os conceitos de qualidade de vida relacionada à saúde, estado de saúde (health status) e estado funcional (functional status), frequentemente, não são claramente diferenciáveis. Estes conceitos são vistos como distintos por alguns pesquisadores e similares por outros (CORLESS; NICHOLAS; NOKES, 2001).

A meta análise feita por Smith et al. (2000) mostrou que, no contexto das doenças crônicas, qualidade de vida é uma avaliação subjetiva e que, para o doente, ao considerar a sua vida atual, primeiramente, ele leva em consideração os aspectos psicológicos e, em segundo plano, a sua capacidade física. Eles concluíram que qualidade de vida e estado de saúde são construtos distintos, sugerindo que os dois termos não devam ser usados como sinônimos. Também referem que os instrumentos usados para medir estado de saúde não são apropriados para medir qualidade de vida.

Para Bradley (2001), é necessário ser preciso quando se usa o termo qualidade de vida na prática clínica para que os profissionais não interpretem que os resultados, obtidos por instrumentos de estado de saúde, ao indicarem que não prejudicam a qualidade de vida, na verdade estão revelando que tal tratamento não prejudicou o estado de saúde percebido pelo paciente.

Cella e Tulsky (1990) observaram que muitos pesquisadores concordam com as seguintes dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde: problemas físicos (sintomas, dor), habilidades funcionais (atividade), bem-estar familiar, espiritualidade, satisfação com

o tratamento, sexualidade, intimidade, função social e ocupação. O conceito de estado de saúde, por outro lado, geralmente, é focado, primariamente, em um nível de independência física. Estas diferenças de conceituação são refletidas nos instrumentos (CORLESS; NICHOLAS; NOKES, 2001).

Cinco dimensões distintas têm sido associadas ao conceito de saúde: saúde física, saúde mental, funções diárias nas atividades sociais, funções diárias nos papéis sociais e percepções gerais de bem-estar (WARE, 1987).

Pudemos observar, portanto, que existem diferenças importantes no enfoque entre os conceitos de qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à saúde e estado de saúde, sendo necessário haver um discernimento criterioso a respeito desses conceitos para a sua adequada menção e utilização.

1.4- Qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à saúde e estado de saúde: instrumentos de avaliação

Nos anos 70, muitos pesquisadores começaram a testar instrumentos para mensurar a saúde e também a qualidade de vida. Com relação a estes instrumentos, alguns autores tratam a saúde como componente de um indicador composto, enquanto outros têm, no campo da saúde, o seu objeto propriamente dito (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Existem, atualmente, três tipos de instrumentos para avaliação da Qualidade de Vida ou Estado de Saúde: globais, genéricos e específicos.

Os instrumentos globais são aqueles designados para medir qualidade de vida de uma maneira mais abrangente ou geral. Um exemplo de instrumento global é a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan. A Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, desenvolvida pelo psicólogo americano John C. Flanagan, na década de 70, trata-se de uma escala psicométrica de natureza ordinal constituída de quinze itens agrupados em cinco dimensões: bem estar físico e material, relações com outras pessoas, atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento pessoal e realização, e recreação. Flanagan (1987) desenvolveu esta escala com os dados colhidos de uma amostra de três mil homens e mulheres norte-americanos, com idades de 30, 50 e 70 anos, utilizando o método de incidente crítico. Foi considerado um instrumento multidimensional e com

evidência de validade de construto em função dos resultados da análise fatorial feita. Burckhardt et al. (1989) utilizaram-na modificando a original graduação de respostas de cinco pontuações para sete pontuações por permitir um espectro maior de respostas (LENTZ et al., 2000).

Na maioria dos instrumentos existentes, o conceito de qualidade de vida é operacionalizado no contexto da saúde, ou seja, suas construções enfocam a qualidade de vida que está sendo afetada pela enfermidade ou tratamento, ou seja, a qualidade de vida relacionada à saúde. Embora a relação entre qualidade de vida e saúde não seja claramente explicitada nos estudos que utilizam esses instrumentos, essa opção já demonstra a perspectiva da funcionabilidade tão presente em nossa sociedade. Ou seja, só pode ter qualidade de vida quem for capaz de realizar atividades diárias e cumprir suas obrigações sociais (BOWLING, 2001).

Neste contexto, temos a existência de três tipos de instrumentos: genéricos, específicos para doenças e específicos para domínios. Outra medida existente, denominada de “utility” leva em consideração a preferência do paciente sobre um estado de saúde em detrimento de outro, e tem sido mais usada na avaliação econômica de diferentes tratamentos (FAYERS; MACHIN, 2000).

Os instrumentos genéricos abordam o perfil de saúde ou não, procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo, tanto podendo ser utilizados para estudar indivíduos da população geral ou grupos específicos, como os portadores de doenças crônicas. São geralmente questionários de base populacional que normalmente não especificam patologias prévias, sendo mais apropriados a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema saúde (FAYERS; MACHIN, 2000).

Dentre os vários instrumentos genéricos existentes, podemos citar os de Avaliação de Qualidade de Vida propostos pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL Group): o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref, elaborados a partir de 1995.

O WHOQOL-100 é um instrumento genérico composto por 24 facetas específicas e uma faceta geral que inclui questões de avaliação global de qualidade de

vida. Possui seis domínios: Físico, Psicológico, Nível de independência, Relações sociais, Meioambiente e Espiritualidade/Crenças pessoais (WHOQOL Group, 1998).

O WHOQOL-BREF, versão abreviada do WHOQOL-100, é composto pelas 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do WHOQOL- 100. A versão abreviada é composta por quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente (WHOQOL Group, 1998).

O Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers foi desenvolvido para medir qualidade de vida em termos de satisfação com a vida. O instrumento consiste de duas partes. A primeira parte do instrumento avalia a satisfação do indivíduo em relação a diferentes aspectos da vida e, na segunda parte, esses mesmos aspectos são avaliados quanto à importância que os respondentes atribuem a cada um deles (FERRANS; POWERS, 1985). Este instrumento foi validado para o português por Kimura (1999).

O instrumento genérico relacionado à saúde mais utilizado é o Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (MOS SF 36). É um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Foi projetado para o uso na prática e na pesquisa, em avaliações clínicas da política de saúde, e em exames da população geral (WARE; SHERBOURNE, 1992). Esse instrumento foi validado no Brasil por Ciconelli (1997).

Os instrumentos específicos destinam-se a medir o impacto, na vida cotidiana de doenças crônicas, como o câncer, diabetes e asma; de condições específicas, como capacidade funcional, podendo também ser direcionados a determinados tipos de população, como idosos e crianças (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Como exemplos de instrumentos específicos temos a Burn Specific Health Scale Abbreviated (BSHS-A) (MUNSTER; HOROWITZ; TUNDAHL, 1987) que avalia a qualidade de vida de pessoas com queimaduras; Coping With Burns Questionnaire (CBQ) (WILLEBRAND et al., 1999), escala desenvolvida para medir padrões de enfrentamento de indivíduos com queimaduras; Rosenberg Self-Esteem Scale (ROSENBERG, 1965), escala de avaliação da auto-estima, entre muitos outros. Como se pode observar, existe um grande número de instrumentos específicos para avaliação da

qualidade de vida relacionada à saúde ou estado de saúde de pessoas com doenças crônicas ou com condições específicas de saúde. Nesse sentido, levando-se em consideração os possíveis níveis de gravidade de uma queimadura e de suas seqüelas, buscamos na literatura instrumentos que, de alguma forma, pudessem avaliar alguns aspectos da vida daquelas pessoas acometidas por esta injúria.

1.5- Qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à saúde e estado de saúde após queimaduras

No que tange ao cliente que sofreu queimaduras, observa-se na literatura um enfoque no processo de reabilitação, no que se refere à adaptação depois do trauma e nos problemas psicológicos crônicos envolvidos no desenvolvimento do estresse pós-trauma (MUNSTER, 1999). Recentemente, com a mensuração da qualidade de vida, tem se buscado o estabelecimento de parâmetros específicos para ajudar a orientar as decisões sobre o tratamento (BLADES; MELLIS; MUNSTER, 1982; MUNSTER; HOROWITZ; TUNDAHL, 1987).

A revisão de literatura, através de pesquisa de resumos de artigos na base de dados Medline, sobre estudos que avaliaram qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à saúde ou estado de saúde de indivíduos após queimaduras, utilizando os descritores: “burns”, “quality of life” e “health status”, resultou em 18 trabalhos, publicados entre 1970 e fevereiro de 2006. Uma descrição destes estudos quanto ao ano de publicação, autores, país de origem e medidas usadas encontra-se no Quadro 1.

Quadro 1- Estudos publicados sobre pacientes com queimaduras, nos quais foram utilizadas medidas de qualidade de vida/ qualidade de vida relacionada à saúde e estado de saúde, segundo autores, ano de publicação e país de origem.

Nº	Autor (es) / ano de publicação	País de origem	Medida (s) usada (s)	Conceito utilizado
1	BLADES; JONES; MUNSTER / 1979	EUA	BSHS	Qualidade de vida
2	HERDON et al / 1986	EUA	The Burn Injury Questionary	Qualidade de vida
3	COBB; MAXWELL; SILVERSTEIN / 1990	EUA	Não especificada	Qualidade de vida
4	PRUZINSKY et al / 1992	EUA	BSHS	Qualidade de vida e Estado de saúde
5	BLAKENEY et al / 1993	EUA	Child Behavior Checklist; Teacher Report Form; Piers-Harris Children's Self-Concept Scale; Parenting Stress Index	Qualidade de vida
6	KIMMO; JYRKI; SIRPA / 1998	Finlândia	BSHS-A	Estado de saúde
7	SHAKESPEARE / 1998	Inglaterra	The Hospital Anxiety and Depression Scale; The Impact of Event Scale	Estado de saúde

Quadro 1- Estudos publicados sobre pacientes com queimaduras, nos quais foram utilizadas medidas de qualidade de vida/ qualidade de vida relacionada à saúde e estado de saúde, segundo autores, ano de publicação e país de origem (continuação).

8	FAUERBACH et al / 1999	EUA	Davidson Trauma Scale	Qualidade de vida
9	SALVADOR-SANZA; SANCHEZ-PAYA; RODRIGUES-MARIN / 1999	Espanha	BSHS-A	Qualidade de vida
10	SHERIDAN et al / 2000	EUA	SF-36	Qualidade de vida
11	PATTERSON et al / 2000	EUA	Brief Symptom Inventory; Satisfaction With Life Scale	Qualidade de vida
12	WILLEBRAND et al / 2002	Suécia	BSHS-B; Coping With Burns Questionnaire; Swedish Universities Scales of Personality	Estado de saúde
13	ALTIER et al / 2002	Canadá	SF-36; Symptom Checklist 90-Revised	Qualidade de vida
14	KILDAL et al / 2005	Suécia	BSHS-B; Coping With Burns Questionnaire	Estado de saúde
15	FAUERBACH et al / 2005	EUA	SF-36; Brief Symptom Inventory Global Severity Index;	Qualidade de vida
16	DRUERY et al / 2005	Austrália	BSHS-A	Qualidade de vida
17	NOBLE; GOMEZ; FISH / 2006	Canadá	BSHS-B; Coping With Burns Questionnaire	Qualidade de vida
18	VAN BAAR et al / 2006	Holanda	Health Outcomes Burn Questionnaire	Qualidade de vida

Podemos observar que os autores, em sua grande maioria, utilizam os termos “qualidade de vida”, “qualidade de vida relacionada à saúde” e “estado de saúde” como sendo sinônimos.

Dos 18 estudos, 14 trazem o termo “qualidade de vida” mesmo quando utilizam instrumentos já reconhecidos como sendo avaliadores de estado de saúde. Constatamos que os autores utilizaram medidas genéricas como o SF-36 (WARE; SHERBOURNE, 1992) e o Satisfaction With Life Scale (DIENER et al., 1985). O uso de instrumentos específicos para pacientes queimados ocorreu em 10 estudos sendo utilizados os seguintes instrumentos: Burn Specific Health Scale, nas versões completa (autores 1 e 4), abreviada (autores 6, 9, 16) e revisada (autores 12); The Burn Injury Questionnaire (autores 12, 14, 17) e Health Outcomes Burns Questionnaire (autores 18).

1.6- Burn Specific Health Scale: um instrumento de qualidade de vida específico para queimaduras em diferentes versões

No final dos anos 70, Blades, Jones e Munster, em artigo publicado em 1979 intitulado “Quality of life after major burns”, começaram a esboçar a idéia de obter uma forma mais adequada na avaliação das pessoas vítimas de queimaduras, sendo que em 1982, Blades, Mellis e Munster efetivamente apresentaram uma escala específica para quantificar aspectos relacionados à saúde física, psicológica, social, sexual, e itens gerais de saúde, não se limitando apenas nos dados existentes de mortalidade pelas queimaduras, sendo denominada Burn Specific Health Scale (BSHS). Inicialmente, no amadurecimento da idéia de elaboração deste instrumento de medida, os autores questionaram se haveria a necessidade de uma escala específica para clientes queimados, uma vez que já existiam várias escalas de saúde validadas. Posteriormente, decidiram que seria muito apropriada a existência de um instrumento específico, buscando, a partir daí, identificar quem poderia julgar o que seria importante para o cliente que sofreu queimaduras. Neste processo de construção da escala, foram selecionados três diferentes instrumentos já existentes: Sickness Impact Profile, Index of Activities of Daily Living e General Well-Being Schedule, sendo adicionados aos mesmos alguns itens específicos da área de queimaduras apontadas por clientes e profissionais, resultando num total de 369 itens. Foi, então,

selecionado um outro grupo de 35 juízes no qual havia profissionais (médicos, enfermeiros e especialistas em reabilitação) e pacientes escolhidos de forma a garantir abrangência quanto à extensão da área queimada, à idade e tempo pós queimadura. Este trabalho resultou em uma escala de 114 itens, constituída por sete domínios, a qual foi testada quanto a sua validade. Posteriormente, a escala foi abreviada e, novamente, testada por Munster, Horowitz e Tudahl (1987), passando a ter 80 itens, sendo denominada Abbreviated Burn Specific Health Scale (BSHS-A).

A BSHS-A foi elaborada considerando os seguintes domínios: mobilidade e autocuidado, função manual, desempenho de papéis, imagem corporal, afetividade, família/amigos, atividade sexual e preocupações gerais com a saúde (MUNSTER; HOROWITZ; TUNDAHL, 1987). Entretanto, a utilização desta escala foi dificultada pela sua extensão e, pelo fato de que certos aspectos do impacto da queimadura na vida do indivíduo não foram completamente cobertos (KILDAL et al., 2001). Essa escala, então, foi novamente modificada após uma reavaliação por BLALOCK; BUNKER; DE VELLIS, 1994.

Blalock, Bunker e De Vellis (1994) revisaram a BSHS-A, reduzindo-a a um instrumento contendo 31 itens. Segundo os autores, essa redução não comprometeu as propriedades psicométricas do instrumento. Após esta revisão, a nova versão foi organizada em seis domínios: afeto e imagem corporal, sensibilidade ao calor, habilidades funcionais simples, regime de tratamento, trabalho e relações interpessoais. A versão proposta por Blalock, Bunker e De Vellis (1994) foi denominada “BSHS-Revised” (BSHSR).

Apresentamos, no Quadro 2, as diferentes versões da BSHS, com seus respectivos autores, país de origem, domínios, sub-escalas, ano e veículo de publicação.

Quadro 2- Apresentação das diferentes versões do instrumento Burn Specific Health Scale (BSHS)

Versões da BSHS	Autores	País de origem	Ano e veículo de publicação	Domínios (subdomínios) abordados	Número de itens
Burn Specific Health Scale (original)	Betsy Blades, Nick Mellis Andrew M. Munster	EUA	1982 - The Journal of Trauma, vol.22, n.10	<i>1 - Saúde física</i> (mobilidade, auto-cuidado, funções manuais, condições da pele e atividades diárias) <i>2 - Atividades físicas</i> <i>3 - Imagem corporal</i> <i>4 - Saúde psicológica (afetiva)</i> <i>5 - Saúde social</i> <i>6 - Saúde sexual</i> <i>7 - Aspectos gerais de saúde</i>	114
Burn Specific Health Scale – Abbreviated version (BSHS – A)	Andrew M. Munster G L Horowitz LA Tudahl	EUA	1987 - The Journal of Trauma, vol.27, n.4	<i>1 – Físico</i> (mobilidade e auto-cuidado, funções manuais, atividades diárias) <i>2 – Mental</i> (imagem corporal e afeto) <i>3 – Social</i> (família/amigos e atividades sexuais) <i>4 – Geral</i> (Aspectos gerais de saúde)	80

Quadro 2: Apresentação das diferentes versões do instrumento Burn Specific Health Scale (BSHS) (continuação)

Versões da BSHS	Autores	País de origem	Ano e veículo de publicação	Domínios (subdomínios) abordados	Número de itens
Burn Specific Health Scale- Revised version (BSHS-R)*	Susan J Blalock Barbara J Bunker Robert F DeVellis	EUA	1994 - The Journal of Trauma, vol.36, n.4	<i>1 - Habilidades para funções simples</i> <i>2 – Sensibilidade da pele</i> <i>3 – Afeto</i> <i>4 - Imagem corporal</i> <i>5 - Tratamento</i> <i>6 - Trabalho</i> <i>7 - Relações interpessoais</i>	31 itens (17 deles foram retirados da versão BSHS original e 14 foram adicionados na versão proposta baseados na revisão feita pelos autores)
Burn Specific Health Scale- Brief version (BSHS-B)	Morten Kildal Gerhard Andersson Axel R Fugl-Meyer Kurt Lannerstam Bengt Gerdin	Suécia	2001 - The Journal of Trauma, vol.51, n.4	<i>1 – Habilidades simples</i> <i>2 – Sensibilidade da pele</i> <i>3 – Funções manuais</i> <i>4 – Tratamento</i> <i>5 – Trabalho</i> <i>6 – Afeto</i> <i>7 – Imagem Corporal</i> <i>8- Relações interpessoais</i> <i>9 - Sexualidade</i>	40

* Apresentam no final do estudo a proposta de unirem os domínios “afeto” e “imagem corporal” em um só, resultando em um total de seis domínios.

Para Munster (1999), nas publicações sobre o tema há controvérsias sobre a condução dos estudos sobre qualidade de vida, principalmente porque há um grande número de instrumentos de medida. Para o autor, a realização de estudos controlados é difícil porque cada doença ou trauma tem peculiaridades que são difíceis de reproduzir em populações saudáveis. Uma outra dificuldade na condução desse tipo de estudo está relacionada à validação dos instrumentos. Nesse processo, dois aspectos devem ser considerados e, nesse sentido, parece haver um acordo nas publicações sobre o tema:

- a- Os itens que são considerados relevantes devem ser gerados por ambos, clientes e profissionais;
- b- A validação de um instrumento deve conter pelo menos três técnicas: inter-avaliação, confiabilidade intra-avaliação e validação global.

