**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

MARIA ELENA ECHEVARRIA GUANILO

**“Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS”: adaptação
transcultural e validação preliminar**

**Ribeirão Preto
2005**

Maria Elena Echevarria Guanilo

**“Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS”: adaptação
transcultural e validação preliminar**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental do
Departamento de Enfermagem Geral e
Especializada, da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP.**

**Linha de pesquisa: “Processo de cuidar do adulto
com doenças agudas e crônico degenerativas”**

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Aparecida Rossi.

**Ribeirão Preto
2005**

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

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central Campus USP - Ribeirão Preto

Echevarria-Guanilo, Maria Elena

“Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS”: adaptação
transcultural e validação preliminar:

Ribeirão Preto, 2005.

161p.: il:29,7cm

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

Orientadora: Profa Dra Rossi, Lúcia Aparecida

1. Ansiedade. 2. Dor. 3. Queimadura.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Elena Echevarria Guanilo
“Burns Specific Pain Anxiety Scale –
BSPAS”: adaptação transcultural e
validação preliminar

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

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIAS

Aos meus pais, Juan Francisco e Rosa Esmelda. Minha eterna gratidão pela vida e o amor que sempre recebi. Em especial pela compreensão da distância física e por compartilhar meus sonhos.

Hoje com muito esforço, estou virando mais uma página da história da minha vida e quero que saibam, que vocês, foram e sempre serão, minha grande motivação.

Aos meus irmãos, Juan Manuel e Milady, Rita e Lauro, Juan Carlos e Roxana, Juan Francisco e Patrícia, pelo apoio e por estar sempre torcendo por mim... De maneira especial aos meus sobrinhos, José, Rita, Lauro, Christopher, Nicolle e Shantall, pelo carinho e alegrias, mesmo distante fisicamente.

Para quem já sentiu a dor da saudade ... é muito bom ter vocês ao meu lado

Á vocês, todo o meu amor.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Prof^a Lídia Aparecida Rossi

*Pela amizade, apoio, compreensão e transmissão dos
seus conhecimentos com seriedade. Por estar sempre
presente e por me direcionar nesta caminhada. Como
disse Galileu Galilei:*

*“Não se pode ensinar tudo a alguém, pode-se apenas
ajudá-lo a encontrar por si mesmo”*

À Prof^a Rosana Spadoti Dantas

*Pela grande contribuição na realização deste estudo,
pela gentileza e atenção que sempre me foram
dispensadas.*

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, por estar sempre ao meu lado e pelo meu maior tesouro: minha família.

À Prof^a Dra. Cláudia Benedita dos Santos, pela sua participação neste estudo.

À Prof^a Dra. Miako Kimura, pela simpatia com que me recebeu e pelas valiosas sugestões no aprimoramento desta pesquisa.

À Prof^a Dra. Maria Sueli Nogueira, pelo carinho e atenção recebidos desde a graduação.

À Prof^a Dra. Magali Roseira Boemer pela oportunidade e incentivo no caminho da pesquisa.

Aos integrantes do “Comitê de Juízes” (Adriana, Enéas, Mariana, Maria Célia e Fernanda) e tradutores (Carolina, Marita, Johannes e Sofie), pela disponibilidade e contribuição neste trabalho.

Aos pacientes da Unidade de Queimados que gentilmente participaram deste estudo.

Aos amigos da Unidade de Queimados da Unidade de Emergência, pela amizade, apoio e colaboração nesse estudo.

À Cristina pela revisão bibliográfica desse trabalho.

Às secretárias da seção de Pós-Graduação e do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, pela atenção que me foi dispensada.

À Lourdes e Deolinda, pela amabilidade e disponibilidade que sempre mostraram.

A minhas queridas amigas:

À Roxana, por estar sempre disposta a escutar e atenta aos meus momentos difíceis. Pela alegria e a benção da presença do pequeno Andrézinho nas nossas vidas.

À Márcia, pela amizade, carinho e apoio incondicional. Pelas inúmeras noites de trabalho na etapa final desse estudo.

À Kattia pela amizade, incentivo e carinho recebido em todo momento.

À Sandra pela amizade, apoio e disposição em ajudar, mesmo distante fisicamente.

À Ana, Ida e Yolanda, pelo carinho e amizade demonstrados em momentos especiais de minha vida.

À Débora, pela acolhida, amizade e “momentos vividos”.

À minha querida prima Mônica, pela amizade, apoio e paciência.

Aos meus queridos amigos Santiago e Zully, pelo carinho, apoio e amizade recebida ainda na distância.

À Liliana Del Águila León (*in memoriam*), saudades de você minha querida amiga, isso é por nós.

Enfim, agradeço a todos que participaram e contribuíram de alguma maneira na realização deste trabalho.

As melhores coisas do mundo não se podem ver nem tocar. Elas devem ser sentidas com coração.

Charles Chaplin

RESUMO

ECHEVARRIA-GUANILO, M. E. **“Burns Specific Pain Anxiety Scale - BSPAS”**: adaptação transcultural e validação preliminar. 2005. 161 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Os objetivos deste estudo foram adaptar a “Burns Specific Pain Anxiety Scale” (BSPAS), incluindo a “Impact Event Scale” (IES), para a língua portuguesa; avaliar a consistência interna das versões em português da BSPAS e da IES, por meio de sua aplicação em um grupo de pacientes brasileiros que sofreram queimaduras; comparar as medidas de ansiedade obtidas com o instrumento traduzido e as medidas do IDATE; comparar as medidas de dor obtidas com o instrumento traduzido e as medidas obtidas com a aplicação da Escala Visual Analógica para dor (EVA). A BSPAS é um instrumento específico para avaliar a ansiedade antecipatória e a dor em pacientes vítimas de queimaduras, proposta em holandês em duas versões (nove e cinco itens). A versão de nove itens foi selecionada para ser submetida a um processo de adaptação transcultural. A IES avalia o impacto psicológico que um evento traumático tem sobre a pessoa, e neste estudo diz respeito ao impacto provocado pela queimadura. O processo de adaptação seguiu os seguintes passos: tradução da BSPAS e da IES para a língua portuguesa por dois tradutores brasileiros com domínio da língua holandesa; obtenção do consenso das versões das duas escalas em português; avaliação das versões em português por um Comitê de Juízes (enfermeiros, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo e pesquisadores na área e na metodologia); “back-translation” das escalas para o holandês por dois tradutores fluentes na língua holandesa com conhecimento da língua portuguesa; obtenção do consenso das versões em holandês; comparação das versões original em holandês e do consenso em holandês; análise semântica dos itens e pré-teste das versões finais em português. As versões adaptadas para o português (BSPAS – VP e IES – VP)

foram aplicadas em conjunto em um grupo de 21 pacientes brasileiros, maiores de 15 anos, internados na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Os resultados mostraram, entre os participantes, média de escores altos de manifestações de dor, imediatamente após a realização de procedimentos de banho e curativo, e manifestações de baixa (29%) e de média ansiedade-estado (71%), no final da primeira semana de internação. Obteve-se pontuação média de escore com a aplicação da BSPAS – VP de 46,60 (DP: 22,53) e da IES – VP de 62,80 (DP: 28,60). A aplicação de testes de avaliação da consistência interna representada pelo Alfa de Cronbach para a BSPAS – VP foi de 0,905 e para a IES – VP foi de 0,841. Esses valores indicam alta consistência interna entre os itens dos instrumentos por estarem próximos de 1,00. Não foi encontrada correlação entre a BSPAS – VP e o IDATE e entre a IES – VP e o IDATE. Os dados mostraram correlação entre a IES – VP e a BSPAS – VP (0,594; $p < 0,01$) e entre a SCQ e a BSPAS – VP (0,536; $p < 0,05$). Concluímos, assim, que a BSPAS – VP e a IES – VP para seu primeiro estágio de aplicação para população brasileira encontram-se adequadas.

Palavras-chave: ansiedade, dor, queimadura.

RESUMEN

ECHEVARRIA-GUANILO, M. E. **“Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS”:** **adaptación transcultural e validação preliminar.** 2005. 161 f. Maestria – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Los objetivos de esta investigación fueron adaptar la “Burns Specific Pain Anxiety Scale (BSPAS)”, incluyendo la “Impact of Event Scale (IES)”, para la lengua portuguesa; evaluar la consistencia interna de las versiones en portugués de la BSPAS e de la IES por medio de su aplicación en un grupo de pacientes brasileños que sufrieron quemaduras, comparar las medidas de ansiedad obtenidas con el instrumento traducido y las medidas obtenidas del IDATE; comparar las medidas de dolor obtenidas con el instrumento traducido y las medidas obtenidas con la aplicación de la Escala Visual Analógica para dolor (EVA). A BSPAS es un instrumento específico para evaluar la ansiedad anticipatoria e dolor en pacientes víctimas de quemaduras. Propuesta en holandés en dos versiones (nueve e cinco ítems). La versión de nueve ítems fue seleccionada para ser sometida a un proceso de adaptación transcultural. La IES evalúa el impacto psicológico que un evento traumático tiene sobre las personas, y en este estudio está relacionado al impacto provocado por la quemadura. El proceso de adaptación siguió los siguientes pasos: traducción de la BSPAS e de la IES para el portugués por dos traductores brasileños con domínio del idioma holandés; obtención del consenso de las versiones en portugués; evaluación de las versiones en portugués por un Comité de Jueces (enfermeros, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, investigadores en la área y en la metodología); “back-translation” por dos traductores fluentes en el idioma holandés y conocimiento del idioma portugués; obtención del consenso de las versiones en holandés; comparación de la versión original y la versión consenso en holandés; análisis semántica de los ítems y pré-test de las

versiones finales en portugués. Las versiones adaptadas para el portugués (BSPAS – P y IES – P) fueron aplicadas en conjunto en un grupo de 21 pacientes brasileños, mayores de 15 años, internados en la Unidad de Quemados del Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto. Los resultados muestran, entre los participantes, media de escores altos de manifestaciones de dolor, inmediatamente después de realizado el baño y curativo, y manifestaciones de baja (29%) y de media ansiedad-estado (71%), al final de la primera semana de internación. Los pacientes obtuvieron puntuación media con la aplicación de la BSPAS – P de 46,60 (DP: 22,53) y con la IES –P de 62,80 (DP: 28,60). Los resultados de la evaluación de la consistencia interna representados por el Alfa de Cronbach para la BSPAS – P fue de 0,905 y para la IES – P fue de 0,841. Esos valores indican alta consistencia interna entre los ítems del instrumento por estar próximos de 1,00. No fue encontrada correlación entre la BSPAS – VP y el IDATE y entre la IES – VP y el IDATE. Los datos muestran una correlación entre la IES – VP y la BSPAS – VP (0,594; $p < 0,005$) y entre la SCQ y la BSPAS – VP (0,536; $p < 0,05$). Concluimos, así, que la BSPAS – P y la IES – P para su primera etapa de aplicación en pacientes brasileños, se encuentran adecuadas.

Descriptores: ansiedad, dolor, quemadura.

ABSTRACT

ECHEVARRIA-GUANILO, M. E. **Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS: cross-cultural adaptation and preliminary validity.** 2005. 161 f. Masters Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2005.

This study aimed to adapt the Burns Specific Pain Anxiety Scale (BSPAS), including the Impact Event Scale (IES), to Portuguese; to evaluate the internal consistency of the Portuguese versions of the BSPAS and the IES, by applying them to a sample of Brazilian patients who were victims of burns; to compare the anxiety measures obtained through the translated instrument with the measures from Spielberger's State Anxiety Inventory (STAI-S); to compare the pain measures obtained through the translated instrument with those obtained by applying the Visual Analogue Scale (VAS) for pain. The BSPAS is a specific instrument to evaluate anticipatory anxiety and pain in burn victims, which was proposed in Dutch in two versions (nine and five items). The nine-item version was selected to be submitted to a cross-cultural adaptation process. The IES evaluates the psychological impact of a traumatic event on the person and, in this study, refers to the impact provoked by the burn. The adaptation process involved the following steps: translation of the BSPAS and the IES to Portuguese by two Brazilian translators who master Dutch; reaching a consensus on the Portuguese translations of the two scales; evaluation of the Portuguese translations by an expert committee (nurses, physiotherapist, occupational therapist, psychologist, as well as researchers in this field and in methodology); back-translation of the scales to Dutch by two translators who are fluent in Dutch and have knowledge of Portuguese; reaching a consensus on the Dutch translations; comparison between the original and consensus versions in Dutch; semantic analysis of the items and pretest of the final Portuguese versions. The versions adapted to Portuguese (BSPAS – VP and IES - VP) were jointly applied to a sample of 21 Brazilian

patients over 15, who were hospitalized at the Burns Unity of the Ribeirão Preto Medical School *Hospital das Clínicas*. On the average, the results demonstrated high scores among the participants for pain manifestations immediately after washing and wound dressing procedures, and low (29%) and average (71%) state anxiety measures at the end of the first hospitalization week. Patients' average score on the BSPAS – VP was 46.60 (SD: 22,53) and on the IES – VP 62.80 (SD: 28.60). Internal consistency tests by means of Cronbach's Alpha revealed 0.905 for the BSPAS - VP and 0.841 for the IES – VP. Being close to 1.00, these values indicated high internal consistency between the instrument items. No correlation was found between the BSPAS – VP and the STAI - S, nor between the IES – VP and the STAI – S. Data revealed a correlation between the IES – VP (0.594; $p < 0.01$) and the BSPAS – VP, and between the Burned Body Surface and the BSPAS – VP (0.536; $p < 0.05$). Thus, we concluded that the BSPAS – VP and the IES – VP are adequate for their first stage of application to a Brazilian population.

Key words: anxiety, pain, burn.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos participantes do estudo, segundo idade e sexo. Ribeirão Preto - SP, 2005.	60
Tabela 2 –	Avaliação da dor dos pacientes em diferentes horários (média, desvio-padrão, mediana, mínimo, máximo e quartis), Ribeirão Preto, 2005.	61
Tabela 3 –	Nível de ansiedade dos participantes (média, mediana e desvio-padrão), Ribeirão Preto, 2005.	62
Tabela 4 –	Coefficiente de correlação produto- momento de Spearman, o valor de Alfa se o item for excluído e o Alfa de Cronbach total obtidos para os itens da BSPAS – VP (IES – VP: itens 1 - 15). Ribeirão Preto, 2005.	65
Tabela 5 –	Coefficiente de correlação produto- momento de Spearman, o valor de Alfa se o item for excluído e o Alfa de Cronbach total obtidos para os itens, que avaliam pensamentos intrusivos (IES – VP). Ribeirão Preto, 2005.	67
Tabela 6 –	Coefficiente de correlação produto- momento de Spearman, o valor de Alfa se o item for excluído e o Alfa de Cronbach total obtidos para os itens que avaliam reações de evitação (IES – VP). Ribeirão Preto, 2005.	68
Tabela 7 –	Estatística descritiva dos itens da BSPAS – VP (IES – VP: itens 1 – 15). Ribeirão Preto, 2005.	70
Tabela 8 –	Correlação produto-momento de Spearman o valor de Alfa se o item for excluído e o Alfa de Cronbach obtidos para a BSPAS – VP (itens 16-24). Ribeirão Preto, 2005	72
Tabela 9 –	Estatística descritiva da BSPAS – VP total (itens 16 – 24) e seus itens. Ribeirão Preto, 2005.	73
Tabela 10 –	Correlação entre BSPAS – VP, IES – VP (incluindo a divisão das escala segundo objetivo de avaliação), IDATE, avaliação da dor imediatamente ante do banho e do curativo e imediatamente depois do banho e do curativo avaliação da dor às 16:00 e às 20:00 horas e a SCQ. Ribeirão Preto, 2005.	75

SUMÁRIO

Lista de Tabelas

Resumo

Resumén

Abstract

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Avaliação de dor e ansiedade – Instrumentos gerais e específicos	8
2. OBJETIVOS	22
3. REFERENCIAL TEÓRICO	24
3.1. Processo de tradução e adaptação transcultural: passos propostos	25
3.2. Avaliação das propriedades de medida do instrumento	30
4. CASUÍSTICA E MÉTODO	32
4.1. “Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS”: descrição do instrumento	33
4.2. Processo de adaptação transcultural adotado	36
4.2.1. Tradução da escala para a língua portuguesa	36
4.2.2. Obtenção da versão consensual em português	37
4.2.3. Avaliação pelo comitê de juízes	38
4.2.4. “Back-Translation”	40
4.2.5. Obtenção da versão consensual em holandês	41
4.2.6. Comparação das versões original em holandês e a versão consensual em holandês	41
4.2.7. Análise semântica dos itens	42
4.2.8. Pré-teste da versão em português: BSPAS-Versão Português Consenso Final (incluindo a IES-Versão Português Consenso Final)	43
4.3. Análise das propriedades de medida da “Burns Specific Pain Anxiety Scale” - BSPAS – VP (incluindo a IES – VP)	46
4.3.1. Local de estudo	46
4.3.2. Amostra de estudo	46
4.3.3. Análise da confiabilidade	47
4.3.4. Análise da validade	47
a. Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger (IDATE) b. Escala Visual Analógica (EVA)	47
4.3.5. Procedimento de coleta de dados	48
4.4. Tratamento dos dados e análises estatísticas	49
4.4.1. Avaliação da consistência interna do instrumento	50
4.4.2. Avaliação da validade do instrumento	51

5. RESULTADOS	53
5.1. Resultados da adaptação transcultural da BSPAS (incluindo a IES)	54
5.1.1. Avaliação pelo comitê de juízes	54
5.1.2. Obtenção da versão consensual em holandês	57
5.1.3. Análise semântica dos itens	58
5.1.4. Pré-teste da versão em português: BSPAS – Versão Português Consenso Final (incluindo a IES – Versão Português Consenso Final)	58
5.2. Caracterização do grupo	59
5.3. Resultados da avaliação de dor	60
5.4. Resultados da avaliação de Ansiedade	62
5.5. Resultados da aplicação da BSPAS – VP (IES – VP) em um grupo de queimados brasileiros	63
6. DISCUSSÃO	77
7. CONCLUSÃO	94
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICES	110
ANEXOS	153

1 - INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Queimaduras e incêndios acontecem diariamente no mundo e somente são superados, como causas não intencionais de morte, por acidentes com veículos a motor, quedas e afogamentos. Incêndios em residências ocasionam 73% de todas as mortes quando o agente causador é o fogo. Nos Estados Unidos, calcula-se que o impacto econômico causado por esses acidentes gira em torno de 36.000 a 117.000 dólares para cada vítima de queimadura (chama direta ou por inalação) que requer cuidado hospitalar. Esses valores variam com a extensão e a gravidade da queimadura (RUTAN, 1998).

No Brasil, não há dados estatísticos nacionais que possam comprovar o número de acidentes por queimaduras, mas estima-se que, em média, por ano aconteçam 1.000.000 de acidentes, dos quais, aproximadamente 100.000 procuram atendimento médico e cerca de 2.500 pessoas morrem tendo como causa direta ou indireta as lesões por queimaduras (CRISOSTOMO; SERRA; GOMES, 2004). As crianças são apontadas como as principais vítimas e a cozinha e o quintal como os locais onde ocorre o maior número desses acidentes (ROSSI et al., 1998a).

Nos últimos anos, têm ocorrido grandes avanços no atendimento a vítimas de queimaduras, aumentando as expectativas de vida destes pacientes, mas, lamentavelmente, ainda não os poupam de experiências traumáticas e dolorosas como desbridamentos, banhos, troca de curativos e enxertias, procedimentos esses necessários para sua recuperação. As lesões por queimaduras encontram-se entre os tipos de trauma mais dolorosos, ainda mais,

quando se soma à dor provocada pela lesão o grande número de procedimentos aos quais as vítimas de queimaduras são submetidas diariamente até sua recuperação (TAAL et al., 1999; LATARJET, 2002).

A partir de uma queimadura extensa, o paciente passará por três fases: a *primeira fase*, chamada de fase de ressuscitação, inicia-se com a queimadura e continua com o início do cuidado pré-hospitalar. Essa fase compreende as primeiras 48 até 72 horas após a queimadura. A assistência nessas primeiras horas é dirigida à manutenção do balanço de líquidos corporais, remoção de tecidos desvitalizados e prevenção de infecção. Nesse período, a principal preocupação por parte dos pacientes e familiares é com a sobrevivência. A *segunda fase*, chamada de fase aguda de reabilitação, compreende a estabilização hemodinâmica, a melhora do estado físico, do estado cognitivo e do sono que se torna mais regular. Essa fase continua até a cicatrização dos ferimentos. A *terceira fase*, chamada de reabilitação de longa duração, é dirigida às intervenções que promovem a cicatrização completa das lesões, minimização das deformidades e prevenção das limitações motoras. Essa etapa se inicia com a alta hospitalar e seu período de duração dependerá da necessidade que cada indivíduo tenha de seguimento psicológico, fisioterápico ou de novas cirurgias com objetivos reparadores. Para alguns pacientes, essa fase pode durar semanas e para outros, anos (ADCOCK, BOEVE; PATTERSON, 1998).

Observa-se que, desde a internação na unidade especializada até sua completa recuperação, o paciente passa por vários procedimentos (como, por exemplo, curativos e enxertias) e mudanças que podem intensificar a dor instalada pela ocorrência da queimadura. A dor acompanhará o paciente durante o longo e difícil período de hospitalização. Além da dor, a ansiedade, a depressão e o medo são manifestações que estão freqüentemente associadas às queimaduras (CHOINIÈRE et al., 1989).

Katz e Melzarck (1999) e Hortense (2003) definem a dor como uma experiência subjetiva e pessoal que tem relação direta com o estímulo da lesão e com fatores psicossocioculturais (crenças, atitudes e simbolismos) que a torna uma experiência bastante particular de indivíduo para indivíduo. Assim, na avaliação da dor deverão ser consideradas as diferenças socioculturais dos diversos grupos, os estados emocionais (como níveis de ansiedade) e as diversas circunstâncias nas quais ocorreu a lesão. A dor é causadora de desconforto, porém, cumpre uma função inicial importante: informar sobre a existência de um perigo potencial ou real para o indivíduo (SARDÁ; CRUZ, 2002).

No paciente queimado, a dor é consequência comum a partir da lesão real do tecido. Lesão essa que pode ser superficial ou profunda, de pequena ou de grande extensão, mas que se torna uma fonte imediata de estímulos dolorosos por um período longo que, muitas vezes, não termina com a cicatrização e pode ser causa de manifestações de dor crônica (MARVIN, 1998; TAAL; FABER, 1997b).

A dor, quando não avaliada ou tratada de forma adequada, pode ser a causa de limitações nas atividades dos pacientes seja na alimentação, na interação com os outros (família e profissionais de saúde) e na qualidade do sono, refletindo-se de forma negativa na qualidade de vida do paciente e de seus cuidadores (FERREL et al., 1995) e na realização de atividades (cuidados) que favoreçam sua recuperação. Porém, deve-se pensar que uma queimadura grave muitas vezes pode ser causadora de mais ansiedade do que dor propriamente dita (ROBERT, et al., 2000; COWLEY; KALB, 2003).

Em um estudo sobre diagnósticos de enfermagem em pacientes que sofreram queimaduras, Rossi et al. (1998c) identificaram o diagnóstico de *ansiedade* em 58,8% dos pacientes estudados.

Spielberger (1981) e Guz (1981) justificam a manifestação de ansiedade em algumas situações por representar um papel decisivo na resposta frente ao perigo ou a estímulos que

podem ser percebidos no ambiente externo e interno (sentimentos e pensamentos) ou em diversas situações: 1. situações julgadas como de risco para o próprio indivíduo, designada como ansiedade normal; 2. apresentada no início, decurso ou no final de várias doenças, definida como ansiedade subjetiva ou objetiva; e 3. manifestada como doença ou como reação medrosa especial, exagerada diante de um perigo não identificado ou quando identificado, sem proporcionalidade lógica entre causa e efeito (identificada como ansiedade patológica).

Na literatura, observam-se diversas maneiras de conceituar a ansiedade. Em 1962, Neylan a definiu como um sentimento de antecipação, geralmente desagradável, psicologicamente manifesto por mecanismo de “luta e fuga” e expresso fisiologicamente com a liberação de adrenalina na corrente sangüínea. Suas manifestações dependem de fatores como: idade, temperamento, experiências passadas e estado físico. A ansiedade apresenta manifestações somáticas como respiração rápida e mais superficial, aceleração do pulso, palidez (maioria), rubor (alguns), aumento da perspiração (especialmente nas mãos, planta dos pés e axilas) e alterações gastrintestinais, como, por exemplo, as referidas pelo paciente como “frio na barriga” e ainda, náuseas, cólicas estomacais, vômitos, diarreias e diminuição do apetite.

A ansiedade, também, é definida como estado afetivo que traz sentimentos de insegurança; o indivíduo sente-se ameaçado frente às situações que lhe escapam ao controle e em situações de enfermidade. A ansiedade manifesta-se, por exemplo, como medo da morte, da invalidez crônica, de incerteza sobre diagnósticos, de restrições e limitações na dieta e atividades da vida diária. Heidrich e Campos (1994); Shuldham et al. (1995) e Andrade e Gorenstein (1998) acrescentam que a ansiedade pode ser uma resposta temporária para uma situação que é nova e provavelmente não clara.

Andrade e Gorenstein (1998) realizaram uma revisão do conceito de ansiedade e dos instrumentos que vêm sendo utilizados para sua avaliação. Os autores referem que o termo

ansiedade abrange sensações de medo, sentimentos de insegurança e antecipação apreensiva, incompetência pessoal, aumento de vigília ou alerta, um sentimento de constrição respiratória levando à hiperventilação e à suas conseqüências, tensão muscular causando dor, tremor e inquietação e uma variedade de desconfortos somáticos, conseqüências diretas da hiperatividade do sistema nervoso autonômico.

Robert et al. (2000) definem ansiedade como uma resposta afetiva comumente apresentada por pessoas depois de uma *lesão* ou *trauma* emocional ou psicológico. Spielberger (1981) e Andrade e Gorenstein (1998) acrescentam que a ansiedade poderia passar a ser patológica quando sua manifestação é desproporcional à situação causadora do desencadeamento ou na ausência de um objeto ou situação que justifique sua manifestação e que, como experiência humana, a ansiedade é muitas vezes confundida com o medo.

Yocom (1984) e Whitley (1992a, 1992b) examinaram as diferenças entre *medo* e *ansiedade* e concluíram que o *medo* é resultado de uma ameaça que pode ser localizada e identificada. Caracteriza-se pela apresentação de uma resposta simpática com aumento do estado de alerta. Já, o indivíduo com ansiedade apresenta ambas respostas: simpática e parassimpática. As respostas dependem do nível de *ansiedade*, mas o indivíduo relata sentimentos de incerteza. Certamente, as sensações de medo e de ansiedade não se apresentam na mesma intensidade em todas as pessoas, ainda que ocorram em situações semelhantes. O medo e a ansiedade encontram-se entrelaçados na mesma fisiologia e podem ter conseqüências similares (COWLEY; KALB, 2003), porém não iguais. O medo e a ansiedade podem se apresentar como sendo causa ou intensificador um do outro em pacientes, vítimas de queimaduras. Um círculo vicioso pode-se instalar: o medo aumenta a ansiedade e a ansiedade aumenta o medo.

