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

MARÍA ELENA ECHEVARRÍA GUANILO

**Validação da “Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS” e da
“Impact of Event Scale – IES” para brasileiros que sofreram
queimaduras**

**Ribeirão Preto
2009**

María Elena Echevarría Guanilo

**Validação da “Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS” e da
“Impact of Event Scale – IES” para brasileiros que sofreram
queimaduras**

**Tese apresentada ao Programa Interunidades de
Doutoramento da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências.**

Área de Concentração: Enfermagem

**Linha de pesquisa: “Fundamentos Teóricos e
Filosóficos do Cuidar”**

Orientadora: Profa. Dra. Lídia Aparecida Rossi.

**Ribeirão Preto
2009**

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.

Echevarría-Guanilo, María Elena

Validação da “Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS” e da “Impact of Event Scale – IES” para brasileiros que sofreram queimaduras

/ María Elena Echevarría-Guanilo; orientadora: Lúcia Aparecida Rossi -
Ribeirão Preto / 2009

185 p.: Il.;30 cm

Tese (Doutorado) - Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Linha de pesquisa: Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Cuidar.

1. Queimadura. 2. Dor. 3. Ansiedade. 4. Confiabilidade. 5. Validade.
6. Depressão. 7. Autoestima. 8. Qualidade de Vida.

FOLHA DE APROVAÇÃO

María Elena Echevarría Guanilo

Validação da “Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS” e da “Impact of Event Scale – IES” para brasileiros que sofreram queimaduras

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: “Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Cuidar”

Aprovado em: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatórias

*A Juan Francisco e Rosa Esmelda, meus queridos pais,
Pela história de vida e por permitir a minha existência.
Pelo amor, paciência, compreensão e dedicação com os quais cresci.
Pela oportunidade de sentir o amor dos meus irmãos.
Por me deixar a herança do amor sincero e a educação.
Porque sempre souberam respeitar e apoiar meus sonhos.
Porque sempre souberam entender a minha ausência e acompanhar todos os meus
passos, mesmo na distância.
Vocês são o maior estímulo na busca do meu crescimento pessoal e profissional!*

*A Juan Manuel, Rita Cecília, Juan Carlos e Juan Francisco, meus queridos irmãos,
Pelo presente do amor e da preocupação que tiveram comigo em todo momento.
Obrigada por contribuir com a minha felicidade, ao tornar possível a presença e o amor dos meus
sobrinhos José, Rita, Lauro, Christopher, Nicole, Shantal, Jamila e João na minha vida, assim como
do meu cunhado Lauro e cunhadas Roxana e Milady.*

*A distância física ficou grande, mas o coração cada dia
mais perto.*

*Todo dia sinto saudade de nós juntos e
Sou feliz por poder sentir saudade de vocês.
Eu amo a todos!*

Agradecimento Especial

À Profa. Lídia Aparecida Rossi

Pelos ensinamentos, apoio, ajuda e incentivo nesse longo e delicado caminho da minha formação.

Por estar sempre presente em cada etapa da minha carreira científica e pelos inúmeros incentivos para o alcance deste e de muito outros logros.

*“A tarefa essencial do professor é despertar a alegria de trabalhar e de conhecer”
Albert Einstein*

À Profa. Rosana Aparecida Spadoti Dantas

Pela contribuição em todas as etapas deste trabalho.

Por respeitar e estimular meu crescimento científico e intelectual.

Pelos muitos momentos de troca de conhecimento

Por saber chamar minha atenção aos “detalhes” com muita humildade e delicadeza

Minha eterna gratidão!

Agradecimentos

A Deus, pela vida, por se fazer presente em cada uma das pessoas queridas e em todos os momentos da minha vida.

À minha querida prima e irmã Mônica, pela amizade, apoio, paciência e por saber provocar o sorriso até nos momentos mais difíceis, você é única!

Aos meus queridos amigos, Roxana, Márcia, Ana Silvia, Idalete e Mirko, por estarem sempre presentes, comemorando e superando todas as dificuldades.

Aos meus amigos, Adriana, Ana Carolina e Edilaine, pela amizade carinhosa e apoio incondicional.

À minha grande amiga Débora, amiga de todas as horas, pelos momentos compartilhados e pelo apoio sempre recebido.

À Adriana da Costa pelo carinho, apoio nesta etapa tão importante da minha vida e por compartilhar com alegria momentos inesquecíveis.

À Cristiane, pela amizade sincera e apoio constante em todas as etapas percorridas, durante a realização do doutorado.

À Vanessa, pela amizade, pelos momentos compartilhados e a companhia nas noites intermináveis de intenso trabalho.

Aos membros do meu querido Grupo de Pesquisa “GIRQ”, pela oportunidade de aprender e crescermos juntos cientificamente e pessoalmente.

À Profa. Suely Nogueira, pelo carinho recebido e pela constante preocupação desde a graduação.

Ao Prof. Jayme Adriano Farina Junior, por abrir as portas da Unidade de Queimados e dar estímulo aos trabalhos realizados em prol dos nossos queridos pacientes.

Aos Profs. Jordi Alonso e Luis Rajmil, por abrir as portas da URSS – IMIM, pela disposição, atenções recebidas e a grande contribuição no aprimoramento deste trabalho.

À equipe de trabalho da URSS – IMIM, pela amizade e a saudade das boas lembranças.

À Profa. Maria Célia Barcelos Darli, pela contribuição neste trabalho e pelos momentos que permitiram expressar meu fascínio pelo meu trabalho e os meus sonhos de contribuição no cuidado ao paciente que sofreu queimaduras.

À Equipe Multidisciplinar da Unidade de Queimados, por me abrir as portas ainda na graduação e me fazer sentir parte dessa equipe. De maneira especial aos enfermeiros Rita, Alessandra e Enéas que sempre estiveram dispostos a me ajudar.

Aos pacientes que tornaram possível a realização deste trabalho com sua gentil participação. Vocês contribuem na minha fascinação para com o seu cuidado e me fazem descobrir o quanto Deus se torna presente no dia a dia da minha vida: “*cuidar, mais do que um ato isolado, é uma atitude constante de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento de ternura com o semelhante*” Pessini (2000, p.236).

Às secretárias da Pós-Graduação, pelas atenções dispensadas, e ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pela oportunidade de hoje estar concluindo este trabalho.

À Liliana Del Águila León (*in memoriam*), os anos passam e a saudade fica. Mas um logro para nós, minha querida amiga.

*Agradecimento especial á Fundação de Amparo a Pesquisa do
Estado de São Paulo (FAPESP)
pela concessão da bolsa de Doutorado e pelo apoio
financeiro à execução desta pesquisa*

*O valor das coisas não está no tempo em que
elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis".*
(Fernando Pessoa)

RESUMO

ECHEVARRÍA-GUANILO, M.E. **Validação da *Burns Specific Pain Anxiety Scale* – BSPAS e da *Impact of Event Scale* – IES para brasileiros que sofreram queimaduras.** 2009. 185p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

Estudo descritivo, correlacional e longitudinal que teve como objetivos estudar a validade e a confiabilidade da *Burns Specific Pain Anxiety Scale*-BSPAS que avalia ansiedade frente a procedimentos dolorosos e a *Impact of Event Scale*-IES que avalia o estresse pós-traumático. Participaram do estudo 91 indivíduos maiores de 15 anos de idade, internados na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Seguiram-se as seguintes etapas: **1ª etapa:** coleta de dados relacionados à internação e ao tratamento. **2ª etapa:** seguimento de manifestações dolorosas, durante sete dias, com a aplicação da Escala Visual Analógica para Dor, em três momentos diferentes do dia: a) imediatamente antes do banho e curativo (DIABC); b) imediatamente depois do banho e curativo (DIDBC); e c) dor no período de descanso, por volta das 20 horas (DDPD). **3ª etapa:** no oitavo dia, aplicação da BSPAS - Versão Português, da IES - Versão Português e do Inventário de Ansiedade-Estado de Spielberger (IDATE). **4ª etapa (composta por fases A e B):** entre o 4º e o 6º meses (fase A) e entre o 9º e o 12º meses, após o acontecimento da queimadura (fase B), aplicação da IES-VP, da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER), do Inventário de Depressão de Beck (IDB) e do SF-36. Nas três primeiras etapas, participaram do estudo 91 pacientes (64 homens e 27 mulheres). A superfície corporal queimada (SCQ) média foi de 18% (1-60%), sendo os locais anatômicos mais atingidos membros superiores (66; 72,5%), tórax (61; 67%) e cabeça/face (43; 47,3%). Os agentes causadores de queimaduras mais comuns foram os líquidos quentes (15,4%) e os agentes inflamáveis, principalmente o álcool, (38,5%). Na 4ª etapa, participaram 77 pacientes, na fase A, e 76, na fase B. Na avaliação da validade de construto convergente, a BSPAS-VP apresentou correlações fortes e positivas com a IES-VP (0,52; $p<0,01$), fortes e moderadas com as subescalas que avaliam *pensamentos intrusivos* (0,54; $p<0,01$) e *reações de evitação* (0,37; $p<0,01$) e correlações moderadas com as avaliações de dor: DIABC (0,32; $p<0,01$), DIDBC (0,31; $p<0,01$) e DDPD (0,31; $p<0,01$). A IES-VP total apresentou correlações moderadas e positivas com o IDB (0,63; $p<0,01$), moderadas e negativas com a EAER (-0,58; $p<0,01$) e moderadas a baixas e negativas com os domínios Dor ($r=-0,24$; $p<0,05$), Aspectos Sociais ($r=-0,34$; $p<0,01$) e Saúde Mental ($r=-0,27$; $p<0,05$), entre o 4º e o 6º meses e baixa e de pouca aplicabilidade para a prática com o domínio Estado Geral de Saúde ($r=-0,24$; $p<0,05$), entre o 9º e o 12º meses, do SF-36. Na

aplicação da BSPAS-VP e da IES-VP, observaram-se valores médios mais altos para o sexo feminino (55,15 e 63,96, respectivamente), entre os indivíduos com SCQ maior que 20% (54,90 e 62,98, respectivamente) e para os indivíduos que referiam as cicatrizes visíveis (52,53 e 61,40, respectivamente), porém, quando testadas as diferenças por meio do *Teste t de Student* para amostras independentes, essas não foram estatisticamente significantes. Na análise dos componentes principais por meio da Matrix de Rotação Varimax, a IES-VP apresentou-se como uma escala bidimensional e a BSPAS-VP, unidimensional, conforme a proposta original de cada escala. O Alfa de Cronbach de ambas as escalas foi alto, 0,90 para a BSPAS-VP e 0,87 para a IES-VP, mostrando forte consistência interna entre seus itens. Quando aplicado o Teste t para amostras dependentes, a IES-VP apresentou-se sensível para detectar mudanças no tempo. Conclui-se que a BSPAS-VP e a IES-VP são instrumentos confiáveis e válidos para a avaliação de ansiedade-estado relacionada à dor no paciente queimado e para a avaliação do impacto do evento, respectivamente.

Descritores: queimadura; ansiedade; dor; estresse pós-traumático; depressão; autoestima; qualidade de vida relacionada à saúde; estudos de validación

ABSTRACT

ECHEVARRÍA-GUANILO, M.E. **Validation of the Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS and the Impact of Event Scale – IES for Brazilians who suffered burns.** 2009, 185p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2009.

This descriptive, correlation and longitudinal study aimed to study the validity and reliability of the Burns Specific Pain Anxiety Scale-BSPAS, which assesses anxiety about painful procedures, and the Impact of Event Scale-IES, which assesses post-traumatic stress. Study participants were 91 individuals over 15 years of age, hospitalized at the Burns Unit of the Ribeirão Preto Medical School *Hospital das Clínicas*. The following steps were followed: **1st step:** data collection about hospitalization and treatment. **2nd step:** follow-up of painful manifestations for seven days, applying the Visual Analogue Scale for Pain at three different times each day: a) immediately before bathing and wound dressing (DIABC); b) immediately after bathing and wound dressing (DIDBC); and c) pain in the rest period, around 20:00h (DDPD). **3rd step:** on the eighth day, application of the BSPAS – Portuguese Version, IES – Portuguese Version and Spielberger's State Anxiety Inventory (SAI). **4th step (including phases A and B):** between the 4th and 6th month (phase A) and between the 9th and 12th month after the burn event (phase B), application of the IES-VP, Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSES), the Beck Depression Inventory (BDI) and the SF-36. In the first three steps, study participants were 91 patients (64 men and 27 women). The mean burned body surface (BBS) was 18% (1-60%), with upper limbs (66; 72.5%), thorax (61; 67%) and head/face (43; 47.3%) as the most affected anatomical sites. The most common causal agents of the burns were hot fluids (15.4%) and inflammable agents, mainly alcohol (38.5%). In the 4th step, 77 patients participated in phase A and 76 in phase B. In convergent construct validity, the BSPAS-VP presented strong and positive correlations with the IES-VP (0.52; $p<0.01$), strong and moderate with the subscales that assess *intrusive thoughts* (0.54; $p<0.01$) and *reactions of avoidance* (0.37; $p<0.01$) and moderate correlations with the pain assessments: DIABC (0.32; $p<0.01$), DIDBC (0.31; $p<0.01$) and DDPD (0.31; $p<0.01$). Total IES-VP presented moderate and positive correlations with the BDI (0.63; $p<0.01$), moderate and negative with the RSES (-0.58; $p<0.01$) and moderate to low and negative with the Pain ($r=-0.24$; $p<0.05$), Social Aspects ($r=-0.34$; $p<0.01$) and Mental Health ($r=-0.27$; $p<0.05$) domains between the 4th and 6th month, besides low correlation and little applicability to practice with the General Health State ($r=-0.24$; $p<0.05$) domain of the SF-36 between the 9th and 12th month. When applying the BSPAS-VP and IES-VP, higher mean scores were observed for women (55.15 and 63.96,

respectively), among individuals with a BBS of more than 20% (54.90 and 62.98, respectively) and for people who mentioned visible scars (52.53 and 61.40, respectively). When differences were tested through Student's t-test for independent samples, however, these were not statistically significant. In the main components analysis through the Varimax Rotation Matrix, IES-VP appeared as a bidimensional scale and BSPAS-VP as a unidimensional scale, in accordance with each scale's original proposal. Both scales obtained a high Cronbach's Alpha, 0.90 for BSPAS-VP and 0.87 for IES-VP, showing strong internal consistency of its items. When the t-test for independent samples was applied, the IES-VP showed sensitivity to detect changes over time. It is concluded that the BSPAS-VP and the IES-VP are reliable and valid instrument to assess state-anxiety related to pain in burned patients and to assess the impact of the event, respectively.

Descriptors: burn; anxiety; pain; stress disorders, post-traumatic; depression; self concept and health-related quality of life; validation studies

RESUMEN

ECHEVARRÍA-GUANILO, M.E. **Validación de la “Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS” y de la “Impact of Event Scale – IES” para brasileños que sufrieron quemaduras.** 2009. 185p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

El presente estudio descriptivo, correlacional y longitudinal tuvo como objetivos evaluar la validez y la confiabilidad de la “Burns Specific Pain Anxiety Scale-BSPAS”, que evalúa ansiedad-estado frente a procedimientos dolorosos, y de la “Impact of Event Scale-IES” que evalúa el impacto del evento. Participaron del estudio 91 individuos mayores de 15 años de edad, internados en la Unidad de Quemados del Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto. Se siguieron las siguientes etapas: **1ª etapa:** recogida de los datos relacionados a la internación y al tratamiento. **2ª etapa:** seguimiento de manifestaciones dolorosas, durante siete días, con la aplicación de la Escala Visual Analógica para el dolor, en tres momentos diferentes: a) inmediatamente antes del baño y curativo (DIABC); b) inmediatamente después del baño y curativo (DIDBC); y c) dolor en el periodo de descanso en el cual no eran realizados procedimientos causadores de dolor, aproximadamente a las 8pm (DDPD). **3ª etapa:** en el 8º día fue aplicada la BSPAS - Versión Portugués, la IES - Versión Portugués y el Inventario de Ansiedad-Estado de Spielberger (IDATE). **4ª etapa: (compuesta por fases A e B):** entre el 4º y 6º mes (fase A) y entre el 9º y 12º mes (fase B), después de la ocurrencia de la quemadura, se aplicó la ES-VP, la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER), el Inventario de Depresión de Beck (IDB) y el SF-36. En las tres primeras etapas del estudio, participaron 91 pacientes (64 hombres y 27 mujeres), que tuvieron 18% (1-60%) de la superficie corporal quemada (SCQ) media, siendo que los miembros superiores fueron los locales anatómicos más afectados (66; 72,5%), seguidos del tórax (61; 67%) y cabeza/rostro (43; 47,3%). Los agentes causadores de quemaduras más comunes fueron los líquidos calientes (15,4%) y los agentes inflamables, principalmente el alcohol, (38,5%). En la 4ª etapa participaron 77 pacientes, en la fase A, y 76, en la fase B. En la evaluación de la validez del constructo convergente, la BSPAS-VP presentó: correlaciones fuertes y positivas con la IES-VP (0,52; $p<0,01$), fuertes y moderadas con las sub-escalas que evalúan *pensamientos intrusivos* (0,54; $p<0,01$) y *reacciones de evitación* (0,37; $p<0,01$) y correlaciones moderadas con las evaluaciones del dolor: DIABC (0,32; $p<0,01$), DIDBC (0,31; $p<0,01$) y DDPD (0,31; $p<0,01$). La IES-VP total presentó correlaciones moderadas y positivas con el IDB (0,63; $p<0,01$), moderadas y negativas con la EAER (-0,58; $p<0,01$) y moderadas y bajas y negativas con los dominios Dolor ($r=-0,24$; $p<0,05$), Aspectos sociales ($r=-0,34$; $p<0,01$) y Salud mental

($r=-0,27$; $p<0,05$), entre el 4º y 6º mes. Y bajas y de poca aplicabilidad para la práctica con el dominio Estado general de salud ($r=-0,24$; $p<0,05$), entre el 9º y 12º mes, del SF-36. En la aplicación de la BSPAS-VP y la IES-VP se observó valores medios más altos para el sexo femenino (55,15 e 63,96, respectivamente), entre los individuos con SCQ mayor que 20% (54,90 y 62,98, respectivamente) y para los individuos que referían sus cicatrices visibles (52,53 y 61,40, respectivamente). Entre tanto, cuando investigadas las diferencias por medio del *Test t de Student*, para muestras independientes, esas no fueron estadísticamente significantes. En el análisis de los componentes principales por medio de la Matrix de Rotación Varimax, la IES-VP se presentó como una escala bidimensional y la BSPAS-VP unidimensional, conforme la propuesta original de cada escala. El alfa de Cronbach de las dos escalas fue alto, 0,90 para la BSPAS-VP y 0,87 para la IES-VP, mostrando fuerte consistencia interna entre sus ítems. Cuando aplicado el *Teste t* para muestras pareadas, la IES-VP se caracterizó por ser sensible para detectar cambios en el tiempo. Concluimos que la BSPAS-VP y la IES-VP son instrumentos confiables y válidos para evaluar de ansiedad-estado relacionada al dolor y para evaluar el impacto del evento en pacientes quemados, respectivamente.

Descriptores: quemadura; ansiedad; dolor; trastornos por estrés post-traumático; depresión, autoestima; calidad de vida; estudios de validación

LISTA DE QUADROS

	Pg.
Quadro 1 Consistência interna avaliada pelo Alfa de Cronbach das subescalas da IES em diferentes estudos, comparados aos obtidos na versão brasileira (IES-VP).....	56
Quadro 2 Hipóteses do sentido e da força das correlações entre as medidas da BSPAS-VP e IES-VP aplicadas na fase de internação (IDATE e EVA) e a SCQ como variável da severidade do trauma.	75
Quadro 3 Hipóteses do sentido e da força das correlações entre a IES-VP e a EVA para dor, a EAER e IDB como variável da severidade do trauma.	75
Quadro 4 Hipóteses do sentido e da força das correlações obtidas entre a IES-VP e os domínios do SF-36	75
Quadro 5 Itens e comentários registrados durante a aplicação da IES-VP, Ribeirão Preto – SP, 2006 a 2009	109
Quadro 6 Itens e comentários correspondentes, registrados durante a aplicação da BSPAS-VP, Ribeirão Preto – SP, 2006 a 2009.....	110

LISTA DE TABELAS

	Pg.
Tabela 1 Distribuição dos sujeitos, segundo as etapas do estudo, Ribeirão Preto - SP, 2006 a 2009	79
Tabela 2 Distribuição dos participantes do estudo, segundo idade e sexo, Ribeirão Preto - SP, 2006 a 2009	80
Tabela 3 Avaliação da dor dos pacientes em diferentes horários (média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo), Ribeirão Preto - SP, 2006 a 2009 .	81
Tabela 4 Estatística descritiva das medidas obtidas pela aplicação da BSPAS–VP e da IES-VP entre a primeira e a segunda semanas após o acidente, Ribeirão Preto - SP, 2006 a 2009	82
Tabela 5 Estatística descritiva da medida de ansiedade obtida pela aplicação do IDATE entre a primeira e a segunda semanas após a queimadura, Ribeirão Preto - SP, 2006 a 2009	83
Tabela 6 Estatística descritiva das medidas de estresse pós-traumático obtidas pela aplicação da IES-VP na 3ª e 4ª etapas de coleta de dados, Ribeirão Preto - SP, 2006 a 2009	84
Tabela 7 Estatística descritiva das medidas de autoestima e depressão obtidas por meio da aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB), respectivamente, nas Fases A e B da 4ª etapa de coleta de dados, Ribeirão Preto - SP, 2006 a 2009.....	85
Tabela 8 Estatística descritiva das medidas dos oitos domínios do SF-36, obtidas nas Fases A e B da 4ª etapa, Ribeirão Preto - SP, 2006 a 2009	86
Tabela 9 Correlações entre a BSPAS-VP, a IES-VP (incluindo as subescalas que avaliam pensamentos intrusivos e reações de evitação), o IDATE, a EVA e a SCQ, Ribeirão Preto - SP, 2006 a 2009	88
Tabela 10 Correlações entre os resultados da aplicação da IES-VP e a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB) aplicados entre o 4º e 6º mês, Ribeirão Preto - SP, 2006 a 2009.....	89
Tabela 11 Correlações entre os resultados da aplicação da IES-VP e a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB) aplicados entre o 9º e o 12º mês, Ribeirão Preto - SP, 2006 a 2009	90
Tabela 12 Correlações entre a BSPAS–VP, a IES–VP (incluindo as subescalas que avaliam pensamentos intrusivos e reações de evitação) e as oito dimensões do SF-36 para as medidas obtidas entre o 4º e o 6º mês após a queimadura, Ribeirão Preto - SP, 2006 a 2009	91

Tabela 13	Correlações entre a BSPAS–VP, a IES–VP (incluindo as subescalas que avaliam pensamentos intrusivos e reações de evitação) e as oito dimensões do SF-36 para as medidas obtidas entre o 9º e o 12º mês após a queimadura. Ribeirão Preto - SP, 2006 a 2009	93
Tabela 14	Resultado do teste de comparação dos valores obtidos por meio da aplicação do IES-VP e BSPAS-BP, entre o 4º e o 6º mês após a queimadura, agrupados segundo a variável Superfície Corporal Queimada, Ribeirão Preto - SP, 2006 a 2009	94
Tabela 15	Resultado do teste de comparação dos valores obtidos por meio da aplicação do IES-VP e BSPAS-BP entre o 4º e o 6º mês após a queimadura, agrupados segundo a variável sexo, Ribeirão Preto - SP, 2006 a 2009	95
Tabela 16	Resultado do teste de comparação dos valores obtidos por meio da aplicação do IES-VP e BSPAS-BP entre o 4º e o 6º mês após a queimadura, agrupados segundo a variável visibilidade da cicatriz pela queimadura, Ribeirão Preto - SP, 2006 a 2009.....	95
Tabela 17	Matrix de Rotação Varimax dos componentes da versão adaptada da IES-VP, Ribeirão Preto – SP, 2006 a 2009	97
Tabela 18	Matrix de Rotação Varimax dos componentes da versão adaptada da SPAS-VP, Ribeirão Preto – SP, 2006 a 2009.....	98
Tabela 19	Estatística descritiva dos valores totais da BSPAS–VP e seus itens (Itens de 1 a 15), Ribeirão Preto – SP, 2006 a 2009.....	100
Tabela 20	Valores de correlação item total, Alfa, se o item fosse excluído, e Alfa total da IES-VP, Ribeirão Preto – SP, 2006 a 2009	101
Tabela 21	Valores de correlação item total, Alfa, se o item fosse excluído, e o Alfa de Cronbach total, obtidos para o total dos itens que avaliam <i>pensamentos intrusivos</i> (IES–VP), Ribeirão Preto – SP, 2006 a 2009.....	102
Tabela 22	Valores de correlação item total, Alfa, se o item fosse excluído, e Alfa de Cronbach total obtidos para o total dos itens que avaliam <i>respostas de evitação</i> (IES-VP), Ribeirão Preto – SP, 2006 a 2009	103
Tabela 23	Estatística descritiva dos valores totais da BSPAS-VP e seus itens (Itens de 1 a 15), Ribeirão Preto – SP, 2006 a 2009.....	104
Tabela 24	Valores de correlação item total, Alfa, se o item fosse excluído, e Alfa de Cronbach total da BSPAS-VP e os dados obtidos pelos autores da versão original, Ribeirão Preto – SP, 2006 a 2009.....	105
Tabela 25	Teste t para duas amostras independentes entre as diferenças detectadas pela IES-VP, SCQ e visibilidade das cicatrizes referidas entre o 4º e o 6º mês e entre o 9º e o 12º mês, após a ocorrência da queimadura, Ribeirão Preto – SP, junho 2006 a junho 2009.....	106

Tabela 26	Resultados do Teste t de comparação das medidas da IES-VP: entre a primeira e segunda semanas de internação, entre o 4º e o 6º mês e entre o 9º e o 12º mês após a ocorrência da queimadura, Ribeirão Preto - SP, 2006 a 2009.....	107
Tabela 27	Efeitos <i>floor</i> e <i>ceiling</i> dos itens das escalas adaptadas, Ribeirão Preto - SP, 2006 a 2008	108

LISTA DE FIGURAS

	Pg.
Figura 1 Representação esquemática do processo de coleta de dados e aplicação dos instrumentos de medida	67
Figura 2 Figura de medidas para as variáveis consideradas para a validação da BSPAS-VP - ansiedade frente a procedimentos dolorosos	72
Figura 3 Figura de medidas para as variáveis consideradas na validação da IES-VP – Impacto do evento frente ao trauma da queimadura	73

SUMÁRIO

	Pg.
1. INTRODUÇÃO	26
1.1. Avaliação da saúde percebida pelos indivíduos queimados: conceitos relacionados e instrumentos de medida utilizados	36
1.1.1 Avaliação da saúde percebida: conceitos relacionados.....	37
1.1.2 Instrumentos de medida: genéricos e específicos	40
1.1.3 Instrumentos de mensuração/avaliação da dor, ansiedade e impacto do evento no paciente queimado: revisão de literatura	41
1.1.4 Instrumentos de mensuração/avaliação de manifestações associadas: Depressão, Autoestima e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)	44
2. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	47
2.1. Estudo da validade e confiabilidade dos instrumentos adaptados	47
2.1.1 Modelo de Psicometria Clássica - Teoria Clássica dos Testes (TCT)	48
2.1.2 Teoria de Resposta ao Item (Teoria Moderna)	53
2.2 Instrumentos em processo de validação	55
a. Impact of Event Scale - IES	55
b. Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS	57
3. OBJETIVOS.....	60
4. CASUÍSTICA E MÉTODO	62
4.1 Tipo de estudo	62
4.2 Aspectos éticos.....	62
4.3 Local do estudo	62
4.4 Amostra de estudo.....	63
4.5 Critérios de seleção	64
4.6 Procedimentos de coleta de dados.....	64
4.7 Instrumentos de coleta dos dados.....	68
4.7.1 Instrumentos em processo de validação	68
a. Impact of Event Scale - IES	68
b. Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS	68

4.7.2 Outros instrumentos e variáveis associadas	68
a. Formulário para coleta de dados	68
b. Escala Visual Analógica para dor (EVA)	69
c. Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger (IDATE)	69
d. Escala de Auto-estima de Rosenberg	70
e. Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey – SF-36 ..	70
f. Inventário de Depressão de Beck	71
4.8. Tratamento dos dados e análises estatísticas.....	74
4.8.1 Análise da validade dos instrumentos	74
4.8.2 Análise da consistência interna dos instrumentos	74
5. RESULTADOS.....	79
5.1. Composição da amostra, segundo as etapas percorridas no estudo	79
1ª etapa: Dados sociodemográficos e características clínicas	80
2ª etapa: Mensuração da dor	81
3ª Etapa: Aplicação da BSPAS-VP, a IES-VP e o IDATE.....	82
4ª Etapa (Fases A e B): Aplicação da IES-VP, Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER), SF-36 e Inventário de Depressão de Beck (IDB)	83
5.2 Resultados da validação da BSPAS-VP e da IES-VP	87
5.3 Consistência interna da BSPAS-VP e da IES-VP	99
5.4. Resultado do estudo da sensibilidade da IES-VP	106
5.5. Resultado do estudo da sensibilidade da IES-VP	108
6. DISCUSSÃO.....	113
7. CONCLUSÕES	131
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
REFERÊNCIAS.....	137
APÊNDICES.....	157
ANEXOS.....	174

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO*

O foco de interesse desta investigação é o estudo das propriedades métricas (validade e confiabilidade) de duas escalas específicas para serem utilizadas em pacientes queimados: a *Burns Specific Anxiety Scale* -BSPAS que avalia ansiedade-estado frente a procedimentos dolorosos, e a *Impact of Event Scale*-IES que avalia o impacto do evento, por meio da consideração de duas dimensões do estresse pós-traumático (pensamento intrusivos e reações de evitação).

As vítimas de queimaduras, desde a ocorrência do acidente até a completa recuperação, vivenciam diversas situações novas que originam no indivíduo a manifestação de emoções exacerbadas e, muitas vezes, descontroladas, como resposta a estímulos constantes que provocam dor. Dessa forma, diariamente, são submetidos a tratamentos como banhos, troca de curativos, desbridamentos e cirurgias que levam a manifestações de ansiedade e são altamente dolorosos.

A escolha do tema, adaptação de escalas específicas para avaliação de ansiedade-estado frente a procedimentos dolorosos e impacto do evento, surge da identificação das diversas situações que contribuem, no decorrer do processo de reabilitação, para o aparecimento de manifestações essencialmente subjetivas que requerem atenção por parte da equipe multiprofissional (psicólogos, médicos, enfermeiras, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social e nutricionista).

Nesta tese de doutoramento, descrevemos alguns dados epidemiológicos, as respostas à queimadura nas diferentes fases deste trauma, incluindo algumas complicações (físicas e psicológicas), e os conceitos e métodos relacionados ao estudo das propriedades métricas de instrumentos de medida além da investigação propriamente dita.

Esperamos que a disponibilização deste material contribua para o ensino e futuras pesquisas sobre a temática, além de possibilitar a utilização de instrumentos específicos que possibilitem a avaliação e aprimoramento de intervenções para essa população.

* Esta tese foi revisada seguindo as normas da Nova Ortografia da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A grande ocorrência de acidente por queimadura tem despertado em muitos países o interesse dos profissionais pelo desenvolvimento de estudos e diversas ações visando à prevenção desses acidentes (KING, et al., 1999; JOHNSON et al., 1997), mas é evidente que, ainda, se requerem grandes esforços, no que diz respeito à prevenção desse tipo de acidentes.

Em relação ao tratamento, na última década, têm se observado avanços no atendimento às vítimas de queimaduras, levando a melhores resultados clínicos e aumentando as expectativas de vida dessas pessoas, por exemplo, a disponibilidade de diversidade de coberturas, novas técnicas cirúrgicas e ampla variedade de analgésicos e sedativos, mas, lamentavelmente, ainda não as poupam de experiências traumáticas e dolorosas como desbridamentos, banhos, troca de curativos e enxertias, procedimentos esses necessários para a recuperação (LATARJET, 2002).

Como resposta à efetividade do tratamento do indivíduo queimado, é possível observar o aumento das expectativas de vida dos pacientes, maiores índices de morbidade e número de cirurgias reparadoras (devido ao aparecimento tardio de sequelas), dentro dos serviços de atendimento especializado à pessoa queimada, sendo o principal objetivo contribuir no processo de reintegração social desses indivíduos (THOMBS et al., 2007; DRUERY; BROWN; MULLER, 2005; HABERAL, 2006). Embora sejam evidentes os avanços no tratamento das queimaduras, é importante lembrar que o melhor tratamento, ainda, é a prevenção (HABERAL, 2006).

A recuperação da pessoa queimada deve ser vista como um processo contínuo, que integra a recuperação física visando à reintegração social. Para melhor compreensão dos acontecimentos fisiológicos e psicológicos, o processo de reabilitação após uma queimadura extensa pode ser explicado em três fases. É importante lembrar que as três fases mantêm inter-relação entre elas, e o predomínio dependerá do estado clínico do paciente. A inter-relação entre as fases continuará até a completa recuperação (RUTAN, 1998; ADCOCK; BOEVE; PATTERSON, 1998).

A *primeira fase*, chamada de fase de ressuscitação, compreende o período do acontecimento da queimadura. Inicia-se com o recebimento do cuidado pré-hospitalar e permanece até a restauração da integridade capilar. Isto é, o período que compreende as primeiras 48 até 72 horas após a queimadura. A assistência é dirigida à manutenção do

balanço de líquidos corporais, remoção dos tecidos desvitalizados e prevenção de infecção (RUTAN, 1998).

Em relação aos aspectos psicológicos e emocionais, essa etapa torna-se particularmente difícil para os pacientes e seus familiares. Os pacientes manifestam períodos de delírio, redução de consciência, perda de atenção, confusão, alterações do sono e fragilidade emocional. A realização de autocuidado torna-se difícil, sendo a participação dos familiares e/ou amigos de extrema importância. A principal preocupação por parte dos pacientes e familiares é com a sobrevivência e o medo da morte (ADCOCK; BOEVE; PATTERSON, 1998).

A atuação da equipe de enfermagem e de saúde está voltada para o atendimento tanto do paciente quanto da família, oferecendo suporte assistencial no cuidado clínico do paciente e contribuindo com a diminuição do alto nível de estresse e preocupação dos familiares.

A *segunda fase*, também chamada de fase aguda de reabilitação, compreende a estabilização hemodinâmica, recuperação da integridade capilar, melhora do estado físico, do estado cognitivo e do sono que se torna mais regular. As ações do cuidado visam à escolha e realização da troca de curativos e incluem a realização de desbridamentos e enxertias, fisioterapia, terapia ocupacional e suporte nutricional. Essa fase continua até a cicatrização dos ferimentos (RUTAN, 1998).

Nessa etapa, o paciente apresenta melhora na condição física, percebe melhor a situação e participa, ativa ou passivamente, da realização de procedimentos, já iniciados na *primeira fase*, como a troca de curativos, realização de fisioterapia e procedimentos cirúrgicos, causadores de dor em diferentes momentos do dia e com o paciente (ADCOCK; BOEVE; PATTERSON, 1998). O paciente vivencia mudanças rápidas, no que diz respeito a suas atividades diárias; muitas vezes, passando a ser dependente para a realização de atividades como higiene pessoal, alimentação, entre outras. A presença de emoções novas e diversas relacionadas ao acidente (por exemplo, medo, ansiedade e incertezas) pode contribuir para a manifestação de depressão, ansiedade e estresse ou, ainda, estresse pós-traumático, os quais podem ser intensificados, pela dor, extensão e profundidade da queimadura e, principalmente, pela percepção de mudanças no corpo, como consequência do acidente (PATTERSON et al., 1993).

Durante o período de reabilitação, as sequelas do acidente, como cicatrizes hipertróficas e limitações motoras, tornam-se mais evidentes e, quando essas passam a ser percebidas pelos pacientes como marcas visíveis, ao seu e ao olhar dos outros, contribuem na manifestação de importantes problemas psicológicos (KILDAL, WILLEBRAND,

ANDERSSON, 2002) ou alterações emocionais e sociais que se manifestam com comportamentos de tristeza, depressão ou isolamento social (VAN LOEY; FABER; TAAL, 2001; PALLUA; KÜNSEBECK; NOAH, 2003; FERREIRA et al., 2008). Outros problemas, como longo tempo de cicatrização, mudança de coloração da pele, amputações, alterações de postura, são discutidos na literatura e geram constantes questionamentos entre os pesquisadores e profissionais da prática clínica, em relação às consequências/mudanças causadas pela queimadura, a curto e longo prazo, na vida desses indivíduos (NATIONAL BURN CARE REVIEW COMMITTEE REPORT, 2001).

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 de cada indivíduo, por exemplo, grandes queimados ou queimaduras em áreas especiais, como face ou articulações, podem requerer tempo maior de seguimento ambulatorial, seja psicológico, fisioterápico ou de novas cirurgias com objetivos reparadores (ADCOCK; BOEVE; PATTERSON, 1998).

Para essa fase, é importante lembrar que os problemas apresentados, entre os indivíduos que sofreram queimaduras, muitas vezes vão além de problemas físicos e estéticos, e não terminam com a cicatrização das lesões. A percepção da mudança física passa a representar uma lembrança constante do acidente, e a reação dos indivíduos (família e sociedade) frente a essas mudanças, também, pode originar sentimentos de rejeição e humilhação (POPE et al., 2007; BLAKENEY; BUNKER; DEVELLIS, 1998).