A primeira significa que quando dois profissionais avaliam um cliente separadamente, suas avaliações deveriam ser comparáveis do ponto de vista estatístico. A segunda, confiabilidade intra-avaliação significa que os resultados da avaliação de um dado fenômeno por um mesmo examinador, em um tempo próximo, deveriam ser semelhantes.

A validação global implica que um clínico experiente que entrevista ou examina um cliente deveria atribuir o mesmo valor dado por um instrumento que está sendo desenvolvido.

Munster (1999) afirma, ainda, que as intervenções deveriam causar um impacto positivo na qualidade de vida das pessoas acometidas pelas queimaduras. A melhora da qualidade de vida deveria implicar, segundo o autor, não somente em melhores condições de vida para o cliente mas também para a sociedade como um todo e, nesse ponto de vista, ele chama atenção para o fato de que o instrumento proposto por Blalock, Bunker e DeVellis (1994) considera os aspectos relacionados ao trabalho em sua avaliação, o que o torna mais completo. Outras características positivas de um instrumento, ressaltadas por Munster (1999), são a simplicidade e poder ser auto-aplicável.

Diante do exposto, optamos pela BSHS-Revised como instrumento a ser adaptado para a língua portuguesa, disponibilizando-o para uso na nossa prática clínica com pacientes queimados, uma vez que tem sido considerado válido e confiável quando aplicado em outros países.

2- Objetivos

- Realizar a tradução e adaptação cultural da “Burns Specific Health Scale – Revised” para a língua portuguesa;
- Avaliar a validade de construto da versão adaptada da BSHS-R, comparando os seus resultados com as medidas de auto-estima (validade convergente) e de depressão (validade divergente);
- Avaliar a confiabilidade da versão adaptada da BSHS-R, verificando a consistência interna de seus itens em uma amostra de brasileiros que sofreram queimaduras.

3- Referencial teórico metodológico

3.1- Adaptação cultural de instrumentos de medida de Qualidade de Vida, Qualidade de vida relacionada à saúde e Estado de Saúde

A grande maioria dos instrumentos para mensurar variáveis relacionadas à saúde, tais como as escalas de qualidade de vida e de sintomas, encontra-se em língua inglesa e é direcionada para as populações que falam este idioma (GUILLEMIN, 1995). A utilização desses instrumentos em populações de outras línguas e culturas implica em processo de adaptação cultural. Além da versão do inglês para uma outra língua, esse processo envolve a avaliação rigorosa da tradução, uma adaptação cultural e, posteriormente, a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Assim como a construção de um novo instrumento de medida é um processo longo e dispendioso, a adaptação de um instrumento já existente para outra cultura também exige tempo, custos financeiros e o seguimento de um processo metodológico rigoroso. O instrumento adaptado precisa satisfazer todos os critérios metodológicos exigidos para a medida original, ou seja, ser válido e confiável, medindo realmente aquilo que se propõe avaliar (CHWALON, 1995; SPERBER, 2004).

Segundo Beaton et al. (2000), o processo de adaptação cultural de instrumentos de estado de saúde a serem usados em outros países, culturas e línguas necessita utilizar um único método para se obter equivalência entre as medidas originais e as novas versões dos instrumentos.

É consenso entre vários estudiosos que a tradução literal dos instrumentos de qualidade de vida/qualidade de vida relacionada à saúde não garante a validade da medida. A intenção da adaptação cultural é adaptar o instrumento de uma maneira culturalmente relevante e compreensível, mantendo o significado e a intenção dos itens originais (CHWALON, 1995; BEATON et al., 2000; SPERBER, 2004).

A adaptação cultural pressupõe a combinação de duas etapas associadas: a tradução do instrumento e a sua adaptação propriamente dita. Primeiramente, é feita a tradução literal de palavras e sentenças de um idioma para o outro e de um contexto cultural para o outro. Após esta etapa ocorre a avaliação da qualidade da medida adaptada em relação à sua

compreensibilidade, validade aparente e de conteúdo, bem como a replicabilidade e adequação da nova versão do instrumento (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Em 1993, Guillemin, Bombardier e Beaton sugeriram a padronização de etapas para esse processo, sendo elas: a tradução, retro-tradução (back-translation), revisão por um comitê de juízes e pré-teste. Tais etapas têm sido seguidas por vários autores que têm adaptado instrumentos de qualidade de vida/qualidade de vida relacionada à saúde para a cultura brasileira (CICONELLI, 1997; KIMURA, 1999).

O objetivo da primeira etapa, a tradução de um instrumento para uma outra língua, é obter uma versão que preserve o mesmo significado de cada item entre as duas línguas, visando manter a integridade do instrumento de medida. Este processo deve ser realizado por, pelo menos, dois tradutores independentes e qualificados, preferencialmente, nativos do idioma no qual será adaptado o instrumento, que conheçam as finalidades do estudo e os conceitos envolvidos (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Deste processo obter-se-á, após consenso dos tradutores, uma única versão na língua alvo.

A segunda etapa proposta por estes autores seria a retro-tradução a qual consiste em traduzir o conteúdo deste instrumento obtido da língua alvo para o idioma original, isto é, fazendo agora o caminho inverso.

Desta forma, obtêm-se duas versões, a original e a traduzida, ambas na mesma língua do instrumento original, as quais devem ser comparadas, sendo as divergências discutidas entre tradutores, diferentes dos anteriormente citados, e o pesquisador responsável. Nesta etapa, os autores aconselham que os tradutores sejam fluentes no idioma e nas formas coloquiais da língua de origem do instrumento, ou seja, devem ser nativos do país para o qual o instrumento foi criado. Espera-se, com estas medidas, que os significados e interpretações equivocadas ocorridos durante os processos de tradução e retro-tradução possam ser explicitados e corrigidos. Desta forma, obtém-se nova versão na língua alvo.

A próxima etapa proposta é a revisão da tradução por um comitê de juízes, cuja finalidade é assegurar que o instrumento de pesquisa traduzido mantenha a replicabilidade da medida, incluindo ou eliminando itens irrelevantes, impróprios ou ambíguos, adequando-os à população-alvo. O comitê deve ser constituído por pessoas, preferencialmente bilíngües, representativas da população alvo e especialistas nos conceitos

a serem explorados. Neste momento, podem ser verificadas as seguintes equivalências entre a versão original e a adaptada: semântica, idiomática, cultural e conceitual.

A equivalência semântica se refere à equivalência dos significados das palavras. A equivalência idiomática se reporta aos significados das expressões cotidianas ou coloquiais, devendo encontrar-se expressões análogas na cultura alvo. A equivalência cultural preocupa-se com a contextualização das expressões da versão original para a cultura na qual o instrumento está sendo adaptado. A equivalência conceitual traz a relação do conceito que está sendo abordado para as culturas em questão (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A última etapa proposta é o pré-teste, o qual consiste na aplicação do instrumento nas versões original e final a indivíduos leigos bilíngües, ou aplicação do instrumento a uma amostra da população alvo, objetivando garantir a sua compreensibilidade e clareza.

Chwalow (1995) também apresenta os passos necessários para a tradução de uma escala para outra língua ou cultura. A autora divide o processo em duas fases: a qualitativa e a quantitativa. Na fase qualitativa ocorre: a) tradução; b) retro-tradução; c) comparação das versões traduzidas com a original; d) teste da versão em uma amostra da população alvo e discussão com os sujeitos sobre as suas percepções quanto aos itens (validade de face); e) produção de uma nova versão com re-teste; f) repetição dos dois últimos passos até ser atingido um consenso e serem confirmadas as validades de face e de construto do instrumento.

Na fase quantitativa, Chwalow (1995) sugere que a versão seja testada em uma amostra de 250 indivíduos da população-alvo e 50 indivíduos da população “normal”, embora não apresente a justificativa para tais números. Nesta etapa, há o cálculo do alfa de Chronbach, a análise fatorial e a comparação dos resultados obtidos pela nova versão com os da versão original.

Em 2000, uma nova proposta sobre o processo de adaptação cultural de instrumentos de medidas subjetivas de estado de saúde é publicada. Os autores justificam que tal proposta é baseada na revisão da literatura sobre esse tema em diferentes áreas do conhecimento (medicina, sociologia e psicologia), trazendo um refinamento metodológico na proposta inicial publicada por Guillemin, Bombardier e Beaton em 1993 (BEATON et al, 2000).

A nova proposta acrescenta, entre as etapas de tradução e retro-tradução da versão de 1993, a etapa de “síntese”, cujo objetivo é resolver discrepâncias com as traduções obtidas. Outra etapa proposta, a ser inserida após o pré-teste da nova versão, é a submissão de todo processo percorrido para aprovação junto ao comitê de autores ou responsáveis pelos instrumentos.

Ferrer et al. (1996), Dantas e Rossi (2004)* sugerem que antes da realização da retro-tradução, a primeira versão do instrumento na língua alvo seja submetida a uma avaliação de comitê de especialistas. Dantas e Rossi (2004) consideram importante esta alteração na ordem das etapas propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), pois possibilita a detecção de erros ou problemas de compreensão que após a retro-tradução poderiam não ser notados. A mudança proposta visa assegurar o objetivo da retro-tradução que é o de observar possíveis erros de significado na primeira versão traduzida.

Recentemente, tal proposta foi utilizada por Echevarria-Guanilo (2005) para adaptar uma escala de dor e ansiedade específica para pacientes queimados.

Pasquali (1999), Dantas e Rossi (2004) sugerem ainda que, antes de se utilizar um instrumento, cada um dos seus itens deve ser submetido à análise semântica. Consideramos que essa etapa corresponde ao item “d” da fase qualitativa apresentada por Chwalow (1995), pois o objetivo é verificar a compreensibilidade de todos os itens para todos os membros da população à qual o instrumento se destina. Nesse tipo de análise, há duas preocupações relevantes: 1) se os itens são compreensíveis para o estrato mais baixo da população alvo e 2) se os itens são suficientemente compreensíveis e aparentes para o estrato mais alto da população alvo do instrumento. Entende-se por estrato mais baixo o segmento da população alvo que apresente menor nível de habilidades cognitivas (instrução) e obviamente o estrato mais alto aqueles que tenham maior habilidade ou maior nível de instrução. Desta forma, o entendimento de cada item, não deverá apresentar-se como fator complicador na resposta dos indivíduos. O grupo deverá estar composto por até

* Dantas, R. A. S.; Rossi L. A. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos na área da saúde: uma nova proposta. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2004. In: ENCONTRO ÍBERO-AMERICANO DE QUALIDADE DE VIDA, 2º, 2004, Porto Alegre (Apresentação em pôster).

quatro indivíduos com as características anteriormente mencionadas, sendo lhes apresentado item por item. Deverão ser aceitas sugestões para a realização de mudanças que sejam necessárias para a maior compreensibilidade de cada item do instrumento.

O objetivo desta etapa será o de evitar que os itens se apresentem demasiadamente primitivos, mas sim com suficiente seriedade para todos os sujeitos.

Todas essas propostas metodológicas, para o processo de adaptação cultural dos instrumentos, visam garantir que a validade e a confiabilidade do instrumento original se mantenham na versão adaptada.

3.2- Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento a ser usado em outra cultura

Dentre as propriedades básicas que norteiam os instrumentos de medidas, citamos a validade e a confiabilidade.

A validade de um instrumento evidencia se o que está sendo medido é o que o pesquisador pretende medir. É definida como a habilidade de um método em medir o que se propõe. Esta poderá ser avaliada por meio da Validade de Face (percepção que as pessoas têm do que está sendo medido), Validade de Construto ou de Conceito (Convergente e Divergente), Validade de Conteúdo (grau em que as medidas convergem em um mesmo ponto de medida) e Validade relacionada ao Critério (Concorrente e Validade Preditiva) (CLACK-CARTER, 1999; PASQUALI, 2001).

A validade de face reporta à compreensão e aceitação do questionário pelos próprios sujeitos. Algumas questões pertinentes seriam: O que os sujeitos pensam que a escala está medindo? Eles compreendem as questões? (CHWALOW, 1995).

A validade de construto examina a ligação teórica dos itens, sendo mais acessível para a exploração de análises numéricas. Ela pode ser subdividida em duas vertentes distintas: validade de constructo convergente e validade de constructo discriminante ou divergente (FAYERS; MACHIN, 2000).

Algumas questões pertinentes seriam: Os itens da escala refletem a dimensão que você está testando, de acordo com as definições dos peritos? Há um julgamento teórico, por

peritos, na estrutura da escala? (CHWALOW, 1995). A validade Convergente refere-se à correlação significativa do instrumento com outras variáveis com as quais este deveria estar relacionado. Isto é, a aplicação conjunta e após, a correlação com algum instrumento de medida semelhante que seja confiável e válido (padrão ouro) (CLACK-CARTER, 1999; PASQUALI, 2001).

Uma alta correlação entre duas escalas sugere que ambas estão medindo um mesmo fator (FAYERS; MACHIN, 2000).

Validade de constructo discriminante ou divergente reconhece que as dimensões entre os instrumentos apresentam, comparativamente, baixas correlações (FAYERS; MACHIN, 2000). Entretanto, se pensarmos em instrumentos que medem constructos contrários, podemos obter fortes correlações, com sentidos inversos.

A validade de conteúdo relaciona-se com a capacidade dos itens de representar adequadamente todas as dimensões do conteúdo a que se destinam. Para que possa ser determinada, o instrumento deve ser submetido a, pelo menos, dois juízes. Estes irão avaliar a relevância de cada item para o domínio e julgar se eles representam o conteúdo do domínio em questão (WALTZ, 1984; STREINER; NORMAN, 1995).

Outra categoria de validade é a validade de critério, a qual se divide em duas modalidades: concorrente e preditiva (FAYERS; MACHIN, 2000).

A validade de critério concorrente observa se a escala correlaciona-se com outras variáveis concorrentes, por exemplo: A qualidade de vida piora de acordo com o progresso da doença? (CHWALOW, 1995).

A validade de critério preditiva, ressalta a capacidade da escala em prever outras variáveis, por exemplo: Um nível pior de qualidade de vida é prognóstico de um índice de mortalidade anterior? (CHWALOW, 1995).

A outra propriedade básica de um instrumento de medida é a confiabilidade. A confiabilidade de um instrumento está relacionada à capacidade de medir com precisão, a consistência e a estabilidade ao longo do tempo do atributo que se deseja medir (PASQUALI, 1998, 1999; CLARCK-CARTER, 1999), isto é, o grau em que o instrumento produz os mesmos resultados, quando aplicado em diferentes ocasiões (duas vezes a uma mesma pessoa ou dois avaliadores aplicando em tempo igual o mesmo instrumento a uma mesma pessoa). Reprodutibilidade e precisão são outros termos usados para esta

propriedade (WALTZ, 1984; WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 1991; FLETCHER, 2003). A confiabilidade de um instrumento poderá ser avaliada pelo grau de consistência com que ele mede o atributo proposto. Sua confiabilidade de medida pode ser avaliada por diferentes caminhos: estabilidade (teste-reteste), consistência interna (alfa de Cronbach) e equivalência (POLIT; HUNGLER, 1999). A estimativa mais utilizada é o alfa de Cronbach, que permite evidenciar se o teste como um todo mede apenas o atributo proposto. O esperado das proposições básicas é que os itens que compõem o instrumento estejam positivamente relacionados, o que confirmaria a medida de um mesmo atributo (WALTZ, 1984; WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 1991).

O Alfa de Cronbach assume valores entre 0 e 1, trabalhando com a proposição de que as correlações entre os itens são positivas. Para verificar a consistência interna de um instrumento o Alfa de Cronbach é uma das medidas estatísticas mais utilizadas. Os valores considerados aceitáveis estão entre 0,70 e 0,90 (CUMMINGS; STWART; RULLEY, 2003).

O coeficiente alfa de correlação é tomado como evidência de que o instrumento, como um todo, mede apenas um único fenômeno. Em casos em que os testes são destinados a mais de um atributo (subescalas ou domínios), o alfa deve ser determinado para cada um deles. A premissa básica para esta análise, portanto, é a de que os itens que compõem o instrumento estão positivamente relacionados entre si, uma vez que medem um mesmo atributo. O coeficiente de consistência interna, obtido ao se medir a correlação entre os itens, expressa a confiabilidade da medida (WALTZ, 1984; STREINER; NORMAN, 1995).

4- Casuística e métodos

4.1- Proteção dos participantes do estudo

As atividades referentes ao desenvolvimento do estudo foram iniciadas após o recebimento do parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no dia 30/09/2002, tendo sido aprovado no dia 04/11/2002, de acordo com o processo HCRP nº 8831/2002 (Anexo 1).

Os participantes foram convidados a participar deste estudo, sendo assegurada a privacidade e a não identificação dos sujeitos, antes do preenchimento dos questionários. As informações obtidas foram registradas de modo a não permitir identificar os participantes, tendo os instrumentos de coleta apenas um número de controle do pesquisador. Os objetivos do estudo foram apresentados aos clientes através do termo de esclarecimento do sujeito da pesquisa, sendo este termo assinado pelo cliente e pesquisador, após a concordância dos mesmos (Apêndice 1), conforme regulamenta os dispositivos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil. MS, 1998).

4.2- A escolha do instrumento

Não há publicações sobre uma escala para mensurar qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à saúde ou estado de saúde de pessoas que sofreram queimaduras a qual tenha sido submetida a uma validação cultural considerando a língua portuguesa e a cultura brasileira. Há vários trabalhos publicados mostrando o uso da BSHS, nas suas diferentes formas de apresentação, em países como Suécia, Espanha, Noruega e Finlândia. As versões publicadas encontram-se no Quadro 2, anteriormente apresentado.

Considerando as diferentes versões da BSHS, optamos pela sua versão revisada (BSHS-R), cujos resultados apresentados por Blalock, Bunker, De Vellis (1994) comprovaram sua confiabilidade e validade, com alfa de Cronbach variando de 0,82 a 0,94,

em seus domínios. A escolha da BSHS-R foi motivada pela representatividade e objetividade do instrumento na apresentação de cada item em seus domínios. Expõe, de forma simplificada e de fácil entendimento, o cerne do paradigma “ter sofrido queimaduras”, nos seus 31 itens, de acordo com a realidade observada em nossa prática clínica. Apesar de ser mais compacto, este instrumento conseguiu absorver a essência dos domínios mais amplos das escalas BSHS-A e BSHS-B, tendo ainda a inserção de itens significativos relacionados ao trabalho, os quais vislumbrou sua grande importância para utilização em nosso meio. Nesse sentido, é importante ressaltar que os aspectos apontados como importantes em instrumentos para mensurar qualidade de vida podem diferir drasticamente de uma cultura para outra. As validações transculturais são relatadas abrangendo os aspectos relacionados com a versão de um instrumento de uma língua para outra, buscando manter o mesmo significado, para que os resultados possam ser comparáveis entre diferentes culturas. Entretanto, além de ser importante comparar resultados entre populações de países diferentes ou culturas diferentes é também importante verificar se o instrumento adaptado para estes contextos mede aquilo que se pretende medir, de forma confiável e válida.