Apesar da variedade de conceitos encontrados na literatura, todos apresentam pontos de concordância que nos levam a caracterizar a ansiedade como um conjunto de

manifestações as quais podem ser de ordem física (taquicardia, sudorese, hiperventilação e tensão muscular) e psicológica (apreensão, alerta e inquietude), manifestando-se em indivíduos sadios ou não (DRATCU; LADER, 1993). Portanto, podemos dizer que a ansiedade é uma manifestação essencialmente afetiva, de caráter adaptativo aos diferentes estímulos recebidos do mundo externo ou interno do indivíduo que, do ponto de vista clínico, pode ser reconhecida por várias manifestações comportamentais e psicológicas, como, por exemplo, inquietação e palidez (ROSA; SALTA, 1988).

A ansiedade diante da dor, enxertias, desbridamentos e perante a possibilidade da morte, frequentemente, acompanha o paciente com queimaduras, permanecendo durante todo o período do tratamento e, quando o paciente percebe que a alta hospitalar está próxima, outros aspectos se tornam presentes podendo, também, provocar medo e ansiedade.

Na revisão de literatura, observamos diversos estudos com pacientes que sofreram queimaduras, abordando a ansiedade relacionada à dor (VAN DER DOES, 1989; SHERIDAN et al., 1997; TAAL; FABER, 1997a, 1997b, TALA et al., 1999), à realização de procedimentos (THURSTON et al., 1995), à adaptação psicológica e a problemas emocionais (FRANULIC et al., 1996; WILLIAMS; GRIFFITHS, 1991; TEDSTONE; TARRIER, 1997; MATEU; HERNANDEZ, 1996) e que relacionam *ansiedade* no período pré-operatório e ao uso da sedação na noite que antecede a cirurgia em vítimas de queimaduras (McCALL et al., 1999).

Para a avaliação da presença e intensidade de sintomas ou manifestações de dor e ansiedade, atualmente estão sendo utilizados instrumentos (escalas e/ou questionários) que possuem características apropriadas para este tipo de medida (atributo) e que há anos estão contribuindo com benefícios diretos na melhoria das ações de enfermagem e dos demais profissionais da saúde.

1.1. Avaliação de dor e ansiedade – Instrumentos gerais e específicos

Frente à necessidade da melhora do atendimento clínico hospitalar, a partir de 1970, iniciou-se com maior intensidade a utilização de instrumentos e práticas clínicas que visaram à avaliação ou mensuração de sentimentos em princípio subjetivos (entre esses a ansiedade), com objetivos claros que permitiriam detectar, avaliar e certificar as características clínicas de ansiedade ou algum outro sentimento subjetivo que, de alguma forma, poderiam interferir na saúde do indivíduo dentro ou fora do hospital.

As escalas de avaliação têm sido produzidas, geralmente, na Europa e na América do Norte, o que gera o principal problema para sua aplicação em nosso meio, pois devem ser submetidas a uma prévia adaptação à nossa língua para sua correta aplicação. Apesar de serem desenvolvidas em idiomas e culturas diferentes, representam uma grande tentativa da busca de uma linguagem comum que permita a comparação dos resultados obtidos pelos diferentes pesquisadores (DEL PORTO; LARANJEIRAS; MASUR, 1983).

De forma geral, as escalas de medida são classificadas em quatro níveis: nominal, ordinal, intervalar e a de razão. Cada um deles com maior grau de complexidade e precisão de medida. Escalas nominais definem se os atributos medidos são equivalentes entre si ou não e evidenciam a possibilidade de formação de conjuntos diferentes (nível mais elementar de representações), não conferem uma classificação. As escalas ordinais atribuem uma ordem de maior e menor importância entre os atributos medidos (*ranking* dos dados). Escalas intervalares medem as distâncias entre dois valores, implicando em uma unidade constante de medida (variações iguais, na escala intervalar, corresponderão a variações iguais em termos do valor que está sendo medido), portanto, no lugar de categorias, possuem, valores. As escalas da razão possuem um zero absoluto, assinalando valores às características ou dimensões do atributo objeto. Portanto, a escala de razão estabelece diferença entre o ponto

zero e uma intensidade conhecida entre os valores do atributo medido (FALEIROS SOUSA, 2000; PEREIRA, 1999).

Quanto à aplicação, as escalas podem ser classificadas em Escalas de Aplicação Clínica – “Rating scales” (pesquisador ou cuidador é responsável pelo preenchimento da escala) e as Escalas de Auto-Avaliação (o paciente é responsável pelo preenchimento). Com graus de dificuldade diferentes, as Escalas de Aplicação Clínica apresentam problemas referentes à experiência do avaliador e as Escalas de Auto-Avaliação podem apresentar limitações no entendimento e falsificação da informação por parte do paciente (GUIMARÃES, 1998; FALEIROS SOUSA, 2002).

Com a necessidade de quantificar as sensações dolorosas, há anos os pesquisadores têm voltado grandes esforços para o desenvolvimento de instrumentos (escalas e/ou questionários) para mensurar a dor. Instrumentos que, por sua especificidade, têm facilitado a comunicação de indivíduo (paciente) para indivíduo (avaliador) e permitem a realização de comparações e o estabelecimento de parâmetros que contribuem com tratamentos e intervenções cada vez mais eficazes (ANGELOTTI, 2002).

Strong et al. (2001) referem que para a mensuração da dor existem três tipos de medidas: medidas de auto-relato “Self-report” (escalas, desenhos, questionários e diários), medidas de observação (de comportamento, de função e de movimentação ou atividade) e medidas fisiológicas (batimentos cardíacos e pulso, por exemplo). Os auto-relatos são baseados na percepção do próprio paciente, sobre a dor sentida, e são considerados o padrão-ouro para mensuração da dor. As medidas observacionais podem ser utilizadas para corroborar as medidas obtidas por auto-relatos e o avaliador seria o principal responsável por estas medidas. As medidas fisiológicas são obtidas pela comprovação de mudanças em batimentos cardíacos, respiração, tensão muscular, entre outras alterações e podem ser utilizadas quando as demais formas de medida não podem ser aplicadas.

No campo clínico, as escalas são bastante utilizadas, pela sua praticidade e facilidade de entendimento por parte dos pacientes. Entre as escalas mais utilizadas para mensurar dor, encontram-se as escalas numéricas, as escalas de descritores verbais e as escalas analógicas visuais. As escalas numéricas (1 a 5 ou 1 a 10) e as escalas verbais ou adjetivas (nenhum, médio, moderado e grave) proporcionam dados puramente ordinais que permitem a classificação dos dados em conjuntos por similaridade e as escalas analógicas visuais permitem a obtenção de magnitudes e a possibilidade de aplicar testes estatísticos paramétricos (MARVIN, 1998).

As escalas de mensuração de dor podem ser divididas em Escalas de Aplicação Clínica e de Auto-Avaliação (GUIMARÃES, 1998; FALEIROS SOUSA, 2002) e segundo a dimensionalidade da medida, as escalas podem ser divididas em unidimensionais ou multidimensionais. As escalas unidimensionais avaliam a presença e intensidade da dor e as escalas multidimensionais avaliam a dimensão sensorial, a afetiva e os indicadores fisiológicos, comportamentais e contextuais.

Entre as escalas unidimensionais mais utilizadas para a mensuração da dor, encontramos as escalas ordinais: numéricas e de adjetivos (chamadas de verbais) e as escalas de julgamento visual (Escala Visual Analógica). Já entre as escalas multidimensionais, temos os conhecidos questionários que buscam preencher a necessidade de medidas mais complexas e completas da dor. Entre os instrumentos multidimensionais mais conhecidos e utilizados, temos o Questionário de Dor de McGill, composto por 87 descritores das qualidades sensoriais, das emoções manifestas pela dor e localização da dor; o “Wisconsin Brief Pain Questionnaire” (Questionário Breve para Dor de Wisconsin) que acrescenta a avaliação do impacto da dor na vida diária (humor, relacionamento interpessoal, entre outros) e a “Memorial Pain Assessment Card” (Ficha Memorial de Avaliação de Dor) composta por três escalas analógicas visuais que permitem a medida de humor, intensidade e alívio da dor.

Porém, uma crítica aos questionários multidimensionais está direcionada à complexidade e à extensão dos instrumentos que estariam dificultando sua aplicação no campo clínico, pelo tempo gasto na aplicação e por apresentarem dificuldades de entendimento pelos pacientes durante o preenchimento (ANGELOTTI, 2002; FALEIROS SOUZA, 2002).

Na literatura, observamos diversos estudos com o objetivo de conhecer as técnicas e/ou medidas que se mostrem mais apropriadas na mensuração da dor. Bird (2003) realizou uma revisão sistemática sobre os instrumentos que estão sendo utilizados em diversas áreas clínicas, considerando idade e condições cognitivas do público para o qual foram aplicados. O autor conclui que o pesquisador deverá pensar na possibilidade de encontrar diferenças nos grupos de indivíduos nos quais se pretende aplicar determinado instrumento, sejam estas diferenças culturais, físicas ou psicológicas. Da mesma forma, deverão ser consideradas as particularidades da escala escolhida, assim como, aquilo que se pretende medir na população-alvo (BIRD, 2003).

Alguns autores mostraram as dificuldades que pacientes de diversas populações poderiam apresentar no preenchimento de determinadas escalas. Ferrell et al. (1995) observaram que pacientes idosos com problema de comunicação e que idosos com dificuldades visuais apresentaram maior dificuldade para o preenchimento da Escala de Dor de McGill. Krulewith et al. (2000) acrescentam que pessoas idosas com deficiência visual, também apresentariam dificuldades de preenchimento com a Escala Visual Analógica (EVA) e a Escala de Faces de Dor.

Já, em pacientes com alterações cognitivas, outros aspectos devem ser considerados na escolha do instrumento. Ferrell et al. (1995) observaram que populações com alterações cognitivas apresentaram maior dificuldade de compreensão da EVA. Krulewith et al. (2000) acrescentam que a escala de faces e a escala de índices numéricos quando comparadas com outras escalas de mensuração da dor, também apresentam dificuldades de compreensão.

Porém, as escalas de índices numéricos e as escalas de índices verbais apresentaram como principal vantagem serem verbalmente administradas. As dificuldades de mensuração de dor têm levado os pesquisadores a eleger uma ferramenta baseada na observação como, por exemplo, a Escala de comportamento “Checklist” (RUTLEDGE; DONALDSON; PRAVIKOFF, 2002).

Bird (2003) ressalta que para a aplicação de uma escala para mensuração de dor não se pode esquecer de avaliar primeiro a presença de diferenças como: limitações físicas e psicológicas entre os indivíduos, assim como, a influência cultural que manifestações de dor possam apresentar.

Na revisão de literatura, também encontramos estudos que tiveram como objetivos conhecer se equipes de saúde estariam utilizando algum tipo de medida ou técnica para avaliar a dor no paciente queimado. Entre eles encontramos o estudo de Marvin (1998) que teve como objetivo conhecer instrumentos que estariam sendo utilizados para mensurar dor em vítimas de queimaduras. O autor observou que as Escalas Numéricas, as Escalas de Descritores Verbais e as Escalas Visuais Analógicas foram as modalidades de mensuração mais freqüentemente utilizadas. Kolher; Schulz e Wiebalck (2001), em um estudo que teve como objetivo saber se médicos e enfermeiras estariam avaliando e documentando manifestações de dor entre crianças que sofreram queimaduras, encontraram que eram poucas as equipes de saúde que utilizavam instrumentos de mensuração e realizavam algum tipo de registros de dor.

Charlton et al. (1983), com o objetivo de conhecer os fatores que estariam afetando a dor do paciente queimado, aplicaram entre outros questionários o Questionário de Dor de McGill e a Escala Visual Gráfica de Dor em 26 pacientes internados para tratamento das queimaduras. Os resultados preliminares indicaram relatos significativos de dor e ansiedade em procedimentos como desbridamentos, fisioterapia e enxertias. Com o objetivo de examinar

as características das experiências de dor em pacientes queimados, Choinière et al. (1989) aplicaram o Questionário de Dor de McGill e a Escala Visual Analógica para Dor em uma amostra de 42 pacientes adultos hospitalizados. Os horários de avaliação corresponderam aos momentos da realização de procedimentos dolorosos (como, por exemplo, limpeza das feridas, banhos e curativos) e em diferentes momentos ao longo do dia. Os resultados mostraram maiores índices de dor durante a realização de procedimentos considerados dolorosos, assim como, grandes flutuações desses valores entre os pacientes. A Escala Visual Analógica também foi aplicada por Gallagher, Rac e Kinsella (1997), com o objetivo de avaliar a presença e o alívio da dor em uma amostra de 180 pacientes que se encontravam entre as duas primeiras semanas após o acontecimento da queimadura. Entre os resultados encontrados de maior relevância, ressalta-se a correlação entre relatos de dor e sofrimento psicológico do paciente.

O Termômetro Visual Analógico, adaptação da EVA realizada por Choinière, Auger e Latarjet (1994), foi utilizado em estudos que entre seus objetivos contemplavam a avaliação de experiências de dor em vítimas de queimaduras (CHOINIÈRE et al., 1989, 1990, CHOEIÈRE; AUGER; LATARJET, 1994; TAAL; FABER, 1997b), mostrando-se como um instrumento confiável na mensuração da dor desses pacientes. Saxe et al. (2001), em um estudo que teve como objetivo principal investigar a relação entre a dose de morfina administrada em crianças queimadas, durante a fase aguda de internação, e o curso de manifestações de desordem de estresse pós-traumático, após 6 meses da alta hospitalar, aplicaram a “Posttraumatic Stress Disorder” (PTSD) e a Escala Analógica de Cor para Dor “The Colored Analogue Pain Scale” durante a internação (fase aguda) e repetiram a medida de PTSD seis meses depois da alta. Os resultados sugeriram que o tratamento com morfina, na fase aguda, poderia prevenir manifestações de estresse pós-traumático, após alta hospitalar.

Observa-se que, atualmente, há uma grande quantidade de escalas e/ou questionários que foram criados com o objetivo de mensurar dor. Cabe ao pesquisador selecionar o instrumento mais adequado para a população na qual será aplicado, considerando-se as particularidades da população (como, por exemplo, cultura, nível de educação e limitações físicas), o que se quer medir (presença, intensidade e/ou características) e as características que façam da escala escolhida a mais apropriada para o objetivo do estudo proposto (BIRD, 2003). Andrade e Gorenstein (1998) acrescentam que quando uma escala for escolhida para medir ansiedade, deve-se ter em conta a finalidade do instrumento (de diagnóstico ou de quantificação em indivíduos já diagnosticados) e os aspectos de ansiedade que a escala estará medindo (ansiedade normal ou patológica). Os autores ressaltam que a superposição da ansiedade com sintomas depressivos é uma das grandes dificuldades para os pesquisadores na avaliação de ansiedade em amostras clínicas.

Andrade e Gorenstein (1998) e Nardi (1998) referem que os instrumentos para avaliação clínica de ansiedade podem ser divididos em: “escalas” que avaliam o *estado de ansiedade*: manifestação de ansiedade no momento-situação transitória e “questionários” que avaliam o *traço da ansiedade*: avaliam uma tendência estável do indivíduo para manifestar ansiedade.

Keedwell e Snaith (1996) realizaram um levantamento bibliográfico para identificar as escalas de avaliação de ansiedade mais utilizadas nos últimos anos. Sendo divididas em dois grupos: Escalas de Avaliação Clínica (o responsável pelo preenchimento é o pesquisador/avaliador) e Escalas de Auto-Avaliação (o responsável pelo preenchimento é o paciente), como descrito a seguir (1996, p. 177-180):

[...] A. **Escalas de Avaliação Clínica**: 1. Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) (Hamilton, 1959); 2. Escala de Ansiedade de Beck (BECK, et al., 1998); 3. Escala Clínica de Ansiedade (CÁS) (SNAITH et al., 1982); 4. Escala Breve de Ansiedade (BAS) (TYRER et al., 1984) e 5. Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS) (OVERALL et al., 1962).

B. **Escalas de Auto-Avaliação**: 1. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (SPIELBERGER et al., 1970); 2. Escala de Ansiedade de Zung (ZUNG, 1971); 3. Escala de Ansiedade Manifesta de Taylor (TAYLOR, 1953); 4. Subescala de Sintomas de Ansiedade “Checklist” (SCL-90) (DEROGATIS et al., 1973); 5. Perfil de Estado de Humor (POMS) (LORR;

MCNAIR; 1984) e 6. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

Keedwell e Snaith (1996) observaram que as escalas de Hamilton e de Beck, classificadas como Escalas de Avaliação Clínica, e o IDATE e a Subescala de Ansiedade de Sintomas Checklist (SCL-90), classificadas como Escalas de Auto-Avaliação, estão entre as escalas mais utilizadas. Esses mesmos autores, também, realizaram uma revisão das características das escalas de avaliação de ansiedade, ressaltando que essas medem vários aspectos, os quais agruparam da seguinte forma: *humor*, experiência de sensação de medo não associada à situação ou às circunstâncias específicas; *apreensão* relacionada a um acontecimento possível ou não identificado; *cognição* preocupação pela possibilidade de acontecimento de algo adverso a si próprio; *comportamento* de inadequação, incapacidade de se manter quieto e relaxado por muito tempo, com movimentos repetitivos e sem finalidade; *estado hiperalerta*, aumento da vigilância, resposta aumentada a estímulos, dificuldade de adormecer; *sintomas somáticos*, sensação de constrição respiratória, hiperventilação e suas conseqüências (espasmo muscular e dor sem alguma outra causa conhecida), tremor e manifestações somáticas e *outros*, categoria que pode incluir estados de despersonalização, baixa concentração e esquecimento.

Ning, Arbulu e Kishimoto (1981), utilizando a Escala de Hamilton para Avaliação de Angústia e a Escala de Ansiedade Manifesta de Taylor, avaliaram a presença de ansiedade do paciente e membro da família frente à intervenção cirúrgica. Os autores constataram maiores índices de ansiedade entre mulheres (de ambos os grupos), quando havia um maior parentesco entre pacientes e familiares e entre os jovens (pacientes ou familiares).

Shuldham et al. (1995) realizaram a validação de um instrumento de manifestações de ansiedade o “Anxiety Defining Characteristics Tool-ADCT” em uma amostra de 60 indivíduos e o compararam com outros instrumentos de medida já existentes: Inventário de Ansiedade Traço-Estado-IDATE (SPIELBERGER et al., 1983), Escala Gráfica de Ansiedade-

GAS (LO BIONDO-WOOD; HAVER, 1986) e Escala de Ansiedade e Depressão de Hamilton-HAD (ZIGMON; SNAITH, 1983). Foram identificados como indicadores-chave para a avaliação de ansiedade na prática clínica: suor, fraqueza, tendência a culpar os outros, contínua revisão de eventos no seu pensamento, focalização em si mesmo e carência de autoconfiança.

Botega et al. (1995) realizaram um estudo cujo objetivo foi estimar a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes adultos internados em enfermaria geral. Os autores aplicaram em uma amostra de 78 participantes uma entrevista psiquiátrica estruturada: a Entrevista Clínica Programada-Revisão e “Hospital Anxiety and Depression Scale - HAD”. Os resultados encontrados foram: insônia (49%), preocupação (36%), depressão (28%), *ansiedade* (27%), idéias depressivas (25%) e irritabilidade (19%) como manifestações mais frequentes.

A ansiedade é um sentimento manifestado comumente por vítimas de queimaduras e, dependendo do nível em que se apresenta, pode influenciar ou não na colaboração do paciente para os tratamentos necessários para sua recuperação durante a internação.

Em pacientes, vítimas de queimaduras, são diversos os instrumentos que, embora não específicos, vêm sendo aplicados em estudos que buscam avaliar presença, ausência ou melhora das manifestações de ansiedade. Franulic et al. (1996) avaliaram a relação entre queimaduras graves, fatores de personalidade (como, por exemplo, agressivo e impulsivo) e ajustamentos prévios à queimadura (fatores psicológicos e ansiedade), aplicando em 25 pacientes adultos a Escala de Ansiedade de Hamilton, o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (GHQ-28), o Questionário Tridimensional de Personalidade de Cloninger (TPQ) e a Escala de Ajustamento Escolar (entrevista semi-estruturada). Esses autores encontraram correlação significativa entre fatores psicossociais e ansiedade, assim como, correlação entre queimaduras graves e manifestação de ansiedade.

A Escala Visual Analógica para Dor, a Escala Visual Analógica para Ansiedade e o Questionário de Dor de McGill foram aplicados por Turner et al. (1998) para investigar se a influência da Terapia do Toque somada à analgesia narcótica aumentaria o alívio da dor, reduziria ansiedade e provocaria alterações no sistema imune em pessoas hospitalizadas por queimaduras. Os resultados sugeriram que a combinação da terapia analgésica somada à Terapia do Toque apresentou maior alívio da dor, assim como, uma diminuição dos linfócitos sangüíneos. A Escala Analógica para Ansiedade e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado foram utilizados por Patterson et al. (1997) para avaliar se ansiolíticos do grupo dos benzodiazepínicos aumentariam o alívio da dor em pacientes queimados, quando comparados com a administração única de opióides e se estados de ansiedade mediarão os efeitos analgésicos dos benzodiazepínicos. O grupo tratado com benzodiazepínicos apresentou níveis significantes de alívio da dor. Os autores referem que os efeitos analgésicos do lorazepam estariam sendo mediados pela redução de ansiedade e que isto poderia estar limitado aos pacientes com altos índices de dor.

Robert et al. (2000), com o objetivo de identificar unidades de atendimento a vítimas de queimaduras que utilizam algum tipo de instrumento ou medida específica para a avaliação de ansiedade, enviaram um questionário a 64 diretores de unidades especializadas em tratamento de queimaduras. Concluíram que somente 11% das equipes de profissionais utilizavam um instrumento de avaliação quantitativa de ansiedade. Os instrumentos utilizados se caracterizavam como de medida ordinal, índices de escalas numéricas de auto-avaliação, escala visual analógica de auto-avaliação e índices de escalas de observação (aplicação clínica).

Taal e Faber (1997a) desenvolveram e aplicaram uma escala de medida de ansiedade e dor composta por nove itens, específica para vítimas de queimaduras: “The Burn Specific Pain Anxiety Scale” (BSPAS) em uma amostra de 35 indivíduos internados em uma unidade

especializada para tratamento de queimaduras na Holanda. Para avaliação da confiabilidade do instrumento, foi aplicado o coeficiente de Alfa de Crobach, obtendo-se valores de 0,94 (considerando-se valores aceitáveis $>0,70$) e como outra medida de consistência interna, foi obtido o coeficiente de correlação de Pearson com valores de correlação entre os itens de 0,71-0,82 ($p<0.0001$). Para avaliar a validade do instrumento, os autores optaram pela validade concorrente, com a correspondente correlação dos dados obtidos entre as escalas aplicadas (BSPAS, IDATE e a EVA). Os autores concluíram que as medidas de consistência interna do instrumento o indicavam como um instrumento unidimensional confiável para avaliar dor relacionada à ansiedade-estado e ansiedade relacionada com a cicatrização das queimaduras. Ademais, ressaltam que este instrumento mostra-se específico, curto e de fácil aplicação para os pacientes queimados.

Em 1997, esses mesmos autores estudaram a relação entre estresse pós-traumático, ansiedade antecipada a procedimentos médicos e percepção de dor, em uma amostra de 33 pacientes adultos queimados. Para isso, aplicaram a BSPAS, a Escala de Impacto de Eventos – IES (HOROWITZ; WILNER; ALVAREZ, 1979) e o Termômetro Visual Analógico (CHOINIÈRE; AUGER; LATARJET, 1994) em cinco diferentes momentos do dia. Os autores observaram que a BSPAS (índices de dor e ansiedade) estaria altamente associada à IES (índices de estresse pós-traumático) e com percepções de dor durante a primeira e segunda semanas de internação. Pacientes com distúrbios de estresse teriam maior predisposição para desenvolver intensa ansiedade antecipatória associada a procedimentos dolorosos e, em pacientes sem estresse pós-traumático, havia a possibilidade do estabelecimento de um círculo vicioso: dor aumenta ansiedade e ansiedade aumenta a dor (TAAL; FABER, 1997b).

Posteriormente, com o objetivo de avaliar a confiabilidade, validade e especificidade da BSPAS em sua versão resumida de cinco itens, esses mesmos autores realizaram um

estudo multicêntrico, aplicando esta escala em uma amostra de 173 pacientes adultos, hospitalizados em unidades especializadas de atendimento às vítimas de queimaduras na Holanda e Bélgica, com o objetivo de comparar a BSPAS original (nove itens) com uma versão resumida (cinco itens). Os autores realizaram uma análise fatorial confirmatória com o objetivo de explicar as propriedades psicométricas da escala. Foram calculados o Alfa de Cronbach (que resultou em 0,91 para a escala de nove itens e 0,90 para a de cinco itens) e a Correlação de Pearson entre os valores da escala original (nove itens) e da escala resumida com cinco itens (0,96). Os resultados da análise fatorial confirmatória, mostraram que a versão da BSPAS, proposta com cinco itens, avalia ansiedade durante a realização de procedimentos dolorosos (itens 1, 2 e 3) e ansiedade antes da realização de procedimentos dolorosos (itens 4 e 5). Porém, o item quatro desta escala (*por causa da dor eu me sinto nervoso e sem tranquilidade*), apresentou 58% e 42% de variância em relação à avaliação da ansiedade antes da realização de procedimentos dolorosos e durante a realização dos curativos, respectivamente, o que indicou que esse item não apresentou relação com as avaliações de ansiedade nos dois momentos. Os autores concluíram que a versão da BSPAS resumida apresentou medidas psicométricas confiáveis tanto quanto a escala original (TAAL et al., 1999).

Nos Estados Unidos, Aaron et al. (2001) estudaram a capacidade que a BSPAS (versão abreviada de 5 itens) teria para prever índices de dor após o acontecimento da queimadura (frente a procedimentos dolorosos), avaliar os níveis da dor quando administrado algum analgésico e o desempenho físico desses pacientes após a alta hospitalar. Aplicaram, conjuntamente, a BSPAS, o “Profile of Mood States Short Form – POMS” (avalia estados de humor) e a IDATE (avalia ansiedade estado) a um grupo de 27 pacientes, vítimas de queimadura. Os autores referem que a BSPAS se mostrou como o melhor preditor de índices de dor frente a procedimentos dolorosos e o único capaz de prever diminuição do

desempenho físico dos pacientes após a alta hospitalar, sendo que a POMS e a IDATE mostraram-se como os melhores preditores de desempenho emocional. Os autores ressaltam que a BSPAS mostra-se como o único indicador válido de ansiedade relacionada à dor entre vítimas de queimaduras e pode ser útil para identificar o risco da diminuição de capacidade funcional dos pacientes após a alta hospitalar.

Observa-se que entre as escalas mais utilizadas, embora não específicas para avaliação de dor e/ou ansiedade em vítimas de queimaduras se encontram a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica, a Escala de Ansiedade de Hamilton, o Questionário de Dor de McGill, O Inventário Traço-Estado de Spielberger e os Auto-Relatos. Nesse sentido, em relação aos instrumentos específicos para serem utilizados em pacientes que foram queimados, temos o Termômetro Visual Analógico para Dor (HOROWITZ, 1979), a “Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS” (TAAL; FABER, 1997a) e a “Impact of Event Scale – IES” para avaliação de sintomas de estresse pós-traumático.

A necessidade de um instrumento de avaliação e/ou mensuração de dor e ansiedade para vítimas de queimaduras torna-se evidente, quando consideramos o longo período de internação e a realização de procedimentos como banhos, curativos e enxertos que, embora dolorosos, são necessários para a recuperação destes pacientes (CHORNIÈRE et al., 1989a). A brevidade do instrumento, também, torna-se de grande importância, considerando-se as condições físicas das pessoas que sofreram queimaduras (ROBERT, et al., 2000).

