



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ELISANA AGATHA IAKMIU CAMARGO CABULON

**QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO
DE UM CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS DO
SUL DO BRASIL**

Londrina
2014

ELISANA AGATHA IAKMIU CAMARGO CABULON

**QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO
DE UM CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS DO
SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* – Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli.

Londrina
2013

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

C117q Cabulon, Elisana Agatha Iakmiu Camargo.

Qualidade de vida dos usuários do ambulatório de um centro de tratamento de queimados do sul do Brasil / Elisana Agatha Iakmiu Camargo Cabulon. – Londrina, 2013.

128 f. : il.

Orientador: Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

Inclui bibliografia.

1. Qualidade de vida – Teses. 2. Queimaduras – Enfermagem – Teses. 3. Queimaduras – Reabilitação – Teses. I. Cardelli, Alexandrina Aparecida Maciel. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação

ELISANA AGATHA IAKMIU CAMARGO CABULON

**QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO DE UM
CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS DO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* – Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Alexandrina A. Maciel
Cardelli
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra. Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi
Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto – USP

Profa. Dra. Julia Trevisan Martins
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 22 de novembro de 2014.

Dedicatória

Graças a Deus que nos dá a vitória por
intermédio de nosso Senhor Jesus
Cristo.

1 CORÍNTIOS 15:57

Porque Dele e por Ele, e para Ele são todas as coisas;
glória, pois, a Ele eternamente. Amém.

ROMANOS 11:36

A Jesus Cristo, meu Senhor e Salvador dedico essa
grande conquista!

Agradecimentos Especiais

Ao meu amado esposo Leandro
por acreditar sempre em minha capacidade e
pelo amor aos estudos que me serviu de inspiração;

À Prof^a Dr^a Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli,
pelo privilégio de tê-la como orientadora e desfrutar da sabedoria
como pesquisadora que me conduziu a pensar cientificamente.
Pela amizade, paciência e clareza com que transmite o conhecimento.
Por me nortear em minhas diversas dúvidas e incertezas.
Muito Obrigada!

À minha querida mãe Marli
que sempre me incentivou a buscar o conhecimento
e por seu apoio incondicional durante este
tempo de trabalho e estudo.

À minha irmã Alissana,
pelo exemplo de dedicação e perseverança que me
impulsionaram ao desafio do mestrado.

Ao meu pai Valdair,
irmão Junior e cunhada Luisa
pelo carinho e apoio durante esta jornada.

À minha querida Nani
pelo apoio em toda a caminhada.

Agradecimentos

À Prof^a Dr^a Julia Trevisan Martins
pelo dinamismo, conhecimento e experiência em pesquisa
que contribuíram para o aprimoramento deste estudo.

À Prof^a Dr^a Maria do Carmo Cruz Robazzi.
É motivo de honra tê-la como parte da minha banca
e ter a oportunidade de receber suas sugestões
e correções feitas com tanto cuidado e precisão.
Muito obrigada pelas contribuições!

À Prof^a Dr^a Sandra Maciel,
pela disponibilidade e contribuição essencial no
tratamento estatístico dos resultados.

À Prof^a Dr^a Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari,
por me incentivar desde a graduação a realizar pesquisa.

À Diretora de Enfermagem do HU de Londrina,
Prof^a Tinha Ribeiro,
por acreditar na importância do avanço profissional
da enfermagem por meio do aprimoramento científico.

À Enfermeira Elza Anami,
Chefe de Divisão do Centro de Tratamento de Queimados,
pelo apoio dado para a realização do mestrado,
por sempre estar em busca do conhecimento e
pelo exemplo de competência profissional.

A todas as professoras do mestrado
pela sabedoria com que transmitiram o conhecimento
e por acreditarem em nossa capacidade.

Às enfermeiras: Elisângela Flauzino Zampar,
Fernanda Yoshitami de Lima, Flavia Mendonça Oussaki,
Marcia Bernadete Camuci, Neuma Barros Nascimento Vieira e
Silvana Kelie Souza de Almeida Barros
pelo incentivo e ajuda na cobertura dos plantões.

À companheira de estudos Danielle Talita,
pela amizade, incentivo e por me ouvir
nos momentos de dificuldade e de alegria!

Às técnicas de enfermagem Nair e Maria
pelo apoio contínuo no ambulatório durante a coleta de dados.

À querida Nazaré, por sempre poder contar com a sua ajuda!

À graduanda de enfermagem Deborah Georgette,
pela contribuição na coleta de dados.

Aos colegas de mestrado: Pâmella, Vanessa,
Gláucia, Sheila, Leonel, Barbara, Raphaella,
Simone, Raquel e Josilaine,
por conquistarmos juntos essa vitória!

Aos funcionários do SAME
pela prontidão e simpatia no atendimento;

Aos funcionários da secretaria de pós-graduação,
pelo auxílio dispensado.

A toda a equipe de saúde do CTQ,
pelas palavras positivas e por todo o incentivo.

A todos que de forma direta ou indireta
contribuíram para a concretização deste sonho.

CABULON, Elisana Agatha Iakmiu Camargo. **Qualidade de Vida dos Usuários do Ambulatório de um Centro de Tratamento de Queimados do Sul do Brasil**. 2013. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, 2013.

RESUMO

Este estudo objetivou analisar a qualidade de vida (QV) dos usuários do ambulatório de um Centro de Tratamento de Queimados do Sul do Brasil. Para contemplar todos os objetivos propostos, realizou-se uma pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa. O método quantitativo, caracterizado como transversal e analítico, contemplou a maioria dos objetivos específicos. Para isso, foi aplicado um formulário com perguntas abertas e fechadas sobre caracterização sócio demográfica (gênero, idade, local de residência, escolaridade, situação conjugal e de moradia, ocupação, tipo de trabalho, renda e grau de dependência no contexto familiar); história da morbidade decorrente da queimadura (tempo de internação e de alta hospitalar, superfície corporal queimada - SCQ, grau, tipo e ambiente da queimadura, presença de lesão inalatória, cirurgias realizadas, presença de sequelas e de sintomas que causam desconforto, grau de dependência para atividades cotidianas, cuidados realizados, presença e tipo de apoio recebido) e a escala “Burn Specific Health Scale” (BSHS-R). As respostas foram compiladas no programa *Microsoft Office Excel® 2003* e transportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 19.0. Os dados da avaliação da QV foram submetidos a tratamento estatístico descritivo-analítico, trabalhando-se com as pontuações que cada paciente obteve em relação a cada domínio da BSHS-R, bem como, com a correlação das variáveis sociodemográficas e referentes aos aspectos físicos, emocionais e sociais que envolvem o processo de reabilitação, sendo aplicado o teste de Kruskal-Wallis. Foram usados também o Teste Exato de Fisher e o Teste Linear by Linear para buscar associações entre as variáveis de grau de dependência para atividades cotidianas e sequela funcionais entre si e com variáveis sociodemográficas e da história da morbidade. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$. A abordagem qualitativa foi utilizada para o resgate da opinião dos usuários a respeito do atendimento recebido por meio de entrevista exploratória. As respostas gravadas foram analisadas pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. A população foi composta por 107 indivíduos atendidos no período de julho de 2012 a janeiro de 2013 após a alta hospitalar. Os resultados revelaram que a maioria dos participantes era do sexo masculino (59,0%), entre 20-49 anos (66,0%) e após a queimadura apenas 27,0% voltaram a trabalhar. Os domínios mais prejudicados da BSHS-R foram *sensibilidade da pele, trabalho e afeto e imagem corporal*. A QV esteve significativamente afetada pelo sexo, idade, ocupação, local de residência, renda familiar, SCQ, tempo de internação e ambiente de ocorrência do trauma. A sequela funcional afetou significativamente o indivíduo com queimaduras acima de 20% de SCQ. Além disso, o grau de dependência para atividades cotidianas associou-se com a baixa renda, a falta de emprego após o trauma, a SCQ acima de 20% e a sequela funcional. ‘Processo do Cuidar’ e ‘Relacionamento Interpessoal’ foram as ‘unidades de significado’ mais citadas na opinião dos usuários que consideraram o atendimento de qualidade e valorizaram a capacidade técnica dos profissionais principalmente no período de internação. O enfermeiro e os demais integrantes da equipe multidisciplinar devem conhecer as diferentes necessidades de saúde do indivíduo queimado durante o seu processo de reabilitação para garantir ampla assistência a fim de melhorar a sua QV.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Queimaduras. Enfermagem. Burn specific health scale – revised (BSHS-R). Processo de reabilitação. Opinião do usuário.

CABULON, Elisana Agatha Iakmiu Camargo. **Quality of life of users of an Outpatient Burn Treatment Centre of Southern Brazil**. 2013. 128 p. Dissertation (Mester's degree in Nursing) – State University of Londrina, Londrina, 2013.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the quality of life (QOL) users in an outpatient Burn Treatment Centre in Southern Brazil. To cover all objectives, we carried out a survey of quantitative and qualitative approach. The quantitative method, characterized as analytical cross-sectional, included the most specific goals. For this, it applied a form with open and closed questions on socio demographic (gender, age, place of residence, education, marital status and residence, occupation, type of work, income and level of dependency within the family); history morbidity due to burn (length of stay hospital admission and discharged, total burned surface area - TBSA, degree, type and environment of trauma, presence of inhalation injury, surgeries, presence of sequelae and symptoms that cause discomfort, degree of dependence daily activities, care provided, presence and type of support received) and scale "Burn Specific Health Scale" (BSHS-R). The responses were compiled using *Microsoft Office Excel®* 2003 and transported to the *Statistical Package for the Social Sciences* version 19.0. The evaluation of QOL were submitted to statistical descriptive, analytical, working with the scores obtained for each patient for each area of the BSHS-R and with the correlation between sociodemographic variables and history of morbidity due to burn, being applied the Kruskal-Wallis Test. It also used the Fisher Exact Test and Linear by Linear Test to find associations between the degree of dependence in daily activities and functional sequelae among themselves and the correlation between sociodemographic variables and relating to the physical, emotional and social issues that involve the rehabilitation process morbidity history. The level of significance was set at ≤ 0.05 . A qualitative approach was used to rescue the users' opinion on care received through exploratory interview. The responses recorded were analyzed using Content Analysis of Bardin. The population consisted of 107 patients seen between July 2012 and January 2013 after discharge. The results revealed that the majority of participants were male (59.0%), between 20-49 years (66.0%) and after the burn only 27.0% returned to work. The BSHS-R domains most affected were the *skin sensitivity, work and affect and body image*. QOL was significantly affected by gender, age, occupation, place of residence, family income, TBSA, length of stay hospital admission and environment of trauma. The sequel functional significantly affect the individual with burns over 20% TBSA. Furthermore, the degree of dependency for daily activities was associated with low income, lack of employment after the trauma, the TBSA above 20 % and functional sequelae. 'Process of Care' and 'Interpersonal Relationships' were the 'Units of Meaning' most cited in the opinion of the users considered the service quality and valued the expertise of professionals mainly during hospitalization. The nurse and the other members of the multidisciplinary team should know the different health needs of the individual burned during their rehabilitation process to ensure broad support to improve their QOL.

Keywords: Quality of life. Burns. Nursing. Burn specific health scale-revised (BSHS-R). Rehabilitation process. User opinion.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

ARTIGO 1

Tabela 1 - Distribuição da população do estudo segundo variáveis referentes à história da queimadura (N=107). Londrina, Brasil, 2013	41
Tabela 2 - Distribuição de indivíduos queimados segundo o domínio habilidades para funções simples da Burn Specific Health Scale-Revised (N=107). Londrina-Brasil, 2013.....	42
Tabela 3 - Distribuição da população do estudo, segundo o domínio trabalho da Burn Specific Health Scale-Revised (N=107). Londrina-Brasil, 2013	43
Tabela 4 - Distribuição da população de estudo segundo o domínio relacionamento interpessoal e tratamento da Burn Specific Health Scale-Revised (N=107). Londrina-Brasil, 2013	44
Tabela 5 - Distribuição da população do estudo segundo o domínio sensibilidade da pele e afeto e imagem corporal da Burn Specific Health Scale-Revised (N=107). Londrina-Brasil, 2013	45
Tabela 6 - Distribuição dos indivíduos do estudo de acordo com a pontuação total, média e desvio padrão da Burn Specific Health Scale-Revised (BSHS-R). Londrina-Brasil, 2013.....	46
Tabela 7 - Relação entre a Burn Specific Health Scale-Revised e a ocupação após a queimadura dos indivíduos do estudo (N=107). Londrina-Brasil, 2013	46
Tabela 8 - Relação entre a Burn Specific Health Scale-Revised e gênero dos indivíduos do estudo (N=107). Londrina-Brasil, 2013	47
Tabela 9 - Relação entre a Burn Specific Health Scale-Revised e a faixa etária dos indivíduos do estudo (N=107). Londrina-Brasil, 2013	48
Tabela 10 - Relação entre a Burn Specific Health Scale-Revised e o local de residência dos indivíduos do estudo (N=107). Londrina-Brasil, 2013.....	48
Tabela 11 - Relação entre a Burn Specific Health Scale-Revised e a renda familiar dos indivíduos do estudo (N=107). Londrina-Brasil, 2013.....	49
Tabela 12 - Relação entre a Burn Specific Health Scale-Revised e a superfície corporal queimada dos indivíduos do estudo (N=105). Londrina-Brasil, 2013	50

Tabela 13 - Relação entre a Burn Specific Health Scale-Revised e o tempo de internação hospitalar dos indivíduos do estudo (N=107). Londrina-Brasil, 2013.....	50
Tabela 14 - Relação entre a Burn Specific Health Scale-Revised e o ambiente de ocorrência do trauma dos indivíduos do estudo (N=107). Londrina-Brasil, 2013.....	51

ARTIGO 2

Tabela 1 - Associação entre renda e grau de dependência para atividades cotidianas referido pelos indivíduos vítimas de queimaduras (N=107). Londrina, Paraná, Brasil, 2013	63
Tabela 2 - Associação entre ocupação depois da queimadura e grau de dependência para atividades cotidianas referido pelos indivíduos vítimas de queimaduras (N=107). Londrina, Paraná, Brasil, 2013	64
Tabela 3 - Associação entre grau de dependência para atividades cotidianas e sequela funcional referida pelos indivíduos vítimas de queimaduras (N=107). Londrina, Paraná, Brasil, 2013	64
Tabela 4 - Associações entre SCQ e relatos de sequela funcional e grau de dependência para atividades cotidianas dos indivíduos vítimas de queimaduras (N=105). Londrina, Paraná, Brasil, 2013.....	65

ARTIGO 3

Gráfico 1 - Distribuição da opinião do usuário, segundo as Unidades de Significado, Londrina-Pr, 2013	77
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BSHS-A	Burn Specific Health Scale-Abbreviate
BSHS-R	Burn Specific Health Scale-Revised
CBQ	Coping With Burns Questionnaire
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTQ	Centro de Tratamento de Queimados
DP	Desvio Padrão
HRQL	Health Related Quality Of Life
HUL	Hospital Universitário de Londrina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
M	Média
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
QVRS	Quality of life health related
QVLS	Qualidade de Vida Ligada a Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada a Saúde
SAME	Serviço de Auxílio Médico Estatístico
SBQ	Sociedade Brasileira de Queimaduras
SCQ	Superfície Corporal Queimada
SPSS	Statistical Package for Social Science
TBSA	Total Burn Surface Area
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	Organização Mundial da Saúde
WHOQOL Group	Grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	QUALIDADE DE VIDA E O TRAUMA DA QUEIMADURA.....	15
1.2	ESCOLHA DO TEMA.....	17
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICO	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1	A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO AO INDIVÍDUO QUEIMADO: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS E SOCIAIS.....	19
3.2	QUALIDADE DE VIDA: CONCEITOS E DEFINIÇÕES	23
3.3	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA	26
4	MATERIAL E MÉTODO	29
4.1	TIPO DE ESTUDO	29
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	30
4.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO	30
4.4	COLETA DE DADOS	31
4.4.1	Instrumento e técnica	31
4.4.2	Procedimento de coleta de dados.....	32
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	33
4.6	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	34
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1	ARTIGO 1	36
5.2	ARTIGO 2	59
5.3	ARTIGO 3	73
6	CONCLUSÃO GERAL	88
7	CONCLUSÕES	91

REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE	98
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	99
ANEXOS	101
ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	102
ANEXO 2 – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO.....	103
ANEXO 3 – “Burn Specific Health Scale – Revised (BSHS-R)	104
ANEXO 4 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS.....	107
ANEXO 5 – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA BURNS.....	108
ANEXO 6 – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA LATINO AMERICANA DE ENFERMAGEM.....	113
ANEXO 7 - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA.....	127

1 INTRODUÇÃO

1.1 QUALIDADE DE VIDA E O TRAUMA DA QUEIMADURA

O avanço tecnológico e científico no tratamento de queimaduras tem resultado em mudanças no perfil epidemiológico deste trauma acarretando diminuição da mortalidade. Este fato tem direcionado a equipe de saúde a considerar aspectos relacionados à sobrevivência dos indivíduos após a alta hospitalar e sua qualidade de vida (QV) (YODER; NAYBACK; GAYLORD, 2010).