Diante do exposto decidimos realizar esse estudo com a finalidade de adaptar e validar a BSHS-R para a cultura brasileira, disponibilizando esse instrumento para a nossa prática clínica.

4.2.1- Permissão dos autores para a tradução e uso do instrumento

A permissão para a tradução do instrumento “Burns Specific Health Scale – Revised” foi solicitada à Dra. Susan Blalock, a principal autora do instrumento. Em e-mail recebido 11 de outubro de 2003, a referida pesquisadora concedeu permissão para que o questionário fosse utilizado em língua portuguesa (cópia do e-mail encontra-se no Anexo 2). Também foi obtida permissão de Andrew Munster, um dos autores da escala original (Anexo 3).

4.2.2- Burns Specific Health Scale – Revised

A escala Burns Specific Health Scale – Revised (BLALOCK; BUNKER; DE VELLIS, 1994) consiste em 31 itens, divididos em 6 sub-escalas ou domínios: Afeto e Imagem Corporal (8 itens), Sensibilidade da Pele (5 itens); Habilidades para funções simples (4 itens), Tratamento (5 itens); Trabalho (4 itens) e Relações interpessoais (5 itens). Desses 31 itens, 17 são provenientes da escala original Burns Specific Health Scale (BLADES; MELLIS; MUNSTER, 1982; MUNSTER; HOROWITZ; TUNDAHL, 1987) e 14 itens foram incluídos pelos autores baseados na revisão realizada pelos mesmos (BLALOCK; BUNKER; DE VELLIS, 1994). Respostas são computadas em uma escala de 5 pontos. Para o cálculo dos escores, deve-se somar, individualmente, os itens de cada domínio e dividir este total obtido com o número de itens do respectivo domínio. Como na escala original, a escala reduzida terá seus valores recodificados de maneira que altos valores indiquem melhores estados de saúde. No estudo proposto para a apresentação desta versão revisada, todas as escalas obtiveram níveis adequados de consistência interna (Alfa de Cronbach variando entre 0,82 e 0,94) (BLALOCK; BUNKER; DE VELLIS, 1994). A versão original (inglês) encontra-se anexa (Anexo 4).

4.3- Etapas do processo de adaptação cultural

Optamos por seguir as etapas propostas por Ferrer et al.(1996), Dantas e Rossi (2004) e Echevarria-Guanilo (2005), citadas no referencial teórico metodológico, para o processo de adaptação cultural da BSHS-Revised. Desta forma, no presente estudo, foram seguidas as seguintes etapas: 1. tradução do instrumento para a língua portuguesa; 2. obtenção do primeiro consenso das versões em português; 3. avaliação pelo comitê de juízes; 4. retro-tradução; 5. obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a original; 6. avaliação semântica dos itens; e 7. pré-teste.

4.3.1- Tradução para a língua portuguesa da escala BSHS-revised:

Foi fornecida a versão original em inglês (VO) (anexo 4) para uma brasileira que reside nos EUA há mais de 20 anos e que estava ciente dos objetivos da pesquisa. Uma outra versão foi elaborada pelos pesquisadores responsáveis. As duas versões em português chamadas de versão português tradutor 1 e tradutor 2, respectivamente, VP-1 e VP-2 foram comparadas pelos pesquisadores envolvidos no projeto (orientando e orientadora) e, juntamente com a tradutora externa, foi elaborada uma versão consensual, em português, denominada de versão português consenso 1 (VPC-1) (Apêndice 2).

4.3.2- A avaliação por um comitê de juízes

Foi formado um grupo composto por nove pessoas, sendo cinco especialistas na temática queimadura (uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta, uma residente de enfermagem e um residente médico da cirurgia plástica, todos com atuação na Unidade de Queimados do HCFMRP-USP); uma especialista na temática qualidade de vida (enfermeira e docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP), dois pesquisadores responsáveis pelo projeto e uma paciente que sofreu queimaduras e esteve internada na referida unidade. Exceto a paciente, os demais membros do comitê tinham domínio da língua inglesa. Neste encontro, sob a coordenação dos pesquisadores do projeto, foi informado aos participantes que o objetivo da participação nesse comitê era avaliar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual dos itens da versão traduzida (VPC-1).

Cada participante recebeu uma cópia contendo os itens da versão original (VO) e a sua respectiva tradução (versão VPC-1). Iniciando pela orientação para o preenchimento do questionário e em seguida passando pelos 31 itens com suas respectivas respostas, um dos pesquisadores lia a tradução feita e os participantes discutiam as equivalências entre a versão inglesa e a traduzida. Quando algum dos participantes não concordava com a tradução, eram feitas sugestões para a mudança na redação e, a aprovação das mudanças ocorria quando, no mínimo 8 participantes (acima de 85%) concordavam com a proposta.

No Quadro 3, apresentamos os itens e respectivos domínios da BSHS-R que sofreram modificações, após a avaliação pelo comitê de juízes, resultando na versão português consenso 2 (VPC-2) (Apêndice 3).

Quadro 3- Itens dos domínios da BSHS-R na VPC-1 e suas respectivas modificações após avaliação do Comitê de Juízes. Ribeirão Preto, 2006.

Domínio da BSHS-R	Nº item	Item na VPC-1	Item após Comitê de Juízes
Trabalho	3	Trabalhar em seu antigo emprego e realizar suas tarefas como antes	Voltar ao trabalho fazendo suas tarefas como antes
Afeto e imagem corporal	7	Eu sinto que minhas cicatrizes não são atraentes para os outros	Eu sinto que minha queimadura incomoda outras pessoas
Afeto e imagem corporal	10	Eu estou chateado por me sentir sozinho	Eu fico chateado com o sentimento de solidão
Afeto e imagem corporal	19	Minha aparência geral realmente me incomoda	Minha aparência realmente me incomoda muito

Nos demais itens da versão em português, consenso 1 (VPC-1), não foram realizadas alterações.

4.3.3- A retro-tradução (back-translation) do instrumento:

A versão em português (VPC-2) da BSHS-revised foi encaminhada para dois tradutores que fizeram a tradução dessa versão para a língua de origem do instrumento, ou seja, o inglês. Foram escolhidas duas tradutoras americanas, residentes no Brasil há vários anos, sendo que uma atua como tradutora de trabalhos científicos da área médica e a outra é professora de inglês. Essas tradutoras não tinham conhecimento dos objetivos do estudo e não conheciam a versão original do instrumento. Cada uma delas elaborou sua respectiva versão, denominadas de versão para inglês – tradutor 1 (VI-1) e tradutor 2 (VI-2). Foi realizada uma reunião entre os pesquisadores e as duas tradutoras, que não conheciam a

versão da colega. Os pesquisadores apresentaram então os objetivos do estudo, a finalidade do instrumento BSHS-revised (BLALOCK; BUNKER; DE VELLIS, 1994) e de sua aplicabilidade. Então, as duas versões foram avaliadas e definimos uma versão em inglês final (VIF). Após a definição da VIF, foi entregue a cada uma delas a cópia do instrumento original (VO) para a comparação com a VIF. A partir de então, cada parte do instrumento (orientação para o preenchimento, itens e escalas de respostas) foi lida e as traduções feitas foram avaliadas buscando aquela que tinha maior pertinência na manutenção das equivalências cultural e conceitual. As tradutoras constataram que alguns itens haviam sido traduzidos para o português de maneira não adequada, resultando em uma versão em inglês que não era compatível com a da escala original. Assim, nova redação daqueles itens da versão em português (VPC-2) foi feita e obtivemos a versão em português consenso 3 (VPC-3) (Apêndice 4).

4.3.4- Análise semântica do instrumento:

Optamos por realizar a análise semântica do instrumento BSHS-Revised, em três pacientes internados na Unidade de Queimados do HCFMRP-USP, visando a compreensão da redação dos 31 itens e suas respostas. As sugestões feitas pelos sujeitos foram relacionadas às mudanças de palavras pouco usadas em seus cotidianos, por outras com o mesmo significado e mais coloquiais. Assim, obtivemos a versão em português consenso 4 (VPC-4) (Apêndice 5) a qual foi usada no pré-teste junto com os demais instrumentos de coleta dos dados.

4.3.5- Pré-teste:

Os instrumentos de coleta dos dados, contendo o roteiro de caracterização sóciodemográfica e clínica, juntamente com a escala BSHS-Revised em sua versão VPC-4, foram respondidos por três sujeitos que sofreram queimaduras, em seguimento ambulatorial, e que não fizeram parte da nossa amostra. Como não houve nenhum problema com o preenchimento e compreensão dos instrumentos, consideramos finalizada

esta etapa e passamos para a etapa de validação do instrumento. Após o pré-teste, denominamos a versão da BSHS-R como versão final em português (VFP) (Apêndice 6).

4.4- Análise das propriedades de medida

4.4.1- Análise de validade

Foram testadas as validades de face, de conteúdo e de construto. As duas primeiras foram verificadas pelo consenso obtido pela equipe multidisciplinar, contando com a participação de um paciente queimado, quanto à verificação do instrumento estar medindo o que se propõe medir (validade de face) e a relevância de cada item/domínio no construto estudado (validade de conteúdo).

O terceiro tipo de validade aplicada ao instrumento foi a validade de constructo.

Clark-Caster (1999) refere que se uma medida tem alta validade de construto, então ela avalia o construto teórico de forma adequada também. Para avaliar a validade de construto é necessário deixar o construto explícito. Como auto-estima e depressão são construtos baseados em teorias ou definições psicológicas, podemos evidenciar a validade desses construtos no instrumento (BSHS-R) relacionando as medidas obtidas a outras medidas provenientes de instrumentos que avaliam construtos similares (validade convergente) ou divergentes (validade divergente).

No presente estudo, optamos por testar a validade convergente da BSHS-R correlacionado-a com a “Escala de Auto-estima de Rosenberg” (E.A.E.R.) (Anexo 5) e a validade divergente com “O Inventário de Depressão de Beck” (I.D.B.) (Anexo 6). Desta forma, para confirmar a validade de constructo da BSHS-R, correlacionamos os seus seis domínios com as medidas, teoricamente, divergentes (no caso depressão) ou convergentes (auto-estima). Como a BSHS-R é positivamente ordenada, ou seja, maiores valores indicam melhor qualidade de vida relacionada à saúde, estabelecemos as seguintes hipóteses, com relação à direção das correlações:

1- Há correlações convergentes (positivas) entre os seis domínios da BSHS-R e a medida de Auto-estima da Escala de Rosenberg (positivamente ordenada).

2- Há correlações divergentes (negativas) entre os seis domínios da BSHS-R e a medida

obtida pelo Inventário de Depressão de Beck (negativamente ordenada). Também elaboramos hipóteses com relação à força/magnitude de correlação entre os domínios da BSHS-R e as medidas de auto-estima (EAER) e depressão (IDB), seguindo a classificação proposta por Munro (2001), apresentada a seguir:

0,00 a 0,25 = correlação muito baixa,
 0,26 a 0,49 = correlação baixa,
 0,50 a 0,69 = correlação moderada,
 0,70 a 0,89 = correlação alta
 0,90 a 1,00 = correlação muito alta

No Quadro 4, estão apresentadas as hipóteses das possíveis correlações entre os domínios da BSHS-R e as medidas de auto-estima e de depressão.

Quadro 4- Força de correlação hipotética entre os domínios da BSHS-R e as medidas de auto-estima e de depressão apresentadas pelos respectivos instrumentos Escala de auto-estima de Rosenberg (EAER) e Inventário de Depressão de Beck (IDB). Ribeirão Preto, 2006.

Domínios da BSHS-R	EAER	IDB
<i>Afeto e imagem corporal</i>	Muito alta	Muito alta
<i>Habilidades para funções simples</i>	Alta/moderada	Alta/moderada
<i>Sensibilidade da pele</i>	Baixa	Baixa
<i>Trabalho</i>	Alta/moderada	Alta/moderada
<i>Tratamento</i>	Baixa	Baixa
<i>Relações interpessoais</i>	Muito alta/alta	Muito alta/alta

4.4.1.1- Escala de Auto-estima de Rosenberg

A auto-estima pode ser definida como a totalidade dos pensamentos e sentimentos do indivíduo com referência a ele mesmo. É o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, ou seja, o quanto ela gosta de si, como ela se vê e o que pensa sobre ela mesma (ROSENBERG, 1965). A auto-estima foi avaliada com a Escala de Auto-estima elaborada por Rosenberg (ROSENBERG, 1995), em sua versão validada para o português (DINI, 2000).

O instrumento contém 10 itens, usando uma escala de 4 pontos, do tipo Likert (1 = concordo fortemente, 2 = concordo, 3 = discordo, 4 = discordo fortemente). Alta pontuação indica elevada auto-estima. A referida escala foi traduzida para o português por Dini (2000) e está adaptada para a população brasileira.

O uso da escala proposta por Rosenberg (1965) tem sido defendido para avaliar a auto-estima de pacientes queimados por ser unidimensional e abordar um constructo, a auto-estima, dificultando a sobreposição (overlap) com o constructo “imagem corporal”, também muito estudado nesta população (ORR; REZNIKOFF; SMITH, 1989).

4.4.1.2- Inventário de Depressão de Beck

O Inventário de Depressão de Beck (BECK; STEER; GARBIN, 1961) é provavelmente a medida de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica, tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países (GORESTEIN; ANDRADE, 1998).

A versão adaptada para o português do Inventário de Depressão de Beck (GORESTEIN; ANDRADE, 1998) consiste de 21 grupos de afirmações, sendo que cada um deles é composto por quatro alternativas incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de zero a três. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda do apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido (GORESTEIN; ANDRADE, 1998).

O participante deverá fazer um círculo em torno do número da afirmação que melhor descrever a maneira como tem se sentido na última semana, incluindo o dia do preenchimento do questionário.

Nesta escala, quanto maior o escore maior o grau de depressão, sendo que, de acordo com a pontuação, para amostras de pacientes com transtorno afetivo, pode-se classificar a depressão da seguinte forma: menor que 10 pontos = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 pontos = depressão leve a moderada; de 19 a 29 pontos =

depressão moderada a grave; de 30 a 63 pontos = depressão grave (GORESTEIN; ANDRADE, 1998).

Já para amostras não diagnosticadas, as diretrizes são diferentes. Kendall et al. (1987) recomendam escores acima de 15 para detectar disforia e concluem que o termo “depressão” deve ser apenas utilizado para os indivíduos com escores acima de 20, preferencialmente com diagnóstico clínico concomitante (GORESTEIN; ANDRADE, 1998).

4.4.2- Análise de confiabilidade

A análise de consistência interna do instrumento traduzido foi realizada através do coeficiente Alfa de Crobach, indicador mais frequentemente utilizado na análise da consistência interna de instrumentos, pois reflete o grau de covariância dos itens entre si. Este assume valores entre zero e um, dentre os quais, os valores acima de 0,70 refletem um alto grau de consistência interna (POLIT; HUNGLER, 1999; PASQUALI, 2001). Valores baixos para consistência interna indicam que alguns dos itens individuais podem estar medindo características diferentes (CUMMINGS et al., 2002).

McHorney, Kosinski e Ware (1994), em um estudo de validação interna de um instrumento de avaliação de qualidade de vida, definiram 0.40 como ponto de corte para as medidas que seriam descartadas.

As etapas percorridas, no processo de adaptação cultural da BSHS-R, estão esquematizadas na Figura 1.

4.5- Procedimentos para coleta de dados

4.5.1- Local do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório da Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Unidade de Emergência, da Universidade de São Paulo. O preenchimento dos questionários podia ser realizado antes ou após a consulta médica, sendo o participante informado previamente sobre o estudo em questão e sobre como responder as perguntas. Quando o participante não conseguia preencher o instrumento devido a dificuldades físicas (como retrações teciduais nos dedos das mãos) ou cognitivas (não saber ler e/ou escrever), ele era informado que o pesquisador o auxiliaria no preenchimento do instrumento, se ele assim o desejasse.

4.5.2- População e Amostra do estudo

A população deste estudo é formada por indivíduos que sofreram queimaduras e que estiveram internados na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. As entrevistas foram realizadas após a alta hospitalar, durante seguimento ambulatorial. Uma amostra de conveniência foi constituída por 82 pessoas que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Maiores de 18 anos de idade, no momento da entrevista;
- Sofreram queimaduras no período compreendido entre 1998 e 2005;
- Foram internados na Unidade de Queimados do HCFMRP-USP, em algum estágio do tratamento;
- Não eram portadores de doenças psiquiátricas que limitassem de maneira importante a cognição ou o raciocínio lógico e pragmático, tais como a esquizofrenia, e estado agudo de doenças depressivas, previamente diagnosticadas.
- Concordaram em participar do estudo, após explicação do mesmo.

Em função do número de leitos da Unidade de Queimados ser restrito a oito, sendo

que a média de tempo de internação é de aproximadamente 30 dias e das dificuldades encontradas para recrutar clientes que já tiveram altas hospitalares, a amostra deste estudo foi, portanto, de 82 pacientes.

4.5.3- Dados sócio-demográficos e clínicos

Os dados sócio-demográficos foram respondidos pelo participante e os dados clínicos foram obtidos pelo prontuário médico (Apêndice 7).

Os dados constituem-se em:

Variáveis qualitativas: sexo, estado civil, nível de escolaridade, agente etiológico, profundidade da queimadura, localização da queimadura, motivo da queimadura, presença de seqüelas e motivo do preenchimento dos questionários, caso não tenha sido preenchido pelo próprio participante.

Variáveis quantitativas: idade, tempo entre a data da queimadura e a entrevista, tempo de internação, tempo de preenchimento dos questionários e área total queimada.

4.6- Análise dos dados

Os dados foram analisados usando o Programa de software Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 13.0, para cálculo das análises descritivas, de tendência central (mediana e média) e de variabilidade (desvio-padrão), e psicométricas da versão portuguesa do instrumento e das demais variáveis do estudo. Para a correlação entre as variáveis escalares foi usado o Coeficiente de Correlação de Pearson. O nível de significância adotado foi de 0,05. A força das correlações foi verificada seguindo a classificação proposta por Munro (2001), conforme apresentado anteriormente.

5- Resultados

5.1- Caracterização demográfica e clínica da amostra estudada

No período compreendido entre janeiro de 2004 até novembro de 2005, foram coletados dados de 82 participantes. A caracterização sócio-demográfica dos participantes encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição dos 82 participantes do estudo, segundo sexo, idade, estado civil e nível de escolaridade. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.

Variável	n (%)	Média (DP)	Mediana	Intervalo
Sexo				
Masculino	56 (68,3)			
Feminino	26 (31,7)			
Idade (anos)	82	38,5 (13,9)	34,9	18,1 – 78,6
Estado civil				
Solteiro	21 (25,6)			
Casado	52 (63,4)			
Divorciado	7 (8,5)			
Viúvo	2 (2,4)			
Anos de estudo formal		7 (3,9)	7,5	0 - 15
Nível de escolaridade				
Analfabeto	4 (4,9)			
1º grau incompleto	35 (42,7)			
1º grau completo	9 (11,0)			
2º grau incompleto	10 (12,2)			
2º grau completo	17 (20,7)			
Superior incompleto	5 (6,1)			
Superior completo	2 (2,4)			

Constatamos predomínio de indivíduos do sexo masculino (56/82; 68,3%), casados (52/82; 63,4%), com idade entre 18 e 78 anos (média = 38,5; DP = 13,9) e baixa escolaridade (39/82; 47,6%, com primeiro grau incompleto ou analfabeto).