Outros sintomas físicos como dor crônica, prurido e desconforto, relacionados à alteração de circulação (especialmente pós-queimadura em membros inferiores) podem estar presentes e, além de causar constante desconforto para o indivíduo, podem causar constrangimento no convívio social (KILDAL; ANDERSON; GERDIN, 2002; CASAER et al., 2008). Assim, todas essas manifestações, físicas, psicológicas e psicossociais (que podem iniciar na fase aguda da reabilitação e acompanhar o paciente por longos períodos) podem comprometer a qualidade de vida desses pacientes (COBB; MAXWELL; SILVERSTEIN, 1990; SALVADOR-ZANZA; SANCHEZ-PAYA; RODRIGUEZ-MARIN, 1999; EHDE, 2000).

O impacto do evento, isto é, o estresse causado pelo acidente por queimaduras e as vivências no cuidado diário na hospitalização, nas primeiras semanas após o trauma, podem ter consequências futuras, portanto podem se refletir em limitações físicas, como, estéticas e

motoras, e psicológicas, como manifestação de depressão, baixa autoestima, dificuldade para a ressocialização, entre outros, consequentemente em baixa qualidade de vida.

Nas duas últimas décadas, diversos estudos têm sido realizados por distintos profissionais envolvidos no cuidado do paciente queimado, por exemplo, médicos, enfermeiras e psicólogos, assim envolvendo o estudo de diversas temáticas que vêm contribuindo com a melhora do atendimento a estes pacientes. Em relação à ocorrência da queimadura e o impacto no indivíduo, vários autores (TAAL; FABER, 1997a; SALVADOR-ZANZA; SANCHEZ-PAYA; RODRIGUEZ-MARIN, 1999; VAN LOEY; FABER; TAAL, 2001; KILDAL; ANDERSON; GERDIN, 2002) têm mostrado, como um ponto comum, o fato de que a queimadura origina grandes mudanças (momentânea e/ou permanentes) de forma inesperada, tanto para o indivíduo quanto para a família e, até sua completa recuperação, durante o processo de adaptação, manifestações tais como ansiedade e dor podem se apresentar em uma fase mais imediata. Já o impacto ou estresse após o evento traumático da queimadura pode trazer manifestações conjuntas de depressão e, ainda, levar a alterações de autoestima e qualidade de vida, em uma fase mais tardia. Contribui para essas respostas todo o processo vivido durante a fase inicial do trauma, como, por exemplo, os procedimentos realizados na fase de ressuscitação que frequentemente causam dor e as mudanças relacionadas às sequelas do trauma, cicatrizes e limitações motoras.

De uma forma geral, Katz e Melzarck (1999) 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), o que a torna uma experiência bastante particular para cada indivíduo. A dor pode apresentar diferenças ou alterações relacionadas às diferenças socioculturais entre os diferentes grupos, aos diferentes estados emocionais (como níveis de ansiedade), às circunstâncias em que o acidente ocorreu e ao contexto no qual ela é percebida. Ainda, a dor pode ser caracterizada como um estado, uma sensação, um fenômeno relativo, de componentes afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais, desencadeada por uma situação julgada como “agressão” (Da-SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

É importante chamar a atenção para o fato de que a dor é causadora de desconforto, porém, cumpre uma função de proteção inicial importante, já que alerta o indivíduo sobre a existência de um perigo potencial ou real de origem externa ou interna (SARDÁ; CRUZ, 2002). É resultado da percepção, pelo sistema nervoso, de variações energéticas provindas do ambiente, as quais são analisadas de forma a organizar as respostas físicas ou psíquicas mais apropriadas para lidar com o estímulo (PIMENTA, 1998).

Na literatura, existem diversas formas de classificar a dor, por exemplo, segundo sua duração, diagnóstico, idade, porém uma das mais utilizadas é a classificação segundo a duração da dor, proposta por Turk e Melzack (2001), a qual identifica: a dor aguda, crônica e recorrente. A *dor aguda* definida como experiência sensorial e emocional que surge como resposta a uma lesão tissular real ou potencial, a qual pode ter início súbito ou lento e de intensidade intensa ou leve. Essa tende a diminuir e é manifestada por um curto período de tempo, horas ou algumas semanas. A *dor crônica* permanece por um longo período de tempo (meses ou anos), geralmente manifestada com intensidade constante e sem término antecipado ou previsível. Geralmente acompanha o processo de uma doença ou lesão já tratada (TURK; MELZACK, 2001; NANDA, 2009). A *dor recorrente* seria uma dor aguda, por acontecer em períodos breves, porém de característica crônica, por se apresentar em vários episódios ao longo do tempo, muitas vezes sem etiologia conhecida (TURK; MELZACK, 2001). É importante pensar que a compreensão da dor vai além da classificação e engloba a compreensão pela consideração de sua percepção, olhando desde o diagnóstico, a idade, a duração até a situação na qual a dor é percebida.

Pacientes hospitalizados para receber atendimento por queimaduras, e em tratamento ambulatorial, vivenciam diariamente momentos de dor intensa, a qual está associada não somente à própria presença da lesão, mas também pela realização diária de procedimentos terapêuticos como a troca de curativos, desbridamentos e fisioterapia (RAYMOND; ANCOLI-ISRAEL; CHOINIÈRE, 2001). O trauma da queimadura encontra-se entre os tipos de trauma mais dolorosos, ainda mais, quando se soma à dor provocada pela lesão e extensão o grande número de procedimentos aos quais as vítimas de queimaduras são submetidas diariamente até sua completa cicatrização/recuperação (TAAL et al., 1999; RAYMOND; ANCOLI-ISRAEL; CHOINIÈRE, 2001; LATARJET, 2002; ECHEVARRIA-GUANILO et al., 2006).

Patterson (1992) e Latarjet e Choiniere (1995) referem-se à dor da pessoa queimada como a pior dor percebida e como sendo consequência direta da perda da integridade tecidual ou lesão real. Lesão que pode ser superficial ou profunda e de pequena ou de grande extensão, que se torna uma fonte real e imediata de estímulos dolorosos por períodos e frente à realização de atividades determinadas (ECHEVARRIA-GUANILO, 2005; DE JONG; GAMEL, 2006), o que a caracteriza como “dor aguda”. A dor na pessoa queimada, muitas vezes, não termina com a cicatrização e pode se manifestar por um longo período (MARVIN, 1998; TAAL; FABER, 1997a), podendo ser caracterizada como “dor crônica ou recorrente”, segundo a forma em que se apresente.

Uma queimadura grave, além da dor, pode ser causadora de altos níveis de ansiedade (ROBERT, et al., 2000).

Na literatura, observam-se diversas maneiras de conceituar a ansiedade (SPIELBERGER, 1981; SHULDHAM et al., 1995; ANDRADE; GORENSTEIN, 1998). Apesar da variedade de conceitos encontrados, Echevarría-Guanilo (2005), com base em revisão de literatura, apresenta importantes pontos de concordância sobre as manifestações de ansiedade, agrupando-as em: manifestações físicas (taquicardia, sudorese, hiperventilação e tensão muscular) e psicológicas (apreensão, alerta e inquietude). Esclarece, ainda, que a ansiedade pode se manifestar em indivíduos sadios ou não e como resposta afetiva. É comumente apresentada por pessoas depois de uma *lesão* ou *trauma* emocional e/ou psicológico (ROBERT et al., 2000). Portanto, podemos dizer que a ansiedade é uma resposta essencialmente afetiva, de caráter adaptativo aos diferentes estímulos provindos do meio externo ou interno do indivíduo.

O processo de adaptação à lesão por queimadura é um processo lento que conduz frequentemente à aflição e à ansiedade elevadas (HULBERT-WILLIAMS et al., 2008). Assim como a dor, a ansiedade acompanha o paciente queimado, durante o longo período de reabilitação. A manifestação de ansiedade relacionada com a dor tende a diminuir com a cicatrização das lesões e a diminuição da realização de procedimentos causadores de dor (por exemplo, troca de curativos e cirurgias), porém quando o paciente percebe que a alta hospitalar está próxima, outros aspectos se tornam presentes podendo, também, provocar medo e ansiedade (ECHEVARRÍA-GUANILO, 2005).

A avaliação da dor e ansiedade, no indivíduo queimado, torna-se importante e requer cuidado especial. O tratamento não adequado pode interferir na participação ativa dos pacientes nas atividades que favorecem sua reabilitação, tais como, alimentação, interação com os outros (família e profissionais de saúde) e qualidade do sono, refletindo-se de forma negativa na qualidade de vida do paciente e de seus cuidadores, assim como na realização de atividades que favoreçam sua pronta recuperação (FERRELL; FERREL; RIVEIRA, 1995; ECHEVARRIA-GUANILO et al., 2006).

A vivência do acidente da queimadura traz a interrupção brusca de atividades realizadas diariamente pelo indivíduo e desencadeia fortes estímulos para manifestações de ansiedade e dor (que permanecem e se manifestam como círculo vicioso: maior ansiedade, maior dor), futuramente depressão e outras alterações psicológicas que representam alguns sintomas relacionados com a experiência traumática: impacto do evento ou, ainda, estresse pós-traumático.

O impacto psicológico do trauma por queimadura tem sido relacionado à produção de sentimentos de ansiedade e depressão em pacientes hospitalizados (AARON et al., 2001) e ao desenvolvimento dos diagnósticos de desordem psiquiátrica como o transtorno de estresse pós-traumático (PERRY et al., 1987; PATTERSON et al., 1990). Na maioria dos pacientes, esses sintomas se apresentam como respostas diretas ou indiretas, e a intensidade em que se manifestam dependeria da capacidade de enfrentamento diante das situações de estresse de cada paciente (AARON et al., 2001).

A relação entre eventos traumáticos na vida e subsequente sintomatologia psicológica tem sido observada por muito tempo, mas o Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um diagnóstico relativamente novo. Durante muito tempo, a maior parte das pesquisas foi direcionada à avaliação de TEPT em veteranos de guerra do Vietnã, mas, nos últimos anos, aumentou o interesse da presença desses sintomas frente a experiências traumáticas como desastres naturais, violência ou acidentes graves (HOROWITZ; WILNER; ALVAREZ, 1979).

O TEPT é um transtorno de ansiedade que se caracteriza pela ocorrência de um evento traumático externo no qual a pessoa experimentou ou testemunhou uma grave ameaça à sua vida ou à vida de outros, manifestando intensos sentimentos de medo, impotência ou horror (HOROWITZ; WILNER; ALVAREZ, 1979). O evento (trauma ou situação julgada como ameaça) pode representar o “gatilho” que levará ao desenvolvimento da sintomatologia do TEPT. A questão referente ao motivo por que determinadas pessoas, depois de passar por uma experiência traumática, desenvolvem o transtorno e outras não, ainda é desconhecida. Por isso, torna-se um desafio para os pesquisadores identificar o mais precocemente possível a presença de sintomas críticos, características individuais ou tipos de trauma que aumentem a probabilidade de desenvolver esse transtorno (SHALEV et al., 1997).

NO CID-10 e no DSM IV, o TEPT pode ser diferenciado em Reação Aguda ao Estresse (RAE) e o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), de forma geral, diferenciado pela intensidade e o tempo em que se manifestam os sintomas. A reação aguda ao estresse se caracteriza pelo início logo após o evento traumático grave em que o indivíduo apresenta medo intenso ou sensação de impotência no momento da exposição e sintomas como retraimento da interação social, diminuição da atenção e desorientação aparente. Ele passa a reviver o evento traumático, por meio de pensamentos, imagens ou sonhos (pensamentos intrusivos), e evitar momentos ou ações que estimulem lembranças relacionadas ao trauma (reações de evitação) (HOROWITZ; WILNER; ALVAREZ, 1979; KAPCZINSKI; MARGIS, 2003). Quando o estressor é transitório, os sintomas começam a diminuir entre as

primeiras 48 horas (KAPCZINSKI; MARGIS, 2003). A manifestação desses sintomas, por um longo período de tempo, passa a ser reconhecida como Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), no qual haveria predomínio de reações de evitação sobre os pensamentos intrusivos.

Sintomas de estresse pós-traumático parecem ser bastante frequentes em vítimas de queimaduras (PERRY et al., 1987; PATTERSON et al., 1990). As características físicas e psicológicas relacionadas à ocorrência de uma extensa queimadura e à exposição constante a fatores que permitem a permanência de RAE podem levar esses indivíduos a apresentar TEPT (VAN LOEY et al., 2008). O paciente queimado apresenta constantes estados de hiperexcitação, ocasionando desordem de estresse, e alguns pacientes podem apresentar sensibilidade alterada para procedimentos dolorosos e causadores de ansiedade (TAAL; FABER, 1997c). Autores referem que, após um a quatro anos da ocorrência da queimadura, pacientes manifestam emoções negativas referindo-se à perda de valores e sentimento de morte ou perda e frustração. Poucos manifestam emoções positivas como sentimentos de perdão, especialmente quando a culpa do acidente era atribuída a outra pessoa, predominando manifestações de raiva e frustração (VAN LOEY et al., 2008).

Em relação à avaliação do estresse ocasionado pelo trauma da queimadura, consideramos importante esclarecer que o interesse do presente estudo é considerar a manifestação do estresse provocado pelo trauma (impacto do evento) que segue a conceituação da RAE e não o diagnóstico de TEPT. Nossa preocupação está voltada à consideração de comportamentos específicos relacionados à ocorrência do trauma da queimadura e a manifestações como dor e ansiedade, isto é, ao conhecimento das peculiaridades da experiência consciente da queimadura que abrange eventos envolvidos na TEPT, porém não se reflete no diagnóstico.

O impacto do evento ou o estresse causado pelo trauma, além de manter relação com momentos de intensa manifestação de ansiedade e dor, pode estar estreitamente relacionado a outras manifestações como depressão e baixa autoestima, e, futuramente, a alterações na qualidade de vida desses indivíduos.

Depressão é uma condição crônica que pode causar incapacidades (THOMBS et al., 2007). Del-Porto, Laranjeiras e Mansur (1983) define depressão segundo sua manifestação como: sintoma, ou síndrome ou doença. Como *sintoma*, a depressão se apresenta junto a diversos quadros clínicos (por exemplo, alcoolismo ou diagnóstico clínico) ou em diversas situações estressantes, por exemplo, a queimadura. Como *síndrome*, inclui alterações de humor (como tristeza, irritabilidade e apatia) e outros aspectos (como alterações cognitivas,

psicomotoras e vegetativas, como sono e apetite). Como *doença*, tem sido classificada de diversas formas: transtorno depressivo maior, melancolia, entre outros. Thompson et al. (1989) referem como principais categorias de sintomas depressivos: humor (perda de interesse e prazer), vegetativos ou somáticos (alterações no sono ou apetite), motores (por exemplo, retardo ou agitação), sociais (apatia e isolamento), cognitivos (desesperança e ideias de culpa), ansiedade (psíquica ou fóbica) e irritabilidade (hostilidade e autoagressão).

De uma forma geral, na depressão, predomina a manifestação de sentimentos de tristeza, vazio ou perda da capacidade de experimentar sensação de prazer na realização de atividades em geral ou diminuição ou falta de interesse aos diversos estímulos recebidos do ambiente. Muitas vezes, associada a cansaço ou fadiga (DEL-PORTO; LARANJEIRAS; MANSUR, 1983).

A manifestação de depressão, após a ocorrência da queimadura, pode ser frequentemente apresentada como resposta aos fatos que originaram o acidente (situação de estresse), as mudanças físicas (lesões e dependência) ou as novas situações originadas com a ocorrência do acidente (estresse da família ou conflitos conjugais) (CHOINIÈRE et al., 1989).

Assim, como a presença de dor, ansiedade e depressão, a manifestação de baixa autoestima pode apresentar influência negativa na recuperação do paciente. Rosenberg (1965) refere-se à autoestima como a avaliação que o indivíduo faz, e que habitualmente mantém, em relação a si mesmo. Autoestima é um juízo de valor (aprovação ou desaprovação subjetiva) que se expressa mediante as atitudes, verbalizações ou comportamentos que o indivíduo mantém de si mesmo. A autoestima e outros conceitos como autoimagem estão intimamente relacionados e refletem a imagem do que sentimos ser e o que é observado (por si próprio e pelos outros). Pode ser referida como positiva (alta) ou negativa (baixa). Baixa autoestima seria a autoavaliação ou manifestação de sentimentos negativos prolongados sobre si mesmo ou sobre suas capacidades, na qual o indivíduo julga-se incapaz para responder a algumas situações ou eventos, não assertivo em suas decisões e passa a manifestar sentimentos de desamparo e inutilidade (NANDA, 2009), e alta autoestima refere-se à satisfação interna do indivíduo que o faz sentir-se feliz e passar a valorizar mais sua vida.

Pelham e Swann (1989) ressaltam a complexidade de sua composição, a importância dos fatores cognitivos e afetivos da autoestima (multidimensional) e identificam três componentes principais: (1) estados afetivos positivos e negativos; (2) concepções de si mesmo, forças e debilidades; e (3) forma como as pessoas “interiorizam” as suas autoimagens, ou seja, o predomínio de percepções de “autoimagens” positivas sobre as negativas, e a discrepância entre as “autoimagens” reais e as ideais de si próprio.

No paciente queimado, a autoestima pode estar estreitamente relacionada à imagem corporal a qual, por causa do trauma, encontra-se repentinamente mudada. Essas mudanças, durante o processo de completa recuperação, podem-se tornar ainda mais evidentes, favorecendo o aparecimento de sintomas de depressão (KILDAL; WILLEBRAND; ANDERSSON, 2005). Assim, sentimentos de incapacidade para enfrentar procedimentos diários (banhos, curativos e realização de fisioterapia), de infelicidade pelo acontecido, e as consequências futuras são frequentemente apresentados por pacientes queimados, durante o longo período de reabilitação, afetando o bem-estar individual (do paciente) e coletivo (da família) e, conseqüentemente, sua qualidade de vida.

O conceito de Qualidade de Vida (QV), na literatura, tem sido amplamente discutido e referida como Qualidade de Vida (*Quality of life*), Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (*Quality of life health related*) ou Estado de Saúde (*Health Status*). No final da década de 1990, o Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da OMS definiu QV como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1998). O conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde tem sido utilizado como um conceito amplo, no qual, está integrado um conjunto de instrumentos de medida desenvolvidos a partir de uma perspectiva funcionalista (FLECK, 2008). Quando o conceito é relacionado à saúde, ou seja, quando nos referimos à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), os autores a definem como o estado de saúde, a capacidade funcional, a duração da vida, os sintomas ou lesões provenientes da doença e tratamento e a oportunidade de saúde (VALDERAS; FERRER; ALONSO, 2005), ou como acontece a capacidade de um indivíduo de desempenhar as atividades da vida diária, considerando sua idade e papel social. De uma forma geral, é possível observar que o conceito é bastante amplo e envolve tanto aspectos subjetivos como objetivos que interagem ativamente no indivíduo e em sua cultura. Essencialmente, a *qualidade de vida* é um *construto subjetivo e multidimensional*, composto por dimensões *positivas* (por exemplo, mobilidade e adaptação) e *negativas* (por exemplo, a dor).

No paciente queimado, na década de 1990, pesquisadores definiram **Qualidade de Vida no paciente queimado** como o resultado da interação entre relacionamento social, funcionalidade física e psicológica e estado econômico percebido pelo paciente, após o acontecimento da queimadura (COBB; MAXWELL; SILVERSTEN, 1990). **Qualidade de vida e/ou Estado de Saúde no paciente queimado** estaria entendida como a interação entre as limitações ocasionadas pela queimadura e a capacidade de resposta e adaptação do

indivíduo a essa nova situação (PRUZINSKY et al., 1992), ao longo do processo de reabilitação até a completa recuperação. Ou seja, QVRS no paciente queimado seria o “estado de saúde do indivíduo relacionado à *capacidade de resposta e adaptação* do indivíduo às mudanças, relacionadas aos aspectos individual, familiar e social, ocasionados pelo acidente (relacionado à saúde)”. Conceito que será adotado, no presente estudo, ao referirmos a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) do paciente queimado.

Ainda, considerando o conceito de QVRS do paciente queimado, consideramos importante ressaltar que, ao falarmos de *capacidade de resposta e adaptação*, depois de uma queimadura, estamos nos referindo a um processo complexo, no qual interferem variáveis físicas (corpo e seu movimento), estéticas (visibilidade de cicatrizes), sociais (aceitação social de mudanças visíveis) e mentais (percepção de si próprio após mudanças ocasionadas pelo acidente). Variáveis essas que se apresentam de diferente forma e intensidade entre os indivíduos que compartilham a queimadura como situação em comum, mas que se diferenciam por apresentar particularidades para cada indivíduo, família e sociedade à qual eles pertencem, por exemplo, motivo do acidente, histórico de vida, capacidade de enfrentamento e suporte familiar e/ou social. Portanto, o processo de recuperação de aspectos físicos, mentais, sociais e de saúde geral deve ser entendido como um processo dinâmico (DRUERY; BROWN; MULLER, 2005) e complexo que inclui um universo de indicadores, os quais interferem, de forma direta ou indireta, na QVRS desses indivíduos.

1.1 AVALIAÇÃO DA SAÚDE PERCEBIDA PELOS INDIVÍDUOS QUEIMADOS: CONCEITOS RELACIONADOS E INSTRUMENTOS DE MEDIDA UTILIZADOS

A necessidade de criar e aplicar instrumentos de medidas válidas e confiáveis para manifestações essencialmente subjetivas, como as anteriormente expostas, tem originado grandes esforços por parte dos pesquisadores nas últimas décadas, os quais foram iniciados nos estudos realizados por Spearman e deram origem à psicometria (PASQUALI, 2003).

A psicometria, por décadas, vem contribuindo com o conhecimento de conceitos de interesse de profissionais de saúde, como a enfermagem, que são difíceis de operacionalizar, ainda mais quando o interesse, por exemplo, é medir cognição, afetos, habilidades psicomotoras e funcionalidade física (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2005). A psicometria (ou medida em psicologia) está inserida na teoria da medida em geral, a qual desenvolve uma

discussão epistemológica em torno da utilização do “número” no estudo científico dos fenômenos naturais (PASQUALI, 2003).

Na atualidade, conta-se com inúmeros instrumentos que foram criados à luz dos postulados da psicometria. A proposta e utilização desses instrumentos vêm aumentando em diversos países e idiomas e vêm favorecendo a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários dos diferentes serviços e especialidades, assim contribuindo com uma rápida identificação de problemas e necessidades prioritárias à saúde, assim como a tomada de decisões mais acertada na procura da melhoria dos cuidados e na captação de usuários dos serviços de saúde (HIGGINSON; CARR, 2001).

1.1.1 Avaliação da saúde percebida: conceitos relacionados

É possível observar que, ao falarmos de medidas/avaliação de resultados de saúde percebidos pelos indivíduos, há a incorporação de conceitos relacionados aos *instrumentos ou formas de medida* (sejam esses, escalas, questionários, inventários e testes) ao *conceito medida* (por exemplo, atributo, sensação, construto, traço e estado), à *dimensionalidade* do conceito medido (unidimensional ou multidimensional) e à estrutura do instrumento (item e/ou questão), que a seguir são definidos.

Medir/mensurar é o estudo de conceitos, concretos ou abstratos, baseado em representações (e suas diversas formas) de estruturas matemáticas, ou seja, é o processo de atribuir números às características ou atributos dos objetos ou indivíduos. Sempre que utilizado o instrumento adequado, o ato de medir torna possível conhecer as propriedades, atributos ou características do objeto pretendido (por exemplo, altura e largura) e a quantidade em que esses se apresentam (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2005; Da-SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006). Por exemplo, a Escala Visual Analógica e Escala Numérica para dor, cuja avaliação limita-se à “intensidade”. *Mensuração e avaliação* são conceitos utilizados de forma semelhante, porém apresentam algumas diferenças.

Avaliar inclui a mensuração (medida direta) e a consideração de significados e/ou qualificações (medida indireta) do atributo (Da-SILVA, RIBEIRO-FILHO, 2006). Avaliar expressa um conjunto de processos que as pessoas usam para formar impressões ou imagens, que levam à tomada de decisões e verificação de hipóteses em relação às características das outras pessoas no confronto dela e do meio ambiente (PASQUALI, 1999), por exemplo, o

questionário de dor de McGill (MAIANI, SANAVIO, 1985) que avalia as dimensões sensitivo-discriminativas, afetivo-motivacionais e cognitivo-avaliativas da dor.

Escala pode ser a medida de um atributo empírico que resulte em uma série de números (PASQUALI, 1999; Da-SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006) ou pode ser um conjunto de itens ou questões designados para mensurar uma característica ou atributo (única variável) que geram um único resultado. No campo da ciência, escala pode ser utilizada para: **a.** designar o nível métrico da medida (escala ordinal, intervalar); **b.** designar um contínuo de números (escala métrica de 5 pontos); **c.** designar os itens do instrumento e; **d.** designar técnicas de construção e utilização de instrumentos psicológicos (escala tipo Likert) (PASQUALI, 1999; SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006), por exemplo, a Escala Visual Analógica (única pergunta, única resposta) e Escala de Ansiedade de Hamilton (várias perguntas e um único valor global) (HAMILTON, 1959).

Questionário é um instrumento de medida formado por um grupo de questões (escala) e pode estar composto por uma ou mais escalas (subescalas). Esses também podem ser uni e multidimensionais (Da-SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006). Os questionários se apresentam como medidas com normas de interpretação, o que não acontece com as escalas (PASQUALI, 1999). São sempre estruturados, sendo a ordem das questões ou itens predeterminados e fixos, mas ao mesmo tempo podem ser versáteis, já que perguntas abertas ou fechadas podem ser incluídas, assim como outros tipos de escalas, incluindo lista de comprovação, diferenças semânticas, escalas tipo *likert* e variáveis sociodemográficas (WALTZ; STRICKLAN; LENZ, 2005). Um exemplo é o Questionário de Dor de McGill, (MAIANI; SANAVIO, 1985) que permite chegar às medidas de dor pelo número de descritores escolhidos (no máximo vinte) ou o índice de dor com valor total (no máximo 78 pontos) ou ainda, para cada uma das quatro dimensões: sensitivo-discriminativas, afetivo-motivacionais e cognitivo-avaliativas da dor.

Inventário é um questionário que avalia traços da personalidade ou características semelhantes (Da-SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006), por exemplo, Inventário de Depressão de Beck (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger (SPEILBERGER, 1981).

Teste refere-se a um procedimento ou aparelho para medir uma variável. Na psicologia, geralmente é utilizado para mensurar uma dimensão, por exemplo, teste de inteligência geral (por exemplo: Teste Raven de Inteligência Geral) e quando este mede mais de uma dimensão, é chamado de escala (por exemplo: Escala Wechsler de Inteligência para adultos – WAIS) (Da- SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

Ainda, na incorporação de conceitos novos, no que diz respeito à psicometria ou medidas de manifestações humanas de essência subjetiva, na construção dos instrumentos de medida, encontramos os seguintes termos:

Atributo é um elemento que pode representar uma característica do objeto estudado. Identifica, ou seja, confere um nome, por exemplo: aluno (Da-SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

Sensação é um construto, um conceito baseado em opiniões objetivas provenientes de estimulação e reações (Da-SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006), por exemplo, dor.

Construto é tudo aquilo que a ciência entende por *sensação*. É um conceito científico, teoricamente embasado, desenvolvido e construído para explicar determinado comportamento. Embora o construto não possa ser visto, ouvido ou tocado, sua existência pode ser inferida por meio de manifestações e/ou comportamentos (Da-SILVA, RIBEIRO-FILHO, 2006). Portanto, é a definição operacional de um conceito, de forma a permitir seu conhecimento científico, ou seja, conceitos ou construtos serão cientificamente verificáveis se os mesmos forem passíveis de representação comportamental adequada (PASQUALI, 2001), por exemplo, capacidade funcional.

Traço e Estado: o *Traço* é a forma como a pessoa tende a reagir em situações percebidas como ameaçadoras. O *Estado* refere-se a um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos de tensão e apreensão conscientemente percebidos, que variam de indivíduo para indivíduo e em intensidade no decorrer do tempo. Por exemplo, pessoas com elevados níveis de Ansiedade-traço tendem a apresentar também elevados níveis de Ansiedade-estado, já que identificam situações como ameaçadoras com maior frequência (ANASTASI; URBINA, 2000; SPIELBERGER, 1981), por exemplo, ansiedade avaliada por meio do Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger (1981).

Traço latente referido, também como: variável hipotética, variável fonte, fator, construto, conceito, traço cognitivo ou de personalidade, atitude, entre outros. Na área da estatística, é referido como score ou resultado único/bruto do sujeito, um resultado abstrato (chamado de resultado verdadeiro) e que sendo abstrato seria a representação de uma variável não observável, portanto um traço latente (PASQUALI, 2003), por exemplo, depressão.

Dimensão refere-se às características de um atributo passíveis de serem medidas (Da-SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006). Por exemplo, altura é conceito *unidimensional*, medido por uma única linha numérica. Já o conceito de QV é considerado *multidimensional* quer dizer que é um conceito composto por vários construtos, por exemplo, ao avaliar QV no paciente

queimado, deveríamos, por exemplo, pensar na avaliação da capacidade funcional, autoimagem, dor e relacionamento social.

Item ou questão são encontrados na literatura como semelhantes, referindo-se à estrutura linguística utilizada para obter respostas dos indivíduos (observações) sobre o construto que se deseja medir. Isto é, itens/questões são representações linguísticas de observações padronizadas, e o conjunto desses seria conhecer alguma característica/atributo do construto que se pretende medir (WILSON, 2005).

Além de conhecermos conceitos, como os anteriormente definidos, cabe ao pesquisador a importante tarefa de determinar os conceitos básicos da estrutura da medida, ou seja, selecionar o tipo de medida a ser empregado (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2005), e ainda, conhecer em profundidade o que pretende medir (variável), identificar o nível de medida mais adequado para o alcance do seu objetivo, seja esse, nominal, ordinal, intervalar e de razão. O que, conseqüentemente, levará à escolha correta das estratégias estatísticas a serem utilizadas.

De forma geral, escalas e questionários utilizados na mensuração de manifestações e comportamentos (subjetivos) são tratados como mensurações provindas de escalas intervalares, utilizando-se a soma e médias das respostas. A utilização de técnicas estatísticas como o coeficiente de correlação de Pearson ou o Teste t de *Student* podem ser utilizados, partindo-se do pressuposto de igualdade da distância entre duas medidas (Da-SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

1.1.2 Instrumentos de medida: genéricos e específicos

A mensuração/avaliação de manifestações essencialmente subjetivas tem-se tornado um grande desafio dentro do campo das ciências sociais. No campo clínico, as escalas estão sendo cada vez mais utilizadas, seja pela sua praticidade e/ou facilidade de entendimento por parte dos pacientes (MARVIN, 1998).

De forma geral, os questionários podem ser classificados em genéricos e específicos. Entende-se por questionário genérico aqueles que não têm por objetivos a avaliação de uma patologia específica e, seu uso, por exemplo, é apropriado em estudos epidemiológicos, de avaliação de sistemas de saúde e de tomada de decisões (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993). Já, os instrumentos específicos estão dirigidos à avaliação do impacto de

doenças específicas na vida diária dos indivíduos ou grupos específicos de indivíduos, por exemplo, idosos, adolescentes e crianças (FAYERS; MACHIN, 2007).

Em relação aos questionários existentes, alguns autores chamam a atenção sobre a importância de utilizar instrumentos que se mostrem confiáveis e válidos e sejam específicos para a população que se pretende conhecer. A principal vantagem sobre o uso de instrumentos específicos, em pacientes queimados (assim como em outras condições específicas de saúde), é permitir a obtenção de resultados e descrições detalhadas sobre o estado geral de saúde dessa população, realizar comparações com outras situações de saúde (VAN BAAR et al., 2006) e adotar condutas benéficas para o cuidado desses pacientes, desde a etapa aguda até a completa recuperação (dentro e fora do ambiente hospitalar).

Os instrumentos podem ser divididos, segundo sua dimensionalidade de medida, em unidimensionais e multidimensionais. As escalas unidimensionais estão direcionadas para a identificação e mensuração da intensidade, e as escalas multidimensionais, além de avaliar a intensidade na qual se apresenta o atributo, avaliam outras dimensões, como, no caso da dor, a sensorial, afetiva e indicadores fisiológicos, comportamentais e contextuais relacionados (ANGELOTTI, 2002; FALEIROS-SOUSA, 2002).

A relevância da utilização desses instrumentos radica em permitir assinalar um valor a uma característica, sensação, traço, atributo, estado ou variável latente, contribuindo para a identificação de diagnósticos e na detecção de variação de sintomas (Da-SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

1.1.3 Instrumentos de mensuração/avaliação da dor, ansiedade e impacto do evento no paciente queimado: revisão de literatura

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; ECHEVARRIA-GUANILO, 2005).

Na realização de uma busca na literatura de estudos que aplicaram algum instrumento para avaliação/mensuração da dor em pacientes queimados, consultaram-se, na base de dados PUBMED, os descritores controlados: *pain measurement AND burns* e *Pain AND Burns*, limitando-se a busca a: a) os descritores encontrados no título ou no resumo; b) artigos publicados em inglês, português ou espanhol; c) estudos realizados em seres humanos maiores de 19 anos (adultos) e d) sem limite de ano de publicação. Entre os instrumentos genéricos mais utilizados foram encontrados: a Escala Visual Analógica (LEE et al., 1988; BROFELDT et al., 1989; CHOINIÈRE et al., 1989; EVERETT et al., 1994; TENGVALL et al., 2006); a Escala Numérica (CHOINIÈRE; GRANIER; PAQUETTE, 1992; CHOINIÈRE; AUGER; LATARHET, 1994; OHRBACH et al., 1998; ANG et al., 2003; FINN et al., 2004) e o Questionário de Dor de McGill (CHOINIÈRE et al., 1989; CHOINIÈRE; GRENIER; PAQUETTE, 1992; TURNER, et al., 1998). Não foi possível encontrar instrumentos específicos para avaliar dor no paciente queimado, no entanto, encontramos o Termômetro Visual Analógico que consiste em uma adaptação da EVA para poder ser manipulado por pacientes que apresentam queimadura nas mãos (CHOINIÈRE; AUGER; LATARJET, 1994; TAAL; FABER, 1997a, 1997b, 1997c; VAN TWILLERT; BREMER; FABER, 2007).

Para a busca de estudos realizados que tiveram como objetivo avaliar ansiedade no paciente queimado, foram consultados como descritores controlados: *Anxiety AND burns*, utilizando-se, também, como limites da busca: a) os descritores encontrados no título ou no resumo; b) artigos publicados em inglês, português ou espanhol; c) estudos realizados em seres humanos maiores de 19 anos (adultos) e d) sem limite de publicação. Foram encontrados estudos que utilizaram como instrumentos genéricos: o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (KHOOSAL et al., 1987; CHOINIÈRE et al., 1989; ORR; REZNIKOFF; SMITH, 1989; MILLER; HICKMAN; LEMASTER, 1992; PTACEK; PATTERSON; DOCTOR, 2000; AARON et al., 2001; VAN TWILLERT; BREMER; FABER, 2007), a EVA para ansiedade (VAN-DER-DOES, 1989; TAAL; FABER, 1997b; TURNER et al., 1998), o Inventário de Ansiedade de Beck (CHOINIÈRE et al., 1989; BRAS et al., 2007), a Escala de Ansiedade Hospitalar (SHAKESPEARE, 1998; WILLIAMS; GRIFFITHS, 1991) e a Escala de Ansiedade de Hamilton (FRANULIC et al., 1996). E como instrumento específico de avaliação de ansiedade no paciente queimado, encontrou-se a *Burns Specific Pain Anxiety Scale-BSPAS* (TAAL; FABER, 1997b; TAAL et al., 1999; AARON et al., 2001), medida que foi proposta com o objetivo de avaliar a ansiedade relacionada à queimadura, isto é, relacionada à realização de procedimentos causadores de dor.

Foi possível observar, na literatura, diversos estudos realizados com o objetivo de conhecer os instrumentos que se mostrem mais apropriados na mensuração/avaliação de dor e ansiedade, assim como a existência de versões adaptadas para o português do Brasil de instrumentos genéricos para avaliar dor e ansiedade em adultos queimados. Frente à existência de diversos instrumentos para avaliar dor e ansiedade, cabe ao pesquisador selecionar o instrumento mais adequado para a população na qual será aplicado (BIRD, 2003). A necessidade de um instrumento de avaliação e/ou mensuração de dor e ansiedade para vítimas de queimaduras torna-se evidente, ainda mais, quando considerarmos o longo período de internação, a realização de procedimentos como banhos, curativos e enxertos que, embora dolorosos, são necessários para a recuperação dos pacientes (CHOINIÈRE et al., 1989), e as condições físicas das vítimas de queimaduras e demais particularidades, a brevidade e fácil compreensão do instrumento, também, tornam-se de grande importância, (ROBERT, et al., 2000). Lamentavelmente não encontramos um instrumento específico que pudesse ser aplicado na população brasileira.

Sendo nosso principal interesse a avaliação de ansiedade e dor do paciente queimado e o impacto do evento, nos primeiros dias após a ocorrência do acidente, e possíveis consequências, em fases mais tardias da reabilitação e como referidas anteriormente, por não encontrarmos na busca na literatura um instrumento específico, optamos pela continuidade do processo de adaptação da *Burns Specific Pain Anxiety Scale* - BSPAS e da *Impact of Event Scale* - IES (ECHEVARRIA-GUANILO et al., 2006). A BSPAS é um instrumento específico, para pacientes vítimas de queimaduras, que avalia manifestações de ansiedade relacionadas a procedimentos dolorosos (TAAL; FABER, 1997b), e a IES que avalia os sentimentos frente ao acontecimento da queimadura (HOROWITZ; WILNER; ALVAREZ, 1979; TAAL; FABER, 1997c).

Com o desenvolvimento da presente investigação, pretendemos realizar um estudo amplo sobre as propriedades métricas de ambos os instrumentos (validade, confiabilidade e sensibilidade à mudança) e disponibilizar dois instrumentos que permitam avaliar o impacto que a experiência da primeira fase da queimadura, no que tange à dor, à ansiedade e ao impacto que o evento causa nos indivíduos, terá sobre as fases seguintes de reabilitação.