O tema “Qualidade de Vida no Paciente Queimado” vem sendo debatido e conceituado desde a década de 90 como o resultado da interação entre as limitações ocasionadas pela queimadura e a capacidade de resposta e adaptação do indivíduo a essa nova situação (PRUZINSKY et al., 1992).

Na mesma década, o compromisso de melhorar a QV do paciente queimado foi caracterizado como uma tarefa árdua, cujos atributos fundamentais são a dedicação e a perseverança na assistência a ele prestada. Para tal, é preciso entendê-lo enquanto pessoa, com peculiaridades muito especiais consequentes à situação traumática vivenciada (SOUZA; MENDES; SILVA, 1994).

Atualmente, tem-se demonstrado que a capacidade de resposta e adaptação às consequências da queimadura é 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) (ECHEVARRÍA-GUANILO, 2009).

Para Costa et al. (2008), as pessoas vítimas de queimaduras consideram que as modificações decorrentes do trauma resultam em prejuízo à QV. Isto, devido às desvantagens experimentadas no cotidiano, como dificuldade para conseguir um trabalho ou adaptar-se ao desenvolvido anteriormente ou ainda, por não estarem mais em condições de trabalhar. Reconhecem, também, como elementos comprometedores de sua QV, o tempo gasto para os cuidados com a queimadura; as limitações físicas, representadas como incapacidade e exigindo mudança na rotina das atividades diárias; o prejuízo na relação com os familiares, principalmente, a afetiva e a sexual com o parceiro; o impedimento da realização de atividades de lazer com os filhos e a perda da autonomia para realizar, até mesmo, atividades simples e corriqueiras.

Apesar da subjetividade do conceito sobre QV, existem alguns parâmetros de avaliação que são indispensáveis como: aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais, a fim de captar a experiência pessoal de cada indivíduo (PINTO-NETO; CONDE, 2008).

A QV de indivíduos queimados foi investigada no momento da alta hospitalar e três meses após por meio de um questionário “Sickness Impact Profile” (SIP) que avalia dimensões físicas e psicológicas sobre a QV. Foi identificada melhora em ambas as dimensões após os três meses quando comparadas aos resultados do momento da alta hospitalar. Além disso, as mulheres apresentavam QV relacionada à saúde mais prejudicada do que os homens (NOVELLI et al., 2009).

A QV das vítimas de queimaduras deve ser investigada, pois pode estar afetada após o acidente. Limitações físicas e psíquicas após o trauma foram evidenciadas em homens e mulheres após aplicação da escala “Burn Specif Health Scale – Revised” (BSHS-R) em um estudo descritivo e transversal, refletindo baixa qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) (P JUNIOR; VIEIRA; ALVES, 2010).

Em pesquisa retrospectiva e exploratória com pacientes queimados verificou-se que todos os aspectos de medição da satisfação do paciente foram associados aos fatores interpessoais. Destacou-se também que a assistência prestada pela enfermagem é positivamente reconhecida, dentre os diversos cuidados dispensados a estes indivíduos (WIKEHULT; KILDAL; WILLEBRAND, 2008).

Portanto, a enfermagem, como categoria profissional em constante interação com o indivíduo queimado, possui papel fundamental na recuperação da vítima de queimaduras. Assim como os demais integrantes da equipe multidisciplinar de saúde, é necessário que todos busquem proporcionar ferramentas para que este indivíduo alcance melhor QV.

Devido à importância deste tema, este estudo tem o propósito de analisar a QV dos usuários do ambulatório de um Centro de Tratamento de Queimados do Sul do Brasil.

1.2 ESCOLHA DO TEMA

A chegada do indivíduo queimado e seus familiares em uma unidade especializada é um momento extremamente delicado para ambos. A dor e os sentimentos de ansiedade, preocupação, medo do desconhecido e expectativas do que o futuro lhes reserva, misturam-se e exacerbam-se em todo o processo de tratamento e recuperação.

Como enfermeira integrante da equipe multiprofissional do Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) do Hospital Universitário de Londrina (HUL), tenho participado do tratamento e recuperação destes pacientes e devido a esta experiência, suscitaram-me, ao longo dos anos, questionamentos referentes às dificuldades que eles enfrentam após a sua alta hospitalar e como este trauma poderia interferir em sua QV.

Conhecer melhor como acontece este retorno do indivíduo queimado ao seu lar e à sociedade tem sido o foco de investigações em diversas localidades do mundo (COSTA et al., 2008; TER SMITTEN et al, 2011; YODER; NAYBACK; GAYLORD, 2010). Tal interesse também motivou-me a realizar este estudo com os usuários do ambulatório do CTQ já citado anteriormente que após a experiência do trauma e da hospitalização vivenciam este mesmo processo.

Considero válida, importante e atual a discussão da relação entre QV e queimaduras, já que são temas de grande enfoque no meio científico e de valorosa repercussão epidemiológica.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a qualidade de vida dos usuários do ambulatório de um Centro de Tratamento de Queimados do sul do Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a população do estudo, segundo variáveis sócio-demográficas e história da morbidade decorrente da queimadura;
2. Avaliar a qualidade de vida destes indivíduos de estudo por meio da escala específica “BSHS-R”;
3. Conhecer aspectos físicos, emocionais e sociais que envolvem o processo de reabilitação do indivíduo queimado;
4. Identificar a opinião dos usuários sobre o atendimento recebido neste serviço.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO AO INDIVÍDUO QUEIMADO: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS E SOCIAIS

Não se pretende apresentar uma revisão sistemática sobre o tema e sim apontar determinantes que vem sendo demonstrados como fundamentais para o melhor entendimento e cuidado nas distintas fases de tratamento do indivíduo queimado.

Conforme definido pela Sociedade Internacional de Queimaduras, a queimadura é uma lesão cutânea que provoca a destruição de algumas ou de todas as células da pele ou de outros tecidos, resultante da ação direta ou indireta do calor sobre o organismo humano (PECK, 2011).

Queimadura é considerada hoje um problema global pois além de ser responsável por altas taxas de mortalidade, também causa deformação, dor e trauma emocional, especialmente para aqueles que vivem em países de baixa a média renda devido a carência de implementação de políticas de prevenção em todas as esferas sociais. Estima-se que ocorram mais de 195 mil mortes por ano em todo o mundo devido estes traumas. Milhões de pessoas são consideradas vulneráveis, principalmente as que vivem no Sudeste Asiático, onde a incidência global se concentra (VAN NIEKERK, 2007; WHO, 2012).

Mulheres residentes neste continente têm o maior índice de queimaduras por incêndios em ambiente doméstico devido a curto circuito e também pelo uso de produtos inflamáveis como o álcool para preparar alimentos, sendo responsável por 27% das mortes globais e quase 70% das mortes na região. Em relação aos países subdesenvolvidos de um modo geral, a mortalidade de crianças do sudeste asiático é sete vezes maior em comparação aos países desenvolvidos (MOCK et al, 2008; WHO, 2012).

Segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ), acontecem um milhão de casos de queimaduras a cada ano no país, 200 mil são atendidos em serviços de emergência e 40 mil demandam hospitalização (VALE, 2005). As queimaduras estão entre as principais causas de aumento alarmante da morbi-mortalidade por trauma (MALTA et al., 2009).

Suas principais causas são: térmicas, elétricas ou químicas (ANTOON; DONOVAN, 2005; WHO, 2012). A causa mais freqüente de queimadura é a térmica, principalmente pela chama direta em adultos e escaldos por líquidos quentes em crianças (BARTLETT, 2002; WHO, 2008).

Estudo nigeriano sobre evidenciou que de 441 pacientes queimados admitidos entre janeiro de 2000 e dezembro de 2005, 48% das queimaduras foram relacionadas ao fogo e 41% aos escaldos (NNABUKO et al., 2009).

A domesticação do fogo pelo homem primitivo trouxe impacto no desenvolvimento da humanidade. Houve mudança no estilo de vida, por meio do descobrimento de novas fontes de energia e preparo de alimentos. Porém, a má utilização deste elemento tem acarretado consequências negativas como destruição e poluição ambiental, além de sofrimento ao indivíduo devido ao trauma que este provoca (ALBERTYN et al. 2012).

Queimaduras ocorrem principalmente em casa e no trabalho (WHO, 2012). O agente causador principal no acidente de trabalho é o elétrico e no ambiente domiciliar, instalações inadequadas de fogão e o óleo quente (ROSSI, 2009). No ambiente doméstico, além da cozinha, as áreas externas da casa próximas à churrasqueira são locais em que os acidentes por queimaduras ocorrem com maior frequência, geralmente por manipulação de fogo e produtos inflamáveis (BARTLETT, 2002; GIMENES et al., 2009).

Segundo Maciel e Serra (2004), as queimaduras são classificadas de acordo com a profundidade de acometimento tecidual. As lesões são categorizadas em queimaduras de primeiro, segundo ou terceiro grau. As de primeiro grau atingem a camada mais externa da pele, a epiderme. Não provoca alterações hemodinâmicas ou clínicas significativas, visto a ausência de vascularização epitelial; é bem caracterizada clinicamente pela dor e eritema local – reações da derme subjacente. Todas as estruturas responsáveis pela reepitelização – queratinócitos e demais células da epiderme, bem como terminações nervosas livres, são preservadas, havendo reepitelização total, sem cicatriz, em três a seis dias. As lesões de segundo grau: atingem tanto a epiderme quanto a derme e parte dos anexos cutâneos; clinicamente, somam-se aos sinais e sintomas anteriores, a presença de vesículas ou bolhas, superficiais ou profundas. A superficial é reconhecida por superfície rósea abaixo do epitélio descolado, ocorrendo cicatrização, sem seqüelas, em 10 a 14 dias; a profunda é clinicamente esbranquiçada, menos dolorosa do que a superficial, demorando de 25 a 35 dias para reepitelizar com escassez ou ausência dos anexos epidérmicos preexistentes. Permanece cicatriz com resultado estético não satisfatório. As queimaduras de terceiro grau: são profundas atingindo todas as camadas da pele; fibras musculares e tecidos ósseos subjacentes podem ser acometidos; não apresentam sintomatologia dolorosa e não reepitelizam, havendo perda dos anexos epidérmicos e das terminações nervosas epidérmicas e dérmicas. Clinicamente, o aspecto da lesão é céreo, com superfície endurecida, podendo apresentar por

transparência vasos sangüíneos esclerosados. O prognóstico varia de reservado a ruim devido à perda funcional e estética local.

Vale (2005) e Spire; Kekky e Pangilinan (2007) ressaltam, no entanto, que as lesões não devem ser classificadas apenas quanto à profundidade, mas também avaliadas quanto à extensão, localização, idade do paciente, doenças pré-existentes e possível inalação de fumaça.

O avanço no conhecimento da fisiopatologia das queimaduras, a melhoria da terapia de ressuscitação volêmica, o suporte metabólico nutricional adequado e a cobertura precoce das lesões além da atenção especial à reabilitação do indivíduo queimado são alguns dos marcos que contribuíram para a melhoria do tratamento de queimaduras (ROSE; HERNDON, 1997; BRUSSELAERS, et al., 2010).

A queimadura é considerada uma lesão crítica que demandará longos períodos de hospitalização além de poder trazer consequências tanto físicas quanto psicológicas (CARLUCCI et al., 2007; DYSTER-AAS et al., 2008; TER SMITTEN; GRAAF; VAN LOEY, 2011; ATIYEH; COSTAGLIOLA; HAYEK, 2009).

Tais aspectos relacionam-se com as três fases que o indivíduo queimado passa para a sua recuperação, descritas na década de 90 por Adcock; Boeve; Patterson (1998). A seguir detalha-se cada uma.

A primeira fase, chamada de estágio crítico, de ressuscitação ou de estabilização, corresponde as primeiras 72 horas após a ocorrência do acidente e caracteriza-se pela instabilidade do paciente.

Após a estabilização, ele passará por uma fase aguda de reabilitação que envolve a realização de procedimentos bastante dolorosos e que, frequentemente, começam a gerar expectativas, em relação aos seus resultados. Esses procedimentos ocorrem em um momento de maior consciência do impacto físico e psicológico do trauma. Finalmente, a terceira fase, que tem sido chamada de reabilitação de longa duração, começa quando o paciente está para ter alta hospitalar.

Summers (1991) acrescenta que nesta fase, a preocupação do paciente será com a vida fora do hospital, considerando-se as mudanças corporais que poderá apresentar.

Carlucci et al. (2007) afirmam que além das complicações fisiológicas relacionadas à fase de internação, como acidose, perda de fluidos, alterações no equilíbrio endócrino e dor, após a fase aguda, o indivíduo continua a sofrer devido aos estressores psicológicos decorrentes da separação da família, afastamento do trabalho, mudanças

corporais, despersonalização, dependência de cuidados, perda da autonomia e tensão constante.

Neste momento a pessoa passa a perceber a extensão de seu problema e a pensar como ficarão as cicatrizes e sequelas mais graves que possam comprometer, de alguma forma, a estrutura ou função do corpo, limitando atividades importantes como as atividades de vida diária, o autocuidado, a higiene corporal e o trabalho (CARLUCCI et al., 2007).

O processo de cicatrização das queimaduras que pode durar muitos meses, dependendo da profundidade e demais fatores interrelacionados, predispõe à formação de cicatrizes hipertróficas e contraturas, sendo caracterizado pelo importante aumento na vascularização, de fibroblastos, miofibroblastos, deposição de colágeno, material intersticial e edema. As sequelas constituem um grande desafio, tanto no que se refere à prevenção quanto ao tratamento, incluindo os aspectos relacionados à fase de reabilitação (FERREIRA, 2006).

A Organização Mundial de Saúde afirma que milhões de pessoas sofrem consequências físicas, psicológicas e sociais relacionadas às queimaduras, muitas delas permanentes que demandarão gastos financeiros tanto para a vítima quanto para seus familiares (MOCK et al., 2008). O elevado valor financeiro dispensado é devido ao tempo prolongado de hospitalização e, também, devido a todo o processo de reabilitação (PATIL et al., 2010).

As queimaduras graves muitas vezes resultam em agravos duradouros ou permanentes à saúde, perda ou redução de capacidade funcional, sequelas físicas e estéticas e podem reverter em danos psicológicos. Configuram-se, pelos comprometimentos envolvidos, como uma condição crônica de saúde e exigem assistência específica para a reabilitação (COSTA et al., 2010).

É necessário que as pessoas que cuidam deste tipo de paciente partam do pressuposto que as queimaduras graves ocorrem em segundos, mas podem deixar sequelas para a vida toda, incapacitando o indivíduo ou desfigurando-o irreversivelmente, explicando-se dessa maneira os problemas psicossociais que este enfrenta durante toda a sua vida (SOUZA; MENDES; SILVA, 1994).

O paciente queimado vê-se condicionado pela exigência da beleza física exterior e pela sua própria exigência interna, inconformado com a cicatriz na sua pele interferindo em sua auto imagem e, deste modo, pode-se imaginar o que uma pessoa queimada espera encontrar na retomada de suas atividades cotidianas (WEINBERG, 2000). Este conflito afetará o seu bem-estar individual e também o coletivo (da família) e, conseqüentemente, a sua QV.

3.2 QUALIDADE DE VIDA: CONCEITOS E DEFINIÇÕES

O interesse pelo conceito da QV é muito antigo. Há referências de busca pela sua definição antes mesmo da Era Cristã, como nos escritos de Aristóteles (384-322 a.C), em sua obra *Nicomachean Ethics*, os quais mencionavam que pessoas distintas idealizam boa vida ou bem estar como sendo sinônimo de felicidade e que o seu significado torna-se uma questão de percepções individuais, pois diferentes atribuições são dadas pelo mesmo indivíduo, de acordo com a situação vivenciada (PAINTER, 1994).

Em 1920, Pigou empregou pela primeira vez o termo “qualidade de vida”, em um livro sobre economia e bem estar material, o qual fez a relação de QV ao suporte governamental oferecido às classes menos favorecidas e avaliou seu impacto na vida das pessoas e finanças nacionais. Há indícios de que o termo surgiu pela primeira vez na literatura médica na década de 30, segundo um levantamento de estudos que tinham por objetivo a sua definição e que faziam referência à avaliação da QV (SEIDL; ZANNON, 2004; WOOD-DAUPHINEE, 1999).

A expressão “qualidade de vida” começou a ser utilizada nos Estados Unidos, após a 2ª Guerra Mundial, com o objetivo de descrever aquisição de bens materiais, tais como: casa, carro, investimentos, dinheiro, viagens, entre outros. Posteriormente, o conceito foi ampliado com a finalidade de se medir o desenvolvimento econômico de uma sociedade, comparando diferentes cidades e regiões por intermédio de indicadores econômicos (produto interno bruto - PIB e a renda per capita). Passou, mais tarde, a mensurar o desenvolvimento social, por meio da saúde, educação, moradia, transporte, entre outros (FARQUHAR, 1995; BOWLING, 1997).

Lyndon Johnson, presidente americano em 1964, emprega a expressão “qualidade de vida” pela primeira vez ao declarar que "*os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.*" Neste sentido, é importante afirmar que o interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos (WHOQOL, 1998).