A caracterização clínica dos participantes se encontra nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 2- Distribuição dos 82 participantes do estudo, segundo extensão, profundidade, motivo da queimadura, tempo da queimadura, tempo de internação e seqüelas. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.

Variável	n (%)	Média (DP)	Mediana	Intervalo
Extensão das áreas em % *	72 (87,8)	19,2 (15,8)	16,5	0,2 – 65,5
Profundidade das queimaduras				
2º grau	10 (12,2)			
3º grau	20 (24,4)			
2º e 3º grau	52 (63,4)			
Motivo da queimadura				
Acidente	76 (92,7)			
Tentativa de suicídio	4 (4,9)			
Tentativa de homicídio	2 (2,4)			
Tempo da queimadura (anos) **	81 (98,8)	1,1 (1,4)	0,4	0,05 – 6,1
Tempo de internação (meses) **	81 (98,8)	1,1 (0,8)	0,9	0,1 – 4,1
Seqüelas				
Somente funcionais	1 (1,2)			
Somente estéticas	28 (34,1)			
Ambas	53 (64,6)			

* Cálculo sobre n = 72 ** Cálculo sobre n = 81

Dos 82 participantes, dez não possuíam a porcentagem da área queimada descrita no prontuário médico. A área média de queimaduras, obtida dos 72 participantes restantes, foi de 19,3% da superfície corporal. Outro índice que mensura a gravidade da queimadura é a profundidade da mesma. Neste quesito, 24,4% dos casos apresentaram queimaduras de 3º grau típico e 63,4% de casos com queimaduras mescladas de 2º e 3º graus. O tempo médio de internação após o trauma foi de 1 mês e 10 dias. O tempo de recuperação após a alta variou de 17 dias a 6 anos, sendo que 67,9% dos entrevistados apresentavam queimaduras há menos de 1 ano. Todos apresentavam seqüelas, sendo que 1 caso (1,2%) tinha seqüela apenas funcional, 28 (34,1%) possuíam seqüelas apenas estéticas e 53 (64,6%) seqüelas tanto estéticas quanto funcionais.

Dentro das causas das queimaduras, para 76 participantes (92,7%), elas foram decorrentes de acidentes; para 4 participantes (4,9%), aconteceram devido às tentativas de suicídio e, para 2 (2,4%), ocorreram por tentativas de homicídio.

Tabela 3- Distribuição dos 82 participantes do estudo, segundo agente etiológico e as áreas atingidas. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.

Variável	n (%)
Agente etiológico	
Álcool	28 (34,1)
Outros (solvente, parafina, superfície aquecida, etc)	17 (20,7)
Escaldadura	16 (19,5)
Eletricidade	9 (11)
Fogo direto	8 (9,8)
Explosão de gás de cozinha	4 (4,9)
Áreas atingidas	
Mão	51 (62,2)
Antebraço	50 (61)
Braço	46 (56,1)
Tronco anterior	44 (53,7)
Tronco posterior	34 (41,5)
Face	34 (41,5)
Coxa	34 (41,5)
Perna	31 (37,8)
Cervical	20 (24,4)
Pé	18 (22)
Nádega	4 (4,9)

Com referência aos dados clínicos, o agente etiológico responsável pelas queimaduras foi, predominantemente, o álcool (28/82; 34,1%), seguido pela escaldadura (16/82; 19,5%) e pela eletricidade (9/82; 11%). As áreas queimadas mais atingidas

foram: mão, antebraço e braço, afetando, respectivamente, 51(62,2%), 50 (61%) e 46 (56,1%) participantes.

5.2- Estatística descritiva da BSHS-R na amostra estudada

A análise dos resultados da BSHS-R pode ser realizada através da soma das respostas obtidas do total dos itens dentro de cada domínio, dividida pelo número dos respectivos itens, nos respectivos domínios. O valor total de seus 31 itens (intervalo possível de 31 a 155) e a média dos itens (intervalo de 1 a 5), indicam que maiores valores correspondem a melhores estados de saúde.

Na tabela 4, apresentamos as análises da BSHS-R: total da escala, média dos 31 itens e de cada um dos itens.

Tabela 4- Estatística descritiva da BSHS-R, valor total, média dos itens e de cada um dos 31 itens para a amostra estudada (n = 82). Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.

BSHS-R	Intervalo obtido	Mediana	Média	Desvio-padrão
Total dos 31 itens	64 - 155	124	119,4	24,6
Média dos 31 itens	2,1 – 5,0	4,0	3,8	0,8
Item 1	1 - 5	5,0	4,3	1,1
Item 2	1 - 5	5,0	4,5	0,8
Item 3	1 - 5	3,0	3,3	1,3
Item 4	2 - 5	5,0	4,4	0,9
Item 5	2 - 5	5,0	4,4	0,9
Item 6	1 - 5	2,0	2,5	1,3
Item 7	1 - 5	4,0	3,4	1,4
Item 8	1 - 5	4,0	3,7	1,5
Item 9	1 - 5	4,0	3,3	1,5
Item 10	1 - 5	5,0	3,9	1,5
Item 11	2 - 5	5,0	4,3	1,0
Item 12	1 - 5	4,0	3,4	1,6
Item 13	1 - 5	4,0	3,4	1,6
Item 14	1 - 5	5,0	4,4	1,2
Item 15	1 - 5	4,0	3,5	1,5
Item 16	1 - 5	2,5	2,7	1,4
Item 17	1 - 5	4,0	3,2	1,6
Item 18	1 - 5	4,0	3,1	1,4
Item 19	1 - 5	5,0	3,8	1,6
Item 20	1 - 5	5,0	4,3	1,1
Item 21	1 - 5	5,0	4,5	1,1
Item 22	1 - 5	5,0	4,6	1,1
Item 23	1 - 5	5,0	4,4	0,9
Item 24	1 - 5	5,0	4,7	0,9
Item 25	1 - 5	3,0	2,9	1,4
Item 26	1 - 5	5,0	4,0	1,4
Item 27	1 - 5	5,0	4,0	1,4
Item 28	1 - 5	5,0	4,4	1,2
Item 29	1 - 5	3,0	3,1	1,5
Item 30	1 - 5	5,0	4,4	1,2
Item 31	1 - 5	5,0	4,3	1,2

A média total da BSHS-R, bem como a mediana, obtiveram valores acima do valor médio do intervalo possível (31 a 155). De modo geral, em quase todos os itens constatamos valores acima da média possível para o intervalo das respostas (1 a 5).

5.2.1- Frequência das respostas dos itens por domínios da BSHS-R

Nas Tabelas 5, 6, 7, 8, 9 e 10 podemos visualizar a frequência das respostas aos itens de cada um dos seis domínios da BSHS-R. Podemos observar também, que há uma pequena variabilidade nas respostas dos participantes em todos os itens da escala.

Tabela 5- Distribuição das frequências de respostas aos itens do domínio *Afeto e imagem corporal* da BSHS-R para a amostra estudada (n=82). Ribeirão Preto, 2004-2005.

Itens	Descreve-me muito bem	Descreve-me bem	Descreve-me mais ou menos	Descreve-me um pouco	Não me descreve
7. Eu sinto que minha queimadura incomoda outras pessoas	11 (13,4 %)	15 (18,3 %)	14 (17,1 %)	16 (19,5 %)	26 (31,7 %)
8. Às vezes, eu penso que tenho um problema emocional (tristeza, depressão, etc)	13 (15,9 %)	8 (9,8 %)	10 (12,2 %)	12 (14,6 %)	39 (47,6 %)
10. Eu fico chateado com o sentimento de solidão	11 (13,4 %)	5 (6,1 %)	11 (13,4 %)	9 (11,0 %)	46 (56,1 %)
12. Às vezes, eu gostaria de esquecer que minha aparência mudou	17 (20,7 %)	12 (14,6 %)	3 (3,7 %)	17 (20,7 %)	33 (40,2 %)
17. A aparência das minhas cicatrizes me incomoda	20 (24,4 %)	8 (9,8 %)	12 (14,6 %)	16 (19,5 %)	26 (31,7 %)
19. Minha aparência me incomoda muito	15 (18,3 %)	5 (6,1 %)	5 (6,1 %)	11 (13,4 %)	46 (56,1 %)
26. Eu me sinto triste e deprimido com frequência	8 (9,8 %)	6 (7,3 %)	11 (13,4 %)	8 (9,8 %)	49 (59,8 %)
27. Eu me sinto preso, sem saída	9 (11,0 %)	7 (8,5 %)	6 (7,3 %)	7 (8,5 %)	53 (64,6 %)

No domínio *Afeto e imagem corporal*, verificamos uma maior frequência, em todos os 8 itens, para a resposta “não me descreve”, refletindo que entre 31,7% e 64,6% dos participantes, os aspectos relacionados à aparência pessoal e os sentimentos de tristeza e solidão, após a queimadura, não são percebidos.

Tabela 6- Distribuição das frequências de respostas aos itens do domínio *Sensibilidade da pele* da BSHS-R para a amostra estudada (n=82). Ribeirão Preto, 2004-2005.

Itens	Descreve-me muito bem	Descreve-me bem	Descreve-me mais ou menos	Descreve-me um pouco	Não me descreve
6.Minha pele está mais sensível agora do que antes	22 (26,8 %)	26 (31,7 %)	10 (12,2 %)	16 (19,5 %)	8 (9,8 %)
16. Ficar no sol me incomoda	22 (26,8 %)	19 (23,2 %)	11 (13,4 %)	19 (23,2 %)	11 (13,4 %)
18. Eu não posso sair para fazer atividades quando está calor	19 (23,2 %)	10 (12,2 %)	11 (13,4 %)	31 (37,8 %)	11 (13,4 %)
25. O calor me incomoda	19 (23,2 %)	18 (22,0 %)	8 (9,8 %)	24 (29,3 %)	13 (15,9 %)
29. Fico incomodado por não poder ficar exposto ao sol	20 (24,4 %)	12 (14,6 %)	11 (13,4 %)	20 (24,4 %)	19 (23,2 %)

As respostas aos itens do domínio *Sensibilidade da pele* têm distribuições variadas, sendo possível observar uma distribuição mais homogênea apenas para a resposta “Descreve-me muito bem”, com uma frequência em torno de 25%.

Tabela 7- Distribuição das frequências de respostas aos itens do domínio *Habilidades para funções simples* da BSHS-R para a amostra estudada (n=82). Ribeirão Preto, 2004-2005.

Itens	Dificuldade exagerada	Muita dificuldade	Mais ou menos dificuldade	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
1.Amarrar sapatos, fazer laços, etc	2 (2,4 %)	7 (8,5 %)	5 (6,1 %)	20 (24,4 %)	48 (58,5 %)
2. Sentar-se e levantar-se de cadeiras	1 (1,2 %)	2 (2,4 %)	4 (4,9 %)	21 (25,6 %)	54 (65,9 %)
4. Tomar banho sem ajuda	0	5 (6,1 %)	9 (11,0 %)	16 (19,5 %)	52 (63,4 %)
5. Vestir-se sem ajuda	0	5 (6,1 %)	8 (9,8 %)	21 (25,6 %)	48 (58,5 %)

As respostas do grau de dificuldade para desempenhar funções simples, para mais de 50% dos participantes, foram para a opção “Nenhuma dificuldade”.

Tabela 8- Distribuição das frequências de respostas aos itens do domínio *Trabalho* da BSHS-R para a amostra estudada (n=82). Ribeirão Preto, 2004-2005.

Itens	Descreve-me muito bem	Descreve-me bem	Descreve-me mais ou menos	Descreve-me um pouco	Não me descreve
3.Voltar ao trabalho, fazendo suas tarefas como antes	8 (9,8 %)	19 (23,2 %)	16 (19,5 %)	18 (22,0 %)	21 (25,6 %)
9.Minha queimadura tem causado problemas para eu fazer minhas tarefas no meu trabalho e em casa	18 (22,0 %)	7 (8,5 %)	14 (17,1 %)	19 (23,2 %)	24 (29,3 %)
13. A queimadura afetou minha capacidade para trabalhar	17 (20,7 %)	12 (14,6 %)	5 (6,1 %)	19 (23,2 %)	29 (35,4 %)
15.Minha queimadura interfere nas minhas tarefas do trabalho e em casa	11 (13,4 %)	15 (18,3 %)	9 (11,0 %)	18 (22,0 %)	29 (35,4 %)

Constatamos que as respostas para os itens do domínio *Trabalho* foram concentradas, em torno de 50%, nas opções: “Descreve-me um pouco” e “Não me descreve”. No entanto, os itens 9 e 13 também apresentaram para 22% e 20,7%, respectivamente, as escolhas dos participantes pela opção “Descreve-me muito bem”.

Tabela 9- Distribuição das frequências de respostas aos itens do domínio *Tratamento* da BSHS-R para a amostra estudada (n=82). Ribeirão Preto, 2004-2005.

Itens	Descreve-me muito bem	Descreve-me bem	Descreve-me mais ou menos	Descreve-me um pouco	Não me descreve
11. Eu tenho dificuldade de cuidar da minha queimadura como me foi orientado	0	9 (11,0 %)	8 (9,8 5)	10 (12,2 %)	55 (67,1 %)
20.É um incômodo cuidar da minha queimadura	2 (2,4 %)	8 (9,8 5)	6 (7,3 %)	12 (14,6 %)	54 (65,9 %)
21.Existem coisas que me disseram para fazer em minhas queimaduras que eu não gosto	2 (2,4 %)	5 (6,1 %)	8 (9,8 5)	4 (4,9 %)	63 (76,8 %)
23.Cuidar da minha queimadura dificulta fazer outras coisas que são importantes para mim	1 (1,2 %)	5 (6,1 %)	8 (9,8 5)	10 (12,2 %)	58 (70,7 %)
31.Eu gostaria de não ter que fazer tantas coisas para cuidar da minha queimadura	5 (6,1 %)	4 (4,9 %)	5 (6,1 %)	11 (13,4 %)	57 (69,5 %)

Os itens que compõem o domínio *Tratamento* foram respondidos, por mais de 60% dos participantes, com a opção “Não me descreve”. Tal resultado indica que os cuidados com as queimaduras não são avaliados como difíceis ou incômodos entre os participantes.

Tabela 10- Distribuição das frequências de respostas aos itens do domínio *Relações interpessoais* da BSHS-R para a amostra estudada (n=82). Ribeirão Preto, 2004-2005.

Itens	Descreve-me muito bem	Descreve-me bem	Descreve-me mais ou menos	Descreve-me um pouco	Não me descreve
14.Eu não tenho vontade de estar junto dos meus amigos	4 (4,9 %)	5 (6,1 %)	6 (7,3 %)	6 (7,3 %)	61 (74,4 %)
22. Eu prefiro ficar sozinho do que com minha família	4 (4,9 %)	4 (4,9 %)	1 (1,2 %)	3 (3,7 %)	70 (85,4 %)
24.Eu não gosto da maneira como a minha família age quando estou por perto	4 (4,9 %)	1 (1,2 %)	1 (1,2 %)	5 (6,1 %)	71 (86,6 %)
28. Eu não sinto vontade de visitar outras pessoas	5 (6,1 %)	5 (6,1 %)	5 (6,1 %)	7 (8,5 %)	60 (73,2 %)
30.Eu não tenho ninguém para conversar sobre os meus problemas	6 (7,3 %)	2 (2,4 %)	5 (6,1 %)	7 (8,5 %)	62 (75,6 %)

Para a maioria dos sujeitos, a opção “Não me descreve” foi escolhida para responder os cinco itens que compõem o domínio *Relações interpessoais*. Isso reflete que, no geral, não há percepção de problemas em suas relações familiares e de amizade após o trauma.

5.3- Análise da confiabilidade da BSHS-R na amostra estudada

Para a análise da confiabilidade do instrumento foi calculado o alfa de Cronbach para a verificação da consistência interna do instrumento adaptado. Na Tabela 11, estão apresentados os resultados obtidos relacionados ao valor do alfa de Cronbach do instrumento como um todo, ou seja, com seus 31 itens, os valores do coeficiente de correlação produto-momento de Pearson entre cada um dos itens e o total da escala, e os valores do alfa quando cada um dos itens for excluído.

Tabela 11- Coeficiente de correlação item-total, o valor do alfa do total dos 31 itens da BSHS-R e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.

BSHS-R		Correlação item-total*	Alfa de Cronbach se o item for excluído
BSHS-R Total ($\alpha = 0,943$)			
Itens			
1	Amarrar sapatos, fazer laços, etc	0,329	0,943
2	Sentar-se e levantar-se de cadeiras	0,447	0,943
3	Voltar ao trabalho, fazendo suas tarefas como antes	0,558	0,942
4	Tomar banho sem ajuda	0,558	0,942
5	Vestir-se sem ajuda	0,555	0,942
6	Minha pele está mais sensível agora do que antes	0,546	0,942
7	Eu sinto que minha queimadura incomoda outras pessoas	0,633	0,941
8	Às vezes, eu penso que tenho um problema emocional (tristeza, depressão, etc)	0,713	0,940
9	Minha queimadura tem causado problemas para eu fazer minhas tarefas no meu trabalho e em casa	0,694	0,940
10	Eu fico chateado com o sentimento de solidão	0,589	0,941
11	Eu tenho dificuldade de cuidar da minha queimadura como me foi orientado	0,527	0,942
12	Às vezes, eu gostaria de esquecer que minha aparência mudou	0,665	0,940
13	A queimadura afetou minha capacidade para trabalhar	0,687	0,940
14	Eu não tenho vontade de estar junto dos meus amigos	0,429	0,943
15	Minha queimadura interfere nas minhas tarefas do trabalho e em casa	0,636	0,941
16	Ficar no sol me incomoda	0,534	0,942
17	A aparência das minhas cicatrizes me incomoda	0,763	0,939
18	Eu não posso sair para fazer atividades quando está calor	0,744	0,940
19	Minha aparência me incomoda muito	0,719	0,940
20	É um incômodo cuidar da minha queimadura	0,629	0,941
21	Existem coisas que me disseram para fazer em minhas queimaduras que eu não gosto	0,418	0,943

*Correlação produto-momento de Pearson

Tabela 11- Coeficiente de correlação item-total, o valor do alfa do total dos 31 itens da BSHS-R e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005 (Continuação).