1.1.4 Instrumentos de mensuração/avaliação de manifestações associadas: depressão, autoestima e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)

Para o processo de escolha de medidas que pudessem ser utilizadas como parâmetros de comparação dos estudos das propriedades métricas dos instrumentos em questão (BSPAS-VP que avalia ansiedade frente a procedimentos dolorosos e a IES-VP que avalia estresse após o trauma), foram consideradas como medidas importantes, e descritas amplamente na literatura, como relacionadas ao trauma da queimadura e seu processo de reabilitação, a avaliação de depressão, a autoestima e a QVRS.

Para avaliação desses aspectos, a literatura apresenta diversos instrumentos (genéricos e específicos), sendo tarefa do pesquisador a escolha pelo instrumento que se adeque mais ao pretendido. Foi realizada uma consulta bibliográfica, a fim de conhecer quais seriam os instrumentos que estariam sendo mais utilizados para avaliar depressão, autoestima e QVRS em pacientes adultos, vítimas de queimaduras. Para a escolha do instrumento a ser utilizado no presente estudo, consideraram-se os seguintes aspectos: população para a qual o instrumento seria aplicado (idioma), situação na qual se pretendia avaliar o atributo (instrumento genérico ou específico) e característica do atributo que iria ser medido/avaliado (unidimensional ou multidimensional) (FAYER; MACHIN, 2007; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000). Portanto, os instrumentos escolhidos deveriam ter versão validada para o português do Brasil, preferencialmente específicos para serem aplicados em pacientes com queimaduras (sendo encontrados apenas instrumentos específicos) e que, pelas suas propriedades métricas comprovadas, fossem destinados a avaliar depressão, autoestima e QVRS.

Na busca de informação relacionada aos instrumentos que estariam sendo utilizados para avaliar depressão e autoestima em pacientes queimados, consultaram-se os descritores controlados: *depression* AND *burns* e *self-esteem* AND *burns*, na base de dados PUBMED. Determinaram-se como limites da estratégia de busca: localização dos descritores no título ou no resumo, estudos publicados nos idiomas inglês, português ou espanhol, realizados em humanos maiores de 19 anos e sem limite de ano de publicação. Para a avaliação de depressão de indivíduos com queimaduras, encontrou-se na literatura a aplicação de dois instrumentos genéricos: o Inventário de Depressão de Beck (BRAS et al., 2007; KHOOSAL et al., 1987; LEDOUX et al., 1998; POPE et al., 2007) e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar de Hamilton (KHOOSAL et al., 1987; ORR; REZNIKOFF; SMITH, 1989; FRANULIC et al.,

1996; SHAKESPEARE, 1998; WILLEBRAND et al., 2004). Para a avaliação de autoestima, encontraram-se estudos que aplicaram os instrumentos genéricos: Escala de autoestima de Rosenberg (ORR; REZNIKOFF; SMITH, 1989; ARNOLDO et al., 2006) e Inventário de Autoestima de Coperesmith (BOWDEN et al., 1980). Para ambos os casos, não foram encontrados instrumentos específicos para avaliar depressão e autoestima em pacientes queimados, tanto na literatura nacional quanto na internacional. Assim, foram selecionados, como medidas de comparação para o presente estudo, os instrumentos que mais foram utilizados para este objetivo e que já tivessem sido validados para o português do Brasil: O Inventário de Depressão de Beck (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996, 1998) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004).

Em relação aos instrumentos que eram utilizados para avaliar QV em pacientes adultos, vítimas de queimaduras, foram identificados, ao consultarmos os descritores controlados: *Quality of life AND burns*, delimitando-se na busca, também: localização dos descritores no título ou no resumo, estudos publicados nos idiomas inglês, português ou espanhol, realizados em humanos, maiores de 19 anos (adultos) e sem limite de ano de publicação. Foram encontrados entre os instrumentos genéricos mais utilizados o *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form - SF-36* (JONSSON et al., 1997; COSTA et al., 2003; ANZARUT et al., 2005; LITLERE MOI et al., 2006; DYSTER-AAS; KILDAL; WILLEBRAND, 2007; JARRET; McMAHON; STILLER, 2008), o EuroQol 5D (SÁNCHEZ et al., 2007), o *Quality of Life Questionnaire - QLQ* ou *Quality Of Life Scale – QOLS* em versão para adultos e jovens (FAUERBACH et al., 2000; CROMES et al. 2002; ROSENBERG et al., 2006; LITLERE MOI et al., 2006; POPE et al., 2007; BAKER et al., 2007) e o *General Health Questionnaire – GHQ* (KHOOSAL et al., 1987; FRANULIC et al., 1996; SAHRAIAN et al., 2008), e, como instrumento específico, para avaliar qualidade de vida em pacientes queimados adultos foi encontrada a *Burn Specific Health Scale – BSHS* (BLADES; MELLIS; MUNSTER, 1982; MUNSTER; FAUERBACH; LAWRENCE, 1996; KIMMO; JYRKI; SIRPA, 1998; CROMES et al., 2002; LITLERÉ MOI et al., 2003; KILDAL et al., 2005; DRUERY; BROWN; MULLER, 2005; KILDAL et al., 2005; NOBLE; GOMEZ; FISH, 2006; BAKER et al., 2007; WILLEBRAND; KILDAL, 2008). Embora a BSHS fosse o único instrumento específico para avaliar QV em pacientes queimados, não foi possível ser utilizada no presente estudo, por encontrar-se, quando elaboramos o projeto que deu origem a esta pesquisa, em processo de adaptação e validação para o português do Brasil (FERREIRA et al., 2008). Assim sendo, o SF-36, o instrumento mais utilizado na literatura e cujas propriedades métricas já foram bastante estudadas, foi o instrumento de escolha para avaliar qualidade de vida relacionada à saúde no presente estudo.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1 ESTUDO DA VALIDADE E CONFIABILIDADE DOS INSTRUMENTOS ADAPTADOS

Os testes/instrumentos são medidas de processos psicológicos que se baseiam nos fundamentos da medida em ciência (psicometria), os quais pretendem apresentar caráter de legitimidade, produzindo resultados confiáveis. Essas medidas devem ser fundamentadas em teorias e utilizadas de forma apropriada (PASQUALI, 2001). Por serem instrumentos de medida, devem apresentar determinadas características que justifiquem a confiança nos dados que produzem. Portanto, como qualquer instrumento de medida, deverão ser calibrados, para produzir resultados com o mínimo de erro possível. Assim, para que esses instrumentos de medida sejam considerados legítimos e confiáveis, devem possuir duas características: validade e precisão (PASQUALI, 2001). Isto é, devem-se avaliar o grau com que o instrumento está realmente medindo o que se propõe a medir (PASQUALI, 2001) e o grau de consistência com que mede o atributo proposto (DEYO; DIEHR; PATRICK, 1991). A *Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust* (2002) sugere oito critérios que devem ser apresentados e estudados nos instrumentos de medida: 1. Aspecto conceitual e modelo de medida; 2. Validade; 3. Confiabilidade; 4. Sensibilidade à mudança; 5. Interpretabilidade; 6. Carga para o respondente e avaliador; 7. Formas alternativas; e 8. Adaptação Cultural (tradução para outros idiomas e populações).

A maioria dos instrumentos, para mensuração de variáveis relacionadas à saúde, geralmente, tem sido desenvolvida na Europa e América do Norte, ou seja, especialmente em países de língua inglesa. Esse fato gera o principal problema para a aplicação de instrumentos que são propostos para uma dada população e são utilizados em países, idioma e cultura diferentes. Assim, nesses casos, deve-se submeter o instrumento de escolha a um processo de adaptação rigorosa, de forma tal que sejam asseguradas a qualidade de medida do instrumento original e sua adequação à população-alvo (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000).

Apesar de esses instrumentos serem desenvolvidos em idiomas e culturas diferentes, representam uma grande tentativa da busca de uma linguagem comum que deve permitir a comparação dos resultados obtidos pelos diferentes pesquisadores (DEL-PORTO;

LARANJEIRAS; MASUR, 1983). Na literatura, para o estudo dessas propriedades, a Psicometria apresenta duas grandes teorias: Teoria Clássica e Teoria de Resposta ao Item (PASQUALI, 2001).

2.1.1 Modelo de Psicometria Clássica - Teoria Clássica dos Testes (TCT)

O foco de interesse da TCT é o comportamento, isto é o valor do teste provindo de resultados de comportamentos, respondendo àquilo que o teste deve medir. Para tanto, estuda-se a validade que evidencia se o que está sendo medido é o que o pesquisador está pretendendo medir, sendo acurácia outro termo usado para essa propriedade (HULLEY; MARTIN, CUNMINGS, 2003) e a confiabilidade do instrumento que avalia o grau de consistência na qual o instrumento mede o atributo proposto (FAYER; MACHIN, 2007).

Clark-Carter (1999) refere que a validade de um instrumento pode ser analisada por meio da validade de face, validade de conteúdo, validade de construto e validade de critério.

- A *validade de face* diz respeito à percepção de outras pessoas sobre a medida. Diz respeito à análise teórica dos itens, chamada de análise de conteúdo e que propriamente deveria ser considerada como parte da análise de construto, já que procura verificar a representação dos itens em relação ao atributo latente (PASQUALI, 2003). Bowling (1994) se refere à validade de face como uma forma de validade de conteúdo. A *validade de conteúdo* tem como objetivo analisar se os domínios contemplados no instrumento (aspectos ou comportamentos relacionados ao atributo) são apropriados e seguem os objetivos (CLARK-CARTER, 1999).

- A *validade de construto* refere-se ao grau de avaliação que um instrumento tem sobre o construto para o qual, sob bases teóricas, foi designado para medir, isto é, indica se o instrumento mede de forma adequada a teoria do construto, traço ou construto teórico pretendido. A validade de construto é definida como uma das características mais importantes de um instrumento de medida, já que permite descobrir se a representação (teste) constitui uma representação legítima e adequada para o construto pretendido (CLARK-CARTER, 1999; FAYERS; MACHIN, 2007; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Esta pode ser avaliada pela *validade de construto convergente e divergente ou discriminante*.

- A *validade de construto convergente* implica correlação dos valores obtidos com instrumentos que medem conceitos relacionados, isto é, se o instrumento produz medidas

semelhantes a um instrumento já validado e que teoricamente mede construtos semelhantes ou relacionados (PASQUALI, 2001; FAYERS; MACHIN, 2007; SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST, 2002).

- A *validade de construto divergente* ou *discriminante* tem por objetivo identificar a falta de associação entre dois conceitos ou variáveis diferentes por natureza. Quando o instrumento em estudo é aplicado junto com outro instrumento, já validado, mas que mede um atributo diferente, ambos deverão produzir medidas diferentes (BOWLING, 1994, 2005; VALDERAS; FERRER, ALONSO, 2005). A validade discriminante também pode ser dirigida aos itens, isto é, ao estudo da capacidade do item para diferenciar sujeitos com valores altos dos sujeitos com valores baixos no construto que está sendo medido, a qual pode ser evidenciada estudando a diferenciação dos itens em dois grupos-critério (grupos-conhecidos) ou por meio da correlação do item com o total dos itens (PASQUALI, 2003).

A validade de construto pode ser avaliada, também, por meio da *Análise Fatorial* (Exploratória ou Confirmatória) das escalas adaptadas, o que permite determinar se os itens dos instrumentos estudados refletem diferentes comportamentos e valorações de peso (importância) para uma (esperado) ou mais dimensões. Nesse último caso, poderia mostrar os possíveis erros ou debilidades de algum item na nova versão.

- A *validade relacionada ao critério* refere-se ao grau em que um instrumento produz resultados semelhantes a outros instrumentos já existentes e válidos para avaliar o mesmo critério (BOWLING, 1994 e 2005). Envolve a avaliação do instrumento objeto do estudo com outro (padrão-ouro) já existente e conhecido por oferecer medidas confiáveis do critério em questão (FAYERS; MACHIN, 2007) ou o grau em que as medidas obtidas, por meio da aplicação do instrumento em estudo, se correlacionam com as medidas obtidas com um método de referência (SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST, 2002; VALDERAS; FERRER; ALONSO, 2005). Valderas, Ferrer e Alonso (2005) referem que frente à falta de medidas de critério ou de referência, esta é realizada quase que exclusivamente no estudo das versões resumidas dos instrumentos, empregando a versão original como uma medida-padrão ou de critério. A validade de critério pode ser avaliada pela *validade de critério concorrente e preditiva*.

- A *Validade de critério concorrente* se refere à aplicação de ambos os instrumentos de medida (em estudo e de referência) em um mesmo momento, ou seja, quando a medida produzida pelo instrumento é semelhante à de outro instrumento já existente e é administrado no mesmo momento.

- A *validade de critério preditiva* se refere ao critério como um acontecimento futuro ou a habilidade do instrumento para predizer futuros estados de saúde ou futuros resultados do teste relacionado ao critério em questão, isto é, quando a medida produzida pelo instrumento prediz algum comportamento ou situação futura (CLARK-CARTER, 1999; FAYERS; MACHIN, 2007; VALDERAS; FERRER; ALONSO, 2005). Fayers e Machin (2007) acrescentam que a *validade de critério preditiva* é um aspecto contemplado na validade de construto.

A confiabilidade é um termo utilizado para indicar a consistência interna de um instrumento de medida e a reprodutibilidade dos valores obtidos em duas ou mais aplicações do instrumento (DEYO; DIHR; PATRICK, 1991). A confiabilidade pode ser avaliada pelo grau de *consistência* com que os itens do instrumento medem o atributo proposto (VALDERAS; FERRER; ALONSO, 2005; PINO et al., 2008) e pelo grau em que o instrumento permite a *reprodução* e a obtenção de resultados consistentes, exceto por erros aleatórios, quando aplicados em diferentes ocasiões (VALDERAS; FERRER; ALONSO, 2005).

Assim, a confiabilidade da medida pode ser avaliada por meio de *formas equivalentes* que estudam a concordância entre os valores obtidos por dois ou mais instrumentos desenvolvidos para mensurar um mesmo atributo e aplicados aos mesmos indivíduos, sendo que um dos instrumentos é considerado padrão-ouro e o outro é o instrumento a ser validado; a *consistência interna* que estuda a homogeneidade dos itens, ou seja, quando os itens medem o mesmo atributo e produzem resultados consistentes uns com os outros. A correlação dos itens do instrumento indica a homogeneidade da medida (consistência interna). Essa pode ser estimada a partir de apenas uma aplicação do instrumento (STREINER; NORMAN; 2003); já o *teste-reteste* (PASQUALI, 2001; FAYERS; MACHIN, 2007) e a avaliação *interobservador* (FAYERS; MACHIN, 2007) que avaliam a capacidade do instrumento de produzir os mesmos resultados, quando ele é aplicado em momentos distintos não muito distantes um do outro, pelo mesmo observador, em uma mesma população (teste-resteste) ou quando, no mesmo período (ou momento), o instrumento é aplicado por observadores diferentes à mesma população (interobservador).

Reprodutibilidade e precisão são outros termos usados para essa propriedade (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 2003; PASQUALI, 2001; WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2005). Hulley, Martin e Cummings (2003) a denominam como “precisão”, referindo que uma medida de alta precisão é aquela que mostra valores semelhantes a cada medida (reprodutibilidade).

A estimativa mais utilizada é o coeficiente Alfa de Cronbach que permite evidenciar se o teste, como um todo, mede apenas o atributo proposto. Esse é o indicador mais frequentemente utilizado na análise da consistência interna de instrumentos, pois reflete o grau em que todos os itens medem um mesmo construto. É importante ressaltar que essa análise permite conhecer o comportamento global da escala e não o comportamento individual de seus componentes (MERINO; DIAZ, 2005). O Alfa de Cronbach assume valores entre 0 e 1. O esperado é que os itens que compõem o instrumento estejam positivamente relacionados, o que confirmaria a medida de um mesmo atributo. Valores acima de 0,70 (PASQUALI, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; CUMMINGS; STWART; RULLEY, 2003) refletem um alto grau de consistência interna. No caso de valores obtidos para avaliação de variáveis psicossociais, 0,50 seria considerado valor aceitável e alto (BOWLING, 2005). Valores baixos para consistência interna indicam que alguns dos itens individuais podem estar medindo características diferentes (CUMMINGS; STWART; RULEY, 2003).

Um instrumento não deve ser somente confiável e de resultados reprodutíveis, mas deve detectar estabilidade ou mudança na condição de saúde dos indivíduos, portanto a *sensibilidade* ou *responsividade* e *interpretabilidade* são outras propriedades que devem ser estudadas (FAYERS; MACHIN, 2007).

A sensibilidade representa a habilidade de detectar diferenças entre grupos, e responsividade é a habilidade de detectar mudanças. A sensibilidade pode ser avaliada por estudos transversais, mas a responsividade é avaliada por meio de estudos longitudinais nos quais espera-se encontrar diferença entre as medidas realizadas em diferentes tempos. De forma geral, escalas específicas de medida apresentam maior responsividade, quando comparadas a escalas de medidas genéricas (FAYERS; MACHIN, 2007).

A sensibilidade é um conceito relacionado à interpretabilidade, a qual é definida como a capacidade do instrumento em detectar diferenças ou mudanças no construto avaliado. A sensibilidade está mais ligada às características da estrutura do instrumento, enquanto a interpretabilidade é mais relacionada com os usuários do instrumento (indivíduo, clínico, sociedade, entre outros) (MCHORNEY; TARLOV, 1995). A sensibilidade ou responsividade pode ser avaliada por meio da *sensibilidade à mudança* que avalia a capacidade de um instrumento para detectar mudanças no tempo (mudanças consideradas importantes) e na condição de saúde do indivíduo, ao longo do tempo, relacionada à presença ou ausência de um determinado construto (SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST, 2002; VALDERAS; FERRER; ALONSO, 2005).

A interpretabilidade refere-se ao grau em que os valores obtidos por meio da aplicação do instrumento produzem informação relevante para o indivíduo e para o clínico, em relação ao construto a ser medido. Mantém próxima a relação com a sensibilidade, mas está relacionada a mudanças do próprio paciente. A interpretabilidade do instrumento pode ser baseada em comparações entre populações como, por exemplo, quando se compara a qualidade de vida medida por um instrumento entre dois grupos de indivíduos: sadios e vítimas de queimaduras. A interpretação dos valores de um instrumento pode também ser baseada, primeiramente, no indivíduo, comparando-o a uma população (o indivíduo está dentro ou fora das normas da população a que pertence) ou comparando-o a si mesmo (comparação dos valores do instrumento antes e depois de uma intervenção clínica) (FAYERS; MACHIN, 2007). A interpretabilidade de uma medida pode ser facilitada por meio da transformação dos valores quantitativos obtidos pelo instrumento em categorias qualitativas cujo significado é mais familiar ou mais fácil de ser interpretado pelo indivíduo e pelo clínico (MCHORNEY; TARLOV, 1995).

Para testar a sensibilidade à mudança em variáveis contínuas, o uso do teste t pareado é uma alternativa comumente usada, com a suposição de que valores maiores de mudança indicariam maior sensibilidade à mudança de um instrumento. Entretanto, esse método não é correto quando mudanças de escores podem ocorrer de forma sistemática como, por exemplo, devido ao efeito de aprendizado que ocorre quando uma pessoa responde ao mesmo instrumento por mais de uma vez (DEYO; DIEHR; PATRICK, 1991). Além disso, o teste t assume que as observações têm uma distribuição normal (Gaussiana). Quando a amostra é pequena, nem sempre é possível verificar se essa suposição é correta.

A sensibilidade de um instrumento, também, pode ser vista pelo efeito solo/mínimo (*floor effect*) e efeito teto/máximo (*ceiling effect*) dos escores, os quais afetam a reprodutibilidade do instrumento. O efeito máximo acontece quando uma alta proporção dos escores observados tem o valor máximo possível, enquanto o efeito mínimo ocorre quando uma alta proporção das observações tem o valor mínimo possível. Estes efeitos são comumente observados em instrumentos específicos. A presença de **efeito máximo** ou **mínimo** indica que o instrumento, ou os itens do instrumento, embora possam ser confiáveis, são pouco discriminantes, e que os dados obtidos poderiam ser de baixa sensibilidade à mudança (FAYERS; MACHIN, 2007). Por convenção, considera-se que esses efeitos estão presentes quando mais que 15% dos respondentes apresentam suas respostas concentradas nos valores máximos ou mínimos da escala (MCHORNEY; TARLOV, 1995).

Com um método de avaliar sensibilidade à mudança da IES-VP foi obtido o tamanho do efeito (*effect size*), o qual representa uma medida padronizada que permite evidenciar mudanças de saúde, independente da significância estatística, para os valores obtidos em diferentes momentos, em um ou mais de um grupo. É calculado a partir das médias de medidas obtidas em dois momentos diferentes, por exemplo, antes e depois de uma intervenção ou tratamento, dividido pelo desvio-padrão da primeira medida. Por convenção, seus valores são interpretados como pequeno (0,2 a 0,49), moderado (0,5 a 0,79) e alto ($>0,8$) (COHEN, 1997; KAZIS; ANDERSON; MEENAN, 1989).

É importante ressaltar que se o interesse é a realização de um estudo longitudinal com o objetivo de detectar diferenças de determinada condição de indivíduo ou grupo de indivíduos, então a escolha do instrumento utilizado dependerá de sua habilidade de detectar diferenças clinicamente importantes. De maneira geral, medidas sensíveis são também confiáveis, pois confiabilidade é um pré-requisito para sensibilidade (FAYERS; MACHIN, 2007).

Pelo exposto, pode-se dizer que a Teoria Clássica de Medidas trabalha com resultados brutos ou padronizados (resultados globais) que dependem do somatório do conjunto de itens que compõem o instrumento de medida, cujos valores globais dependem das características dos examinados e do grau de dificuldade de preenchimento dos itens de cada instrumento (PASQUALI, 2003). Com a necessidade de contar com uma teoria que atendesse às dificuldades encontradas, isto é, contar com resultados que não dependessem das características dos respondentes e do grau de dificuldade de resposta ao item, surgiu a Teoria Moderna com a proposta da Teoria de Resposta ao Item (TRI).

2.1.2 Teoria de Resposta ao Item (Teoria Moderna)

A Teoria de Resposta ao Item (TRI) inclui diferentes modelos para a construção de testes. O principal objetivo é proporcionar estimações invariantes, tanto dos parâmetros do item como da atitude dos sujeitos. Nesse sentido, contribui na superação do obstáculo que significa a elaboração de testes direcionados a distintos grupos. A TRI tenta prever a presença dos traços latentes ou atitudes, mediante um modelo matemático, ou seja, trata-se de estabelecer a relação entre as respostas a cada item e os traços responsáveis pelas respostas: curva característica do item (CCI). A CCI é uma função matemática que relaciona a

probabilidade de êxito em um item e a atitude para respondê-lo. Assim, a TRI contribui para: a) construir testes de medida; b) construir bancos de itens; c. estudar possíveis vieses dos itens e d) comparar itens. Os modelos mais utilizados são: Modelo Rasch e Logístico de três parâmetros.

Independente da Teoria aplicada para o estudo das propriedades métricas de instrumentos, outras características como as diferentes formas de apresentação dos instrumentos de medida (impresso, via computador e telefone), o grau de escolaridade ou preparação requerida do indivíduo, o tempo necessário para o preenchimento do instrumento, o esforço necessário para a compreensão e preenchimento, tanto por parte do avaliador quanto do entrevistado, precisam ser levadas em consideração durante a fase de desenvolvimento do instrumento. Essas particularidades devem ser consideradas dentro do conjunto de informações oferecidas no momento da proposta de cada instrumento, assim como na apresentação de uma nova versão (resumida ou adaptada).

A BSPAS-VP e IES-VP foram adaptadas para o português do Brasil como resultado de um estudo anterior (ECHEVARRIA-GUANILO et al., 2006) e, nesse estudo, foi utilizada a proposta de Guillemín, Bombardier e Beaton (1993), adaptada por Dantas e Rossi (2004), de acordo com os seguintes passos: 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 no idioma original (holandês); 6. avaliação semântica dos itens; e 7. pré-teste ou teste-piloto da versão final em português de ambos os instrumentos adaptados. Foram obtidos, também, dados relacionados à confiabilidade do instrumento: consistência interna do instrumento por meio da obtenção do Alfa de Cronbach, para o estudo do grau de associação entre os itens o Coeficiente de correlação de Spearman e, para o estudo da validade, foi testada a Validade Concorrente, correlacionada à BSPAS-VP e à IES-VP e a Escala Visual Analógica e o Inventário de Ansiedade-Estado de Speilberger.

Embora, na fase de adaptação e pré-teste (aplicação em 21 pacientes), os dados tenham se apresentado bastante encorajadores, considerou-se necessária a realização de outro estudo mais amplo sobre as propriedades métricas das versões adaptadas. Assim, a proposta do presente estudo é aplicar a BSPAS-VP e a IES-VP, já adaptadas para o português do Brasil, em uma amostra maior e estudar suas propriedades métricas, por meio de testes estatísticos que permitam constatar sua validade, confiabilidade, sensibilidade e interpretabilidade. No presente trabalho, optamos pela realização do estudo das propriedades

métricas da BSPAS-VP e da IES-VP, seguindo os propostos da Teoria Clássica que permitiria a comparação de resultados obtidos por outros pesquisadores no

2.2 INSTRUMENTOS EM PROCESSO DE VALIDAÇÃO

a. *Impact of Event Scale (IES-VP)*

A IES-VP foi proposta por Horowitz, Wilner e Alvarez (1979) com o objetivo de avaliar reações de estresse após o acontecimento de um evento traumático e foi criada como resposta à dificuldade da avaliação do estresse. Compreende itens que se referem a dois aspectos psicológicos importantes do estresse pós-traumático: *pensamentos intrusivos* caracterizados por pensamentos e imagens repentinas, pesadelos, sentimentos angustiantes e pensamentos repetitivos e por *respostas de evitação* caracterizadas por negação dos significados e das consequências do evento, sensação de entorpecimento e comportamento de inibição ou de rebeldia (HOROWITZ; WILNER; ALVAREZ, 1979).

As propriedades métricas da IES foram estudadas em um grupo de 66 pacientes encaminhados para uma clínica para tratamento especializado de síndrome de estresse. A IES apresentou confiabilidade média total forte (0,86) e, para as subescalas, apresentou Alfa de Cronbach alto (pensamentos intrusivos = 0,78 e respostas de evitação = 0,82) (HOROWITZ; WILNER; ALVAREZ, 1979).

Posteriormente, a consistência interna, sensibilidade à mudança e validade discriminante foram estudadas ao aplicar a IES em dois grupos de indivíduos: 35 indivíduos que procuraram o serviço do Centro de Estudos de Neurose, após a morte de um membro próximo da família, e 37 pacientes que também sofreram a perda de um membro da família, mas que não procuraram os serviços. Os participantes responderam à IES em três diferentes momentos (para o grupo que recebeu terapia: imediatamente à inclusão do estudo, quatro meses após ou ao terminar a terapia e 12 meses após concluir a terapia; e para o grupo-controle: imediatamente após iniciar sua participação, quatro meses após e sete meses após ter sofrido a perda do familiar). Para avaliação da confiabilidade, os autores obtiveram valores de Alfa de Cronbach que se apresentaram uniformemente altos variando de 0,79 a 0,92. Para o estudo da validade discriminante da IES entre grupos conhecidos, os autores aplicaram o Teste t e observaram maiores valores na IES (maior impacto do evento) entre os indivíduos

que realizavam terapia e os que não realizavam terapia. Ainda para a avaliação da sensibilidade da IES para detectar mudanças no tempo, foi aplicado o Test t entre as três diferentes medidas, assim observando que a IES se apresentava sensível para detectar mudanças tanto para medidas realizadas em longo quanto em curto espaço de tempo. Os autores concluíram que a escala apresenta uma forte consistência interna, tanto quando os itens são analisados em conjunto como quando analisados separadamente, sendo que o instrumento permite a identificação de diferenças entre grupos e permite detectar mudanças nas pontuações da escala realizadas em diferentes períodos (ZILBERG; WEISS; HOROWITZ, 1982).

A seguir, no Quadro 1, são apresentados os valores de Alfa de Cronbach obtidos em diferentes estudos, para as subescalas da IES (mantendo o mesmo número de dimensões e itens).

Quadro 1 – Consistência interna avaliada pelo Alfa de Cronbach das subescalas da IES em diferentes estudos, comparados aos obtidos na versão brasileira (IES-VP)

AUTORES DO ESTUDO	EVENTO	n	SUBESCALAS	
			INTRUSIVOS	EVITAÇÃO
Horowitz, Wilner, Alvarez (1979)	Perda, violência, acidentes e doença	60 (50 mulheres)	0,79	0,82
Robbins, Hunt (1996)	Exposição a guerra	281 homens	0,86	0,73
Kopel, Friedman (1997)	Tratamento de violência	50 mulheres	0,79	0,69
Classen et al. (1998)	Tratamento de violência	36 (24 mulheres)	0,89	0,88
Pietrantonio et al. (2003)	Exposição a um acidente	79 (20 mulheres)	0,84	0,71
Briere, Elliot, (1998)	Acontecimentos traumáticos	498 (55% mulheres)	0,90	0,90
Echevarría-Guanilo et al. (2006)	Evento traumático (queimadura)	21 (7 mulheres)	0,74	0,77

Desde sua proposta, a IES tem sido utilizada em diversos estudos (PIETRANTONIO et al., 2003; SUNDIN; HOROWITZ, 2002), e o Alfa total dos itens para as duas subescalas tem se apresentado alto, variando de 0,74 a 0,90 para os itens que avaliam *pensamentos*

intrusivos e de 0,69 a 0,90 para os itens que avaliam *respostas de evitação*. Os autores ressaltam a importância desse instrumento na avaliação de manifestações relacionadas ao impacto que diversos eventos e/ou traumas podem ocasionar nos indivíduos.

O estudo das propriedades métricas da BSPAS e da IES; no entanto, poderão ser realizados futuros estudos seguindo os propostos da TRI.

A escolha, pela validação da BSPAS-VP e da IES-VP, justifica-se no conhecimento da existência de instrumentos genéricos que podem ser de grande utilidade, porém considera-se necessária a disponibilização de instrumentos que permitam avaliar ansiedade-estado frente à realização de procedimentos causadores de dor e o impacto ocasionado pelo trauma da queimadura. Espera-se, também, devido às condições e limitações (físicas ou psicológicas) relacionadas à condição da queimadura que, além de válidos e confiáveis, ambos os instrumentos se apresentem curtos e de fácil compreensão e preenchimento.

b. *Burns Specific Pain Anxiety Scale (BSPAS –VP)*

A *Burns Specific Pain Anxiety Scale* – BSPAS é uma escala específica para avaliar ansiedade frente a procedimentos dolorosos em pacientes queimados. Foi proposta em holandês, em duas versões: de nove (TAAL; FABER, 1997b) e cinco itens (TAAL et al., 1999). As propriedades métricas da versão de nove itens foram estudadas por meio de sua aplicação em uma amostra de 35 indivíduos internados para tratamento por queimaduras na Holanda. Como medidas de consistência interna, os autores obtiveram o coeficiente de Alfa de Cronbach alto (0,94) e valores do coeficiente de correlação de Pearson que variaram de 0,71 – 0,82 ($p < 0,0001$), também considerados altos e, para a validade concorrente à BSPAS, foi correlacionada com o IDATE (0,58; $p > 0,005$) e com a EVA (0,59; $p > 0,005$, para valores referidos a procedimentos dolorosos e 0,38; $p > 0,05$ para os valores referidos a momentos de descanso).

Posteriormente, a escala resumida (cinco itens) e a original (nove itens) foram aplicadas em uma amostra de 173 pacientes adultos da Holanda e Bélgica. 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). Os autores concluíram que a versão da BSPAS resumida apresentou propriedades de medida confiáveis tanto quanto a escala original (TAAL et al., 1999).

Aaron et al. (2001) estudaram a capacidade que a BSPAS (versão de 5 itens) teria para prever índices de ansiedade relacionada à dor após a queimadura (frente a procedimentos dolorosos), avaliar manifestações de dor após administração de analgésicos e o desempenho físico desses pacientes após a alta hospitalar. Os autores referem que a BSPAS (cinco itens) se mostrou como o melhor preditor de índices de dor frente a procedimentos dolorosos e como o único instrumento capaz de prever diminuição do desempenho físico dos pacientes, após a alta hospitalar. Os autores concluíram que a BSPAS mostrou-se específica, curta, de fácil aplicação, confiável e válida para avaliar a presença de ansiedade-estado relacionada ao processo de cicatrização das queimaduras. Também, ressaltaram que a BSPAS mostrou-se como único indicador válido de ansiedade relacionado à dor entre indivíduos que sofreram queimaduras, podendo ser útil na identificação do risco para diminuição da capacidade funcional dos pacientes, durante o período de reabilitação e após a alta hospitalar.

A BSPAS tem sido associada ao impacto do evento (TAAL; FABER, 1997a). Os autores referem que a BSPAS (índices de dor e ansiedade-estado) estaria altamente associada à IES (índices de estresse pós-traumático) e a percepções de dor, durante a primeira e segunda semanas de internação. Pacientes com desordens de estresse teriam maior predisposição para desenvolver intensa ansiedade antecipatória associada a procedimentos dolorosos e, em pacientes sem estresse pós-traumático, haveria a possibilidade do estabelecimento de um círculo vicioso: dor aumenta ansiedade e ansiedade aumenta a dor (TAAL; FABER, 1997a).

Segundo os conceitos abordados até o momento, ambos os instrumentos em processo de adaptação (BSPAS-VP e IES-VP) são classificados como escala, isto é, são instrumentos de medida formados por um conjunto de itens, designados para mensurar ou avaliar um atributo (BSPAS-VP avaliando ansiedade-estado frente a procedimentos dolorosos, e a IES-VP avaliando o impacto do evento por meio da avaliação de pensamentos intrusivos e respostas de evitação) e que juntos geram um único resultado (pontuação global) (PASQUALI, 1999; Da-SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Validar a *Burns Specific Pain Anxiety Scale* – BSPAS e a *Impact of Event Scale* – IES, para o português do Brasil.

Objetivos específicos:

- Avaliar a validade de construto (validade convergente) da IES–VP, correlacionando-a com dor, autoestima, depressão e qualidade de vida relacionada à saúde.
- Avaliar a validade de construto (validade convergente) da BSPAS-VP, correlacionando-a com dor, ansiedade-estado e superfície corporal queimada.
- Avaliar a validade de construto (validade discriminante) da IES-VP e da BSPAS-VP em grupos distintos quanto a sexo, à extensão e à visibilidade das cicatrizes da queimadura.
- Avaliar a consistência interna da *Impact of Event Scale* – Versão Português (IES-VP) e da *Burns Specific Pain Anxiety Scale* – Versão Português (BSPAS-VP).
- Avaliar a sensibilidade da IES-P.

CASUÍSTICA E MÉTODO

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, correlacional e longitudinal que teve por objetivo o estudo das propriedades métricas da Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS e da Impact of Event Scale – IES.

4.2 Aspectos éticos

O projeto que originou este estudo (ANEXO A) e os termos de consentimento livre e esclarecido para o participante e familiar ou cuidador (caso o paciente fosse menor de 18 anos) (APÊNDICE A e B) receberam a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, assim como a autorização para adaptação e validação da *Burns Specific Pain Anxiety Scale* - BSPAS e da *Impact of Event Scale* - IES, pelos seus autores (ANEXOS B e C).

4.3 Local do estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Queimados Prof. Dr. Ruy Ferreira Santos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Essa instituição é a unidade de referência da região que, anualmente, recebe, aproximadamente, 150 pacientes para tratamento por queimaduras em regime de internação, dos quais aproximadamente 50% são crianças (ROSSI et al., 1998a) e 10% idosos. A unidade possui uma área de internação com dez leitos, duas salas de cirurgia e dois ambientes para atendimento ambulatorial. O atendimento aos pacientes adultos e crianças é feito por uma equipe multiprofissional (equipe médica, enfermagem, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, assistente social e terapeuta ocupacional).

4.4 Amostra de estudo

No que tange ao tamanho da amostra, Pasquali (1999) refere que este número poderia ser 100 pacientes por cada fator medido ou 10 sujeitos para cada item do instrumento; já Sapnas (2004) argumenta que amostras menores, de 5 a 10 indivíduos por item, também têm sido aceitas, com resultados relevantes.

Para alcançar o número de participantes adequado para atingir os objetivos do estudo (Validar a BSPAS-VP e a IES-VP), verificou-se a possibilidade de incluir, no estudo, pacientes atendidos na unidade de queimados do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - Francisco Morato de Oliveira (Hspe-Fmo). A unidade de queimados do Hspe-Fmo é composta por centro cirúrgico, enfermaria e ambulatório e atende adultos e crianças. Possui uma área de internação com 22 leitos, dos quais seis leitos estão destinados ao atendimento em terapia intensiva.

Após o início da coleta no Hsp-Fmo, observou-se, naquela instituição, uma grande demanda de pacientes graves que requeriam atendimento em terapia intensiva, necessitavam de ventilação mecânica e, por isso, permaneciam sedados. Outros casos requeriam atendimento psiquiátrico e uso de medicamentos que alteravam o estado cognitivo dos pacientes. Houve, ainda, dificuldades para receber informações sobre a possibilidade de inclusão de novos casos, já que nem sempre a enfermeira, que foi treinada para aplicação das escalas, estava disponível para ajudar no processo de coleta de dados. A pesquisadora principal do estudo telefonava semanalmente para saber se havia casos novos que obedecessem aos critérios de inclusão, e a resposta era sempre negativa. Assim foram coletados dados com apenas quatro pacientes, dos quais dois preencheram incorretamente os questionários. Dessa forma, no final de março de 2008, decidimos não incluir os pacientes admitidos nessa instituição e ampliar o período de coleta de dados na Unidade de Queimados do HCFMRP-USP de fevereiro de 2008 a abril de 2009, restringindo-se a coleta para a Unidade de Queimados de HCFMRP-USP.