No presente estudo, optamos pela “adaptação e validação de um instrumento de avaliação de dor e ansiedade já existente” (KLEINMAN et al., 1978; GUILLEMIN, BOMBARDIER; BEATON, 1993): a “Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS” (TAAL; FABER et al., 1997a). A escolha deste instrumento está relacionada à inexistência de um instrumento em português específico para a avaliação de dor e ansiedade em pacientes vítimas de queimaduras. Esse instrumento é considerado curto, de fácil aplicação e confiável para

avaliar a dor, a ansiedade e a reação psicológica do paciente frente à experiência dessa condição traumática e de seu tratamento.

Além disso, não encontramos, na revisão da literatura, estudos que descrevessem a utilização de instrumentos específicos para avaliar dor e ansiedade para pacientes queimados brasileiros.

Frente ao exposto, considera-se, de grande importância, o processo de adaptação de um instrumento, assim como, a avaliação de suas propriedades de medida, mediante um processo metodológico rigoroso que busque garantir a qualidade das medidas psicométricas do instrumento adaptado à outra língua e cultura.

2 - OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Frente ao exposto, nossa proposta tem como objetivos:

- Adaptar a “Burns Specific Pain Anxiety Scale” (BSPAS), proposta por Taal e Faber (1997a) para a língua portuguesa;
- Avaliar a consistência interna da BSPAS, por meio de sua aplicação em uma amostra de pacientes brasileiros que sofreram queimaduras;
- Comparar as medidas de ansiedade obtidas com o instrumento traduzido com as medidas do IDATE adaptado para o português por Biaggio e Natalício (1979);
- Comparar as medidas de dor obtidas com o instrumento traduzido com as medidas da Escala Visual Analógica (EVA) para dor.

3 – REFERENCIAL METODOLÓGICO

3. REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1. Processo de adaptação transcultural: passos propostos

Apesar de existirem vários instrumentos disponíveis para a avaliação de dor e ansiedade, deve-se somente utilizar um instrumento que estiver devidamente adaptado ao contexto cultural da população em que se pretende aplicar (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

O processo de adaptação de um instrumento de medida já existente, proposto para uma cultura diferente e para uma realidade específica, tem sido um procedimento amplamente utilizado nas diversas áreas de conhecimento (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Uma das vantagens da utilização desses instrumentos é a economia do tempo, recursos pessoais e financeiros, além da possibilidade de permitir a realização de comparações dos resultados nas diferentes culturas em que tais instrumentos são aplicados (CUMMINGS et al., 2003).

Kleinman et al. (1978) propõem quatro opções para os pesquisadores cujo interesse é a aplicação de um instrumento de medida em situação nas quais não se dispõem de um instrumento adaptado à cultura que pretendem estudar: 1. desenvolver uma nova medida, própria para o seu contexto cultural; 2. promover o desenvolvimento de uma nova medida que possa ser adaptável a contextos diferentes; 3. fazer uso de uma medida subjetiva, não relacionada diretamente a um instrumento de medida e que permita ao próprio indivíduo

definir os domínios importantes para sua própria avaliação e 4. traduzir, adaptar e validar para seu idioma e cultura um instrumento já existente. Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) referem que existem duas opções para a utilização de instrumentos de medida ou de avaliação criados em idiomas diferentes: 1. desenvolver uma nova medida e 2. utilizar uma medida previamente desenvolvida em outra língua.

A maioria dos instrumentos, para mensuração de variáveis relacionadas à saúde, foi desenvolvida em países de língua inglesa, portanto, direcionada para a população que fala este idioma. O idioma é um fator que deve ser considerado na metodologia aplicada para a tradução do instrumento, considerando-se expressões coloquiais e idiomáticas que deverão ser mudadas sempre que for necessário, e uma adaptação que garanta a qualidade de medida do instrumento original (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Entre os diversos autores que já realizaram a adaptação transcultural de algum instrumento para outro idioma, ainda não há um consenso sobre a melhor metodologia a ser seguida para realizar estas traduções e adaptações, razão pela qual, muitos autores têm utilizado seus próprios métodos (RAMOS DE CARVALHO et al., 1993).

Para a adaptação transcultural de um instrumento Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) sugerem as seguintes etapas:

1. *Tradução inicial*: de forma independente, deverão ser realizadas duas traduções do instrumento por tradutores originários da língua-alvo, com conhecimento profundo da língua de origem do instrumento. Os tradutores deverão ser informados sobre os objetivos do estudo e sobre os conceitos envolvidos no instrumento. Em seguida, as duas traduções deverão ser comparadas e, na presença de discrepâncias, serão realizadas as modificações necessárias. Obtendo-se, assim, um instrumento traduzido que preserve o mesmo significado de cada item, mantendo-se a integridade do instrumento de medida original.

2. *Síntese das traduções*: pesquisador e tradutores se reunirão para a realização da síntese das traduções iniciais. Paralelamente, o pesquisador responsável realizará um registro das justificativas das mudanças necessárias. O objetivo desta etapa será obter uma versão de consenso das duas traduções.

3. *Retrotradução* — “back-translation”: a versão de consenso obtida na etapa anterior será traduzida novamente para a língua de origem. Esse processo visa a garantir que um instrumento traduzido conserve os mesmos conteúdos da versão original. Recomenda-se a realização de pelo menos duas retrotraduções. Em seguida, a versão original e a traduzida deverão ser comparadas e as divergências discutidas entre os tradutores e o pesquisador responsável. Beaton et al. (2000) recomendam que os tradutores sejam fluentes e conhecedores de expressões coloquiais da língua de origem do instrumento. O objetivo desta etapa é detectar erros de significados na versão-alvo, razão pela qual ambos os instrumentos (original e traduzido) deverão ser comparados.

Sechrest, Fay e Hafeez-Zaidi (1972) referem como maior vantagem da “Back-translation” a filtragem das palavras de difícil tradução e/ou adaptação e como maior desvantagem não garantir a melhor escolha de sons naturais da língua-alvo e palavras que contenham o mesmo significado sugerido pelo autor no instrumento original.

4. *Comitê de especialistas*: a composição deste comitê torna-se de grande importância para o alcance da equivalência transcultural do instrumento. O comitê estará composto pelo pesquisador responsável (conhecedor da metodologia), profissionais de saúde, profissionais de idiomas e tradutores (tradutores e retrotradutores). Para essa etapa, mudanças necessárias seriam feitas por este comitê, avaliando as equivalências entre o instrumento original e o traduzido considerando-se quatro diferentes tipos de equivalências (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000; KIMURA, 1999):

Equivalência semântica: avalia o significado das palavras de cada item (um ou vários significados) preservando a equivalência do significado e a formulação dos termos (BICE; KALIMO, 1971).

Equivalência cultural: avalia a existência de itens que reflitam experiências próprias de cada cultura. Itens que podem ser modificados, na tentativa de compensar um item não significativo na cultura-alvo por outro significativo (BEATON et al., 2000).

Equivalência idiomática: avalia expressões coloquiais ou expressões idiomáticas difíceis de traduzir. O comitê poderá formular uma expressão equivalente para a versão traduzida (BEATON et al., 2000).

Equivalência conceitual: avalia palavras que, freqüentemente, capturam conceitos ou significados de ambas as culturas (BEATON et al., 2000). Esse tipo de equivalência é alcançada quando as respostas para algumas questões refletem os conceitos requeridos nas diferentes culturas, isto é, o construto passa a ser reconhecido como sendo conceitualmente equivalente entre ambas as culturas (BICE; KALIMO, 1971). Nesta etapa, a versão original deverá ser apresentada e disponibilizada para todos os membros do comitê.

5. *Teste da versão pré-final:* o instrumento traduzido (pré-final) é aplicado em indivíduos representantes da população-alvo do instrumento. Considera-se 30 a 40 indivíduos como número ideal para este teste. O objetivo será que cada participante avalie o instrumento traduzido em relação a sua compreensibilidade, pertinência, aprovação e relevância cultural. Para este propósito, cada sujeito preencherá o questionário e, em seguida, será questionado sobre sua impressão sobre o instrumento e suas respostas para cada item. Esta etapa visa garantir a adaptação do instrumento traduzido, sua equivalência e aplicação na população para qual foi proposto, assim como, esclarecer e refinar a redação dos itens e medir a duração da

aplicação do instrumento (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000; CUNMINGS et al., 2003, DANTAS; ROSSI, 2004*).

A proposta de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) para adaptação transcultural de instrumentos de qualidade de vida tem sido a mais utilizada nos estudos com esse propósito. No entanto, outros autores têm apresentado outras propostas para conduzir a adaptação transcultural. Por exemplo, Ferrer et al. (1996) e Dantas e Rossi (2004) sugerem alteração na seqüência das etapas “Back-translation” e avaliação de comitê de especialistas. Dantas e Rossi (2004) justificam que dessa forma, a avaliação pelo Comitê de Juízes/Especialistas antes da “Back-translation”, permitirá que sejam detectados erros ou problemas de compreensão os quais poderão ser modificados na versão traduzida. Se essa versão já tivesse sido submetida à back-translation, essas alterações não poderiam ser traduzidas para a língua de origem do instrumento e o objetivo dessa etapa não seria atingido, conservando a idéia original contido no ou no instrumento como um todo.

Pasquali (1999); Dantas e Rossi (2004) sugerem, ainda, que antes de se utilizar um instrumento ele deve ser submetido a uma *Análise Semântica* de cada um dos seus itens, da instrução e escala de respostas. O objetivo é verificar a compreensibilidade de todos os itens para todo o instrumento pelos 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. para evitar deselegância na formulação dos itens, a análise semântica deverá ser feita também com uma amostra mais sofisticada da população-alvo do instrumento (para garantir a validade aparente). Entende-se por estrato mais baixo o segmento da população-alvo que apresente menor nível de habilidades (instrução) e obviamente o estrato mais alto aqueles que tenham maior habilidade ou maior nível de

* 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).

instrução. Assim, o entendimento de cada item não deverá apresentar-se como fator complicador na resposta dos indivíduos. O grupo deverá estar composto por até quatro indivíduos com as características anteriormente mencionadas, sendo apresentado a eles 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 evitar que os itens se apresentem demasiadamente primitivos e sim com suficiente seriedade para todos os sujeitos.

3.2. Avaliação das propriedades de medida do instrumento

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) sugerem que as propriedades de medida de um instrumento que passou por um processo de adaptação devem ser avaliadas. Os autores apontam as controvérsias existentes a respeito deste procedimento. Primeiro, acredita-se que a realização de uma adaptação adequada e completa garante as propriedades de medida originais do instrumento. Segundo, acredita-se que a tradução traz consigo conceitos que ainda podem ser desconhecidos na cultura para a qual foi traduzida.

Clarck-Carter (1999) refere que, após a escolha do instrumento apropriado para medir o que se pretende, haverá dois pontos a serem considerados: se a medida de escolha é confiável e válida.

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, consistência interna e equivalência (POLIT; HUNGLER, 1999; PASQUALI, 1998, 1999; CLARCK-CARTER, 1999). LoBiondo-Wood e Haber (2001) acrescentam que a confiabilidade diz respeito a 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 simultaneamente o mesmo instrumento a uma mesma pessoa). Reprodutibilidade e precisão são outros termos usados para esta propriedade (FLETCHER, 2003; WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 1991).

Uma estimativa mais utilizada é o coeficiente alfa de correlação 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. Para verificar a consistência interna de um instrumento o Alfa de Cronbach é uma das medidas estatísticas mais utilizadas. Os valores considerados aceitáveis para este teste estão entre 0,70 e 0,90 (CUMMINGS et al., 2003; LoBIONDO- WOOD; HABER, 2001).

Já a validade de um instrumento evidencia se o que está sendo medido é o que o pesquisador está pretendendo medir. 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 (Validade Convergente e Divergente), Validade de Conteúdo (grau em que as medidas convergem em um mesmo ponto de medida) e Validade Relacionada ao Critério (Validade Concorrente e Validade Preditiva) (CLACK-CARTER, 1999; PASQUALI, 2001).

A Validade Concorrente refere-se à correlação significativa com outras variáveis com as quais esta deveria estar relacionada, 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).

4 – CASUÍSTICA E MÉTODO

4. CASUÍSTICA E MÉTODO

As atividades referentes ao desenvolvimento deste 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 (Anexo A).

4.1. “Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS”: descrição do instrumento

Quando obtivemos a permissão para a tradução e utilização da “Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS”, concedida por um dos seus autores (Anexo B) que enviou a escala original (Anexo C), observamos que o documento enviado referia-se a duas escalas que compreendiam 25 itens e uma única instrução de preenchimento. Os primeiros 15 itens dizem respeito ao acontecimento que levou à queimadura. Essa primeira parte corresponde ao instrumento “Impact of Event Scale” (IES), adaptado para ser utilizado em vítimas de queimaduras e aplicado por Taal e Faber (1997b) e os 10 últimos itens correspondem à “Burns Specific Pain Anxiety Scale” (BSPAS) propriamente dita. Cada item é avaliado em uma **escala visual analógica de 100 mm**, tendo entre dois pontos de referência valores de 0 a 10, sem a presença de pontos de referência centrais ou neutros.

Para a adaptação transcultural da BSPAS para o português, solicitamos esclarecimentos aos seus autores, pois a escala enviada continha 10 itens e, na literatura, é apresentada em duas versões contendo nove itens ou cinco itens. Um dos seus autores (Bertus

Faber) (Anexo D) sugeriu que utilizássemos a escala excluindo-se o item que se refere à afirmação – *Ik ben niet van avertuigd dat mijn wonden echt helemaal zullen genezen* (Eu não estou convencido de que minhas feridas vão se curar totalmente – correspondente ao item 21 do documento original (Anexo C), segundo Bertus Faber, houve dificuldade de entendimento desse item e a escala já contém um item semelhante.

Este item foi excluído e optamos por realizar a adaptação transcultural da BSPAS considerando nove itens e em conjunto com os 15 itens que compõem a IES, uma vez que as instruções, para preenchimento do documento enviado refere-se às duas escalas e essas já foram aplicadas conjuntamente, por Taal e Faber (1997a). Dessa forma, neste estudo, quando nos referirmos à adaptação transcultural da BSPAS, estamos nos referindo à adaptação transcultural dos 24 itens do documento recebido (15 itens da IES em sua versão para ser utilizada especificamente com pacientes, vítimas de queimaduras e 9 itens da BSPAS).

Os primeiros 15 itens (1- 15) correspondem a Escala de Impacto de Evento – IES (“Impact of Event Scale”) do documento recebido. Essa escala foi proposta por Horowitz, Wilner e Alvarez (1979) e avalia o impacto psicológico que um evento traumático tem sobre a pessoa. Compreende itens que se referem a dois aspectos psicológicos importantes do estresse pós-traumático: *pensamentos intrusivos* (item 1, 4, 5, 6, 10, 11 e 14) caracterizados por pensamentos e imagens repentinas, pesadelos, sentimentos angustiantes e pensamentos repetitivos e *respostas de evitação* (itens 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13 e 15) caracterizadas por negação dos significados e das conseqüências do evento, sensação de entorpecimento e comportamento de inibição ou de rebeldia (HOROWITZ; WILNER; ALVAREZ, 1979).

Foi utilizada devido à sua sensibilidade, ao fato de ser um instrumento curto e de fácil aplicação, por estar apresentada em conjunto com a BSPAS, no documento original recebido por um dos autores (Anexo C) e por já ter sido aplicada, em forma conjunta, com a BSPAS

em uma outra adaptação para ser utilizada em vítimas de queimaduras (TAAL; FABER, 1997b).

A IES específica para pacientes, vítimas de queimadura, mede os sentimentos frente ao acontecimento da queimadura e a BSPAS avalia a reação psicológica do paciente frente ao tratamento, assim, não se corre o risco de sobreposição de medida de ambos os instrumentos (TAAL; FABER, 1997b).

Cada item da IES é avaliado em uma linha visual analógica com valores extremos de zero a 10 e o escore total da escala é calculado pela soma dos escores das subescalas (pensamentos intrusivos e respostas de evitação). Sendo que, a escala é composta por 15 itens, os valores totais, poderão somar até 150 pontos (quanto maior o escore total obtido por cada participante, maior o índice de impacto do evento).

Os seguintes nove itens (16-24) correspondem a Escala de avaliação de dor e ansiedade específica para vítimas de queimaduras – BSPAS (“Burns Specific Pain Anxiety Scale”). Essa escala foi proposta em holandês, em uma versão de nove itens por Taal e Faber (1997a) e em uma de cinco itens por Taal et al. (1999), para avaliar ansiedade antecipatória à dor em pacientes vítimas de queimaduras. Desde sua proposta, a BSPAS, tem sido aplicada (versão de cinco e de nove itens) e suas propriedades psicométricas estudadas (TAAL; FABER, 1997b; AARON et al., 2001), mostrando-se como uma escala específica, curta e de fácil aplicação, em pacientes vítimas de queimaduras.

Cada item é respondido em uma linha visual analógica com valor de zero a dez e o escore total é calculado pela soma dos escores de todos os itens. A escala é composta por nove itens, assim, o valor total poderá somar até 90 pontos. Quanto maior o escore total obtido por cada participante, maior o índice de ansiedade manifestado frente à realização de procedimentos dolorosos realizados durante a internação do paciente.

4.2. Processo de adaptação transcultural adotado

Como já discutido na introdução, para que pudéssemos fazer a adaptação transcultural da BSPAS, optamos por seguir as etapas propostas por Dantas e Rossi (2004) para o processo de tradução e validação do referido instrumento. A proposta dessas autoras consiste na modificação na ordem das etapas realizadas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993). Dessa forma, no presente estudo, seguiram-se 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. “Back-translation”; 5. obtenção do consenso das versões em holandês e comparação com a original; e 6. avaliação semântica dos itens. Como referido anteriormente, as autoras justificam tal mudança pela compreensão de que quando a versão traduzida na língua-alvo é submetida ao Comitê de Juízes/especialistas, esse poderia sofrer mudanças importantes que não seriam avaliadas na etapa da “Back-translation”. Assim, a mudança proposta visa assegurar o objetivo da “Back-translation” que é o de detectar possíveis erros de significado na primeira versão traduzida (DANTAS; ROSSI, 2004).

Com a conclusão dessas seis etapas foram realizados o pré-teste do instrumento e a aplicação do instrumento.

As etapas percorridas neste estudo estão descritas a seguir.

4.2.1. Tradução da escala para a língua portuguesa

A BSPAS foi originalmente proposta na língua holandesa, necessitando passar por um processo de adaptação transcultural para que pudesse ser aplicada na população brasileira.

Orientados pelo referencial teórico adotado (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993, adaptado por DANTAS; ROSSI, 2004) elegemos duas pessoas brasileiras,

filhas de holandeses e com amplo conhecimento da língua e cultura holandesas, para realizarem as primeiras traduções da escala.

A primeira tradutora, à qual denominamos de tradutora 1, possibilitou o contato com a segunda à qual denominamos de tradutora 2. Ambas atingiram os critérios necessários para a realização desta etapa: brasileiras e residentes no Brasil, filhas de holandeses, com domínio da língua e conhecimento da cultura holandesa. A tradutora 1 era enfermeira, portanto, conhecedora de termos técnicos próprios da área de saúde e a tradutora 2 era professora da língua holandesa em uma escola de idiomas da cidade, por conseguinte, não conhecedora de termos técnicos utilizados na área de saúde. Ambas eram originárias e residentes na cidade de Holambra, localizada a duas horas e meia de Ribeirão Preto.

Os primeiros contatos com as tradutoras foram realizados pela *Internet* e por telefone, devido à distância da cidade de origem das pesquisadoras (pesquisadora principal e orientadora). As tradutoras receberam o instrumento original e informações sobre os objetivos deste estudo. Solicitamos que realizassem a tradução de forma independente, preservando a equivalência semântica de todos os itens do instrumento original.

Ao final desta etapa, obtiveram-se duas versões em português as quais foram denominadas: *Burns Specific Pain Anxiety Scale – Versão em Português 1* (BSPAS-VP 1) e *Burns Specific Pain Anxiety Scale – Versão em Português 2* (BSPAS-VP 2).

4.2.2. Obtenção da versão consensual em português

O consenso entre as duas tradutoras e as pesquisadoras (pesquisadora principal e professora orientadora) do estudo foi realizado em reunião ocorrida em fevereiro de 2004, na cidade de Holambra. Tal reunião foi conduzida pelas pesquisadoras, obedecendo-se às seguintes etapas:

1. Foram explicados os objetivos da reunião, do estudo e do instrumento (adaptar transculturalmente um instrumento de avaliação de dor e ansiedade em vítimas de queimaduras, proposto no idioma holandês, comparar e elaborar um consenso das duas traduções) aos tradutores. 2. Foram distribuídas cópias das traduções realizadas (BSPAS-VP1 e BSPAS-VP2) e da versão original em holandês para os participantes, a fim de que eles pudessem conhecer as duas versões traduzidas e compará-las entre si e com a versão original. 3. Uma das pesquisadoras procedeu à leitura pausada de cada sentença que compõe as instruções de preenchimento do instrumento e de seus itens. Essa leitura era interrompida a cada sentença para possibilitar a discussão e o consenso entre os tradutores e as pesquisadoras. 4. As possibilidades de mudanças foram avaliadas e discutidas até que se obteve um consenso sobre a tradução, elegendo-se a opção mais apropriada e que conservava o significado expresso no instrumento original. 5. As modificações realizadas e as justificativas para essas mudanças foram anotadas pelas pesquisadoras e, como resultado desta etapa, obteve-se a primeira versão consensual na língua portuguesa a qual denominamos de *BSPAS-Versão em Português Consenso 1* (BSPAS-VPC - 1) (Apêndice C).

4.2.3. Avaliação pelo Comitê de Juízes

Segundo a metodologia adotada, o primeiro consenso em português (BSPAS-VPC -1) foi submetido a um Comitê de Juízes. Os membros do comitê foram selecionados considerando-se os seguintes critérios: 1. que tivessem conhecimento do tema em questão (queimaduras); 2. que tivessem domínio da língua portuguesa e/ou 3. que tivessem conhecimento da metodologia em questão (adaptação de instrumentos para a língua portuguesa). Considerou-se importante que cada integrante do comitê apresentasse

necessariamente o segundo critério e se possível o primeiro ou o terceiro, buscando garantir o cumprimento do objetivo desta etapa.

Dessa forma, após a eleição dos membros do comitê, foi organizada uma reunião. O comitê de juízes foi composto por um enfermeiro, uma fisioterapeuta e um terapeuta ocupacional atuantes no serviço, uma psicóloga pesquisadora na temática em questão, duas enfermeiras docentes experientes e pesquisadoras na área temática de queimaduras, uma pesquisadora na metodologia usada e um paciente que sofreu queimaduras há dois anos, em tratamento fisioterápico e aguardando a realização de cirurgias reparadoras.

Os participantes desta etapa se reuniram na Unidade de Queimados do HC-FMRP-USP, em 15 de março de 2004. A reunião foi conduzida seguindo-se as seguintes etapas: 1. Foram explicados os objetivos do estudo, do instrumento e da reunião (avaliar Equivalência Semântica, Equivalência Cultura, Equivalência Idiomática e Equivalência Conceitual do Instrumento) e como seria realizada tal atividade (leitura pausada de cada sentença que compõe as instruções de preenchimento do instrumento e de cada item, fazendo uma pausa para permitir a discussão). 2. Foram distribuídas cópias da BSPAS-VPC - 1 para todos os participantes. 3. Foram fornecidas informações por uma das pesquisadoras sobre a avaliação das equivalências que seriam analisadas. 4. Uma das pesquisadoras procedeu à leitura pausada de cada sentença que compõe as instruções de preenchimento do instrumento e de seus itens. Essa leitura era interrompida a cada sentença para possibilitar a discussão e o consenso entre os participantes.

Após a leitura de cada item, o grupo discutiu a pertinência ou não da tradução e sugestões foram feitas e aceitas.

Ressalta-se que a participação do paciente foi importante para que pudéssemos realizar mudanças, de forma a facilitar a compreensão das instruções e dos itens que compreendem o instrumento.

O produto final dessa etapa foi a segunda versão consensual na língua portuguesa da escala denominada *BSPAS-Versão em Português Consenso 2* (BSPAS-VPC - 2) (Apêndice D).

4.2.4. “Back-translation”

O passo seguinte foi traduzir a versão para a língua de origem “Back-translation”. Beaton et al. (2000) e Dantas e Rossi (2004) sugerem dar maior importância à seleção dos tradutores, prestando atenção à qualificação (acadêmica), ao grau de conhecimento dos tradutores sobre a língua de origem do instrumento e à língua-alvo. Por essa razão, foi solicitado a tradutores estrangeiros, com domínio da língua holandesa e do português, que fizessem a tradução para o holandês da versão BSPAS-VPC2, em duas versões independentes. Esses tradutores não foram informados sobre os objetivos do estudo, conceitos envolvidos e finalidade do instrumento.

Contamos com a colaboração de dois tradutores: tradutor 1, engenheiro e de origem holandesa e o tradutor 2, professora de Línguas Germânicas e de nacionalidade belga (originária da parte flamenga da Bélgica, onde o idioma oficial é o holandês), ambos residentes no Brasil, com domínio da língua portuguesa, conhecimento da cultura brasileira e domínio da língua holandesa.

Ao final dessa etapa, obtiveram-se duas versões em holandês as quais foram denominadas: *Burns Specific Pain Anxiety Scale – Versão em Holandês 1* (BSPAS-VH 1) e *Burns Specific Pain Anxiety Scale – Versão em Holandês 2* (BSPAS-VH 2).

4.2.5. Obtenção da versão consensual em holandês

O consenso entre os dois tradutores e as pesquisadoras do estudo foi realizado em reunião ocorrida em abril de 2004, em Ribeirão Preto. Seguiram-se as seguintes etapas: 1. Foram explicados os objetivos da reunião, do estudo e do instrumento (adaptar transculturalmente um instrumento de avaliação de dor e ansiedade em vítimas de queimaduras proposto no idioma holandês, comparar e elaborar um consenso das duas traduções em holandês) aos tradutores. 2. Foram distribuídas cópias das traduções realizadas (BSPAS-VH1 e BSPAS-VH2) e a versão original em holandês da BSPAS para os participantes, a fim de que eles pudessem conhecer as duas versões traduzidas e compará-las entre si durante o desenvolvimento desta etapa. 3. Um dos tradutores procedeu à leitura pausada de cada sentença que compõe as instruções de preenchimento do instrumento e de seus itens. Essa leitura era interrompida a cada sentença para possibilitar a discussão e o consenso entre os tradutores e as pesquisadoras. 4. As possibilidades de mudanças eram avaliadas e discutidas entre os tradutores e as pesquisadoras, até que se obteve um consenso sobre a tradução, elegendo-se a opção mais apropriada e que conservava o significado expresso no instrumento original. 5. As modificações realizadas e as justificativas para essas mudanças foram anotadas pela pesquisadora principal.

O resultado dessa etapa foi uma nova versão do instrumento em holandês a *BSPAS-Versão Final em Holandês* (BSPAS-VCFH) (Apêndice E).

4.2.6. Comparação das versões original em holandês e a versão consensual em holandês

Seguidamente, a versão consensual em holandês obtida nessa etapa foi comparada com a versão original da escala (língua holandesa), visando verificar as propriedades de

medida do instrumento que estava sendo culturalmente adaptado. Foi fornecida, também, aos tradutores a BSPAS–Versão Português Consenso 2 (BSPAS-VPC2), sendo realizadas as mudanças necessárias nesta versão. O resultado dessa etapa foi a versão em português: *BSPAS-Versão Português Consenso 3 (BSPAS-VPC- 3)* (Apêndice F).