Dentre os primeiros e mais difundidos instrumentos para este fim está o “Índice de Desenvolvimento Humano” (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O IDH foi criado com a intenção de deslocar o debate sobre desenvolvimento de aspectos puramente econômicos para aqueles de natureza social e

também cultural. Embutida nesse indicador encontra-se a concepção de que renda, saúde e educação são três elementos fundamentais da QV de uma população (MINAYO et al., 2000).

Nota-se que o crescente desenvolvimento tecnológico na área da saúde teve como conseqüência negativa a sua progressiva desumanização. Porém, diante deste contexto, dentro das ciências humanas e biológicas inicia-se também um movimento no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (FLECK, 1999).

Assim, a avaliação da QV torna-se também alvo de experimentação nos ensaios clínicos randomizados como a terceira dimensão a ser avaliada, além da eficácia e da segurança (BECH, 1995). Destaca-se a oncologia que se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada com os tratamentos propostos (KATSCHNIG, 1997), já que, muitas vezes, na busca de acrescentar “anos à vida”, era deixada de lado a necessidade de acrescentar “vida aos anos” (FLECK, 1999).

Minayo (2000) reflete sobre a necessidade do aprofundamento da discussão sobre QV, afirmando que a frase “saúde não é ausência de doença, saúde é qualidade de vida” por mais que se apresente vazia de significado, já é um bom começo para a manifestação do mal estar com o reducionismo biomédico impregnado neste conceito e que permeia o campo da saúde pública. O tema chama para reflexões mais abrangentes que ultrapassam o campo da medicina e atingem aspectos sociais e políticos.

O conceito de QV, na literatura, tem sido amplamente discutido e referido por meio das expressões, Qualidade de Vida (Quality of life), Qualidade de Vida Relacionada à Saúde - QVRS (Quality of life health related) ou Estado de Saúde (Health Status) (WHO, 1998; CORLESS; NICHOLAS; NOKES, 2001). Para Wilson e Cleary (1995), estes conceitos não são claramente diferenciáveis, já para outros pesquisadores tais conceitos são vistos como distintos (SMITH; AVIS; ASSMAN, 1999).

A expressão *qualidade de vida ligada à saúde* (QVLS) é definida por Auquier et al (1997) como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos e a organização política e econômica do sistema assistencial.

A versão inglesa deste conceito de *Health Related Quality Of Life* (HRQL), em Gianchello (1996) é semelhante e afirma ser o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades

influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções.

Sendo utilizado nessa conotação, o HRQL indicará também se o estado de saúde medido ou estimado é relativamente desejável (GOLD et al., 1996). Para esses autores, os conceitos fundamentais de QV são a percepção da saúde, as funções físicas, sociais, psicológicas, bem como os danos a elas relacionados sob a ótica de avaliação subjetiva do indivíduo, ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade deste indivíduo viver plenamente (BULLINGER; ANDERSON; CELLA, 1993; MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996).

O bem estar físico é determinado pela atividade funcional, força, fadiga, sono, repouso, dor e outros sintomas. O bem-estar social tem a ver com as funções e as relações sociais, afeição e privacidade, aparência, entretenimento, isolamento, trabalho, situação econômica e sofrimento familiar. O bem-estar psicológico é relacionado ao medo, à ansiedade, à depressão e à angústia que geram a doença e o tratamento. Finalmente, o bem-estar espiritual inclui o significado da doença, da esperança, da importância, da incerteza, da religiosidade e da força interna (VINACCIA; OROZCO, 2005).

No final da década de 1990, o Grupo de QV da divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (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”. Em outras palavras, é como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à QV baseada em três aspectos fundamentais: subjetividade; multidimensionalidade, presença de dimensões positivas, p.ex. mobilidade e negativas, p.ex. dor (WHO, 1998).

Portanto, ao referir-se sobre QV neste estudo, concordou-se com as definições da OMS (WHO, 1998) e de Valderas, Ferrer, Alonso (2005) que a consideram 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.

3.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Os avanços da terapêutica têm permitido maior taxa de sobrevivência de indivíduos enfermos, além de aumentar a expectativa de vida em geral. Por isso a análise da QV que estes novos recursos propiciam vem se mostrando essencial (BARBARINI; PREBIANCHI, 2008; KLATCHOIAN, et al., 2008; KURASHIMA; SANTOS, 2010).

A mensuração da QV, em particular a relacionada à saúde, é um importante indicador na pesquisa clínica, na avaliação da prática clínica e na avaliação de serviços de saúde (KLATCHOIAN et al., 2008).

Há várias décadas foram propostos instrumentos para este tipo de avaliação, a maioria deles desenvolvida nos Estados Unidos. Paralelamente, vários pesquisadores dedicaram-se a traduzir esses instrumentos de QV para aplicação em outros países. Entretanto, é importante lembrar que a simples tradução é insuficiente, sendo necessária a adequação e validação para culturas diferentes (MONTEIRO, 2010).

Há três tipos de instrumentos de avaliação de QV: globais, genéricos e específicos para determinado tipo de indivíduo ou patologia (FERREIRA, 2006).

Os instrumentos globais abordam o tema QV de uma maneira geral e abrangente. Pode-se citar a “Escala de Qualidade de Vida de Flanagan”, cuja natureza é ordinal e com a sua aplicação obtém-se respostas em quinze itens agrupados em cinco dimensões: bem estar físico e material; relações com outras pessoas; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento pessoal e realização e recreação. John C. Flanagan desenvolveu esta escala em 1970 com dados colhidos de uma amostra de três mil homens e mulheres norte-americanos, com idades de 30, 50 e 70 anos, utilizando o método de incidente crítico. Foi considerado um instrumento multidimensional e com evidência de validade de construto em função dos resultados da análise fatorial feita (FLANEGAN, 1982). Burckhardt et al. (1989) utilizaram-na modificando a graduação original de respostas de cinco pontuações para sete pontuações por permitir um espectro maior de respostas.

Os questionários genéricos não são específicos de uma única doença em geral e são mais apropriados aos estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde (MONTEIRO, 2010).

Os instrumentos genéricos de avaliação da QV aplicam-se às mais diferentes condições de saúde e refletem os diversos aspectos da vida das pessoas. Esta diversidade de aspectos organiza-se em conjuntos, chamados de dimensões ou domínios, que são medidas de forma individualizada e ponderada. Habitualmente são avaliadas cerca de seis

a oito dimensões que compreendem a mobilidade física, o repouso, as funções cognitivas, a satisfação sexual, o comunicar-se, o alimentar-se, a reserva energética, a presença de dor, o comportamento emocional, as atividades recreativas, as atividades de trabalho, as atividades domésticas e os relacionamentos sociais (NOBRE, 1995).

Dentre os questionários de QV genéricos destaca-se o “*Short-Form 36-item*”, instrumento criado com a finalidade de ser um questionário de pesquisa genérico para avaliação de saúde, de fácil administração e compreensão disponível em vários idiomas. Por ser um questionário genérico, seus conceitos não são específicos para uma faixa etária, doença ou grupo de tratamento, permitindo a comparação entre diferentes doenças ou entre terapias distintas. É multidimensional, formado por 36 itens, englobados em 8 domínios, dentro de dois componentes: domínio do componente físico e domínio do componente mental. Para a avaliação dos resultados, após a sua aplicação, é fornecido um escore para cada questão, que posteriormente é transformado numa escala de 0 a 100, em que zero corresponde ao Pior Estado de Saúde e 100 ao Melhor Estado de Saúde ou Bem Estar, sendo cada dimensão avaliada em separado (CICONELLI, 1999).

Outro instrumento genérico e multidimensional é o WHOQOL-100. Foi desenvolvido pelo grupo de estudos sobre QV da OMS (WHOQOL Group) com a ajuda de quinze centros em diversos países e traduzido em vinte idiomas diferentes. Avalia seis domínios da QVRS: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, aspectos do meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais. Consta de 100 itens que refletem questões consideradas importantes, tanto por leigos quanto por especialistas. Todas as respostas são compostas por escala graduada (tipo Likert) com escores que variam de um a cinco pontos (WHOQOL, 1998). Foi desenvolvida uma versão abreviada desta escala no intuito de facilitar o seu preenchimento e diminuir o tempo para respondê-lo, porém, mantendo a qualidade das características psicométricas, denominada WHOQOL-Bref (WHOQOL, 1998).

Os instrumentos para doenças específicas buscam avaliar, em sua grande maioria, a QV cotidiana dos indivíduos anterior a doenças e procedimentos médicos. São clinicamente mais sensíveis para detecção de alterações. Esses instrumentos incluem indicadores para aspectos subjetivos da convivência com doenças (MONTEIRO, 2010).

Minayo, Hartz e Buss (2000) afirmam que tais instrumentos destinam-se a medir o impacto na vida cotidiana de doenças crônicas, como câncer, diabetes e asma; de condições específicas como capacidade funcional; podendo também ser direcionados a determinados grupos populacionais, como idosos e crianças.

Por fim, a grande importância dos instrumentos de avaliação de QV não reside no fato de demonstrar apenas se as alterações são ou não estatisticamente significativas, mas também se estas têm significado clínico (SKY; THOMPSON, 2010).

Os instrumentos específicos são especialmente dirigidos aos aspectos da QV relevantes aos pacientes que se pretende estudar ou às suas condições particulares, lembrando que somente o próprio indivíduo pode avaliá-la e informar ao pesquisador, livre do julgamento de valores externos a ele (NOBRE, 1995).

Como exemplos de instrumentos específicos tem-se: “Rosenberg Self-Esteem Scale, cuja finalidade é a avaliação da autoestima (ROSENBERG, 1965), “Coping With Burns Questionnaire” (CBQ), escala desenvolvida para medir padrões de enfrentamento de indivíduos com queimaduras (WILLEBRAND et al., 2001), a “Burn Specific Health Scale – Abbreviated” (BSHS-A) que avalia a QV de pessoas que sofreram queimaduras (MUNSTER; HOROWITZ; TUNDAHL, 1987), como também a “Burn Specific Health Scale” (BSHS-R), validada no Brasil por Ferreira (2006) a qual foi utilizada nesta pesquisa.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo necessitou da combinação dos métodos quantitativo e qualitativo a fim de contemplar todos os objetivos propostos. Em relação a essa afirmação Minayo (1993) expõe que tal junção, do ponto de vista metodológico, não é contraditória e do ponto de vista epistemológico, nenhuma das abordagens é mais científica do que a outra, mas são de naturezas diferentes. A relação entre a abordagem quantitativa (objetividade) e a qualitativa (subjetividade) não pode ser pensada como de oposição ou contrariedade. As duas abordagens permitem que as relações sociais possam ser analisadas nos seus diferentes aspectos. Nesse sentido, a pesquisa quantitativa pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa.

O método quantitativo, caracterizado neste estudo como transversal e analítico, contemplou a maioria dos objetivos específicos que foram: caracterizar a população do estudo segundo variáveis sócio-demográficas e história da morbidade decorrente da queimadura; avaliar a QV da população de estudo por meio da escala específica “BSHS-R” e conhecer aspectos físicos, emocionais e sociais que envolvem o processo de reabilitação do indivíduo queimado.

O estudo transversal é um dos delineamentos mais empregados na pesquisa epidemiológica. Nesta modalidade de estudo pode-se investigar causa e efeito, de maneira simultânea e averiguar a associação existente entre a exposição e a doença. Pode-se destacar como vantagens, o baixo custo, simplicidade analítica, alto potencial descritivo e maior rapidez de coleta acompanhada de facilidade na representatividade de uma população (ALEXANDRE, 2012).

Considera-se que o tema QV abrange aspectos subjetivos e pessoais de cada indivíduo. Como este estudo foi realizado junto ao serviço de saúde no qual os participantes eram assistidos durante o seu processo de reabilitação, considerou-se adequada e necessária a inclusão da opinião que os usuários deste ambulatório possuíam sobre o atendimento recebido como parte importante da avaliação de sua vida após o trauma da queimadura.

A opinião sobre o atendimento recebido, foi desvelada por meio do método qualitativo. Esta abordagem responde a questões muito particulares, trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social,

pois o ser humano distingue-se não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida com seus semelhantes (MINAYO, 2010).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no ambulatório do CTQ do HUL, onde a pesquisadora exerce suas atividades laborais.

O serviço em questão é de referência no atendimento de pacientes com queimaduras. Foi inaugurado em agosto de 2007 e atende a macro regional norte do estado do Paraná com população estimada de 1.783.826 habitantes. Pertence a um hospital público de ensino, de nível terciário e órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Possui dez leitos de enfermaria e seis leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva), além de dois centros cirúrgicos, um pronto atendimento e um ambulatório, específico para o tratamento deste trauma. Atende indivíduos de todas as faixas etárias. Em 2012 foram internados 284 indivíduos e realizados 1233 atendimentos ambulatoriais, incluindo os retornos dos pacientes anteriormente internados e os casos de menor complexidade que não necessitavam de internação (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NORTE DO PARANÁ, 2012).

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foi composta por todos os indivíduos atendidos no ambulatório desta unidade após alta hospitalar, no período de julho de 2012 a janeiro de 2013, totalizando 107 participantes. Para inclusão de tais pessoas na pesquisa, foram respeitados os seguintes critérios:

- Idade: Maior que doze anos devido ao fato de já se encontrarem na adolescência, portanto, possuem a capacidade de avaliação de suas próprias experiências e vivências sociais (CAMPAGNA; SOUZA, 2006).

- Intervalo de no mínimo dois meses após a alta hospitalar. A literatura apresenta estudos realizados em diversos períodos para a avaliação do indivíduo após o evento da queimadura que varia desde o período de internação até uns poucos meses a muitos anos após a alta-hospitalar (MEDEIROS; KRISTENSEN; ALMEIDA, 2009). Neste estudo, optou-se pelo intervalo de dois meses, pois se acredita que este é o período mínimo para que o indivíduo tenha a oportunidade de experimentar o retorno à sociedade e com isso, ter condições de avaliar aspectos relacionados à sua QV;

- Internação no CTQ em algum estágio do tratamento;
- Não ser portador de doenças psiquiátricas que limitem a cognição ou o raciocínio lógico e pragmático, previamente diagnosticadas;
- Concordar em participar do estudo, após a explicação sobre o mesmo e leitura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) (ANEXO 1) bem como sua assinatura como forma de aceite em responder à entrevista.

4.4 COLETA DE DADOS

4.4.1 Instrumento e Técnica

O instrumento de coleta de dados foi composto por um formulário com perguntas abertas e fechadas sobre a caracterização sócio demográfica e história da morbidade decorrente da queimadura (APÊNDICE 1).

A opção pelo formulário deveu-se a presença de sujeitos de pesquisa com dificuldades motoras e também baixa escolaridade, o que dificultava o auto preenchimento.

Gil (2009) define o formulário como uma técnica de coleta de dados em que o pesquisador formula questões, previamente elaboradas e anota as respostas. Esse instrumento tem as mesmas vantagens da entrevista, que é aplicável a um maior número de pessoas, mesmo que estas não saibam ler e escrever.

Por meio da técnica quantitativa, as variáveis sociodemográficas levantadas foram: gênero, idade, local de residência, escolaridade, situação conjugal e de moradia, ocupação, tipo de trabalho, condição de responsabilidade na família.

As variáveis sobre a história da morbidade decorrente da queimadura contempladas foram: tempo de internação e de alta hospitalar (AH), superfície corporal queimada (SCQ), grau da lesão, tipo e ambiente da queimadura, presença de lesão inalatória, cirurgias realizadas, presença de sequelas e de sintomas que causam desconforto, grau de dependência para atividades cotidianas, cuidados realizados, presença e tipo de apoio recebido.

Para a obtenção de alguns dados da história da morbidade decorrente da queimadura, foi necessária a busca por informações nos prontuários dos participantes.

Incorporou-se ao formulário, a BSHS-R que foi validada e adaptada para a cultura brasileira por Ferreira (2006). É uma escala de fácil entendimento, podendo ser auto

aplicada, considerada eficiente para a avaliação de diversos aspectos de vida do indivíduo queimado. Revisada por Blalock, Buncker e De Vellis (1994), apresenta 31 itens, organizados em seis domínios: afeto e imagem corporal, sensibilidade da pele, habilidades para funções simples, tratamento, trabalho e relações interpessoais. As respostas são computadas em uma escala de cinco pontos e o intervalo possível é de 31 a 155. Altos valores indicam melhor QV e baixos valores, pior QV (FERREIRA et al, 2008).

A opinião dos usuários a respeito do atendimento recebido no ambulatório foi resgatada por meio da técnica qualitativa, utilizando-se as perguntas norteadoras: [O que o senhor (a) acha do atendimento recebido no ambulatório do CTQ?]; [Quais os pontos positivos e negativos do atendimento?] e [O que o senhor (a) acha que poderia mudar ou melhorar em relação ao atendimento?]

4.4.2 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, com o auxílio de uma aluna do terceiro ano do curso de graduação em enfermagem da UEL em dias específicos. Esta aluna foi previamente treinada pela pesquisadora para a aplicação do formulário, da escala BSHS-R e realização da entrevista gravada sobre a opinião do usuário.