Dessa forma, buscando atender ao tamanho amostral indicado na literatura, para estudos de validação, e considerando as dificuldades operacionais relativas ao número de sujeitos recrutados no limitado período de seguimento desta pesquisa, o total de participantes neste estudo foi de 91 sujeitos.

4.5 Critérios de seleção

Os critérios de seleção da amostra foram: ser maior de 15 anos de idade, independente do sexo, falar português, apresentar condições cognitivas que possibilitassem a participação, encontrar-se entre a primeira e segunda semanas após o acontecimento da queimadura e entre a primeira e segunda semanas de internação. O motivo da escolha desse período se deve ao fato de ele corresponder à “fase aguda de reabilitação” na qual são realizados procedimentos dolorosos tais como banhos, troca de curativos e enxertias que contribuem para a presença de manifestações de dor e ansiedade que são frequentemente encontradas entre esses pacientes (ADCOCK; BOEVE; PATTERSON, 1998).

Ressalta-se que todos os pacientes foram previamente informados sobre a finalidade do estudo. Participaram do estudo somente os pacientes que atenderam aos critérios de inclusão, referidos anteriormente, e que concordaram em participar, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.6 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada seguindo-se as seguintes etapas:

1ª etapa: obtenção do consentimento livre e esclarecido assinado pelo paciente e pelo cuidador (caso o paciente fosse menor de 18 anos de idade) (APÊNDICES A e B) e preenchimento do instrumento de coleta de dados de identificação (idade, sexo, estado civil, escolaridade e ocupação), dos dados relacionados à internação (dia do acidente, data da internação, agente etiológico, Superfície Corporal Queimada (SCQ), localização da queimadura e agente causador) e ao tratamento farmacológico (prescrição de ansiolíticos e analgésicos) (APÊNDICE C). Esses dados foram obtidos por meio da informação direta dos participantes e da consulta dos registros dos prontuários dos pacientes.

2ª etapa: foi realizado um seguimento de manifestações dolorosas, durante sete dias consecutivos, com a aplicação da Escala Visual Analógica para Dor (EVA) (ANEXO D), em três momentos diferentes do dia: a) imediatamente antes do banho e curativo (DIABC); b) imediatamente depois do banho e curativo (DIDBC); e c) dor no período de descanso, por volta das 20 horas, (DDPD).

3ª etapa: no final da primeira semana e/ou após o 7º dia da avaliação de manifestações de dor, conforme realizado por Taal e Faber (1997a, 1997b) e, preferencialmente, por volta das 16 e 17 horas, foram aplicados a Escalas IES-VP (APÊNDICE D: parte 1), a BSPAS-VP (APÊNDICE D: parte 2) e o Inventário de Ansiedade-Estado (IDATE) (ANEXO E). Período esse, em que os principais cuidados já haviam sido realizados, e o horário da visita teria terminado. Nos casos em que os pacientes receberam alta hospitalar, antes do período requerido para completar as etapas 2 e 3, isto é antes de completar os sete dias consecutivos de aplicação da EVA por sete dias consecutivos, o seguimento de manifestações dolorosas foi interrompido e, seguidamente, aplicadas as escalas BSPAS-VP, IES-VP e IDATE.

4ª etapa (composta por duas fases: 4-A e 4-B): a IES-VP (APÊNDICE D: parte 2), a Escala de AutoEstima de Rosenberg - EAER (ANEXO F), o SF-36 (ANEXO G) e o Inventário de Depressão de Beck - IDB (ANEXO H) foram aplicados, entre o 4º e o 6º mês (fase A da 4ª etapa) e entre o 9º e o 12º mês, após o acontecimento da queimadura (fase B da 4ª etapa). Referente ao período de seguimento e aplicação dos instrumentos, Bryant (1996); Lawrence, Fauerbach e Munster (1996) referem que durante o primeiro ano após a queimadura, o paciente passa por uma etapa de adaptação e que problemas psicológicos como depressão, ansiedade, baixa autoestima e estresse pós-traumático podem aparecer ou persistir após a alta hospitalar. Assim, pacientes com altos índices de estresse pós-traumático podem apresentar elevados índices de depressão e de baixa autoestima. De forma contrária, pacientes com baixos índices de estresse pós-traumático apresentariam baixos índices de desempenho e qualidade de vida.

Para todas as situações, quando o paciente não apresentava condições de preencher a escala por dificuldades físicas (por exemplo, lesões nas mãos e dificuldade visual) ou por não saber ler e/ou escrever, ele era informado da possibilidade de a pesquisadora preencher o instrumento junto com ele. Nas situações em que o paciente não pode comparecer à UQ, nos períodos de 4º a 6º meses e de 9º a 12º meses, após o acontecimento da queimadura, foram agendadas visitas no domicílio pela pesquisadora. Em todos os momentos em que a IES-VP e a BSPAS-VP (APÊNDICE D: Parte 1 e 2) foram aplicadas, realizaram-se registros dos comentários relacionados a cada item pelo paciente.

Como complemento importante ressalta-se que: a) os instrumentos foram autoaplicados ou preenchidos com ajuda do pesquisador, quando solicitados pelo paciente; b) houve verificação do preenchimento de todos os itens de cada questionário junto com o paciente, caso houvesse dúvida sobre o preenchimento do item, esse seria considerado nulo, mas essa situação não foi apresentada; c) o tempo de preenchimento para o conjunto de

instrumentos variou de 20 a 35 minutos (IES-VP, BSPAS-BP, EAER, IDB e SF-36); e d) com a finalidade de evitarmos problemas relacionados a limitações visuais, a leitura das instruções de preenchimento foi de forma conjunta: o pesquisador e o participante. Nessa etapa, optou-se pela apresentação da escala de resposta (sequência numérica de “zero” a “dez” e as duas palavras-âncora “Isso não descreve o que acontece comigo” e “Isso descreve bem o que acontece comigo”) redimensionada para uma linha de 200mm e letras de 0,8cm, sendo que o preenchimento do questionário foi realizado no formato impresso e na escala de resposta no tamanho correspondente.

A seguir, são apresentadas de forma resumida, as etapas seguidas no presente estudo (Figura 1).

Figura 1 – Representação esquemática do processo de coleta de dados e aplicação dos instrumentos de medidas.

4.7 Instrumentos de coleta dos dados

4.7.1 Instrumentos em processo de validação

a. *Impact of Event Scale (IES-VP)*: escala específica para avaliar dois aspectos psicológicos importantes do estresse pós-traumático. Está composta por 15 itens divididos em duas subescalas: sete itens que compõem a subescala que avalia pensamentos intrusivos e nove itens que avaliam reações de evitação. Na versão adaptada para ser aplicada no Brasil, cada item é respondido em uma linha visual de 100mm acompanhada de sequência numérica e duas palavras-âncora “isso não descreve o que acontece comigo” (zero) e “isso descreve bem o que acontece comigo” (10) . O valor total da escala é obtido pela soma dos valores das subescalas, e o valor total da escala pode variar de zero a 150 pontos. Quanto maior o valor, maior o estresse pós-traumático ou impacto do evento frente à queimadura (APÊNDICE D: parte 1) (HOROWITZ; WILNER; ALVAREZ, 1979).

b. *Burns Specific Pain Anxiety Scale (BSPAS –VP)*: escala específica para avaliar ansiedade frente a procedimentos dolorosos em pacientes que sofreram queimaduras. A versão escolhida para ser adaptada para o português do Brasil está composta por nove itens. Cada item é respondido em uma linha visual de 100mm acompanhada de sequência numérica e duas palavras-âncora “isso não descreve o que acontece comigo” (zero) e “isso descreve bem o que acontece comigo” (10) . O valor total da escala é obtido pela soma dos valores entre os itens, e o valor máximo da escala pode variar de zero a 90 pontos. Quanto maior o valor, maior ansiedade frente a procedimentos dolorosos (APÊNDICE D: parte 2) (TAAL; FABER, 1997).

4.7.2 Outros instrumentos e variáveis associadas

a. *Formulário para coleta de dados sociodemográficos e clínicos*: este formulário contém os dados de identificação dos sujeitos (data da coleta de dados, data de nascimento, idade, sexo, estado civil, escolaridade, procedência e ocupação), sobre a queimadura (dia e hora do acidente, data da internação, agente etiológico, superfície corporal queimada - SCQ, localização, agente causador e breve história do acidente) e terapia farmacológica em uso (ansiolíticos e analgésico) (ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006). Também, foram

coletados dados como: religião, pessoas significativas na família, percepção do paciente, frente às cicatrizes e/ou sequelas (em relação à visibilidade) e cuidados realizados com as cicatrizes, os quais foram atualizados em cada encontro realizado após a alta hospitalar (entre o 4º e o 6º mês e o 9º e o 12º mês) (APÊNDICE C).

b. Escala Visual Analógica para dor – EVA (HISKISSON, 1974): é um dos instrumentos de medida mais utilizados na mensuração da intensidade de manifestações dolorosas em pacientes com queimaduras (JONSSON et al., 1997; TURNER et al., 1998; PRAKASH; FATIMA; PAWAR, 2004) e tem se mostrado como um instrumento de avaliação de dor simples e sensível (GIFT, 1989). É um instrumento unidimensional que se caracteriza por utilizar o julgamento visual do paciente em uma linha visual analógica de 100 mm de comprimento (dimensão padronizada), a qual representa o contínuo da experiência dolorosa do paciente no momento da avaliação. A linha contém duas palavras-âncora “sem dor” (zero) e “pior dor possível” (100 mm). Quanto mais próximo o valor de 100 mm, maior a intensidade de dor manifestada pelo paciente. A apresentação da escala pode ser horizontal ou vertical, porém a forma horizontal é a mais amplamente utilizada (GIFT, 1989). No presente estudo, foi escolhida a forma horizontal para a avaliação de dor (ANEXO F).

c. Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger (IDATE): O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), proposto por Spielberger e adaptado por Biaggio e Natalício (1979), apresenta como característica principal a mensuração de aspectos inespecíficos que permeiam situações estressantes como tensão, nervosismo, irritabilidade, preocupação, entre outros.

O IDATE é composto por 40 itens divididos em dois instrumentos dirigidos à mensuração independente de ansiedade-traço e ansiedade-estado, respectivamente. Cada escala é composta por 20 itens (20 itens que avaliam ansiedade-estado e 20 itens para ansiedade-traço). Cada item apresenta quatro opções de resposta (1 - não, 2 - um pouco, 3 - bastante e 4 - totalmente), somando-se valores totais de 20 a 80 pontos para cada subescala (SPIELBERGER, 1981).

A ansiedade-traço é definida como a tendência que o indivíduo tem para apresentar ansiedade e/ou perceber diversas situações como ameaçadoras. A ansiedade-estado refere-se a um estado transitório de manifestação de ansiedade, em que o indivíduo experimenta sentimentos desagradáveis percebidos conscientemente. Essas manifestações podem, no decorrer do tempo, sofrer influência de fatores externos (SPIELBERGER, 1981). No presente estudo, optou-se pela aplicação do instrumento que avalia ansiedade-estado, em vista de que a BSPAS também está direcionada para avaliar ansiedade-estado frente à realização de procedimentos dolorosos, após a primeira semana depois do acidente ou da primeira semana de internação.

O IDATE é um instrumento de medida que, desde a sua proposta, vem sendo amplamente utilizado em diversos estudos (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998; PATTERSON et al., 1997; SHULDHAM et al., 1995) e tem sido aplicado, também, para avaliar manifestações de ansiedade entre pacientes, vítimas de queimaduras (TAAL; FABER, 1997b; GEISSER; BINGHAM; ROBINSON, 1995; ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2005). Embora não seja referido como a melhor escolha, por ser um instrumento genérico, optou-se por seguir sua aplicação, conforme realizado pelos autores originais da BSPAS, de forma a facilitar a comparação dos resultados de ambos os estudos. Com o objetivo de evitar a influência, em relação à concordância e ou aprovação sistemática dos respondentes, alguns itens são pontuados de forma inversa. Na escala do IDATE-estado, 10 itens deverão ser recodificados (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20) e, no IDATE-traço, sete itens (1, 6, 7, 10, 13, 16 e 19). Dessa forma, as respostas marcadas com 1, 2, 3, ou 4 receberão o valor de 4, 3, 2, ou 1, respectivamente.

Para a análise dos valores de ansiedade obtidos por meio da aplicação do IDATE (ansiedade-estado), considerou-se a medida contínua, na qual o valor da escala varia de 20 a 80 pontos, e, na descrição da amostra, a pontuação total foi classificada da seguinte forma: 20 – 40: Baixa ansiedade; 41 – 60: Média ansiedade e 61 – 80: Alta ansiedade (ANEXO E).

d. Escala de Autoestima de Rosenberg (ROSENBERG, 1965): é utilizada em sua versão adaptada para o português (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2001) e já aplicada no Brasil em pacientes queimados (FERREIRA et al., 2008). Essa escala tem sido empregada amplamente tanto na pesquisa como na prática clínica; a versão em inglês já foi, também, utilizada para mensurar autoestima de pacientes, vítimas de queimaduras (ORR; REZNIKOFF; SMITH, 1989; ARNOLDO et al., 2006). É um instrumento composto por 10 itens que avaliam sentimentos positivos (5 itens) e negativos (5 itens) dos indivíduos sobre si mesmos. Cada item é avaliado em uma escala tipo likert (1 - concordo plenamente, 2 - concordo, 3 - discordo e 4 - discordo plenamente). O valor total para a escala pode variar de 10 a 40 pontos (ROSENBERG, 1965) e quanto maior a pontuação, maior a autoestima (ANEXO F).

e. Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey (SF-36): proposto por Ware, Sherbourne (1992) e adaptado para o português, do Brasil, por Ciconelli et al. (1999). Trata-se de um questionário genérico e multidimensional de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde ou ao estado de saúde percebido, composto por 36 itens, os quais se dividem em 8 domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O escore normatizado para cada um dos domínios pode variar de zero a 100, no qual zero representa o pior estado de saúde do indivíduo e 100, o melhor estado de saúde. Esse questionário tem sido bastante utilizado (versão em inglês) para

avaliar qualidade de vida relacionada à saúde e capacidade funcional de pacientes, vítimas de queimaduras (COCHRAN et al., 2004; ALTIER et al., 2002) (ANEXO G).

f. Inventário de Depressão de Beck: o IDB foi proposto por Beck et al. (1961) e adaptado para o português por Gorenstein e Andrade (1996 e 1998). É amplamente utilizado tanto em pesquisa como na prática clínica (GORENSTEIN et al. 1999), tendo sido usado na avaliação de depressão em pacientes, vítimas de queimaduras (LEDOUX et al., 1998; ORR; REZNIKOFF; SMITH, 1989; WIECHMAN et al., 2001). Cada item, dos seus 31 itens, apresenta quatro alternativas de resposta que variam de 0 - 3 pontos, tendo uma pontuação total de 63 pontos. Quanto maior os valores totais da escala, maior a depressão. Os itens referem-se a sentimentos de tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998).

Entre as várias propostas existentes para a consideração dos pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI, Beck, Steer e Garbin (1988) referem que a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Assim, para amostras de pacientes com transtorno afetivo, é recomendado: menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 = depressão, de leve a moderada; de 19 a 29 = depressão, de moderada a grave; de 30 a 63 = depressão grave. Para amostras não diagnosticadas, as diretrizes são diferentes, ressaltando o cuidado do uso da palavra “depressão” que deveria ser utilizado unicamente nos indivíduos que apresentassem valores superiores a 20 pontos na escala, de preferência com diagnóstico médico concomitante e *disforia* para valores superiores a 15 pontos (KENDALL; HOLLON; BECK, 1987). Para as análises dos dados do presente estudo, foi considerada a medida contínua do resultado total da escala (variação de 0 a 63 pontos) e, como não é objetivo deste estudo estabelecer o diagnóstico médico de depressão, considerou-se a classificação de valores superiores a 15 pontos, para nos referirmos aos pacientes com indícios de depressão ou disforia (ANEXO H).

Para melhor visualização, das variáveis do estudo e os respectivos instrumentos usados na avaliação, a seguir, apresentamos duas figuras que descrevem os instrumentos utilizados para a validação da BSPAS-VP, seguimento até na segunda semana após a ocorrência do acidente (Figura 2) e os utilizados para a validação da IES-VP, seguimentos após alta hospitalar (Figura 3).

Figura 2 – Figura de medidas para as variáveis consideradas para a validação da BSPAS-VP - ansiedade frente a procedimentos dolorosos

Figura 3 – Figura de medidas para as variáveis consideradas na validação da IES-VP – Impacto do evento frente ao trauma da queimadura

4.8 Tratamento dos dados e análises estatísticas

Primeiramente, os dados obtidos por meio da aplicação dos instrumentos em questão foram organizados e digitados na planilha MS Excel-2002. Posteriormente, foram processados e analisados no programa SPSS *Statistical Package for the Social Sciences* versão 15.0. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas, de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão) das variáveis quantitativas, assim como de frequência simples para as variáveis categóricas. Os testes para análise das propriedades métricas da BSPAS-VP e da IES-VP estão descritos a seguir.

4.8.1. Análise da validade dos instrumentos

Em estudo anterior (ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006), a *Validade de conteúdo* das duas escalas foi contemplada na avaliação pelo **comitê de juízes** (incluindo-se a participação de pacientes em condições para qual o instrumento foi criado) e na **avaliação semântica**, durante o processo de adaptação da BSPAS-VP e IES-VP. Esse processo seguiu as recomendações da literatura internacional (SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST, 2002; VALDERAS; FERRER; ALONSO, 2005). As autoras referem que o objetivo principal desse tipo de validade foi analisar se os componentes do instrumento de medida contemplavam os aspectos do atributo que se pretendia medir (ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006).

No presente estudo, foi analisada a *Validade de Construto* por meio da Validade Convergente e Discriminante (FAYERS; MACHIN, 2007; SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST, 2002; VALDERAS; FERRER; ALONSO, 2005).

Para a avaliação da *Validade de Construto Convergente*, foram aplicados conjuntamente com a IES-VP (avalia o estresse após o trauma) e a BSPAS-VP (avalia ansiedade frente a procedimentos dolorosos) os seguintes instrumentos de medida: o IDATE (avaliação de ansiedade-estado) e a EVA (avaliação de dor). A escolha dos instrumentos seguiu a proposta dos autores da versão original da BSPAS (TAAL; FABER, 1997b) e o processo inicial de adaptação da versão brasileira (ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006). A existência de correlações entre essas medidas foi analisada pelo coeficiente de correlação de Pearson. Esperava-se que as medidas provenientes desses instrumentos apresentassem coeficientes de correlação estatisticamente significantes de grau moderado a forte, tanto para a BSPAS-VP quanto para a

IES-VP. Na fase pós-alta hospitalar, também foram aplicados, junto com a IES-VP, o Inventário de Depressão de Beck (IDB) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER) e o SF-36, entre o 4º e o 6º mês e entre o 9º e o 12º mês após a queimadura.

Para a comparação dos resultados obtidos, previamente foram elaboradas e testadas as hipóteses apresentadas nos Quadros 2,3 e 4, a seguir.

Quadro 2 – Hipóteses do sentido e da força das correlações entre as medidas da BSPAS-VP e IES-VP aplicadas na fase de internação (IDATE e EVA) e a SCQ como variável da severidade do trauma.

	IES	IDATE	EVA
BSPAS-VP	Forte	Moderada	Forte
	(+)	(+)	(+)

Hipóteses válidas para as medidas realizadas até o 14º dia após a queimadura.

(+) correlação direta ou positiva entre as medidas

(-) correlação inversa ou negativa

Quadro 3 – Hipóteses do sentido e da força das correlações entre a IES-VP e a EVA para dor, a EAER e IDB como variável da severidade do trauma.

	EAER	IDB	EVA
IES-VP	Forte /moderada	Forte /moderada	Forte /moderada
	(-)	(+)	(+)

Hipóteses válidas para as medidas realizadas até o 14º dia após a queimadura (EVA e SCQ), entre o 6º e o 8º mês e entre o 12º e o 14º (EAER e IDB) mês, conforme estabelecido na descrição dos passos metodológicos.

(+) correlação direta ou positiva entre as medidas

(-) correlação inversa ou negativa

Quadro 4 – Hipóteses do sentido e da força das correlações obtidas entre a IES-VP e os domínios do SF-36

	Capacidade funcional	Aspectos físicos	Dor	Estado geral de saúde	Vitalidade	Aspectos sociais	Aspectos Emocionais	Saúde mental
IES-VP	Moderada (-)	Moderada (-)	Forte (-)	Forte (-)	Forte/moderada (-)	Forte/moderada (-)	Forte (-)	Forte (-)

Hipóteses válidas para as medidas realizadas entre o 6º e o 8º mês e entre o 12º e o 14º mês, conforme estabelecido na descrição dos passos metodológicos

(+) correlação direta ou positiva entre as medidas

(-) correlação inversa ou negativa entre as medidas

Para a análise dos valores dos coeficientes de correlação, foi seguida a classificação proposta por Ajzen e Fishbein (1998): valores menores que 0,30, correlações fracas e de pouca aplicabilidade clínica, mesmo quando estatisticamente significantes; valores entre 0,30 e 0,50, correlações moderadas e acima de 0,50, correlações fortes. Os autores referem que essa classificação pode ser aplicada para a interpretação de correlações positivas e negativas.

A *Validade de Construto Discriminante* entre grupos conhecidos, também, foi analisada. As comparações entre grupos conhecidos permitem avaliar a sensibilidade do instrumento para detectar diferenças entre grupos conhecidos como diferentes (FAYERS; MACHIN, 2007). Para tanto, foram consideradas as pontuações totais das escalas adaptadas, avaliando os participantes segundo: a) superfície corporal queimada: 1. Indivíduos que apresentavam porcentagem de SCQ entre $\leq 20\%$ e 2. Indivíduos que apresentavam porcentagem de SCQ $> 20\%$, classificação que forma parte dos indicadores de gravidade e internação para pacientes adultos (LIMA JUNIOR et al., 2008); b) “visibilidade das queimaduras”: 1. visível (sim) e 2. não visível (não) e c) sexo: 1. masculino e 2. feminino. Nossa hipótese foi que seriam evidenciadas diferenças na percepção de dor e ansiedade entre os indivíduos que apresentavam maior ou menor SCQ, entre os que referiram suas cicatrizes como visíveis e os que as referiram como não visíveis e entre homens e mulheres.

Essas variáveis (SCQ, sexo e visibilidade da queimadura) foram escolhidas por serem apontadas em estudos prévios como condições associadas às variáveis medidas pelas escalas adaptadas, ou seja, ansiedade (BSPAS-VP) e estresse (IES-VP) em pacientes que sofreram queimaduras (CHOINIÈRE et al., 1989; BYERS et al., 2001). Para testar possíveis diferenças entre grupos, foi realizado o *Teste t de Student* para duas amostras independentes.

A *dimensionalidade* em cada uma das escalas foi observada para buscar outra evidência da validade de construto na amostra estudada. Embora os escores de ambas as escalas, BSPAS-VP e IES-VP, sejam classificados como variáveis discretas, foi realizada a análise de componentes principais para cada uma delas. O objetivo foi avaliar se os itens das versões adaptadas poderiam ser agrupados da mesma maneira que apresentado nos dois domínios originais da IES-VP e em um único domínio como na versão original da BSPAS-VP. Assim, foi usada a “Matriz de Rotação Varimax”, e definido o número de componentes para dois e um, respectivamente. Os itens que apresentavam autovalores (*eigenvalues*) altos (carga superiores a 0,30), ou valores próximos de um, para determinado fator, indicariam que seguem um mesmo sentido e podem ser chamados de unidimensionais (PASQUALI, 2003). Também, a partir das cargas fatoriais, foi calculado o coeficiente de determinação, com o objetivo de observar o percentual de parentesco ou covariância existente entre o item e o fator. Esse é calculado pela elevação ao quadrado da carga fatorial e multiplicado por 100. O valor da covariância vai de 0 a 100%.

4.8.2 Análise da consistência interna dos instrumentos

Para a consistência interna, isto é, o estudo do grau em que todos os itens medem um mesmo construto das escalas, foi empregado o coeficiente Alfa de Crobach (MERINO; DIAZ, 2005), e foi considerada a análise da consistência interna, optando-se pela obtenção do coeficiente Alfa de Crobach. No presente estudo, para avaliação do poder do Alfa, consideraram-se valores altos os que se apresentaram superiores a 0,50 (variação possível de 0 e 1) (BOWLING, 2005). Sendo acrescentada a obtenção dos valores do Alfa se o item fosse excluído, com o objetivo de evidenciar a diferença do valor do item no Alfa total da escala e a correlação do item com o total (Índice de homogeneidade corrigida) (MERINO; DIAZ, 2005). A realização desse teste teve como objetivo verificar o poder de relação ou grau de associação entre os itens (MUNRO, 2001).

Para a análise dos valores dos coeficientes de correlação, também foi seguida a classificação proposta por Ajzen e Fishbein (1998): valores menores que 0,30, correlações fracas e de pouca aplicabilidade clínica, mesmo quando estatisticamente significantes; valores entre 0,30 e 0,50, correlações moderadas e acima de 0,50, correlações fortes.

A sensibilidade foi avaliada pela capacidade da IES-VP em detectar diferenças entre grupos diferentes, para tanto foi aplicado o *Teste t de Student* para amostras independentes entre as diferentes medidas da IES-VP. Assim, também, a sensibilidade à mudança foi contemplada na obtenção do tamanho do efeito (*effect size*) entre a primeira e terceira medida (considerando amostras pareadas, com correção para coeficiente de correlação entre as medidas) da IES-VP e, para a interpretação de seus valores, considerou-se a seguinte classificação: pequeno (0,2 a 0,49), moderado (0,5 a 0,79) e alto (>0,8) (COHEN, 1997; KAZIS; ANDERSON; MEENAN, 1989).

A sensibilidade ou responsividade, dos itens da IES-VP, foi avaliada pela obtenção do efeito solo/mínimo (*floor effect*) e efeito teto/máximo (*ceiling effect*) dos escores. Por convenção, considerou-se que esses efeitos estariam presentes se mais que 15% dos respondentes apresentassem respostas concentradas, nos valores máximos ou nos valores mínimos da escala (MCHORNEY; TARLOV, 1995; FAYERS; MACHIN, 2007).

Para a descrição final dos resultados da validação da BSPAS-VP e da IES-VP, foram consideradas as informações que surgiram, durante o processo de validação, referentes à: facilidade ou dificuldade da aplicação das escalas, facilidade ou dificuldade da compreensão das diferentes partes que compõem os instrumentos (instruções e itens), tempo e forma de aplicação.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1. Composição da amostra, segundo as etapas percorridas no estudo

Na primeira etapa da coleta de dados, 96 pacientes que obedeceram aos critérios de seleção foram convidados para participar do estudo, porém quatro não aceitaram participar, alegando não ter condições emocionais, e um optou por receber tratamento em outra unidade hospitalar. Completaram as três primeiras etapas da coleta de dados do estudo (durante a hospitalização) 91 pacientes, dos quais 77 completaram a Fase A da 4ª etapa (aplicação dos questionários nos participantes que se encontravam entre o 4º e o 6º mês após o trauma térmico). Nessa fase tivemos uma perda de 14 (16,48%) pacientes, por motivos de óbito (2), desistência de participação no estudo (3), telefone fora de serviço ou mudança de endereço (5), doença ou tratamento por um período prolongado em outro hospital (2) e não comparecimento às consultas e entrevistas marcadas (2) e 76 pacientes completaram todas as etapas (Fase A e Fase B da 4ª etapa com aplicação dos questionários aos pacientes que se encontram entre o 9º e o 12º mês após a queimadura), nessa fase teve-se a perda de um paciente por não conseguirmos novo contato por via telefone ou via correio postal.

Portanto, a amostra deste estudo constou de 91 participantes, na 3ª etapa de coleta de dados, 77 na Fase A da 4ª etapa e 76 na Fase B da 4ª etapa (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos, segundo as etapas do estudo, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

Etapas Sujeitos	1ª etapa	2ª etapa	3ª etapa	4ª etapa		Etapas Completadas
	24 hs após a internação	Entre a 1ª e a 2ª semanas	Uma/duas semanas após o acidente	Fase A 4º a 6º mês	Fase B 9º a 12º mês	
Potenciais participantes	96	91	91	91	77	76
Excluídos/perdas	5	0	0	14	1	20
Incluídos	91	91	91	77	76	76
Total	91	91	91	77	76	76

A seguir, os resultados serão apresentados segundo caracterização da amostra, com os valores obtidos para os questionários aplicados no estudo (dispersão e tendência central) nas diferentes etapas da coleta de dados e resultados dos testes propostos para o estudo da validade e consistência interna dos instrumentos.

1ª etapa: Dados sociodemográficos e características clínicas

Em relação ao sexo, dos 91 pacientes estudados, 64 (70,3 %) eram homens e 27 (29,7%), mulheres, dos quais 42 pacientes referiram ter 1º grau incompleto (46,4%) e 31, 2º grau completo (34,1%). A idade variou de 15 a 70 anos, média de 35 anos de idade (DP: 12,4). A maior porcentagem dos participantes compreendeu a faixa etária de até 45 anos de idade (77,8%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo idade e sexo, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

Faixa Etária (anos)	Sexo		Total n (%)
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	
15 – 30	25 (27,4)	12 (13,1)	37 (40,5)
30 – 45	21 (23,0)	13 (14,3)	34 (37,3)
45 – 60	12 (13,2)	4 (4,4)	16 (17,6)
60 – 75	4 (4,4)	0	4 (4,4)
Total	62 (68,1%)	29 (31,9%)	91 (100)

A média de superfície corporal queimada (SCQ) foi de 18 % (DP: 12,5%), com mediana de 16%, variando de 1 a 60%. Os locais anatômicos mais atingidos foram: membros superiores (66; 72,5%), tórax (61; 67%), cabeça/face (43; 47,3%), seguidos pela região cervical (38; 41,8%), membros inferiores (38; 41,8%) e mãos (40; 44%).

Como causas da queimadura, os agentes etiológicos mais comuns foram os agentes inflamáveis, principalmente o álcool, (38,5%), e os líquidos quentes (15,4%). Independente da

causa do acidente, o domicílio (53; 58,2%) e o trabalho (29; 31,9%) foram os locais onde mais ocorreram os acidentes.

2ª etapa: Mensuração da dor

Os 91 pacientes completaram a segunda etapa que correspondeu à avaliação da dor por meio da aplicação da Escala Visual Analógica (EVA). A seguir, são apresentados os dados que corresponderam a um total de 1.199 registros de manifestações de dor, incluindo-se os três diferentes horários de mensuração previamente estabelecidos (Tabela 3).

Tabela 3 – Valores médios e respectivos desvios-padrão, mediana, mínimo e máximo dos valores obtidos para as avaliações de dor dos pacientes em três diferentes horários. Ribeirão Preto, 2006 a 2009

Avaliação de dor N=91	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Desvio-padrão
DIABC*	23,3	0,0	90,0	27,2	19,8
DIDBC*	36,2	2,12	86,7	35,7	19,8
DDPD*	25,7	0,0	83,6	27,7	18,0

* DIABC: Dor antes do banho e curativos.

DIDBC: Dor imediatamente depois do banho e curativo.

DDPD: Dor durante o período de descanso (por volta das 20 horas).

Observa-se que as médias para DIABC e DDPD foram semelhantes e inferiores às médias da DIDBC, no entanto, os valores máximos (obtidos pelas médias dos valores de dor durante os sete dias) estão concentrados nos períodos *imediatamente antes do banho e curativo* (90,0) e *imediatamente depois do banho e curativo* (86,7). Já as avaliações realizadas às 20 horas (períodos de descanso) apresentam valores máximos de 83,6.

3ª Etapa: Aplicação da BSPAS-VP, a IES-VP e o IDATE

Posterior à avaliação das manifestações de dor para os 91 pacientes (após a realização dos principais cuidados), foram aplicados a BSPAS-VP, a IES-VP e o IDATE.

A seguir, apresentamos os valores referidos pelos pacientes na avaliação do estresse pós-traumático (IES-VP), ansiedade frente a procedimentos dolorosos (BSPAS-VP) (Tabela 4) e para o inventário de Ansiedade-Estado (IDATE) (Tabela 4).

Tabela 4 – Valores médios e respectivos desvios-padrão, mediana, mínimo e máximo e percentis dos valores obtidos pela aplicação da BSPAS-VP e da IES-VP entre a primeira e a segunda semanas após o acidente. Ribeirão Preto, 2006 a 2009

Escalas		
Estatística		
	IES-VP n=91 (0 - 150)	BSPAS-VP n=91 (0 - 90)
Média	57,0	49,8
Desvio-padrão	30,6	23,1
Mediana	58,0	52,0
Mínimo	0	0
Maximo	141	90,0
Percentis	25	32,9
	75	81,0
		67,7

Considerando-se a pontuação máxima total da IES-VP de 150 pontos, os participantes da amostra estudada apresentaram pontuação média igual a 57 (DP:30,6) e valor máximo de 141. Cinquenta por cento dos participantes apresentaram valores entre 32,90 e 81,00 pontos no valor global da escala. Já, para a BSPAS-VP, os participantes apresentam pontuações médias igual a 49,8 (DP: 23,1). Considerando-se o valor global máximo de 90 pontos, os valores totais da BSPAS-VP variaram de 0 a 90 pontos, e 50% dos participantes apresentaram valores totais da escala entre 30,0 e 67,70 pontos.

A seguir, na Tabela 5, são apresentados os valores de ansiedade referidos pelos participantes do estudo, segundo o Inventário de Ansiedade-Estado de Spielberger (IDATE).

Tabela 5 – Valores médios e respectivos desvios-padrão, mediana, mínimo e máximo e percentis dos valores obtidos pela aplicação do IDATE entre a primeira e a segunda semanas após a queimadura, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

Inventário		IDATE Ansiedade-Estado n=91
Estatística		
Media		43,8
Desvio-padrão		7,2
Mediana		43,0
Mínimo		28,0
Maximo		74,0
Percentis	25	40,0
	75	48,0

A soma total dos itens do Inventário de Ansiedade-Estado de Spielberger (IDATE) apresentou um valor mínimo de 28 e máximo de 74 pontos, sendo 80 a pontuação máxima para a escala. Cinquenta por cento dos participantes apresentaram valores entre 40 e 48 pontos. Seguindo-se a classificação adotada, no cálculo do valor total da escala, 26 (28,6%) pacientes apresentaram baixa ansiedade (intervalo entre 20 – 40 pontos), 63 (69,2%) média ansiedade (intervalo entre 41 – 61 pontos) e dois pacientes (2,2%) apresentaram alta ansiedade (intervalo entre 61 – 80 pontos).

4ª Etapa (Fases A e B): Aplicação da IES-VP, Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER), SF-36 e Inventário de Depressão de Beck (IDB)

Na Fase A, quarta etapa de coleta de dados, 77 pacientes responderam aos questionários: IES-VP, EAER, IDB e SF-36 e, na Fase B, 76 pacientes responderam aos questionários por meio de entrevista durante o seguimento ambulatorial ou em visita agendada no domicílio.

O tempo transcorrido entre o acontecimento do trauma e a aplicação deste conjunto de instrumentos para a Fase A foi de 4 a 6 meses e para a Fase B de 9 a 12 meses.

Na Tabela 6, são apresentados os valores da IES-VP na 4ª etapa (Fases A e B) e, com fins comparativos, apresentam-se os valores da 3ª etapa da coleta de dados (primeira, segunda e terceira medidas da IES-VP).

Tabela 6 – Valores médios e respectivos desvios-padrão, mediana, mínimo e máximo e percentis dos valores obtidos pela aplicação da IES-VP na 3ª e 4ª etapas de coleta de dados, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

IES-VP		1ª medida*	2ª medida**	3ª medida***
Estatística		n=91	n=77	n=76
Média		57,00	49,62	39,45
Desvio-padrão		30,60	31,48	27,24
Mediana		58,00	45,00	35,00
Mínimo		0,00	1,00	0,00
Máximo		141,00	136,00	135,00
Percentis	25	33,00	24,00	19,32
	75	81,00	70,45	50,45

* 3ª etapa: entre a 1ª e a 2ª semanas de internação

** Fase A – 4ª etapa: entre o 4º e o 6º mês após a queimadura

*** Fase B – 4ª etapa: de 9º a 12º mês após a queimadura

É possível observar uma diminuição dos valores médios e nas medianas da IES-VP, nos três diferentes momentos. Na 1ª medida (3ª etapa), 50% dos participantes apresentaram valores entre 33,00 e 81,00 pontos, na 2ª medida (Fase A da 4ª etapa), 50% dos participantes apresentaram valores que variaram de 24,00 a 70,45 pontos e na 3ª medida (Fase B da 4ª etapa) 50% dos participantes entre 19,32 e 50,45 pontos.

No grupo de participantes, houve uma diferença de 7,38 pontos entre as médias da primeira e da segunda medidas (entre a primeira e a segunda semanas de internação e entre o 4º e o 8º mês, após o acontecimento da queimadura) e de 10,17 entre as médias da segunda e da terceira medidas (entre o 4º e o 8º mês e entre o 9º e o 12º mês após o acontecimento da queimadura), o que totalizou uma diferença de 17,55 pontos entre a primeira e a terceira medidas. Observa-se que há um decréscimo dos valores da pontuação da IES-VP em relação à primeira medida, seguindo ordem decrescente após a primeira avaliação, representando 13% entre a primeira e a segunda medidas, 20% entre a segunda e a terceira medidas e 30% entre a primeira e a terceira medidas (Tabela 6).