Itens	BSHS-R	Correlação item-total*	Alfa de Cronbach se o item for excluído
22	Eu prefiro ficar sozinho do que com minha família	0,299	0,944
23	Cuidar da minha queimadura dificulta fazer outras coisas que são importantes para mim	0,462	0,942
24	Eu não gosto da maneira como a minha família age quando estou por perto	0,415	0,943
25	O calor me incomoda	0,650	0,941
26	Eu me sinto triste e deprimido com frequência	0,737	0,940
27	Eu me sinto preso, sem saída	0,657	0,941
28	Eu não sinto vontade de visitar outras pessoas	0,422	0,943
29	Fico incomodado por não poder ficar exposto ao sol	0,505	0,942
30	Eu não tenho ninguém para conversar sobre os meus problemas	0,434	0,943
31	Eu gostaria de não ter que fazer tantas coisas para cuidar da minha queimadura	0,698	0,940

*Correlação produto-momento de Pearson

Observa-se que apesar de haver variação entre os valores do coeficiente de correlação de Pearson de cada item da BSHS-R com o total da escala (0,299 a 0,763) a exclusão de cada item não interfere, de forma expressiva, nos valores obtidos do alfa de Cronbach quando cada um deles é excluído.

Como já apresentado anteriormente, a BSHS-R é constituída por seis domínios ou sub-escalas: *Afeto e imagem corporal* composta por 8 itens (nº 7, 8, 10, 12, 17, 19, 26 e 27), *Sensibilidade da pele* com 5 itens (nº 6, 16, 18, 25 e 29), *Habilidade para funções simples* com 4 itens (nº 1, 2, 4 e 5), *Trabalho* com 4 itens (nº 3, 9, 13 e 15), *Tratamento* com 5 itens (nº 11, 20, 21, 23 e 31) e *Relações interpessoais* com 5 itens (nº 14, 22, 24, 28 e 30). As respostas para os domínios variam de acordo com o número de itens, sendo que para os domínios *Habilidade para funções simples* e *Trabalho*, o intervalo possível é de 4 a 20; para os domínios *Tratamento*, *Sensibilidade da pele* e *Relações interpessoais* o intervalo é de 5 a 25 e de 8 a 40 para *Afeto e imagem corporal*.

Os resultados referentes aos domínios da BSHS-R estão apresentados na Tabela 12.

Tabela 12 - Estatística descritiva e confiabilidade dos domínios da BSHS-R para amostra estudada (n=82).
Ribeirão Preto, 2004-2005.

Domínios da BSHS-R	Nº de itens	Alfa de Chronbach	Intervalo possível	Intervalo obtido	Mediana	Média (DP)
<i>Afeto e Imagem corporal</i>	8	0,92	8 - 40	8 - 40	33,5	29,6 (9,7)
Itens do domínio			1 - 5	1 - 5	4,2	3,7 (1,2)
<i>Sensibilidade da pele</i>	5	0,86	5 - 25	5 - 25	15	14,3 (5,8)
<i>Itens do domínio</i>			1 - 5	1 - 5	3	2,9 (1,2)
<i>Habilidade para funções simples</i>	4	0,74	4 - 20	10 - 20	19	17,6 (2,8)
<i>Itens do domínio</i>			1 - 5	2,5 - 5	4,8	4,4 (0,7)
<i>Trabalho</i>	4	0,94	4 - 20	4 - 20	15	13,4 (5,4)
<i>Itens do domínio</i>			1 - 5	1 - 5	3,8	3,4 (1,4)
<i>Tratamento</i>	5	0,83	5 - 25	9 - 25	24	21,9 (4,2)
Itens do domínio			1 - 5	1,8 - 5	4,8	4,4 (0,8)
<i>Relações inter-pessoais</i>	5	0,83	5 - 25	5 - 25	25	22,5 (4,4)
Itens do domínio			1 - 5	1 - 5	5	4,5 (0,9)

Os valores do alfa de Cronbach variaram de 0,74 (*Habilidades para funções simples*) a 0,94 (*Trabalho*), sendo valores considerados como adequados para a avaliação da consistência interna dos itens nos domínios.

Na Tabela 13, estão apresentados os resultados obtidos relacionados ao valor do alfa de Cronbach para o domínio *Afeto e Imagem corporal* da BSHS-R, os valores do coeficiente de correlação produto-momento de Pearson entre os itens e o total do domínio, e os valores do alfa, quando cada um dos itens for excluído.

Tabela 13- Coeficiente de correlação item-total, o valor do alfa do total dos 8 itens do domínio Afeto e Imagem corporal da BSHS-R e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.

Afeto e Imagem corporal		Correlação item-total*	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Total do domínio ($\alpha = 0,923$)			
Item 7	Eu sinto que minha queimadura incomoda outras pessoas	0,714	0,915
Item 8	Às vezes, eu penso que tenho um problema emocional (tristeza, depressão, etc)	0,774	0,911
Item 10	Eu fico chateado com o sentimento de solidão	0,629	0,922
Item 12	Às vezes, eu gostaria de esquecer que minha aparência mudou	0,743	0,913
Item 17	A aparência das minhas cicatrizes me incomoda	0,815	0,907
Item 19	Minha aparência me incomoda muito	0,823	0,907
Item 26	Eu me sinto triste e deprimido com frequência	0,787	0,910
Item 27	Eu me sinto preso, sem saída	0,650	0,920

* Correlação produto-momento de Pearson

O valor do alfa de Cronbach para o domínio *Afeto e imagem corporal* foi elevado (0,923) e teria pequena variação com a eventual retirada pontual de um dos itens que compõem o domínio, variando de 0,907 a 0,922.

Os valores de correlações entre cada um dos itens com o total do domínio variaram de 0,629 a 0,823 indicando correlações de intensidade entre moderada a alta, conforme classificação proposta por Munro (2001).

Na Tabela 14, estão apresentados os resultados obtidos relacionados ao valor do alfa de Cronbach para o domínio *Sensibilidade da pele* da BSHS-R, os valores do coeficiente de correlação produto-momento de Pearson entre os itens e o total do domínio, e os valores do alfa, quando cada um dos itens for excluído.

Tabela 14- Coeficiente de correlação item-total, o valor do alfa do total dos 5 itens do domínio *Sensibilidade da pele* da BSHS-R e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.

<i>Sensibilidade da pele</i>		Correlação item-total*	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Total do domínio ($\alpha = 0,865$)			
Item 6	Minha pele está mais sensível agora do que antes	0,627	0,851
Item 16	Ficar no sol me incomoda	0,656	0,844
Item 18	Eu não posso sair para fazer atividades quando está calor	0,741	0,823
Item 25	O calor me incomoda	0,790	0,810
Item 29	Fico incomodado por não poder ficar exposto ao sol	0,623	0,854

*Correlação produto-momento de Pearson

O valor do alfa de Cronbach para o domínio *Sensibilidade da pele* foi 0,865 e sofreu uma variação um pouco maior com a retirada de cada um dos itens do domínio, variando de 0,810 a 0,854. Os valores de correlações entre cada um dos itens com o total do domínio variaram de 0,623 a 0,790 indicando correlações de intensidade entre moderada a alta.

Nas Tabelas 15 e 16, estão apresentados os resultados obtidos relacionados ao valor do alfa de Cronbach, os valores do coeficiente de correlação produto-momento de Pearson, os valores do alfa, quando cada um dos itens for excluído, respectivamente, para os domínios *Habilidade para funções simples* e *Trabalho*.

Tabela 15- Coeficiente de correlação item-total, o valor do alfa do total dos 4 itens do domínio *Habilidade para funções simples* da BSHS-R e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.

<i>Habilidades para funções simples</i>		Correlação item-total*	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Total do domínio ($\alpha = 0,740$)			
Item 1	Amarrar sapatos, fazer laços, etc	0,388	0,778
Item 2	Sentar-se e levantar-se de cadeiras	0,367	0,762
Item 4	Tomar banho sem ajuda	0,697	0,583
Item 5	Vestir-se sem ajuda	0,739	0,560

*Correlação produto-momento de Pearson

Para este domínio, o valor do alfa de Cronbach foi mais baixo (0,740). Apresentou uma alteração mais visível nos valores do alfa, ao ser removido cada item do domínio, variando de 0,560 a 0,778. Os valores de correlações entre cada um dos itens com o total do domínio variaram de 0,367 a 0,739, indicando correlações de baixa a alta intensidade.

Tabela 16- Coeficiente de correlação item-total, o valor do alfa do total dos 4 itens do domínio *Trabalho* da BSHS-R e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.

<i>Trabalho</i>		Correlação item-total*	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Total do domínio ($\alpha = 0,941$)			
Item 3	Voltar ao trabalho, fazendo suas tarefas como antes	0,767	0,951
Item 9	Minha queimadura tem causado problemas para eu fazer minhas tarefas no meu trabalho e em casa	0,909	0,907
Item 13	A queimadura afetou minha capacidade para trabalhar	0,905	0,909
Item 15	Minha queimadura interfere nas minhas tarefas do trabalho e em casa	0,866	0,921

*Correlação produto-momento de Pearson

O valor do alfa de Cronbach para o domínio *Trabalho* foi o mais elevado de todos os domínios da BSHS-R obtidos neste estudo (0,941) e sofreu pequena variação com a retirada de cada um dos itens que compõem o domínio, variando de 0,907 a 0,951. Os

valores de correlações entre cada um dos itens com o total do domínio variaram de 0,767 a 0,909, indicando correlações de intensidade entre alta a muito alta, conforme classificação proposta por Munro (2001).

Nas Tabelas 17 e 18, estão apresentados os resultados obtidos relacionados ao valor do alfa de Cronbach, os valores do coeficiente de correlação produto-momento de Pearson, os valores do alfa, quando cada um dos itens for excluído, respectivamente, para os domínios *Tratamento* e *Relações interpessoais* da BSHS-R.

Tabela 17- Coeficiente de correlação item-total, o valor do alfa do total dos 5 itens do domínio *Tratamento* da BSHS-R e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.

<i>Tratamento</i>		Correlação item-total*	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Total do domínio ($\alpha = 0,832$)			
Item 11	Eu tenho dificuldade de cuidar da minha queimadura como me foi orientado	0,595	0,807
Item 20	É um incômodo cuidar da minha queimadura	0,807	0,744
Item 21	Existem coisas que me disseram para fazer em minhas queimaduras que eu não gosto	0,499	0,833
Item 23	Cuidar da minha queimadura dificulta fazer outras coisas que são importantes para mim	0,566	0,815
Item 31	Eu gostaria de não ter que fazer tantas coisas para cuidar da minha queimadura	0,694	0,779

*Correlação produto-momento de Pearson

O valor do alfa de Cronbach para o domínio *Tratamento* foi 0,832, variando de 0,744 a 0,833 com a remoção de cada um dos itens que compõem o domínio. Os valores de correlações entre cada um dos itens com o total do domínio variaram de 0,499 a 0,807 indicando correlações de intensidade entre baixa a alta.

Tabela 18- Coeficiente de correlação item-total, o valor do alfa do total dos 5 itens do domínio *Relações interpessoais* da BSHS-R e os valores de alfa quando cada um dos itens for excluído. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.

<i>Relações interpessoais</i>		Correlação item-total*	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Total do domínio ($\alpha = 0,838$)			
Item 14	Eu não tenho vontade de estar junto dos meus amigos	0,505	0,843
Item 22	Eu prefiro ficar sozinho do que com minha família	0,749	0,776
Item 24	Eu não gosto da maneira como a minha família age quando estou por perto	0,647	0,807
Item 28	Eu não sinto vontade de visitar outras pessoas	0,694	0,790
Item 30	Eu não tenho ninguém para conversar sobre os meus problemas	0,636	0,807

* Correlação produto-momento de Pearson

O valor do alfa de Cronbach para o domínio *Relações interpessoais* foi 0,843. Houve uma variação de 0,776 a 0,843 com a exclusão de cada um dos itens que compõem o domínio. Os valores de correlações entre cada um dos itens com o total do domínio variaram de 0,505 a 0,749, indicando correlações de intensidade entre moderada a alta.

As correlações existentes entre os seis domínios da BSHS-R foram calculadas e estão apresentadas na Tabela 19.

Tabela 19- Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios da BSHS-R na amostra estudada. Ribeirão Preto – SP, 2004-2005.

Domínios	1	2	3	4	5	6
1-Habilidade para funções simples	1	0,729*	0,418*	0,411*	0,571*	0,143
2-Trabalho		1	0,544*	0,443*	0,598*	0,162
3-Sensibilidade da pele			1	0,623*	0,459*	0,316*
4-Afeto e imagem corporal				1	0,601*	0,557*
5-Tratamento					1	0,220*
6-Relações Interpessoais						1

* Nível de significância de 0,01

Observa-se muito baixas correlações e estatisticamente não significantes, entre os domínios *Habilidade para funções simples* e *Relações interpessoais* (0,143) e entre *Trabalho* e *Relações interpessoais* (0,162). Também muito baixas correlações entre os domínios *Tratamento* e *Relações interpessoais* (0,220). Como vemos, o domínio *Relações interpessoais* apresentou os menores valores de correlação entre os domínios, variando de 0,143 (*Habilidade para funções simples*) a 0,557 (*Afeto e imagem corporal*).

Ocorreram correlações baixas entre os domínios *Habilidade para funções simples* e *Sensibilidade da pele* (0,418); *Habilidade para funções simples* e *Afeto e imagem corporal* (0,411); *Trabalho* e *Afeto e imagem corporal* (0,443); *Sensibilidade da pele* e *Tratamento* (0,459); *Sensibilidade da pele* e *Relações interpessoais* (0,316). Correlações moderadas entre *Habilidades para funções simples* e *Tratamento* (0,571); *Trabalho* e *Sensibilidade da pele* (0,544); *Trabalho* e *Tratamento* (0,598); *Sensibilidade da pele* e *Afeto e imagem corporal* (0,623); *Afeto e imagem corporal* e *Tratamento*; *Afeto e imagem corporal* e *Relações interpessoais* (0,557).

O maior valor de correlação foi entre os domínios *Habilidade para funções simples* e *Trabalho* (0,729), considerada uma alta correlação, conforme classificação de Munro (2001).

5.4- Análise da validade da BSHS-R na amostra estudada

Os resultados obtidos com a aplicação das escalas utilizadas para análise das validades convergentes e divergentes, respectivamente, Escala de Auto-Estima de Rosenberg (EAER) e Inventário de Depressão de Beck (IDB), estão apresentados na Tabela 20.

Tabela 20: Estatística descritiva e confiabilidade das escalas de auto-estima de Rosenberg e do Inventário de Depressão de Beck (n=82). Ribeirão Preto, 2004-2005.

Escalas	Nº de itens	α de Cronbach	Intervalo possível	Intervalo obtido	Mediana	Média (DP)
E.A.E*	10	0,82	10 – 40	17 - 40	34	32,7 (5,5)
I.D.B.**	21	0,89	0 – 63	0 – 38	3,5	7,3 (8,5)

* Escala de Auto-estima de Rosenberg ** Inventário de Depressão de Beck

Através dos resultados apresentados na Tabela 20, verificamos que a amostra de nosso estudo apresenta auto-estima elevada (média: 32,7; DP: 5,5) e baixos índices de depressão (média: 7,3; DP: 8,5), porém com indício de caso de depressão grave (intervalo de 0-38).

Os resultados relacionados às correlações entre os domínios da BSHS-R e as escalas usadas para análise das validades convergentes e divergentes, respectivamente, Escala de auto-estima de Rosenberg (EAER) e Inventário de Depressão de Beck (IDB), estão apresentados nas Tabelas 21 e 22, respectivamente.

Tabela 21: Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios da BSHS-R e a Escala de Auto-estima de Rosenberg (EAER), na amostra estudada. Ribeirão Preto, 2004-2005.

Domínios da BSHS	r	p
<i>Habilidades para funções simples</i>	0,273	0,01
<i>Trabalho</i>	0,292	0,01
<i>Sensibilidade da pele</i>	0,420	0,01
<i>Afeto e imagem corporal</i>	0,647	0,01
<i>Tratamento</i>	0,449	0,01
<i>Relações interpessoais</i>	0,601	0,01

Como já havia sido elaborado nas hipóteses do estudo, constatamos uma correlação direta ou positiva entre as medidas obtidas pelas escalas BSHS-R e de Auto-estima de

Rosenberg, uma vez que ambas são positivamente ordenadas, ou seja, maiores valores indicam melhor estado de saúde e maior auto-estima.

Com relação à força das correlações entre a medida de auto-estima e os domínios da BSHS-R, segundo a classificação de Munro (2001) obtivemos: correlações baixas entre auto-estima e os domínios: *Habilidades para funções simples*, *Trabalho*, *Sensibilidade da pele* e *Tratamento* e correlações moderadas entre auto-estima e *Afeto e imagem corporal* e *Relações interpessoais*.

Nós havíamos conjecturado hipóteses nas quais imaginávamos correlações baixas entre os domínios *Sensibilidade da pele* e *Tratamento* com a EAER, que realmente se concretizaram, porém, pensávamos que haveria correlações muito altas ou altas entre os domínios *Afeto e imagem corporal* e *Relações interpessoais* com a EAER, as quais efetivamente não ocorreram.

A Tabela 22, abaixo, mostra-nos a correlação entre os domínios da BSHS-R e o IDB, em nossa amostra de paciente estudada.

Tabela 22: Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios da BSHS-R e o Inventário de Depressão de Beck (IDB), na amostra estudada. Ribeirão Preto, 2004-2005.

Domínios da BSHS	r	p
<i>Habilidades para funções simples</i>	- 0,426	0,01
<i>Trabalho</i>	- 0,443	0,01
<i>Sensibilidade da pele</i>	- 0,550	0,01
<i>Afeto e imagem corporal</i>	- 0,791	0,01
<i>Tratamento</i>	- 0,395	0,01
<i>Relações interpessoais</i>	- 0,669	0,01

Da mesma forma, confirmamos nossa hipótese anterior, na qual prevíamos uma correlação negativa entre as medidas obtidas pelo IDB e pela BSHS-R, uma vez que o IDB é inversamente ordenado, ou seja, maiores valores indicam maiores níveis de depressão enquanto na BSHS-R, positivamente ordenada, maiores valores indicam melhor estado de saúde.

Com relação à força das correlações entre a medida de depressão e os domínios da BSHS-R, segundo a classificação de Munro (2001) obtivemos correlações baixas com os domínios: *Tratamento*, *Habilidades para funções simples* e *Trabalho*; correlações moderadas com: *Sensibilidade da pele e Relações interpessoais* e correlação alta com: *Afeto e imagem corporal*.

Nós havíamos, também, conjeturadas hipóteses nas quais imaginávamos correlações baixas entre os domínios *Sensibilidade da pele* e *Tratamento* com o IDB e correlações muito altas ou altas entre os domínios *Afeto e imagem corporal* e *Relações interpessoais* com o IDB, mas somente o domínio *Tratamento* apresentou a mesma força de correlação que havíamos pensado.

6- Discussão

A finalidade de nosso estudo foi realizar a adaptação cultural de um instrumento de avaliação do estado de saúde de indivíduos com queimaduras, estimulada pela inexistência de instrumentos elaborados, no Brasil, que atendessem ao perfil dessa população, no contexto de nossa cultura. Diante disso, seguimos as recomendações preconizadas pela literatura internacional para o processo de adaptação cultural de instrumentos de avaliação do estado de saúde.