Os indivíduos foram convidados a participar do estudo no dia da consulta ambulatorial durante o tempo de espera para atendimento. Nos casos de aceite, as entrevistas eram realizadas em um dos consultórios do ambulatório onde se informava previamente sobre os objetivos da pesquisa por meio da leitura e assinatura do TCLE, em duas vias (uma para a pesquisadora e outra para o participante). A participação dos menores de idade foi autorizada mediante assinatura do familiar ou acompanhante responsável pelos mesmos. O tempo de duração da coleta de dados junto ao usuário era em média de 20 minutos.

Após essa etapa, realizou-se busca de alguns dados em prontuários arquivados no Serviço de Auxílio Médico Estatístico (SAME). O tempo despendido para cada prontuário foi de aproximadamente 10 minutos.

Todos os dados coletados foram arquivados após análise, sob responsabilidade da própria pesquisadora (ANEXO 2). Estes poderão subsidiar futuras pesquisas na área.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram compilados no programa *Microsoft Office Excel*[®] 2003 e posteriormente, transportados para o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 19.0. Este é uma ferramenta útil para aplicação de técnicas estatísticas básicas e avançadas, de fácil manuseio, internacionalmente utilizado há muitas décadas (MUNDSTOCK et al., 2006).

As informações relacionadas à avaliação da QV foram submetidos a tratamento estatístico descritivo analítico, tendo sido trabalhadas as médias gerais das pontuações que cada paciente obteve por domínio concernente aos vários aspectos de QV do instrumento BSHS-R, bem como, as correlações destas médias com as variáveis sociodemográficas e da história da morbidade decorrente da queimadura, por meio do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$.

Utilizou-se também o Teste Exato de Fisher e o Teste Linear by Linear para buscar associações ($p \leq 0,05$) entre as variáveis de grau de dependência para atividades cotidianas e sequelas funcionais entre si e com variáveis sociodemográficas e referentes aos aspectos físicos, emocionais e sociais que envolvem o processo de reabilitação do indivíduo queimado.

As perguntas abertas foram analisadas por meio da transcrição das falas e posteriormente releitura interpretativa a fim de obtenção de categorias e seus respectivos percentuais.

Moraes (1999) explica que a categorização temática é um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo. Esta etapa da pesquisa deve ser entendida como um processo de redução da dados. As categorias representam o resultado de um esforço de síntese de uma comunicação, destacando neste processo seus aspectos mais importantes (OLABUENAGA; ISPIZÚA, 1989).

Para a entrevista sobre a opinião do usuário a respeito do atendimento recebido no serviço foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2009). Como em qualquer técnica de análise, os dados em si constituem apenas informações brutas, que só terão sentido ao serem trabalhados de acordo com uma técnica de análise apropriada (FLICK, 2009).

As etapas da Análise de Contéudo segundo Bardin (2009) organizam-se em três fases: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais por meio de quatro etapas: leitura flutuante, que é o estabelecimento do primeiro contato com os dados coletados, momento em que se começa a conhecer o texto; escolha dos documentos; formulação das hipóteses e dos objetivos e referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise.

A exploração do material constitui a segunda fase, que consiste na exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro (unidade de significação visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). A exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase.

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Conforme Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), substituída recentemente pela Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012), a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL (Parecer CEP/UEL: 083/2012, Processo: 15474/2012, CAAE: 03942112.1.0000.5231. Registro no CONEP: 5231) – ANEXO 4.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados a seguir, em três artigos produzidos, nos quais se discute os principais achados desta dissertação, de acordo com os objetivos propostos.

O primeiro artigo, cujo título é: “*Qualidade de Vida de Indivíduos Acompanhados no Ambulatório de um Centro de Tratamento de Queimados: Aplicação da Escala BSHS-R*”, será submetido à Revista Burns (ANEXO 5) e responde ao primeiro e segundo objetivos específicos desta dissertação.

O segundo artigo tem com título: “*Aspectos Físicos, Emocionais e Sociais no Processo de Reabilitação do Indivíduo Queimado e Associações entre estas Variáveis.*” será submetido à Revista Latino Americana de Enfermagem (ANEXO 6) e responde ao primeiro e terceiro objetivos específicos propostos neste estudo.

O terceiro artigo intitulado: “*Atendimento no ambulatório de um Centro de Tratamento de Queimados do Sul do Brasil: Perfil e Opinião dos Usuários*” será submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva (ANEXO 7) e responde ao primeiro e quarto objetivos específicos desta dissertação.

5.1 ARTIGO 1

QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DE UM CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS: APLICAÇÃO DA ESCALA *BSHS-R*

QUALITY OF LIFE OF INDIVIDUALS ASSISTED IN AN OUTPATIENT BURN TREATMENT CENTRE: APPLICATION OF THE *BSHS-R*

Elisana Agatha Iakmiu Camargo Cabulon¹; Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli²; Sandra Mara Maciel³; Julia Trevisan Martins⁴; Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi⁵

1- Enfermeira do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário de Londrina (HUL), Pr – Brasil, Mestranda em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Endereço para correspondência: Rua Maragogipe, 73, apt 702, cep 86020-280. Londrina, Pr-Brasil. Email: elisagatha@msn.com.

2- Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, Pr – Brasil, Doutora em Saúde Pública.

3- Professora Associada do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Pr – Brasil, Doutora em Saúde Pública.

4 - Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Pr – Brasil, Doutora em Enfermagem.

5- Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), Campus Ribeirão Preto, SP – Brasil, Doutora em Enfermagem.

RESUMO

Introdução: Queimaduras são traumas que afetam a saúde física e emocional do indivíduo, ocasionando prejuízo em sua qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de indivíduos acompanhados no ambulatório de um Centro de Tratamento de Queimados do sul do Brasil, segundo a “Burn Specific Health Scale – Revised” (BSHS-R). **Métodos:** Estudo transversal, analítico, realizado com 107 participantes no período de julho de 2012 a janeiro de 2013, aplicando-se questionário para levantamento de dados sociodemográficos, sobre a história da queimadura e preenchimento da escala BSHS-R. Trabalhou-se com a pontuação obtida em cada domínio da BSHS-R e a associação destes com as demais variáveis por meio do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis ($p \leq 0,05$). **Resultados:** Houve impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos, associado aos domínios sensibilidade da pele, trabalho e afeto e imagem corporal. O gênero, idade, local de residência, renda familiar, superfície corporal queimada, tempo de internação e o ambiente de ocorrência do trauma, também se associaram à menor qualidade de vida. **Conclusão:** A utilização da BSHS-R pode direcionar o planejamento do cuidado em indivíduos que sofreram queimaduras.

Descritores: queimaduras, qualidade de vida, “Burn Specific Health Scale - Revised”.

ABSTRACT

Background: Burns are traumas that affect individuals' physical and emotional health and impair their quality of life. this study aimed to evaluate the QOL of individuals from an outpatient burn treatment centre in southern Brazil, according to the Burn Specific Health Scale - Revised (BSHS-R), and to determine the relationships among sociodemographic variables and burn history with the mean domain of the BSHS-R. Methods: A cross-sectional analytical study was carried out with 107 participants from July 2012 to January 2013 by administering the BSHS-R scale and a questionnaire to collect sociodemographic data on participants' history of burn. The scores obtained in each domain of the BSHS-R and their association with other variables were assessed through the nonparametric Kruskal-Wallis test ($p \leq 0.05$). Results: A negative impact on individuals' quality of life was revealed for the domains *Heat Sensitivity*, *Work*, and *Affect and Body Image*. The parameters of gender, age, place of residence, family income, total burned surface area (TBSA), length of hospital admission, and the environment of trauma occurrence were also associated with lower quality of life. Conclusion: The BSHS-R can be used to direct care planning for individuals who have suffered burns.

Key words: burns; quality of life; "Burn Specific Health Scale - Revised".

1. INTRODUÇÃO

As queimaduras constituem um dos mais importantes problemas de saúde pública devido à sua alta incidência tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Suas consequências são deficiências e desfigurações que significam para alguns estigma e rejeição além da possibilidade de mortes [1].

Avanços tecnológicos na área da saúde têm proporcionado diminuição na mortalidade dos indivíduos queimados. Porém, os sobreviventes necessitam vivenciar procedimentos dolorosos durante grande parte do tratamento além de enfrentar os reajustes físicos, emocionais e sociais causados pelas sequelas deste agravo ao longo do processo de reabilitação. Devido às intensas mudanças causadas por este trauma, a qualidade de vida (QV) de muitos destes indivíduos pode estar profundamente afetada [2-4].

O Grupo de QV da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a melhoria da QV passou a ser considerada como um desfecho a ser obtido após práticas assistenciais e também nas políticas públicas de promoção à saúde e de prevenção de doenças. Portanto, informações sobre a QV têm sido empregadas como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos em grupos de doentes [5].

Em se tratando de pacientes que sofreram queimaduras, o conhecimento sobre os aspectos que envolvem a sua QV tem atraído a atenção dos profissionais de saúde [4]

devido à importância de se reconhecer e avaliar a experiência vivida dessas pessoas em todo o processo do cuidado [6]. Este fato pode contribuir para um atendimento com melhor qualidade, que possibilite ao paciente à máxima recuperação de seu estado de saúde, promovendo assim melhor QV.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo avaliar a QV dos indivíduos atendidos no ambulatório de um Centro de Tratamento de Queimados da região sul do Brasil, segundo a “Burn Specific Health Scale – Revised” (BSHS-R), bem como determinar as relações de variáveis sociodemográficas e da história da queimadura com as médias dos domínios da BSHS-R.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico, com abordagem quantitativa, no qual foram avaliados usuários atendidos no ambulatório do Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), do Hospital Universitário de Londrina (HUL), cidade de médio porte localizada no sul do Brasil.

2.2. População de Estudo

Foi composta por todos os indivíduos atendidos no ambulatório do CTQ após alta hospitalar, no período de julho de 2012 a janeiro de 2013. Para inclusão de tais pessoas na pesquisa, foram respeitados os seguintes critérios: idade, a partir de doze anos, por entender-se que já possuem a capacidade de avaliação de suas próprias vivências sociais; intervalo de dois meses após a alta hospitalar, período mínimo considerado adequado para que o indivíduo possa ter experiências cotidianas após a alta e poder opinar sobre estas; internação no CTQ em algum estágio do tratamento; não ser portador de doenças psiquiátricas previamente diagnosticadas que pudessem limitar a cognição ou o raciocínio lógico e pragmático, concordar em participar do estudo, após a explicação do mesmo e aceitação do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

2.3. Local do Estudo

O CTQ do HUL é um centro de referência no atendimento de pacientes com queimaduras. Pertence a um hospital público de ensino, de nível terciário e órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina. Possui dez leitos de enfermagem e seis leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além de dois centros cirúrgicos, um pronto atendimento

e um ambulatório. Atende pacientes de todas as faixas etárias. Em 2012, foram internados 284 indivíduos e realizados 1233 atendimentos ambulatoriais, incluindo os retornos dos pacientes anteriormente internados e os casos de menor complexidade que não necessitavam de internação [7].

2.4. Coleta de Dados

Foram levantados dados por meio de prontuários dos pacientes que sofreram queimaduras e entrevista estruturada. O instrumento de coleta de dados foi composto por um questionário com perguntas fechadas sobre a caracterização sociodemográfica, história da queimadura e a Escala BSHS-R. Os dados sociodemográficos abordados foram: gênero, faixa etária, local de residência, ocupação, renda familiar, escolaridade e condição de responsabilidade financeira na família.

A história da queimadura levantou dados relacionados ao número de dias e frequência de internação, profundidade da queimadura, superfície corporal queimada (SCQ), região do corpo atingido, tipo de queimadura, local do acidente, tipo de cirurgias realizadas e tempo de alta hospitalar (AH).

A BSHS-R é uma escala específica para avaliação de QV em indivíduos queimados, revisada por Balock, Buncker e De Vellis em 1994, a qual apresenta 31 itens [8]. Foi validada e adaptada para a cultura brasileira por Ferreira et al[9], organizada em seis domínios: habilidades para funções simples, trabalho, relações interpessoais, tratamento, sensibilidade da pele e afeto e imagem corporal. As respostas são computadas em uma escala de cinco pontos e o intervalo possível é de 31 a 155. Altos valores indicam melhor QV e baixos valores, pior QV.

2.5. Análise dos Dados

Para a análise estatística foi usado o programa *SPSS* (Statistical Package for Social Sciences) 19.0. Os dados relacionados à avaliação da QV foram submetidos a tratamento estatístico descritivo analítico, em que trabalhou a pontuação que os indivíduos obtiveram em relação a cada domínio concernente aos vários aspectos de QV do instrumento BSHS-R e a associação com os itens do questionário sociodemográfico e a história da queimadura por meio do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis ($p \leq 0,05$).

Todos os dados coletados foram arquivados após análise, sob responsabilidade da própria pesquisadora, já que poderão subsidiar futuras pesquisas na área.

2.6. Procedimentos Éticos

Conforme Resolução 466/12 [10], o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CAAE: 03942112.1.0000.5231, Parecer: 083/2012).

2.7. Limitação do Estudo

Mesmo sendo de fácil compreensão e rápido preenchimento, devido à baixa escolaridade, a maioria dos indivíduos deste estudo necessitou da presença constante de um dos autores para o auxílio no preenchimento da escala BSHS-R, o que despendeu maior tempo para a realização da coleta de dados.

3. RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com 107 indivíduos (59,0% - homens e 41,0% - mulheres) de idades distintas (12 a 69 anos), porém entre os 20 e 49 anos, observou-se maior concentração de vítimas de queimaduras (66,0%), 15,0% dos indivíduos eram adolescentes, 11,0% adultos entre 50 e 59 anos e 8,0% idosos.

Excluindo os pacientes com menos de 15 anos, metade dos usuários pesquisados apresentou baixa escolaridade (menos de 8 anos de estudo).

Quase a totalidade da população (96,0%) possuía ocupação antes da queimadura, sendo que 80,0% apresentava vínculo empregatício remunerado. Os demais referiram serem estudantes (8,0%), donas de casa (8,0%) e aposentados (4,0%). Após a queimadura, apenas 27,0% da população conseguiu voltar ao mercado formal de trabalho, mais de um terço (38,0%) se tornou beneficiário da Previdência Social e 15,0% referiram estar desempregados e sem renda. Devido ao trauma, mais da metade (52,0%) dos indivíduos referiram ser dependentes de outros familiares para o seu sustento.

A renda familiar variou de 170 a 3000 dólares. Mais da metade dos indivíduos (59,0%) referiu ganhar até 800 dólares.

A Tabela 1 mostra dados referentes à história da queimadura dos indivíduos participantes do estudo. Em relação à internação, observou-se que 83,0% permaneceram internados por mais de 15 dias, sendo que dentre estes, mais de um terço necessitou de hospitalização por 16 a 30 dias (40,0%) e 30,0% entre 31 a 60 dias. A maioria (71,0%) ficou internada uma única vez, 18,0% necessitaram de duas internações e 11,0% até quatro internações. Para 40,0%, a alta hospitalar ocorreu após 12 meses ou mais de internação. Grande parte dos pacientes (71,0%) sofreu queimaduras com predominância de segundo grau.

Mais de um terço (37,0%) apresentou até 10% da SCQ, e proporções semelhantes (31,0%), entre 11,0 e 20,0% e mais de 20,0% da SCQ. Mais da metade (55,0%) sofreu queimaduras causadas por chamas, 20,0% por escaldo e 17,0% por eletricidade. O ambiente doméstico (48,0%) foi o principal local de ocorrência da queimadura.

Tabela 1 - Distribuição da população do estudo segundo variáveis referentes à história da queimadura (N=107). Londrina, Brasil, 2013.

Variáveis	n	%
Dias de Internação		
< 15 dias	18	17,0
16-30 dias	43	40,0
31-60 dias	32	30,0
Mais de 60 dias	14	13,0
Número de Internações		
1	76	71,0
2 ou mais	31	29,0
Predominância da profundidade da queimadura		
2º grau	76	71,0
3º grau	31	29,0
Superfície Corporal Queimada		
Até 10%	39	37,0
11-20%	33	31,0
Mais de 20%	33	31,0
Não informado	2	1,0
Tipo de queimadura		
Chamas	59	55,0
Escaldo	21	20,0
Eletricidade	18	17,0
Químico	2	2,0
Outro	7	6,0
Local de ocorrência da queimadura		
Ambiente doméstico	51	48,0
Ambiente de trabalho	33	31,0
Outros	23	21,0
Tempo de alta hospitalar		
2 a 5 meses	41	38,0
6 a 11 meses	24	22,0
Mais de 12 meses	42	40,0

As regiões acometidas pelo trauma foram predominantemente o tronco (75,0%), os membros superiores (MMSS) - 68,0% e as mãos (52,0%). Os principais procedimentos realizados nos indivíduos do estudo foram o desbridamento das lesões (83,0%) e o desbridamento com enxerto (57,0%).

As tabelas sequenciais mostram os resultados encontrados da aplicação da escala “BSHS-R”.