A seguir, apresentamos os valores obtidos na aplicação da EAR e IDB, nas Fases A e B da 4ª etapa (Tabela 7).

Tabela 7 – Valores médios e respectivos desvios-padrão, mediana, mínimo e máximo e percentis dos valores obtidos pela aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB), respectivamente, nas Fases A e B da 4ª etapa de coleta de dados, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

Escalas		EAER*	EAER*	IDB**	IDB**
		(fase A)	(fase B)	(fase A)	(fase B)
Estatística		n=77	n=76	n=77	n=76
Média		31,81	33,75	9,32	5,89
Desvio-padrão		4,94	4,93	9,01	7,68
Mediana		32,00	34,00	8,00	3,00
Mínimo		23,00	20,00	0,00	0,00
Máximo		40,00	40,00	46,00	35,00
Percentis	25	28,00	30,00	1,25	0,00
	75	36,00	38,00	13,75	8,00

* Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER)

** Inventário de Depressão de Beck (IDB)

Na Fase A, os valores obtidos para autoestima variaram de 23 a 40 pontos e na Fase B, de 20 a 40 pontos. Uma vez que a pontuação máxima da EAER é de 40 pontos (maior valor, maior autoestima), para ambas as etapas, houve pacientes que atingiram esse valor.

Em relação aos valores obtidos pelo o Inventário de Depressão de Beck (IDB), considerando a pontuação máxima de 63 pontos na soma total dos itens, na Fase A, somente 25% dos participantes apresentaram pontuações superiores a 13,75, na Fase A, e superiores a oito, na Fase B. Analisando a pontuação individual desses participantes, 11,8% (9) apresentaram valores totais acima de 20 pontos, na Fase A e na Fase B, somente 6,5% (5) apresentaram valores acima de 20 pontos.

É importante lembrar que não foi objetivo do estudo realizar o diagnóstico dos participantes em relação à depressão, mas ao analisarmos a pontuação individual desses pacientes e segundo a referência adotada para interpretação dos resultados, observou-se que, tanto na Fase A quanto na Fase B, o número de pacientes que apresentou pontuações elevadas para a depressão, no nosso estudo, foi pequeno (nove e cinco, respectivamente) (KENDALL et al., 1987).

Na Tabela 8, apresentamos os valores do estado de saúde percebido, obtidos na aplicação da SF-36 (Fase B da 4ª etapa) nos diferentes domínios.

Tabela 8 – Valores médios e respectivos desvios-padrão, mediana, mínimo e máximo e percentis dos valores obtidos pela aplicação do SF-36 (oito domínios), obtidas nas Fases A e B da 4ª etapa, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

	Média	Desvio- padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Percentis	
						25	75
Fase A (entre o 4º e o 6º mês)							
Cap. Funcional	73,68	26,10	80,00	0,00	100,00	60,00	93,75
Aspectos Físicos	35,20	42,66	0,00	0,00	100,00	0,00	100,00
Dor	60,21	27,36	62,00	0,00	100,00	41,00	78,50
Estado Geral de Saúde	75,13	17,66	72,00	32,00	100,00	62,00	92,00
Vitalidade	71,78	21,20	75,00	15,00	100,00	60,00	90,00
Aspectos Sociais	71,55	25,29	75,0	0,00	100,00	50,0	100,00
Aspectos Emocionais	45,17	44,46	33,33	0,00	100,00	0,00	100,00
Saúde Mental	70,47	22,96	72,00	8,00	100,00	60,00	88,00
Fase B (entre o 9º e o 12º mês)							
Cap. Funcional	85,32	17,31	90,00	10,00	100,00	75,00	100,00
Aspectos Físicos	58,87	45,06	75,00	0,00	100,00	0,00	100,00
Dor	74,34	27,50	80,00	10,00	100,00	53,50	100,00
Estado Geral de Saúde	82,26	19,88	87,00	5,00	100,00	77,00	97,00
Vitalidade	76,93	19,73	85,00	15,00	100,00	65,00	95,00
Aspectos Sociais	79,03	25,18	87,50	0,00	100,00	62,50	100,00
Aspectos Emocionais	76,34	36,90	100,00	0,00	100,00	58,33	100,00
Saúde Mental	74,83	22,71	80,00	8,00	100,00	68,00	92,00

Na aplicação do SF-36, lembrando que as pontuações variam de zero a 100 (quanto maior valor, melhor QVRS), entre o 4º e o 6º mês observou-se que a média variou de 35,20 (Aspectos Físicos) a 73,68 (Capacidade Funcional), apresentando valores médios mais baixos para os domínios *Aspectos Físicos* (M: 35,20) e *Aspectos Emocionais* (M: 45,17). Embora o domínio relacionado à *Dor* também apresente valor médio baixo em relação aos demais domínios (M: 60,21), foi possível observar que somente 25% dos participantes apresentaram valores abaixo de 41 pontos. Os demais domínios apresentaram valores superiores a 70 pontos.

Para a aplicação do SF-36, entre o 9º e o 12º mês após o acontecimento da queimadura, as médias variaram de 58,87 (Aspectos Físicos) a 85,32 (Capacidade Funcional). Quando comparado com as médias obtidas entre o 4º e o 6º mês, o domínio *Aspectos Físicos* permaneceu com valores menores (58,87) em relação ao restante dos domínios, já a média do domínio *Aspectos Emocionais* se apresentou mais alta (76,34), quando comparada com a média da primeira medida (45,17). O restante dos domínios apresentou pontuação superior a 70 pontos.

5.2 Resultados da validação da BSPAS-VP e da IES-VP

Para a apresentação dos dados, seguiu-se a ordem de apresentação das escalas no documento original enviado pelos autores e da versão adaptada para o português (ANEXO G), assim como se seguiu a sequência numérica dos itens correspondentes a cada escala: 1 (Eu penso sem querer no momento que eu estava queimando.) a 15 (Minha sensação sobre sofrer queimaduras está na verdade anestesiada.) para os itens correspondentes à IES-VP e de 1 (De repente, eu posso me sentir inseguro sobre a minha cura, quando eu vejo minhas queimaduras.) a 9 (A dor pode ser tão forte que eu tenho medo de perder o controle sobre mim mesmo.) para os itens correspondentes à BSPAS-VP.

Como foi proposto, para o estudo da *validade de construto convergente* das escalas adaptadas, na Tabela 9, são apresentados os coeficientes de correlação obtidos entre as medidas de ansiedade frente a procedimentos dolorosos (BSPAS-VP) e de estresse pós-traumático (IES-VP) entre si e dessas medidas com as medidas de ansiedade-estado (IDATE); dor (EVA) e da superfície corporal queimada. As medidas de pensamentos intrusivos e de reações de evitação, duas subescalas da IES-VP, também foram correlacionadas.

Tabela 9 – Correlações entre a BSPAS-VP, a IES-VP (incluindo as subescalas que avaliam pensamentos intrusivos e reações de evitação), o IDATE, a EVA e a SCQ, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

Medidas	1	2	3	4	5	6	7	8
1. IES-VP	1,00							
2. IES-VP: pensamentos intrusivos	0,88**	1,00						
3. IES-VP: respostas de evitação	0,88**	0,56**	1,00					
4. BSPAS-VP	0,52**	0,54**	0,37**	1,00				
5. IDATE	0,06	0,06	0,05	-0,15	1,00			
6. EVA - DIABC	0,19	0,22*	0,11	0,32**	-0,05	1,00		
7. EVA - DIDBC	0,19	0,21*	0,11	0,31**	-0,08	0,73**	1,00	
8. EVA - DDPD	0,19	0,19	0,15	0,31**	-0,06	0,74**	0,66**	1,00

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

DIABC - Dor imediatamente antes do banho e curativo.

DIDBC - Dor imediatamente depois do banho e curativo.

DDPD - Dor durante o período de descanso (às 20h).

Nas hipóteses de correlação, esperavam-se correlações fortes entre a IES-VP e a BSPAS-VP e entre a BSPAS-VP e a EVA e correlações fortes a moderadas entre a IES-VP e a EVA. Na Tabela 9, observa-se, segundo a classificação adotada (AJZEN; FISHBEIN, 1998), correlação forte entre o valor total da IES-VP e da BSPAS-VP ($r=0,52$; $p<0,01$) e entre o valor total da subescala que avalia *pensamentos intrusivos* e a BSPAS-VP ($r=0,54$; $p<0,01$). Também foram observados coeficientes de correlação estatisticamente significantes e moderados entre a subescala que avalia reações de evitação e a BSPAS-VP ($r=0,37$; $p<0,01$) e da BSPAS-VP e as avaliações de dor: DIABC ($r=0,32$; $p<0,01$), DIDBC ($r=0,31$; $p<0,01$) e DDPD ($r=0,31$; $p<0,01$). Foram, também, observadas correlações estatisticamente significantes, porém baixas, entre a subescala da IES-VP que avalia pensamentos intrusivos e as avaliações relacionadas a procedimentos dolorosos: DABC ($r=0,22$; $p<0,001$) e DDBC ($r=0,21$; $p<0,001$).

Para o teste das hipóteses previamente determinadas, foram correlacionados os resultados totais obtidos por meio da aplicação da IES-VP e os resultados obtidos com a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER) e Inventário de Depressão de Beck (IDB), aplicados entre o 4º e o 6º mês (Tabela 10) e entre o 9º e o 12º mês após a queimadura (Tabela 10).

Tabela 10 - Correlações entre os resultados da aplicação da IES-VP e a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB) aplicados entre o 4º e 6º mês, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

MEDIDAS	1	2	3	4	5
1. IES total	1				
2. IES: pensamentos intrusivos	0,91**	1			
3. IES: reações de evitação	0,92**	0,671**	1		
4. EAER	-0,52**	-0,53**	-0,43**	1	
5. IDB	0,46**	0,45**	0,40**	-0,54**	1

** $p<0,01$

Nas hipóteses das correlações, entre a IES-VP (incluindo suas subescalas) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER), aplicadas entre o 4º e o 6º mês após a queimadura, esperavam-se correlações estatisticamente significantes de forte a moderada intensidade e de sentido negativo (inversa). Os resultados do presente estudo mostram correlações significantes, fortes e negativas entre a IES-VP total e o EAER ($r=-0,52$; $p<0,01$) e entre a subescala que avalia pensamentos intrusivos e a EAER ($r=-0,53$; $p<0,01$) e moderadas entre a subescala que avalia reações de evitação da IES-VP e a Escala de Autoestima de Rosenberg

(EAER) ($r=-0,43$; $p<0,01$). Para as correlações entre a IES-VP (incluindo suas duas subescalas) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB), também esperavam-se correlações estatisticamente significantes, de moderada a forte intensidade e de sentido positivo, sendo observadas, no presente estudo correlações estatisticamente, moderadas e de sentido positivo entre a IES-VP total e o IDB ($r=0,46$; $p<0,01$), assim como para as subescalas que avaliam pensamentos intrusivos ($r=0,45$; $p<0,01$) e reações de evitação ($r=0,40$; $p<0,01$) e o IDB.

A seguir são apresentadas as correlações entre os resultados totais da IES-VP (incluindo as duas subescalas) e os resultados obtidos com a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER) e Inventário de Depressão de Beck (IDB), aplicados entre o 9º e o 12º mês (Tabela 11).

Tabela 11 - Correlações entre os resultados da aplicação da IES-VP e a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB) aplicados entre o 9º e o 12º mês, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

MEDIDAS	1	2	3	4	5
1. IES total	1				
2. IES pensamentos intrusivos	0,16	1			
3. IES reações de evitação	0,03	0,58**	1		
4. EAER	-0,58**	-0,11	-0,09	1	
5. IDB	0,63**	0,34**	0,13	-0,601**	1

Para os resultados obtidos por meio da aplicação da IES-VP (incluindo as subescalas) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER) entre o 9º e o 12º mês, após a queimaduras, também esperavam-se correlações estatisticamente significantes, moderadas a fortes e de sentido negativo. No presente estudo, as correlações foram estatisticamente significantes, fortes e negativas unicamente entre a IES-VP total e o EAER ($r=-0,58$; $p<0,01$). Para as correlações entre a IES-VP (incluindo as duas subescalas) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB), também esperavam-se correlações estatisticamente significantes, moderadas a fortes e de sentido positivo, sendo observadas, no presente estudo correlações moderadas entre a IES-VP total e o IDB (0,63; $p<0,01$), assim como para a subescala que avalia pensamentos intrusivos e o IDB (0,34; $p<0,01$).

A seguir, são apresentadas as correlações entre os valores da IES-VP e os domínios do SF-36 obtidos entre o 4 e o 6º mês (Tabela 12).

Tabela 12 - Correlações entre a BSPAS–VP, a IES–VP (incluindo as subescalas que avaliam pensamentos intrusivos e reações de evitação) e as oito dimensões do SF-36 para as medidas obtidas entre o 4º e o 6º mês após a queimadura, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

MEDIDAS (n=77)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. IES Total	1										
2. IES – pensamentos intrusivos	0,91**	1									
3. IES – reações de evitação	0,92**	0,67**	1								
4. Capacidade Funcional	-0,12	-0,18	-0,05	1							
5. Aspectos Físicos	-0,11	-0,100	-0,10	0,53**	1						
6. Dor	-0,24*	-0,30**	-0,14	0,58**	0,54**	1					
7. Estado Geral de Saúde	-0,11	-0,20	-0,01	0,36**	0,36**	0,50**	1				
8. Vitalidade	-0,20	-0,21	-0,15	0,49**	0,36**	0,58**	0,53**	1			
9. Aspectos Sociais	-0,34**	-0,36**	-0,27*	0,58**	0,50**	0,62**	0,57**	0,66**	1		
10. Aspectos Emocionais	-0,22	-0,21	-0,19	0,38**	0,58**	0,43**	0,36**	0,48**	,54**	1	
11. Saúde Mental	-0,27*	-0,24*	-0,26*	0,46**	0,28*	0,53**	0,39**	0,80**	,65**	,49**	1

** p<0.01

* p<0.05

Nas hipóteses de correlações entre a IES-VP e os domínios da SF-36, aplicadas entre o 6º e o 9º mês após a queimadura, esperavam-se correlações estatisticamente significantes que poderiam variar de moderadas a fortes e de sentido negativo.

No presente estudo, obtiveram-se correlações baixas e negativas entre a IES-VP total e os domínios Dor ($r=-0,24$; $p<0,05$), Saúde Mental ($r=-0,27$; $p<0,05$) e moderadas com Aspectos Sociais ($r=-0,34$; $p<0,01$). Para as correlações entre as subescalas e os domínios do SF-36, observaram-se correlações estatisticamente significantes moderadas e de sentido negativo entre a subescala que avalia pensamentos intrusivos e os domínios do SF-36 Dor ($r=-0,30$; $p<0,01$) e Aspectos Sociais ($r=-0,36$; $p<0,01$) e correlações estatisticamente significantes baixas e de sentido negativo para o domínio Saúde Mental ($r=-0,24$; $p<0,01$); e correlações estatisticamente significantes baixas e negativas entre a subescala que avalia reações de evitação e o domínio Aspectos Sociais ($r=-0,27$; $p<0,05$) e Saúde Mental ($r=-0,26$; $p<0,05$).

A seguir, são apresentadas as correlações entre os valores da IES-VP e os domínios do SF-36 obtidos entre o 9º e o 12º mês após a queimadura (Tabela 13).

Tabela 13 - Correlações entre a BSPAS–VP, a IES–VP (incluindo as subescalas que avaliam pensamentos intrusivos e reações de evitação) e as oito dimensões do SF-36 para as medidas obtidas entre o 9º e o 12º mês após a queimadura. Ribeirão Preto, 2006 a 2009

MEDIDAS (n=76)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. IES Total	1										
2. IES – pensamentos intrusivos	0,88**	1									
3. IES – reações de evitação	0,90**	0,58**	1								
4. Capacidade Funcional	-0,20	-0,23	-0,14	1							
5. Aspectos Físicos	0,04	-0,09	0,14	0,44**	1						
6. Dor	-0,02	-0,05	0,01	0,47**	0,57**	1					
7. Estado Geral de Saúde	-0,24*	-0,30*	-0,14	0,41**	0,27*	0,39**	1				
8. Vitalidade	-0,14	-0,19	-0,06	0,53**	0,39**	0,55**	0,64**	1			
9. Aspectos Sociais	-0,18	-0,19	-0,12	0,40**	0,38**	0,26*	0,52**	0,52**	1		
10. Aspectos Emocionais	-0,04	-0,06	-0,02	0,43**	0,51**	0,45**	0,38**	0,54**	0,54**	1	
11. Saúde Mental	-0,19	-0,21	-0,12	0,48**	0,35**	0,36**	0,41**	0,70**	0,50**	0,50**	1

** p<0.01

* p<0.05

Assim como nas avaliações realizadas entre o 4º e o 6º mês após a queimadura, nas hipóteses de correlações entre a IES-VP e os domínios da SF-36, aplicadas entre o 9º e o 12º mês após a queimadura, esperavam-se correlações estatisticamente significantes que poderiam variar de moderadas a fortes e de sentido negativo.

No presente estudo, obtiveram-se correlações baixas e negativas, de pouco valor para a prática, entre a IES-VP total e o domínio Estado Geral de Saúde ($r=-0,24$; $p<0,05$) e moderada e de sentido negativo entre a subescala que avalia pensamentos intrusivos e o domínio Estado Geral de Saúde ($r=-0,30$; $p<0,05$).

A validade de construto discriminante (ou de grupos conhecidos) foi estudada por meio dos valores médios obtidos entre o impacto do evento (IES-VP) e ansiedade frente a procedimentos dolorosos (BSPAS-VP), entre a primeira e a segunda semanas após a ocorrência do acidente, e entre os grupos conhecidos: 1) Superfície Corporal Queimada - SCQ ($\leq 20\%$ ou $\geq 20\%$); 2) sexo (masculino ou feminino) e 3) Visibilidade das cicatrizes da queimadura (visível ou não visível), entre o 4º e o 6º mês e entre o 9º e o 12º mês após a queimadura (Tabela 14).

Tabela 14 – Resultado do teste de comparação dos valores obtidos por meio da aplicação do IES-VP e BSPAS-BP, entre o 4º e o 6º mês após a queimadura, agrupados segundo a variável Superfície Corporal Queimada, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

INSTRUMENTOS	Grupos	n	Média	Desvio-padrão	p^*
IES-VP	$\leq 20\%$	63	54,40	32,34	0,219
	$> 20\%$	28	62,98	25,79	
BSPAS-VP	$\leq 20\%$	63	47,53	24,44	0,162
	$> 20\%$	28	54,90	19,36	

p^* Teste *t* Student para grupos independentes

Para a IES-VP, constatamos médias maiores entre os participantes com superfície corporal queimada menor ou igual a 20% (54,40), quando comparados aos participantes com SCQ maior a 20% ($M=62,98$). Para a BSPAS-VP, também foram encontrados valores médios menores para os participantes com SCQ menor ou igual a 20% (47,53), quando comparados aos participantes com SCQ maior (54,90) (Tabela 14). Entretanto, quando aplicado o *Teste t de Student* para amostras independentes, as diferenças das médias não foram estatisticamente significativas.

Na Tabela 15, são apresentados os dados obtidos para as médias de ambas as escalas, IES-VP e a BSPAS-VP, segundo os valores dos pacientes agrupados pela variável sexo.

Tabela 15 – Resultado do teste de comparação dos valores obtidos por meio da aplicação do IES-VP e BSPAS-BP entre o 4º e o 6º mês após a queimadura, agrupados segundo a variável sexo, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

INSTRUMENTOS	Grupos/sexo	N	Média	Desvio-padrão	<i>p</i> *
IES-VP	Masculino	64	54,14	28,90	0,162
	Feminino	27	63,96	33,86	
BSPAS-VP	Masculino	64	47,53	21,92	0,194
	Feminino	27	55,15	25,44	

*p** Teste *t* Student para grupos independentes

As médias da IES-VP, aplicada entre a primeira ou segunda semana após o acontecimento do acidente, apresentaram diferenças para a variável sexo, a qual foi maior para o sexo feminino (63,96) e menor para o sexo masculino (54,14). Para a BSPAS-VP, a média, também, se apresentou maior para o sexo feminino (55,15) e menor para o masculino (47,53). Entretanto, para o nível de significância adotado ($p=0,05$), essas diferenças não se apresentaram estatisticamente significantes (0,162 e 0,194, respectivamente). Contudo, note-se, em ambos os casos, a ampla variabilidade das medidas, considerando a magnitude dos desvios-padrão.

A seguir, apresentamos a diferença entre as médias obtidas para ambas as escalas IES-VP e a BSPAS-VP frente à visibilidade das cicatrizes da queimadura referida pelos pacientes entre o 4º e o 6º mês, durante a avaliação ambulatorial ocorrida (Tabela 16).

Tabela 16 – Resultado do teste de comparação dos valores obtidos por meio da aplicação do IES-VP e BSPAS-BP entre o 4º e o 6º mês após a queimadura, agrupados segundo a variável visibilidade da cicatriz pela queimadura, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

INSTRUMENTOS	Visibilidade da cicatriz	n=77	Média	Desvio-padrão	<i>p</i> *
IES-VP	Sim	50	61,40	32,41	0,07
	Não	27	48,20	26,11	
BSPAS-VP	Sim	50	52,53	23,51	0,36
	Não	27	47,40	22,53	

*p** Teste *t* de Studente para grupos independentes

As médias da IES-VP, aplicadas entre a primeira ou segunda semana após o acontecimento do acidente, apresentaram diferença para a variável visibilidade das cicatrizes referida pelos participantes entre o 4º e o 6º mês, sendo que os valores maiores foram apresentados pelos participantes que referiram suas cicatrizes como visíveis (61,40) e menores para os que as referiram como não visíveis (48,20). Para a BSPAS-VP, os participantes que referiram suas cicatrizes como visíveis, também, apresentaram maiores valores (52,53) e menores os que as referiram como não visíveis (47,40). Entretanto, essa diferença entre as médias não foi estatisticamente significativa para a IES-VP ($p=0,07$) e para a BSPAS-VP ($p=0,36$). Contudo, note-se, em ambos os casos, a ampla variabilidade das medidas, considerando a magnitude dos desvios-padrão.

Ainda para a avaliação da *validade de construto*, seguindo o plano de análise, foi realizada uma Análise Fatorial Exploratória, no intuito de identificar se o número de componentes principais, de ambas as escalas adaptadas, seria o mesmo ao apresentado pelos autores originais. Para tanto, optou-se pela realização de uma Matrix de Rotação Varimax, a partir dos dados coletados na terceira etapa de coleta de dados, isto é, entre a primeira e a segunda semanas após o acidente.

A seguir apresentamos os valores obtidos nos dois componentes da IES-VP (Tabela 17), como originalmente propostos pelos autores e apresentado em diferentes adaptações: *pensamentos intrusivos* (Fator 1 – itens 1, 4, 5, 6, 10, 11 e 14) e *respostas de evitação* (Fator 2 – itens 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13 e 15), a partir dos valores obtidos na 3ª etapa de coleta de dados.

Tabela 17 – Matrix de Rotação Varimax dos componentes da versão adaptada da IES-VP, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

IES-VP		COMPONENTES	
		1	2
Pensamentos Intrusivos	1.Eu penso sem querer no momento que eu estava queimando.	0,61	0,12
	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.	0,81	0,14
	5.De repente, vêm imagens na minha cabeça e tenho fortes sensações sobre o momento que eu estava queimando.	0,83	0,07
	6.Eu sonho com a maneira que me queimei.	0,76	-0,01
	10.Imagens de como me queimei me voltam ao pensamento.	0,64	0,39
	11.Constantemente, algumas coisas me fazem lembrar de estar me queimando.	0,67	0,24
Reações de Evitação	14.Cada lembrança traz de volta as sensações de estar me queimando.	0,71	0,36
	2.Quando eu penso na maneira que fui queimado ou quando sou lembrado deste momento, eu tento não ficar estressado ou nervoso.	0,52	0,30
	3.Eu tento apagar as lembranças dos momentos em que me queimei.	0,18	0,64
	7.Eu evito coisas que me lembrem o momento da queimadura.	0,44	0,56
	8.Eu tenho a sensação como se a queimadura não tivesse acontecido, como se não fosse verdade.	0,08	0,54
	9.Eu tento não falar sobre o assunto: sofrer queimaduras.	0,12	0,64
	12.Eu sei que ainda tenho muitos sentimentos sobre sofrer queimaduras, mas não levo em consideração.	0,17	0,65
	13.Eu tento não pensar no momento em que estava me queimando.	0,29	0,69
	15.Minha sensação sobre sofrer queimaduras está na verdade anestesiada.	0,01	0,45

No modelo, os itens 1, 4, 5, 6, 10, 11 e 14 apresentaram maior carga fatorial para o componente 1, ou seja, para a subescala que avalia *pensamentos intrusivos* e os itens 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13 e 15 para o componente 2 ou a subescala que avalia *reações de evitação*, sendo que o item 2 foi o único item que apresentou carga maior no componente 1, porém apresentou o valor de 0,30 para o componente 2, encontrando-se dentro do limite adotado no presente

estudo (PASQUALI, 2003). Dessa forma, pode-se optar pela permanência do mesmo no componente original. Ao verificarmos o percentual de parentesco ou covariância entre o item e o fator para os dois componentes, conforme a proposta original da IES, composta por duas dimensões, encontramos que, para os itens que compõem a subescala que avalia *pensamentos intrusivos* (itens 1, 4, 5, 6, 10, 11 e 14), a carga fatorial variou de 37,21% (Eu penso sem querer no momento que eu estava queimando.) a 68,89% (De repente, vêm imagens na minha cabeça e tenho fortes sensações sobre o momento que eu estava queimando.) e, para os itens que avaliam *reações de evitação* (itens 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13 e 15), variou de 9% (Quando eu penso na maneira que fui queimado ou quando sou lembrado deste momento, eu tento não ficar estressado ou nervoso) a 47,61% (Eu tento não pensar no momento em que estava me queimando). O item 2 apresentou menor percentual de parentesco entre os itens que compõem a escala que avalia *reações de evitação*.

A seguir, apresentamos os valores obtidos para a BSPAS-VP, quando estudado o conjunto de itens que se apresentariam alocados em um único componente (unidimensional) (Tabela 18).

Tabela 18 – Matrix de Rotação Varimax dos componentes da versão adaptada da SPAS-VP, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

BSPAS-VP	Componente
	1
1.De repente, eu posso me sentir inseguro sobre a minha cura, quando eu vejo minhas queimaduras.	0,45
2.Na verdade, eu estou constantemente pensando na minha dor.	0,69
3.Eu não consigo relaxar durante os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia).	0,80
4.Por causa da dor, eu me sinto nervoso e sem tranquilidade.	0,83
5.Muitas vezes, a dor é tão forte que eu preciso parar todas as atividades.	0,76
6.Eu sinto que meus músculos se contraem quando os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia) realmente começam.	0,81
7.Eu tenho medo da dor durante e logo após os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia).	0,82
8.A cada procedimento (cuidado) pelo qual tenho que passar, novamente me preocupo com a dor que possivelmente irei sentir.	0,80
9.A dor pode ser tão forte que eu tenho medo de perder o controle sobre mim mesmo.	0,77

Na Tabela 18, observa-se que, na Matriz de Rotação Varimax da BSPAS-VP foi possível observar que, conforme a proposta original, a distribuição das cargas fatoriais dos itens (*eigenvalues*) se mostrava mais bem distribuída em um componente, o qual explicava 57,20% da variação da escala. O conjunto de nove itens apresentou cargas fatoriais que variaram de 0,45 (De repente, eu posso me sentir inseguro sobre a minha cura, quando eu vejo minhas queimaduras) a 0,83 (Por causa da dor, eu me sinto nervoso e sem tranquilidade).

Em relação ao percentual de parentesco ou covariância entre o item e o fator, as cargas fatoriais variaram de 20,25% (De repente, eu posso me sentir inseguro sobre a minha cura, quando eu vejo minhas queimaduras) a 68,89% (Por causa da dor, eu me sinto nervoso e sem tranquilidade), sendo todos com valores superiores a 0,45. Os dados obtidos para a BSPAS-VP indicam que, na versão brasileira, a escala seria unidimensional e avaliaria “ansiedade-estado” relacionada à condição da queimadura e os cuidados realizados, especialmente nas primeiras semanas, após a ocorrência do acidente.

5.3 Consistência interna da BSPAS-VP e da IES-VP

A seguir, optamos por apresentar os resultados relacionados aos itens correspondentes a cada instrumento adaptado e sua análise descritiva conjuntamente com os resultados relacionados à consistência interna dos itens de ambas as escalas (BSPAS-VP e IES-VP, incluindo suas subescalas) visando a facilitar a apresentação dos resultados (Tabela 19).

Tabela 19 – Estatística descritiva dos valores totais da BSPAS–VP e seus itens (Itens de 1 a 15), Ribeirão Preto, 2006 a 2009

	IES–VP	Intervalos	Mediana	Média (DP)
Total		0 – 10,0	58,0	57,0 (30,6)
1. Eu penso sem querer no momento que eu estava queimando.		0 – 10	5,0	4,8 (3,35)
2. Quando eu penso na maneira que fui queimado ou quando sou lembrado deste momento, eu tento não ficar estressado ou nervoso.		0 – 10	3,0	3,71 (3,03)
3. Eu tento apagar as lembranças dos momentos em que me queimei.		0 – 10	4,90	5,04 (3,51)
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 – 10	1,0	2,64 (3,20)
5. De repente, vêm imagens na minha cabeça e tenho fortes sensações sobre o momento que eu estava queimando.		0 – 10	2,0	3,25 (3,25)
6. Eu sonho com a maneira que me queimei.		0 – 10	0	1,55 (2,84)
7. Eu evito coisas que me lembrem o momento da queimadura.		0 – 10	2,0	3,66 (3,60)
8. Eu tenho a sensação como se a queimadura não tivesse acontecido, como se não fosse verdade.		0 – 10	3,0	3,67 (3,61)
9. Eu tento não falar sobre o assunto: sofrer queimaduras.		0 – 10	2,0	3,57 (3,98)
10. Imagens de como me queimei me voltam ao pensamento.		0 – 10	4,0	4,46 (3,45)
11. Constantemente, algumas coisas me fazem lembrar de estar me queimando.		0 – 10	3,4	3,75 (3,45)
12. Eu sei que ainda tenho muitos sentimentos sobre sofrer queimaduras, mas não levo em consideração.		0 – 10	4,0	4,76 (3,45)
13. Eu tento não pensar no momento em que estava me queimando.		0 – 10	4,0	4,75 (3,53)
14. Cada lembrança traz de volta as sensações de estar me queimando.		0 – 10	1,2	3,37 (3,82)
15. Minha sensação sobre sofrer queimaduras está na verdade anestesiada.		0 – 10	4,0	3,99 (3,15)

Foi observado que os valores de todos os itens da IES-VP tiveram variação da pontuação mínima de zero e máxima de 10, para os valores totais médios e, para cada item, a média variou de 1,55 (Eu sonho com a maneira que me queimei.) a 5,04 (Eu tento apagar as lembranças dos momentos em que me queimei.). Os resultados totais apresentaram média de 57,00 para o total da escala e média de desvio-padrão de 30,6.

Na Tabela 20, apresentam-se os resultados obtidos para o Alfa, se o item fosse excluído, para a correlação item total e para o Alfa total da IES-VP.

Tabela 20 – Valores de correlação item total, Alfa, se o item fosse excluído, e Alfa total da IES-VP, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

IES-VP	Correlação item total	Alfa de Cronbach, se o item fosse excluído
1.Eu penso sem querer no momento que eu estava queimando.	0,46	0,87
2.Quando eu penso na maneira que fui queimado ou quando sou lembrado deste momento, eu tento não ficar estressado ou nervoso.	0,52	0,86
3.Eu tento apagar as lembranças dos momentos em que me queimei.	0,46	0,87
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.	0,64	0,86
5.De repente, vêm imagens na minha cabeça e tenho fortes sensações sobre o momento que eu estava queimando.	0,62	0,86
6.Eu sonho com a maneira que me queimei.	0,49	0,87
7.Eu evito coisas que me lembrem o momento da queimadura.	0,63	0,86
8.Eu tenho a sensação como se a queimadura não tivesse acontecido, como se não fosse verdade.	0,34	0,87
9.Eu tento não falar sobre o assunto: sofrer queimaduras.	0,41	0,87
10.Imagens de como me queimei me voltam ao pensamento.	0,66	0,86
11.Constantemente, algumas coisas me fazem lembrar de estar me queimando.	0,59	0,86
12.Eu sei que ainda tenho muitos sentimentos sobre sofrer queimaduras, mas não levo em consideração.	0,48	0,87
13.Eu tento não pensar no momento em que estava me queimando.	0,58	0,86
14.Cada lembrança traz de volta as sensações de estar me queimando.	0,70	0,85
15.Minha sensação sobre sofrer queimaduras está na verdade anestesiada.	0,24	0,88
Alfa total		0,87

Para os itens que compõem a IES-VP, observou-se que os valores de correlação de item total, isto é, a relação de cada item com o total da escala, quando o item é retirado (índice de homogeneidade corrigido) (MERINO; DIAZ, 2005), variaram de baixo ($r=0,24$) a alto ($r=0,70$). Ao testarmos o impacto que teria a retirada de cada item no Alfa total da escala, observou-se que o mesmo sofria pequenas alterações, as quais variaram de 0,85 (Cada lembrança traz de volta as sensações de estar me queimando) a 0,88 (Minha sensação sobre sofrer queimaduras está na verdade anestesiada.) e o Alfa de Cronbach para o total da escala foi considerado alto (0,87).

A IES-VP, conforme proposta inicialmente pelos autores (HOROWITZ; WILNER; ALVAREZ, 1979), foi também analisada, respeitando a correspondência dos itens para a avaliação de *pensamentos intrusivos* (itens 1, 4, 5, 6, 10, 11 e 14) e *respostas de evitação* (itens 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13 e 15). Os dados são apresentados na tabela a seguir (Tabela 21).

Tabela 21 – Valores de correlação item total, Alfa, se o item fosse excluído, e o Alfa de Cronbach total, obtidos para o total dos itens que avaliam *pensamentos intrusivos* (IES-VP), Ribeirão Preto, 2006 a 2009

Pensamentos Intrusivos	Correlação item total	Alfa de Cronbach, se o item fosse excluído
1.Eu penso sem querer no momento que eu estava queimando.	0,51	0,87
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.	0,71	0,84
5.De repente, vêm imagens na minha cabeça e tenho fortes sensações sobre o momento que eu estava queimando.	0,72	0,84
6.Eu sonho com a maneira que me queimei.	0,59	0,86
10.Imagens de como me queimei me voltam ao pensamento.	0,65	0,85
11.Constantemente, algumas coisas me fazem lembrar de estar me queimando.	0,63	0,85
14.Cada lembrança traz de volta as sensações de estar me queimando.	0,73	0,84
Alfa total		0,87

Os resultados obtidos para a correlação item total (índice de homogeneidade corrigido) para todos os itens que avaliam *pensamentos intrusivos*, segundo a classificação adotada, se apresentaram fortes, variando de $r = 0,51$ (Eu penso sem querer no momento que eu estava queimando) a $r = 0,73$ (Cada lembrança traz de volta as sensações de estar me queimando). O Alfa de Cronbach total da escala (0,87) e quando o item foi excluído, os valores do Alfa variaram de 0,84 a 0,87.

Na Tabela 22, apresentam-se os coeficientes de correlação produto-momento obtidos para os itens que avaliam *respostas de evitação* (itens 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13 e 15).

Tabela 22 – Valores de correlação item total, Alfa, se o item fosse excluído, e Alfa de Cronbach total obtidos para o total dos itens que avaliam *respostas de evitação* (IES-VP), Ribeirão Preto, 2006 a 2009

Respostas de Evitação	Correlação item total	Alfa de Cronbach, se o item fosse excluído
2.Quando eu penso na maneira que fui queimado ou quando sou lembrado deste momento, eu tento não ficar estressado ou nervoso.	0,42	0,75
3.Eu tento apagar as lembranças dos momentos em que me queimei.	0,53	0,73
7.Eu evito coisas que me lembrem o momento da queimadura.	0,59	0,72
8.Eu tenho a sensação como se a queimadura não tivesse acontecido, como se não fosse verdade.	0,41	0,75
9.Eu tento não falar sobre o assunto: sofrer queimaduras.	0,45	0,74
12.Eu sei que ainda tenho muitos sentimentos sobre sofrer queimaduras, mas não levo em consideração.	0,49	0,74
13.Eu tento não pensar no momento em que estava me queimando.	0,56	0,72
15.Minha sensação sobre sofrer queimaduras está na verdade anestesiada.	0,27	0,77
Alfa total		0,76

Observa-se que os resultados obtidos para a correlação do item total (índice de homogeneidade corrigido) variaram de baixo para o item 15 – *Minha sensação sobre sofrer queimaduras está na verdade anestesiada* ($r=0,27$) a forte para o item 7 – *Eu evito coisas que me lembrem o momento da queimadura* ($r=0,59$). O Alfa total da subescala se apresentou alto (0,76) e em relação à mudança do Alfa, se o item fosse excluído, esses permaneceram altos, variando de 0,72 a 0,77.

A seguir, apresentamos as medidas de tendência central e dispersão dos valores obtidos com a aplicação da BSPAS-VP e seus itens (Tabela 23).