Ressalta-se que as pesquisadoras (pesquisadora principal e orientadora) não conheciam a língua de origem do instrumento, mas estiveram presentes durante esta etapa discutindo com os tradutores as diferenças de traduções e propostas de mudanças.

4.2.7. Análise semântica dos itens

Previamente à utilização de um instrumento de medida, recomenda-se que este seja submetido a uma análise semântica. O objetivo é saber se todos os itens do instrumento são compreensíveis para a população a qual o instrumento se destina (DANTAS; ROSSI, 2004).

Para essa etapa, foram selecionados três pacientes, dois homens e uma mulher, com as seguintes características: 1). Administrador de uma fábrica de pinturas e com 2º grau completo; 2). Motorista e com 2º grau incompleto e 3). Dona de casa com 1º grau completo internados na Unidade de Queimados que, embora não se encontrassem na fase aguda da queimadura, tinham em comum a experiência da internação para o tratamento por queimaduras, tinham mais de 15 anos, eram brasileiros e estavam em condições cognitivas que permitissem sua participação.

Informou-se individualmente a cada paciente sobre os objetivos do estudo e solicitou-se a colaboração para essa etapa. Após concordar com a participação, cada paciente foi informado sobre os objetivos dessa etapa, ou seja, avaliar a clareza e entendimento do instrumento em questão e propor mudanças que contribuíssem para a facilidade de seu

entendimento. Ressalta-se que as avaliações foram feitas de forma individual com a presença da pesquisadora principal e de um enfermeiro da unidade.

As instruções e os itens dos instrumentos foram lidos pausadamente pela pesquisadora principal, indagando-se ao paciente sobre a compreensibilidade do texto.

O resultado dessa etapa foi a BSPAS Versão Português Final (BSPAS – VPF). Após a realização do pré-teste essa versão foi nomeada como BSPAS – VP (Apêndice G).

4.2.8. Pré-teste da versão em português: BSPAS-Versão Português Consenso Final (incluindo a IES-Versão Português Consenso Final)

Dantas e Rossi (2004) recomendam que uma pequena amostra de indivíduos, representantes da população-alvo, avalie a compreensibilidade, a pertinência, aprovação e relevância cultural do instrumento traduzido.

A versão final da escala traduzida BSPAS-VPF (que inclui a IES-VPF) foi submetida a um pré-teste com quatro indivíduos da população para a qual a escala foi adaptada.

O número de pacientes sugerido por Beaton et al. (2000), ou seja, de 30 a 40, não foi adotado no presente estudo devido à especificidade da população a ser estudada. Soma-se a isto, o fato de que a Unidade de Queimados, onde o estudo foi realizado, conta com apenas oito leitos, o que inviabiliza o seguimento da recomendação proposta por esses autores em nosso estudo.

Desse modo, esta versão foi aplicada a quatro pacientes (internados sequencialmente), independentemente de gênero (quatro homens: três com primeiro grau incompleto e um com primeiro grau completo), maiores de 15 anos, internados na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

A escala foi aplicada de forma individual aos participantes, fazendo a leitura conjunta das instruções e de cada item que compunham o instrumento. Após o preenchimento da escala, como referido anteriormente, cada participante foi questionado sobre a compreensibilidade do instrumento (DANTAS; ROSSI, 2004).

Nesta etapa, não se observou dificuldade de preenchimento da escala entre os pacientes.

Após o pré-teste, o instrumento foi nomeado como BSPAS – Versão Português para ser aplicada em uma amostra de pacientes queimados: BSPAS – VP (que inclui a IES – VP) (Apêndice G).

A Figura 3.1, representa as etapas percorridas no processo de adaptação transcultural da “Burns Specific Pain Anxiety Scale - BSPAS” (incluindo a “Impact of Event Scale – IES).

Figura 1. Processo de adaptação transcultural da “Burns Specific Pain Anxiety Scale - BSPAS”

4.3. Análise das propriedades de medida da “Burns Specific Pain Anxiety Scale” - BSPAS – VP (incluindo a IES – VP)

4.3.1. Local de estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Unidade de Emergência, da Universidade de São Paulo. Unidade de referência da região que, anualmente, recebe para internação, aproximadamente, 150 pacientes para tratamento por queimaduras, dos quais 50% são crianças (Rossi et al., 1998b). A unidade possui uma área de internação com 8 leitos, duas salas de cirurgia e dois ambientes para atendimento ambulatorial e o atendimento aos pacientes, adultos e crianças, é feito por uma equipe multidisciplinar (equipe médica, equipe de enfermagem, fisioterapeuta, psicólogo e terapeuta ocupacional).

4.3.2. Amostra de estudo

Fizeram parte da amostra os pacientes que sofreram queimaduras e que se encontraram internados na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo entre os meses de junho até dezembro de 2004. Os critérios de seleção da amostra foram: ser maior de 15 anos, independente do gênero, falar português, apresentar condições cognitivas que possibilitassem a participação encontrar-se entre a primeira e a segunda semanas após a queimadura e entre a primeira e segunda semanas de internação. O motivo da escolha desse período se deve ao fato dele corresponder à “fase aguda de reabilitação” (ADCOCK et al., 1998) na qual são realizados procedimentos

dolorosos tais como banhos, troca de curativos, escarotomias e enxertias, sendo as manifestações de dor e ansiedade freqüentemente encontradas.

Todos os pacientes foram informados sobre a finalidade do estudo. Participaram somente os pacientes que atenderam aos critérios propostos acima e que assinaram o termo de consentimento (no caso dos pacientes menores de 18 anos, obteve-se, também, o consentimento assinado pelo responsável).

4.4. Análise da confiabilidade

A confiabilidade do instrumento foi analisada pela consistência interna dos itens de cada escala: a BSPAS – VP e a IES – VP (escala como um todo e em suas duas partes componentes). Para tanto, foi aplicado o Alfa de Cronbach e o Coeficiente de Correlação produto-momento de Spearman. O instrumento envolvido nessa etapa foi a “**Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS – VP**” (Incluindo a IES – VP).

4.5. Análise da validade

Para a avaliação da validade da escala, foi considerada a **validade de critério concorrente**, sendo analisada mediante o estudo da correlação da BSPAS – VP (incluindo a IES – VP) com a EVA (quatro diferentes horários de avaliação), o IDATE – Ansiedade-estado (aplicado de forma conjunta com a BSPAS – VP) e a SCQ. Para tanto foi aplicado o Coeficiente de Correlação de Spearman. Segue a descrição do IDATE e da EVA.

a. Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger (IDATE)

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado proposto por Spielberg (1970) e adaptado por Biaggio e Natalício (IDATE) (1979) apresenta como característica principal a mensuração de aspectos inespecíficos que permeiam situações estressantes como tensão, nervosismo, irritabilidade, preocupação, entre outros. O IDATE está composto por dois instrumentos dirigidos à mensuração independente de ansiedade-traço e ansiedade-estado respectivamente.

Ansiedade-Traço é definida como a propensão que o indivíduo tem para apresentar ansiedade, ou seja, a tendência de perceber diversas situações como ameaçadoras. Ansiedade-Estado é definida como a intensidade dos sentimentos de ansiedade, em um momento particular do tempo. Pode-se interpretar como um estado transitório, em que o indivíduo experimenta sentimentos desagradáveis percebidos de forma consciente, pode modificar-se com o tempo, assim como pode estar influenciado por fatores externos (SPIELBERGER, 1981).

O instrumento está composto por 40 itens divididos em duas escalas de 20 itens. Cada escala mede as duas formas de ansiedade referidas anteriormente. Cada item apresenta quatro opções de resposta (não, um pouco, bastante e totalmente), somando-se valores totais de 20 a 80 pontos (SPIELBERGER, 1981). É um instrumento de medida que, desde a sua proposta, vem sendo amplamente utilizado em diversos estudos (HEIDRICH; CAMPOS, 1994; ANDRADE; GORENSTEIN, 1998; PATTERSON et al., 1997; SHULDHAM et al., 1995) e é apresentado como um instrumento confiável e de medidas altamente discriminantes de ansiedade em casos normais e psiquiátricos.

Para a análise dos escores de ansiedade obtidos por meio da aplicação do IDATE, foi seguida a seguinte classificação:

20 – 40: Baixa ansiedade

41 – 60: Média ansiedade

61 – 80: Alta ansiedade

No presente estudo, optamos pela aplicação conjunta do IDATE (Anexo E) e da BSPAS – VP (que inclui a IES – VP).

b. Escala Visual Analógica - EVA

Este é um instrumento unidimensional que se caracteriza por utilizar o julgamento visual do paciente em uma dimensão padronizada (Anexo F).

Esta escala consiste de uma linha visual analógica de 10 cm de comprimento (Anexo F), a qual representa o contínuo da experiência dolorosa do paciente que deverá assinalar em uma escala de 100 mm a intensidade da dor sentida no momento da avaliação. Cada número (zero e dez) indicará os extremos de dor, assim “0” indicará ausência total de dor: “sem dor” e 10, o máximo de intensidade da dor sentida pelo paciente: “pior dor possível”.

4.6. Procedimentos de coleta de dados

Dessa forma, a fase de coleta de dados, do presente estudo, foi realizada seguindo-se as seguintes etapas:

1ª etapa: após ler o termo de esclarecimento, o paciente (Apêndice A) e/ou responsável (Apêndice B) que concordavam em participar do estudo assinaram o termo de consentimento. Esta etapa, também constituiu do preenchimento de um formulário com os seguintes dados: de identificação (idade, sexo, estado civil, escolaridade, procedência, ocupação), internação (dia e hora do acidente, data da internação, diagnóstico principal, diagnósticos associados, agente etiológico, superfície corporal queimada (SCQ), localização da queimadura, agente causador da queimadura e breve história do acidente) e da entrevista (data, início, término, duração e tempo de preenchimento da BSPAS – VP e terapia farmacológica -ansiolíticos e analgésico) (Apêndice H).

2ª etapa: foi realizado um seguimento de manifestações dolorosas, com a aplicação da Escala Visual Analógica para Dor – EVA (Anexo F) em quatro momentos diferentes do dia, como realizado pelos autores da BSPAS em holandês (TAAL; FABER, 1997a, 1997b). No presente estudo, optamos por realizar a primeira medida imediatamente antes do curativo entre as 7h30 e 8h30 da manhã, devido ao fato de que os procedimentos de banho e curativo na unidade

serem iniciados, rotineiramente, nesse horário e a última mensuração às 20 horas. Sendo assim, os horários de mensuração de dor, seguidos no presente estudo durante sete dias, foram: **a.** imediatamente antes dos curativos; **b.** imediatamente depois dos curativos; **c.** às 16 horas e **d.** às 20 horas.

Para todas as situações, caso o paciente não estivesse em condições de preencher a escala por dificuldades físicas (lesões, dificuldade visual, entre outras) ou cognitivas (não saber ler e/ou escrever), este foi informado da possibilidade de a pesquisadora preencher o instrumento.

3ª etapa: no final da primeira semana, conforme realizado por Taal e Faber. (1997a, 1997b), entre o sexto e o décimo quarto dia após a internação, foram aplicados a Escala BSPAS – VP (que inclui a IES – VP) e o IDATE (Anexo E).

A pesquisadora principal aplicou as escalas, preferencialmente, no plantão da tarde (aproximadamente, entre 16 e 17 horas), período em que os principais cuidados já foram realizados e o horário de visitas já havia terminado.

4.7. Tratamento dos dados e análises estatísticas

Primeiramente os dados obtidos, por meio da aplicação do instrumento em questão, foram organizados e digitados no Programa Excel-2002 da Microsoft Windows. Posteriormente, foram processados e analisados no programa SPSS “Statistical Package for the Social Sciences”, permitindo a realização de testes estatísticos com o objetivo de avaliar a validade e a confiabilidade do instrumento traduzido. Também, foram feitas análises descritivas, de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão) das variáveis.

A aplicação de testes estatísticos sobre os resultados permite a confirmação da consistência do instrumento (TAAL et al., 1999; TALA; FABER, 1997a.). No presente estudo, a amostra da população-alvo foi pequena e os dados foram analisados por meio de testes estatísticos não-paramétricos.

4.8. Avaliação da consistência interna do instrumento

A análise de consistência interna do instrumento traduzido foi realizada através do coeficiente Alfa de Crobach, indicador mais freqüentemente utilizado na análise da consistência interna de instrumentos, pois reflete o grau de co-variância dos itens entre si. Este assume valores entre 0 e 1, 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 (CUMMING; KOSINSKI; WARE, 2003). Quanto ao aparecimento de medidas inconsistentes, coube ao investigador definir o valor de tolerância julgada aceitável. Para a validação interna de um instrumento de avaliação de qualidade de vida, McHorney et al. (1994) definiram 0,40 como ponto de corte para as medidas que seriam descartadas. Parâmetros que também foram utilizados por Kimura (1999), em um estudo de adaptação para o português e validação de um instrumento de qualidade de vida. No presente estudo, para o descarte dessas medidas, foram consideradas aquelas que apresentem uma correlação baixa e/ou negativa, mostrando-se incongruentes na escala.

Ademais, foi calculado o coeficiente de correlação produto-momento de Spearman, entre os escores dos itens e as subescalas totais. A realização deste teste tem como objetivo verificar o poder de relação ou grau de associação entre os itens ou verificar alguma tendência a subestimar ou superestimar o nível de flexibilidade global da escala (MUNRO, 2001).

4.9. Avaliação da validade do instrumento

O instrumento foi avaliado quanto a sua validade de critério concorrente. Clark-Caster (1999) refere que se uma medida tem alta validade de construto, este avalia o construto teórico de forma adequada também. Para avaliar a validade de construto, é necessário deixar o construto explícito. Como ansiedade e dor são construtos baseados em teorias ou definições psicológicas e fisiológicas, podemos evidenciar a validade desses construtos no instrumento (BSPAS – VP), relacionando os escores obtidos com outras medidas provenientes de instrumentos que avaliam construtos similares (validade convergente) ou diferentes (validade divergente).

No presente estudo, optamos por testar a validade de critério concorrente da BSPAS – VP, propriamente dita, correlacionado-a com o IDATE (Estado), a Escala de Impacto do Evento (IES – VP) e a Escala Visual Analógica para dor (EVA). Isto é, aplicando o Teste de Correlação de Spearman, para avaliar a correlação da BSPAS – VP com os demais instrumentos referidos.

No presente estudo, para a análise dos valores de Correlação, foi seguida a classificação proposta por Munro (2001):

0,00 – 0,25: muito baixo

0,26 – 0,49: baixo

0,50 – 0,69: moderado

0,70 – 0,89: alto

0,90 – 1,00: muito alto

A autora refere que essa classificação pode ser aplicada para a interpretação de correlações positivas e negativas.

5 - RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1. Resultados da adaptação transcultural da BSPAS (incluindo a IES)

A seguir apresentamos os resultados do processo de adaptação transcultural do instrumento:

5.1.1. Avaliação pelo comitê de juízes

a) Em relação à tradução das instruções de preenchimento do instrumento houve mudanças na ordem e na redação dos parágrafos.

b) em relação à escala de resposta, o paciente sugeriu que fosse graduada de 0 a 10 e não de 0 a 100 como na escala original e que a seqüência numérica fosse registrada. Na escala original (Anexo 4) apenas eram assinalados os extremos da escala com 0 e 100 ;

c) na escala original, as frases-âncora: “totalmente não” (valor zero) e “da maneira mais intensa possível” (valor 100) foram modificadas para “isso não descreve o que acontece comigo” e “isso descreve bem o que acontece comigo”. As figuras 1 e 2 apresentam, respectivamente, o formato original da escala e as modificações realizadas.

Figura 2: Representação da barra de avaliação apresentada na BSPAS original

Figura 3: Representação da barra de avaliação proposta pelo Comitê de Juízes

As mudanças correspondentes aos primeiros 15 itens (IES) são apresentadas a seguir. Ressalta-se que somente serão apresentados os itens em que foram realizadas modificações.

Em relação ao item 2, “Eu tento não ficar estressado ou nervoso, quando eu penso na maneira que fui queimado ou quando sou lembrado deste momento”, um dos membros do comitê de especialista propôs a mudança na ordem da redação, a qual foi aceita pelos demais membros do comitê. Dessa forma, o item foi modificado para: *Quando eu penso na maneira que fui queimado ou quando sou lembrado deste momento, eu tento não ficar estressado ou nervoso.*

O item 5, “Em *flashes* (visões) eu tenho fortes sensações sobre o momento que eu estava queimando” teve seu enunciado modificado para: *De repente, vêm imagens na minha cabeça e tenho fortes sensações sobre o momento que eu estava queimando.*

Em relação ao item 8, “Eu tenho a sensação como se não tivesse acontecido, como se não fosse verdade”, por sugestão de um dos integrantes do comitê e em comum acordo com os demais membros do comitê e as pesquisadoras, foi acrescentada a palavra “queimadura”, resultando na seguinte redação: *Eu tenho a sensação como se a queimadura não tivesse acontecido, como se não fosse verdade.*

Em relação ao item 11, “Outras coisas me fazem constantemente lembrar de estar me queimando”, um dos membros do comitê sugeriu uma mudança na ordem da redação,

resultando na seguinte modificação: *Constantemente, algumas coisas me fazem lembrar de estar me queimando.*

A tradução do item 15, “Minha sensação sobre sofrer queimaduras está na verdade anestesiada”, foi bastante discutida entre os integrantes do comitê. Um dos membros do comitê realizou a seguinte proposta: *minha sensação é de estar anestesiado quando penso sobre sofrer queimaduras.* Buscou-se um termo que substituísse a palavra “anestesiado”, e como não foi encontrado decidiu-se não realizar modificações neste item.

As mudanças referentes aos nove últimos itens (BSPAS) são apresentadas a seguir. Ressaltamos que somente serão apresentados os itens em que foi realizada alguma mudança.

O item 16, “Eu posso de repente me sentir inseguro sobre a minha cura quando eu vejo minhas queimaduras”, sofreu mudanças na ordem da redação, resultando na seguinte forma: *De repente, eu posso me sentir inseguro sobre a minha cura quando eu vejo minhas queimaduras.*

Em relação ao item 19, “Por causa da dor, eu me sinto intranquilo e nervoso”, um dos integrantes do comitê sugeriu que a palavra “intranquilo” fosse mudada para *sem tranquilidade*, mudança que foi aceita pelos demais participantes, que concordaram em alterar a redação resultando na seguinte afirmação: *Por causa da dor, eu me sinto nervoso e sem tranquilidade.*

O item 20, “A dor muitas vezes é tão forte que eu preciso parar todas as atividades”, sofreu mudança na ordem da redação, resultando no seguinte formato: *Muitas vezes, a dor é tão forte que eu preciso parar todas as atividades.*

O item 23, “A cada procedimento (cuidado) que tenho que me sujeitar, me preocupo novamente com a dor que possivelmente irei sentir”, por sugestão dos integrantes do comitê, teve sua redação alterada, resultando na seguinte forma: *A cada procedimento (cuidado) pelo qual tenho que passar, novamente me preocupo com a dor que possivelmente irei sentir.*

O produto final (BSPAS – VPC – 2) dessa etapa foi a *BSPAS – Versão em Português Consenso 2* (Apêndice D).

5.1.2. Obtenção da versão consensual em holandês

Nas instruções de preenchimento, no parágrafo referente à intensidade da reação transcrito a seguir, por sugestão dos tradutores e em consenso com as pesquisadoras foram acrescentadas as palavras: *que está quatro vezes mais longe do zero*.

Primeira tradução:

“Quando uma marca como a do exemplo 1, distancia-se duas vezes mais longe do zero que a outra marca, como do exemplo 2, isto quer dizer que você sente em dobro a intensidade da reação comparada com a da outra pergunta”.

Mudança proposta:

“Quando uma marca como a do exemplo 1, distancia-se duas vezes mais longe do zero que a outra marca, como a do exemplo 2, que *está quatro vezes mais longe do zero*, isso quer dizer que você sente em dobro a intensidade da reação comparada com a do exemplo 1”.

No enunciado da BSPAS (prévio ao item 16), a palavra “novamente” foi retirada, a palavra “grau” foi mudada por *intensidade* e a palavra “expressões” pela palavra “*declarações*”. Resultando na seguinte redação:

Primeira tradução:

“A seguir você tem **novamente** uma lista de **expressões** que estão relacionadas com a sua situação no hospital. Analise novamente cada expressão e atribua o **grau** de sua reação, que sentiu nos últimos sete dias, incluindo hoje”.

Mudança proposta:

“A seguir você tem uma lista de *declarações* que estão relacionadas com a sua situação no hospital. Analise novamente cada declaração e assinale a intensidade de sua reação, nos últimos sete dias incluindo hoje”.

Os itens 15 e 19 foram novamente discutidos, mas não houve modificações.

O resultado dessa etapa foi a *BSPAS – Versão Final em Holandês* (BSPAS – VCFH) (Apêndice E).

5.1.3. Análise semântica dos itens

Como resultado dessa etapa, observou-se a necessidade de acrescentar ao instrumento esclarecimentos para o significado da palavra “cuidado” por sugestão dos dois primeiros pacientes. Dessa forma, nos itens em que aparece a palavra “cuidado”, foram colocados entre parênteses termos que poderiam esclarecer esse aspecto: limpeza de feridas, banhos, troca de curativos e fisioterapia. Essa sugestão foi apresentada ao terceiro paciente que concordou com a proposta.

Não foram apresentadas outras dificuldades de entendimento da escala, razão pela qual consideramos que o instrumento estava pronto para ser submetido ao pré-teste.

O resultado dessa etapa foi a *BSPAS Versão Português Final* (BSPAS – VPF). Após a realização do pré-teste essa versão foi nomeada como BSPAS – VP (Apêndice G).

5.1.4. Pré-teste da versão em português: BSPAS – Versão Português Consenso Final (incluindo a IES – Versão Português Consenso Final)

Como resultado desta etapa, constatamos uma duração menor que 20 minutos (incluindo o preenchimento da BSPAS – VPCF, a IES – VPCF e a IDATE) para preenchimento da escala por cada paciente. Durante o preenchimento da escala, verificou-se que os pacientes realizaram comentários referentes aos itens e à razão de suas respostas. Repetiam as questões em voz alta e, muitas vezes, diziam, por exemplo: “É isso mesmo que a gente sente... Como vocês conseguiram colocar isso (sentimento) no papel?”. Consideramos

este fato relevante, pois diz respeito à compreensão que os participantes tinham das instruções e itens do instrumento testado.

Após o pré-teste, o instrumento foi nomeado como BSPAS – Versão Português para ser aplicada em uma amostra de pacientes queimados: BSPAS – VP (que inclui a IES – VP) (Apêndice G).

5.2. Caracterização do grupo estudado

A versão em português da “Buns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS – VP” foi aplicada em um grupo de 21 pacientes queimados brasileiros, no período de maio a dezembro de 2004.

Durante o período proposto para a realização do estudo, foram internados 93 pacientes, 32 com menos de 15 anos de idade, os quais foram excluídos do estudo e 61 maiores de 15 anos de idade, considerados como participantes potenciais para o estudo. Deste total de 61 pacientes, 24 foram internados para realização de cirurgias reparadoras, 14 não atingiram os critérios de inclusão por apresentarem dificuldade cognitiva, visual e/ou auditiva e/ou por terem sido internados na unidade após a fase aguda da queimadura, restando 23 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão. Destes 23 pacientes, dois foram excluídos, um por ter recebido alta em um curto período de tempo (menor que 48 horas de internação) e outro por ter referido não ter condições emocionais para completar as escalas. Portanto, o grupo de estudo foi composto por 21 pacientes maiores de 15 anos.

Em relação ao gênero, dos 21 pacientes estudados 14 (67%) eram homens e sete (33%) mulheres. A idade variou de 15 a 73 anos, com mediana de 34,5 anos e média de 36,1 anos de idade (DP: 16,3 anos de idade). A maior porcentagem dos participantes compreendeu a faixa etária até 45 anos de idade (76%). Esses dados são apresentados na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo idade e sexo. Ribeirão Preto - SP, 2005

<i>Sexo</i> <i>Faixa Etária (anos)</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i>	<i>%</i>
	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>		
15 – 30	4	5	9	43
30 – 45	6	1	7	33
45 – 60	2	1	3	14
60 – 75	2	0	2	10
Total	14 (67%)	7 (33%)	21	100

A média de superfície corporal queimada (SCQ) foi de 13,2% (DP: 10,5), mediana: 9,5 e variação de 1 a 43%. Os locais anatômicos mais atingidos foram: face, membros superiores e tórax.

Como causas da queimadura, o álcool e os líquidos quentes foram os agentes etiológicos mais comuns e o local de trabalho foi aquele onde ocorreram mais acidentes (52%).

5.3. Resultados da avaliação de dor

A seguir (Tabela 2), são apresentados os dados relacionados à avaliação da dor e que foram obtidos por meio da aplicação da Escala Visual Analógica (EVA), correspondendo a um total de 530 registros de manifestações de dor nos quatro diferentes horários de mensuração para o grupo todo. Ressalta-se que a mensuração da dor foi iniciada entre 24 e 72 horas após a internação, por um período de 4 a 7 dias (dependendo dos dias de internação).

Tabela 2 – Avaliação da dor dos pacientes em diferentes horários (média, desvio-padrão, mediana, mínimo, máximo e quartis), Ribeirão Preto, 2005.

Avaliação de dor	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Desvio-padrão	Quartil 1	Quartil 3
Dor imediatamente antes do banho e curativo	3,64	71,29	25,26	17,86	18,62	11,80	40,70
Dor imediatamente depois do banho e curativo	2,21	82,36	34,09	34,03	22,07	15,00	44,40
Dor às 14 horas	0,60	63,42	25,39	28,71	17,47	11,61	36,85
Dor às 20 horas	1,43	66,43	25,52	27,14	17,83	9,00	36,71

Observa-se que os escores máximos (obtidos pelas médias dos escores de dor durante os sete dias) estão concentrados nos períodos *imediatamente antes do banho e curativo* (71,29) e *imediatamente depois do banho e curativo* (82,36). As avaliações realizadas às 16 e 20 horas (períodos de descanso) apresentam escores máximos de 63,42 e 66,43, respectivamente.

Ressalta-se que, do total de participantes, 11 (52%) pacientes apresentaram menor frequência de valores de dor inferiores a 20 mm (máximo de 100 mm na EVA). Ressaltamos que os 11 pacientes receberam medicação para o alívio da dor antes de serem encaminhados para o banho. Outro aspecto que deve ser considerado é que desses pacientes, nove apresentavam SCQ que variou de 13 a 43,5% e dois pacientes apresentaram SCQ de 3,5 e 6,0%. Os outros dez participantes apresentaram com maior frequência índices de dor próximos de zero (como por exemplo, menores a 20 mm) para todas as mensurações realizadas. Desses dez pacientes, a SCQ foi menor que 10%, três não receberam medicação para alívio da dor antes da iniciação do banho e curativo e sete foram medicados previamente.

O Cloridrato de Tramadol (via oral ou intravenoso) e Cloridrato de Nalbufina (via intravenoso ou intramuscular) foram as medicações mais administradas nos pacientes que apresentaram índices de dor próximos de zero na EVA.

Em relação à escala utilizada para mensurar dor (EVA), foi observado que alguns pacientes associavam a linha visual analógica com números imaginários no momento da realização dos registros de dor. Um futuro estudo poderia investigar se existiria diferença na avaliação obtida com a utilização de uma linha visual analógica e quando há associação dessa linha com uma sequência numérica (ex: 1-10).

5.4. Resultados da avaliação de Ansiedade

A seguir, na Tabela 3, são apresentados os escores de ansiedade referidos pelos participantes do estudo para o Inventário de Ansiedade-Estado.