A Tabela 2 expressa a avaliação sobre as dificuldades dos participantes da pesquisa relacionadas ao domínio *habilidades para funções simples*. A maioria deles (82,0%) não possuía dificuldade para tomar banho e vestir-se sem ajuda (75,0%). No entanto, 4,0% referiram ‘dificuldade exagerada’ e 6,0% ‘muita dificuldade’ para amarrar sapatos ou fazer laços.

Tabela 2 - Distribuição de indivíduos queimados segundo o domínio *habilidades para funções simples* da Burn Specific Health Scale-Revised (N=107). Londrina-Brasil, 2013.

Itens	Dificuldade Exagerada		Muita dificuldade		Mais ou menos dificuldade		Pouca dificuldade		Nenhuma dificuldade	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Amarrar sapatos, fazer laços, etc...	4	4,0	6	6,0	10	9,0	21	20,0	66	62,0
Sentar-se e levantar-se de cadeiras.	1	1,0	2	2,0	7	6,0	21	20,0	76	71,0
Tomar banho sem ajuda.	1	1,0	1	1,0	9	8,0	8	7,0	88	82,0
Vestir-se sem ajuda.	2	2,0	4	4,0	7	6,0	14	13,0	80	75,0

A Tabela 3 refere-se ao domínio *trabalho*, podendo-se constatar que mais de um terço da população não considerou que a queimadura tivesse interferido (38,0%), causado problemas nas tarefas do trabalho e em casa (36,0%) e afetado sua capacidade de trabalhar (33,0%). Porém, percebeu-se também que mais de um terço dos indivíduos referiram como ‘descreve-me bem’ e ‘descreve-me muito bem’ os itens: a queimadura afetou minha capacidade de trabalhar (38,0%) e dificuldade de voltar ao trabalho fazendo as tarefas como antes (34,0%).

Tabela 3 - Distribuição da população do estudo segundo o domínio *trabalho* da Burn Specific Health Scale-Revised (N=107). Londrina-Brasil, 2013.

Itens	Descreve-me muito bem		Descreve-me bem		Descreve-me mais ou menos		Descreve-me pouco		Não me descreve	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dificuldade: Voltar ao trabalho fazendo suas tarefas como antes.	18	17,0	18	17,0	18	17,0	19	18,0	34	31,0
Minha queimadura tem causado problemas para eu fazer minhas tarefas no meu trabalho e em casa.	21	20,0	12	11,0	18	17,0	17	16,0	39	36,0
A queimadura afetou minha capacidade de trabalhar.	29	27,0	12	11,0	18	17,0	13	12,0	35	33,0
Minha queimadura interfere nas minhas tarefas do trabalho e em casa.	16	15,0	12	11,0	16	15,0	22	21,0	41	38,0

A Tabela 4 ilustra os domínios *relações interpessoais e tratamento*. Aproximadamente três quartos dos sujeitos referiram que os itens sobre preferir ficar sozinho do que com sua família (80,0%), não gostar da maneira como a família age quando o indivíduo está por perto (78,0%) e não ter ninguém para conversar sobre os problemas (76,0%) não os descrevem. Enquanto, 5,0% dos indivíduos afirmam descrever-lhes bem e 11,0% muito bem o fato de não terem vontade de estar junto dos seus amigos e também não sentirem vontade de visitar outras pessoas (12,0%). Mais da metade dos participantes referiram não ter dificuldades de conciliar o cuidado da queimadura com outras coisas que são importantes para eles (60,0%), não descrevê-los o fato de existir coisas que disseram para eles fazerem em suas lesões que os mesmos não gostam (58,0%) e ter alguma dificuldade de cuidar da queimadura como foi orientado (54,0%). Porém o item ‘é um incômodo cuidar da minha queimadura’ foi referido como ‘descreve-me bem’ (8,0%) e ‘descreve-me muito bem’ (13,0%).

Tabela 4 - Distribuição da população de estudo segundo o domínio *relações interpessoais e tratamento* da Burn Specific Health Scale-Revised (N=107). Londrina-Brasil, 2013.

Itens	Descreve-me muito bem		Descreve-me bem		Descreve-me mais ou menos		Descreve-me pouco		Não me descreve	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Relações interpessoais</i>										
Eu não tenho vontade de estar junto dos meus amigos.	12	11,0	5	5,0	10	9,0	15	14,0	65	61,0
Eu prefiro ficar sozinho do que com minha família.	7	6,0	2	2,0	3	3,0	10	9,0	85	80,0
Eu não gosto da maneira como a minha família age quando estou por perto.	5	5,0	2	2,0	6	6,0	10	9,0	84	78,0
Eu não sinto vontade de visitar outras pessoas	11	10,0	2	2,0	13	12,0	12	11,0	69	65,0
Eu não tenho ninguém para conversar sobre os meus problemas.	5	5,0	4	4,0	7	6,0	10	9,0	81	76,0
<i>Tratamento</i>										
Eu tenho dificuldade de cuidar da minha queimadura como me foi orientado.	13	12,0	5	5,0	9	8,0	22	21,0	58	54,0
É um incômodo cuidar da minha queimadura.	14	13,0	9	8,0	13	12,0	20	19,0	51	48,0
Existem coisas que me disseram para fazer em minhas queimaduras que eu não gosto.	7	6,0	6	6,0	15	14,0	17	16,0	62	58,0
Cuidar da minha queimadura dificulta fazer outras coisas que são importantes para mim.	4	4,0	11	10,0	10	9,0	18	17,0	64	60,0
Eu gostaria de não ter que fazer tantas coisas para cuidar da minha queimadura.	8	7,0	10	9,0	20	19,0	21	20,0	48	45,0

A Tabela 5 apresenta os resultados dos domínios *sensibilidade da pele e afeto e imagem corporal*, segundo a BSHS-R. Observou-se que mais da metade dos participantes do estudo referiram ‘descrever-me bem’ ou ‘descrever-me muito bem’ os itens: ‘minha pele está mais sensível agora do que antes’ (54,0%) e ‘ficar no sol me incomoda’ (54,0%), enquanto apenas 8,0% não referiram problema quanto à sensibilidade aumentada. Mais de um terço (35,0%) relataram muito incômodo com o calor.

Já em relação ao domínio *afeto e imagem corporal*, mais da metade dos usuários (57,0%) não referiram sentir-se presos ou sem saída; não ficou chateada com a solidão (52,0%) e não possuía tristeza ou depressão com frequência (50,0%), porém mais de um terço considerou ‘descrever bem’ e ‘descreve-me muito bem’ os itens relacionados ao incômodo da aparência das suas cicatrizes (43,0%), a lembrança de ter a sua aparência física

mudada (35,0%) e também ao sentimento de incomodar as outras pessoas o fato do indivíduo possuir uma queimadura (33,0%).

Tabela 5 - Distribuição da população do estudo segundo o domínio *sensibilidade da pele e afeto e imagem corporal* da Burn Specific Health Scale-Revised (N=107). Londrina-Brasil, 2013.

Itens	Descreve-me muito bem		Descreve-me bem		Descreve-me mais ou menos		Descreve-me pouco		Não me descreve	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Sensibilidade da pele e afeto</i>										
Minha pele está mais sensível agora do que antes.	33	31,0	24	23,0	25	23,0	16	15,0	9	8,0
Ficar no sol me incomoda.	38	36,0	19	18,0	14	12,0	21	20,0	15	14,0
Eu não posso sair para fazer atividades quando está calor.	25	23,0	17	16,0	16	15,0	21	20,0	28	26,0
O calor me incomoda.	37	35,0	11	10,0	13	12,0	22	21,0	24	22,0
Fico incomodado por não poder ficar exposto ao sol.	29	27,0	13	12,0	15	14,0	27	25,0	23	22,0
<i>Afeto e Imagem corporal</i>										
Eu sinto que minha queimadura incomoda outras pessoas.	15	14,0	20	19,0	19	18,0	20	19,0	33	30,0
Às vezes, eu penso que tenho um problema emocional (tristeza, depressão, etc).	18	17,0	16	15,0	17	16,0	16	15,0	40	37,0
Eu fico chateado com o sentimento de solidão.	15	14,0	12	11,0	7	7,0	17	16,0	56	52,0
Às vezes, eu gostaria de esquecer que minha aparência mudou.	22	21,0	15	14,0	11	10,0	22	21,0	37	34,0
A aparência das minhas cicatrizes me incomoda.	37	35,0	9	8,0	18	17,0	20	19,0	23	21,0
Minha aparência me incomoda muito.	20	19,0	8	7,0	20	19,0	20	19,0	39	36,0
Eu me sinto triste e deprimido com frequência.	15	14,0	8	8,0	16	15,0	14	13,0	54	50,0
Eu me sinto preso, sem saída.	16	15,0	3	3,0	14	13,0	13	12,0	61	57,0

De acordo com os achados na Tabela 6, pôde-se constatar que as menores pontuações da BSHS-R foram *sensibilidade da pele* ($2,19 \pm 0,89$), *trabalho* ($3,34 \pm 1,38$) e *afeto e imagem corporal* ($3,49 \pm 1,19$). O domínio com maior média da escala foi *relações interpessoais* ($4,36 \pm 0,84$).

Tabela 6 - Distribuição dos indivíduos do estudo de acordo com a pontuação total, média e desvio padrão da Burn Specific Health Scale-Revised. Londrina-Brasil, 2013

Pontuação média dos domínios	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Habilidade para funções simples	107	1,20	4,00	3,62	0,56
Sensibilidade da pele	107	0,80	4,00	2,19	0,89
Tratamento	107	1,60	5,00	3,99	0,89
Trabalho	107	1,00	5,00	3,34	1,38
Afeto e imagem corporal	107	1,00	5,00	3,49	1,19
Relações interpessoais	107	1,80	5,00	4,36	0,84
Pontuação geral da BSHS-R	107	1,97	5,00	3,72	0,81

As tabelas a seguir mostram as relações entre dados sociodemográficos, história da queimadura e os domínios da BSHS-R.

Em se tratando de ocupação exercida pelos indivíduos após a queimadura, a Tabela 7 expõe que esta associou-se estatisticamente com a média geral dos domínios da BSHS-R ($p=0,001$). Além disso, também se evidenciou associação desta variável com as diferenças nas médias dos domínios *habilidades para funções simples* ($p=0,000$), *trabalho* ($p=0,000$) e *afeto e imagem corporal* ($p=0,003$).

Tabela 7 - Relação entre a Burn Specific Health Scale-Revised e a ocupação após a queimadura dos indivíduos do estudo (N=107). Londrina-Brasil, 2013.

Média dos domínios da BSHS-R	Ocupação						p
	Trabalhador (N=30)	Dona de casa (N=8)	Estudante (n=8)	Aposentado (N=4)	Desempregado (n=16)	Beneficiário da Previdência (n=41)	
	M ± DP	M ± DP	M ± DP	M ± DP	M ± DP	M ± DP	
Habilidade para funções simples	3,95±0,12	3,52±0,79	3,92±0,15	3,40±0,69	3,59±0,56	3,38±0,64	0,000*
Sensibilidade da pele	2,45±0,95	2,00±0,77	2,70±1,03	2,60±0,82	2,20±0,74	1,89±0,84	0,057
Tratamento	4,15±0,93	3,95±0,85	4,10±0,85	4,35±1,17	4,06±1,00	3,80±0,81	0,313
Trabalho	4,18±1,03	4,03±1,32	4,62±0,46	3,62±1,78	3,34±1,36	2,32±0,97	0,000*
Afeto e imagem corporal	3,76±1,07	2,95±1,22	4,62±0,41	4,25±0,87	3,49±1,29	3,12±1,14	0,003*
Relações interpessoais	4,54±0,57	4,32±0,75	4,82±0,22	4,50±0,87	4,22±1,09	4,19±0,96	0,496
Média geral da BSHS-R	4,05±0,67	3,61±0,73	4,41±0,39	4,07±1,07	3,71±0,93	3,33±0,72	0,001*

Teste Kruskal-Wallis; M: Média; DP: Desvio Padrão; * Estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$).

O gênero e a média geral dos domínios da BSHS-R não mostrou associação estatística (Tabela 8). No entanto, o gênero feminino dos indivíduos queimados associou-se à pior qualidade de vida relacionada aos domínios *afeto e imagem corporal* ($p=0,006$) e *relações interpessoais* ($p=0,044$).

Tabela 8 - Relação entre a Burn Specific Health Scale-Revised e gênero dos indivíduos do estudo (N=107). Londrina-Brasil, 2013.

Pontuação média para os domínios da BSHS-R	Gênero				p
	Masculino (n=63)		Feminino (n=44)		
	Média	DP	Média	DP	
Habilidade para funções simples	3,62	0,55	3,63	0,59	0,684
Sensibilidade da pele	2,22	0,87	2,14	0,93	0,567
Tratamento	4,04	0,87	3,92	0,92	0,520
Trabalho	3,17	1,31	3,58	1,45	0,089
Afeto e imagem corporal	3,78	1,08	3,08	1,20	0,006*
Relações interpessoais	4,46	0,82	4,22	0,86	0,044*
Média geral da BSHS-R	3,80	0,78	3,60	0,83	0,194

Teste Kruskal-Wallis; DP: Desvio Padrão; *Estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$).

A Tabela 9 mostrou associação significativa entre as diferentes faixas etárias e a média geral da BSHS-R ($p=0,014$). Foram observadas diferenças estatísticas nas médias dos domínios *habilidades para funções simples* ($p=0,037$), *sensibilidade da pele* ($p=0,018$), *trabalho* ($p=0,017$) e *afeto e imagem corporal* ($p=0,017$).

Tabela 9 - Relação entre a Burn Specific Health Scale-Revised e a faixa etária dos indivíduos do estudo (N=107). Londrina-Brasil, 2013.

Pontuação média para os domínios da BSHS-R	Faixa etária					p
	12-19 (n=16)	20-29 (n=19)	30-39 (n=37)	40-49 (n=25)	≥ 50 (n=20)	
	M ± DP	M± DP	M± DP	M± DP	M± DP	
Habilidade para funções simples	4,11±0,88	3,63±0,53	3,61±0,47	3,50±0,73	3,53±0,63	0,037*
Sensibilidade da pele	2,66±0,844	1,93±0,88	1,96±0,91	2,03±0,78	2,56±0,87	0,018*
Tratamento	4,11±0,88	3,94±0,80	3,72±1,08	4,14±0,73	4,14±0,88	0,502
Trabalho	4,28±0,92	3,29±1,46	3,28±1,26	2,73±1,48	3,50±1,31	0,017*
Afeto e imagem corporal	4,16±0,94	3,30±1,17	3,17±1,31	3,22±1,09	3,92±1,02	0,017*
Relações interpessoais	4,70±0,41	4,48±0,68	4,01±1,19	4,29±0,82	4,55±0,52	0,494
Média geral da BSHS-R	4,23±0,55	3,62±0,77	3,48±0,88	3,52±0,76	3,97±0,77	0,014*

Teste Kruskal-Wallis; M: Média; DP: Desvio Padrão; * Estatisticamente significante ($p \leq 0,05$).

O local de residência associou-se à média geral dos domínios da BSHS-R ($p=0,010$), conforme apresentado na Tabela 10. Além disso, associou-se às diferenças nas médias dos domínios *habilidades para funções simples* ($p=0,019$), *tratamento* ($p=0,025$) e *trabalho* ($p=0,002$).

Tabela 10 - Relação entre a Burn Specific Health Scale-Revised e o local de residência dos indivíduos do estudo (N=107). Londrina-Brasil, 2013.

Pontuação média para os domínios da BSHS-R	Local de residência				p
	Londrina (n=24)		Outras cidades (n=83)		
	Média	DP	Média	DP	
Habilidade para funções simples	3,85	0,26	3,56	0,61	0,019*
Sensibilidade da pele	2,49	0,88	2,10	0,88	0,066
Tratamento	4,34	0,68	3,89	0,92	0,025*
Trabalho	4,09	1,14	3,13	1,37	0,002*
Afeto e imagem corporal	3,83	1,01	3,39	1,21	0,133
Relações interpessoais	4,65	0,57	3,60	0,83	0,081
Média geral da BSHS-R	4,11	0,56	3,60	0,83	0,010*

Teste Kruskal-Wallis; DP: Desvio Padrão; * Estatisticamente significante ($p \leq 0,05$).

A escolaridade dos indivíduos queimados e a média geral dos domínios da escala, assim como com as diferenças nas médias individuais dos domínios da escala BSHS-R não apresentou significância estatística.

Em relação à renda familiar (Tabela 11) observou-se significância estatística desta com a média geral dos domínios da escala usada ($p=0,011$). Da mesma forma, esta variável apresentou associação com as diferenças nas médias dos domínios da BSHS-R: *habilidades para funções simples* ($p=0,001$), *tratamento* ($p=0,018$) e *relações interpessoais* ($p=0,003$).

Tabela 11 - Relação entre a Burn Specific Health Scale-Revised e a renda familiar dos indivíduos do estudo (N=107). Londrina-Brasil, 2013.