Tabela 23 – Estatística descritiva dos valores totais da BSPAS-VP e seus itens (Itens de 1 a 15), Ribeirão Preto, 2006 a 2009

BSPAS-VP	Intervalos	Mediana	Média (DP)
Total	0 – 10	49,8	52,0 (23,1)
1.De repente, eu posso me sentir inseguro sobre a minha cura, quando eu vejo minhas queimaduras.	0 – 10	4,50	4,56 (3,68)
2.Na verdade, eu estou constantemente pensando na minha dor.	0 – 10	5,00	4,85 (3,27)
3.Eu não consigo relaxar durante os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia).	0 – 10	7,90	6,54 (3,04)
4.Por causa da dor, eu me sinto nervoso e sem tranquilidade.	0 – 10	5,00	5,08 (3,61)
5.Muitas vezes, a dor é tão forte que eu preciso parar todas as atividades.	0 – 10	5,50	5,19 (3,63)
6.Eu sinto que meus músculos se contraem, quando os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia) realmente começam.	0 – 10	7,00	6,12 (3,13)
7. Eu tenho medo da dor durante e logo após os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia).	0 – 10	7,00	6,08 (3,42)
8.A cada procedimento (cuidado) pelo qual tenho que passar, novamente me preocupo com a dor que possivelmente irei sentir.	0 – 10	7,00	5,91 (3,31)
9.A dor pode ser tão forte que eu tenho medo de perder o controle sobre mim mesmo.	0 – 10	6,00	5,41 (3,83)

Foi possível observar que os resultados de todos os itens da BSPAS-VP tiveram variação de zero a 10, e os valores médios, para cada item, variaram de 4,50 a 7,90. O total da escala apresentou média de 52,00 e desvio-padrão igual a 23,1.

A seguir, apresentamos os resultados obtidos para a correlação item total, o Alfa, se o item fosse excluído, e o Alfa total da BSPAS-VP (Tabela 24).

Tabela 24 – Valores de correlação item total, Alfa, se o item fosse excluído, e Alfa de Cronbach total da BSPAS-VP e os dados obtidos pelos autores da versão original, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

BSPAS-VP	Alfa, se o item fosse excluído	Correlação Item total
1.De repente, eu posso me sentir inseguro sobre a minha cura, quando eu vejo minhas queimaduras.	0,91	0,37
2.Na verdade, eu estou constantemente pensando na minha dor.	0,89	0,63
3.Eu não consigo relaxar durante os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia).	0,89	0,73
4.Por causa da dor, eu me sinto nervoso e sem tranquilidade.	0,88	0,76
5.Muitas vezes, a dor é tão forte que eu preciso parar todas as atividades.	0,89	0,67
6.Eu sinto que meus músculos se contraem, quando os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia) realmente começam.	0,88	0,74
7.Eu tenho medo da dor durante e logo após os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia).	0,88	0,74
8.A cada procedimento (cuidado) pelo qual tenho que passar, novamente me preocupo com a dor que possivelmente irei sentir.	0,88	0,73
9.A dor pode ser tão forte que eu tenho medo de perder o controle sobre mim mesmo.	0,89	0,70
Alfa total		0,90

O Alfa de Cronbach do total da escala foi considerado alto (0,90), e o Alfa de Cronbach, se o item fosse excluído, sofreu mudanças que variaram de 0,88 a 0,91,

continuando a apresentar valores altos. A correlação item total (índice de homogeneidade corrigida) variou de moderado a alto ou de $r = 0,37$ (De repente, eu posso me sentir inseguro sobre a minha cura, quando eu vejo minhas queimaduras) a $r = 0,76$ (Por causa da dor, eu me sinto nervoso e sem tranquilidade), respectivamente.

5.4. Resultado do estudo da sensibilidade da IES-VP

Para o estudo da *sensibilidade* do instrumento para detectar mudanças no tempo em grupos conhecidos, foi aplicado o *Teste t de Student* para duas amostras independentes, obtendo-se primeiro a diferença entre a primeira e a terceira medidas da IES-VP, isto é entre a medida realizada nos primeiros dias após a ocorrência do trauma e a medida realizada entre o 9º e o 12º mês após o acidente (Tabela 25).

Tabela 25 – Teste t para duas amostras independentes entre as diferenças detectadas pela IES-VP, SCQ e visibilidade das cicatrizes referidas entre o 4º e o 6º mês e entre o 9º e o 12º mês, após a ocorrência da queimadura, Ribeirão Preto, junho 2006 a junho 2009

Variável n=76		Médias	p*
SCQ*	<20%	15,84	0,90
	>20%	16,92	
Visibilidade da cicatriz - 4º e 6º mês	Sim	18,38	0,54
	Não	13,34	
Visibilidade da cicatriz - 9º e 12º mês	Sim	23,25	0,09
	Não	8,86	

p** = teste t de Student para duas amostras independentes

* Superfície Corporal Queimada

Quando observadas as médias para cada variável, é possível observar a diferença de 1,08 pontos para a variável SCQ e diferenças de 5,04 e 14,39 para a variável visibilidade das cicatrizes consideradas em dois momentos diferentes. Entretanto, essas diferenças não se apresentaram estatisticamente significantes.

Continuando com o estudo da sensibilidade, foi estudada a sensibilidade à mudança no tempo, para tanto foi aplicado o Teste t para amostras dependentes, entre as três medidas realizadas da IES-VP (Tabela 26).

Tabela 26 – Resultados do Teste t de comparação das medidas da IES-VP: entre a primeira e segunda semanas de internação, entre o 4º e o 6º mês e entre o 9º e o 12º mês após a ocorrência da queimadura, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

Medidas	n	Média	Desvio-padrão	<i>p</i> *
1 vs 3	76	58,40 39,45	29,25 27,24	0,00

*p** = Teste t para amostras dependentes

1 – IES-VP aplicada entre a primeira e a segunda semanas de internação

3 – IES-VP aplicada entre o 9º e o 12º mês, após a queimadura

Quando testada a sensibilidade da mudança nas três aplicações da IES-VP, foi possível observar diferenças estatisticamente significantes entre a 1ª e 3ª medidas, ou entre a avaliação de impacto do evento referida entre a primeira e a segunda semanas, após a ocorrência do trauma e entre o 9º e o 12º mês, após a ocorrência do trauma. Diferenças que, também, são evidenciadas no decréscimo das médias de cada uma das medidas e porcentagem de decréscimos descritos na Tabela 6.

Ainda considerando as médias da primeira e terceira medidas, bem como seus respectivos desvios-padrão, o cálculo da magnitude do efeito, medida pelo *d* de Cohen foi $d = 0,67$, resultando em um efeito de magnitude moderada (COHEN, 1997; KAZIS; ANDERSON; MEENAN, 1989).

A seguir, na Tabela 27, são apresentados os efeitos solo/mínimo (*floor effect*) e o efeito teto/máximo (*ceiling effect*) dos itens que compõem as escalas adaptadas: IES-VP e BSPAS-VP, obtidos a partir dos resultados da aplicação dos instrumentos na 3ª etapa de coleta de dados.

Tabela 27 – Efeitos *floor* e *ceiling* dos itens das escalas adaptadas, Ribeirão Preto, 2006 a 2008

Itens da IES-VP (0-10)	<i>Floor effect</i> (%)	<i>Ceiling effect</i> (%)	Itens da BSPAS-VP (0-10)	<i>Floor effect</i> (%)	<i>Ceiling effect</i> (%)
1	14,1	11,0	1	23,1	12,1
2	22,0	1,1	2	13,2	7,7
3	12,1	16,5	3	5,5	19,8
4	38,5	5,5	4	14,3	16,5
5	27,5	5,5	5	14,3	15,4
6	58,2	4,4	6	8,8	16,5
7	31,9	8,8	7	12,1	20,9
8	33,0	5,5	8	12,1	15,4
9	37,4	15,4	9	18,7	22,0
10	17,6	12,1			
11	29,7	8,8			
12	12,1	6,6			
13	16,5	11,0			
14	39,6	13,2			
15	20,9	3,3			

Em relação à presença do efeito solo (*floor effect*), somente os itens 1, 3 e 12 da IES-VP não apresentaram porcentagem de resposta superior a 15%, caracterizando a presença deste efeito na escala, já para o efeito teto (*ceiling effect*) somente os itens 3 e 9 apresentaram porcentagem superior a 15%, ou seja, na IES-VP não detectamos a presença deste efeito na maioria dos itens da escala. Para a BSPAS-VP, os itens 1 e 9 apresentaram efeito solo (*floor effect*) acima de 15% e somente os itens 1 e 2 não apresentaram efeito teto (*ceiling effect*), ou seja, porcentagem de resposta acima de 15% se apresentou na maioria dos itens da BSPAS-VP.

5.5. Resultado do estudo da sensibilidade da IES-VP

Durante a aplicação da IES-VP, na primeira medida, foram registrados os comentários que surgiram espontaneamente dos participantes durante o preenchimento de cada item. Uma parte dos registros é apresentada, no Quadro 5, a seguir.

Quadro 5 – Itens e comentários registrados durante a aplicação da IES-VP, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

Itens	Comentários
1. Eu penso sem querer no momento que eu estava queimado.	<p><i>“tem hora que o pensamento parece que vêm sem ser chamado...(silêncio) queria ficar fazendo coisas que não me deixem pensar nisso”M.</i></p> <p><i>“parece que é toda hora, os primeiros dias foi pior, lembrava toda hora, mesmo não procurando...”R.M.</i></p> <p><i>“como não pensar se tudo me lembra que eu queimei, olha como estou (refere-se aos curativos), é difícil me ver assim, não queria ter que passar por isto”R.Q.</i></p>
2. Quando eu penso na maneira que fui queimado ou quando sou lembrado deste momento, eu tento não ficar estressado ou nervoso.	<p><i>“eu prefiro nem falar disso (o acidente), fico nervosa e não quero fazer nada...”E.P.</i></p> <p><i>“nem quero o álcool por perto, só sentir o cheiro me deixa nervosa...”I.V.</i></p> <p><i>“sei que foi acidente, mas olhar para ele me deixa nervosa (marido que tentou acender a churrasqueira com álcool)”D.R.S.</i></p>
5. De repente, vêm imagens na minha cabeça e tenho fortes sensações sobre o momento que eu estava queimado.	<p><i>“a gente lembra, mesmo sem querer, sem pensar...eu não quero nem lembrar disso (momento da queimadura), me dá medo, sinto até o fogo me queimando...(dor)”R.A.S.</i></p>
7. Eu evito coisas que me lembrem o momento da queimadura.	<p><i>“eu gostaria de evitar, mas tudo aqui lembra o momento que eu queimei, como faço para não lembrar?”D.R.S.</i></p> <p><i>“Eu gostaria de evitar tudo, o banho, essa troca (troca de curativos), esse negócio (cateter em subclávia), eu até prefiro fechar os olhos e tentar dormir para não pensar”J.S.M.</i></p>
8. Eu tenho a sensação como se a queimadura não tivesse acontecido, como se não fosse verdade.	<p><i>“...tem hora que parece que nada disso aconteceu, mas é só olhar pra mim que tenho plena certeza do que aconteceu...”J.S.M.</i></p> <p><i>“..é isso mesmo, tem hora que acho que nem aconteceu, parece sonho...”I.V.</i></p> <p><i>“tem dia que acordo meio perdido, me perguntando onde estou, mas é só olhar para essas faixas que logo logo lembro de tudo”A.P.M.</i></p>
11. Constantemente, algumas coisas me fazem lembrar de estar me queimando.	<p><i>“ahh tem sim, eu evito olhar para o álcool, odeio até sentir o cheiro, é duro sabe?”I.V.</i></p> <p><i>“mas e como não lembrar? Olho para mim e lembro, olho para esse quarto verde (cor da parede) e lembro, olha ela vai usar álcool (membro da equipe que entra na enfermaria para passar álcool na superfícies dos móveis), isso até me deixa nervosa...é só sentir o cheiro...”C.F.A.</i></p> <p><i>“tudo aqui me lembra que eu queimei, a cama, as pessoas de azul (cor da roupa da equipe de saúde), o cheiro do ambiente, isso aqui (curativos)..é tudo”N.M.S.</i></p>
15. Minha sensação sobre sofrer queimaduras está na verdade anestesiada.	<p><i>“...acho que a minha dor está passando, vou melhorando e tudo isso vai ficando para trás...”E.C.</i></p> <p><i>“até parece que vai ficando tudo mas leve, menos pesado, como quando você vai dormir, ainda bem que estou me recuperando rápido”P.F.</i></p> <p><i>“Olha...não está ficando não, tá bem presente, sinto muita dor, dia todo, parece que nada faz efeito, fico muito ansioso, meio desesperada com tudo”N.C.L.</i></p>

As falas registradas, durante a primeira aplicação dos instrumentos, mostram sentimentos manifestos pelos participantes que contribuíram na interpretação do pesquisador em relação à compreensão dos itens, assim como sua relevância para os mesmos.

Durante a aplicação da BSPA-VP, também foram registrados os comentários expressos de forma espontânea pelos participantes durante a resposta a cada item. Uma parte dos registros são apresentados, no Quadro 6, a seguir.

Quadro 6 – Itens e comentários correspondentes, registrados durante a aplicação da BSPAS-VP, Ribeirão Preto, 2006 a 2009

Itens	Comentários
1. De repente, eu posso me sentir inseguro sobre a minha cura, quando eu vejo as minhas queimaduras.	<p><i>“ahhh sim, eu até duvidei, nem imaginava como iria cicatrizar tudo isso (olha para as lesões) e quando me falaram que fariam enxerto, então pensei: de onde vai tirar toda essa pele?” J.S.M)</i></p> <p><i>“quando eu me olho, na verdade, tem hora que nem acredito que vou sair desta, é difícil pensar como vai cicatrizar tudo isso!” J.A.S.)</i></p> <p><i>“não duvido não, tenho certeza que vou melhorar, vou voltar a casa daqui a pouco” A. P.</i></p>
3. Eu não consigo relaxar durante os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia).	<p><i>“como relaxar? A gente sente dor grande parte do tempo, imagina quando vai tirar as faixas e tomar banho, fica tudo duro (contraído), aí você acha que passou e precisa fazer exercícios, aí tudo dói novamente...sei que preciso fazer, mas...é duro sabe?” M.E.S.</i></p> <p><i>“...até tento pensar em outras coisas na hora do banho ou nos exercícios, mas tem hora que não dá, dói muito”.R.M.F.</i></p>
6. Eu sinto que meus músculos se contraem. quando os cuidados (limpeza das queimaduras, banhos, curativos e fisioterapia) realmente começam.	<p><i>“É difícil não ficar estressado e tudo contraído, sem movimento, você sabe que ontem senti dor e que hoje não será diferente, queria é que aquele remédio mais forte fosse dado antes do banho, acho que ajudaria” J.A.S.</i></p> <p><i>“tem dia que o banho foi até tranquilo, mas logo depois tem que fazer fisioterapia, aí que dói, sei que preciso fazer, mas não consigo evitar ficar assim (contraído)” E.C.P.</i></p>
8. A cada procedimento (cuidado) pelo qual tenho que passar, novamente me preocupo com a dor que possivelmente irei sentir.	<p><i>“...parece que a dor chega junto com qualquer um que venha de roupa azul (roupa utilizada pela equipe de saúde da unidade)...”(P.F.)</i></p> <p><i>“...parece que tudo o que vai ser feito, vai doer, quando alguém entra (equipe de saúde) já acho que vai mexer e parece que a dor volta, fico meio nervosa” I.V.</i></p>
9. A dor pode ser tão forte que tenho medo de perder o controle sobre mim mesmo.	<p><i>“...o pior momento é o banho mesmo, tem hora que acho que vou perder o controle e sair correndo...” N.C.L.</i></p> <p><i>“tem hora que dá vontade de sair correndo, mas sei que precisa ser feito, é duro passar por tudo isso todo dia, queria que o tempo passe rápido e já não precisar fazer isso mais (banho) ou não sentir mais tudo isso que sinto...” C.F.A.</i></p>

As falas registradas, durante a primeira aplicação da BSPAS-VP, permitem identificar sentimentos manifestos pelos participantes que, também, contribuíram na interpretação do pesquisador em relação à compreensão dos itens, assim como a relevância dos mesmos.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A finalidade do presente estudo foi testar as propriedades métricas das versões adaptadas da *Burns Specific Pain Anxiety Scale* – BSPAS e da *Impact of Event Scale* – IES para a língua portuguesa a fim de disponibilizar dois instrumentos que permitam a avaliação de ansiedade frente a procedimentos dolorosos e suas implicações futuras no período de completa reabilitação (BSPAS) e avaliar o impacto do trauma na vida das vítimas de queimaduras.

O presente estudo contou com uma amostra de 91 pacientes, de características bastante variadas relacionadas à idade, à superfície corporal queimada, a locais anatômicos mais atingidos, ao agente etiológico e ao grau de escolaridade. Nas Fases A e B da 4ª etapa da coleta de dados, participaram 77 e 76 pacientes, respectivamente.

A idade média dos participantes foi de 35 anos, variando de 15 a 70 anos (M: 35). Variação de idade semelhante foi encontrada por Taal e Faber (1997a, 1997b), Taal et al. (1999) e Aaron et al. (2001) em estudos realizados com o objetivo de avaliar as propriedades métricas ou aplicar a BSPAS e/ou a IES.

Em relação à SCQ, a amostra participante do estudo apresentou variação de 1 a 60% de SCQ. Em resultados de estudos prévios, também foi encontrada grande variação entre a SCQ, nas amostras de diferentes pacientes queimados (TAAL; FAVER, 1997b; AARON et al., 2001).

Entre as causas mais comuns dos acidentes, os agentes inflamáveis, principalmente o álcool, se apresentaram como os mais comuns. O domicílio e o trabalho (independente do motivo do acidente) foram os locais onde aconteceu a maior parte dos acidentes, e os membros superiores, tórax e cabeça/face foram as áreas anatômicas mais atingidas. Na literatura, autores como Hemeda, Maher e Mabrouk (2003), Spinks et al. (2008) Rossi et al. (1998b) encontraram a chama direta (ocasionada pela combustão de agentes como álcool) e eletricidade como agentes mais comuns nos acidentes por queimaduras entre os adultos e os líquidos superaquecidos entre as crianças. Em relação aos acidentes em indivíduos adultos, Maghsouidi e Gabraely (2008) e Islam et al. (2000) chamam a atenção à frequência da ocorrência desses acidentes em ambientes de trabalho.

Os dados sobre a avaliação de dor (correspondentes a 1.199 registros) tiveram grande variação, apresentando maior concentração da intensidade nos períodos *imediatamente antes do banho e troca de curativos* (DIABC) e *imediatamente depois do banho e troca de*

curativos (DIDBC), sendo menores os valores médios totais para as avaliações de dor realizadas durante os *períodos de descanso* (DDPD). Taal e Faber (1997a) e Taal et al. (1999), na avaliação da intensidade da dor manifesta nos mesmos períodos, também encontraram valores mais altos de intensidade da dor dos participantes, durante a realização de *procedimentos dolorosos*, e os mais baixos, nos *períodos de descanso*. Dados como esses são esperados, já que há evidente combinação de manifestações de dor e estados de intensa ansiedade, nos diferentes momentos do dia, e frente aos diferentes procedimentos que precisam ser realizados. É importante lembrar que a sensação dolorosa é vivenciada de forma individual/pessoal, e sua manifestação, em relação à maior ou menor intensidade, dependerá de diversos aspectos, por exemplo, psicológicos e físicos.

Edwards et al. (2007) referem-se à manifestação de ansiedade e depressão como importantes preditores de maior intensidade de dor, isto é, quanto maior depressão e ansiedade, maior a intensidade da dor. Por esta razão a disponibilidade de um instrumento, como a BSPAS-VP que avalia ansiedade frente à realização de procedimentos dolorosos e a IES-VP que avalia o impacto do trauma da queimadura, torna-se importante para a prática clínica. Isto é, confere a oportunidade de contato com o paciente e de obter dados concretos que permitem a elaboração de cuidados mais direcionados e individualizados, por parte da equipe multiprofissional que trabalha no atendimento ao paciente queimado.

Na aplicação da avaliação do Impacto do Evento (IES-VP) nos três diferentes momentos (na fase de internação, entre o 4º e o 6º mês e entre o 9º e o 12º mês, após a ocorrência da queimadura), foi possível retratar a mudança dos valores totais obtidos pelos indivíduos, observando-se a diminuição no transcorrer do tempo. Esse resultado é concordante com as constatações de outros autores cujos estudos têm mostrado que o processo de adaptação para as mudanças ocasionadas pelo acidente com queimaduras acontece em maior intensidade no primeiro ano (TAAL; FABER, 1997a; TAAL, FABER, 1998). Portanto, a intensidade em que o estresse, relacionado ao trauma, se apresenta na fase de hospitalização sofre maiores mudanças, tendendo a diminuir durante o primeiro ano, após o acontecimento do acidente. No presente estudo, isso foi constatado ao observar-se o decréscimo dos valores da pontuação média da IES-VP nos três diferentes momentos, e especialmente entre a primeira e a terceira medidas, na qual os valores apresentam-se 30% menores nos valores médios. Entretanto, limitações motoras, presença de cicatrizes e a necessidade de realização de cirurgias reparadoras, entre outros, podem interferir nessa melhora.

Em relação às medidas de depressão e baixa autoestima obtidas pela aplicação do Inventário de Depressão de Beck e a Escala de Autoestima de Rosenberg, constatou-se a presença de depressão e baixa autoestima na amostra em estudo, também, sendo evidente a diminuição das pontuações no decorrer do tempo. Dados que vão de encontro com os resultados apresentados por Ferreira et al. (2008), em um grupo de pacientes da mesma unidade e em uma amostra distinta de pacientes. Na literatura, o trauma por queimadura tem sido visto como causador de mudanças inesperadas e irreversíveis, no que diz respeito à parte física, por exemplo, sequelas físicas e/ou estéticas, ou na vida diária dos sobreviventes a esses acidentes, por exemplo, separação da família, trabalho ou escola, perda de autonomia e dependência durante a permanência no hospital para a realização dos cuidados. Mudanças, essas, que podem estar acompanhadas de importantes alterações de saúde mental e psicossocial (PATTERSON et al., 2003; WALLIS et al., 2006), tais como depressão e/ou diminuição da autoestima durante todo o processo de recuperação, manifestações que podem permanecer até a completa reabilitação física ou ao longo da vida (WARD; MOSS; DARKO, 1987; EDWARDS et al., 2007) o que contribui para a percepção de “dano” após o acontecimento do trauma e, conseqüentemente, aumento do quadro de ansiedade (ROBERT, 2000; HULBERT-WILLIAMS et al., 2008). Portanto, esperavam-se encontrar correlações estatisticamente significativas que variassem de moderadas a fortes entre os resultados obtidos para a IES-VP e as escalas de avaliação de depressão e autoestima (IDB e EAER, respectivamente).

Para o estudo da *Validade de Construto Convergente*, por entendermos que na fase aguda do trauma, as manifestações de dor e ansiedade são intensas devido aos diversos procedimentos causadores de dor aos quais os pacientes são submetidos (TAAL; FABER, 1997a; SHERIDAN et al., 1997), foram aplicadas de forma conjunta, as escalas em processo de validação (BSPAS-VP, IES-VP) e o IDATE.

Seguindo a proposta dos autores da BSPAS (TAAL; FABER, 1997a, 1997b), no presente estudo, para o estudo da *validade de construto convergente*, isto é, avaliação do grau em que ambas as escalas adaptadas mediram os construtos pretendidos, foi obtido o coeficiente de correlação de Pearson entre a BSPAS-VP e a IES-VP e suas subescalas. Assim, observaram-se correlação forte e de sentido positivo entre a IES-VP total e a BSPAS-VP ($r=0,52$; $p<0,001$) e entre a BSPAS-VP e a subescala da IES-VP que avalia *pensamentos intrusivos* ($r=0,54$; $p<0,001$) e correlações moderadas e de sentido positivo para os itens que avaliam *reações de evitação* ($0,37$; $p<0,001$). Valores de correlação forte e de sentido positivo, também, foram encontrados por Taal e Faber (1997a), entre a versão de nove itens da BSPAS

(versão holandesa) e a IES ($r=0,77$; $p<0,001$). Echevarría-Guanilo et al. (2006), em etapas iniciais do processo de adaptação para o português do Brasil, encontraram coeficiente de correlação estatisticamente significativa e alto entre os valores totais da versão da BSPAS-VP (nove itens) e a IES-VP (quinze itens) ($r=0,59$; $p<0,001$) e coeficientes estatisticamente significantes, altos e moderados entre a BSPAS-VP e as subescalas da IES-VP que avaliam *pensamentos intrusivos* ($r=0,54$; $p<0,001$) e *reações de evitação* ($r=0,49$; $p<0,001$).

A correlação entre os valores obtidos, entre ambas as escalas adaptadas, era esperada, já que, a BSPAS-VP avalia a manifestação de ansiedade-estado por meio das relações constantes que os indivíduos fazem entre a presença das lesões e o processo de cicatrização (incluindo a realização de procedimentos dolorosos, por exemplo, banho, limpeza das feridas, desbridamentos e enxertias), e a IES-VP avalia o impacto do evento por meio das lembranças e sentimentos repentinos ou constantes sobre o acontecimento do evento (trauma), podendo-se intensificar com manifestações, como medo relacionado à lembrança ou dor relacionada às lesões reais ocasionadas pelo acidente. Por exemplo: *o pior momento é o banho mesmo, têm hora que acho que vou perder o controle e sair correndo...; parece que a dor chega junto com qualquer um que venha vestido de roupa azul (roupa utilizada pela equipe de saúde da unidade)...* (BSPAS-VP) e *eu prefiro nem falar disso (o acidente), fico nervosa e não quero fazer nada...; nem quero o álcool por perto, só sentir o cheiro me deixa nervosa...;tem hora que parece que nada disso aconteceu, mas é só olhar pra mim que tenho plena certeza do que aconteceu...* (IES-VP). Manifestações como essas indicariam que, indivíduos, vítimas de queimaduras, com sintomatologia de estresse, após o trauma, cuja sensibilidade para os estímulos dolorosos encontra-se alterada, poderiam apresentar intensa ansiedade antecipatória à realização de procedimentos causadores de dor e, mesmo na ausência de estresse, situações como essas favoreceriam o estabelecimento de um círculo vicioso, no qual a manifestação de ansiedade aumentaria a intensidade da dor, e a dor contribuiria com o aumento da intensidade da ansiedade e, assim, sucessivamente (TAAL; FABER, 1997a), contribuindo, também, para o aparecimento ou intensificação de manifestações de estresse pós-traumático.

As manifestações de dor, por serem constantes nos acidentes por queimaduras, conforme as hipóteses previamente descritas (correlação forte e de sentido positivo) trazem uma contribuição importante no impacto do evento. No presente estudo, não foram encontradas correlações fortes e sim correlações estatisticamente significantes baixas e de sentido positivo entre a subescala da IES-VP que avalia *pensamentos intrusivos*, e os registros de dor relacionados a procedimentos dolorosos: DIABC ($r=0,22$; $p<0,05$) e DIDBC ($r=0,21$; $p<0,05$). Já, no processo inicial de adaptação da BSPAS-VP, em uma amostra de 21

indivíduos, não foram encontradas correlações significantes para essas variáveis (ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006). É esperado que, em resposta ao estado de “superalerta” desses pacientes, a sensibilidade para os estímulos dolorosos encontre-se alterada, assim apresentando estados de medo que pode levar ao desencadeamento de mecanismos de autoproteção frente à presença de pensamentos intrusivos e à realização de procedimentos terapêuticos, causadores de dor intensa (TAAL; FABER, 1997a).

Ao analisarmos o conteúdo dos itens que compõem essa subescala que avalia *pensamentos intrusivos* (itens 1 a 15), é possível observar a explícita avaliação de comportamentos/respostas do indivíduo na tentativa de evitar situações julgadas como desagradáveis, por exemplo, a lembrança do acidente e o motivo pelo qual aconteceu, a presença das lesões e a dor. Fatos como esses foram constatados por alguns comentários realizados pelos participantes, no momento do preenchimento dos instrumentos: ***eu não quero nem lembrar disso (momento da queimadura)...sinto até o fogo me queimando...(dor); é isso mesmo, tem hora que acho que nem aconteceu, parece sonho...prefiro assim... e acho que a minha dor está passando, vou melhorando e tudo isso vai ficando para trás.*** Acreditamos que as lembranças e momentos relacionados ao trauma, no caso do paciente queimado, que se encontra nas primeiras fases de reabilitação, apresentam um “foco principal”, que é a dor e, é nesse foco, que as avaliações de melhora, por parte do paciente, estão fundamentadas. Assim, parece ser que quanto menor a dor, menor será a frequência em que lembranças repentinas se apresentam, e menor as necessidades de elaboração de respostas de evitação, portanto, menor seria o impacto do evento. No entanto, com o passar do tempo e com a diminuição da dor, o “foco principal” pode ser transferido para a preocupação com a parte estética e motora: visibilidade das cicatrizes e dificuldade para realização de atividades diárias. Portanto, novas lembranças repentinas e novas respostas de evitação poderão ser elaboradas.

Eram esperadas correlações estatisticamente significantes moderadas e de sentido positivo entre a BSPAS-VP (ansiedade frente a procedimentos dolorosos) o IDATE (ansiedade-estado). A hipótese foi confirmada, ao encontrarmos correlação estatisticamente significativa moderada e de sentido positivo ($r=0,34$; $p<0,01$). Os autores da versão original encontraram correlação estatisticamente significativa forte e de sentido positivo entre ambos os instrumentos ($r=0,58$; $p<0,005$) (TAAL; FABER, 2009). Autores (LITLERE MOI et al., 2007; FAYERS; MACHIN, 2007) referem que o uso de medidas específicas, em condições clínicas específicas, é de especial valor, já que podem aumentar a sensibilidade para detectar problemas ocasionados pelas lesões, o tratamento e suas consequências. Futuros estudos, que

incluam a aplicação conjunta do IDATE ou de outros instrumentos de avaliação de ansiedade e/ou de outras manifestações relacionadas, e em uma amostra maior, poderiam ajudar na busca de maiores evidências da validade de construto da BSPAS-VP, ou seja, na confirmação de que a BSPAS em sua versão brasileira avaliação ansiedade-estado frente a procedimentos dolorosos de vítimas de queimaduras.

No presente estudo, esperava-se uma correlação forte, entre a BSPAS-VP e as mensurações de dor, mas encontraram-se correlações moderadas e de sentido positivo entre a BSPAS-VP e as três medidas de dor: Dor imediatamente antes do banho e curativo ($r=0,32$; $p<0,001$), Dor imediatamente depois do banho e curativo ($r=0,31$; $p<0,001$) e Dor durante o período de descanso ($r=0,32$; $p<0,001$).

Acreditamos que dados como esses possam estar relacionados aos seguintes aspectos: a) tamanho da amostra; b) grandes variações, em relação à intensidade, dos registros de dor; c) à subjetividade da medida; d) experiências prévias de dor; e) grandes variações da SCQ na amostra; f) dose, hora e administração de ansiolíticos e analgésicos; e g) relacionamento paciente-profissional. Aspectos que poderão ser considerados em futuros estudos, direcionados à análise desses dados. É importante lembrar que a mensuração da dor com escalas como a EVA limita-se à mensuração da intensidade e não à avaliação de aspectos ou variáveis mais complexos, como ansiedade, estresse pós-traumático, depressão, autoestima, circunstâncias em que ocorreu o acidente, entre outras variáveis que podem influenciar na manifestação e intensidade da dor (HORTENSE, 2003).

Em relação às correlações entre a medida da BSPAS-VP e as avaliações da dor, no estudo das propriedades métricas da BSPAS (nove itens) em holandês, aplicada em uma amostra de 35 pacientes, os autores (TAAL; FABER, 1997b), identificaram correlações significantes, fortes e positivas, entre os valores referidos para os momentos de realização de procedimentos dolorosos ($r=0,59$; $p<0,005$) e moderadas para as avaliações realizadas nos períodos de descanso ($r=0,38$; $p<0,05$). Na fase inicial do processo de validação da versão em português para o Brasil (ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006), em uma amostra de 21 pacientes, não foram encontradas correlações estatisticamente significantes para quaisquer das avaliações de dor realizadas, porém foi possível observar associação positiva para a Dor imediatamente antes do banho e curativo ($r=0,32$; $p<0,005$) e Dor imediatamente depois do banho e curativo ($r=0,28$; $p<0,005$).

Ainda em relação à avaliação de manifestação de dor, também, tem sido reportada a relação entre a intensidade da dor e variáveis, como, a SCQ, profundidade das lesões, a realização de atividades ou cuidados, cirurgias e realização de fisioterapia ou participação de

atividades de reabilitação que requeiram movimentos, encontrando-se correlação entre a SCQ e as manifestações de dor principalmente na primeira semana pós-trauma térmico e, especialmente, em pacientes com predomínio de queimaduras superficiais, as quais são altamente dolorosas (CHOINIÈRE et al., 1989). Outros autores (BYERS et al., 2001) encontraram relação entre a SCQ e aumento de ansiedade no paciente nos diferentes períodos do dia, sejam esses durante a realização de troca de curativos ou em períodos de descanso, fato que pode influenciar o aumento da sensação de dor desses indivíduos durante o longo período do tratamento. Assim, a SCQ seria uma entre as muitas variáveis que podem influenciar na referência de dor e, futuramente, na participação ativa do paciente no processo de reabilitação.

Alguns autores chamam a atenção para o momento em que essas avaliações são realizadas e a condição e a etapa de recuperação na qual o paciente se encontra. Assim, referem-se especialmente à consideração do “tipo de dor” presente no momento: *background pain*, *breakthrough pain* e *procedural pain* (CHOINIÈRE et al., 1989; LATARJET; CHOINIÈRE, 1995; TENGVALL et al., 2006). A dor frente a *procedimentos dolorosos* “procedural pain” estaria diretamente relacionada à realização dos cuidados e procedimentos realizados pela equipe de profissionais de saúde, a *memória anterior da dor* “background pain” à presença das próprias lesões (superficiais ou profundas) e de áreas doadoras; e a lembrança da dor sentida previamente, e a *descoberta da dor* “breakthrough pain” à realização de atividades como mudança de decúbito no leito ou na cadeira de conforto e durante a locomoção. Embora, de forma geral, a intensidade de dor nos períodos de descanso seja menor, após períodos de enxertias e desbridamentos, esses podem ser intensos, especialmente frente à necessidade de mudanças de decúbito, locomoção e fisioterapia (WARD; MOSS; DARKO, 1987; CHOINIÈRE et al., 1989; LATARJET; CHOINIÈRE, 1995; TENGVALL et al., 2006). No presente estudo, como referido anteriormente, as avaliações contemplaram os momentos relacionados à realização de procedimentos dolorosos, à lembrança da dor após a realização de procedimentos dolorosos e a períodos de descanso, incluindo, em muitas ocasiões, período pós-cirúrgico. Foram observadas concentrações de dor mais intensa, nas mensurações realizadas antes do banho e nos curativos e após a realização dos mesmos.

Ainda no estudo da *Validade de Construto Convergente*, foram constatadas as hipóteses de força e sentido das correlações entre a IES-VP e o EAER, quando aplicadas entre o 4º e o 6º mês após a queimadura. Foi possível encontrar correlações estatisticamente significantes, fortes e de sentido negativo entre a IES-VP total e a EAER ($r = -0,52$; $p < 0,01$) e

a subescala que avalia *pensamentos intrusivos* ($r = -0,53$; $p < 0,01$) e a EAER e correlações estatisticamente significantes moderadas e de sentido negativo entre a subescala que avalia *reações de evitação* e a EAER ($r = -0,43$; $p < 0,01$). Assim, também foram constatadas as hipóteses de força e sentido das correlações entre a IES-VP e o IDB, encontrando-se correlações estatisticamente significantes moderadas e de sentido positivo entre o IDB, a IES-VP total ($r = 0,46$; $p < 0,01$) e as subescalas que avaliam pensamentos intrusivos ($r = 0,45$; $p < 0,01$) e reações de evitação ($r = 0,40$; $p < 0,01$). Correlações que permaneceram no tempo, nas avaliações realizadas entre o 9º e o 12º mês após a queimadura, sendo fortes e de sentido negativo entre a IES-VP total e EAER ($r = -0,58$; $p < 0,01$), fortes e de sentido positivo entre a IES-VP total e a IDB ($r = 0,63$; $p < 0,01$) e moderadas entre a IES-VP total e a subescala que avalia pensamentos intrusivos ($r = 0,34$; $p < 0,01$). Dessa forma constatamos os pressupostos do modelo em estudo: a presença de manifestações de depressão e de baixa autoestima estaria fortemente correlacionada à sintomatologia de estresse pós-traumático.

Em relação à presença de depressão e baixa autoestima no paciente queimado, estudos mostram que essas podem ser observadas durante a hospitalização, por meio da manifestação constante da preocupação dos indivíduos com aspectos como a extensão da queimadura, a profundidade e as possíveis marcas e limitações motoras (GILBOA, 2001), o que também pode estar relacionada à presença de estresse pós-traumático. Tais preocupações, além de acompanhar os indivíduos durante o período de hospitalização, podem ser intensificadas com a proximidade da alta, quando aparecem preocupações tais como a volta para casa e o retorno ao trabalho ou à escola (CARLUCCI et al., 2007).

Orr, Reznikoff e Smith (1989), com o intuito de avaliar autoestima, imagem corporal e depressão, aplicaram o IDB e EAER em um grupo de 121 adolescentes e adultos jovens (14 a 27 anos de idade) que sofreram queimaduras. Os autores encontraram para o IDB uma média igual a 6,74 (DP: 8,12) e para a EAER uma média igual a 31,5 (DP: 5,26) e observaram que menores índices de autoestima e depressão teriam relação com apoio social e que, com o passar do tempo, frente à diminuição da porcentagem das áreas de queimadura aparentes, assim como melhora da aparência estética de muitas cicatrizes e das sequelas motoras, os índices de autoestima, dos sobreviventes a acidentes por queimaduras, seriam melhores ou iguais, aos da população normal. No presente estudo, obtivemos dados semelhantes aos apresentados por esses autores: para a IDB obtivemos uma média de 9,32 (DP: 9,01), quando aplicado entre o 4º e o 6º mês após a queimadura e média de 5,89 (DP: 7,68) quando aplicado entre o 9º e o 12º mês após queimadura, e para EAER aplicada entre o 4º e o 6º mês pós-

queimadura uma média igual a 31,81 (DP: 4,94) e de 33,75 (DP: 4,93), quando aplicada entre o 9º e o 12º mês pós-queimadura.