Tabela 3 —Nível de ansiedade dos participantes (média, mediana e desvio-padrão), Ribeirão Preto, 2005

Nível de ansiedade	Sexo	Frequência	Média	Mediana	Desvio-Padrão
Baixa Ansiedade	<i>Masculino</i>	3	36,7	37,0	2,5
	<i>Feminino</i>	3	36,7	38,0	2,3
Média Ansiedade	<i>Masculino</i>	11	46,2	45,0	2,6
	<i>Feminino</i>	4	47,5	46,5	5,8
Total		21	43,7	44,0	5,5

Em relação à ansiedade manifestada pelos participantes, a soma do total de itens da escala para cada paciente apresentou um valor mínimo de 34 e um máximo de 55 pontos. Dos 21 participantes, seis (29%) manifestaram baixa ansiedade e 15 (71%) manifestaram média ansiedade, portanto, não houve participantes que alcançaram pontuações correspondentes à

classificação de alta ansiedade. Ressalta-se que no grupo que manifestou média ansiedade (15), o sexo masculino teve maior contribuição (73%).

5.5. Resultados da aplicação da BSPAS – VP (IES – VP) em um grupo de pacientes queimados brasileiros

É importante lembrar que o documento recebido em holandês, e que no presente estudo foi adaptado para o português, refere-se a duas escalas, com diferentes objetivos e uma única instrução de preenchimento. Como descrito na metodologia, os primeiros 15 itens (1 – 15) pertencem à “Impact Event Scale” (versão adaptada para o português IES – VP) que avalia o impacto psicológico do evento traumático (no caso a queimadura) e os nove itens seguintes (16 – 24) pertencem à “The Burns Specific Pain Anxiety Scale” (versão adaptada para o português BSPAS – VP) que avalia ansiedade e dor em vítimas de queimaduras.

Além da aplicação dessas duas escalas adaptadas para o português (BSPAS – VP, IES – VP), também, foi utilizado outro instrumento já validado para essa língua que foi o IDATE (Biaggio e Natalício, 1979). Eles foram aplicados entre o sexto e o décimo quarto dia após a internação e após a ocorrência da queimadura.

Os critérios de exclusão, exigidos para que fosse possível aplicar os instrumentos escolhidos para este estudo, trouxeram como limitação o pequeno número de participantes que puderam ser arrolados no período da investigação. Assim, o resultado obtido com a aplicação do Alfa de Cronbach para os dois instrumentos pode não ser muito robusto do ponto de vista estatístico.

A **análise da consistência interna dos itens** de ambas as escalas foi testada por meio da obtenção do coeficiente de correlação produto-momento de Spearman, o Alfa de Cronbach, se o item fosse excluído, e o Alfa de Cronbach total da escala.

Para a apresentação dos dados, foi seguida a ordem das escalas segundo sua apresentação no documento original e na versão final em português: a IES – VP (itens de 1 a 15) e a BSPAS – VP (itens de 16 a 24).

Na Tabela 4, apresentamos os resultados obtidos por meio da obtenção do coeficiente de correlação produto-momento de Spearman, o valor de Alfa de Cronbach, se o item for excluído, e o Alfa total da escala IES – VP.

Tabela 4 – Coeficiente de correlação produto- momento de Spearman, o valor de Alfa se o item for excluído e o Alfa de Cronbach total obtidos para os itens da BSPAS – VP (IES – VP: itens 1 - 15). Ribeirão Preto, 2005

Itens		Coeficiente de correlação Produto-momento de Spearman	α (se o item for excluído)
IES –VP total			0,841
1.	Eu penso sem querer no momento que eu estava queimando.	0,312	0,845
2.	Quando eu penso na maneira que fui queimado ou quando sou lembrado deste momento, eu tento não ficar estressado ou nervoso.	0,400	0,832
3.	Eu tento apagar as lembranças dos momentos em que me queimei.	0,639**	0,821
4.	Eu dificilmente consigo pegar no sono e continuar dormindo, porque as imagens e lembranças do momento que eu estava queimando passam pela minha cabeça.	0,629**	0,816
5.	De repente, vêm imagens na minha cabeça e tenho fortes sensações sobre o momento que eu estava queimando.	0,694**	0,822
6.	Eu sonho com a maneira que me queimei.	0,441*	0,837
7.	Eu evito coisas que me lembrem o momento da queimadura.	0,704**	0,816
8.	Eu tenho a sensação como se a queimadura não tivesse acontecido, como se não fosse verdade.	0,143	0,851
9.	Eu tento não falar sobre o assunto: sofrer queimaduras.	0,519*	0,820
10.	Imagens de como me queimei me voltam ao pensamento.	0,634**	0,823
11.	Constantemente, algumas coisas me fazem lembrar de estar me queimando.	0,276	0,842
12.	Eu sei que ainda tenho muitos sentimentos sobre sofrer queimaduras, mas não levo em consideração.	0,255	0,846
13.	Eu tento não pensar no momento em que estava me queimando.	0,599**	0,824
14.	Cada lembrança traz de volta as sensações de estar me queimando.	0,602**	0,823
15.	Minha sensação sobre sofrer queimaduras está na verdade anestesiada.	0,242	0,844

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Na Tabela 4, observa-se que os itens 1, 8, 12 e 15 da IES – VP apresentaram baixo índice de correlação (coeficiente de correlação produto-momento), porém, quando testado o impacto que teria a exclusão destes itens no Alfa total da escala, não foram observadas diferenças importantes.

A seguir, apresentamos os resultados obtidos com a aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman quando dividida a escala, segundo o objetivo de avaliação (pensamentos intrusivos e reações de evitação).

Na Tabela 5, apresentamos os resultados das análises realizadas nos itens que avaliam manifestações de pensamentos intrusivos, ou seja, os itens que têm como objetivo avaliar a presença de pensamentos e imagens repentinas, pesadelos, sentimentos angustiantes e pensamentos repetitivos.

Tabela 5 – Coeficiente de correlação produto- momento de Spearman, o valor de Alfa se o item for excluído e o Alfa de Cronbach total obtidos para os itens, que avaliam pensamentos intrusivos (IES – VP). Ribeirão Preto, 2005

Itens	Coeficiente de correlação Produto-momento de Spearman	α se o item for excluído
Pensamentos Intrusivos Total		0,746
1. Eu penso sem querer no momento que eu estava queimando.	0,070	0,829
4. Eu dificilmente consigo pegar no sono e continuar dormindo, porque as imagens e lembranças do momento que eu estava queimando passam pela minha cabeça.	0,698**	0,686
5. De repente, vêm imagens na minha cabeça e tenho fortes sensações sobre o momento que eu estava queimando.	0,713**	0,702
6. Eu sonho com a maneira que me queimei.	0,534*	0,748
10. Imagens de como me queimei me voltam ao pensamento.	0,594**	0,733
11. Constantemente, algumas coisas me fazem lembrar de estar me queimando.	0,391	0,767
14. Cada lembrança traz de volta as sensações de estar me queimando.	0,696**	0,707

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Observa-se que o Alfa total para os itens correspondentes à avaliação de pensamentos intrusivos foi de 0,746. Os itens 1 e 11 apresentaram coeficientes de correlação produto-momento menores em relação aos demais itens, porém, quando testado o impacto que teria a exclusão de cada item no Alfa total da escala, observou-se um aumento no α de 0,083 para o item 1 e de 0,021 para o item 11, o que não causou diferenças importantes na interpretação do Alfa.

Na Tabela 6, apresentamos os resultados das análises realizadas nos itens que avaliam manifestações de pensamentos intrusivos de reações de evitação, ou seja, os itens que têm

como objetivo avaliar a presença de negação de significados e pensamentos negativos como consequências do evento, sensação de entorpecimento, e comportamento inibido.

Tabela 6 – Coeficiente de correlação produto- momento de Spearman, o valor de Alfa se o item for excluído e o Alfa de Cronbach total obtidos para os itens que avaliam reações de evitação (IES – VP). Ribeirão Preto, 2005

Itens	Coeficiente de correlação Produto-momento de Spearman	α se o item for excluído
Reações de Evitação total		0,773
2. Quando eu penso na maneira que fui queimado ou quando sou lembrado deste momento, eu tento não ficar estressado ou nervoso.	0,275	0,727
3. Eu tento apagar as lembranças dos momentos em que me queimei.	0,456*	0,691
7. Eu evito coisas que me lembrem o momento da queimadura.	0,630**	0,670
8. Eu tenho a sensação como se a queimadura não tivesse acontecido, como se não fosse verdade.	0,098	0,784
9. Eu tento não falar sobre o assunto: sofrer queimaduras.	0,550**	0,671
12. Eu sei que ainda tenho muitos sentimentos sobre sofrer queimaduras, mas não levo em consideração.	0,116	0,755
13. Eu tento não pensar no momento em que estava me queimando.	0,506*	0,691
15. Minha sensação sobre sofrer queimaduras está na verdade anestesiada.	0,294	0,738

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Na Tabela 6, observa-se que o Alfa total da escala correspondente à avaliação de reações de evitação foi de 0,773. As correlações do IES – VP total com os itens 2, 8, e 12 apresentaram coeficientes de correlação produto-momento menores em relação às demais correlações, considerados muito baixos ou baixos. Quando testado o impacto que teria a exclusão de cada item no Alfa total da escala, não se observou grande diferença.

Ressaltamos que o item 15 gerou maior discussão em relação a sua tradução entre os integrantes do Comitê de Juízes que, em comum acordo, decidiram que a palavra “anestesiada” era a palavra que melhor se adequava, segundo o objetivo pretendido no item.

Na Tabela 7, apresentamos as medidas de tendência central e dispersão da IES – VP, lembrando que a pontuação possível é de zero a dez.

Tabela 7 – Estatística descritiva dos itens da BSPAS – VP (IES – VP: itens 1 – 15). Ribeirão Preto, 2005

IES – VP		Intervalos obtidos	Mediana	Média (DP)
Total		22,0 – 118,20	59,00	62,77 (28,58)
Itens				
1.	Eu penso sem querer no momento que eu estava queimando.	0,20 - 10,0	4,50	4,65 (3,04)
2.	Quando eu penso na maneira que fui queimado ou quando sou lembrado deste momento, eu tento não ficar estressado ou nervoso.	0,00 - 8,50	4,80	4,25 (3,07)
3.	Eu tento apagar as lembranças dos momentos em que me queimei.	0,00 - 10,0	7,00	5,61 (3,60)
4.	Eu dificilmente consigo pegar no sono e continuar dormindo, porque as imagens e lembranças do momento que eu estava queimando passam pela minha cabeça.	0,00 - 9,90	2,00	3,47 (3,70)
5.	De repente, vêm imagens na minha cabeça e tenho fortes sensações sobre o momento que eu estava queimando.	0,00 - 10,00	4,00	4,38 (3,45)
6.	Eu sonho com a maneira que me queimei.	0,00 - 10,00	0,20	1,95 (3,35)
7.	Eu evito coisas que me lembrem o momento da queimadura.	0,00 - 9,70	2,50	3,60 (3,29)
8.	Eu tenho a sensação como se a queimadura não tivesse acontecido, como se não fosse verdade.	0,00 - 10,00	5,80	4,84 (3,78)
9.	Eu tento não falar sobre o assunto: sofrer queimaduras.	0,00 - 10,00	1,00	3,15 (3,76)
10.	Imagens de como me queimei me voltam ao pensamento.	0,00 - 10,00	4,00	5,26 (3,46)
11.	Constantemente, algumas coisas me fazem lembrar de estar me queimando.	0,00 - 9,90	4,00	3,90 (3,30)
12.	Eu sei que ainda tenho muitos sentimentos sobre sofrer queimaduras, mas não levo em consideração.	0,00 - 10,00	5,50	4,96 (3,79)
13.	Eu tento não pensar no momento em que estava me queimando.	0,00 - 10,00	3,40	3,58 (3,21)
14.	Cada lembrança traz de volta as sensações de estar me queimando.	0,00 - 9,50	4,00	4,14 (3,34)
15.	Minha sensação sobre sofrer queimaduras está na verdade anestesiada.	0,00 - 9,80	4,80	4,56 (2,64)

Observa-se, na Tabela 7, que houve grande variação nas médias dos escores para todos os itens da escala, variando entre 1,95 e 5,61 (desvio-padrão = 2,64 – 3,79) e mediana de 0,20 a 7,00. É importante lembrar que o aumento dos escores totais da escala indica maiores índices do Impacto do Evento.

Na análise dos escores individuais, foi observado que oito pacientes (38,1%) apresentaram escores maiores que 7,5 em mais de cinco itens da escala, e seis pacientes (28,65%) não apresentaram itens com escores maiores que 7,5. Nas respostas desses pacientes, os itens que obtiveram maior frequência de escores mais altos foram os itens três, nove, dez e doze.

Para os resultados totais dos escores obtidos para a escala, os participantes apresentaram uma média de 62,80 (desvio-padrão = 28,60). É importante lembrar que os escores máximos, para cada item (15 itens) da IES – VP é 10, portanto, o escore máximo possível é 150.

A seguir, na Tabela 8, apresentamos os resultados da aplicação do Coeficiente de Correlação produto-momento de Spearman, o valor de Alfa de Cronbach, se o item for excluído, e o Alfa total para os itens da BSPAS – VP (propriamente dita).

Tabela 8 – Correlação produto-momento de Spearman o valor de Alfa se o item for excluído e o Alfa de Cronbach obtidos para a BSPAS – VP (itens 16-24). Ribeirão Preto, 2005

Nº	Itens	Coefficiente de correlação Produto-momento de Spearman	α se o item for excluído
BSPAS – VP total			0,905
16.	De repente, eu posso me sentir inseguro sobre a minha cura quando eu vejo minhas queimaduras.	0,635**	0,900
17.	Na verdade, eu estou constantemente pensando na minha dor.	0,723**	0,888
18.	Eu não consigo relaxar durante os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia).	0,701**	0,899
19.	Por causa da dor, eu me sinto nervoso e sem tranquilidade.	0,709**	0,891
20.	Muitas vezes, a dor é tão forte que eu preciso parar todas as atividades.	0,750**	0,891
21.	Eu sinto que meus músculos se contraem quando os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia) realmente começam.	0,605**	0,901
22.	Tenho medo da dor durante e logo após os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia).	0,796**	0,893
23.	A cada procedimento (cuidado) pelo qual tenho que passar, novamente me preocupo com a dor que possivelmente irei sentir.	0,704**	0,891
24.	A dor pode ser tão forte que eu tenho medo de perder o controle sobre mim mesmo.	0,639**	0,896

**p<0,01

Os resultados mostram que os nove itens (16 – 24), correspondentes à BSPAS – VP, apresentam correlação estatisticamente significativa, quando aplicado o coeficiente de correlação produto-momento de Spearman, variando de 0,605 para o item 21 - *Eu sinto que meus músculos se contraem quando os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia) realmente começam* - a 0,796 para o item 22 - *Tenho medo da dor durante e logo após os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia)*. A variação para o Alfa total da escala, se o item for excluído, foi de 0,891 a 0,900. Esses

dados (α se o item for excluído), quando comparados com o Alfa total da escala, apresentaram uma diminuição de 0,005 a 0,014, o que não altera a interpretação do Alfa.

Na Tabela 9, apresentamos as medidas de tendência central e dispersão da BSPAS – VP e seus itens, lembrando que a pontuação possível é de zero a dez.

Tabela 9 – Estatística descritiva da BSPAS – VP total (itens 16 – 24) e seus itens. Ribeirão Preto, 2005

BSPAS – VP		Intervalos obtidos	Mediana	Média (DP)
Total		7,0 – 85,10	49,00	46,60 (22,53)
Itens				
16.	De repente, eu posso me sentir inseguro sobre a minha cura quando eu vejo minhas queimaduras.	0,00 – 9,60	5,00	4,04 (3,58)
17.	Na verdade, eu estou constantemente pensando na minha dor.	0,00 – 10,00	5,00	4,82 (3,48)
18.	Eu não consigo relaxar durante os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia).	0,00- 10,00	6,60	6,11 (3,58)
19.	Por causa da dor, eu me sinto nervoso e sem tranquilidade.	0,20 – 10,00	6,40	5,50 (3,30)
20.	Muitas vezes, a dor é tão forte que eu preciso parar todas as atividades.	0,00 – 10,00	7,00	5,50 (3,71)
21.	Eu sinto que meus músculos se contraem quando os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia) realmente começam.	0,00 – 10,00	5,00	5,14 (3,14)
22.	Tenho medo da dor durante e logo após os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia).	1,00 – 10,00	5,00	5,59 (2,39)
23.	A cada procedimento (cuidado) pelo qual tenho que passar, novamente me preocupo com a dor que possivelmente irei sentir.	0,50 – 10,00	6,00	5,80 (2,96)
24.	A dor pode ser tão forte que eu tenho medo de perder o controle sobre mim mesmo.	0,00 – 10,00	2,50	4,08 (3,49)

Observa-se, na Tabela 9, que o item 16 não obteve o escore máximo (10,00) entre os participantes. Os itens 19, 22 e 23 não apresentaram o valor mínimo zero, como ocorreu nos

demais itens. Os valores da média variaram entre 4,04 e 6,11 (desvio-padrão = 2,39 a 3,71) e a mediana entre 2,50 e 7,00).

Para os resultados totais dos escores obtidos para a escala, os participantes apresentaram uma média de 46,60, com desvio-padrão 29,63. É importante lembrar que quanto maior o valor total dos escores da escala, maior a manifestação de ansiedade associada à dor.

O tempo de preenchimento do instrumento (BSPAS – VP e a IES – VP como instrumento único) aplicado de forma conjunta com o IDATE, foi de até 20 minutos (mínimo de 10 e máximo de 20 minutos) como ocorreu no pré-teste.

Para o estudo da validade de critério da BSPAS – VP (que inclui a IES – VP), foi aplicada a Validade Concorrente utilizando-se o Coeficiente de Correlação de Sperman com o intuito de correlacionar as médias dos escores obtidos com a aplicação das escalas adaptadas (BSPAS – VP e a IES – VP) e IDATE e a EVA. Esses resultados estão apresentados na Tabela 10.

Em relação aos dados apresentados na Tabela 10, a seguir, ressalta-se a correlação estatisticamente significativa entre a BSPAS – VP, propriamente dita, com a IES – VP (0,594; $p < 0,01$) e a superfície corporal queimada (0,536; $p < 0,05$). Segundo a classificação proposta por Munro (2001), para a análise dos valores de correlação, esses resultados indicam uma correlação moderada. Além disso, observou-se correlação moderada e baixa entre os escores obtidos nos registros de dor imediatamente depois do curativo (0,566; $p < 0,01$) e às 16 horas (0,496; $p < 0,05$) e a superfície corporal queimada, respectivamente.

Tabela 10 – Correlação entre BSPAS – VP, IES – VP (incluindo a divisão das escalas segundo objetivo de avaliação), IDATE, avaliação da dor imediatamente antes do banho e do curativo e imediatamente depois do banho e do curativo, avaliação da dor às 16:00 e às 20:00 horas e a SCQ. Ribeirão Preto, 2005

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. BSPAS – VP	1,00									
2. IES – VP	0,594**	1,00								
3. IES – VP: Pensamentos intrusivos	0,542*	0,884**	1,00							
4. IES – VP: Reações de evitação	0,491*	0,893**	0,624**	1,00						
5. IDATE	-0,020	0,078	0,060	0,118	1,00					
6. Avaliação da dor imediatamente antes do banho e do curativo	0,327	0,147	0,272	-0,073	0,075	1,00				
7. Avaliação da dor imediatamente depois do banho e do curativo	0,282	0,281	0,304	0,219	0,126	0,703**	1,00			
8. Avaliação da dor às 16 horas	0,092	-0,084	0,013	-0,153	-0,208	0,600**	0,765**	1,00		
9. Avaliação da dor às 20 horas	0,211	-0,045	0,035	-0,105	0,219	0,562**	0,738**	0,883**	1,00	0,356
10. Superfície corporal queimada	0,536*	0,296	0,367	0,143	-0,185	0,404	0,566**	0,496*	0,356	1,00

* p < 0,05 **p < 0,01

Como observado na Tabela 10, não houve correlação entre a BSPAS – VP e o IDATE – VP (ansiedade-estado). Da mesma forma, não houve correlação entre valores da avaliação de dor imediatamente antes do banho e curativo e os valores obtidos para a parte da IES – VP que avalia reações de evitação, e entre os valores obtidos para as avaliações de dor às 16 e 20 horas e a IES – VP.

6 - *DISCUSSÃO*

6. DISCUSSÃO

Na literatura, observamos a existência de diversos instrumentos adaptados para o português com o objetivo de mensurar dor e avaliar ansiedade, porém, não encontramos um instrumento específico para ser aplicado em pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras.

Assim, o presente estudo buscou adaptar e disponibilizar o instrumento BSPAS (considerada neste estudo composta por duas escalas: a IES e a BSPAS propriamente dita), para ser aplicado em pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras, avaliando respectivamente, o estresse do impacto do evento, a dor e a ansiedade destes indivíduos.

Com a adaptação transcultural, a BSPAS sofreu mudanças relacionadas, principalmente, à ordem e à redação das instruções e dos itens 2 e 11 (pertencentes à IES) e 16, 20 e 23 (pertencentes à BSPAS). Essas mudanças tiveram como principal objetivo melhorar a clareza e entendimento das instruções e dos itens. Tanto para os participantes de nível de instrução mais baixo, quanto para os de nível de instrução mais alto, os itens deveriam se apresentar suficientemente compreensíveis e claros. Em relação à mudança relacionada à sequência numérica e às frases-âncora da barra de avaliação, não houve manifestação de dúvida, ou qualquer reação que pudesse indicar falta de entendimento.

Consideramos importante discutir, inicialmente, as características do grupo estudado, embora esse aspecto não seja objetivo principal do estudo. Observamos que a idade do grupo estudado variou de 15 a 73 anos. Dados semelhantes foram apresentados por Taal e Faber

(1997a, 1997b e 1997c) e Taal et al. (1999). A literatura tem reportado que a idade é uma variável importante quando são estudadas pessoas que sofreram queimaduras. Assim, Xie, Tan e Tang (2004), investigando as características de 377 internados em uma unidade de queimados no Japão, encontraram maior frequência dos acidentes entre a faixa etária de 15 e 60 anos (89,2%). No Brasil, Rossi et al (1998a, 1998b, 2003) e Barreto (2003) referem que, aproximadamente, 50% do número de acidentes por queimaduras acontecem em crianças e, 10% em indivíduos maiores de 60 anos. Dados como esses indicam que em torno de 40% dos acidentes por queimaduras acontecem em pessoas menores de 40 anos (idade produtiva). O que implica na perda de dias de trabalho que se inicia no período de internação (fase aguda e fase de reabilitação) e se segue durante a fase de reabilitação longa duração.

A Superfície Corporal Queimada (SCQ), por sua vez, é uma variável que tem sido considerada de forma controversa quanto à sua relação na percepção de dor e ansiedade no paciente queimado. Assim, Byers et al (2001) em um estudo, que teve como objetivo estudar experiências de dor durante a realização de procedimentos dolorosos e nos períodos de descanso, encontraram uma relação entre SCQ e o aumento de ansiedade no paciente queimado. Fato que poderia influenciar no aumento da sensação dolorosa dos indivíduos. Ptacek, Patterson e Doctor (2000) ao investigar os momentos em que manifestações de dor seriam mais intensas, encontraram uma relação entre SCQ e a variação de manifestações de dor. Já, Choinière et al. (1989) encontraram uma baixa correlação entre SCQ e manifestações de dor. Entretanto, esses autores referem que, quando as avaliações de dor da primeira semana pós-trauma térmico são correlacionadas com a SCQ e há predomínio de queimaduras superficiais, pode haver correlações significantes, pois queimaduras superficiais são altamente dolorosas (CHOINIÈRE et al. 1989)

Em nosso estudo, entre os 21 participantes, tivemos uma SCQ média de 13,2%, variando entre 1 a 43,5%. Esse resultado também é semelhante aos obtido por Taal e Faber

(1997a, 1997b e 1997c), Taal et al. (1999). Entretanto, Hemeda, Maher e Mabrouk (2003) encontraram uma média maior de SCQ ($32 \pm 5,7\%$) em uma amostra de 880 pacientes e incluindo crianças, adultos e idosos.

Relacionado ao sexo, nosso grupo apresentou a predominância do sexo masculino como as principais vítimas de acidentes por queimaduras (66%). Dados semelhantes são apresentados por estudos realizados por Taal e Faber (1997a, 1997b e 1997c), Taal et al. (1999). Entretanto, Hemeda, Maher e Mabrouk (2003) com o objetivo de descrever os pacientes internados (crianças e adultos) durante um período de seis anos, em uma unidade de queimados do Cairo, Egypto, encontraram uma amostra composta por maior número de mulheres (64,1%). Já, Barreto (2003), estudando pacientes internados em uma unidade especializada para atendimento em queimaduras, refere que no Brasil mais de 60% dos acidentes por queimaduras ocorrem em homens. O que poderia indicar uma relação entre o fato de as vítimas mais frequentes desses acidentes serem homens e a exposição que esses indivíduos têm com situações de risco potencial (como, por exemplo, manipulação de agentes inflamáveis e líquidos quentes no uso doméstico ou no local de trabalho).

Em relação à idade e manifestações de dor Difede et al. (1997), examinando a extensão da queimadura, grau e tipo de estresse psicológico, encontraram uma relação entre sexo e manifestações de dor mais intensa, sugerindo que as mulheres manifestam dor mais intensa quando comparadas com as manifestações dolorosas entre os homens.

Assim, embora o presente estudo tenha sido realizado com um número menor de participantes, é possível observar dados semelhantes quando comparamos nossos resultados com estudos que tiveram um grupo maior de participantes.

Observando as causas de acidentes, o presente estudo mostrou que o álcool e os líquidos quentes foram os agentes etiológicos mais frequentes. Na literatura, Hemeda, Maher

e Mabrouk (2003) assinalam a chama direta, eletricidade e os líquidos quentes como os principais agentes etiológicos responsáveis pelos acidentes por queimaduras.

No Brasil, Rossi et al. (1998b) também, constataram que o álcool foi o principal agente etiológico e os líquidos quentes o segundo agente causador deste tipo de acidente. Esses dados foram obtidos no mesmo local onde nosso presente estudo foi realizado, mostrando que esses agentes continuam sendo os principais causadores de acidentes por queimaduras, entre os pacientes que são internados nessa unidade. Desta maneira, pode-se inferir que o uso indevido e indiscriminado de álcool nos domicílios estaria relacionado com o número elevado de acidentes por queimaduras. No Brasil, vem sendo realizado grande esforço para diminuir a incidência de queimaduras por álcool. A substituição do álcool líquido pelo álcool gel para uso doméstico é uma ação clara desses esforços, mas é evidente que a soma de outras medidas seriam necessárias.

Para tentar minimizar o problema, em 2002, a Anvisa editou a resolução RDC n. 46, de 20 de fevereiro de 2002, que proíbe a venda de álcool líquido 96° GL (Gay – Lussac) no País. A ação causou a redução de 60% de casos nos primeiros meses de validade da medida. Entretanto, uma liminar concedida em favor de um grupo de fabricantes de álcool, permitindo a comercialização do produto, provocou um retrocesso e os acidentes aumentaram (ANVISA, 2004).