Média dos domínios da BSHS-R	<u>Renda familiar (em dólares)</u>				<i>p</i>
	Até 800 (n=63)		Mais de 800 (n=44)		
	Média	DP	Média	DP	
Habilidade para funções simples	3,50	0,59	3,80	0,47	0,001*
Sensibilidade da pele	2,10	0,89	2,31	0,89	0,215
Tratamento	3,84	0,88	4,21	0,87	0,018*
Trabalho	3,13	1,44	3,65	1,23	0,062
Afeto e imagem corporal	3,31	1,28	3,75	0,96	0,114
Relações interpessoais	4,15	0,97	4,67	0,47	0,003*
Média geral da BSHS-R	3,54	0,87	3,97	0,64	0,011*

Teste Kruskal-Wallis; DP: Desvio Padrão; * Estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$).

A extensão da SCQ não apresentou significância estatística com a média geral dos domínios da BSHS-R (Tabela 12). No entanto, pacientes que possuíam mais de 20% da SCQ relataram diminuição da QV, apenas no domínio *sensibilidade da pele* ($p=0,050$).

Tabela 12 - Relação entre a Burn Specific Health Scale-Revised e a superfície corporal queimada dos indivíduos do estudo (N=105**). Londrina-Brasil, 2013.

Domínios da BSHS-R	Superfície Corporal Queimada						p
	≤10%(n=39)		11-20% (n=33)		>20% (n=33)		
	M	DP	M	DP	M	DP	
Habilidade para funções simples	3,68	0,59	3,61	0,61	3,58	0,50	0,125
Sensibilidade da pele	2,41	0,92	2,22	0,81	1,89	0,84	0,050*
Tratamento	4,17	0,74	3,93	0,92	3,86	0,99	0,327
Trabalho	3,60	1,42	3,44	1,23	2,97	1,38	0,121
Afeto e imagem corporal	3,83	1,09	3,40	1,17	3,40	1,17	0,098
Relações interpessoais	4,39	0,84	4,30	0,91	4,39	0,81	0,757
Geral	3,92	0,77	3,69	0,81	3,52	0,80	0,116

Teste Kruskal-Wallis; M: Média; DP: Desvio Padrão; * Estatisticamente significante ($p \leq 0,05$).
 **Não encontrada a informação da SCQ de 2 participantes.

O tempo de internação associou-se à QV dos indivíduos participantes deste estudo ($p=0,013$), de acordo com a Tabela 13. Quatro dentre os seis domínios da BSHR-S foram afetados significativamente: *habilidades para funções simples* ($p=0,007$), *trabalho* ($p=0,001$), *afeto e imagem corporal* ($p=0,037$) e *relações interpessoais* ($p=0,047$).

Tabela 13 - Relação entre a Burn Specific Health Scale-Revised e o tempo de internação hospitalar dos indivíduos do estudo (N=107). Londrina-Brasil, 2013.

Domínios da BSHS-R	Tempo de internação (em dias)				p
	<15 (n=18)	15-29 (n=43)	30-60 (n=32)	>60 (n=14)	
	M ± DP	M± DP	M± DP	M± DP	
Habilidade para funções simples	3,90±0,27	3,64±0,437	3,57±0,68	3,34±0,77	0,007*
Sensibilidade da pele	2,50±0,86	2,25±0,97	1,94±0,77	2,18±0,86	0,223
Tratamento	4,28±0,80	3,89±0,98	4,01±0,79	3,91±0,92	0,417
Trabalho	4,49±0,82	3,26±1,44	2,91±1,33	3,11±1,17	0,001*
Afeto e imagem corporal	4,18±0,87	3,33±1,29	3,27±1,13	3,61±1,02	0,037*
Relações interpessoais	4,80±0,30	4,22±0,91	4,26±0,93	4,48±0,72	0,047*
Geral	4,28±0,46	3,63±0,91	3,53±0,74	3,69±0,72	0,013*

Teste Kruskal-Wallis; M: Média; DP: Desvio Padrão; * Estatisticamente significante ($p \leq 0,05$).

Inexistiu significância estatística entre o tempo de AH dos indivíduos queimados e a média geral da BSHS-R, assim como com as diferenças nas médias de cada domínios da escala.

Na Tabela 14 observa-se que não houve significância estatística entre o ambiente de ocorrência do trauma da queimadura e a média geral dos domínios da escala usada. Porém, este associou-se às médias dos domínios: *afeto e imagem corporal* ($p=0,004$) e *relações interpessoais* ($p=0,003$).

Tabela 14 - Relação entre a Burn Specific Health Scale-Revised e o ambiente de ocorrência do trauma dos indivíduos do estudo (N=107). Londrina-Brasil, 2013.

Domínios da BSHS-R	Ambiente de ocorrência						<i>p</i>
	Doméstico (n=53)		Trabalho (n=33)		Outros (n=21)		
	M	DP	M	DP	M	DP	
Habilidade para funções simples	3,67	0,59	3,58	0,58	3,57	0,48	0,349
Sensibilidade da pele	2,20	0,85	2,21	0,95	2,12	0,95	0,931
Tratamento	4,04	0,91	4,01	0,74	3,75	1,03	0,557
Trabalho	3,57	1,33	3,04	1,46	3,26	1,33	0,235
Afeto e imagem corporal	3,73	1,14	3,56	1,15	2,78	1,08	0,004*
Relações interpessoais	4,58	0,57	4,51	0,57	4,51	0,57	0,003*
Geral	3,86	0,75	3,73	0,80	3,33	0,86	0,058

Teste Kruskal-Wallis; Média; DP: Desvio Padrão; * Estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$).

4. DISCUSSÃO

Nos últimos 50 anos, a equipe de saúde tem intensificado seu trabalho não somente para garantir a sobrevivência do paciente com queimaduras, mas também sua reabilitação, com o objetivo de reduzir as incapacidades funcionais que estes indivíduos poderão enfrentar no retorno à sociedade [11].

A medida da QV de indivíduos queimados é inferior quando comparada à da população geral, devido às deficiências nas dimensões físicas, sociais e emocionais que a englobam [12-15].

O domínio que apresentou a média mais elevada na escala foi *relações interpessoais*, em conformidade com o estudo de Xie et al. [16] que também encontrou este domínio mais preservado em relação aos outros em sua avaliação da QV a longo prazo em

sobreviventes de queimaduras chineses. Isso demonstra que grande parte dos indivíduos reconhece e necessita de envolvimento social para ajudá-los a superar o trauma da queimadura. Tais resultados são semelhantes aos de Gonçalves et al. [17] que realizaram revisão integrativa para identificar os fatores biopsicossociais que influenciam a reabilitação de vítimas de queimaduras afirmando que amigos e familiares exercem grande apoio na melhora da QV destes indivíduos.

No presente estudo, as dimensões da QV da BSHS-R retrataram que o maior impacto negativo na saúde estava relacionado aos domínios *sensibilidade da pele, trabalho e afeto e imagem corporal*, que obtiveram pontuações médias mais baixas que os demais. Estes domínios também foram encontrados como mais prejudicados em outros estudos que avaliaram a QV [18-20].

A *sensibilidade da pele* é uma questão extremamente relevante para a QV após queimaduras, pois os indivíduos acometidos sofrem diversas alterações negativas em sua pele devido às cicatrizes principalmente em regiões de tronco, MMSS e mãos, como encontrado nesta pesquisa, que geram tanto desconforto físico quanto emocional.

Em um estudo com justaposição das abordagens quantitativa e qualitativa, encontrou-se dados semelhantes em relação ao domínio *trabalho* pela aplicação da escala BSHS-R. Além disso, o olhar qualitativo evidenciou que a recuperação da capacidade de trabalhar, entendida como uma demanda social básica é condição essencial para que o indivíduo considere seu retorno à normalidade [21].

A volta ao trabalho foi considerado baixa, situação que pode estar relacionada a interações entre fatores físicos, psicológicos e ambientais ainda pouco esclarecidos na literatura que afetam sobremaneira a QV do indivíduo [22]. Moi et al. [23] e Dyster-Ass et al. [24] entendem que o trabalho após a queimadura é influenciado pela avaliação subjetiva que o indivíduo faz de sua capacidade funcional, aparência, dor e estado de saúde. Além disso, quanto mais tardio for o retorno ao trabalho, mais propenso o indivíduo estará para o desenvolvimento de estresse pós-traumático [25].

Pesquisas que abordam QV do indivíduo que sofreu queimaduras evidenciaram que o sexo masculino, em idade economicamente ativa é o mais acometido pelo trauma [12,26,27]. Dados análogos foram identificados no presente estudo e são reveladores de um importante problema social gerado pelas queimaduras, concordando com Sanchez et al [28], caracterizado pela exclusão de indivíduos aptos do mercado de trabalho, muitos deles, chefes de família que após o trauma, passam a uma relação de dependência, seja de outras pessoas e/ou do governo para sua sobrevivência e de seus familiares.

No Brasil, o direito ao benefício do governo acontece quando pessoas empregadas legalmente estão impossibilitadas de retornar ao trabalho devido à incompatibilidade entre as sequelas da queimadura e a função anteriormente exercida. Esta categoria ocupacional dos beneficiários da Previdência Social, relatada por um número significativo de indivíduos do estudo mostrou estar associada com uma expressiva piora na QV de um modo geral e nas áreas relacionadas a *habilidades para funções simples e trabalho*. Ao considerar que as regiões do corpo mais afetadas pelas queimaduras neste estudo foram os MMSS e as mãos, explica-se o prejuízo que estes indivíduos sofreram, relatado como a perda da capacidade para trabalhos manuais e conseqüente dificuldade para retorno ao trabalho formal.

A categoria ocupacional das donas de casa apresentou maior impacto negativo entre as demais, no que diz respeito à sua QV, sendo que o domínio *afeto e imagem corporal* foi o mais prejudicado. Já em relação ao gênero, além deste domínio, as *relações interpessoais* também foram prejudicadas, evidenciando a relevância dos aspectos relacionados à aparência física para as mulheres, pois estão ligados à satisfação pessoal, à auto estima, à própria aceitação enquanto pessoa, grupo social e familiar ao qual estão inseridas, podendo afetar os relacionamentos interpessoais [16].

A QV geral e também em quatro dos seis domínios mostrou-se prejudicada em diferentes faixas etárias. Resultados diferentes foram encontrados em outros estudos os quais não evidenciaram associação entre QV e as diferentes idades [18,29]. Pode-se inferir que não existe uma idade específica que sofra mais com as consequências das queimaduras. Notou-se, porém que os adolescentes apresentaram médias mais elevadas na maioria dos domínios em comparação com os demais indivíduos. Tal resultado pode ser explicado como decorrente do apoio familiar dos responsáveis legais e dos amigos, devido à sensibilização com a situação destes jovens, o que possibilitou o enfrentamento do retorno à vida cotidiana com maior naturalidade. Mesmo assim, como nas outras faixas etárias, *a sensibilidade da pele* mostrou-se com as menores médias entre todos os domínios, o que ressalta o incômodo fisiológico que estes indivíduos sentem ao se exporem ao sol e ao calor interferindo em suas atividades cotidianas.

O serviço hospitalar no qual ocorreu a pesquisa é referência no tratamento de queimaduras para toda a população do estado do Paraná, Brasil e uma característica específica deste estudo foi o fato da maioria dos participantes residir em outras cidades. A relação entre esta situação e a QV destes indivíduos ficou evidenciada por meio dos dados apresentados na Tabela 10, que demonstraram menor QV entre os que moravam nas cidades

do entorno, em relação aos residentes na cidade onde o serviço está localizado. Destacaram-se os domínios *habilidades para funções simples, tratamento e trabalho* com diferenças significativas. Isto pode estar relacionado, por um lado, à falta de recursos nestas cidades por possuírem dependência de outros centros, na organização dos serviços intersetoriais da saúde, em relação ao acesso à continuidade do tratamento diário necessário e por outro lado, à possível carência de campo de trabalho, decorrente da infraestrutura limitada, que garanta maiores oportunidades de emprego. Tais afirmações são coerentes com as informações do plano estratégico para o cuidado de queimaduras da OMS que expõe as deficiências em recursos para prevenção, tratamento e reabilitação dos países menos desenvolvidos, como é o caso do Brasil [1].

A escolaridade não se caracterizou como determinante de influências na QV dos indivíduos, neste estudo. Yue et al. [29] também não encontraram diferenças entre indivíduos de escolaridades distintas. Esta situação não quer dizer que a escolaridade não determine atitudes em saúde, pois sabe-se da relação entre esta e as crenças e culturas das populações [30].

Entretanto, neste estudo, a baixa renda demonstrou estar associada com as pontuações menores da média geral da escala sobre QV, além dos domínios *habilidades para funções simples, tratamento e relações interpessoais* que determinam riscos a saúde, visto a importância do subsídio financeiro para auxiliar as vítimas de queimaduras no que diz respeito aos medicamentos, hidratantes de pele, protetores solares, malha elástica, transporte, fisioterapia e alimentação. A grande carga de despesas que este trauma acarreta está fortemente relacionada aos problemas psicossociais na fase de reabilitação, sendo, portanto, o apoio familiar indispensável para o melhor ajuste deste indivíduo à nova fase de vida [2].

A SCQ mostrou-se associada aos valores baixos de QV somente no domínio *sensibilidade da pele* da BSHS-R, demonstrando que os indivíduos com mais de 20% de área corporal afetada apresentaram maior prejuízo na QV, devido ao aumento da sensibilidade ao calor e ao sol, ao prurido, além do ressecamento cutâneo causado pelas cicatrizes. Tais problemas foram considerados como os mais importantes relacionados aos aspectos fisiológicos em um estudo transversal sobre as necessidades de saúde de 93 vítimas de queimaduras chineses [31].

Pacientes vítimas de queimaduras necessitam de maior tempo de permanência hospitalar em comparação aos com outras patologias [32]. No presente estudo este período atingiu até 167 dias. Houve associação entre o tempo de internação e a maioria dos domínios, isoladamente, destacando-se o intervalo de até 15 dias com o menor impacto na

QV geral; entre 15 e 29 dias as *relações interpessoais* foram afetadas; entre 30 a 60 dias, a média geral de todos os domínios da BSHS-R e os domínios *trabalho e afeto e imagem corporal*; acima de 60 dias, *habilidades para funções simples*. Tais resultados destacam que o tempo de internação prolongado interferiu em vários aspectos da vida do indivíduo, uma vez que esta variável está relacionada não somente com SCQ e sua gravidade, mas aos diversos procedimentos cirúrgicos para fechamento das lesões, bem como a presença de complicações durante o período de internação [26]. Todas estas circunstâncias proporcionam repercussões na vida deste indivíduo após sua alta hospitalar, interferindo no retorno às atividades cotidianas domésticas e laborais, além de causar uma autoimagem corporal negativa e depreciativa devido à extensão e aspecto de suas cicatrizes. Ressalta-se, com esses achados a importância de um bom relacionamento entre o indivíduo queimado, a equipe de saúde e os familiares em todo o processo de tratamento, que é longo e demanda a ajuda e apoio maior quanto mais debilitante for o trauma.

O tempo de AH não mostrou relação significativa com a melhora ou a piora da QV dos indivíduos estudados, o que sugere que estes necessitem de acompanhamento biopsicossocial permanente. Resultados de pesquisa de Liang et al. [31] afirmam que os indivíduos queimados apresentaram necessidades de saúde diferentes durante o processo de reabilitação, nos primeiros meses necessitaram de assistência maior aos aspectos fisiológicos, porém com o passar do tempo as suas dificuldades persistentes foram relacionadas à saúde mental. Portanto, os profissionais de saúde devem procurar estratégias eficazes de comunicação com os pacientes de forma a contemplar não somente as necessidades físicas de saúde, mas também as sociais e emocionais como parte essencial da sua assistência [33].

A OMS afirma que o principal local de ocorrência de queimaduras é em casa e em segundo lugar o trabalho [5]. Dados similares foram encontrados na presente investigação, sendo que a maioria dos indivíduos foi afetada pelo fogo e por escaldos, dados estes concordantes com os de Pishnamazi et al. e de Johnson et al. [34,35].

A QV encontrou-se mais prejudicada em indivíduos que sofreram queimaduras em acidentes automobilísticos, em tentativas de suicídio e agressões. Estas últimas podem estar relacionadas aos comportamentos psicossociais desajustados prévios, como afirma Low et al.[14], pois afetam o auto cuidado, a capacidade de adaptação individual e com a sociedade após o trauma, sendo necessária atenção especial a estes indivíduos não somente para as disfunções físicas, mas principalmente às mentais, as quais são determinantes para o progresso da reabilitação.

5. CONCLUSÕES

Com base nos resultados encontrados, pode-se concluir que a queimadura interferiu negativamente em diversos aspectos da QV dos indivíduos acometidos, principalmente naqueles relacionados à *sensibilidade da pele*, ao *trabalho e afeto e imagem corporal* influenciados pelo prejuízo em sua saúde física e emocional decorrentes do trauma.

Além disso, a QV esteve significativamente afetada pelo sexo, idade e ocupação dos indivíduos bem como com o local de residência, a renda familiar, a SCQ, o tempo de internação e o ambiente de ocorrência do trauma. Estes indivíduos, a maioria adultos jovens, sofreram as consequências das sequelas físicas e emocionais que os impediram de trabalhar, o que agravou o problema familiar e social gerado pela queimadura.