Dentre os instrumentos existentes para avaliar o estado de saúde de pessoas com queimaduras, optamos por utilizar a versão reduzida da BSHS (BSHS-R).

A escolha deste instrumento se deu baseada nos seguintes critérios: ser um instrumento válido e confiável, através de constatação em estudos anteriores; abordar domínios importantes para avaliação do paciente após queimaduras; ser de fácil compreensão para quem o responde e por não exigir muito tempo para seu preenchimento, favorecendo sua aplicação na prática clínica.

Com relação ao processo adotado para a adaptação cultural, baseamo-nos na literatura nacional e internacional, visando manter as propriedades psicométricas da BSHS-R (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; FERRER et al., 1996; DANTAS e ROSSI, 2004).

Após a primeira versão traduzida (VPC-1), submetemos o instrumento para apreciação de um Comitê de juízes, que avaliaram a versão proposta com relação às equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural.

Buscamos na composição do referido comitê incluir pessoas com comprovado conhecimento no cuidado de pacientes queimados, bem como na temática qualidade de vida e adaptação de instrumentos de avaliação. Assim, pudemos contar com a participação de profissionais de diferentes áreas da saúde que contribuíram na avaliação dos itens da BSHS-R. Também consideramos a presença de uma pessoa que havia sofrido queimaduras há alguns anos, na composição do Comitê de juízes, um recurso importante para avaliar a pertinência dos itens e a compreensão da redação dos mesmos. Acreditamos que a participação deste indivíduo facilitou a obtenção de uma redação mais acessível e menos

técnica da escala. Decorrentes desta avaliação da versão revisada, foram sugeridas modificações na redação de poucos itens, sendo três itens no domínio *Afeto e imagem corporal*, e um item do domínio *Trabalho*.

Outro aspecto importante no processo metodológico adotado, foi a modificação na ordem da realização da retro-tradução, a qual ocorreu após a avaliação pelo Comitê de juízes. A tradução da versão em português consenso 2 (VPC-2) para o inglês e sua comparação com a BSHS-R original, em inglês, permitiu assegurar que não houve mudança no significado dos itens.

Um outro momento o qual julgamos importante, nesta etapa de validação, foi quando aconteceu a análise semântica da, então, versão para o português consenso 3 (VPC-3), através da aplicação em três pacientes internados na Unidade de Queimados. Nesta etapa houve reajuste de algumas palavras, consideradas pouco usuais pelos pacientes que participaram da análise. A avaliação e, posteriormente, sugestões dados por eles tornaram a nova versão mais próxima de nossa língua coloquial.

Para testar a validade de construto e a confiabilidade da versão adaptada, buscamos aplicar o instrumento em uma amostra o mais heterogênea possível de pessoas que sofreram queimaduras, visando testar as suas propriedades psicométricas da versão adaptada em indivíduos de diferentes características sócio-demográficas e clínicas.

Entretanto quando comparamos as características dos nossos participantes com os sujeitos dos estudos que usaram a BSHS em suas diferentes versões, constatamos várias semelhanças. Assim passaremos, agora, a discutir a caracterização dos participantes do estudo, acompanhando-os com os sujeitos envolvidos nos estudos que utilizaram a BSHS em diferentes versões.

Em nosso estudo, a amostra foi constituída por 82 indivíduos, com idade média de 37 anos, predominantemente do sexo masculino, casados e com baixa escolaridade.

Com relação aos dados clínicos, participaram de nosso estudo indivíduos com média de superfície corporal queimada de 19,2% (0,2 a 65,5%), com tempo médio de internação de 1,1 mês (DP:0,8) e tempo médio decorrido do acidente à coleta dos dados de 1,1 anos (DP:1,4), variando de 18 dias a 6 anos.

Tal perfil coincide com aquele relatado em outros estudos como, por exemplo, os sujeitos que participaram do trabalho de desenvolvimento da versão original da BSHS

(BLADES; MELLIS; MUNSTER, 1982). Tal estudo envolveu um grupo de 39 pacientes, com idade média de 32 anos (18-55 anos), semelhante com a média de idade de nosso estudo, porém com diferenças com relação à média de superfície corporal queimada, que nesse estudo foi de 30,2% (11-80%) e com relação ao tempo médio de queimadura, que foi de 35,2 semanas (4-107 semanas), menor que no nosso trabalho.

Os autores que propuseram a versão revisada da BSHS (BLALOCK; BUNKER; DE VELLIS, 1994), a qual foi objeto do nosso estudo, testaram a versão proposta em 254 pessoas com características semelhantes às encontradas nos sujeitos do nosso estudo. Do ponto de vista sócio-demográfico, a única diferença foi no grau de escolaridade, com os participantes americanos apresentando maior escolaridade. No estudo americano também houve predomínio de indivíduos casados (62,2%), do sexo masculino (74,4%), com média de idade de 39,3 anos e com tempo médio de estudo de 11,7 anos.

Com relação às características clínicas nos dois trabalhos também observamos várias semelhanças entre o nosso estudo e o que propõe a versão revisada. Constatamos valores aproximados nos dados referentes ao tempo de internação após o trauma, área corporal queimada e tempo médio entre o trauma e a entrevista. No estudo americano, a média de superfície corporal queimada foi de 19,2%, o tempo médio de internação foi de 23,9 dias (DP = 25,2) e o tempo decorrido da queimadura até a entrevista foi de 313,3 dias (DP = 207,4) (BLALOCK; BUNKER; DE VELLIS, 1994).

Acreditamos que essas semelhanças, sócio-demográficas e clínicas, entre os participantes sejam fatores favoráveis para confirmar os nossos resultados de validação da versão BSHS-R, uma vez que a ela foi elaborada em um grupo muito parecido com o nosso.

Tais semelhanças não foram encontradas entre os nossos sujeitos e aqueles envolvidos em um estudo realizado na Suécia usando a BSHS-R (KILDAL; ANDERSSON; GERDIN, 2002). Entre 248 indivíduos, os quais apresentavam média de idade de 36,8 anos, no momento da queimadura, casados (61%), com média de superfície corporal queimada de 23,1% (1-85%), tempo médio de queimadura de 9,3 anos (1-18 anos). Assim, entre os suecos, constatamos uma extensão maior da área queimada e do tempo de recuperação.

Estes estudos citados acima, assim como em nosso caso, trabalharam com amostras de pessoas com porcentagem média de superfície corporal queimada acima de 19%, que é um forte indicador de gravidade das queimaduras e pressupõe um maior impacto no estado de saúde destas pessoas.

Em nosso estudo, as áreas mais atingidas foram: mãos (62,2%), antebraços (61,0%) e braços (56,1%). Chamou nossa atenção o fato de que, mais que 50% dos participantes tenham escolhido a opção “Nenhuma dificuldade” para responder aos itens do domínio *Habilidades para funções simples*.

Entretanto, resultado semelhante já havia sido constatado em outra investigação (SALVADOR-SANZ; PAYÁ; MARIN, 1999). Nesse estudo, no qual os autores utilizaram outra versão da BSHS, chamada de versão abreviada, com 80 itens, 9,7% dos indivíduos estudados informaram alguma alteração no domínio físico, o qual abrange os itens do domínio *Habilidades para funções simples*, embora 63% da amostra apresentassem queimaduras nos membros superiores.

Para a análise da consistência interna dos itens da versão adaptada, total e dos respectivos domínios, foram calculados os alfas de Cronbach e obtivemos valores considerados como adequados. Alfa igual a 0,94 para a escala total e variando de 0,74 a 0,94 para os domínios. O domínio *Habilidade para funções simples*, obteve o menor valor (0,74) e o domínio *Trabalho* o maior (0,94).

No estudo de Blalock; Bunker; De Vellis (1994), o alfa de Cronbach dos domínios da BSHS-R variou de 0,82 (*Relações interpessoais*) a 0,94 (*Trabalho*). No estudo de Kildal; Andersson; Gerdin (2002), no qual os autores fazem uma comparação entre as versões abreviada, revisada e breve da BSHS, o alfa dos domínios da BSHS-R variou de 0,75 (*Relações interpessoais*) a 0,93 (*Trabalho*), ou seja, valores muito semelhantes de alfa foram obtidos no domínio *Trabalho*, incluindo o do nosso estudo.

Para facilitar a comparação dos resultados obtidos com a BSHS-R em nosso estudo e nos demais estudos encontrados, apresentamos esses dados na Tabela 23 a seguir.

Tabela 23- Estatística descritiva e consistência interna dos domínios da BSHS-R no estudo de Blalock et al.(1994), no estudo de Kildal et al. (2002) e no presente estudo.

Domínios da BSHS-R	Presente estudo		Blalock et al. (1994)		Kildal et al. (2002)	
	Média do item (DP)	Alfa de Chronbach	Média do item (DP)	Alfa de Chronbach	Média do item (DP)	Alfa de Chronbach
<i>Habilidade para funções simples</i>	4,39 (0,69)	0,74	4,33 (1,05)	0,93	5,5 (13,5)	0,80
<i>Sensibilidade da pele</i>	2,86 (1,15)	0,86	3,11 (1,17)	0,90	33,7 (25,6)	0,89
<i>Auto imagem</i>	3,47 (1,4)	0,91	3,42 (1,26)	0,90	20,3 (20,7)	0,88
<i>Afeto</i>	3,92 (1,22)	0,86	4,07 (1,09)	0,89	20,3 (20,7)	0,88
<i>Trabalho</i>	3,36 (1,36)	0,94	3,37 (1,46)	0,94	24,4 (32,3)	0,93
<i>Tratamento</i>	4,39 (0,83)	0,83	4,29 (0,87)	0,86	10,1 (19,3)	0,90
<i>Relações interpessoais</i>	4,49 (0,87)	0,83	4,33 (0,89)	0,82	12,3 (16,5)	0,75

Um aspecto importante quando se analisa um instrumento com vários domínios é a relação entre eles. Conforme a classificação de MUNRO (2001), observa-se, no estudo de BLALOCK et al (1994), baixas correlações entre o domínio *Habilidade para funções simples* com todos os outros domínios da escala. O máximo que se obteve foram correlações moderadas entre alguns domínios.

Em contrapartida, na nossa amostra, obtivemos uma alta correlação entre os domínios *Habilidade para funções simples* e *Trabalho* (0,73). Porém, correlações muito baixas entre os domínios *Relações Interpessoais* com *Habilidade para funções simples* (0,14), *Trabalho* (0,16) e *Tratamento* (0,22).

Podemos concluir que existe coerência na alta correlação entre os domínios *Habilidade para funções simples* e *Trabalho*, uma vez que utilizamos, geralmente, atributos manuais e físicos no desempenho de nossas atividades de trabalho. Porém, nossa amostra é constituída de grande porcentagem de pessoas com queimaduras nas mãos e membros superiores, sendo, de certa forma, inesperada a alta média nos itens do domínio *Habilidade para funções simples*.

Tivemos muito baixas correlações entre os domínios *Relações Interpessoais* com os domínios *Habilidade para funções simples*, *Trabalho* e *Tratamento*. Entretanto, encontramos correlação moderada entre *Relações Interpessoais* e *Afeto e imagem corporal*, que também parece ser bem coerente, se pensarmos que para nos relacionarmos melhor, precisamos nos sentir aceitos pelas outras pessoas, tanto próximas como externas à família.

No estudo de Kildal, Andersson e Gerdin (2002), ocorreu muito baixa correlação entre os domínios: *Sensibilidade da pele* e *Habilidades para funções simples* (0,21); baixas correlações entre *Habilidades para funções simples* e *Tratamento* (0,34); *Habilidades para funções simples* e *Afeto e imagem corporal* (0,35); *Habilidades para funções simples* e *Relações interpessoais* (0,36).

A melhor correlação do domínio *Habilidades para funções simples* foi com o domínio *Trabalho* (0,52), da mesma forma que em nosso estudo, com relação a este domínio.

Neste estudo, a melhor correlação entre os domínios (correlação moderada) foi entre *Relações interpessoais* e *Afeto e imagem corporal* (0,65). Em nosso estudo ocorreu também uma correlação moderada entre estes dois domínios.

No que se refere aos resultados obtidos com a aplicação das escalas para a análise das validades convergentes e divergentes, respectivamente, Escala de Auto-estima de Rosenberg (EAER) e Inventário de Depressão de Beck (IDB), constatamos a presença de auto-estima elevada e ausência ou baixo nível de depressão.

O intervalo possível para os escores da EAER é de 10 a 40, sendo que em nossa amostra o intervalo obtido foi de 17 a 40, com média de $32,7 \pm 5,5$, indicando elevada auto-estima entre os sujeitos.

Com relação aos escores do IDB, o intervalo possível é de 0 a 63. Em nosso estudo, o intervalo obtido foi de 0 a 38, com média de 7,3 e desvio-padrão de 8,5. Esse intervalo corresponde de “nenhuma depressão” à “depressão grave” (GORESTEIN; ANDRADE, 1998). Se considerarmos a média alcançada somada ao desvio-padrão nossos resultados enquadrar-se-ão em depressão leve a moderada (GORESTEIN; ANDRADE, 1998). Porém, a maioria dos participantes (69,5%) obteve pontuação abaixo de dez, o que corresponde à classe “sem depressão ou depressão mínima” (GORESTEIN; ANDRADE, 1998).

Estes resultados demonstram que, apesar de nossa amostra ser constituída por indivíduos, com média de superfície corporal igual a 19,2%, considerada de média para grande queimadura, os participantes deste estudo apresentaram uma auto-estima elevada e, baixos níveis de depressão ou ausência da mesma, na maioria dos casos.

Orr, Reznikoff e Smith (1989) também utilizaram os instrumentos EAER e IDB, com o intuito de analisar as variáveis auto-estima, imagem corporal e depressão através de um estudo com adolescentes e adultos jovens que haviam sofrido queimaduras. Neste estudo, através da análise das correlações e das regressões múltiplas, percebeu que melhores níveis de auto-estima e menores índices de depressão eram conseguidos quando havia um maior suporte social promovido, principalmente, por amigos.

Os autores obtiveram, com relação ao IDB, um intervalo de 0 a 54 e média de 6,74, com desvio-padrão de 8,12. Os casos de depressão estavam fortemente correlacionados com auto-estima e imagem corporal. Com relação à EAER, a média total da escala foi de 31,5, com desvio-padrão de 5,26 e intervalo de 19 a 40 (ORR; REZNIKOFF; SMITH, 1989).

Wiechman et al. (2001) utilizaram o IDB para investigar a frequência e gravidade da depressão durante o período de dois anos após a queimadura. Observaram que as mulheres tiveram maiores escores de depressão que os homens em todos os períodos após a alta (um mês, um e dois anos). Também observaram que os pacientes do sexo feminino, que tiveram queimaduras nas regiões da cabeça, face e pescoço, apresentaram maior depressão um mês e um ano após a alta hospitalar. Avaliaram que, no primeiro mês após a alta, 54% dos pacientes apresentou sintomas de depressão moderada a severa. Dois anos após, a porcentagem caiu para 43%. As correlações entre os domínios da BSHS-R com a EAER foram positivas ou diretas. Este resultado era o esperado, pois ambas as escalas são positivamente ordenadas, significando que maiores valores indicam maior qualidade de vida relacionada à saúde ou estado de saúde e maior auto-estima.

Com relação à força das correlações entre a medida de auto-estima e os domínios da BSHS-R, segundo a classificação de Munro (2001), obtivemos: correlações baixas entre auto-estima e os domínios: *Habilidades para funções simples*, *Trabalho*, *Sensibilidade da pele* e *Tratamento* e correlações moderadas entre auto-estima e *Afeto e imagem corporal* e *Relações interpessoais*, conforme já apresentado nos resultados. As melhores correlações aconteceram entre os domínios que têm, realmente maior ligação, ou, concepção teórica com a auto-estima.

As correlações entre os domínios da BSHS-R com o IDB, ao contrário, apresentaram uma correlação negativa, pois o IDB é inversamente ordenado, ou seja, maiores valores indicam maiores níveis de depressão enquanto a BSHS-R, positivamente ordenada, maiores valores indicam melhor estado de saúde ou qualidade de vida relacionada à saúde.

Com relação à força das correlações entre a medida de depressão e os domínios da BSHS-R, segundo a classificação de Munro (2001) obtivemos correlações baixas com os domínios: *Tratamento*, *Habilidades para funções simples* e *Trabalho*; correlações moderadas com: *Sensibilidade da pele* e *Relações interpessoais* e correlação alta com: *Afeto e imagem corporal*, conforme já apresentado nos resultados.

Novamente, observamos que o domínio que continha maior afinidade teórica ou de constructo (*Afeto e imagem corporal*) com a depressão, apresentou maior intensidade negativa de correlação.

Estes resultados corroboram as nossas hipóteses anteriores e solidificam a validade de construto, a qual fazia parte de nossos objetivos iniciais.

7- Conclusões

Através dos resultados alcançados neste estudo, apresentamos as conclusões descritas abaixo.

A escala BSHS-R, originalmente na língua inglesa, foi traduzida para o português, seguindo todos os passos referidos na metodologia. Os resultados obtidos indicam que foi mantida a equivalência idiomática, semântica, cultural e conceitual do instrumento original, bem como as propriedades de validade e confiabilidade.

A escala traduzida e adaptada para o português foi aplicada numa amostra de 82 participantes que sofreram queimaduras, maioria do sexo masculino (68,3%), com média de idade de 38,5 anos, casados (63,4%), com baixa escolaridade (47,6% com primeiro grau incompleto ou analfabeto), apresentando média de superfície corporal queimada igual a 19,2 %, sendo que as áreas mais afetadas foram as mãos (62,2%) e antebraços (61,0%), com média de tempo de queimadura de 1,1 anos e todos com algum tipo de seqüela.

A validade de constructo da versão adaptada foi realizada através de correlações com a escala de Auto-estima de Rosenberg (EAER) (validade convergente) e com o Inventário de Depressão de Beck (IDB) (validade divergente).

As correlações foram, conforme prevíamos em nossas hipóteses, positivas com relação a EAER e negativas com relação ao IDB.

Neste sentido, obtivemos correlações baixas entre EAER e os domínios da BSHS-R: *Habilidades para funções simples, Trabalho, Sensibilidade da pele e Tratamento* e correlações moderadas entre EAER e os domínios: *Afeto e imagem corporal e Relações interpessoais*.

Com relação ao IDB, obtivemos correlações baixas com os domínios da BSHS-R: *Tratamento, Habilidades para funções simples e Trabalho*, correlações moderadas com: *Sensibilidade da pele e Relações interpessoais* e correlação alta com: *Afeto e imagem corporal*.

Porém, mesmo apresentando baixas correlações entre alguns domínios e as escalas citadas, todos os resultados foram estatisticamente significantes.

Para a análise da confiabilidade da escala adaptada, foi calculado o alfa de Cronbach, obtendo-se o valor de 0,94 para o instrumento como um todo e variando de 0,74

a 0,94 para os domínios, o que indica valores adequados para atestar a confiabilidade da versão usada.