O ambiente de trabalho foi o local onde ocorreu o maior número de acidentes. As áreas anatômicas mais atingidas foram: face, membros superiores e tórax. Islam, Nambiar, Doyle et al. (2000) referem-se à existência de uma relação entre as áreas anatômicas mais atingidas e o tipo de trabalho realizado. Assim, queimaduras em mãos e punhos estariam relacionadas às ocupações nas quais os indivíduos permanecem em contato com líquidos e substâncias quentes. A face estaria relacionada a acidentes por explosão e queimaduras com

produtos químicos. Essa relação poderia envolver fatores sócio-econômicos, culturais e acesso de novas tecnologias.

O maior número de acidentes envolvendo homens no ambiente de trabalho pode estar relacionado à falta de ações preventivas e de segurança (manutenção de equipamentos e instalações e uso adequado de equipamento de proteção individual).

Em relação aos resultados das avaliações de dor, realizadas antes da aplicação da BSPAS – VP, nas análises dos 530 registros, obtidos por meio da aplicação da EVA, observou-se que a intensidade da dor entre os pacientes teve grande variabilidade. Porém, os escores máximos foram manifestados imediatamente após a troca de banhos e curativos (procedimento doloroso) e os escores mínimos foram atribuídos aos períodos em que não houve necessidade da realização de um procedimento causador de dor (períodos de descanso). Estudos realizados por Taal, Faber (1997a) e Taal et al. (1999) também mostraram que os escores mais altos manifestados pelos participantes foram observados nos horários relacionados aos “procedimentos dolorosos” e os escores mais baixos durante os períodos considerados de descanso.

Jhonsson et al. (1998), aplicando a EVA para avaliar dor em 98 pacientes, encontraram grande variação da intensidade de dor entre o mesmo paciente em diferentes horários e entre pacientes diferentes. Observaram que as manifestações de dor mais intensas se deram na primeira semana, depois da ocorrência da queimadura.

Ocorrências como essas podem estar relacionadas ao tipo, à dose, à via e ao horário da administração dos analgésicos utilizados nos serviços especializados em atendimentos a vítimas de queimaduras. Entretanto, é pertinente lembrar que a dor é uma experiência *subjetiva* e *pessoal* relacionada diretamente ao estímulo da lesão, que pode ser influenciada por fatores emocionais (como a ansiedade) e pelas circunstâncias em que ocorreu o acidente (por exemplo, acidente de trabalho, em casa, tentativa de suicídio e/ou homicídio) (KATZ;

MELZARCK, 1999; HORTENSE, 2003). Ademais, fatores como a profundidade da queimadura, extensão e procedimentos necessários para a recuperação do paciente (banho, curativos, desbridamentos, entre outros) teriam uma grande contribuição na intensidade das manifestações de dor de cada paciente (SARDA; CRUZ, 2002; MARVIN, 1998; TAAL; FABER, 1997b).

Como referido nos resultados, durante a aplicação da EVA foi possível observar, entre os pacientes, a associação de suas respostas na escala com os números quando registravam sua sensação de dor, embora esses não estivessem escritos. Essa situação pode sugerir uma possível dificuldade dos pacientes quando é utilizada escala visual analógica.

Em relação às manifestações de ansiedade, obtivemos somente resultados categorizados como baixa (29%) e média (71%) ansiedade. Fatos como esses podem estar relacionados ao tipo, doses, via e horários de medicação. Entretanto, assim como a dor, deve-se lembrar que a ansiedade é uma manifestação essencialmente afetiva, de caráter adaptativo aos diferentes estímulos recebidos do mundo externo ou interno do indivíduo (ROSA, 1988). Isto é, manifestações de ansiedade diante da dor, enxertias, desbridamentos e perante a possibilidade da morte, freqüentemente, acompanhariam o paciente com queimaduras, o que poderia favorecer o estabelecimento de um círculo vicioso: dor aumenta ansiedade e ansiedade aumenta a dor (TAAL; FABER, 1997a).

Choinière et al. (1989), em um estudo que teve como objetivo examinar características de experiências de dor, depressão e ansiedade em pacientes, vítimas de queimaduras, encontraram que altos níveis de ansiedade estariam associados a altos índices de dor. Taal e Faber (1997b) acrescentam que pacientes com sintomatologia de estresse teriam maior predisposição para desenvolver ansiedade antecipatória associada a procedimentos dolorosos e que, em pacientes com ausência de estresse pós-traumático, havia a possibilidade do estabelecimento de um círculo vicioso: dor aumenta ansiedade e ansiedade aumenta a dor.

É importante lembrar que em nosso estudo a ansiedade foi avaliada uma única vez entre o sexto e décimo quarto dia após a internação. Um futuro estudo poderia ter como objetivo realizar as mensurações de dor e avaliações de ansiedade nos mesmos horários, o que permitiria conhecer se ambas as manifestações estariam relacionadas. A dose, o tipo e a via de administração dos ansiolíticos e analgésicos necessitam ser considerados para investigar essa relação. Lembramos que aproximadamente 50% dos participantes recebiam ansiolíticos durante o tempo de internação.

A aplicação das escalas adaptadas para o português (BSPAS – VP, IES – VP) e o IDATE (entre o sexto e o décimo quarto dias após a internação e ocorrência da queimadura) no presente estudo obedeceu à proposta de aplicação dos autores da BSPAS (TAAL; FABER, 1997a; 1997b). Entende-se, que esse período, corresponde à fase aguda do trauma e representa um grande impacto psicológico relacionado ao grande número de procedimentos que podem causar dor e reações emocionais tais como medo, ansiedade, agitação, e diversos padrões de comportamento psicológico são freqüentemente observados (TAAL; FABER, 1997a).

Nos resultados obtidos para a análise da consistência interna dos itens da IES – P, observou-se um Alfa total da escala elevado (0,841), o que indica uma alta consistência interna dos itens do instrumento. O coeficiente de correlação produto-momento de Spearman, obtido entre cada um dos itens da escala com o seu escore total, teve ampla variação, sendo que o menor valor correspondeu ao item 8 (*Eu tenho a sensação como se a queimadura não tivesse acontecido, como se não fosse verdade*) e o maior valor ao item 7 (*Eu evito coisas que me lembrem do momento da queimadura*). A exclusão dos itens que obtiveram o coeficiente de correlação mais baixo não apresentou grande impacto no Alfa total da escala, o que sugere que na versão adaptada devemos manter todos os itens da versão original.

Os valores obtidos com a aplicação do Coeficiente de correlação produto-momento de Spearman, para os itens da escala IES – VP variaram entre baixos a moderados para a correlação dos 15 itens em conjunto e de muito baixos a baixos para os itens divididos segundo a dimensão do que a escala pretende avaliar (pensamentos intrusivos e reações de evitação).

Baseados nos critérios de LoBiondo-Wood e Haber (2001) e Pasquali (2001) podemos inferir que a variação de erro da escala é pequena e possui pouco erro de medição. Assim, para um instrumento, nos primeiros estágios de desenvolvimento, neste caso, a adaptação transcultural da BSPAS (e IES) nossos resultados estão adequados. Entretanto, Pasquali (2001) ressalta que afirmações como essas devem ser confirmadas por meio da realização de uma análise fatorial da escala. Para tanto, um estudo incluindo um grupo maior de participantes deverá ser realizado.

Os resultados obtidos após a divisão da escala em seus dois grandes grupos de respostas, ou seja, aqueles com itens que avaliam a manifestação de pensamentos intrusivos e os que avaliam a manifestação de reações de evitação, mostraram que o item 1 (*Eu penso sem querer no momento que eu estava queimando*), que tem como objetivo avaliar pensamentos intrusivos, e os itens 8 (*Eu tenho a sensação como se a queimadura não tivesse acontecido, como se não fosse verdade*), 12 (*Eu sei que ainda tenho muitos sentimentos sobre sofrer queimaduras, mas não levo em consideração*) e 15 (*Minha sensação sobre sofrer queimaduras está na verdade anestesiada*), que tem como objetivo avaliar reações de evitação, continuaram apresentando coeficiente de correlação baixo quando comparados com a análise realizada com o escore total dos 15 itens da escala de forma conjunta. Foi observado também, que o Alfa de Cronbach para o conjunto dos itens dessas duas respostas 0,746 e 0,773, respectivamente, o que não apresentou grande diferença quando comparados com o Alfa obtido para a escala como um todo (0,841). Dados semelhantes foram encontrados por

Horowitz, Wilner e Alvarez (1979), estudando as propriedades psicométricas da “Impact os Event Scale – IES” em pacientes de atendimento ambulatorial de diversas especialidades que haviam sido encaminhados para realização de psicoterapia, após um evento traumático. Esses autores constataram um Alfa total de 0,860 e um Alfa de 0,780 para o agrupamento dos itens que avaliam *pensamentos intrusivo* e 0,82 de *respostas de evitação*.

Da mesma forma, Zilberg, Weiss e Horowitz, (1982) aplicaram a escala em três tempos diferentes (ao início da terapia, após 4 e 12 meses do término da terapia) para dois grupos de participantes: indivíduos que procuraram tratamento em uma clínica de estudos de neuroses após a morte de um membro próximo da família e indivíduos que não procuraram tratamento diante da mesma situação. Para todos os tempos em que a escala foi aplicada, o coeficiente de consistência interna do instrumento (Alfa de Cronbach) apresentou-se alto, variando entre 0,790 a 0,920. Os autores do estudo concluíram que a escala possuía propriedades psicométricas adequadas, assim como uma consistência interna confiável.

Sundin e Horowitz (2002) realizaram uma revisão sobre todos os estudos focalizados na avaliação das propriedades psicométricas da IES, após 20 anos da referida escala ter sido proposta. Os resultados desses estudos mostraram uma variação de 0,860 (0,720 - 0,920) para o Alfa da escala, quando cada um dos itens que avaliam *pensamentos intrusivos* é excluído e, uma variação de 0,820 (0,65 – 0,90) para os itens que avaliam *respostas de evitação*. Os autores concluíram que ambas as partes da escala mostram-se homogêneas (cada uma medindo um dos construtos) e que a escala como um todo apresenta-se consistente.

Diante dos dados obtidos nos trabalhos referidos anteriormente e dos resultados apresentados no presente estudo, pode-se inferir que a escala é uma ferramenta confiável na avaliação do impacto psicológico que um determinado evento traumático pode causar nos indivíduos. Essa ferramenta, embora proposta há mais de 20 anos, pode ser utilizada com

segurança em estudos que têm como objetivo avaliar a presença de sintomas de estresse pós-traumático.

Embora não tenha constituído objetivo deste estudo avaliar o impacto do evento, observou-se que os participantes apresentaram pontuação média de impacto de 62,3 (pontuação máxima: 150). Em sete pacientes, o valor total do impacto do evento foi maior que 80. É importante destacar que nesse grupo a pontuação média da BSPAS – VP foi 57,6 (pontuação máxima: 90) o que pode sugerir uma relação entre manifestações de estresse causadas pelo acontecimento da queimadura e os níveis de dor e ansiedade manifestados pelos pacientes.

Taal e Faber (1997c), com o objetivo de avaliar manifestações de estresse após o acontecimento de um evento traumático, encontraram relação entre os altos índices de manifestações de estresse pós-trauma com os altos níveis de dor manifestados, durante a realização de procedimentos causadores de dor. Os autores acrescentam que essa relação pode sugerir a presença de alterações de comportamento e, provavelmente, deficiência de padrões de enfrentamento à nova situação (queimadura) em indivíduos, vítimas de queimadura.

Os resultados do presente estudo referentes a cada item que compõe a IES-P (variabilidade, média, mediana e desvio-padrão) evidenciaram diversidade entre as respostas dos participantes. Menos da metade dos indivíduos participantes apresentou mais de cinco itens com escores elevados ($>7,5$) e, aproximadamente, uma terceira parte apresentou itens com escores considerados baixos ($<7,5$).

Jonsson et al. (1998) realizaram um seguimento diário de manifestações de dor em 98 pacientes com queimaduras e encontraram uma grande variação na intensidade dos registros de dor entre as medidas do mesmo paciente e desse com os demais. Considerando que a percepção das reações à dor é subjetiva e podem ter grande variabilidade entre os indivíduos, o mesmo pode ser esperado em relação ao impacto do evento.

A análise da consistência interna da BSPAS – VP, realizada com aplicação do Coeficiente de Correlação produto-momento de Spearman, mostrou alta correlação para os itens 17, 18, 19, 20, 22 e 23 e moderado para os itens 16, 21 e 24. Também foi obtido o Alfa, se o item fosse excluído, e observou-se que com a exclusão dos itens não havia diferença maior que 0,017, quando comparado com o Alfa total da escala (0,905) o que pode refletir alto poder de discriminação dos itens desta escala.

Baseados na literatura (LoBIONDO-WOOD; HABER, 2001), esses dados sugerem que a variação de erro da escala é pequena e possui pouco erro de medição. Pressupõe-se, então, que os nove itens da escala representam um mesmo traço (unidimensional). Entretanto, como referido anteriormente, afirmações como essas poderão ser confirmadas por meio da realização de uma análise fatorial da escala (PASQUALI, 2001), o que implicaria a realização de um estudo com um maior número de participantes.

Taal e Faber (1997a), em um estudo que buscou propor a BSPAS e avaliar as propriedades psicométricas da escala, encontraram que o coeficiente Alfa foi alto ($\alpha > 0,94$), sugerindo que os nove itens seguem a medida de um mesmo construto. Em relação ao coeficiente de correlação de Pearson, esse variou entre 0,71 – 0,82. Os autores referem que seus resultados foram encorajadores, mas que devem ser interpretados cautelosamente devido ao tamanho do grupo (35 participantes).

Taal et al. (1999) realizaram um estudo que teve como objetivo introduzir uma versão resumida da BSPAS (cinco itens). Para este propósito, foi aplicada a versão da escala original (nove itens) e da escala resumida em 173 pacientes, vítimas de queimaduras, durante 17 meses. Os resultados mostraram que ambas as versões da escala estavam altamente correlacionadas (0,960) e que o Coeficiente Alfa foi alto para ambas às escalas (nove itens - 0,910) e resumida (cinco itens - 0,90). Os autores referem que tanto a versão original quanto a versão resumida da BSPAS apresentaram qualidades psicométricas adequadas.

Os dados obtidos no presente estudo, para cada item da BSPAS – VP (variação, média, mediana e desvio-padrão) mostraram que somente o item 16 não alcançou o valor máximo. Os itens 19, 22 e 23 apresentaram valores mínimos próximos de zero e a quarta parte dos participantes apresentou escores elevados na maior parte dos itens (16, 17, 18, 19, 20 e 23) da escala.

A média do somatório dos escores para o total de itens das BSPAS – VP de todos os participantes representou mais da metade (46,60) do valor máximo da escala (90); todavia, resultados como esses devem ser considerados importantes, pois dão idéia da intensidade da dor e da ansiedade manifestada por pacientes queimados, durante a fase aguda da reabilitação frente à realização de procedimentos dolorosos.

Ambas as escalas: BSPAS – VP e a IES – VP (como instrumento único), aplicadas de forma conjunta com o IDATE, apresentaram um tempo de preenchimento menor que 20 minutos (mínimo 10 e máximo 20 minutos), o que pode sugerir pouco grau de dificuldade de preenchimento e fácil entendimento dos itens das escalas adaptadas. Futuros estudos poderiam acrescentar informação sobre o tempo requerido do paciente durante a aplicação da BSPAS – VP (incluído a IES – VP).

Jonsson et al. (1998), após o seguimento de manifestações de dor em vítimas de queimaduras, encontraram uma grande variação na intensidade dos registros de dor de um mesmo paciente e desse com os demais. Ptacek, Patterson e Doctor (2000), ao realizarem o seguimento de manifestações de dor em um grupo de 47 pacientes, vítimas de queimaduras, além de terem encontrado uma grande variação entre as manifestações de dor dos pacientes, encontraram que pacientes com ansiedade-traço poderiam estar manifestando dor mais intensa e que pacientes com extensas queimaduras referiram maior dor quando comparados com os pacientes com queimaduras em menor extensão.

Para avaliar o grau em que ambas as escalas adaptadas (BSPAS – VP e a IES – VP) mediram os construtos pretendidos, foi obtido o Coeficiente de Correlação de Spearman para as médias dos escores das escalas BSPAS – VP, IES – VP e o IDATE (aplicadas no mesmo dia e horário), dos escores obtidos para os diferentes momentos de mensuração da dor (imediatamente antes do curativo, imediatamente após o curativo, às 16 e às 20 horas) e da SCQ de todos os participantes. O coeficiente de correlação entre as escalas adaptadas BSPAS – VP e a IES – VP (0,594, $p < 0,01$) foi considerado moderado. No estudo realizado por Taal e Faber (1997b), foi encontrada uma alta correlação entre a IES e a BSPAS (0,770; $p < 0,001$). Os autores referem que dados como esses poderiam indicar que pacientes, vítimas de queimaduras, que apresentam sintomatologia de estresse poderiam apresentar intensa ansiedade antecipatória associada a procedimentos dolorosos. Situação que poderia favorecer o estabelecimento de um círculo vicioso (dor aumenta a ansiedade e ansiedade aumenta a dor).

O coeficiente de correlação entre a BSPAS – VP e a SCQ (0,536, $p < 0,05$) foi classificado como moderado. Isso pode indicar que a manifestação de elevados índices de ansiedade antecipatória à dor estaria associada à sintomatologia de estresse e que a SCQ poderia estar relacionada aos elevados índices de dor, manifestados pelos pacientes durante a realização de procedimentos dolorosos. Entretanto, diferentemente dos resultados encontrados no presente estudo, Taal e Faber (1997b) não encontraram correlação (-0,07) entre a BSPAS e a SCQ e referiram que futuras pesquisas deveriam focalizar o estudo das circunstâncias em que o acidente ocorreu e outras possíveis variáveis relacionadas.

Em nosso estudo, não encontramos correlação entre o IDATE e a BSPAS – VP. Esses resultados poderiam sugerir que o IDATE, por não ser uma escala específica, não seria suficientemente sensível para avaliar essa associação. Outros fatores podem ter interferido nesses resultados como, por exemplo, os horários em que foi aplicado o IDATE em nosso

estudo e o pequeno grupo de participantes estudados. Taal e Faber (1997a) encontraram uma correlação entre o IDATE e a BSPAS de 0,580 ($p < 0,005$) e uma correlação baixa do IDATE com os índices de dor. Os autores comentam que as manifestações de ansiedade-estado e de ansiedade antecipatória à dor estariam relacionadas em pacientes vítimas de queimaduras. Entretanto, referiram que, provavelmente, o IDATE não seria um instrumento sensível para avaliar situações específicas de ansiedade-estado em vítimas de queimaduras. Um futuro estudo poderia ter como objetivo realizar as mensurações de dor e avaliações de ansiedade nos mesmos horários, o que permitiria conhecer se essas manifestações estariam relacionadas.

Observou-se, também, uma correlação moderada entre os escores obtidos nos registros de dor imediatamente depois do curativo (0,566, $p < 0,01$) e a SCQ. Ptacek, Patterson e Doctor (2000) encontraram correlação entre os valores obtidos com a mensuração dor intensa e os obtidos com avaliação da ansiedade-traço e SCQ. Futuras pesquisas poderiam investigar a relação entre manifestações de dor, extensão da queimadura e a avaliação de ansiedade-traço e estado.

Embora não tenha sido observado correlação entre a BSPAS – VP e o IDATE (ansiedade-estado), chamou a nossa atenção os resultados que mostram a relação negativa entre ambas as escalas. Isso pode sugerir que esses instrumentos, na situação em que foram aplicados, não estariam medindo o mesmo construto, uma vez que ambos têm como objetivo avaliar a manifestação de ansiedade. A BSPAS foi proposta para avaliar a dor, a ansiedade e a reação psicológica de pacientes vítimas de queimadura. Além disso, é importante lembrar que o IDATE não é um instrumento específico para avaliar ansiedade relacionada a procedimentos dolorosos, em situações como a queimadura. Como mencionamos anteriormente, esses resultados poderiam sugerir que o IDATE, não seria um instrumento suficientemente sensível para avaliar essa associação.

Não houve correlação entre os valores obtidos por meio da aplicação da EVA (imediatamente antes do banho e do curativo) e os obtidos nos itens que avaliam reações de evitação da IES – VP. Entretanto, houve correlação classificada como baixa entre os valores obtidos na avaliação de dor imediatamente antes do banho e do curativo e os obtidos nos itens que avaliam pensamentos intrusivos da IES – VP. Esses resultados podem estar relacionados ao fato de que no período imediatamente antes dos procedimentos de banho e do curativo, o paciente pode apresentar manifestações de dor que provocam pensamentos intrusivos (que dificilmente podem ser controlados) e com menor frequência podem expressar reações de evitação. Taal e Faber (1997b) referem que pacientes com desordens de estresse teriam maior predisposição para desenvolver intensa ansiedade antecipatória associada a procedimentos dolorosos. Futuros estudos poderiam estudar essa relação.

Finalizando, pode-se dizer que a versão BSPAS – VP, em seu primeiro estágio de aplicação, em um grupo de pacientes queimados brasileiros mostrou-se como um instrumento de linguagem simples, curto e de fácil aplicação dentro do ambiente hospitalar. E que, embora o estudo tenha sido realizado com um número pequeno de participantes, foi possível observar que os dados referentes à consistência interna e externa do instrumento (validade de critério concorrente) se assemelham aos dados apresentados em estudos realizados com um grupo maior de participantes (TAAL; FABER, 1997a; 1997b; TAAL et al., 1999; AARON et al., 2001). A IES –P também mostrou dados de consistência interna e externa (validade de critério) semelhantes aos apresentados na literatura (HOROWITZ; WILNER; ALVAREZ, 1979; ZILBERG; WEISS; HOROWITZ, 1982; TAAL; FABER, 1997b,1997c; PIETRANTONIO et al, 2002; SUNDIN; HOROWITZ, 2002a) , mas a continuação do estudo das suas propriedades psicométricas poderia considerar as sugestões apontadas pelos pacientes, durante a aplicação (a possível mudança da palavra “anestesiada”), sugestão que não foi identificada durante a etapa do pré-teste.

Vale a pena ressaltar que na literatura há uma ampla informação sobre a frequência de manifestação de ansiedade, de dor e de sintomas de estresse, após o acontecimento de um evento traumático como o acidente por queimaduras. Portanto, escalas como a BSPAS – VP e a IES – VP tornam-se ferramentas de grande importância para a avaliação dessas manifestações, durante o período de internação, do paciente que sofreu uma queimadura.

7 - CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES

Este estudo, que teve como principal objetivo realizar a adaptação transcultural da “Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS” como um instrumento específico para avaliar ansiedade relacionada a manifestações de dor em vítimas de queimaduras, permitiu concluir que:

- Durante o processo de adaptação transcultural, a BSPAS – VP e IES – VP atingiram os critérios de equivalências idiomática, semântica, cultural e conceitual. Estudos que enfocassem as propriedades psicométricas da IES-P poderiam considerar a sugestão realizada pelos pacientes durante a aplicação, (possível mudança da palavra “anestesiada”).
- Os escores médios de dor manifestados pelos participantes foram muito variados, entretanto, apresentaram tendência de concentração nas avaliações realizadas, após a realização de procedimentos dolorosos como banho e curativo.
- Os escores médios de ansiedade manifestada pelos participantes, também, se apresentaram variados. Houve uma tendência de concentração desses escores no nível classificado como média ansiedade e não foram obtidos escores que permitissem classificar as manifestações dos pacientes no nível alta ansiedade.
- A BSPAS – VP (incluindo a IES – VP) mostrou uma alta consistência interna entre seus itens. Os resultados sugerem que a variação de erro da escala é pequena e possui

pouco erro de medida. Entretanto, esses dados deverão ser confirmados por meio da análise fatorial da escala.

- Houve uma correlação moderada (estatisticamente significativa) entre a BSPAS – VP com a IES – VP e a SCQ. Esses dados sugerem uma relação entre as manifestações de ansiedade relacionada à dor com a SCQ em pacientes.

2. OBJETIVOS

Frente ao exposto, nossa proposta tem como objetivos:

- Adaptar a “Burns Specific Pain Anxiety Scale” (BSPAS), proposta por Taal e Faber (1997a) para a língua portuguesa;
- Avaliar a consistência interna da BSPAS, por meio de sua aplicação em uma amostra de pacientes brasileiros que sofreram queimaduras;
- Comparar as medidas de ansiedade obtidas com o instrumento traduzido com as medidas do IDATE adaptado para o português por Biaggio e Natalício (1979);
- Comparar as medidas de dor obtidas com o instrumento traduzido com as medidas da Escala Visual Analógica (EVA) para dor.

8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há décadas os pesquisadores vêm realizando grandes esforços na criação e proposta de instrumentos e práticas clínicas que tenham como objetivo avaliar e mensurar manifestações de dor e ansiedade. Apesar de existirem vários instrumentos disponíveis para a avaliação de dor e ansiedade, não encontramos um instrumento específico que pudesse ser utilizado em pacientes queimados brasileiros. Por essa razão, o presente estudo teve como objetivo a realização da adaptação da “Burns Specific Pain Anxiety Scale” (BSPAS), proposta por Taal e Faber (1997a), para a língua portuguesa.

O método empregado para realização da adaptação transcultural da BSPAS possibilitou que as equivalências idiomática, semântica, cultural e conceitual fossem mantidas.

O instrumento adaptado para o português manteve as características originais no que se refere à sua extensão e facilidade para aplicação. Poderá permitir a avaliação da dor, ansiedade e da reação psicológica frente à experiência traumática da queimadura e de seu tratamento.

É importante destacar que os sujeitos da pesquisa mostraram grande variabilidade nas manifestações de dor, mas essas foram manifestadas com maior frequência durante os períodos em que eram realizados procedimentos que poderiam ser causadores de dor (banhos e curativos). Futuros estudos poderiam investigar a relação entre manifestações de dor e de

ansiedade, relacionadas à administração de medicações prévias à realização de banhos e curativos e durante os períodos de descanso.

As manifestações de ansiedade também foram variadas entre os participantes. Obtivemos escores médios de baixa e média ansiedades. Fatos como esses, também, poderiam estar relacionados à medicação (tipo, doses e via de administração), além disso, a literatura refere a possível relação dessas manifestações com fatores como SCQ, profundidade da queimadura e ansiedade-traço. Futuras pesquisas poderiam estar investigando a existência ou não da relação entre essas variáveis em uma amostra composta por pacientes brasileiros vítimas de queimaduras.

Ressaltamos, como uma limitação do estudo, a grande dificuldade que tivemos para a obtenção de um maior número de pacientes que se enquadrassem nos critérios de seleção do grupo em estudo. Embora o número de pacientes que foram internados na Unidade de Queimados tenha atingido o número de 93 pacientes, em oito meses (correspondentes ao período em que foi aplicada a escala) somente 23 atingiram os critérios de inclusão.

A realização de um estudo semelhante e com um número maior de participantes permitiria a aplicação de testes estatísticos que fundamentassem a qualidade das propriedades psicométricas de ambas as escalas (BSPAS – VP e IES – VP).