Robert et al. (1999), ao investigar se adolescentes com cicatrizes aparentes, ocasionadas por queimadura, ver-se-iam como menos competentes do que adolescentes que não teriam sofrido queimaduras e se a percepção de menor competência teria relação com a aparência física, depressão e ansiedade, encontraram forte correlação entre autoestima, autoavaliação da aparência física e estados afetivos. Os autores referem que tais resultados poderiam sugerir que sobreviventes de queimaduras com cicatrizes aparentes apresentam uma importante diminuição da autoestima, podendo também apresentar sintomas de depressão.

Como referido anteriormente, na manifestação de depressão há predomínio de sentimentos de tristeza, vazio ou perda da capacidade de experimentar sensação de prazer para realizar atividades, sensação de cansaço ou falta de interesse a estímulos provindos do ambiente, seja esse familiar ou social, todas essas manifestações que favorecem a percepção alterada de autoestima (baixa autoestima) (DEL-PORTO, 1983). Em relação à autoestima em vítimas de queimadura, autores (BOWDEN et al., 1980) encontraram que a extensão da queimadura e a parte do corpo queimada não seriam fatores significantes para diminuição de autoestima, já idade e tempo de acontecimento do acidente se apresentariam como fortes preditores de baixa autoestima nesses pacientes. Assim, vítimas de queimaduras, no geral, teriam um processo de adaptação bem-sucedido, e que apoio social, satisfação com a vida, participação em atividades sociais e de lazer e estar empregados favoreciam a alta autoestima. Khoosal et al. (1987) referem que tanto depressão quanto ansiedade são reações comuns durante o período do estresse causado pelo trauma ou que pessoas que vivenciaram uma situação traumática estariam expostas a manifestações de intensa ansiedade e depressão.

A presença de depressão e baixa autoestima em sobreviventes de acidentes por queimadura pouco têm sido estudadas, mas os estudos existentes mostram sua presença e relação, especialmente durante os dois primeiros anos após o trauma, tendendo a diminuir no decorrer do tempo (WIECHMAN et al., 2001; CARROUGHER et al., 2006).

Na literatura, Blalock, Bunker e DeVellis (1994) e Cromes et al. (2002) referem que ansiedade, depressão e problemas emocionais se apresentariam como preditores para menor QVRS durante o primeiro ano, após o acontecimento da queimadura. Os participantes do presente estudo, como referido anteriormente, apresentaram depressão e baixa autoestima, o que poderia ter influenciado nos resultados obtidos no SF-36, já que, entre o 4º e o 6º mês após a queimadura, foi possível evidenciar alterações nos valores do SF-36, especialmente nos domínios *Aspectos Emocionais* e *Aspectos Físicos*, permanecendo com menores valores o

domínio *Aspectos Emocionais* para as avaliações realizadas entre o 9º e o 12º mês após a queimadura.

Anzarut, Chen e Shankowsky (2005) com o objetivo de identificar os índices clínicos e funcionais específicos que preveem a boa qualidade de vida após grandes queimaduras, aplicaram o SF-36 em 47 pacientes sobreviventes a acidentes por queimaduras, (idade média de 28 anos) e encontraram que, comparados com as normas canadenses da população, os pacientes apresentaram pontuações significativamente mais baixas na percepção dos domínios *Aspectos Físicos* (69.1 contra 82.1, $p = 0.0067$) e *Estado Geral de Saúde* (67.2 contra 77.0, $p = 0.00014$). Os sobreviventes ao acidente por queimadura relataram uma boa qualidade de vida na maioria de domínios do SF-36. Os autores identificaram que a extensão da queimadura, a profundidade, a idade e queimadura nas mãos estariam diretamente relacionadas à percepção de pior qualidade de vida.

Os resultados para o domínio *Dor* indicaram que, para 75% dos participantes, esse domínio não se apresentou como o domínio mais importante para alteração na qualidade de vida relacionada à saúde, após seis meses da alta hospitalar. Embora não tenha se apresentado como domínio importante na alteração da QVRS, para a maior parte de participantes, é importante pensar que, após um ano da queimadura aproximadamente, 25% deles ainda sentem desconforto por causa da dor, sendo um dos principais contribuidores para limitações físicas e psicológicas durante o primeiro ano após a queimadura, podendo, ainda apresentar-se como dor crônica em parte dessa população (LITLERE MOI et al., 2007).

Em relação à força e sentido das correlações entre QVRS (avaliada por meio da aplicação do SF-36) e o impacto do evento (avaliado por meio da aplicação da IES-VP), na amostra estudada, para as medidas realizadas entre o 4º e o 6º mês e entre o 9º e o 12º mês, eram esperadas correlações estatisticamente significantes negativas que poderiam variar de moderadas a fortes. Para as medidas realizadas entre o 4º e o 6º mês (Tabela 12) encontraram-se correlações estatisticamente significantes somente entre a IES-VP e os domínios *Dor*, *Aspectos Sociais* e *Saúde Mental*, entre a subescala que avalia *pensamentos intrusivos* e os domínios *Dor*, *Aspectos Sociais* e *Saúde Mental* e, entre a subescala que avalia *reações de evitação* e os domínios *Aspectos Sociais* e *Saúde Mental*. Para as correlações entre a IES-VP e os SF-36, quando aplicados entre o 9º e o 12º mês, após a queimadura, também se esperavam correlações estatisticamente significantes e de sentido negativo que poderiam variar de moderadas a forte. Nessa fase, foi possível encontrar correlações estatisticamente significantes, baixa e de sentido negativo, portanto de pouca aplicabilidade para a prática, entre a IES-VP total e o domínio *Estado Geral de Saúde*, e correlação estatisticamente

significante moderada e de sentido negativo entre a subescala que avalia *pensamentos intrusivos* e o domínio *Estado Geral de Saúde* (Tabela 13), correlação que permitiu constatar as correlações esperadas nas hipóteses propostas (Quadro 4). Ao analisarmos os valores apresentados para os domínios do SF-36, foi possível evidenciar que, embora aspectos relacionados ao autocuidado, realização de atividades diárias dentro de casa, trabalho e lazer pudessem ser encontrados bastante afetados, especialmente no primeiro ano pós-queimadura, essas atividades estavam sendo realizadas apesar da presença de limitações tais como, levantar-se, carregar mantimentos e caminhar. Resultados que são observados nas pontuações médias obtidas na aplicação do SF-36 entre o 4º e o 6º mês após a queimadura, nas quais os domínios *Aspectos Físicos* e *Aspectos Emocionais* são os únicos domínios que apresentaram menor pontuação, permanecendo baixas somente para *Aspectos Físicos* nas avaliações realizadas entre o 9º e o 12º mês, após a queimadura (Tabela 8). Dados semelhantes têm sido amplamente identificados por outros pesquisadores, ao avaliar QVRS, por meio da aplicação da *Burns Specific Health Scale-Revised*, um instrumento específico para ser aplicado em adultos, vítimas de queimaduras (KIIDAL et al., 2005).

No presente estudo, *Aspectos Funcionais* podem não ter sido referidos como importantes fatores para menor QVRS, entre os participantes da amostra, pois, esses são referidos principalmente em situações que envolvem importantes queimaduras nas mãos, ou regiões do corpo consideradas importantes pelo paciente (ANZARUT; CHEN; SHANKOWSKY, 2005). Na nossa amostra, 40 pacientes apresentaram queimaduras nas mãos, porém, no que diz respeito a limitações, não foram referidas como importantes por esses pacientes. Autores referem que os indivíduos que sofrem esses acidentes muitas vezes não percebem essas queimaduras como grandes complicadores e, aparentemente, isto seria visto como problema especialmente pelos profissionais de saúde e não necessariamente pelos próprios pacientes (KIIDAL et al., 2005).

Entretanto, autores referem que é importante lembrar que, de forma geral, a porcentagem de SCQ e a profundidade das queimaduras podem apresentar alterações, especialmente, para os domínios físico, mental, social e de saúde geral, principalmente, quando a SCQ é superior a 50% (KIIDAL et al., 2005; ANZARUT; CHEN; SHANKOWSKY, 2005) com o objetivo de estudar a relação entre a presença de contraturas e qualidade de vida, aplicaram o SF-36 em uma amostra de 22 adultos que recebiam tratamento ambulatorial no mínimo há seis meses, após ter recebido alta hospitalar. Os autores encontraram que o domínio *Vitalidade* e *Aspectos Emocionais* foram os domínios maiores afetados pela porcentagem de superfície corporal queimada e, quando considerada a presença

de contraturas, *Capacidade Funcional*, *Aspectos Físicos*, *Dor* e *Vitalidade* foram os domínios mais afetados.

No presente estudo, a média de porcentagem de SCQ encontrada foi igual a 17,6%, sendo que 75% da amostra apresentou porcentagem de SCQ menor que 25,5%, isto é, a porcentagem de pacientes com extensas queimaduras foi pequena. Razão pela qual acreditamos que nem todos os domínios do SF-36 se apresentaram fortemente afetados (Tabela 8).

A forte correlação entre a IES-VP, especificamente, com a subescala que avalia pensamentos intrusivos e os domínios Aspectos Emocionais e *Saúde Geral* (SF-36), poderia estar explicada na própria ocorrência do acidente com queimadura e consequências vivenciadas em termos de perdas e de ganhos, incluindo a presença de cicatrizes, contrações, amputações, prurido, dor, aspectos psicológicos (ESSELMAN et al., 2006; VAN LOEY; VAN, 2003) e, ainda, a perda temporal ou permanente da identidade, estilo de vida, relacionamentos e papel desempenhado dentro do convívio familiar (WILLIAMS; DAVEY; KLOCK-POWELL, 2003; LITLERE MOI; VINDENES; GJENGEDAL, 2008). Estudos qualitativos realizados com o objetivo de compreender a vivência da queimadura chamam a atenção para a ocorrência dessas mudanças, influenciando a experiência de vida dos sobreviventes e no seu mundo de vida e, dada a importância conferida ao corpo na sociedade atual, ressaltam a necessidade da realização de pesquisas voltadas para o conhecimento das experiências dos sobreviventes e do processo de adaptação à mudança no seu corpo, após a ocorrência do acidente por queimadura (LITLERE MOI; VINDENES; GJENGEDAL, 2008).

A *validade de construto discriminante* das escalas adaptadas foi estudada por meio dos valores médios obtidos entre o impacto do evento (IES-VP) e ansiedade frente a procedimentos dolorosos (BSPAS-VP), entre a primeira e a segunda semanas após a ocorrência do acidente, e entre os grupos conhecidos segundo as variáveis SCQ, idade e visibilidade das cicatrizes da queimadura. Na literatura não encontramos estudos relacionados à capacidade da BSPAS de discriminar valores entre grupos diferentes, no entanto, no presente estudo, optamos pelo estudo dessa propriedade, referida pela literatura como uma propriedade importante entre os diferentes instrumentos de medida (SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST, 2002; FAYERS; MACHIN, 2007). Foi possível evidenciar, na BSPAS-VP, diferença entre as médias para homens e mulheres, sendo que os homens apresentariam valores médios de ansiedade menores aos das mulheres (Tabelas 14, 15 e 16) e indivíduos com menor superfície corporal queimada apresentaram menor ansiedade frente a procedimentos dolorosos, quando

comparados aos indivíduos que apresentaram maior porcentagem de superfície corporal queimada, porém essas diferenças não se apresentaram estatisticamente significantes.

Em relação à IES-VP, para o estudo da validade discriminante, Horowitz, Wilner e Alvarez (1979) estudaram a sensibilidade da IES para detectar diferenças entre grupos diferentes: a) estudantes que tiveram primeiro contato com dissecação de cadáver e b) pacientes que passaram por algum evento de maior sofrimento. Os autores concluíram que a IES se apresentou sensível para detectar diferenças entre ambos os grupos, sendo que os estudantes apresentaram menores valores, quando comparados aos pacientes que vivenciaram algum evento traumático, observando-se, também, diferenças entre os valores totais da IES para os homens e para as mulheres (maiores valores para as mulheres). Em outro estudo, Zilberg, Weiss e Horowitz (1982) também constataram a sensibilidade da IES para discriminar valores entre dois grupos conhecidos: a) pacientes que recebiam psicoterapia, após perda de um membro importante da família e b) entre os que não recebiam psicoterapia. Os autores observaram valores altamente discriminantes para ambas as subescalas que compõem a IES, sendo maiores entre os indivíduos que teriam vivenciado a morte de algum parente próximo.

No presente estudo, foi testada a capacidade da IES-VP para discriminar valores entre homens e mulheres, entre os que referiram visibilidade da cicatriz e os que não referiram e entre os que apresentaram porcentagem de SCQ menor que 20% ou maior que 20%. Foi possível observar que os valores médios mais altos para a IES-VP foram apresentados pelos indivíduos que tiveram maior porcentagem de superfície corporal queimada (Tabela 14), pelas mulheres (Tabela 15) e pelos indivíduos que consideraram suas cicatrizes visíveis (Tabela 16), porém essas diferenças não se apresentaram estatisticamente significantes. Consideramos importante a realização de futuras pesquisas que contemplem o estudo dessa propriedade, para ambas as escalas adaptadas, BSPAS-VP e IES-VP, considerando-se outras variáveis, por exemplo, maior número de participantes, profundidade das queimaduras, frequência de troca de curativos e uso de analgésicos.

Ainda na avaliação da *validade de construto*, no presente estudo, optamos pela realização de uma análise fatorial exploratória da estrutura da BSPAS-VP, sendo possível identificar que, na versão brasileira, a distribuição dos autovalores (*eigenvalues*), também, apresentaria como uma escala composta por um único componente, portanto, se apresentaria como uma escala unidimensional, diferenciando-se da versão resumida (cinco itens), proposta pelos autores como uma escala bidimensional (TAAL et al., 1999) e semelhante à versão de nove itens, proposta como uma escala unidimensional. A covariância existente entre os itens e

o fator variou de 20,25% a 68,89%, correspondendo o menor valor ao item 1 (0,45). A estrutura da IES-VP, em sua versão em português para o Brasil, mostrou distribuição dos autovalores (*eigenvalues*) semelhante à proposta pelos autores da versão original (HOROWITZ; WILNER; ALVAREZ, 1979), composta então por duas subescalas: *pensamentos intrusivos* (sete itens) e *reações de evitação* (oito itens). Estrutura também estudada e confirmada por outros autores (ZILBERG; WEISS; HOROWITZ, 1982; PIETRANTONIO et al., 2003; SUNDIN; HOROWITZ, 2002).

Nos resultados obtidos para a *avaliação da consistência interna* da IES-VP, para os 15 itens, observou-se um Alfa de Cronbach total alto (0,87) (Tabela 20), o que, até o momento, é um fator indicativo de forte consistência interna entre os itens da escala total, também acontecendo o mesmo para o conjunto de itens de cada subescala: *pensamentos intrusivos* (0,87) e *reações de evitação* (0,76) (Tabelas 21 e 22). Não foram observadas grandes diferenças no Alfa, se o item fosse excluído, e a correlação item com o total (índice de homogeneidade corrigido) (MERINO; DIAZ, 2005) que, para o conjunto dos 15 itens, variou de baixos (Minha sensação sobre sofrer queimaduras está na verdade anestesiada.) a altos (Cada lembrança traz de volta a sensação de estar me queimando.) (Tabela 21), sendo altos para todos os itens da subescala que avalia *pensamentos intrusivos* e variando de baixos (Minha sensação sobre sofrer queimaduras está na verdade anestesiada.) a altos (Eu evito coisa que me lembrem o momento da queimadura.) para a subescala que avalia *reações de evitação* (Tabela 22).

Dados semelhantes foram encontrados por diversos autores que estudaram as propriedades métricas da *Impact of Event Scale*. Horowitz, Wilner e Alvares (1979) analisaram as propriedades métricas da IES em uma amostra de pacientes que recebiam atendimento ambulatorial, encaminhados por diversas especialidades para o serviço de psicoterapia, após o acontecimento de um evento traumático e encontram um Alfa de 0,78 para os itens que avaliam *pensamentos intrusivos* e de 0,82 para os itens que avaliam *respostas de evitação* (Quadro 1).

Sundin e Horowitz (2002) após 20 anos de proposta a escala, realizaram uma revisão de todos os estudos que tiveram como objetivo a análise das propriedades métricas da IES e encontraram variações do Alfa total dos itens que avaliam *pensamentos intrusivos* de 0,74 a 0,90 e de 0,69 a 0,90 para os itens que avaliam *respostas de evitação* (Quadro 1), sendo os valores, para todos os casos, classificados como valores altos. Os autores concluíram que ambas as partes da escala mostram-se homogêneas (cada grupo de itens medindo o mesmo e único construto) e que a escala, no conjunto, se apresenta consistente.

No processo inicial de adaptação cultural (ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006), a IES-VP apresentou Alfa total alto (0,84), permanecendo alto para cada subescala: *pensamentos intrusivos* (0,74) e *respostas de evitação* (0,77), sendo que o Alfa, se o item fosse excluído, não alterou sua classificação (alto) para nenhum dos itens. Já, os valores obtidos para o Coeficiente de Correlação de Spearman, para a subescala que avalia *pensamentos intrusivos*, variaram de baixos a fortes: *eu penso sem querer no momento que eu estava queimando* ($r=0,07$) a *de repente, vêm imagens na minha cabeça e tenho fortes sensações sobre o momento que eu estava queimando* ($r=0,71$; $p<0,01$) e, para a subescala que avalia *respostas de evitação*, variaram de *eu tenho a sensação como se a queimadura não tivesse acontecido, como se não fosse verdade* ($r=0,09$) a *eu evito coisas que me lembrem o momento da queimadura* ($r=0,63$; $p<0,01$). Com base nos dados obtidos até o momento, pode-se inferir que a IES-VP se mostra como uma ferramenta, também, potencialmente confiável na avaliação do impacto psicológico que o trauma térmico pode causar nos indivíduos brasileiros.

No presente estudo, a análise da *consistência interna* da BSPAS-VP, o Alfa total da escala mostrou-se alto (0,90), não sendo observadas grandes mudanças nos valores do Alfa total da escala, quando um dos itens foi retirado, continuando a ser classificados como altos, o qual indicaria alto poder de discriminação dos nove itens da escala, e os valores para a correlação item com o total da escala (índice de homogeneidade corrigido) (MERINO; DIAZ, 2005), para os nove itens, variaram de moderado a alto (Tabela 24). Resultados semelhantes foram encontrados pelos autores das escalas, nos estudos da proposta e teste das propriedades métricas, tanto no estudo da proposta original da BSPAS, composta por nove itens (TAAL; FABER, 1997a), quanto no estudo da proposta da versão resumida, composta por cinco itens (TAAL et al., 1999).

No estudo da proposta da BSPAS (versão holandesa), os autores (TAAL; FABER, 1997a) encontraram um Alfa de Cronbach alto ($\alpha=0,94$), sugerindo que os nove itens que compõem a escala mediam o mesmo construto. A correlação do item com o total variou de $r=0,71$ a $r=0,82$, sendo, também classificados como fortes. Por ter sido o estudo realizado com 35 pacientes, os autores ressaltam a necessidade de realizar mais estudos para a comprovação desses dados. Em outro estudo, os autores (TAAL et al., 1999) analisaram as propriedades métricas da BSPAS, em duas versões (resumida e original) e em uma amostra de 173 pacientes, vítimas de queimadura. Os resultados mostraram forte correlação entre ambas as escalas (0,96) e altos coeficientes de Alfa para ambas as escalas: original (nove itens - 0,91) e resumida (cinco itens - 0,90), referindo que as duas versões apresentavam qualidade métrica

adequada. Ainda, os valores da correlação do item com o total se apresentaram fortes, variando de $r = 0,62$ a $r = 0,81$, para a versão original e de $r = 0,67$ a $r = 0,81$ para a versão abreviada. Em relação à dimensionalidade, os autores concluíram que a versão original está composta por um componente e a versão resumida, por dois componentes.

No estudo de adaptação da BSPAS-VP para o português do Brasil (ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006), assim como no presente estudo, o Alfa total da escala foi considerado alto (0,90), permanecendo alto, se cada um dos itens fosse excluído (0,88 a 0,90). Já, os Coeficientes de Correlação de Spearman para os nove itens apresentaram diferenças, apresentando-se fortes para todos os itens no estudo referente ao processo de adaptação e variando de $r = 0,60$ ($p < 0,0$ (*Eu sinto que meus músculos se contraem quando os cuidados realmente começam.*) a $r = 0,79$ ($p < 0,01$) (*Tenho medo da dor durante e logo após os cuidados.*) (ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006). No presente estudo, o Alfa total foi alto (0,90), o Alfa, se o item fosse excluído, permaneceu alto (0,88 a 0,91) e os valores de correlação do item com o total variaram de moderado a forte ($r = 0,37$) e *por causa da dor, eu me sinto nervoso e sem tranquilidade* ($r = 0,75$) (Tabela 24). Resultados como os obtidos no presente estudo indicam que a variação de erro de medida da escala é pequena (PASQUALI, 2001; FAYERS; MACHIN, 2007).

Sendo que a IES é um instrumento, proposto para avaliar o Impacto do Evento em diferentes momentos (medidas repetidas), Horowitz, Wilner e Alvarez (1979) estudaram a sensibilidade da IES para detectar mudanças no tempo. Aplicando o Teste t para amostras dependentes, os autores identificaram diminuição nas médias no decorrer do tempo, entre indivíduos que responderam à IES imediatamente depois de receber psicoterapia e algumas semanas depois (HOROWITZ; WILNER; ALVAREZ, 1979). Posteriormente, Zilberg, Weiss e Horowitz (1982) testaram a sensibilidade da IES para detectar mudanças no tempo e em grupos diferentes. Para tanto, aplicaram a IES em três diferentes momentos para um grupo de pacientes que recebiam psicoterapia, após perda de um membro importante da família e em outro grupo que não teriam passado por essa experiência. Por meio da aplicação do Teste t, os autores identificaram diferenças estatisticamente significantes entre as três medidas da IES, para ambos os grupos. Portanto, em ambos os estudos, os autores concluíram que a IES é um instrumento de medida sensível para detectar mudanças no tempo e entre grupos distintos e que é indicado para ser aplicado, por exemplo, em estudos de intervenção que requerem medidas repetidas para a constatação da efetividade da intervenção.

Para o estudo da *sensibilidade* do instrumento para detectar mudanças no tempo em grupos conhecidos, foi possível observar a diferença das médias no tempo, entretanto, essas

diferenças não se apresentaram estatisticamente significantes. Quando aplicado o *Teste t* para duas amostras dependentes, foi possível observar diferenças estatisticamente significantes entre a primeira e terceira medidas (entre a primeira e a segunda semanas após o acidente e entre o 9º e o 12º mês após a ocorrência do trauma) e entre a segunda e terceira medidas (entre o 4º e o 6º mês e entre o 9º e o 12º mês após a ocorrência do trauma). Assim, a IES-VP em sua versão para o português do Brasil foi capaz de detectar mudanças entre as médias dos três momentos em que foi aplicada, assim como apresentada nos estudos de Horowitz, Wilner e Alvarez (1979) e Zilberg, Weiss e Horowitz (1982), referidos anteriormente. Acreditamos que futuros estudos, e uma amostra maior de participantes, contribuirão com os dados encontrados no presente estudo.

Ainda no estudo da sensibilidade, houve presença de efeito mínimo (*floor effect*) para a maior parte dos itens da IES-VP e o efeito máximo (*ceiling effect*) nos itens da BSPAS-VP, refletindo concentração dos valores dos itens nos extremos. Fayers e Machin (2007) referem que características semelhantes podem ser encontradas em instrumentos específicos, e sua presença, embora os instrumentos se apresentem confiáveis, reflete pouco poder de discriminação, o que no presente estudo, pode ser evidenciado na baixa sensibilidade à mudança. Ambos os instrumentos, podem ser considerados válidos, pois se apresentam confiáveis, e isto é pré-requisito de validade (FAYERS; MACHIN, 2007).

Embora, nesse primeiro momento, não seja objetivo do estudo a avaliação do estresse pós-traumático (IES-VP) e da ansiedade frente a procedimentos dolorosos (BSPAS-VP), assim como, dor (EVA), ansiedade-estado (IDATE), depressão (IDB), autoestima (ERA) e qualidade de vida (SF-36), os valores totais encontrados, no período de internação (entre a primeira e a segunda semanas após o acontecimento do trauma) e após a alta hospitalar (entre o 4º e o 6º mês ou entre o 9º e o 12º mês após a queimadura), de todos os instrumentos aplicados podem indicar a necessidade de intervenções mais eficazes no alívio da dor e ansiedade, antes e durante a realização da troca de curativos. Ações como essas permitiriam, também, que manifestações de estresse pós-traumático não sejam intensificadas e previnam aparecimentos de estados de alteração de humor, como a depressão e baixa autoestima, consequentemente futura alteração da qualidade de vida desses pacientes. Assim, também, resultados como esses podem apontar as necessidades de intervenções que visem à melhora, em longo prazo, do processo de aceitação e adaptação às mudanças causadas pelo trauma, de forma a contribuir com uma recuperação mais rápida e completa. A utilização de instrumentos de avaliação específicos permitiria a identificação precoce desses sintomas.

CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Sendo o objetivo do estudo estudar as propriedades métricas das versões em português para o Brasil da *Burns Specific Pain Anxiety Scale* - BSPAS, para avaliar ansiedade frente a procedimentos dolorosos, e da *Impact of Event Scale* - IES, para avaliar o impacto de evento, frente à realização do presente estudo concluímos que:

- a BSPAS-VP apresentou correlação alta com a IES-VP, baixa entre a subescala da IES-VP que avalia *pensamentos intrusivos* e os registros de dor relacionados a procedimentos dolorosos: DABC e DDBC e moderada, entre a BSPAS-VP e as três medidas de dor: DABC, DDBC e DDPD e moderada com o IDATE.
- a IES-VP apresentou correlações significantes, moderadas e negativas entre a EAER, a IES-VP total e a subescala que avalia pensamentos intrusivos; baixas e moderadas entre o IDB e a IES-VP total e a subescala que avalia pensamentos intrusivos;
- a IES-VP apresentou correlações estatisticamente significantes que variaram de baixos a moderados para os domínios *Dor*, *Aspectos Sociais* e *Saúde Mental* do SF-36 quando aplicados entre o 4º e o 6º mês após a queimadura e com o domínio *Estado Geral de Saúde* nas medidas obtidas entre o 9º e o 12º meses após a queimadura;
- a BSPAS-VP e a IES-VP não apresentaram dados estatisticamente significantes para detectar diferenças entre grupos conhecidos (sexo, SCQ e visibilidade das cicatrizes), entretanto, permitiram identificar diferenças entre as médias dos grupos;
- a IES-VP, em sua versão em português, apresenta-se bidimensional (dois componentes), conforme a proposta original, para a qual a variação do conjunto dos itens da escala nesses componentes explica 48,53% da medida total da IES-VP;
- a BSPAS-VP, em sua versão brasileira, apresenta-se como uma escala unidimensional (um componente) conforme a proposta original, para a qual a variação do conjunto de itens explica 57,20% da medida total da BSPAS-VP;
- a IES-VP (pensamentos intrusivos e reações de evitação) e a BSPAS-VP apresentaram forte consistência interna entre seus itens. Os dados indicam que os itens de ambas as escalas seguem um mesmo sentido e o erro da medida, embora presente para todos os tipos de instrumentos de medidas psicossociais, é pequeno;
- a IES-VP apresentou-se como um instrumento sensível para detectar mudança no tempo entre vítimas de queimaduras;

- Dados, como os obtidos no presente estudo, apresentam a IES-VP e a BSPAS-VP como instrumentos confiáveis e válidos para a avaliação de duas dimensões do estresse pós-traumático após a queimadura e para a avaliação de ansiedade-estado relacionada à dor no paciente queimado, respectivamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após ter concluído a etapa de adaptação da BSPAS-VP e a IES-VP para o português do Brasil e frente à falta de instrumentos específicos para a avaliação de ansiedade frente à realização de procedimentos dolorosos e o impacto do evento frente ao trauma de queimadura, decidimos dar continuidade à difícil tarefa de “calibrar” ambas as medidas específicas para serem utilizadas na população brasileira.

No presente estudo, em relação à amostra, consideramos que a realização de futuros estudos poderia contemplar a aplicação da BSPAS-VP e da IES-VP em uma amostra maior, para a qual propomos a realização de um estudo multicêntrico, e não em única unidade especializada, dada a dificuldade de recrutamento de pacientes que apresentem critérios necessários para a inclusão nesse tipo de estudo.

É importante lembrar que as propriedades métricas de instrumentos de avaliação de manifestações essencialmente subjetivas não deverão ser submetidas a um único processo de avaliação / “calibragem” (confiabilidade e validade), essas deverão ser testadas sempre que seja considerado necessário ou sempre que a possibilidade de mudança do construto, no tempo, seja observada como um fato possível.

Na utilização das escalas validadas e disponibilizadas para o Brasil, deveriam ser consideradas situações específicas e/ou necessidade da população na qual serão aplicadas, por exemplo, para a amostra do presente estudo, a aplicação de uma linha visual analógica acompanhada de sequência numérica e palavras-âncoras tornou-se necessária.

Baseados nos resultados encontrados até o momento, pensando no processo de reabilitação (física e psicológica) de indivíduos que sofreram queimaduras, e para a realização de futuros estudos, é importante lembrar que variáveis como sexo, idade, situação em que ocorreu o acidente, locais anatômicos mais atingidos, ocupação, necessidade de cirurgias, durante a internação, instrumentos de medidas utilizados e o momento da aplicação, sempre deverão ser consideradas.

A busca pela procura de um melhor atendimento a indivíduos que sofreram queimaduras tem levado a equipe de saúde à procura de estratégias e ferramentas que contribuam com esse objetivo. A identificação precoce de possíveis complicadores do cuidado e do processo de reabilitação tem contribuído com o interesse pela proposta e uso de ferramentas como escalas ou questionário na prática clínica visando à identificação de manifestações como ansiedade, dor e estresse causado pelo trauma.

A disponibilidade de dois instrumentos válidos e confiáveis para avaliar ansiedade frente a procedimentos dolorosos e o impacto do evento, por meio da presença de pensamentos intrusivos e reações de evitação, permitirão a detecção precoce dessas manifestações e a proposta de ações/cuidados mais precisos que visem à prevenção ou diminuição de “respostas” negativas que possam comprometer o processo de reabilitação das vítimas de traumas por queimaduras.

A equipe de enfermagem vem contribuindo com a melhora do cuidado ao paciente queimado. A utilização de ferramentas como as escalas adaptadas (BSPAS-VP e IES-VP), na sua prática clínica, permitiria a elaboração de diagnósticos de enfermagem, presentes e pouco elaborados nessa população, e implementação do cuidado, priorizando o cuidado individualizado. Assim, manifestações essencialmente subjetivas, podem ser transformadas em dados objetivos que, por sua vez levem a ações concretas e eficazes do cuidado. Ambas as escalas podem ser utilizadas para avaliar intervenções de enfermagem que visem diminuir a dor e ansiedade frente à realização de procedimentos dolorosos, assim como o impacto causado pelo trauma.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS*

AARON, L. A.; PATTERSON, D. R.; 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**, Guildford, v. 27, n. 4, p. 329-334, 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. 329-357.

AJZEN, J.; FISHBEIN, M. Overview. In: _____. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice-Hall, 1998.

ALTIER, N.; MALENFANT, A.; FORGET, R.; CHOINIERE, M. Long-term adjustment in burn victims: a matched-control study. **Psychological Medical**, London, v. 32, n. 4, p. 677-685, 2002.

ANASTASI, A.; URBINA, S. **Testagem psicológica**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 2000.

ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 285-290, 1998.

ANG, E.; LEE, S. T.; GAN Christine, S. G.; CHAN Y.-H. ; CHEUNG Y.-B.; MACHIN, D. Pain control in a randomized, controlled, clinical trial comparing moist exposed burn ointment and conventional methods in patients with partial-thickness burns. **Journal of Burn Care and Rehabilitation**, St Louis, v. 24, n. 5, p. 289-96, Sep-Oct. 2003.

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. 117-136.

ANZARUT, A.; CHEN, M.; SHANKOWSKY, H. Quality-of-life and outcome predictors following massive burn injury. **Plastic and Reconstructive Surgery**, Philadelphia, v. 116, n. 3, p.791-7, Sep. 2005.

* De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (NBR 6023).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APPA). **Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ARNOLDO, B. D.; CRUMP, D.; BURRIS, A. M.; HUNT, J. L.; PURDUE, G. F. Self-esteem measurement before and after summer burn camp in pediatric burn patients. **Journal of Burn Care and Rehabilitation**, St Louis, v. 27, n. 6, p. 786-9, Nov-Dec. 2006.

BAKER, C. P. ; RUSSELL, W. J.; MEYER, W.; BLAKENEY, P. Physical and psychologic rehabilitation outcomes for young adults burned as children. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, United States, v. 88, n.12, p.557-64, Dec. 2007. Supplement 2.

BEATON, D. E. ; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, United states, v. 25, n. 24, p. 3186-91, Dec. 2000.

BECK, A. T. ; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. **Archives of general psychiatry**, United States, v. 4, p. 561-71, Jun. 1961.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; GARBIN, M. G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. **Clinical Psychology Review**, v. 8, p. 77-100, 1988.

BIAGGIO, A.; NATALICIO, L. F. **Manual do para inventário ansiedade traço-estado: IDATE**. Rio de Janeiro: CEPA, 1979.

BIRD, J. Selection of pain measurement. **Nursing standard**, London, v. 18, n. 13, p. 33-39, 2003.

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

BLAKENEY, P.; BUNKER, B. J.; DEVELLIS, R. F. LONG-term psychosocial adaptation of children who survive burns involving 80% or greater total body surface area. **Journal of Trauma**, Baltimore, v. 44, n. 4, p. 625-632, 1998.

BLALOCK, S. J.; BUNKER, B. J.; DeVELLIS, R. F. Measuring health status among survivors of burn injury: revisions of the Burn Specific Health Scale. **Journal of Trauma**, Baltimore, v. 36, n.4, p. 508-515, 1994.

BOWDEN, M. L. ; FELLER, I.; THOLEN, D.; DAVIDSON, T. N.; JAMES, M. H. Self-esteem of severely burned patients. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Chicago, v. 61, n. 10, p. 449-452, 1980.

BOWLING, A. **La medida de la salud**: revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. España: Massan S.A., 1994. 222p.

BOWLING, A. **Measuring health**: a review of quality of life measurement scales. 3rd ed. England: Open University Press, 2005.

BRAS, M; LONCAR, Z.; BRAJKOVIC, L.; GREGUREK, R.; MICKOVIC, V. Coping with severe burns in the early stage after burn injury. **Collegium Antropologicum**, Zagreb, v. 31, n. 1, p. 159-163, 2007.

BRIERE, J.; ELLIOTT, D. M. Clinical utility of the Impact of Event Scale: psychometrics in the general population. **Assessment**, Thousand Oaks, v. 5, p. 135-44, 1998.

BROFELDT, B. T.; CORNWELL, P.;DOHERTY, D.; BATRA, K.; GUNTHER, R. A. Topical lidocaine in the treatment of partial-thickness burns. **Journal of Burn Care and Rehabilitation**, St Louis, v. 10, n. 1, p. 63-8, Jan-Feb. 1989.

BRYANT, R. A. Predictors of post-traumatic stress disorder following burns injury. **Burns**, Guildford, v. 22, p. 89-92, 1996.

BYERS, J. F. ; BRIDGES, S.; KIJEK, J.; LABORDE, P. Burns patients' pain and anxiety experiences. **Journal of Burn Care and Rehabilitation**, St Louis, v. 22, n. 2, p. 144-149, 2001.

CARLUCCI, V. D.; ROSSI, L. A.; FICHER, A. M.; FERREIRA, E.; DE CARVALHO, E. C. Burn experiences from the patient's perspective. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 21-8, 2007.

CARROUGHER, G. J. PTACEK, J. T. ; HONARI, S. ; SCHMIDT, A. E. ; TININENKO, J. R. ; GIBRAN, N. S.; PATTERSON, D. R. Self-reports of anxiety in burn-injured hospitalized adults during routine wound care. **Journal of Burn Care and Research**, Hagerstown, v. 27, n. 5, p. 676-681, 2006.

CASAER, M.; KUMS, V.; WOUTERS, P. J.; VAN DEN KERCKHOVE, E.; VAN DEN BERGHE, G. Pruritus in patients with small burn injuries. **Burns**, Guildford, v. 34, n. 2, p. 185-191, 2008.

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

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

CHOINIERE, M.; GRENIER, R.; PAQUETTE, C. Patient-controlled analgesia: a double-blind study in burn patients. **Anaesthesia**, London, v. 47, n. 6, p. 467-472, 1992.

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

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

CLASSEN, C. ; KOOPMAN, C.; HALES, R.; SPIEGEL, D. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. **American journal of psychiatry**, Arlington, v. 155, n. 5, p. 620-4, May 1998.

COBB, N.; MAXWELL, G.; SILVERSTEIN, P. Patient perception of quality of life after burn injury: results of an eleven-year survey. **Journal of Burn Care and Rehabilitation**, St Louis, v. 11, n. 4, p. 330-333, 1990.

COCHRAN, A.; EDELMAN, L. S.; SAFFLE, J. R. ; MORRIS, S. E. Self-reported quality of life after electrical and thermal injury. **Journal of Burn Care and Rehabilitation**, St Louis, v. 25, n. 1, p. 61-66, 2004.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2. ed. Hills-Dale, NJ: Lawrence, 1997.