8- Considerações finais

Muitos caminhos, ainda hoje, precisam ser percorridos em busca de maiores conhecimentos e mecanismos para alcançarmos melhores condições de vida. Temos que pensar na saúde como alvo possível, e entender que a excelência de qualidade de vida ou estado de saúde deve ser meta de todos nós.

Na literatura, deparamo-nos com inúmeros instrumentos desenvolvidos para avaliar desde diferentes anomalias ou domínios de saúde como também níveis de satisfação com outros aspectos de nosso cotidiano. Porém, com relação às pessoas vítimas de queimaduras, verificamos a existência de poucas formas de avaliação dos níveis de ajustamento e satisfação com a vida após a alta hospitalar, na longa fase de reabilitação que se apresenta.

Encontramos uma escala de mensuração de estado de saúde específica para pessoas com queimaduras, na língua inglesa, também utilizada, por alguns autores, para avaliação de qualidade de vida, que pareceu-nos bastante interessante. A partir daí, um longo caminho foi trilhado para trazê-la a nossa língua e cultura.

Neste processo de tradução e adaptação cultural, foram envolvidas muitas pessoas, desde tradutores, peritos nas temáticas “qualidade de vida”, “estado de saúde” e “qualidade de vida relacionada à saúde”, até profissionais habilitados para tratamento de pessoas com queimaduras. Participaram, igualmente deste trabalho, pacientes internados, em atendimento ambulatorial e pessoas com seqüelas de queimaduras mais antigas. Todos atendidos na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.

Foi, sem dúvidas, uma trajetória rica de informações e repleta de detalhes importantes, percorrendo todo um caminho metodológico até a análise de validade e confiabilidade da versão adaptada da BSHS-R.

O método empregado, para adaptação cultural da BSHS-R, preservou as equivalências: idiomática, semântica e conceitual da versão original.

O instrumento adaptado para a língua portuguesa conservou sua estrutura original, isto é, manteve a disposição de seus 31 itens, seus domínios e a forma de somatória de escores.

A amostra de nosso estudo foi constituída por pessoas com perfis variados, as quais haviam sofrido queimaduras num período de sete anos, recrutadas de maneira aleatória, seguindo alguns critérios de inclusão. Portanto, para estudos ou análises posteriores, utilizando esta escala adaptada, podem ser necessárias amostras mais homogêneas, de acordo com os objetivos dos estudos.

Para a validação da versão adaptada da BSHS-R, como já dissemos anteriormente, foram utilizados o Inventário de Depressão de Beck (IDB) e a escala de auto-estima de Rosenberg (EAER), na referida amostra.

As pessoas cujas respostas ao IDB indicaram algum grau de depressão, conforme classificação proposta pelos autores do instrumento, foram encaminhadas para seguimento junto aos serviços de psicologia ou psiquiatria existentes em nossa rede pública de saúde.

Com relação aos resultados da aplicação da versão adaptada da BSHS-R, neste estudo, apenas no domínio *sensibilidade da pele* observa-se um grande número de respostas “descreve-me muito bem” e “descreve-me bem”, indicando maior percepção dos sujeitos da pesquisa com relação ao prejuízo do estado de saúde apresentado na alteração da sensibilidade da pele. Estudos posteriores podem ser desenvolvidos para investigar com mais profundidade tais resultados, assim como explorar os demais domínios desta escala.

Com certeza, a utilização deste instrumento numa amostra maior, composta por participantes de distintos centros de atendimento a queimados, em diferentes regiões do país, poderá trazer informações significativas e uma melhor representatividade da realidade brasileira, em aspectos referentes a níveis básicos de satisfação com vida, estado de saúde ou qualidade de vida relacionada à saúde destas pessoas que, muitas vezes, acreditamos, são pouco acolhidas por nossa sociedade.

Tais informações, caracterizando as reais implicações do processo de reabilitação desta população, poderão favorecer o delineamento de caminhos e ações multiprofissionais com o intuito de, concretamente, promover uma qualidade de vida adequada e mais satisfatória.

Neste momento, entretanto, consideramos que foram alcançados os nossos objetivos iniciais: tradução, adaptação cultural e validação da BSHS-R, os quais foram confirmados através de resultados estatísticos específicos e julgados confiáveis dentro da pesquisa científica mundial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADCOK, R.J.; BOEVE, S.A.; PATTERSON, D.R. Psychologic and emotional recovery. In: Carrougher, G.J. Burn care and therapy. St. Lois: Mosby, 1998.

BEATON, D.E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*.v.25, n. 24, p.3186-3191, 2000.

BECK, A.T.; STEER, R.A.; GARBIN, M.G. An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. v.4, p.53-63, 1961.

BLACK, J.M.; MATASSARIN-JACOBS, E.M. Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica.. 4ª. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan,1996.

BLADES, B.C.; JONES, C.; MUNSTER, A.M. Quality of life after major burns. *The Journal of Trauma*. v. 19, n. 8, p. 556-8, 1979.

BLADES, B; MELLIS, N; MUNSTER, A.M. A burn specific health scale. *The Journal of Trauma*. v. 22, n. 10, p. 872-5,1982.

BLALOCK, S.J.; BUNKER, B.J.; DE VELLIS, R.F. Measuring Health Status among survivors of Burn Injury: Revisions of the burn specific health scale. *The Journal of Trauma*. v. 36, n.4, p. 508-15, 1994.

BOWLING, A. What things are important to people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social Science and Medicine*, v.41, p.1447-62, 1995.

Brasil e a mortalidade por causas externas no ano 2000. Disponível em: <http://www.cip.saude.sp.gov.br/Brasil2000.htm> Acessado em: 29 de Dezembro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa nacional das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.1, de 13 de junho de 1988. Normas de pesquisa em saúde. Brasília, 1998. Cap.2, p. 4-7: Aspectos éticos da pesquisa em seres humanos.

BRADLEY, C. Importance of differentiating health status from quality of life. *The Lancet*. January 2001, v. 357, n.6 pp. 7-8.

BURCKHARDT, C.S., WOODS, S.L.; SCHULTZ, A.A.; ZIEBARTH, D.M. Quality of life in adults with chronic illness: A psychometric study. *Res. Nursing Health*, New York, v. 12, p. 347-354, 1989.

CELLA, D.F.; TULSKY, D.S. Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology (Williston Park)*. 1990 May;4(5):29-38; discussion 69.

CHWALOW, A.J., Cross-cultural validation of existing quality of life scales. *Patient Education and Counseling*, v. 26, p. 313-18, 1995.

CICONELLI, R.M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36- item Short-Form Health Survey (SF-36)”. Tese de doutorado-Universidade Federal de São Paulo- Escola Paulista de Medicina, 1997.

CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.39, n.3, p. 143-150, 1999.

CLARK-CARTER, D. Doing quantitative psychological research: from design to report. 3rd ed. Hove: Psychological Press. 1999.

CORLESS, I. B., NICHOLAS, P. K., NOKES, K. M. Issues in cross-cultural quality-of-life research. *Journal of Nursing Scholarship*, v.33, n.1, p.15-20, 2001.

CROMES, G. F.; HOLAVANAHALLI, R.; KOWALSKE, K.; HELM, P. Predictors of Quality of Life as Measured by the Burn Specific Health Scale in Persons With Major Burn Injury. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*. 23(3):229-234, May/June 2002.

CRONBACH, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, v.16, p. 297-334, 1951.

CUMMINGS, S.R.; STWART, A.; RULLEY, S.B. Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados. In: HULLEY, S.B. et al. Delineando a pesquisa clínica. Uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 265-81.

CURRERI, P.W. Chemical burns In: ARTZ, C.P.; MONCRIEF, J.A.; PRUITT, B.A. Burns: a team approach Philadelphia. W. B. SAUNDERS. 1980, p. 363-9.

DAVIDSON, F. The patients with burns In: ALEXANDER, M.F., FAWCETT, J.N., RUNCIMAN, P.J. Nursing Practice - Hospital and home the adult. London: Chorchil Livingstone. 1995, p. 859-74.

DIENER, E.; EMMONS, R.A.; LARSEN, R.J.; GRIFFIN, S. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985, 49(1): 71-75.

DINI, G.M. Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. Dissertação (mestrado). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2000.

ECHEVARRIA-GUANILO, M.E. Burns Specific Pain Anxiety Scale-BSPAS: adaptação transcultural e validação preliminar. 2005. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

EBRAHIM, S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Soc. Sci Med*, v.41, p. 1383-94, 1995.

FAUERBACH, J.A.; HEINBERG, L.J.; LAWRENCE, J.W.; MUSTER, A.M.; PALOMBO, D.A.; RICHTER, D.; SPENCE, R.J.; STEVENS, S.S.; WARE, L.; MUEHLBERGER, T. Effect of early body image dissatisfaction on subsequent psychological and physical adjustment after disfiguring injury. *Psychosom Med*. 2000, Jul-Aug; 62(4): 576-82.

FAYERS, P.M.; MACHIN, D. Scores and Measurements: Validity, Reliability, and Sensitivity. *Quality of life. Assessment, Analysis and Interpretation*. 2000, p.47-71.

FERRANS, C.E.; POWERS, M.J. Quality of life index: development and psychometric properties. *ANS Adv Nurs Sci*.1985 Oct;8(1): 15-24.

FERRER, M.; ALONSO, J.; PRIETO, L.; PLAZA, V.; MONSO, E.; MARRADES, R.; AGUAR, M.C.; KHALAF, A.; ANTO, J.M. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Respir J*. 1996; 9: 1160-1166.

FLANAGAN, J.C. Measurement of quality of life: current state of the art. *Archives of Psysical Medicine and Rehabilitation*, v.63, p. 56-59, 1982.

FLECK, M.P.A.; LOUSADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev. Saúde Pública*. ISSN 0034-8910; 33(2): 198-205, 1999.

FLECK ML, S; XAVIER, M; CHACHAMOVITCH, E; VIEIRA, G; SANTOS, L; PINSON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". *Revista Saúde Pública*; 34(2):178-83, 2000.

FLETCHER, R.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H. *Epidemiologia Clínica: elementos essenciais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 281.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista Psiquiatria Clínica*. 1998, 5(5): 245-50.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J. Rheumatol*. 1995, 24(2): 61-3.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D.E. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J. Clin Epidemiol*. 1993, 46(12): 1417-32.

GUYATT, G; FEENY, D; PATRICK, D. Mesuaring health quality of life. *Ann Intern Med*. 1993, 118, 622-9.

HERDON, D.N.; LEMASTER, J.; BERNSTEIN, N.; LEWS, S.R.; RUTAN, T.C.; WINKWE, J.B.; COLE, M.; BJARNASON, D.; GORE, D. The quality of life after major thermal injury in children: an analysis of 12 survivors with greater than or equal to 80% total body, 70% third-degree burns. *J.Trauma*. 1986, 26(7): 609-19.

KENDALL, P.C.; HOLLON, S.D.; BECK, A.T.; HAMMEN, C.I. & INGRAM, R. E. – Issues and Recommendations Regarding Use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research* 11:89-299,1987.

KILDAL, M; ANDERSSON G.; FUGL-MEYER, A.R.; LANNERSTAM, K.; GERDIIN, B. Development of a brief version of the Specific health Scale (BSHS-B). *J. Trauma*. 2001, 51(4): 740-6.

KILDAL, M.; ANDERSSON, G.; GERDIN, B. Health status in Swedish burn patients - Assessment utilising three variants of the Burn Specific Health Scale. *Burns*, Volume 28, Number 7, November 2002, pp. 639-645(7).

KIMMO, T; JYRKI, V; SIRPA, A. Health status after recovery from burn injury. *Burns*. v. 24, p. 293-298, 1998.

KIMURA, M. Tradução para o português e validação do "Quality of life index" de Ferrans e Powers. Tese (Livre-Docência). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1999.

LAWRENCE, J.W.; FAUERBACH, J. A.; HEINBERG, L.; DOCTOR, M. Visible vs hidden scars and their relation to body esteem. *J. Burn Care Rehabil*. 2004, Jan-Feb; 25(1): 25-32.

LENTZ, R.A.; COSTENARO, R.G.S.; GONÇALVES, L.H.T.; NASSAR, S.M. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. *Rev. Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, p. 7-14, 2000.

MCHORNEY, C.A; KOSINSKI, M.; WARE, J.E.Jr. The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36): iii. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med.Care*, v. 32, n. 1, p. 40-66, 1994.

MAXWELL, G.; SILVERSTEIN, P. Patient perception of quality of life after burn injury Results of an eleven-year survey. *J. Burn Care Rehabil*. v. 11, n. 4, p. 303-3, 1990.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 7-18.

MUNRO, B.H. Statistical methods for health care research. 4.ed. Philadelphia: Lippincott, 2001.

MUNSTER, A.M.; HOROWITZ, G.L.; TUNDAHL, LA. The abbreviated burn specific health scale. *J. Trauma*, v. 27, n. 4, p. 425-8, 1987.

MUNSTER, AM. Measurements of quality of life: then and now. *Burns* .v. 25, p. 25-8, 1999.

ORR, D.A.; REZNIKOFF, M.; SMITH, G.M. Body image, self-esteem, and depression in burn-injured adolescents and young adults. *J Burn Care Rehabil*. 1989 Sep-Oct;10(5):454-61.

PASQUALI, L. Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

PATTERSON, D.R.; EVERETT, J.J.; BURNS, G.L.; BONBARDIEU, C.H. Psychological effects of severe burns injuries. *Psychol Bull*. 1993, 113(2): 362-78.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. Nursing Research. Principles and Methods. 6. ed. Philadelphia: Lippincott. 1999, 757p.

PRIMEAU, M.; ENGELSTATTER, G.H.; BARES, K.K. Behavioral consequences of lightning and electrical injury. *Seminars in Neurology*. 1995, 15(3).

ROSENBERG, M. Society and the adolescent self-image. Princeton, New Jersey. Princeton University Press, 1965.

SALVADOR-SANZ, J.F.; SANCHEZ-PAYA, J.; RODRIGUEZ-MARIN, J. Spanish version of the Burn-Specific Health Scale. *J Trauma*. 1998, september, 45(3): 581-7.

SALVADOR-SANZ, J.F.; SANCHEZ-PAYA, J.; RODRIGUEZ-MARIN, J. Quality of life of the burn patient. *Burns*. 1999, 25(): 593-8.

SCHMIDT S, BULLINGER M. Current issues in cross-cultural quality of life instrument development. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003 Apr; 84(4 Suppl 2): S29-34.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. *Revista Saúde Pública*. 1997, 31(5): 538-42.

SMITH, K.W.; AVIS, N.E.; ASSMANN, S.F. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. Springer Netherlands. v. 8, n. 5, August, 447 – 459, 1999.

SPERBER, A.D. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*. 2004, Jan; 126(1 Suppl 1):S124-8.

SPITZER, W.O. State of science 1986: Quality of life and functional status as target variables for research. *Journal of Chronic Diseases* 1987, 40:465-471.

STREINER, D.L.; NORMAN, G.R. Health measurement scales: A practical guide to their development and use (2nd ed), Oxford: Oxford University Press, 1995.

TAILLEFER, M.C.; DUPUIS, G.; ROBERGE, M.A.; LEMAY, S. Health-Related Quality of Life Models: Systematic Review of the Literature. Springer Netherlands. November, v. 64, n. 2, pp. 293 – 323, 2003.

TESTA, M.A.; SIMONSON, D.C. Assesment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med. 1996 Mar 28; v.334, n.13, pp.835-40.

VALE, E.C.S. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. Anais Brasileiros de Dermatologia. Rio de Janeiro, Jan/Fev; 2005, 80(1): 9-19.

WALTZ, C.F.; STRICKLAND, O.L.; LENZ, E.R.. Measurement in nursing research. Philadelphia. F.A. Davis Company, 1984.

WALTZ, C.F.; STRICKLAND O.L.; LENZ, E.R. Reliability and validity or norm-referenced. In: Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER, editors. Measurement in nursing research. 2nd ed. Philadelphia: Davis; 1991. p. 161-94.

WARE JR, J.E. Standards for validating health measures: definition and contend. J Chron Dis. v. 40, n. 6, p.p. 473-80, 1987.

WARE, J.E.; SHERBOURNE C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Medical Care. June, 1992; V.30, N° 6, pages: 473-83.

WERNECK, G.L.; REICHENHEIM, M.E. Paediatric burns and associated risk factors in Rio de Janeiro. Burns. 23:478-83, 1997.

WHOQOL group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organisation. Special Issue “Quality of Life” in Social Science and Medicine, 10, p. 1403-9, 1995.

WHOQOL group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Organisation. Special Issue “Quality of Life” in Social Science and Medicine, 46(12): 1569-85, 1998.

WIECHMAN, S.A.; PTACEK, J.T.; PATTERSON, D.R.; GIBRAN, N.S.; ENGRAV, L.E.; HEIMBACH, D.M. Rates, trends, and severity of depression after burn injuries. Journal Burn Care Rehabilitation. 2001 Nov-Dec; 22(6): 417-24.

WILLEBRAND, M.; KILDAL, M.; EKSELIUS, L.; GERDIN, B.; ANDERSSON, G. Development of the coping with burns questionnaire. Personality and Individual Differences. V.30; p. 1059-1072; 2001.

WILSON, I. B.; CLEARY, P.D. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *Journal-american Medical Association*. v. 273, n. 1, January, 1995.

WOOD-DAUPHINE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going. *J. Clin. Epidemiol.* v. 52, n. 4, p. 355-63, 1999.

APÊNDICES

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCLARECIMENTOS AOS SUJEITOS DA PESQUISA

1. NOME DA PESQUISA: Qualidade de vida de pessoas que sofreram queimaduras.

2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof^a. Dr.^a Rosana Aparecida S Dantas .

3. PROMOTOR DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

4. PATROCINADOR QUE APÓIA FINANCEIRAMENTE A PESQUISA:- não há

Nesta pesquisa pretendemos investigar a qualidade de vida após a alta hospitalar de pessoas que como você sofreram queimaduras. Caso você concorde em participar você terá que responder a três questionários. Você levará aproximadamente 30 minutos para responder às perguntas. Você não será identificado e as informações que você nos der serão confidenciais. Os resultados deste estudo poderão nos ajudar a entender as reações e dificuldades dos pacientes após retornarem as suas casas, servindo como subsídio para que possamos procurar, através de uma assistência mais adequada durante todo o período de internação, atenuá-las e criar meios de promoção de uma melhor condição de vida pós-queimaduras. A recusa em participar não trará nenhuma mudança no tratamento.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL (Telefone para contato 6023402)

EU _____

R.G. _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

1- A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa e o tratamento a que serei submetido;

2- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento.