Um instrumento de medida específico como a BSPAS – VP poderia auxiliar na identificação de manifestações elevadas de ansiedade relacionada à dor nas primeiras semanas de internação, após a ocorrência de uma queimadura. A IES – VP específica para ser aplicada em vítimas de queimaduras, oferece vantagens quanto à identificação de problemas relacionados ao estresse, causados pela ocorrência de um evento traumático. Concluímos, assim, que a BSPAS – VP em seu primeiro estágio de aplicação para a população brasileira encontra-se adequada.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AARON, L. A.; PATTERSON, D. P.; FINCH, C. P.; CARROUGHER, G. J.; HEIMBACH, D. M. The utility of a burn specific measure of pain anxiety to prospectively predict pain and function: a comparative analysis. **Burns**, v. 27, p. 329-34. 2001.
- ADCOCK, R. J.; BOEVE, S. A.; PATTERSON, D. R. Psychologic and emotional recovery. In: CARROUGHER, G. J. **Burn care and therapy**. St. Louis: Mosby, 1998. p. 329-57.
- ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Rev. Psiq. Clin.**, v. 25, n. 6, p. 285-290, 1998.
- ANGELOTTI, G. Medidas de avaliação da dor. In: CRUZ, R. M.; ALCHIERI, J. C.; SARDÁ, J. J. **Avaliação e medidas psicológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 117-36.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). RDC nº 46, de 20 de fevereiro de 2002: proíbe a venda de álcool líquido 96º GL (Gay-Lussac), 2002. Disponível em: www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2004/20404.htm. Acessado em: 04 mar 2005.
- BARRETO M. Estudo epidemiológico de 4907 casos de queimaduras internados no CTQ do Hospital de Restauração de Recife – PE. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 3, n. 1, 2003.
- 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- 91, 2000.
- BIAGGIO, A.; NATALICIO, L. F. **Manual do para inventário ansiedade traço-estado (IDATE)**. Rio de Janeiro: CEPA, 1979.
- BICE, T. W.; KALIMO, E. Comparisons of Health-related attitudes - a cross national factor analytic study. **Soc. Sci. Med.**, v. 5, p. 283-318, 1971.
- BIRD, J. Selection of pain measurement. **Nurs. Stand.**, v. 18, n. 13, p. 33-9, 2003.
- BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A.; GARCIA Jr, C.; PEREIRA, W. A. B. Transtornos de humor em enfermagem de clínica médica e validação da Escala de Medida (HAD) de Ansiedade e Depressão. **Rev Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 355-63, 1995.

BYERS, JF.; BRIDGES, S.; KIJEK, J.; LABORDE, P.; Burn patients' pain and anxiety experiences. **J. Burn Care Rehabil.**, v.22, n. 2, p.144-9, 2001.

CHARLTON, J. E.; KLEIN, R.; GAGLIARDI, G.; HEIMBACH, D. M. Factors affecting pain in burned patients – preliminary report. **Postgrad. Med. J.**, v. 59, n. 695, p. 6004-7, 1983.

CHOINIÈRE, M.; MELZACK, R.; GIRARD, N.; RONDEAU, J.; PAQUIN, M-J. Comparisons between patients' and nurses' assessment of pain medication efficacy in severe burns injuries. **Pain**, v. 40, n. 2, p. 143-152, 1990.

CHOINIÈRE, M.; AUGER, F. A.; LATARJET, J. Visual analogue thermometer: a valid and useful instrument for measuring pain in burned patients. **Burns**, v. 20, n. 3, p. 229-235, 1994.

CHOINIÈRE, M. R.; MELZACK, R.; GIRARD, N.; RONDEAU, J.; PAQUIN, M-J. The pain of burns: characteristics and correlates. **J Trauma**, v.29, n. 11, p. 1531-1539, 1989.

CLARK-CARTER, D. Doing quantitative psychological research: from design to report. 3rd ed. Hove: Psychological Press. 1999. 666p.

COWLEY, G.; KALB, C. Nuestros cuerpos, nuestros temores. **Newsweek Español**. Estados Unidos. Flórida, 5 mar. 2003p. 41-45.

CRISOSTOMO, M. R.; SERRA, M. C.; GOMES, D. R. Epidemiologia das queimaduras. In: MACIEL, E.; SERRA, M.C. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 31-36.

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.265-281.

DEL PORTO, J. A.; LARANJEIRAS, R. R.; MASUR, J. Escalas de Auto-Avaliação de Estados Subjetivos – Influência das Instruções. **J. Bras. Psiq.**,v. 32, n. 2, p. 87-90, 1983.

DIFEDE, J.; JAFFE A. B., MUSNGI, G.; PERRY, S.; YURT, R. Determinants of pain expression in hospitalized burn patients. **Pain**, v. 72, n 1-2, p. 245-51, 1997.

DRATCU, L; LADER, M. Ansiedade: conceito, classificação e biologia. Uma interpretação contemporânea da literatura. **J.Bras.Psiq.** v. 42, n. 1, p. 19-32, 1993.

FALEIROS-SOUSA, F. A. E. **Mensuração de atributos clínicos e sociais**: um enfoque experimental. Ribeirão Preto: FUNPEC-RP, 2000.

FALEIROS-SOUSA, F. A .E. Dor: o quinto sinal vital. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 10, n. 3. p. 446-47, 2002.

FERRELL, A. B.; FERREL, B. R.; RIVERA, Y. Pain cognitively impaired nursing home patients. **J Pain Symptom Manage**, v. 10, n. 8, p. 591-8, 1995.

FERRER, M.; ALONSO, J.; PRIETO, L.; PLAZA, V.; MONSÓ, E.; MARRADES, R.; AGUAR, M. C.; KHALAF, A.; ANTÓ, 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.** , v. 9, p. 1160-6, 1996.

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

FRANULIC, A.; GONZÁLEZ M.; TRUCCO, M.; VALLEJOS, F. Emotional and psychosocial factors in burn patients during hospitalization. **Burns**, v.22, n.8, p.618-22, 1996.

GALLAGHER, G.; RAC, C. P.; KINSELLA, J. Treatment of pain in severe burns. **Am J. Clin. Dermatol.**, v. 1, n. 6, p. 329-35, 1997.

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

GUIMARÃES, F. S. Escalas analógicas visuais na avaliação de estados subjetivos. **Rev. Psiqu. Clín.**, v. 25, n. 5, p. 217-22, 1998.

GUZ, I. Ansiedade. **ARS CVRANDI**, v. 14, n. 8, p. 84-106, 1981.

HEMEDA. M.; MAHER, A.; MABROUK, A. Epidemiology of burns admitted to Ain Shams University Burns Unit, Cairo, Egypt. **Burns**, v. 29, p. 353-358, 2003.

HEIDRICH, G.; CAMPOS, L. H. Avaliação dos níveis de ansiedade dos pacientes assistidos no Serviço de Reabilitação Cardiovascular do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, v. 9, n. 2, p. 123-28, 1994.

HOROWITZ, M.; WILNER, N.; ALVAREZ, W. Impact of Event Scale: A measure of Subjective Stress. **Psychosomatic Medicine**. v. 41, n. 3, p. 209-18, 1979.

HORTENSE, P. **Mensuração da dor Pós-Hemorroidectomia**. 2003. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

ISLAM, S. S.; NAMBIAR, A. M.; DOYLE, E. J.; VELILLA, A.M.; BISWAS, R. S.; DUCATMAN, A. M. Epidemiology of work-related burn injuries: experience of a state-managed workers' compensation system. **J. Trauma**, v. 49, n. 6, p. 1045-51, 2000.

JONSSON, C. E.; HOLMSTEN, A.; DAHLSTRON, L; JONSSON, K. Background pain in burn patients: routine measurement and recording of pain intensity in a burn unit. **Burns**, v. 24, n. 5, p. 448-54, 1998.

KATZ, J.; MELZARCK, R. Measurement of pain. **Surg. Clin. North Am.**, v. 79, n. 2, p. 231-52, 1999.

KEEDWELL, P.; SNAITH, R. P. What do you Anxiety Scale Measure? **Acta Psychiatr Scand.**, v. 93, p. 177-180, 1996.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do "Quality of life index", de Ferrans e Powers**. 1999. 84f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B.. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross – cultural research. **Ann. Int. Med.**, v. 88, p 251-4, 1978.

KOLHER, H.; SCHULZ, S.; WIEBALCK, A. Pain management in children: assessment and documentation in burn units. **Eur. J. Pediatr. Surg.**, v. 11, n. 1, p. 40-3, 2001.

KRULEWITCH, H.; LONDON, M. R.; SKAKEL, V. J.; LUNDSTEDT, G. J.; THOMASON, H.; BRUMMEL-SMITH, K. Assessment of pain in cognitively impaired older adults: a comparison of pain assessment tools and their use by nonprofessional caregivers. **J. Am. Geriatr. Soc.** v. 48, n. 12, p. 1607-11, 2000.

LATARJET, J. The management of pain associated with dressings changes in patients with burns. **Ewma J.**, v. 2, n. 2, p. 5-9, 2002.

LoBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Confiabilidade e Validade. In: Lo BIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.186-99.

MARVIN, J. A. Management of pain and anxiety. In: CARROUGHER, G. J. **Burn Care and Therapy**. St. Louis: Mosby, 1998. p. 167-83.

MATEU, L. P.; HERNANDEZ, J. J. C. Emotional aspects in burn patients: usage of a health state classification system. **Burns**, v.5, n.22, p.396-8, 1996.

MCCALL, J. E.; FISCHER, C. G.; WARDEN, G.; KOPCHA, R.; LLOYD, S.; YOUNG, J.; SCHOMAKER, B. Lorazepam given the night before surgery reduces preoperative anxiety in children undergoing reconstructive burn surgery. **J Burn Care Rehab.**, v.2, n.20, p.151-4, 1999.

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.

MUNRO, B. H. **Statistical methods for health care research**. Philadelphia: Lippincott, 2001. 459p.

NARDI, A. E. Comentários do debatedor: escalas de avaliação de ansiedade. **Rev Psiq Clín.**, v.25, n. 6, p. 331-333, 1998.

NEYLAN, M. P. Anxiety. **Am. J. Nurs.**, v.62, n. 1, p. 110-1, 1962.

NING, J. L.; ARBULU, O.; KISHIMOTO, J. Ansiedade ante el acto cirúrgico: um studio em pacientes y sus familiars. **Rev. Neuropsiquiatr.**, v. 44, n. 3/4, p. 157-68, 1981.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiq. Clin.**, v. 25, n. 5, p. 27-36, 1998.

PASQUALI, L. Testes referentes a construtos: teoria e modelo de construção. In: _____. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999. p. 37-71.

PASQUALI, L. Parâmetros psicométricos dos testes psicológicos. In: _____. Técnicas de exame psicológico-TEP. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.111-36.

PATTERSON, D. R. et al., Lorazepam as an adjunct to opioid analgesics in the treatment of burn pain. **Pain**, v. 72, n. 3, p. 367-74, 1997.

PEREIRA, J. C. R. **Análise dos dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais.** São Paulo: Ed. Univ. São Paulo, 1999. 186p.

PIETRANTONIO, F.; DE GENNARO, L.; DI PAOLO, M. C.; SOLANO, L. The impact event scale validation of an italian version. **J .Psychosom. Res.**, v. 55, p. 389-93, 2003.

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

PTACEK, J. T.; PATTERSON, D. R.; DOCTOR, J. Describing and predicting the nature of procedural pain after thermal injuries: implications for research. **J. Burn Care Rehabil.**; v.21, n. 4, p.318-26, 2000.

RAMOS DE CARVALHO, T. R.; LIMA, M. G.; AZEVEDO, R. C. S.; CAETANO, D. Tradução do inglês para o português do Questionário de Auto-avaliação da Escala de Hamilton para Depressão. **J. Bras. Psiq.**, v. 42, n. 5, p. 255-60, 1993.

ROBERT, R.; BLAKENEY, P.; VILLARREAL, C.; MEYER III, W. J. Anxiety: current practices in assessment and treatment of anxiety of burn patients. **Burns**, v. 26, n.6, p. 549-52, 2000.

ROSA, A .L.; SALATA, L. A. Medida da ansiedade em pacientes submetidos a cirurgia bucal. **Rev. Odont.**, v. 2, n. 2, p 77-80, 1988.

ROSSI, L. A.; BRAGA, E. C.; BARRUFFINI, R. C.; CARVALHO, E. C. Childhood Burn Injuries: circumstances of occurrences and their prevention in Ribeirão Preto, Brazil. **Burns**, v. 24, n. 3, p. 416-9, 1998a.

ROSSI, L. A.; BARRUFFINI, R. C. P.; GARCIA, T. M.; CHIANCA, T. C. M. Queimaduras: características dos casos tratados em um hospital escola em Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 4, n. 6, p. 401-4, 1998b.

ROSSI, L. A.; GARCIA, T. A; BARRUFINI, R. C. P.; DALRI, M. C. B.; CHIANCA, T. M. Perfil de los diagnósticos de enfermería de una clientela de clientes portadores de quemaduras. **Ciencia y Enfermería**, v. 4, n. 1, p. 55-63, 1998c.

ROSSI, L. A.; FERREIRA, E.; COSTA, E. L. C. F. B.; BERGAMASCO, E. C.; CAMARGO, C. Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e de seus familiares. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 36-42, 2003.

RUTAN, R. L. Physiologic response to cutaneous burn injury. In: CARROUGHER, G. J. **Burn Care Therapy**. St. Louis: Mosby, 1998. p. 1-33.

RUTLEDGE, D.; DONALDSON, N. E.; PRAVIKOFF, D. S. Pain assessment and documentation special populations of adults. **J. Clin. Innov.**, v. 5, n. 2, p. 1-49, 2002.

SARDÁ, J. J.; CRUZ, R. C. Avaliação Psicológica de Pacientes com Dor Crônica. In: CRUZ; ALCHIERI; SARDÁ, J. J. **Avaliação e medidas psicológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 99-114.

SAXE, G.; STODDARD, F.; COURTNEY, D.; CUNNINGHAM, K.; CHAWLA, N.; SHERIDAN, R.; KING, D.; KING, L. Relationship between acute morphine and the course of PTSD in children with burns. **J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatr.**, v. 40, n. 8, p. 915-21, 2001.

SECHREST, L.; FAY, T. L.; HAFEEZ-ZAIDI, S. M. Problems of translation in cross-cultural research. **J. Cross-Cul. Psychol.**, v. 3, n. 1, p. 41-56, 1972.

SHERIDAN, R. L.; HINSON, M.; NACKEL, A.; BLAQUIERE, M.; DALEY, W.; QUERZOLI, B.; SPEZZAFARO, J.; LYBARGER, P.; MARTYN, J.; SZYFELBEIN, S.; TOMPKINS, R. Development of a pediatric burn pain and anxiety management program. **J. Burn Care Rehab.**, v. 5, n. 18, p. 455-9, 1997.

SHULDHAM, C. M. et al. Assessment of anxiety in hospital patients. **J. Adv. Nurs.**, v. 22, n. 1, p. 87-93, 1995.

SPIELBERGER, C. D. **Tensão e ansiedade**. São Paulo: Harper & Row Brail, 1981.

STRONG, J.; UNRUH, A. M.; WRIGHT, A.; BAXTER, G. B. Pain Assessment and measurement. In: STRONG, J. et al. **Pain a textbook for therapists**. Oct. 2001, p. 123-147. Disponível em: <http://www.harcourt-international.com/catalogue/title.cfm?ISBN=0443059780>. Acesso em: 15 maio 2004.

SUNDIN, E. C.; HOROWITZ, M. J. Impact of Event Scale: psychometric properties. **Br. J. Psychiatr.**, v. 180, p. 205-209. 2002.

TAAL, L. A.; FABER, A. W. The Burn Specific Pain Anxiety Scale: introduction of a reliable and valid measure. **Burns**, v. 23, n. 2, p. 147-50, 1997a.

_____. Post-traumatic stress, pain and anxiety in adult burn victims. **Burns**, v. 23, n. 7/8, p. 545-9, 1997b.

TAAL, L.A.; FABER, A.W. Burn injuries, pain and distress: exploring the role of stress symptomatology. **Burns**, v. 23, n. 4, p. 288-90, 1997c.

TAAL, L. A.; FABER, A.W.; VAN LOEY, N. E.; REYNDERS, C.L.; HOFLAND, H. W. The abbreviated burn specific pain anxiety scale: a multicenter. **Burns**, v. 25, n. 6, p. 493-7, 1999.

TEDSTONE, J. E.; TARRIER, N. An investigation of the prevalence of psychological morbidity in burn-injured patients. **Burns**, v.7-8, n.23, p.550-4, 1997.

THURSTON, N.; REILLY, S.; HANSON, J.; HRENEWICH, B.; SLEITH, J. Emotional responses of hospitalized patients with burns to debridement during the acute phase. **J. Burn Care Rehab.**, v.16, n.3, p.269-75, 1995.

TURNER, J. G.; CLARK, A. J.; GAUTHIER, D. K.; WILLIAMS, M. The effect of therapeutic touch on pain and anxiety in burn patients. **J. Adv. Nurs.**, v. 28, n. 1, p. 10-20, 1998.

VAN DER DOES, A. J. Patients' and nurses' ratings of pain and anxiety during burn wound care. **Pain**, v.39, n.1, p.95-101, 1989.

XIE, Y.; TAN, Y.; TANG, S. Epidemiology of 377 patients with chemical burns in Guangdong province. **Burns**, v. 30, n. 6, p. 569-72, 2004.

WALTZ, C. F.; STRICKLAND, D. L.; LENZ, E. R. **Mesurement in nursing research**. 2nd ed Philadelphia: Davis Company, 1991. 533p.

WHITLEY, G. G. Concept analysis of anxiety. **Nurs. Diagn.**, v. 3, n. 3, p. 107-16, 1992a.

WHITLEY, G. G. Concept analysis of fear. **Nurs. Diagn.**, v. 3, n. 4, p. 155-161, 1992b.

WILLIAMS, E. E.; GRIFFITHS, T. A. Psychological consequences of burn injury. **Burns**, v.6, n.17, p.478-80, 1991.

YOCOM, C. J. The differentiation of fear and anxiety. In: McFARLAND, G. K.; McLANE, A. M. **Classification Nursing Diagnoses: Proceedings of the fifth national conference**. St. Louis: Mosby, 1984. p. 352-55.

ZILBERG, N. J.; WEISS, D. S.; HOROWITZ, M. J. Impact of Event Scale: A cross-Validation Study and Some Empirical Evidence Supporting a Conceptual Model of Stress Response Syndromes. **J. Cons. Clin. Psychol.**, v. 50, n. 3, p. 407-414, 1982.

- As referências bibliográficas foram padronizadas de acordo com as normas da ABNT 6023/2002, com adaptações SIBI – Melerbo. Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso. Ribeirão Preto, Biblioteca Central de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 2003.

APÉNDICES

APÊNDICE - A

No: _____

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCLARECIMENTOS AOS SUJEITOS DA PESQUISA**

1. NOME DA PESQUISA: **Tradução para o português e validação de um instrumento de avaliação de dor e ansiedade em clientes vítimas de queimaduras - "Burns Specific Pain Anxiety Scale"**
2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: **María Elena Echevarría Guanilo**. Enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
3. PROMOTOR DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
4. PATROCINADOR QUE APÓIA FINANCEIRAMENTE A PESQUISA: - não há

Estamos convidando você, para participar de uma pesquisa cujo objetivo é adaptar para o português uma escala que avalia a presença de dor e ansiedade em pacientes que sofreram queimadura.

Caso você concorde em participar você terá que responder a algumas perguntas sobre fatos relacionados ao acontecimento da queimadura e a procedimentos e atividades realizadas nesta unidade desde sua internação. Você levará aproximadamente 30 minutos para responder as perguntas. Você não será identificado e as informações que você nos der serão mantidas em segredo.

Os resultados deste estudo poderão nos ajudar a conhecer e identificar a presença de dor e ansiedade diante desse tipo de acidente para que possamos planejar de forma mais completa a assistência durante todo o período de internação, tentando ajudá-lo a enfrentar essa nova situação. A recusa em participar não trará nenhuma mudança no tratamento. Você estará livre para deixar de responder as perguntas que possam lhe causar algum incômodo ou constrangimento.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Telefone para contato 3966-2604

EU _____ R.G. _____,
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 participar do estudo, sendo minha contribuição na busca da melhora do atendimento a pacientes que possam encontrar-se futuramente em situação semelhante à minha.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA

Você poderá falar conosco sempre que sentir necessidade no seguinte telefone: 6023402 ou 39662604

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Av. Bandeirantes 3900 Campus de Ribeirão Preto

APÊNDICE - B

No: _____

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCLARECIMENTOS AOS SUJEITOS DA PESQUISA**

1. NOME DA PESQUISA: **Tradução para o português e validação de um instrumento de avaliação de dor e ansiedade em clientes vítimas de queimaduras - “Burns Specific Pain Anxiety Scale”**
2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: **Maria Elena Echevarría Guanilo**. Enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
3. PROMOTOR DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
4. PATROCINADOR QUE APÓIA FINANCEIRAMENTE A PESQUISA: - não há

Estamos convidando ao eu filho, para participar de uma pesquisa cujo objetivo é adaptar para o português uma escala que avalia a presença de dor e ansiedade em pacientes que sofreram queimadura.

Caso você concorde com a participação do seu filho nesta pesquisa, ele terá que responder a algumas perguntas sobre fatos relacionados ao acontecimento da queimadura e a procedimentos e atividades realizadas nesta unidade desde sua internação. Ele levará aproximadamente 30 minutos para responder as perguntas. Ele não será identificado e as informações que nos der serão mantidas em segredo.

Os resultados deste estudo poderão nos ajudar a conhecer e identificar a presença de dor e ansiedade diante desse tipo de acidente para que possamos planejar de forma mais completa a assistência durante todo o período de internação, tentando ajudá-lo a enfrentar essa nova situação. A recusa em participar não trará nenhuma mudança no tratamento. O seu filho estará livre para deixar de responder as perguntas que possam lhe causar algum desconforto ou constrangimento.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL
Telefone para contato 39662604

EU _____ R.G. _____
_____, responsável de _____, tendo recebido as informações acima, e ciente dos direitos do meu filho abaixo relacionados, concordo com sua participação no presente estudo.

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 será submetido;
2. A liberdade de retirar o meu consentimento e o de meu filho a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo à continuação do cuidado e tratamento.
3. A segurança de que ambos não seremos identificados e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a nossa privacidade;
4. O compromisso de nos proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a vontade de continuar participando;
5. Que se existirem gastos adicionais estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima e concordo com a participação do meu filho no estudo, sendo nossa contribuição na busca da melhora do atendimento a pacientes que possam encontrar-se futuramente em situação semelhante à minha.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA

Você poderá falar conosco sempre que sentir necessidade no seguinte telefone: 6023402 ou 39662604
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Av. Bandeirantes 3900 Campus de Ribeirão Preto

APÊNDICE – C

Versão em Português Consenso 1 - BSAS-VPC 1

Instruções:

Este questionário foi formado através de 25 declarações de pessoas que sofreram queimaduras. As quinze primeiras declarações são sobre o acidente que provocou a queimadura e as dez seguintes estão relacionados principalmente com a situação no hospital (o tratamento).

Leia cuidadosamente todas as declarações. Gostaríamos que você avaliasse (pontuasse) cada declaração quanto à intensidade de sua experiência.

Você fará isso assinalando na barra de avaliação a intensidade da reação que vivenciou. Por exemplo: “Eu me sinto desconfortável quando eu não sei exatamente o que será feito durante o cuidado das feridas”

Você colocará uma marca na barra de avaliação que vai de “totalmente não” até “da maneira mais intensa possível”. A barra tem exatamente 100 unidades.

Você marcará um valor entre zero e cem na barra a intensidade sobre o quanto você se sente desconfortável quando você não sabe com antecedência o que irá acontecer exatamente durante o cuidado das feridas.

Se você quiser mudar a sua resposta, circule a resposta anterior e coloque-a então no lugar desejado. Por exemplo: “Eu me sinto desconfortável quando eu não sei exatamente o que será feito durante o cuidado das feridas”.

Quando uma marca da pergunta 1, distancia-se duas vezes mais longe do zero que a outra marca, por exemplo, da pergunta 2, isto quer dizer que você sente em dobro a intensidade da reação comparada com a da outra pergunta.

1.

2.

Pode ser que algumas perguntas sejam muito parecidas, mas não são realmente iguais.

Queira por favor, responder todas as perguntas, sem pular nenhuma.

A queimadura é um acontecimento de emergência. As expressões a seguir são expressões que os paciente manifestaram em decorrência das queimaduras.

Atribua para cada expressão o grau de sensação da reação que você sentiu nos últimos sete dias, incluindo hoje:

1. Eu penso sem querer no momento que eu estava queimando.

2. Eu me cuido para não ficar estressado ou nervoso, quando eu penso na maneira que fui queimado ou quando sou lembrado deste momento.

3. Eu tento apagar as lembranças dos momentos em que me queimei.

4. Eu dificilmente consigo pegar no sono (dormir) e continuar dormindo, porque as imagens e lembranças sobre estar me queimando passam por minha cabeça.

5. Em “flashes” (visões) eu tenho fortes sensações sobre o momento que eu estava me queimando.

6. Eu sonho com a maneira que me queimei.

7. Eu evito coisas que me lembrem o momento da queimadura.

8. Eu tenho a sensação como se não tivesse acontecido, como se não fosse verdade.

9. Eu tento não falar sobre o assunto: sofrer queimaduras.

10. Imagens de como me queimei me voltam ao pensamento.

11. Outras coisas me fazem constantemente lembrar de estar me queimando.

12. Eu sei que ainda tenho muitos sentimentos sobre sofrer queimaduras, mas não levo em consideração.

13. Eu tento não pensar no momento em que estava me queimando.

14. Cada lembrança traz de volta as sensações de estar sofrendo queimaduras.

15. Minha sensação sobre sofrer queimaduras esta na verdade anestesiada.

A seguir você tem novamente uma lista com expressões que estão relacionadas com a sua situação no hospital. Analise novamente cada expressão e atribua o grau de sua reação, que sentiu nos últimos sete dias, incluindo hoje.

- 16.** Eu posso de repente me sentir insegura sobre a minha cura quando eu vejo minhas queimaduras.

- 17.** Eu na verdade estou constantemente pensando na minha dor.

- 18.** Eu não consigo me relaxar de maneira nenhuma durante os cuidados.

- 19.** Por causa da dor, eu me sinto intranquilo e nervoso.

intensa possível”

20. A dor muitas vezes é tão forte que eu preciso parar todas as atividades.

21. Eu não estou convencido de que minhas feridas vão se curar totalmente.

22. Eu sinto que meus músculos se contraem quando os cuidados realmente começam.

23. Eu tenho medo da dor durante e logo após os cuidados.

24. A cada procedimento (cuidado) que tenho que me sujeitar, me preocupo novamente com a dor que possivelmente irei sentir.

25. A dor pode ser tão forte que eu tenho medo de perder o controle sobre mim mesmo.

APÊNDICE – D

Versão em Português Consenso 2 - BSAS-VPC 2

Instruções:

Este questionário foi formado através de 25 declarações de pessoas que sofreram queimaduras. As quinze primeiras declarações são sobre o acidente que provocou a queimadura e as dez seguintes estão relacionadas principalmente com a situação no hospital (o tratamento).

Leia cuidadosamente todas as declarações. Gostaríamos que você avaliasse cada declaração quanto à intensidade de sua experiência.

Você fará isso assinalando na barra de avaliação a intensidade da reação que vivenciou.

Você colocará uma marca na barra de avaliação que vai de “Isso não descreve o que acontece comigo” até “Isso descreve bem o que acontece comigo”. A barra tem exatamente 10 unidades.

Você marcará um valor entre zero e dez na barra de intensidade.

Por exemplo: “Eu me sinto desconfortável quando eu não sei exatamente o que será feito durante o cuidado das feridas”.

Se você quiser mudar a sua resposta, circule a resposta anterior e coloque-a então no lugar desejado. Por exemplo: “Eu me sinto desconfortável quando eu não sei exatamente o que será feito durante o cuidado das feridas”.