COSTA, B. A.; ENGRAV L. H.; HOLAVANAHALLI, R.; LEZOTTE D. C. ; PATTERSON D. R.; KOWALSKE, K. J. ; ESSELMAN, P. C. Impairment after burns: a two-center, prospective report. **Burns**, Guildford, v. 29, n. 7, p. 671-5, Nov. 2003.

CROMES, G. F.; HOLAVANAHALLI, R. ; KOWALSKE, K.; HELM, P. Predictors of quality of life as measured by the Burn Specific Health Scale in persons with major burn injury. **Journal of Burn Care and Rehabilitation**, St Louis, v. 23, n. 3, p. 229-34, 2002.

CUMMINGS, S. R.; STWART, A.; RULLEY, S. B. Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados. In: HULLEY, S. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 265-281.

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, 2., 2004. Porto Alegre, 2004. Poster presentation.

DA-SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. **Construto subjetivo e escalonamento**. Ribeirão Preto: FUNDEC, 2006.

DE JONG, A.; GAMEL, E. C. Use of a simple relaxation technique in burn care: literature review. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 54, n. 6, p.710-21, Jun. 2006.

DEL-PORTO, J. A.; LARANJEIRAS, R. R.; MASUR, J. Escalas de Auto-Avaliação de Estados Subjetivos: influência das instruções. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 87-90, 1983

DEYO, R. A.; DIEHR, P.; PATRICK, D. L. Reproducibility and responsiveness of health status measures. Statistics and strategies for evaluation. **Controlled Clinical Trials**, New York, v. 12, p. 142S-158S, 1991. Supplement 4.

DINI, G. M.; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 41-52, 2004.

DRUERY, M., T. L.; BROWN, T. L.; MULLER, M. Long term functional outcomes and quality of life following severe burn injury. **Burns**, Guildford, v. 31, n. 6, p. 692-5, Sep. 2005.

DYSTER-AAS, J.; KILDAL, M.; WILLEBRAND, M. Return to work and health-related quality of life after burn injury. **Journal of rehabilitation medicine**, Sweden, v. 39, n. 1, p. 49-55, Jan. 2007.

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

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; ROSSI, L. A.; DANTAS, R. A. S.; SANTOS, C. B. DOS. Adaptação transcultural da "Burns Specific Pain Anxiety Scale - BSPAS" para ser aplicada em pacientes queimados brasileiros. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 526-33, Jul-Aug. 2006.

EDWARDS, R. R.; SMITH, M. T.; KLINK, B.; MAGYAR-RUSSELL, G.; HAYTHORNTHWAITE, J. A.; HOLAVANAHALLI, R.; PATTERSON, D. R.; BLAKENEY, P.; LEZOTTE, D.; MCKIBBEN, J.; FAUERBACH, J. A. Symptoms of depression and anxiety as unique predictors of pain-related outcomes following burn injury. **Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine**, Rockville, MD, v. 34, n. 3, p. 313-322, 2007.

EHDE, D. M. Post-traumatic stress symptoms and distress 1 year after burn injury. **Journal Burn Care Rehabilitation**, St Louis, v. 21, n. 2, p. 105-11, Mar-Apr. 2000.

ESSELMAN, P. C. ; THOMBS, B. D.; MAGYAR-RUSSELL, G.; FAUERBACH, J. A. Burn rehabilitation: state of the science. **American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**, Baltimore, v. 85, n. 4, p. 383–413, 2006.

EVERETT, J. J. ; PATTERSON, D. R.; MARVIN, J. A.; MONTGOMERY, B.; ORDONEZ, N.; CAMPBELL, K. Pain assessment from patients with burns and their nurses. **Journal of Burn Care and Rehabilitation**, St Louis, v. 15, n. 2, p.194-8, Mar-Apr. 1994.

FALEIROS-SOUSA, F. A. E. Dor: o quinto sinal vital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 446-447, 2002.

FAUERBACH, J. A. ; HEINBERG, L. J.; LAWRENCE, J. W.; MUNSTER, A. M.; PALOMBO, D. A.; RICHTER, D.; ROBERT, B. S.; SPENCE, J.; STEVENS, S. S.; LINDA WARE, B. A.; MUEHLBERGER, T. Effect of early body image dissatisfaction on subsequent psychological and physical adjustment after disfiguring injury. **Psychosomatic medicine**, United States, v. 62, n. 4, p. 576-82, Jul-Aug. 2000.

FAYER, P. M.; MACHIN, D. Scores and measurements: validity, reliability, sensitivity. In: _____ **Quality of life**. London: Wiley, 2007. p. 45-71.

FERREIRA, E.; DANTAS, R. A.; ROSSI, L. A.; CIOL, M. A. The cultural adaptation and validation of the "Burn Specific Health Scale-Revised" (BSHS-R): version for Brazilian burn victims. **Burns**, Guildford, v. 34, n. 7, p. 994-1001, 2008.

FERRELL, A. B.; FERREL, B. R.; RIVERA, Y. Pain cognitively impaired nursing home patients. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 10, n. 8, p. 591-598, 1995.

FINN, J.; WRIGHTB, J.; FONGB, J.; MACKENZIEA, E.; WOODB, F.; LESLIEC, G.; GELAVISD, A. A randomised crossover trial of patient controlled intranasal fentanyl and oral morphine for procedural wound care in adult patients with burns. **Burns**, Guildford, v. 30, n. 3, p. 262-268, 2004.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2008.

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

FRANULIC, A.; GONZÁLEZ, X.; TRUCCO, M.; VALLEJOS, F. Emotional and psychosocial factors in burn patients during hospitalization. **Burns**, Guildford, v. 22, n. 8, p. 618-622, 1996.

GEISSER, M. E.; BINGHAM, H. G.; ROBINSON, M. E. Pain and anxiety during burn dressing changes: concordance between patients' ratings and relation to medication administration and patient variables. **Journal of Burn Care and Rehabilitation**, St Louis, v. 16, n. 2, p. 165-171, 1995.

GIFT, A. G. Visual Analogue Scales: measures of subjective phenomena. **Nursing Research**, New York, v. 38, n. 5, p. 286-286, 1989.

GILBOA, D. Long-term psychosocial adjustment after burn injury. **Burns**, Guildford, v. 27, n. 4, p. 335-41, 2001.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. ; GUERRA VIEIRA, A. H. ; TENG CHEI, T. ; ARTES, R. Psychometric properties of the Portuguese version of the Beck Depression Inventory on Brazilian college students. **Journal of clinical psychology**, Hoboken, v.55, n.5, p.553-62, May 1999.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 5, n. 25, p. 245-250, 1998.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 4, p. 453-7, Apr. 1996.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

GUYATT, G. H.; FEENY, H. H.; PATRICK, D. L. Measuring health-related quality of life. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 118, n. 8, p. 622-9, Apr. 1993.

HABERAL, M. Guidelines for dealing with disasters involving large numbers of extensive burns. **Burns**, v. 32, n. 8, p. 933-9, Dec. 2006.

HAMILTON, M. The assessment of anxiety state by rating. **British Journal of Medical Psychology**, London, v. 32, n. 1, p. 50-55, 1959.

HEMEDA, M.; A. MAHER, A; MABROUK, A. Epidemiology of burns admitted to Ain Shams University Burns Unit, Cairo, Egypt. **Burns**, Guildford, v. 29, n.4, p. 353-8, Jun. 2003.

HIGGINSON, I. J.; CARR, A. J. Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. **BMJ (Clinical research ed.)**, London, v. 322, n. 7297, p. 1297-300, May 2001.

HISKISSON, E. C. Measurement of pain. **Lancet**, London, v. 2, p. 1127-1131, 1974.

HOROWITZ, M.; WILNER, N.; ALVAREZ, W. Impact of Event Scale: a measure of Subjective Stress. **Psychosomatic Medicine**, New York, v. 41, n. 3, p. 209-218, 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, São Paulo, 2003.

HULBERT-WILLIAMS, N. J.; HULBERT-WILLIAMS, S. L.; MCILROY, D.; BUNTING, B. Anxiety in recovery from severe burn injury: an experimental comparison. **Psychology, Health and Medicine**, Abingdon, v. 13, n. 2, p. 162-167, 2008.

HULLEY, S. B.; MARTIN, J. N.; CUMMINGS, S. R. Planejando as medições: precisão e acurácia. In: HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 55-68.

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. **Journal of Trauma**, Baltimore, v.49, n.6, p.1045-51, Dec. 2000.

JARRETT, M.; MCMAHON, M.; STILLER, K. Physical outcomes of patients with burn injuries--a 12 month follow-up. **Journal of Burn Care and Research**, Hagerstown, v. 29, n. 6, p. 975-84, Nov-Dec. 2008.

JOHNSSON, C. E.; SCHÜLDT, K.; LINDER, J.; BJÖRNHAGEN, V.; EKHOLM, J. Rehabilitative, psychiatric, functional and aesthetic problems in patients treated for burn injuries: a preliminary follow-up study. **Acta chirurgiae plasticae**, Czech Republic, v. 39, n. 1, p. 3-8, 1997.

LIMA JÚNIOR, E. M.; NOVAES, F. N.; PICCOLO, N. S.; VALLE, M. C. do. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

KAPCZINSKI, F.; MARGIS, R. Posttraumatic stress disorder: diagnostic criteria. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, p. 3-7, Jun. 2003. Supplement 1.

KATZ, J.; MELZARCK, R. Measurement of pain. **Surgical clinics of North America**, Philadelphia, v. 79, n. 2, p. 231-252, 1999.

KAZIS, L. E.; ANDERSON, J. J.; MEENAN, R. F. Effect sizes for interpreting changes in health status. **Medical Care**, Philadelphia, v. 27, p. S178-189, 1989. Supplement 3.

KENDALL, P. C.; HOLLON, S. D.; AARON, T. B.; CONSTANCE, L. H.; INGRAM, R. E. Issues and Recommendations Regarding Use of the Beck Depression Inventory. **Cognitive Therapy and Research**, Netherlands, v. 11, n. 3, p. 289-299, 1987.

KHOOSAL, D. I.; BROAD, J. A.; SMITH, R. J.; SETTLE, J. A. A one-year psychological follow-up of the most severely burned victims of the Bradford fire. **Burns**, Guildford, v. 13, n. 5, p. 411-5, Oct. 1987.

KILDAL, M.; WILLEBRAND, M.; ANDERSSON, G.; GERDIN, B.; EKSELIUS, L. Coping strategies, injury characteristics and long-term outcome after burn injury. **Injury**, Netherlands, v.36, n.4, p.511-8, Apr. 2005.

KILDAL, M.; ANDERSON, G.; GERDIN, B. Health status in Swedish burn patients: assessment utilizing three variants of the Burns Specific Health Scale. **Burns**, Guildford, v. 28, n. 7, p. 639-645, 2002.

KIMMO, T.; JYRKI, V.; SIRPA, A. S. Health status after recovery from burn injury. **Burns**, Guildford, v. 24, n. 4, p. 293-8, 1998.

KING, L.; THOMAS, M.; GATENBY, K.; GEORGIU, A.; HUA, M. First aid for scalds campaign: reaching Sydney's Chinese, Vietnamese, and Arabic speaking communities. **Injury Prevention : Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention**, London, v. 5, n. 2, p. 104-8, 1999.

KOPEL, H.; FRIEDMAN, M. Posttraumatic symptoms in South African police exposed to violence. **Journal of Traumatic Stress**, Hoboken, v. 10, n. 2, p. 307-17, Apr. 1997.

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

LATARJET, J.; CHOINERE, M. Pain in burn patients. **Burns**, Guildford , v. 21, n. 5, p. 344-8, Aug. 1995.

LAWRENCE, J. W.; FAUERBACH, J.; MUNSTER, A. Early avoidance of traumatic stimuli predicts chronicity of intrusive thoughts following burn injury. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 34, n. 8, p. 643-646, 1996.

LEBLEBICI, B.; AKMAN, M., NOYAN, T., TARIM, A., BAGIS, S., ADAM, M. Quality of life after burn injury: the impact of joint contracture. **Journal Burn Care Rehabilitation**, St Louis, v.27, n.6, p. 864-8, Nov-Dec. 2006.

LEDOUX, J.; MEYER, W. J.; BLAKENEY, P. E.; HERNDON, N. Relationship between parental emotional states, family environment and the behavioral adjustment of pediatric burn survivors. **Burns**, Guildford, v. 24, n. 5, p. 425-432, 1998.

LEE, J. J.; MARVIN, J. A.; HEIMBACH, D. M.; GRUBE, B. J. Use of 5% sulfamylon (mafenide) solution after excision and grafting of burns. **Journal Burn Care Rehabilitation**, St Louis, v. 9, n. 6, p. 602-5, Nov-Dec. 1988.

LITLRE MOI, A.; WENTZEL-LARSEN, T.; SALEMARK, L. ; HANESTAD, B. Validation of a Norwegian version of the Burn Specific Health Scale. **Burns**, Guildford, v.29, n.6, Sep, p.563-70. 2003.

LITLRE MOI, A.; WENTZEL-LARSEN, T. ; SALEMARK, L. ; WAHL, A. K. ; HANESTAD, B. R.¹ ; Robert, S. Impaired generic health status but perception of good quality of life in survivors of burn injury. **Journal of Trauma**, Baltimore, v. 61, n. 4, p. 961-80, Oct. 2006. Discussion 968-9.

LITLRE MOI, A.; WENTZEL-LARSEN, T.; SALEMARK, L.; HANESTAD, B. Long-term risk factors for impaired burn-specific health and unemployment in patients with thermal injury. **Burns**, Guildford, v. 33, n. 1, p. 37-45, 2007.

LITLRE MOI, A. VINDENES, H. A.; GJENGEDAL, E. The experience of life after burn injury: a new bodily awareness. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 64, n. 3, p. 278-286, 2008.

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

MAGHSOUIDI, H.; GABRAELY, N. Epidemiology and outcome of 121 cases of chemical burn in East Azarbaijan province, Iran. **Injury**, Netherlands, v. 39, n. 9, p. 1042-1046, 2008.

MAIANI, G.; SANAVIO, E. Semantics of pain in Italy: the italian version of the McGill pain questionnaire. **Pain**, Amsterdam v. 22, n. 4, p. 399-405, 1985.

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

MCHORNEY, C. A.; TARLOV, A. R. Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate? **Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation**, Netherlands, v. 4, n. 4, p. 293-307, Aug. 1995.

MERINO, A. P.; DIAZ, M. A. R. Fiabilidad de las escalas: el procedimiento Análisis de fiabilidad. In: _____. **Análisis de datos con SPSS 13 base**. Madrid: Aravaca, 2005. p. 507-532.

MILLER, A. C.; HICKMAN, L. C.; LEMASTERS, G. K. A distraction technique for control of burn pain. **Journal of Burn Care and Rehabilitation**, St Louis, v. 13, n. 5, p. 576-80, Sep-Oct. 1992.

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

MUNSTER, A. M.; FAUERBACH, J. A.; LAWRENCE, J. Development and utilization of a psychometric instrument for measuring quality of life in burn patients, 1976 to 1996. **Acta chirurgiae plasticae**, Czech Republic, v. 38, n. 4, p.128-31, 1996.

NANDA. **Nursing diagnoses: definitions and classification 2009 – 2011**. Indianapolis: Wiley-BlackWell, 2009. 464p.

NATIONAL BURN CARE REVIEW COMMITTEE REPORT. **Standards and strategy for burn care: a review of burn care in the British Isles**. 2001.

NOBLE, J. M.; GOMEZ, M.; FISH, J. S. Quality of life and return to work following electrical burns. **Burns**, Guildford, v.32, n.2, p.159-64, Mar. 2006.

OHRBACH, R.; PATTERSON, D. R. ; CARROUGHER, G. ; GIBRAN, N. Hypnosis after an adverse response to opioids in an ICU burn patient. **The Clinical journal of pain**, United State, v. 14, n. 2, p. 167-75, Jun. 1998.

ORR, D. A.; REZNIKOFF, M.; SMITH, G. M. Body image, self-esteem, and depression in burn-injured adolescents and young adults. **Journal of Burn Care and Rehabilitation**, St Louis, v. 10, n. 5, p. 454-61, 1989.

PALLUA, N.; KUNSEBECK, H. W.; NOAH, E.M. Psychosocial adjustments 5 years after burn injury. **Burns**, Guildford, v. 29, n. 2, p. 143-52, Mar. 2003.

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

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 397 p.

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.

PATTERSON, D. R. Practical applications of psychological techniques in controlling burn pain. **Journal Burn Care Rehabilitation**, St Louis, v. 13, n. 1, p. 13-8, Jan-Feb. 1992.

PATTERSON, D. R.; EVERETT, J. J. ; BOMBARDIER, C. H. ; QUESTAD, K. A.; LEE, V. K.; MARVIN, J. A. Psychological effects of severe burn injuries. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 113, n. 2, p. 362-78, 1993.

PATTERSON, D. R. ; PTACEK, J. T.; CARROUGHER, G. J.; SHARAR, S. R. Lorazepam as an adjunct to opioid analgesics in the treatment of burn pain. **Pain**, Amsterdam, v. 72, n. 3, p. 367-374, 1997.

PATTERSON, D. R. ; FINCH, C. P. ; WIECHMAN, S. A. ; BONSAK, R. ; GIBRAN, N. ; HEIMBACH, D. Premorbid mental health status of adult burn patients: comparison with a normative sample. **Journal Burn Care and Rehabilitation**, St Louis, v. 24, n. 5, p. 347-50, 2003.

PATTERSON, D. R. ; CARRIGAN, L.; QUESTAD, K. A.; ROBINSON, R. Post-traumatic stress disorder in hospitalized patients with burn injuries. **Journal Burn Care Rehabilitation**, St Louis, v. 11, n. 3, p. 181-4, May-Jun. 1990.

PELHAM, B. W.; SWANN, W. B. JR. From self-conceptions to self-worth: on the sources and structure of global self-esteem. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 57, n. 4, p. 672-80, 1989.

PERRY, S.; CELLA, D. E.; FALKENBERG, J.; HEIDRICH, G.; GOODWIN, C. Pain perception in burn patients with stress disorders. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v.2, n.1, p. 29-33. 1987.

PIETRANTONIO, F.; DE GENNARO, L. ; DI PAOLO, M. C. ; SOLANO, L. The impact event scale validation of an Italian version. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 55, p. 389-93, 2003.

PIMENTA, C. A. Cultural concepts and the pain experience. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 179-86, 1998.

PINO, O. GUILERA, G.; ROJO, J. E.; GÓMEZ-BENITO, J.; BERNARDO, M.; CRESPO-FACORRO, B. et al. Spanish version of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-S): psychometric properties of a brief scale for cognitive evaluation in schizophrenia. **Schizophrenia Research**, Amsterdam, v. 99, n. 1-3, p. 139-48, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

POPE, S. J. ; SOLOMONS, W.; DONE, D.; COHN, N.; POSSAMAI, A. Body image, mood and quality of life in young burn survivors. **Burns**, Guildford, v. 33, n. 6, p.747-55, Sep. 2007.

PRAKASH, S.; FATIMA, T.; PAWAR, M. Patient-controlled analgesia with fentanyl for burn dressing changes. **Anesthesia Analgesia**, Cleveland, v. 99, n. 2, p. 552-5, 2004.

PRUZINSKY, T.; RICE, L. D.; HIMEL, H. N.; MORGAN, R. F.; EDLICH, R. F. Psychometric assessment of psychologic factors influencing adult burn rehabilitation. **Journal Burn Care Rehabilitation**, St Louis, v. 13, n. 1, p. 79-88, Jan-Feb. 1992.

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

RAYMOND, I.; ANCOLI-ISRAEL, S.; CHOINIÈRE, M. Quality of sleep and its daily relationship to pain intensity in hospitalized adult burn patients. **Pain**, Netherlands, v. 92, n. 3, p. 381-8, Jun. 2001.

ROBBINS, I.; HUNT, N. Validation of the IES as a measure of the long-term impact of war trauma. **British journal of health psychology**, London, v. 1, p. 87–89, 1996.

ROBERT, R. Anxiety: current practices in assessment and treatment of anxiety of burn patients. **Burns**, Guildford, v. 26, n.6, p. 549-52, 2000.

ROBERT, R.; MEYER, W.; BISHOP, S.; ROSENBERG, L.; MURPHY, L.; BLAKENEY, P. W. Disfiguring burn scars and adolescent self-esteem. **Burns**, Guildford, v. 25, n.7, p. 581-5, Nov. 1999.

ROSENBERG, M.; BLAKENEY, P. ; ROBERT, R. ; THOMAS, C. ; HOLZER, C. ; MEYER, W. Quality of life of young adults who survived pediatric burns. **Journal Burn Care and Research**, Hagerstown, v. 27, n. 6, p. 773-8, Nov-Dec. 2006.

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

ROSSI, L. A.; BRAGA, E. C. F.; BARRUFFINI, R. DE C. DE P.; CARVALHO, E. C. Childhood Burn Injuries: circumstances of occurrences and their prevention in Ribeirão Preto, Brazil. **Burns**, Guildford, v. 24, n. 3, p. 416-419, 1998a.

ROSSI, L. A. ; BARRUFFINI, R. DE C. DE P.; GARCIA, T. R.; CHIANCA, T. C. M. Queimaduras: características dos casos tratados em um hospital escola em Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 4, n. 6, p. 401-404, 1998b.

RUTAN, R. L. Physiologic response to coetaneous burn injury. In: CARROUGHER, G. J. (Ed.). **Burns care and therapy**. St. Louis: Mosby, 1998. p. 1-33.

SAHRAIAN, A.; FAZELZADEH, A.; MEHDIZADEH, A. R.; TOOBAEE, S. H. Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. **International nursing review**, England, v.55, n.1, p. 62-7, Mar. 2008.

SALVADOR-SANZA, J. F.; SANCHEZ-PAYA, J.; RODRIGUEZ-MARIN, J. Quality of life of the Spanish burn patient. **Burns**, Guildfords, v. 25, n. 7, p. 593-8, Nov. 1999.

SÁNCHEZ, J. L. ; PEREPÉREZ, S. B.; BASTIDA, J. L.; MARTÍNEZ, M. M. Cost-utility analysis applied to the treatment of burn patients in a specialized center. **Archives of surgery**, United States, v. 142, n. 1, p. 50-7, Jan. 2007.

SAPNAS, K. G. Determining adequate sample size. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 36, n. 1, p. 4, 2004.

SARDÁ, J. J.; CRUZ, R. C. Avaliação psicológica de pacientes com dor crônica. In: CRUZ, R. C.; ALCHIERI, J. C.; SARDÁ, J. J. **Avaliação e medidas psicológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 99-114.

SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST. Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review criteria. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 11, n. 3, p. 193-205, 2002.

SHAKESPEARE, V. Effect of small burn injury on physical, social and psychological health at 3-4 months after discharge. **Burns**, Guildford, v. 24, n. 8, p. 739-744, 1998.

SHALEV, A. Y. ; FREEDMAN, S.; PERI, T. ; BRANDES, D. ; SAHAR, T. Predicting PTSD in Trauma Survivors: prospective evaluation of self-report and clinician administered instruments. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 170, p. 558-564, 1997.

SHERIDAN, R. L.; HINSON, M.; NACKEL, A.; BLAQUIERE, M.; DALEY, W.; QUERZOLI, B. et al. Development of a pediatric burn pain and anxiety management program. **Journal of burn care and rehabilitation**, St Louis, v. 5, n. 18, p. 455-459, 1997.

SHULDHAM, C. M.; CUNNINGHAM, G.; HISCOCK, M.; LUSCOMBE, P. Assessment of anxiety in hospital patients. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 22, n.1, p. 87-93, 1995.

SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. **Construto subjetivo e escalonamento**. Ribeirão Preto: FUNDEC, 2006.

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

SPINKS, A.; WASIAK, J.; CLELAND, H.; BEBEN, N.; MACPHERSON, A. K. Ten-year epidemiological study of pediatric burns in Canada. **Journal of Burn Care and Research**, Hagerstown, v. 29, n. 3, p. 482-8, 2008.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health measurement scales**: a practical guide to their development and use. 3^{ed} ed. United States: Oxford, 2003.

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

TAAL, L. A.; FABER, A. W. Post-traumatic stress, pain and anxiety in adult burn victims. **Burns**, Guildford, v. 23, n. 7/8, p. 545-549, 1997a.

_____. The Burn Specific Pain Anxiety Scale: introduction of a reliable and valid measure. **Burns**, Guildford, v. 23, n. 2, p. 147-150, 1997b.

_____. Burn injuries, pain and distress: exploring the role of stress symptomatology. **Burns**, Guildford, v. 23, n. 4, p. 288-290, 1997c.

_____. Posttraumatic stress and maladjustment among adult burn survivors 1 to 2 years postburn. Part II: the interview data. **Burns**, Guildford, v.24, n.5, p.399-405, 1998.

TAAL, L.; FABER, A. W.; VAN LOEY, N. E. E.; REYNDERS, C. L. L.; HOFLAND, H. W. C. The abbreviated burn specific pain anxiety scale: a multicenter. **Burns**, Guildford, v. 25, n. 6, p. 493-497, 1999.

TENGVAL, O. M.; BJÖRNHAGEN, V.; LINDHOLM, C.; JONSSON, C.; WENGSTRÖM, Y. Differences in pain patterns for infected and noninfected patients with burn injuries. **Pain Management Nursing**, Philadelphia, v. 7, n. 4, p. 176-182, 2006.

TENGVAL, O. M.; BJÖRNHAGEN, V.; LINDHOLM, C.; JONSSON, C.; WENGSTRÖM, Y. Differences in pain patterns for infected and noninfected patients with burn injuries. **Pain Management Nursing**, United States, v. 7, n. 4, p. 176-82, Dec. 2006.

THOMBS, B. D.; HAINES, J. M.; BRESNICK, M. G.; MAGYAR-RUSSELL, G.; FAUERBACH, J. A.; SPENCE, R. J. Depression in burn reconstruction patients: symptom prevalence and association with body image dissatisfaction and physical function. **General hospital psychiatry**, New York, v. 29, n. 1, p. 14-20, Jan./Feb. 2007.

THOMPSON, A. H.; BLAND, R. C.; ORN, H. T. Relationship and chronology of depression, agoraphobia, and panic disorder in the general population. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Philadelphia, v. 177, n. 8, p. 456-63, Aug. 1989.

TURK, C. D.; MELZACK, R. **Handbook of pain assessment**. New York, Guilford, 2001.

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

VALDERAS, J. M.; FERRER, M.; ALONSO, J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada com la salud e de otros resultados percibidos por los pacientes. **Medicina Clinica**, Barcelona, v. 125, p. 56-60, 2005. Suplemento 1.

VAN BAAR, M. E.; ESSINK-BOT, M.-L.; OEN, I. M. M. H.; DOKTER, J.; BOXMA, H. ; HINSON, M. I.; VAN LOEY, N. E. E.; FABER, A. W.; VAN BEECK, E. F. Reliability and validity of the Dutch version of the American Burn Association/Shriners Hospital for Children Burn Outcomes Questionnaire (5-18 years of age). **Journal Burn Care Rehabilitation**, St Louis, v. 27, n. 6, p.790-802, Nov-Dec. 2006.

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

VAN LOEY, N. E.; van Son, M.; van der Heijden, P.; Ellis, I. PTSD in persons with burns: an explorative study examining relationships with attributed responsibility, negative and positive emotional states. **Burns**, Guildford, v. 34, n. 8, p. 1082-1089, 2008.

VAN LOEY, N. E., FABER, A. W.; TAAL, L. Do burn patients need burn specific multidisciplinary outpatient aftercare: research results. **Burns**, Guildford, v. 27, n. 2, p. 103-110, Mar. 2001.

VAN LOEY, N.; VAN, S. M. J. M. Psychopathology and psychosocial problems in patients with burn scars. **American Journal of Clinical Dermatology**, Auckland, v. 4, v. 4, p. 245-272, 2003.

VAN TWILLERT, B.; BREMER, M.; FABER, A. W. Computer-generated virtual reality to control pain and anxiety in pediatric and adult burn patients during wound dressing changes. **Journal of Burn Care and Research**, Hagerstown, v. 28, n. 5, p. 694-702, 2007.

WALLIS, H., B.; RENNEBERG, B. ; RIPPER, S.; GERMANN, G.; WIND, G. ; JESTER, A. Emotional distress and psychosocial resources in patients recovering from severe burn injury. **Journal of Burn Care and Rehabilitation**, St Louis, v. 27, n. 5, p.734-41, Sep./Oct. 2006.

WALTZ, C. F.; STRICKLAND, D. L.; LENZ, E. R. **Mesurement in nursing research**. 2nd ed. Philadelphia: Davis Company, 2005. 533 p.

WARD, H. W. ; MOSS, R. I.; DARKO, D. F. Prevalence of postburn depression following burn injury. **Journal of Burn Care and Rehabilitation**, St Louis, v. 8, n. 4, p. 294-298, 1987.

WARE, J. E. Jr.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, Philadelphia, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Organization. **Special Issue "Quality of Life" in Social Science and Medicine**, v. 46, n. 12, p. 1569-85, 1998.

WIECHMAN, S. A. ; PTACEK, J. T. ; PATTERSON, D. R. ; GIBRAN, N. S. ; ENGRAV, L. E. ; HEIMBACH, D. M. Rates, trends, and severity of depression after burn injuries. **Journal of Burns Care and Rehabilitation**, St Louis, v. 22, n. 6, p. 417-424, 2001.

WILLEBRAND, M.; KILDAL, M. A simplified domain structure of the burn-specific health scale-brief (BSHS-B): a tool to improve its value in routine clinical work. **Journal of Trauma**, Baltimore, v. 64, n. 6, p.1581-6, Jun. 2008.

WILLEBRAND, M.; WIKHEULT, B.; EKSELIUS, L. Acceptance of a trauma-focused survey: do personality and health matter? **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 26, n. 1, p. 70-7, 2004.

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

WILLIAMS, N. R.; DAVEY, M.; KLOCK-POWELL, K. Rising from the ashes: stories of recovery, adaptation and resiliency in burn survivors. **Social Work in Health Care**, New York, v. 36, n. 4, p. 53-77, 2003.

WILSON, M. **Constructing measures: an Item Response Modeling Approach**. New Jersey: LEA, 2005.

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. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 50, n. 3, p. 407-14, 1982.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A

**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 APOIA 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 às 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 às 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

**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 a seu 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, seu filho 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 às perguntas. Ele não será identificado, e as informações obtidas 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. Ele estará livre para deixar de responder às 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 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 ao qual meu filho será submetido;
 2. A liberdade de retirar o consentimento 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 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 autorizo a participação do meu filho no estudo, esperando contribuir na busca da melhora do atendimento a pacientes que possam encontrar-se futuramente em situação semelhante a essa.

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

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

Área	Valores-padrão(%)	Valores obtidos (%)		
		1º	2º	3º
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 (%)				

4º a 6º mês após a queimadura:**1. IDENTIFICAÇÃO (atualização de dados)****No:**

Iniciais: _____	R.H.: _____ Estado Civil: _____
Ocupação atual: _____	Situação familiar (pessoas significativas): _____
Renda familiar: _____	_____
Endereço: _____	Religião: _____
_____	Participação/envolvimento: _____
Telefone: _____	_____
Outras formas de contato: _____	Escolaridade: _____
_____	_____

2. DADOS NO 6º - 8º MÊS APÓS A QUEIMADURA

Data do retorno: _____	Localização das cicatrizes quanto a sua visibilidade (referida pelo pacientes):		
Tempo de queimadura: _____	Couro cabeludo	☐	Mão D ☐
Motivo do retorno: _____	Região cervical	☐	Mão E ☐
Ambulatório ☐ Pesquisa ☐	Face	☐	MIE ☐
Visibilidade das cicatrizes: _____	Tórax Ant.	☐	MID ☐
_____	Tórax Post.	☐	Pé E ☐
Sequelas (estrutura/função): _____	Abdome	☐	Pé E ☐
_____	MSD	☐	Períneo ☐
Mudança de vestimenta: _____	MSE	☐	Nádegas ☐
Número de retornos: _____	Sintomas/Desconfortos:		
Tratamento atual:	Dor	☐	↑ sensibilidade ☐
Fisioterapia ☐ Malha elástica ☐ Talas ☐	Prurido	☐	Ressecamento da pele ☐
Massagem ☐ Protetor solar ☐ Outros:			
Hidratação ☐ Medicação ☐			

Obs:

9º a 12º mês após a queimadura:**1. IDENTIFICAÇÃO (atualização de dados)**

No: _____

Iniciais: _____	R.H.: _____ Estado Civil: _____
Ocupação atual: _____	Situação familiar (pessoas significativas): _____
Renda familiar: _____	_____
Endereço: _____	Religião: _____
_____	Participação/envolvimento: _____
Telefone: _____	_____
Outras formas de contato: _____	Escolaridade: _____
_____	_____

4. DADOS NO 12º - 14º MÊS APÓS A QUEIMADURA

Data do retorno: _____	Localização das cicatrizes quando a sua visibilidade (referida pelo pacientes):		
Tempo de queimadura: _____	Couro cabeludo	☐	Mão D ☐
Motivo do retorno: _____	Região cervical	☐	Mão E ☐
Ambulatório ☐ Pesquisa ☐	Face	☐	MIE ☐
Visibilidade das cicatrizes: _____	Tórax Ant.	☐	MID ☐
Sequelas (estrutura/função): _____	Tórax Post.	☐	Pé E ☐
_____	Abdome	☐	Pé E ☐
Mudança de vestimenta: _____	MSD	☐	Períneo ☐
Número de retornos: _____	MSE	☐	Nádegas ☐
Tratamento atual:	Sintomas/Desconfortos:		
Fisioterapia ☐ Malha elástica ☐ Talas ☐	Dor	☐	↑ sensibilidade ☐
Massagem ☐ Protetor solar ☐ Outros: _____	Prurido	☐	Ressecamento da pele ☐
Hidratação ☐ Medicação ☐			

Obs:

APÊNDICE D

(Parte I: IESP-VP e Parte II: BSPAS-VP)

No: _____

Data: _____

Início: _____ Término: _____

Preenchimento:

Paciente [] Pesquisador []

Observações: _____

Instruções:

Este questionário foi formado por meio 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, isto quer dizer que você sente em dobro a intensidade da reação comparada com a da outra pergunta.

Exemplo 1:

Exemplo 2:

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

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

Parte I: IESP-VP

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.

“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.

“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.

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 a queimadura 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. Constantemente, algumas coisas me fazem 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 me queimando.

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

Parte II: BSPAS-VP

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.

1. 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”

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

“Isso não descreve o que acontece comigo”

“Isso descreve bem o que acontece comigo”

3. 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”

4. 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”

5. 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”

6. 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”

7. 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”

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

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

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A

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

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 802-1000 - 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

Data: Tue, 2 Jun 2009 20:30:51 +0000 (UTC)

De: mjhor@comcast.net

Para: maleeg@eerp.usp.br

Assunto: Re: [Contact Us] Requested authorization

authorized mardi horowitz

----- Original Message -----

From: maleeg@eerp.usp.br

To: mjhor@comcast.net

Sent: Tuesday, June 2, 2009 9:16:10 AM GMT -08:00

US/Canada Pacific

Subject: [Contact Us] Requested authorization

MARIA ELENA ECHEVARRIA GUANILO sent a message using the contact form at <http://www.mardihorowitz.com/contact>.

In 2007, I requested authorization to you to validate the 15 items version

about the Impact Event Scale to be applied in burned Brazilians patients.

I received its authorization via electronic mail, but lamentably that message was lost. I ask you if you could send me the authorization again, by electronic mail.

Thank very much!

ANEXO D

**“Sem
dor”**

**“Pior dor
possível”**

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

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

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

Horário da medicação: _____ Horário da mensuração: _____

ANEXO E

Questionário autoaplicável de SPIELBERGER et al. (1970). Ansiedade-Estado

No: _____

Leia cada pergunta e faça um X, à direita, que melhor indicar como você se sente <u>agora</u>.

		Não	Um pouco	Bastante	Totalmente
01	Sinto-me calmo				
02	Sinto-me seguro				
03	Estou tenso				
04	Estou arrependido				
05	Sinto-me à 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				

ANEXO F

ID# _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO G

ID: _____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda a cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Ruim	4
Muito ruim	5

2. Comparada há um ano, como você classificaria sua saúde em geral, **agora**?

Muito melhor agora do que há um ano atrás	1
Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	2
Quase a mesma coisa de um ano atrás	3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás	4
Muito pior agora do que há um ano atrás	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum.
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de um quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência da sua saúde física**? (circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, aos vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

De forma nenhuma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

7. Quanta **dor no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas**? (circule uma)

Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Grave	5
Muito grave	6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)? (circule uma)

De forma nenhuma	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxima da maneira como você se sente. Em relação às **últimas 4 semanas**: (circule um número em cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vontade, cheio de força?						
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?						
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?						
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?						
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?						
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?						
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?						
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?						
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?						

10. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo	1
A maior parte do tempo	2
Alguma parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4
Nenhuma parte do tempo	5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é **cada** uma das afirmações para você? (circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas					
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço					
c. Eu acho que minha saúde vai piorar					
d. Minha saúde é excelente					

ANEXO G

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

1. 0 Não me sinto triste.
 1 Eu me sinto triste.
 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 2 Ache que nada tenho a esperar.
 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 1 Acho que posso ser punido.
 2 Creio que serei punido.
 3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 2 Estou enojado de mim.
 3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.
 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.
 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
 2 Gostaria de me matar.
 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais do que o habitual.
 1 Choro mais agora do que costumava.
 2 Agora, choro o tempo todo.
 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
 3 Não me irrita mais com as coisas que costumava me irritar.

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