A reabilitação do indivíduo queimado deve ser realizada de forma continuada e a equipe de saúde deve considerar a auto avaliação deste sobre sua QV. Nesse sentido a BSHS-R constitui-se em instrumento adequado para suprir esta necessidade, norteando o planejamento do cuidado, utilizando seus parâmetros como ferramenta para a identificação das necessidades e potencialidades do indivíduo a fim de proporcionar tratamento eficaz no intuito de melhorar ao máximo todos os aspectos de sua QV.

REFERÊNCIAS

- [1] Mock C, Peck M, Peden M, Krug E, eds. A WHO plan for burn prevention and care. Geneva, World Health Organization,2008.
- [2] Park SY, Choi KA, Jang YC, Oh SJ. The risk factors of psychosocial problems for burn patients. *Burns* 2008;34(1):24-31.
- [3] Tagkalakis P, Demiri E. A fear avoidance model in facial burn body image disturbance. *Ann Burns Fire Disasters* 2009;22(4):203–7.
- [4] Yoder LH, Nayback AM, Gaylord K. The evolution and utility of the Burn Specific Health Scale: a systematic review. *Burns* 2010;36(8):1143–56.
- [5] The Whoqol Group . Who Burns. Fact sheet N°365 May 2012. Accessed April 2013. Available in: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/>.
- [6] Moi AL, Vindenes H, Gjengedal E. The experience of life after burn injury: a new bodily awareness. *J Adv Nurs* 2008;64(3):278–86.
- [7] Hospital Universitário Norte Paraná. Same: Estatística. 2012 Available in: <http://intranethu.hurnp.uel/>. Accessed April 2013.

- [8] Blalock SJ, Bunker BJ, De Vellis RF. Measuring Health Status among survivors of Burn Injury: Revisions of the burn specific health scale. *The Journal of Trauma*. V. 36, n.4, p.508-15, 1994.
- [9] Ferreira E, Dantas RA, Rossi LA, Ciol MA. The cultural adaptation and validation of the “Burn Specific Health Scale-Revised” (BSHS-R): version for Brazilian burn victims. *Burns* 2008;34(7):994–1001.
- [10] Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Accessed apr 2013] Available in: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- [11] Mackey SP, Diba R, McKeown D, Wallace C, Booth S, Gilbert PM, Dheansa BS. Return to work after burns: A qualitative research study. *Burns* 2009;35(3):338-42.
- [12] Edgar D, Dawson A, Hankey G, Phillips M, Wood F. Demonstration of the validity of the SF-36 for measurement of the temporal recovery of quality of life outcomes in burns survivors. *Burns* 2010; (36): 1013 –20.
- [13] Van Loey NE, Van Beeck EF, Faber BW, Van de Schoot R, Bremer M. Health-related quality of life after burns: a prospective multicenter cohort study with 18 months follow-up. *J Trauma* 2012;(72):513–20.
- [14] Öster C, Willebrand M, Ekselius L. Health-related quality of life 2 years to 7 years after burn injury. *J Trauma* 2011; 71(5):1435-41.
- [15] Willebrand M, Kildal M. Burn specific health up to 24 months after the burn—a prospective validation of the simplified model of the Burn Specific Health Scale-Brief. *JTrauma* 2011;71(1):78-84
- [16] Xie B, Xiao SC, Zhu SH, Xia ZF. Evaluation of long term health-related quality of life in extensive burns: a 12-year experience in a burn center. *Burns*. 2012;38(3):348-55.
- [17] Gonçalves N; Echevarría-Guanilo ME, Carvalho FL, Miasso AI, Rossi LA. Biopsychosocial Factors that Interfere in the Rehabilitation of Burn Victims: Integrative Literature Review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011;19(3): 622-30 .
- [18] Elsherbin OEE, Salem MA, El-Sabbagh, AH, Elsherbin, MR, Eldeen ,MAE. Quality of life of adult patients with severe burns. *Burns* 2011;37 (5):776-89
- [19] Kildal M, Andersson G, Gerdin B. Health status in Swedish burn patients. Assessment and utilizing three variants of the Burn Specific Health Scale. *Burns* 2002;28(7):639–45.
- [20] Kildal M. Perceived physical and psychological outcome after severe burn injury. *Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations. Faculty of Medicine; Uppsala University* 1247; 2003.
- [21] Costa MCS, Rossi LA, Dantas RAS, Trigueros LF. Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras. *Cogitare Enferm*. 2010;15(2):209-16

- [22] Oster C, Kildal M, Ekselius L. Return to work after burn injury: burn-injured individuals' perception of barriers and facilitators. *J Burn Care Res.* 2010;31(4):540-50.
- [23] Moi AL, Wentzel-Larsen T, Salemark L, Hanestad BR. Longterm risk factors for impaired burn-specific health and unemployment in patients with thermal injury. *Burns* 2007;33(1):37-45.
- [24] Dyster-Aas J, Kildal M, Willebrand M, Gerdin B, Ekselius L. Work status and burn-specific health after work-related burn injury. *Burns* 2004;30:839-42.
- [25] Dyster-Aas J, Kildal M, Willebrand M. Return to work and health-related quality of life after burn injury. *J Rehabil Med.* 2007 January;39(1):49-55.
- [26] Moi AL, Nilsen RM. Pathways leading to self-perceived general health and overall quality of life in burned adults. *Burns* 2012;38(8): 1157-64.
- [27] Low AJ, Dyster-Aas J, Willebrand M, Ekselius L, Gerdin B. Psychiatric morbidity predicts perceived burn-specific health 1 year after a burn. *Gen Hosp Psychiatry.* 2012;34(2):146-52.
- [28] Sanchez JL, Bastida JL, Martínez MM, Moreno JM, Chamorro JJ. Socio-economic cost and health-related quality of life of burn victims in Spain. *Burns.* 2008;34(7):975-81.
- [29] Yue LQ, Jiang DM, Huang XY. Investigation of life quality of severe burn patients at rehabilitation stage and analysis of the related influential factors. *Zhonghua Shao Shang Za Zhi* 2008;24(3):195-8.
- [30] Cardelli MAA, Tanaka ACA . O papel das crenças e percepções de mulheres na vivência do processo saúde-doença. *Cienc Cuid Saude* 2012;11:108-14
- [31] Liang CY, Wang HJ, Yao KP, Pan HH, Wang KY. Predictors of health-care needs in discharged burn patients. *Burns.* 2012;38(2):172-9.
- [32] Mashreky S.R, Rahman A, Chowdhury SM, Giashuddin S, Svanström L, Khand TF, Cox R, Rahman F. Burn injury: economic and social impact on a family . *Public Health* 2008 122(12), 1418-24.
- [33] Reeve J, James F, McNeill R. Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns. *J Adv Nurs* 2009;65(5):1039-43.
- [34] Pishnamazi Z, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Vaismoradi M. Validation of the Persian version of the Burn Specific Health Scale - Brief. *Burns* 2013;39(1):162-7.
- [35] Johnson LS, Shupp JW, Pavlovich AR, Pezzullo JC, Jeng JC, Jordan MH. Hospital length of stay - does 1% TBSA really equal 1 day? *J Burn Care Res.* 2011;32(1):13-9.

5.2 ARTIGO 2

ASPECTOS FÍSICOS, EMOCIONAIS E SOCIAIS NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DO INDIVÍDUO QUEIMADO E ASSOCIAÇÕES ENTRE ESTAS VARIÁVEIS

PHYSICAL, EMOTIONAL AND SOCIAL CORRELATES IN THE REHABILITATION PROCESS OF BURN PATIENTS

ASPECTOS DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN FÍSICA, EMOCIONAL Y SOCIAL EN EL INDIVIDUO QUEMADOS Y ASOCIACIONES ENTRE LAS VARIABLES

Elisana Agatha Iakmiu Camargo Cabulon¹; Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli²; Sandra Mara Maciel³; Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi⁴; Julia Trevisan Martins⁵.

1- Enfermeira do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário de Londrina (HUL), Pr – Brasil, Mestranda em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Endereço para correspondência: Rua Maragogipe, 73, apt 702, cep 86020-280. Londrina, Pr-Brasil. Email: elisagatha@msn.com.

2- Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina- Pr – Brasil, Doutora em Saúde Pública.

3- Professora Associada do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Pr – Brasil, PhD em Saúde Pública.

4- Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), Campus Ribeirão Preto, SP – Brasil, Doutora em Enfermagem.

5- Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Pr – Brasil, Doutora em Enfermagem.

RESUMO

Objetivo: Identificar aspectos físicos, emocionais e sociais que envolvem o processo de reabilitação do indivíduo queimado, além de buscar associações entre os mesmos. Método: Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina. Foram avaliados 107 indivíduos atendidos no ambulatório do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário de Londrina, Brasil, após alta hospitalar, por meio de formulário estruturado que abordou características sócio-demográficas e aspectos físicos, emocionais e sociais que caracterizam esta fase. Os dados foram submetidos a tratamento estatístico descritivo-analítico, sendo utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* e aplicados os teste Exato de Fischer e Linear-by-Linear para encontrar associações entre as variáveis. Resultados: Todos os indivíduos referiram possuir seqüela estética. Houve associação significativa entre as variáveis de renda familiar ($p=0,017$); ocupação depois da queimadura ($p=0,023$) e seqüela funcional ($p=0,004$) e o grau de dependência para as atividades cotidianas. A superfície corporal queimada associou-se com o relato de seqüela funcional ($p=0,046$) e também com o grau de dependência para atividades cotidianas ($p=0,000$). Conclusão: Identificou-se que a percepção do indivíduo queimado sobre o seu processo de reabilitação é uma ferramenta que direciona a assistência multiprofissional.

Descritores: queimadura, aspectos físicos, aspectos emocionais, aspectos sociais.

ABSTRACT

Objective: To identify the physical, emotional and social process that involving the rehabilitation of burned individual beyond seeking associations between them. **Method:** A cross-sectional analytical study, approved by the Ethics Committee of the State University of Londrina. It evaluated 107 patients seen in outpatient Burn Treatment Centre, University Hospital of Londrina, Brazil, after discharge, through structured form that addressed sociodemographic characteristics and physical, emotional and social changes that characterize this phase. The data were submitted to descriptive-analytical statistical, by using the *Statistical Package for the Social Sciences* and applied the Fisher Exact and Linear by Linear Tests to find associations between variables. **Results:** All subjects reported owning sequel aesthetics. There was a significant association between the variables of family income ($p=0.017$); occupation after burn ($p=0.023$) and functional sequelae ($p=0.004$) and the degree of dependence for everyday activities. The total burned surface area was associated with reports of functional sequelae ($p=0.046$) and with the degree of dependence for activities of daily living ($p=0.000$). **Conclusion:** It was found that the individual's perception burned on his rehabilitation process is a tool that directs the multidisciplinary care.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el proceso físico, emocional y social que implica la rehabilitación de la persona quemada, y buscar asociaciones entre ellos. **Método:** Un enfoque cuantitativo descriptivo, transversal, aprobado por el Comité de Ética de la Universidade Estadual de Londrina. Se evaluaron 107 pacientes atendidos en consulta externa Burn Treatment Center, Hospital de la Universidad de Londrina, Brasil, después de la descarga, a través de formulario estructurado que aborda las características sociodemográficas y los cambios físicos, emocionales y sociales que caracterizan a esta fase. Los datos fueron sometidos a estadística descriptiva, analítica, utilizando el paquete estadístico para las Ciencias Sociales y aplicar la prueba exacta de Fisher y lineal por lineal para encontrar asociaciones entre variables. **Resultados:** Todos los sujetos informaron poseer secuela estética. Se observó una asociación significativa entre las variables de ingreso familiar ($p=0,017$), la ocupación tras la grabación ($p=0,023$) y secuelas funcionales ($p=0,004$) y el grado de dependencia para las actividades diarias. El área de superficie corporal quemada se asoció con informes de secuelas funcionales ($p=0,046$) y con el grado de dependencia para las actividades de la vida diaria ($p=0,000$). **Conclusión:** Se encontró que la percepción del individuo quemó en su proceso de rehabilitación es una herramienta que dirige la atención multidisciplinaria. **Keywords:** burn, physical aspects, emotional aspects, social aspects.

Palabras clave: quemaduras, aspectos físicos, aspectos sociales, aspectos emocionales.

INTRODUÇÃO

As queimaduras resultam em agravos duradouros ou permanentes, perda ou redução de capacidade funcional, sequelas físicas e estéticas que podem causar danos psicológicos. Configuram-se, pelos comprometimentos envolvidos, como uma condição crônica de saúde e exigem assistência específica para a reabilitação ⁽¹⁾.

Devido ao aumento da sobrevida do paciente queimado, torna-se necessário entender melhor as complexas questões relacionadas à sua reabilitação, tais como dor, cicatrizes, sequelas e aspectos que envolvam a sua readaptação funcional, emocional e social⁽²⁾.

A experiência profissional mostra que o indivíduo vítima de queimaduras, logo após a resolução da fase aguda do trauma, sente-se feliz e aliviado por sobreviver à uma condição grave que ameaçou sua vida. Porém ao mesmo tempo, depara-se com mudanças negativas em seu estado de saúde que poderão ser encaradas de maneiras distintas.

O sofrimento causado por queimaduras é ainda mais trágico quando se percebe que as mesmas são evitáveis. Por esse motivo o plano estratégico de prevenção e assistência a este trauma, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), alerta sobre agravantes, principalmente em países em desenvolvimento, como a ausência de políticas públicas estruturadas de prevenção de acidentes e de tratamento aos sobreviventes que, quando implementadas, podem reduzir significativamente as taxas de morte e invalidez. Ressalta também que os desafios relacionados ao tema englobam a necessidade de investimento em pesquisas na área e a capacitação de profissionais com a finalidade de atender todas as necessidades deste indivíduo⁽³⁾.

Portanto, o objetivo deste estudo foi identificar aspectos físicos, emocionais e sociais que envolvem o processo de reabilitação do queimado, além de buscar associações entre os mesmos, no intuito de aprofundar o conhecimento sobre essa importante fase na vida deste indivíduo e proporcionar-lhe atendimento adequado e completo por parte da equipe de saúde.

MÉTODOS

Estudo transversal analítico, com abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CAAE: 03942112.1.0000.5231; parecer: 083/2012).

Foram avaliados indivíduos atendidos no ambulatório do Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) do Hospital Universitário de Londrina (HUL) por meio de preenchimento de formulário estruturado que abordou características sociodemográficas (sexo, idade, situação conjugal e de moradia, ocupação antes e após o trauma, tipo de serviço e condição de responsabilidade financeira na família) e aspectos físicos, emocionais e sociais (superfície corporal queimada – SCQ, regiões corporais acometidas, tipos de sequelas,

queixas de desconforto, adesão aos cuidados, grau de dependência para atividades cotidianas, tipo de apoio que recebem e pessoas que o apoiam) envolvidos no processo de reabilitação.

O CTQ do HUL é um centro de referência no atendimento de pacientes de todas as faixas etárias com queimaduras do Estado do Paraná. O HUL é público e de ensino da Universidade Estadual de Londrina (UEL). A infraestrutura do CTQ é composta de dez leitos de enfermaria e seis leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além de dois centros cirúrgicos, um pronto atendimento e um ambulatório. Em 2012 foram internados 284 indivíduos e realizados 1233 atendimentos ambulatoriais, que incluem tanto os retornos dos pacientes anteriormente internados quanto os casos de pacientes com menor complexidade⁽⁴⁾.

Tornaram-se participantes do estudo todos os indivíduos atendidos no ambulatório, no período de julho de 2012 a janeiro de 2013, que preenchiam os seguintes critérios de inclusão: maior de doze anos; intervalo de no mínimo dois meses após a alta hospitalar; não ser portador de doenças psiquiátricas debilitantes da cognição ou do raciocínio lógico e pragmático, previamente diagnosticadas e concordar em participar do estudo, após a explicação e assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

A coleta de dados com os participantes ocorreu, primeiramente, durante o tempo de espera para atendimento ambulatorial com duração de aproximadamente vinte minutos e, após, foram levantadas informações complementares nos prontuários destes indivíduos.

Os dados foram submetidos ao tratamento estatístico descritivo-analítico, sendo utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0. Foram aplicados os Testes Exato de Fischer e Linear-by-Linear para encontrar associações entre o relato do indivíduo sobre o seu grau de dependência para atividades cotidianas e a sua seqüela funcional e também com as variáveis de gênero, faixa etária, situação conjugal, condição de responsabilidade financeira na família, renda, SCQ e ocupação após o trauma. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$. As respostas às perguntas abertas foram transcritas integralmente durante a entrevista e analisadas para identificação de unidades que caracterizassem semelhanças e diferenças. Por fim, estas unidades foram quantificadas em categorias de análise.

RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com 107 pacientes vítimas de queimaduras, sendo a maioria (59,0%) do sexo masculino; entre 20 e 49 anos (66,0%); com companheiro(a) (68,0%) e quase a totalidade (96,0%) não morava só.

Antes da queimadura, 96,0% dos indivíduos possuíam ocupação, sendo 80,0% com vínculo empregatício remunerado; 16,0% eram estudantes ou donas de casa. Apenas 4,0% relataram ser aposentados, pensionistas do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).