3- A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade;

4- O compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando;

5- Que se existirem gastos adicionais estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima e desejo utilizar o produto como método terapêutico recomendado pelo médico que subscreve este documento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA

VPC-1

As seguintes frases estão relacionadas aos vários aspectos da vida de uma pessoa que sofreu queimaduras. Cada frase tem 5 respostas possíveis. Se a afirmação feita DESCREVE o que você sente, CIRCULE o número 1; se a afirmação não descrever o que você sente ou vive por causa da queimadura CIRCULE o número 5. Você poderá ainda optar por outros valores como 2, 3 e 4 para responder como você se considera frente à afirmação feita. Não há respostas certas ou erradas.

Agora, quanta dificuldade você tem em:	Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Extrema
1. Amarrar sapatos, fazer laços, etc.	1	2	3	4	5
2. Sentar-se e levantar-se de cadeiras.	1	2	3	4	5
3. Trabalhar em seu antigo emprego e realizar suas tarefas como antes.	1	2	3	4	5
4. Tomar banho sem ajuda.	1	2	3	4	5
5. Vestir-se sem ajuda.	1	2	3	4	5
Até que ponto cada uma das sentenças abaixo descrevem você agora?	Nem um pouco	Moderada- mente	Muito	Um pouco	Extrema- mente
6. Minha pele está mais sensível agora do que antes	1	2	3	4	5
7. Eu sinto que minhas cicatrices não são atraentes para os outros.	1	2	3	4	5
8. Às vezes, eu penso que tenho um problema emocional (tristeza), depressão, etc)	1	2	3	4	5
9. Minha queimadura tem causado problemas para eu fazer minhas tarefas no meu trabalho e em casa.	1	2	3	4	5
10. Eu fico chateado por me sentir sozinho.	1	2	3	4	5
11. Eu tenho dificuldade em fazer todas as coisas que me foram ditas para cuidar da minha queimadura.	1	2	3	4	5
12. Às vezes, eu gostaria de esquecer que minha aparência mudou.	1	2	3	4	5
13. Ter sido queimado tem afetado minha capacidade para trabalhar.	1	2	3	4	5
14. Eu não tenho vontade de estar junto dos meus amigos.	1	2	3	4	5
5. Minha queimadura interfere nas minhas tarefas do trabalho e em casa.	1	2	3	4	5

16. Ficar no sol me incomoda.	1	2	3	4	5
17. A aparência das minhas cicatrizes me incomoda.	1	2	3	4	5
18. Eu não posso sair para fazer atividades quando está calor.	1	2	3	4	5
19. Minha aparência geral realmente me incomoda.	1	2	3	4	5
20. É um incômodo cuidar da minha queimadura.	1	2	3	4	5
21. Existem coisas que me disseram para fazer em minhas queimaduras que eu não gosto.	1	2	3	4	5
22. Eu prefiro ficar sozinho do que com minha família	1	2	3	4	5
23. Cuidar da minha queimadura dificulta fazer outras coisas que são importantes para mim.	1	2	3	4	5
24. Eu não gosto da maneira como a minha família age quando estou por perto.	1	2	3	4	5
25. O calor me incomoda.	1	2	3	4	5
26. Frequentemente eu me sinto triste e deprimido.	1	2	3	4	5
27. Eu me sinto preso, sem saída.	1	2	3	4	5
28. Eu não sinto prazer em visitar outras pessoas.	1	2	3	4	5
29. Fico incomodado por não poder ficar exposto ao sol.	1	2	3	4	5
30. Eu não tenho ninguém para conversar sobre os meus problemas.	1	2	3	4	5
31. Eu gostaria de não ter que fazer tantas coisas para cuidar da minha queimadura.	1	2	3	4	5

VPC-2

As seguintes frases estão relacionadas aos vários aspectos da vida de uma pessoa que sofreu queimaduras. Cada frase tem 5 respostas possíveis. Se a afirmação feita **DESCREVE** o que você sente, **CIRCULE** o número 1; se a afirmação não descrever o que você sente ou vive por causa da queimadura **CIRCULE** o número 5. Você poderá ainda optar por outros valores como 2, 3 e 4 para responder como você se considera frente à afirmação feita. Não há respostas certas ou erradas.

Agora, quanta dificuldade você tem em:	Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Extrema
1. Amarrar sapatos, fazer laços, etc.	1	2	3	4	5
2. Sentar-se e levantar-se de cadeiras.	1	2	3	4	5
3. Trabalhar em seu antigo emprego e realizar suas tarefas como antes.	1	2	3	4	5
4. Tomar banho sem ajuda.	1	2	3	4	5
5. Vestir-se sem ajuda.	1	2	3	4	5
Até que ponto cada uma das sentenças abaixo descrevem você agora?	Nem um pouco	Moderada- mente	Muito	Um pouco	Extrema- mente
6. Minha pele está mais sensível agora do que antes	1	2	3	4	5
7. Eu sinto que minha queimadura incomoda outras pessoas.	1	2	3	4	5
8. Às vezes, eu penso que tenho um problema emocional (tristeza), depressão, etc)	1	2	3	4	5
9. Minha queimadura tem causado problemas para eu fazer minhas tarefas no meu trabalho e em casa.	1	2	3	4	5
10. Eu fico chateado com o sentimento de solidão.	1	2	3	4	5
11. Eu tenho dificuldade em fazer todas as coisas que me foram ditas para cuidar da minha queimadura.	1	2	3	4	5
12. Às vezes, eu gostaria de esquecer que minha aparência mudou.	1	2	3	4	5
13. Ter sido queimado tem afetado minha capacidade para trabalhar.	1	2	3	4	5
14. Eu não tenho vontade de estar junto dos meus amigos.	1	2	3	4	5
15. Minha queimadura interfere nas minhas tarefas do trabalho e em casa.	1	2	3	4	5
16. Ficar no sol me incomoda.	1	2	3	4	5

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

VPC-3

As seguintes frases estão relacionadas aos vários aspectos da vida de uma pessoa que sofreu queimaduras. Cada frase tem 5 respostas possíveis. Se a afirmação feita **DESCREVE** o que você sente, **CIRCULE** o número 1; se a afirmação não descrever o que você sente ou vive por causa da queimadura **CIRCULE** o número 5. Você poderá ainda optar por outros valores como 2, 3 e 4 para responder como você se considera frente à afirmação feita. Não há respostas certas ou erradas.

Agora, quanta dificuldade você tem em:	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Mais ou menos dificuldade	Muita dificuldade	Dificuldade exagerada
1. Amarrar sapatos, fazer laços, etc.	1	2	3	4	5
2. Sentar-se e levantar-se de cadeiras.	1	2	3	4	5
3. Voltar ao trabalho fazendo suas tarefas como antes.	1	2	3	4	5
4. Tomar banho sem ajuda.	1	2	3	4	5
5. Vestir-se sem ajuda.	1	2	3	4	5
Até que ponto cada uma das sentenças abaixo descrevem você agora?	Não me descreve	Descreve-me um pouco	Descreve-me mais ou menos	Descreve-me bem	Descreve-me muito bem
6. Minha pele está mais sensível agora do que antes.	1	2	3	4	5
7. Eu sinto que minha queimadura incomoda outras pessoas.	1	2	3	4	5
8. Às vezes, eu penso que tenho um problema emocional (tristeza, depressão, etc)	1	2	3	4	5
9. Minha queimadura tem causado problemas para eu fazer minhas tarefas no meu trabalho e em casa.	1	2	3	4	5
10. Eu fico chateado com o sentimento de solidão.	1	2	3	4	5

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

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

VPC-4

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

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

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

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

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

VFP

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

Agora, quanta dificuldade você tem em:	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Mais ou menos dificuldade	Muita dificuldade	Dificuldade exagerada
1. Amarrar sapatos, fazer laços, etc.	1	2	3	4	5
2. Sentar-se e levantar-se de cadeiras.	1	2	3	4	5
3. Voltar ao trabalho fazendo suas tarefas como antes.	1	2	3	4	5
4. Tomar banho sem ajuda.	1	2	3	4	5
5. Vestir-se sem ajuda.	1	2	3	4	5
Até que ponto cada uma das sentenças abaixo descrevem você agora?	Não me descreve	Descreve-me um pouco	Descreve-me mais ou menos	Descreve-me bem	Descreve-me muito bem
6. Minha pele está mais sensível agora do que antes.	1	2	3	4	5
7. Eu sinto que minha queimadura incomoda outras pessoas.	1	2	3	4	5
8. Às vezes, eu penso que tenho um problema emocional (tristeza, depressão, etc)	1	2	3	4	5
9. Minha queimadura tem causado problemas para eu fazer minhas tarefas no meu trabalho e em casa.	1	2	3	4	5
10. Eu fico chateado com o sentimento de solidão.	1	2	3	4	5

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

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

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1- Identificação Sócio-demográfica

- a) Registro de prontuário:
- b) Data de nascimento: / / Sexo: M () F ()
- c) Estado civil: Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo ()
- Outro:
- d) Escolaridade: Anos de estudo.....
- 1º grau comp.() 2º grau comp.() Superior comp. ()
- 1º grau incomp. () 2º grau incomp. () Superior incomp. () Analfabeto()
- e) Endereço atual:

2- Dados clínicos

- a) Dia da queimadura:
- b) Agente etiológico:
- c) Porcentagem de área com queimaduras:
- d) Locais queimados:
- e) Queimaduras de: 1º grau () 2º grau () 3º grau ()
- f) Motivo da queimadura - Especificar:.....
-
- g) Apresenta seqüelas: Funcionais () Estéticas () Ambas ()
- Localização:.....
- h) Data da internação: // Data da alta hospitalar: //
- i) Data da entrevista: // Início:.....horas Término.....horas
- j) Preenchimento dos instrumentos:
- Pesquisador () deficiência cognitiva ()
- deficiência física () Especificar:.....

ANEXOS

Carta ao Comitê de Ética

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 002-1000 - FAX (019) 633-1144

Ribeirão Preto, 07 de novembro de 2002

Ofício nº 3137/2002
CEP/SPC

Senhora Professora:

O trabalho intitulado **"TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO "BURNS SPECIFIC HEALTH SCALE - REVISED", EM UMA AMOSTRA DE PACIENTES QUEIMADOS"**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 143ª Reunião Ordinária realizada em 04/11/2002, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 8831/2002.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
PROFª DRª ROSANA APARECIDA SPADOTI DANTAS
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Em mãos

Permissão de Blalock

Subject: Re: Revised Burns Specific Scale
Date: Fri, 11 Oct 2002 12:00:18 -0400
From: Susan Blalock <blalocks@email.unc.edu>
To: Lidia Aparecida Rossi <rizzardo@eerp.usp.br>

Dear Dr. Rossi,

You have my permission to use the revised Burn Specific Health Scale. I am putting a copy in the mail to you today. It has the complete items as well as scoring instructions.

Thank you for your interest in our work.

Sue Blalock

Lidia Aparecida Rossi wrote:

>
 > Dear Dr. Blalock
 >
 > This message requests permission to use the revised Burns Specific
 > Health Scale (Blalock et al, 1994 J. Trauma). Yesterday, I sent you a
 > letter asking the same thing and later I found your e-mail address. The
 > scale will be used as a screen for quality of life among survivors of
 > burns injury. If you agree, we will adapt the original scale into
 > Portuguese, maintaining the basic criteria of reliability and validity
 > in measuring the quality of life. So I will need a copy of the revised
 > Burns Specific Health Scale proposed by your group in the format that
 > you used in your study. Could you please send me a copy? I have also had
 > the permission from Andrew Munster to use his scale. If additional
 > permission is necessary, could you please supply that additional
 > information?
 > Thank you very much for your attention; looking forward to hearing from
 > you as soon as possible I send you my best regards
 >
 > Lidia Aparecida Rossi, RN, PhD
 > School of Nursing Universidade de São Paulo
 >
 > Address:
 > Rua Chile, 1500 apto 84
 > CEP 14020-610
 > Ribeirão preto, SP
 > Brazil - Fax - 55 16 6333271
 > E-mail - rizzardo@eerp.usp.br

--
 BICä+O&

Permissão de Munster

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 016 - 633-3271 / 55 - 016 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 016 - 633-0379 / 602-3382

February 5th, 2002

Andrew Munster, MD
Baltimore Regional Burn Center
Francis Scott Key Medical Center
4940, Eaten Avenue, MD 21224 USA
Baltimore

Dear Dr Munster

This letter requests permission to use the "Burns-Specific Health Scale" (Munster et al.
The abbreviated Burns Specific Health Scale The Journal of Trauma 1987;27(4):425-28).
The instrument would be use as a screen for quality of life among survivors of burns injury.
We intend to adapt to Portuguese the original English scale (Burns-Specific Health Scale),
maintaining the basic criteria of reliability and validity in measuring the quality of life.
If additional permission is necessary, could you please supply that additional information?
Thank you very much for your kind attention. Looking forward to hearing from you,

yours sincerely,

Lidia Aparecida Rossi, PhD, RN
Address:
Rua Chile, 1500 Apto. 84
Ribeirão Preto - SP
CEP- 14020-610
Brazil
E- mail : rizzardo@eerp.usp.br

*Permission granted.
Good luck!
Andrew M. Munster
Baltimore
20 Feb 02*

BSHS-R ORIGINAL

Revised Burn Specific Health Scale

Below is a list of problems people sometimes have. Please read each one and circle the number that best describes you.

How much difficulty do you now have:	<u>Extreme</u>	<u>Quite A Bit</u>	<u>Moderate</u>	<u>A Little Bit</u>	<u>None At All</u>
1. Tying shoelaces, bows, etc.	1	2	3	4	5
2. Getting in and out of a chair.....	1	2	3	4	5
3. Working in your old job performing your old duties.....	1	2	3	4	5
4. Bathing independently.....	1	2	3	4	5
5. Dressing by yourself.....	1	2	3	4	5
To what extent does each of the following statements describe you now?	<u>Extremely</u>	<u>Quite A Bit</u>	<u>Moderately</u>	<u>A Little Bit</u>	<u>Not At All</u>
6. My skin is more sensitive than before...	1	2	3	4	5
7. I feel that my burn is unattractive to others..	1	2	3	4	5
8. At times, I think I have an emotional problem.....	1	2	3	4	5
9. My burn has caused problems with my working	1	2	3	4	5
10. I am troubled by feelings of loneliness..	1	2	3	4	5
11. I have a hard time doing all the things I've been told to take care of my burn.....	1	2	3	4	5
12. Sometimes, I would like to forget that my appearance has changed..	1	2	3	4	5
13. Being burned has affected my ability to work.....	1	2	3	4	5

Anexo 4

To what extent does each of the following statements describe you now?		<u>Extremely</u>	<u>Quite A Bit</u>	<u>Moderately</u>	<u>A Little Bit</u>	<u>Not At All</u>
14.	I am not interested in doing things with my friends.....	1	2	3	4	5
15.	My burn interferes with my work.....	1	2	3	4	5
16.	Being out in the sun bothers me.....	1	2	3	4	5
17.	The appearance of my scars bothers me.....	1	2	3	4	5
18.	I can't get out and do things in hot weather...	1	2	3	4	5
19.	My general appearance really bothers me.....	1	2	3	4	5
20.	Taking care of my burn is a bother.....	1	2	3	4	5
21.	There are things I've been told to do for my burn that I dislike doing.....	1	2	3	4	5
22.	I would rather be alone than with my family.....	1	2	3	4	5
23.	Taking care of my burn makes it hard to do other things that are important to me.....	1	2	3	4	5
24.	I don't like the way my family acts around me...	1	2	3	4	5
25.	Hot weather bothers me..	1	2	3	4	5
26.	I often feel sad or blue	1	2	3	4	5
27.	I have feelings of being trapped or caught.....	1	2	3	4	5
28.	I don't enjoy visiting people.....	1	2	3	4	5
29.	It bothers me that I can't get out in the sun	1	2	3	4	5
30.	I have no one to talk to about my problems....	1	2	3	4	5
31.	I wish that I didn't have to do so many things to take care of my burn.....	1	2	3	4	5

Revised Burn Specific Health Scale Scoring Instructions

Six subscales are formed from the thirty-one items in the Revised Burn Specific Health Scale. The six subscales are: Simple Functional Abilities, Work, Heat Sensitivity, Affect and Body Image, Treatment Regimens, and Interpersonal Relationships. The items within each subscale are listed below.

SUBSCALE	ITEM NUMBERS
Simple Functional Abilities	1, 2, 4, 5
Work	3, 9, 13, 15
Heat Sensitivity	6, 16, 18, 25, 29
Affect and Body Image	7, 8, 10, 12, 17, 19, 26, 27
Treatment Regimens	11, 20, 21, 23, 31
Interpersonal Relationships	14, 22, 24, 28, 30

To calculate scale scores:

- (1) Sum the scores for the individual items within a scale.
- (2) Divide the sum by the number of items in the scale.

Example:

If a person, had the following pattern of ratings for items in the Simple Functional Abilities subscale, the person's score for this subscale would be "3.5".

Item 1 - 2

Item 2 - 4

Item 4 - 3

Item 5 - 5

(1) Sum: $2 + 4 + 3 + 5 = 14$

(2) Divide: $14/4 \text{ items} = 3.5$

Escala de Auto-estima de Rosenberg

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

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

0	1	2	3
---	---	---	---

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

0	1	2	3
---	---	---	---

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

0	1	2	3
---	---	---	---

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

0	1	2	3
---	---	---	---

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

0	1	2	3
---	---	---	---

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

0	1	2	3
---	---	---	---

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

0	1	2	3
---	---	---	---

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

0	1	2	3
---	---	---	---

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

0	1	2	3
---	---	---	---

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

0	1	2	3
---	---	---	---

Inventário de Depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações em um grupo parecem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 1 Eu me sinto triste.
 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 2 Acho que nada tenho a esperar.
 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.
 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 1 Acho que posso ser punido.
 2 Creio que serei punido.
 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 2 Estou enojado de mim.
 3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.
 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 2 Gostaria de me matar.
 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.
 1 Choro mais agora do que costumava.
 2 Agora, choro o tempo todo.
 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
 3 Não me irrita mais com as coisas que costumava me irritar.

Anexo 6

-
12.	0	Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
	1	Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
	2	Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
	3	Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
13.	0	Tomo decisões tão bem quanto antes.
	1	Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
	2	Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
	3	Não consigo mais tomar decisões.
14.	0	Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
	1	Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativos.
	2	Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
	3	Acredito que pareço feio.
15.	0	Posso trabalhar tão bem quanto antes.
	1	Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
	2	Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
	3	Não consigo mais fazer trabalho algum.
16.	0	Consigo dormir tão bem como o habitual.
	1	Não durmo tão bem quanto costumava.
	2	Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.
	3	Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17.	0	Não fico mais cansado do que o habitual.
	1	Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
	2	Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
	3	Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18.	0	Meu apetite não está pior do que o habitual.
	1	Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
	2	Meu apetite está muito pior agora.
	3	Não tenho mais nenhum apetite.
19.	0	Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
	1	Perdi mais de dois quilos e meio.
	2	Perdi mais de cinco quilos.
	3	Perdi mais de sete quilos.
20.	0	Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
	1	Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.
	2	Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
	3	Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21.	0	Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
	1	Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.
	2	Estou muito menos interessado em sexo atualmente.
	3	Perdi completamente o interesse por sexo.