Quando uma marca como a do exemplo 1, distancia-se duas vezes mais longe do zero que a outra marca, como do exemplo 2, isto quer dizer que você sente em dobro a intensidade da reação comparada com a da outra pergunta.

Exemplo 1:

Exemplo 2:

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

Pode ser que algumas perguntas sejam muito parecidas, mas não são realmente iguais.

Queira por favor, responder todas as perguntas, sem pular nenhuma.

As declarações a seguir são declarações que os paciente manifestaram em decorrência das queimaduras.

Assinale para cada declaração o grau de intensidade da reação que você sentiu nos últimos sete dias, incluindo hoje:

1. Eu penso sem querer no momento que eu estava queimando.

0 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

2. Quando eu penso na maneira que fui queimado ou quando sou lembrado deste momento, eu tento não ficar estressado ou nervoso.

0 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

3. Eu tento apagar as lembranças dos momentos em que me queimei.

0 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

4. Eu dificilmente consigo pegar no sono e continuar dormindo, porque as imagens e lembranças do momento que eu estava queimando passam pela minha cabeça.

0 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o

“Isso descreve bem o

que acontece comigo”

que acontece comigo”

5. De repente, vêm imagens na minha cabeça e tenho fortes sensações sobre o momento que eu estava queimando.

0 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o

“Isso descreve bem o

que acontece comigo”

que acontece comigo”

6. Eu sonho com a maneira que me queimei.

0 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o

“Isso descreve bem o

que acontece comigo”

que acontece comigo”

7. Eu evito coisas que me lembrem o momento da queimadura.

0 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o

“Isso descreve bem o

que acontece comigo”

que acontece comigo”

8. Eu tenho a sensação como se a queimadura não tivesse acontecido, como se não fosse verdade.

0 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

9. Eu tento não falar sobre o assunto: sofrer queimaduras.

0 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

10. Imagens de como me queimei me voltam ao pensamento.

0 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

11. Constantemente, algumas coisas me fazem lembrar de estar me queimando.

0 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

12. Eu sei que ainda tenho muitos sentimentos sobre sofrer queimaduras, mas não levo em consideração.

0 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

13. Eu tento não pensar no momento em que estava me queimando.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
“Isso não descreve o que acontece comigo” “Isso descreve bem o que acontece comigo”

14. Cada lembrança traz de volta as sensações de estar me queimando.

0 100
“Isso não descreve o que acontece comigo” “Isso descreve bem o que acontece comigo”

15. Minha sensação sobre sofrer queimaduras está na verdade anestesiada.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
“Isso não descreve o que acontece comigo” “Isso descreve bem o que acontece comigo”

A seguir você tem novamente uma lista de declarações que estão relacionadas com a sua situação no hospital. Analise novamente cada declaração e assinale o grau de sua reação, nos últimos sete dias, incluindo hoje.

16. De repente, eu posso me sentir inseguro sobre a minha cura quando eu vejo minhas queimaduras.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
“Isso não descreve o que acontece comigo” “Isso descreve bem o que acontece comigo”

17. Na verdade, eu estou constantemente pensando na minha dor.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
“Isso não descreve o que acontece comigo” “Isso descreve bem o que acontece comigo”

18. Eu não consigo relaxar durante os cuidados.

0 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

19. Por causa da dor, eu me sinto nervoso e sem tranquilidade.

0 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

20. Muitas vezes, a dor é tão forte que eu preciso parar todas as atividades.

0 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

21. Eu sinto que meus músculos se contraem quando os cuidados realmente começam.

0 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

22. Eu tenho medo da dor durante e logo após os cuidados.

0 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

23. A cada procedimento (cuidado) pelo qual tenho que passar, novamente me preocupo com a dor que possivelmente irei sentir.

0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10

“Isso não descreve o que acontece comigo”

“Isso descreve bem o que acontece comigo”

24. A dor pode ser tão forte que eu tenho medo de perder o controle sobre mim mesmo.

0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10

“Isso não descreve o que acontece comigo”

“Isso descreve bem o que acontece comigo”

APÊNDICE – E
Versão Final em Holandês - BSPAS-VCFH

Instructies:

Deze vragenlijst bestaat uit 24 verklaringen van brandwondenslachtoffers. De eerste vijftien verklaringen gaan over het ongeluk dat de brandwonde veroorzaakte, en de volgende tien gaan voornamelijk over de situatie in het ziekenhuis.

Lees zorgvuldig alle verklaringen. Voor elke verklaring willen we dat u de intensiteit van uw ervaring evalueert.

Dit kunt u doen door de intensiteit van de reactie die u ervaarde aan te duiden op de balk.

U plaatst een streepje op de balk die gaat van “Dit geeft niet aan wat ik ervaar” tot “Dit geeft goed aan wat ik ervaar”. De balk bestaat uit precies 10 eenheden.

U duidt een waarde aan tussen nul en tien op de intensiteitsschaal.

Bijvoorbeeld: “Ik voel mij onbehaaglijk als ik niet precies weet wat er gedaan zal worden tijdens de wondverzorging”.

Als u uw antwoord wil veranderen, omcirkel uw eerste antwoord en zet een nieuw streepje op de gewenste plaats.

Bijvoorbeeld: “Ik voel mij ongerust wanneer ik niet precies weet wat er gedaan wordt tijdens de verzorging van de wonden”.

Als een streepje zoals in voorbeeld 1 tweemaal verder van nul staat dan het andere streepje, zoals in voorbeeld 2, wil dit zeggen dat u de intensiteit van de reactie dubbel zo sterk aanvoelt in vergelijking met de reactie in voorbeeld 1.

Voorbeeld 1:

Voorbeeld 2:

Het kan zijn dat sommige vragen erg op elkaar lijken, maar ze zijn niet totaal gelijk.

Gelieve alle vragen te beantwoorden, zonder een vraag over te slaan.

De volgende uitspraken zijn verklaringen van patiënten naar aanleiding van brandwonden.

Duid voor elke verklaring de intensiteit aan van de reactie die u voelde tijdens de laatste zeven dagen, ook vandaag.

1. Zonder te willen denk ik aan het moment dat ik verbrand raakte.

2. Ik probeer om niet nerveus te worden als ik denk aan de manier waarop ik verbrand raakte of eraan herinnerd wordt.

3. Ik probeer de herinneringen aan de momenten dat ik verbrand raakte van mij af te zetten.

4. Ik kan moeilijk in slaap vallen en doorslapen, omdat ik de beelden en herinneringen aan het moment dat ik verbrand raakte niet van mij kan afzetten..

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

5. Plotseling komen er beelden in mijn hoofd en heb ik sterke gevoelens over het moment dat ik verbrand raakte.

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

6. Ik droom over de manier waarop ik verbrand raakte.

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

7. Ik vermijd dingen die mij herinneren aan het verbrand raken.

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

8. Ik heb het gevoel alsof het niet gebeurd is, alsof het niet echt is.

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

9. Ik probeer om niet over het onderwerp te spreken: verbrand raken.

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

10. Ik blijf denken aan beelden van hoe ik verbrand raakte.

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

11. Sommige dingen doen mij voortdurend denken aan het verbrand raken.

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

12. Ik weet dat ik nog altijd vele gevoelens heb over het verbrand raken, maar ik schenk er geen aandacht aan.

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

13. Ik probeer om niet te denken aan het moment waarop ik verbrand raakte.

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

14. Elke herinnering brengt de gevoelens van het verbrand raken terug.

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

15. Mijn gevoel over het verbrand raken is als het ware verdoofd.

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

U krijgt hieronder een lijst met verklaringen over uw situatie in het ziekenhuis.

Analiseer weer iedere verklaring en duidt de intensiteit van uw reactie aan tijdens de laatste zeven dagen, ook vandaag.

16. Ik kan me plotseling onzeker voelen over mijn genezing als ik mijn brandwonden zie.

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

17. Eigenlijk denk ik voortdurend aan mijn pijn.

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

18. Ik kan mij niet ontspannen tijdens de verzorging.

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

19. Vanwege de pijn voel ik me nerveus en onrustig.

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

20. De pijn is vaak zo hevig dat ik alle activiteiten moet stopzetten.

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

21. Ik voel dat mijn spieren zich spannen wanneer de verzorging echt begint.

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

22. Ik ben bang voor de pijn tijdens en vlak na de verzorging.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

23. Bij iedere verzorging die ik moet ondergaan maak ik mij opnieuw zorgen over de pijn die ik mogelijk zal onder vinden.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

24. De pijn kan zo hevig zijn dat ik bang ben de controle over mijzelf te verliezen.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Dit geeft niet aan
wat ik ervaar”

“Dit geeft goed aan
wat ik ervaar”

APÊNDICE – F

Versão Português Consenso 3 - BSPAS-VPC 3

Instruções:

Este questionário foi formado através de 24 declarações de pessoas que sofreram queimaduras. As quinze primeiras declarações são sobre o acidente que provocou a queimadura e as nove seguintes estão relacionadas principalmente com a situação no hospital.

Leia cuidadosamente todas as declarações. Gostaríamos que você avaliasse cada declaração quanto à intensidade de sua experiência.

Você fará isso assinalando na barra de avaliação a intensidade da reação que vivenciou.

Você colocará uma marca na barra de avaliação que vai de “Isso não descreve o que acontece comigo” até “Isso descreve bem o que acontece comigo”. A barra tem exatamente 10 unidades.

Você marcará um valor entre zero e dez na barra de intensidade.

Por exemplo: “Eu me sinto desconfortável quando eu não sei exatamente o que será feito durante o cuidado das feridas”.

Se você quiser mudar a sua resposta, circule a resposta anterior e coloque-a então no lugar desejado. Por exemplo: “Eu me sinto desconfortável quando eu não sei exatamente o que será feito durante o cuidado das feridas”.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

Quando uma marca como a do exemplo 1, distancia-se duas vezes mais longe do zero que a outra marca, como do exemplo 2, que está quatro vezes mais longe do zero, isto quer dizer que você sente em dobro a intensidade da reação comparada com o exemplo 1.

Exemplo 1:

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

Exemplo 2:

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

Pode ser que algumas perguntas sejam muito parecidas, mas não são realmente iguais.

Queira por favor, responder todas as perguntas, sem pular nenhuma.

Parte I:

As declarações a seguir são declarações que os paciente manifestaram em decorrência das queimaduras.

Assinale para cada declaração o grau de intensidade da reação que você sentiu nos últimos sete dias, incluindo hoje:

1. Eu penso sem querer no momento que eu estava queimando.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

2. Quando eu penso na maneira que fui queimado ou quando sou lembrado deste momento, eu tento me controlar para não ficar estressado ou nervoso.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

3. Eu tento apagar as lembranças dos momentos em que me queimei.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

4. Eu dificilmente consigo pegar no sono e continuar dormindo, porque as imagens e lembranças do momento que eu estava queimando passam pela minha cabeça.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

5. De repente, vêm imagens na minha cabeça e tenho fortes sensações sobre o momento que eu estava queimando.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

6. Eu sonho com a maneira que me queimei.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

7. Eu evito coisas que me lembrem o momento da queimadura.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

8. Eu tenho a sensação como se a queimadura não tivesse acontecido, como se não fosse verdade.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

9. Eu tento não falar sobre o assunto: sofrer queimaduras.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

10. Imagens de como me queimei me voltam ao pensamento.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

11. Constantemente, algumas coisas me fazem lembrar de estar me queimando.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

- 12.** Eu sei que ainda tenho muitos sentimentos sobre sofrer queimaduras, mas não levo em consideração.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

- 13.** Eu tento não pensar no momento em que estava me queimando.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

- 14.** Cada lembrança traz de volta as sensações de estar me queimando.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

- 15.** Meu sentimento sobre sofrer queimaduras está como se fosse anestesiado.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

Parte II:

A seguir você tem uma lista de declarações que estão relacionadas com a sua situação no hospital. Analise novamente cada declaração e assinale a intensidade de sua reação, nos últimos sete dias, incluindo hoje.

- 16.** De repente, eu posso me sentir inseguro sobre a minha cura quando eu vejo minhas queimaduras.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

- 17.** Na verdade, eu estou constantemente pensando na minha dor.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

- 18.** Eu não consigo relaxar durante os cuidados (limpeza das queimaduras, banho, troca de curativos e fisioterapia).

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

- 19.** Por causa da dor, eu me sinto nervoso e inquieto.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

20. Muitas vezes, a dor é tão forte que eu preciso parar todas as atividades.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

21. Eu sinto que meus músculos se contraem quando os cuidados realmente começam.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

22. Eu tenho medo da dor durante e logo após os cuidados (limpeza das queimaduras, banho, troca de curativos e fisioterapia).

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

23. A cada procedimento (cuidado) pelo qual tenho que passar, novamente me preocupo com a dor que possivelmente irei sentir.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

24. A dor pode ser tão forte que eu tenho medo de perder o controle sobre mim mesmo.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

APÊNDICE – G**Versão Português - BSPAS – VP****No:** _____**Instruções:**

Este questionário foi formado através de 24 declarações de pessoas que sofreram queimaduras. As quinze primeiras declarações são sobre o acidente que provocou a queimadura e as nove seguintes estão relacionadas principalmente com a situação no hospital.

Leia cuidadosamente todas as declarações. Gostaríamos que você avaliasse cada declaração quanto à intensidade de sua experiência.

Você fará isso assinalando na barra de avaliação a intensidade da reação que vivenciou.

Você colocará uma marca na barra de avaliação que vai de “Isso não descreve o que acontece comigo” até “Isso descreve bem o que acontece comigo”. A barra tem exatamente 10 unidades.

Você marcará um valor entre zero e dez na barra de intensidade.

Por exemplo: “Eu me sinto desconfortável quando eu não sei exatamente o que será feito durante o cuidado das feridas”.

Se você quiser mudar a sua resposta, circule a resposta anterior e coloque-a então no lugar desejado. Por exemplo: “Eu me sinto desconfortável quando eu não sei exatamente o que será feito durante o cuidado das feridas”.

Quando uma marca como do exemplo 1, distancia-se duas vezes mais longe do zero que a outra marca, do exemplo 2, que está quatro vezes mais longe do zero, isto quer dizer que você sente em dobro a intensidade da reação comparada com o exemplo 1.

Exemplo 1:

Exemplo 2:

Pode ser que algumas perguntas sejam muito parecidas, mas não são realmente iguais.

Queira por favor, responder todas as perguntas, sem pular nenhuma.

Parte I:

As declarações a seguir são declarações que os paciente manifestaram em decorrência das queimaduras.

Assinale para cada declaração o grau de intensidade da reação que você sentiu nos últimos sete dias, incluindo hoje:

1. Eu penso sem querer no momento que eu estava queimando.

2. Quando eu penso na maneira que fui queimado ou quando sou lembrado deste momento, eu tento não ficar estressado ou nervoso.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

3. Eu tento apagar as lembranças dos momentos em que me queimei.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

4. Eu dificilmente consigo pegar no sono e continuar dormindo, porque as imagens e lembranças do momento que eu estava queimando passam pela minha cabeça.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

5. De repente, vêm imagens na minha cabeça e tenho fortes sensações sobre o momento que eu estava queimando.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comi

6. Eu sonho com a maneira que me queimei.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

7. Eu evito coisas que me lembrem o momento da queimadura.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

8. Eu tenho a sensação como se a queimadura não tivesse acontecido, como se não fosse verdade.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

9. Eu tento não falar sobre o assunto: sofrer queimaduras.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

10. Imagens de como me queimei me voltam ao pensamento.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

11. Constantemente, algumas coisas me fazem lembrar de estar me queimando.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

12. Eu sei que ainda tenho muitos sentimentos sobre sofrer queimaduras, mas não levo em consideração.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

13. Eu tento não pensar no momento em que estava me queimando.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

14. Cada lembrança traz de volta as sensações de estar me queimando.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

15. Minha sensação sobre sofrer queimaduras está na verdade anestesiada.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

Parte II:

A seguir você tem uma lista de declarações que estão relacionadas com a sua situação no hospital. Analise novamente cada declaração e assinale a intensidade de sua reação, nos últimos sete dias, incluindo hoje.

16. De repente, eu posso me sentir inseguro sobre a minha cura quando eu vejo minhas queimaduras.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

17. Na verdade, eu estou constantemente pensando na minha dor.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

18. Eu não consigo relaxar durante os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia).

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

19. Por causa da dor, eu me sinto nervoso e sem tranquilidade.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

20. Muitas vezes, a dor é tão forte que eu preciso parar todas as atividades.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

21. Eu sinto que meus músculos se contraem quando os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia) realmente começam.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

22. Eu tenho medo da dor durante e logo após os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia).

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

23. A cada procedimento (cuidado) pelo qual tenho que passar, novamente me preocupo com a dor que possivelmente irei sentir.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

24. A dor pode ser tão forte que eu tenho medo de perder o controle sobre mim mesmo.

“Isso não descreve o
que acontece comigo”

“Isso descreve bem o
que acontece comigo”

APÊNDICE – H
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. IDENTIFICAÇÃO

No: _____

Iniciais: _____ R.H.: _____

Data-Nascimento: _____ Sexo: Mas () Fem () Estado Civil: _____

Religião: _____ Escolaridade: _____

Nacionalidade: _____ Procedência: _____

Ocupação atual: _____ Ocupação anterior: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Outras formas de contato: _____

2. DADOS DA INTERNAÇÃO

Data do acidente: _____ Hora: _____

Data da internação: _____ Diagnóstico principal: _____

Agente etiológico: _____

SCQ: _____ Localização da queimadura: _____

Breve história do acidente: _____

3. DADOS SOBRE A ENTREVISTA

Início: _____ Término: _____ Duração: _____

Tempo de preenchimento da BSPAS: _____ Data: _____

Observações: _____

4. TERAPIA MEDICAMENTOSA

Analgésico: _____

Ansiolíticos: _____

Outros: _____

Registro das áreas atingidas pela queimadura (segundo informações do prontuário)

Área	Valores padrão(%)	Valores obtidos (%)
Cabeça	7	
Pescoço	2	
Tronco Anterior	13	
Tronco posterior	13	
Nádega direita	2,5	
Nádega esquerda	2,5	
Genitália	1	
Braço direito	4	
Braço esquerdo	4	
Antebraço direito	3	
Antebraço esquerdo	3	
Mão direita	2,5	
Mão esquerda	2,5	
Coxa direita	9,5	
Coxa esquerda	9,5	
Perna direita	7	
Perna esquerda	7	
Pé direito	3,5	
Pé esquerdo	3,5	
Total (%)		

ANEXOS

ANEXO A

CEP. 14048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL

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

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 01 de dezembro de 2003

Ofício nº 3547/2003
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **“TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DA “BURNS SPECIFIC PAIN ANXIETY SCALE” PARA SER APLICADA EM PACIENTES QUEIMADOS BRASILEIROS**”, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 170ª Reunião Ordinária realizada em 01/12/2003, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 11571/2003.

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
MARIA ELENA ECHEVARRÍA GUANILO
PROFª DRª LÍDIA APARECIDA ROSSI (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Em mãos

ANEXO B

From : Faber, A.W. <A.W.Faber@mzh.nl>
Sent : Wednesday, October 1, 2003 2:33 PM
To : 'Maria Echevarría' <bbpino@hotmail.com>
Subject : RE: " BURN SPECIFIC PAIN ANXIETY SCALE" Maria Elena Echevarria

Dear Maria,

Hereby you are authorized to use the BSPAS !!!!!

You have my permission to use the list: "Burn Specific Pain Anxiety Scale" in the way you want.

There is only one condition for using the questionnaire: KEEP ME INFORMED about your experiences with the list.

Kind regards and a lot of succes,

A.W.Faber, klinisch psycholoog
Martini Ziekenhuis Groningen
Tel. 050 - 5245990
Fax 050 - 5246988

ANEXO C

INSTRUCTIE

Deze vragenlijst bestaat uit 25 uitspraken van mensen met brandwonden. De eerste 15 uitspraken gaan over de gebeurtenis die heeft geleid tot de verbranding, de volgende 10 uitspraken hebben vooral betrekking op de situatie in het ziekenhuis. Wilt u alle uitspraken zorgvuldig doorlezen? U kunt bij elke uitspraak aangeven **IN WELKE MATE** u de beschreven reactie heeft ervaren. U doet dat door een streepje op de balk te zetten op de plaats die uitdrukt **IN WELKE MATE** u de aangeduide reactie heeft ervaren.

Bijvoorbeeld:

Ik voel me onbehaaglijk wanneer ik niet precies weet wat er tijdens de wondverzorging gedaan zal worden.

U zet dus een streepje op de balk die loopt van "totaal niet" tot "op de ergst denkbare manier". De balk is precies 100 eenheden lang. Het streepje dat u zet drukt dus eigenlijk in een getal tussen de 0 en 100 **DE MATE** uit waarin u zich onbehaaglijk voelt wanneer u van tevoren niet precies weet wat er tijdens de wondverzorging gedaan zal worden.

Mocht u uw antwoord willen veranderen, omcirkel dan het streepje en plaats alsnog het gewenste streepje.

Bijvoorbeeld:

Ik voel me onbehaaglijk wanneer ik niet precies weet wat er tijdens de wondverzorging gedaan zal worden.

Wanneer het ene streepje, bijvoorbeeld bij vraag 1, tweemaal zo ver van de 0 afstaat als het andere streepje, bijvoorbeeld bij vraag 2, wil dat zeggen **DAT U DE ENE REACTIE DUBBEL ZO STERK ERVAART ALS DE ANDERE REACTIE.**

Bijvoorbeeld:

Het kan zijn dat sommige vragen erg op elkaar lijken, ze zijn echter niet hetzelfde. Wilt u alstublieft geen vragen overslaan?

Het oplopen van een verbranding is een ingrijpende gebeurtenis. De volgende uitspraken deden patiënten naar aanleiding van het meemaken van een verbranding.

Geef u bij elke uitspraak aan in **WELKE MATE** u de beschreven reactie **DE AFGELOPEN ZEVEN DAGEN** en **VANDAAG** heeft ervaren.

- 1 Ik denk aan het verbrand raken, zonder dat ik het wil

- 2 Ik zorg ervoor, niet van streek te raken, als ik aan de manier waarop ik verbrand raakte denk of eraan herinnerd word

- 3 Ik probeer de momenten waarop ik verbrand raakte uit mijn herinnering te bannen

- 4 Ik kan moeilijk in slaap vallen of in slaap blijven omdat beelden en gedachten over het verbrand raken door mijn hoofd gaan

- 5 Bij vlagen heb ik sterke gevoelens over het verbrand raken

- 6 Ik droom over de manier waarop ik verbrand raakte

- 7 Ik blijf dingen die me aan het verbrand raken herinneren uit de weg

- 8 Ik heb een gevoel alsof het niet gebeurd is, alsof het niet echt is

- 9 Ik probeer niet over het verbrand raken te praten

- 10 Beelden van de manier waarop ik verbrand raakte schieten me in de gedachten

- 11 Andere dingen doen me steeds weer aan het verbrand raken denken

- 12 Ik weet dat ik nog heel wat gevoelens over het verbrand raken heb, maar houd er geen rekening mee

- 13 Ik probeer niet aan verbrand raken te denken

- 14 Iedere herinnering brengt de gevoelens aan het verbrand raken weer terug

- 15 Mijn gevoel over het verbrand raken is als het ware verdoofd

Hieronder vindt u een lijst van uitspraken die met uw situatie hier in het ziekenhuis te maken hebben.
Bekijkt u weer elke uitspraak en geef dan aan **IN WELKE MATE** u de beschreven reactie **DE AFGELOPEN ZEVEN DAGEN** en **VANDAAG** heeft ervaren.

16 Ik kan me ineens onzeker voelen over mijn genezing wanneer ik mijn wonden zie

17 Ik ben eigenlijk constant bezig met mijn pijn

18 Ik kan me tijdens de verzorging op geen enkele manier ontspannen

19 Door de pijn voel ik me nerveus en onrustig

20 De pijn is vaak zo hevig dat ik elke activiteit moet staken

21 Ik ben er niet van overtuigd dat mijn wonden echt helemaal zullen genezen

22 Ik voel dat mijn spieren zich spannen wanneer de verzorging echt begint

23 Ik ben bang voor de pijn tijdens en/of net na de verzorging

24 Ik maak bij elke medische verrichting die ik moet ondergaan weer zorgen over de pijn die ik mogelijk zal ondervinden

25 De pijn kan zo hevig zijn dat ik bang ben de controle over mijzelf te verliezen

Datum opname

TVLO

LEEFTIJD

GESLACHT

☐ VLAM

☐ HETE VLOEISTOF

☐ ELEKTRISCH

☐ CONTACT

Datum afname test

1 :

2 :

M / V

ANEXO D

From : Faber, A.W. <A.W.Faber@mzh.nl>
 Sent : Wednesday, June 16, 2004 3:38 PM
 To : 'Maria Echevarría' <bbpino@hotmail.com>
 Subject : RE: The Burns Specific Pain Anxiety Scale

Dear Maria,

I'm sorry that I wasn't able to answer your question earlier. Due to all kind of activities I could not find the time to look into the problem. The answer to your question (see the article 1999) :

In 1997 we found that the 27 items questionnaire could be reduced to a questionnaire of 9 items.

The item " feelings of worry about woundhealing" was left out of the Questionnaire. By the used vocabulary the item 21 was skipped in an early stage because it seemed to be too difficult for the patients. (n.b.The number of the questions refer to the Dutch version I sent you. As you can see on paper we still use the 10-item version for clinical use, but ignore item 21, so in reality it's a 9 item questionnaire, the questions 16,17,18,19,20, --,22,23, 24,25). By the time when we have to print new questionnaires we'll skip the item from the list. In the end is the 9 item version was reduced to the 5 questions (18,19, 22,23,24) as you find in the article of 1999.

.

When I look back to the proces. I see the questionnaire was undergoing an evolutionair proces from a pain and anxiety questionnaire (the 27 and the 9 item versions) to an anxiety for pain questionnaire (the 5 item version).

I think for research it's good to stick to the 5 question version because this is also used by other researchers in the USA and makes it possible to compare the results in meta-analysis.

Or otherwise by using the 9 item version you have clinical advantage of a pain measurement an one can consider the 5 items of the abbreviated version as a subscale of the questionnaire.

I hope you are satisfied with this answer and I have solved the confusion. Wishing you a lot of succes and hoping to hear from your results

Bertus Faber

drs A.W.Faber, klinisch psycholoog
 Martini Ziekenhuis Groningen
 Tel. 050 - 5245990
 Fax 050 - 5246988

ANEXO – E
Questionário auto-aplicável de SPIELBERGER et al. (1970). Ansiedade-Estado
No: _____

Leia cada pergunta e faça um X, á direita, que melhor indicar como você se sente agora.

		Não	Um pouco	Bastante	Totalmente
01	Sinto-me calmo				
02	Sinto-me seguro				
03	Estou tenso				
04	Estou arrependido				
05	Sinto-me á vontade				
06	Sinto-me perturbado				
07	Estou preocupado com possíveis infortúnios				
08	Sinto-me descansado				
09	Sinto-me ansioso				
10	Sinto-me “em casa”				
11	Sinto-me confiante				
12	Estou nervoso				
13	Estou agitado				
14	Sinto-me uma “pilha de nervos”				
15	Estou descontraído				
16	Sinto-me satisfeito				
17	Estou preocupado				
18	Sinto-me superexcitado e confuso				
19	Sinto-me alegre				
20	Sinto-me bem				

**“Sem
dor”**

**“Pior dor
possível”**

Olhando para esta linha, onde você faria uma marca que represente a dor que está sentindo neste momento?

AC () DC () 16:00 () 20:00 () No dia de coleta () No: _____

Medicação previa? Sim () Não () Qual? : _____ Data: _____