Após a queimadura, somando-se ao grupo dos aposentados, totalizaram-se 42,0% dos indivíduos que passaram a necessitar de auxílio doença do INSS; 15,0% referiram estar desempregados e sem renda e apenas 27,0% conseguiram retornar ao trabalho. A ocupação mais citada antes e após o trauma da queimadura foi relacionada ao comércio ou reparação e atividades de serviços gerais. Mais da metade dos entrevistados (59,0%) referiu renda menor que três salários mínimos e ser dependente financeiramente de seus familiares (52,0%).

A maioria das queimaduras localizaram-se nas regiões de tronco (75,0%), membros superiores (68,0%) e mãos (52,0%). A lesão inalatória foi encontrada em 17,0% dos indivíduos pesquisados.

Com relação ao grau de dependência para as atividades cotidianas, a maioria dos entrevistados (62,0%) relatou ser independente. A associação entre o grau de dependência e a renda familiar mostrou-se significativa ($p=0,017$). Os que apresentavam menor renda demonstraram maior dependência que o grupo com melhores condições financeiras (Tabela 1).

Tabela 1 – Associação entre renda e grau de dependência para atividades cotidianas referido pelos indivíduos vítimas de queimaduras (N=107). Londrina, Paraná, Brasil, 2013.

Grau de dependência para atividades cotidianas	Renda (em salários mínimos)				Total	
	Até 3		Mais de 3			
	n	%	n	%	n	%
Independente	33	52,0	33	75,0	66	62,0
Parcialmente dependente	25	40,0	10	23,0	35	33,0
Totalmente dependente	5	8,0	1	2,0	6	5,0
Total	63	100,0	44	100,0	107	100,0

Teste Linear-by-Linear; $p=0,017$

A Tabela 2 mostra que houve associação estatisticamente significativa entre a ocupação depois da queimadura e grau de dependência para atividades cotidianas ($p=0,023$), sendo que os desempregados e os dependentes do INSS relataram maior grau de dependência que os demais indivíduos.

Tabela 2 – Associação entre ocupação depois da queimadura e grau de dependência para atividades cotidianas referido pelos indivíduos vítimas de queimaduras (N=107). Londrina, Paraná, Brasil, 2013.

Grau de dependência para atividades cotidianas	Ocupação depois da queimadura									
	Desempregado		Dona de casa ou estudante		Dependente do INSS		Trabalhador		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Independente	7	44,0	10	62,0	23	51,0	26	87,0	66	62,0
Parcialmente dependente	8	50,0	4	25,0	19	42,0	4	13,0	35	33,0
Totalmente dependente	1	6,0	2	13,0	3	7,0	-	0	6	5,0
Total	16	100,0	16	100,0	45	100,0	30	100,0	107	100,0

Teste Linear-by-Linear; $p=0,023$

Quanto às consequências da queimadura, 100% dos indivíduos relataram sequelas estéticas; 72,0% emocionais e 67,0% funcionais. Apenas 22,0% referiram sequelas relacionadas à sexualidade.

Houve associação entre sequela funcional e grau de dependência para atividades cotidianas ($p=0,004$). A Tabela 3 mostra que mais da metade dos pacientes (51,0%) mesmo referindo ser independentes, apresentavam sequela funcional.

Tabela 3 – Associação entre grau de dependência para atividades cotidianas e sequela funcional referida pelos indivíduos vítimas de queimaduras (N=107). Londrina, Paraná, Brasil, 2013.

Grau de dependência para atividades cotidianas	Sequela funcional					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Independente	37	51,0	29	83,0	66	62,0
Parcialmente Dependente	30	42,0	5	14,0	35	33,0
Totalmente Dependente	5	7,0	1	3,0	6	5,0
Total	72	100,0	35	100,0	107	100,0

Teste Linear-by-Linear; $p=0,004$.

As variáveis gênero ($p=0,578$), faixa etária ($p=0,470$), condição de responsabilidade financeira na família ($p=0,157$), situação conjugal ($p=0,174$) e o grau de dependência para atividades cotidianas não demonstraram associação significativa.

Entretanto, a SCQ apresentou associação com o relato de sequela funcional ($p=0,046$) e também com o grau de dependência para atividades cotidianas ($p=0,000$). A

Tabela 4 mostra que os pacientes com mais de 20% do corpo queimado apresentaram mais prejuízos funcionais e maior grau de dependência do que os com menos lesões.

Tabela 4 – Associações entre SCQ e relatos de sequela funcional e grau de dependência para atividades cotidianas dos indivíduos vítimas de queimaduras (N=105). Londrina, Paraná, Brasil, 2013.

	SCQ						Total	
	≤10%		11-20%		>20%		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
*Sequela funcional								
Sim	22	56,0	22	67,0	26	79,0	70	67,0
Não	17	44,0	11	33,0	7	21,0	35	33,0
**Grau de dependência para atividades cotidianas								
Independente	33	85,0	19	58,0	13	39,0	65	62,0
Parcialmente dependente	6	15,0	11	33,0	17	52,0	34	32,0
Totalmente dependente	-	-	3	9,0	3	9,0	6	6,0
Total	39	100,0	33	100,0	33	100,0	105	100,0
Teste Linear-by-Linear; * $p=0,046$; ** $p=0,000$. N=105. Não foram encontrados registros da SCQ de 2 participantes.								

Houve uma tendência de associação entre a condição de responsabilidade financeira e o relato de sequela funcional ($p=0,065$), sendo a presença desta maior nos chefes de família (76,0%) do que nos que referiram serem dependentes de outras pessoas para seu sustento (59,0%).

As variáveis gênero ($p=0,147$), faixa etária ($p=0,180$), renda familiar ($p=1,000$) e ocupação após o trauma ($p=0,211$) não mostraram associação com o relato de sequela funcional.

As principais queixas de desconforto sentidas pelos usuários foram prurido (73,0%), ressecamento cutâneo (69,0%) e dor nas regiões queimadas (59,0%).

A adesão aos cuidados necessários caracterizou-se pela proteção solar (94,0%); hidratação cutânea (87,0%); uso da malha elástica (82,0%) e acompanhamento fisioterapêutico (61,0%). Os participantes citaram os analgésicos ou antihistamínicos (37,0%) e massagem para relaxamento (29,0%) como auxílio no alívio dos sintomas de desconforto.

Quanto ao apoio após o trauma da queimadura, a maioria informou ter o apoio de familiares (98,0%) e amigos (43,0%). A ajuda de profissionais da saúde relacionada ao retorno à vida cotidiana não foi destacada (1,0%).

Com relação ao tipo de apoio recebido, o emocional foi o mais relevante (94,0%). Foram também relatados, o apoio financeiro (27,0%) e o apoio para infraestrutura (21,0%), este relacionado à ajuda para transporte e acompanhamento em consultas médicas, fisioterapias, viagens, entre outros.

DISCUSSÃO

As vítimas de queimaduras compõem um grupo de indivíduos heterogêneo devido a características variadas de idade, doenças prévias, história da queimadura, locais e profundidade das lesões⁽⁵⁻⁶⁾. Além disso, o estilo de vida e seus relacionamentos sociais prévios podem interferir na maneira com que estes enfrentarão o retorno às atividades cotidianas após o trauma⁽⁷⁾.

As queimaduras representam um importante agente causador de danos que não só ameaçam a vida, mas que produzem em seus sobreviventes estigmas funcionais e estéticos importantes. Acometem pessoas em geral, previamente hígdas e determinam prejuízo quanto ao absenteísmo ocupacional, dada a grande prevalência dessas lesões em adultos jovens economicamente ativos⁽⁸⁾. Essas informações confirmaram-se nesta pesquisa, sendo a predominância do trauma no sexo masculino. Estes resultados mostraram-se compatíveis com a literatura nacional e internacional, as quais relatam maior número de casos de queimaduras em homens, por estes apresentarem maior exposição ocupacional e doméstica⁽⁹⁻¹¹⁾.

A faixa etária mais acometida foi entre 20 e 49 anos, idade esta em que se concentra a força produtiva para o trabalho. No entanto, após o trauma, grande parte dos indivíduos tornou-se dependente da Previdência Social, devido à falta de condições físicas e emocionais para retornar ao trabalho.

Outro problema social exacerbado com o trauma da queimadura está relacionado ao trabalho informal, comum no Brasil⁽¹²⁾. Os entrevistados que se encontravam nesta condição na ocasião do trauma, não possuíam direito aos benefícios indenizatórios que a legislação trabalhista brasileira garante ao trabalhador registrado. Estes indivíduos, sem condições de retorno ao trabalho, mostraram-se com grau de dependência para atividades cotidianas significativamente maior em comparação aos demais. Estudo sueco longitudinal e prospectivo abordou a situação de desemprego em indivíduos queimados e grupo controle, o qual descobriu que esta variável é responsável por um prejuízo significativo em diversos aspectos da qualidade de vida dos indivíduos acometidos pelo trauma⁽¹³⁾.

A busca pela independência é um aspecto facilitador no processo de reabilitação de indivíduos vítimas de queimaduras⁽¹⁴⁾. No presente estudo observou-se que a maioria dos participantes considerou-se independente para efetuar as tarefas cotidianas bem como para a realização do auto cuidado. Já aqueles que referiram ser parcialmente dependentes necessitaram da ajuda do companheiro e de outros familiares para realizar tarefas como cozinhar, fazer compras ou mesmo dirigir automóvel.

Os participantes da pesquisa pertenciam às classes economicamente menos favorecidas e experimentaram formas de exclusão social devido à predominância da baixa renda que demonstrou estar associada ao maior grau de dependência para atividades cotidianas em comparação com outros indivíduos com renda maior, o que pode acarretar dificuldades de suprimento de necessidades materiais e de existência. Esse achado é preocupante devido o fato do tratamento pós queimaduras ser dispendioso e prolongado, conforme um estudo alemão sobre os custos financeiros na fase de reabilitação que podem ser quatro vezes maior do que na fase aguda⁽¹⁵⁾.

A lesão inalatória foi mencionada por estar associada ao aumento da mortalidade devido às complicações respiratórias e também por relacionar-se às queimaduras mais graves e traumas concomitantes. Por esses motivos, no processo de reabilitação é necessária atenção especial aos pacientes com este tipo de agravo⁽¹⁶⁾.

O impacto das deformidades que a queimadura causa é difícil de ser medido e pode diminuir as chances do indivíduos afetado de usufruir plenamente de seu potencial produtivo do ponto de vista econômico e social⁽¹¹⁾. Em conformidade com essa afirmação, no presente estudo a seqüela funcional apresentou tendência de associação com a condição de responsabilidade, especificamente para a categoria representada pelos chefes de família com a função de sustento do lar, o que leva a pensar nas dificuldades que estes indivíduos enfrentam em manter sua condição de provedor e propor práticas que visem otimizar a sua readaptação.

A seqüela funcional e o relato de dependência para realização de atividade cotidianas, mostraram-se significativamente associadas entre si e também com as queimaduras mais extensas. As grandes lesões, que atingem tronco, MMSS e mãos, como detectado no estudo, causaram incapacitação física e proporcionaram problemas que abrangem a vida social, principalmente no contexto laboral e familiar devido a necessidade que este indivíduo passou a ter de auxílio para as atividades cotidianas. Tais achados concordam com estudo brasileiro o qual afirma que as consequências da queimadura não atingem somente o acidentado, mas também seu círculo de relações familiares e

sociais, com ênfase no impacto negativo deste trauma na área do trabalho dos indivíduos com mais de 20% de SCQ⁽¹⁷⁾.

Pesquisa sobre os significados de qualidade de vida em indivíduos queimados mostrou que as sequelas acarretaram grande descontentamento com a aparência física, fazendo com que muitos indivíduos tentassem escondê-las, por vergonha, ou por medo de assustar as pessoas. Além disso, as sequelas, de um modo geral, repercutem negativamente na autoimagem devido às dificuldades relativas ao trabalho, à locomoção e aos relacionamentos, destacando-se limitações nos relacionamentos com a família e sexual⁽¹⁾. Sequelas relacionadas à sexualidade foram menos citadas no presente estudo, porém, esse fato pode ser explicado devido à timidez dos participantes em expor assuntos íntimos, considerados, por muitos, como um “tabu” devido ao contexto cultural e familiar aos quais os mesmos estavam inseridos.

Porém as limitações em falar sobre este tema não se restringem aos indivíduos queimados. Pesquisa realizada com membros de equipes multiprofissionais de saúde de diversos centros especializados brasileiros encontrou que apenas 28% dos entrevistados sentiram-se confortáveis em iniciar uma conversa sobre intimidade sexual com seus pacientes e somente 38% consideraram que o seu serviço faz um trabalho adequado nessa área. Tais resultados mostraram que há uma significativa falta de literatura sobre sexualidade após queimaduras e também há necessidade de ampliação de uma consciência coletiva sobre a importância de discussões sobre o tema para poder oferecer aconselhamento aos pacientes e seus parceiros quando necessário⁽¹⁸⁾.

Um dos problemas mais comuns e relevantes entre os indivíduos queimados é o prurido cutâneo⁽¹⁹⁾, que deve ser visto como uma prioridade de tratamento pois os pacientes muitas vezes sofrem calados com este desconforto devido a falta de total compreensão de sua fisiopatologia e terapêutica eficaz para o seu controle⁽²⁰⁻²¹⁾. No presente estudo este problema também se mostrou com destaque e seu alívio é realizado com o uso de antihistamínicos. Porém o tratamento pode ser otimizado com a prescrição de gabapentina para os pacientes que respondem mal aos antihistamínicos⁽¹⁹⁾. Além do prurido, a dor e o ressecamento cutâneo também foram mencionados pelos indivíduos que buscam alívio por meio do uso de analgésicos orais e a aplicação de hidratantes cutâneos.

A consciência de proteção da pele do sol foi quase unânime entre os entrevistados demonstrando que esta orientação fornecida pela equipe de saúde, desde a internação, tornou-se uma prática entre os indivíduos. Já o uso da malha elástica foi aceito, porém com certa resistência dos indivíduos que a consideraram de custo elevado, além de ser

um incômodo principalmente em dias quentes devido a compressão e a sensação de calor que a mesma provoca. Apesar de sua eficácia terapêutica ainda questionável⁽²²⁾, a prescrição deste cuidado é realizado rotineiramente para se tentar minimizar a cicatrização hipertrófica e melhorar aspectos estéticos e funcionais da pele queimada.

Neste estudo observou-se que os indivíduos queimados valorizaram principalmente o apoio fornecido pelos familiares e amigos que lhes proporcionou segurança e acolhimento para enfrentar esta nova fase de reabilitação. Porém, mesmo sabendo sobre a necessidade da atuação da equipe de saúde em todas as fases de tratamento do paciente queimado, o apoio profissional não foi relatado como imprescindível para a sua recuperação.

Sabe-se que a contra referência é uma ferramenta importante de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir acessibilidade integral aos serviços de saúde⁽²³⁾. No local deste estudo tem sido enfatizado o tratamento da fase aguda do trauma e ao receberem alta hospitalar, estes indivíduos foram contra referenciados para os serviços de saúde localizados em suas cidades de origem para a continuidade do tratamento. No entanto, muitas destas localidades não possuem recursos e infraestrutura para atender todas as necessidades como: fisioterapia, acompanhamento psicológico, transporte para as consultas, compra de medicamentos e cosméticos. Portanto, é coerente afirmar que o motivo deste indivíduo não fazer menção a esse apoio, pode estar relacionado às lacunas que o serviço possui no atendimento, tornando-o pouco relevante no processo de reabilitação, o que pode ocasionar déficit no suprimento destas necessidades. Em contra partida, as percepções que o indivíduo queimado tem sobre a atuação de equipe de saúde servem como avaliação das intervenções prestadas no intuito de melhorar o atendimento⁽²⁴⁾.

O apoio emocional foi reconhecido pelos participantes da pesquisa como necessário para uma melhor reabilitação, pois foi por seu intermédio que os indivíduos encontraram estímulo para retomar sua vida. Além desse tipo de apoio, o financeiro e o de infraestrutura também foram levantados como importantes devido ao número elevado de indivíduos com algum grau de dependência para atividades cotidianas e para se manterem economicamente. Ao considerar estes resultados e também a importância que a figura familiar mostrou representar neste estudo, vale mencionar os achados de pesquisa com 687 vítimas de queimaduras, a qual encontrou a falta de suporte familiar e as necessidades financeiras para o sustento e tratamento como principais fatores de risco para problemas psicossociais no período de reabilitação⁽⁷⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo teve como enfoque a identificação de aspectos físicos, emocionais e sociais e suas associações no processo de reabilitação do queimado. Apesar da maioria considerar-se independente para as atividades cotidianas, o grau de dependência para atividades cotidianas associou-se à baixa renda; às categorias ocupacionais dos desempregados e dependentes do INSS; aos indivíduos com mais de 20% de SCQ e à presença de seqüela funcional. Esta variável também mostrou-se relacionada às vítimas de queimaduras extensas.

A equipe de saúde deve repensar o impacto do seu papel enquanto referencial de apoio para que o indivíduo reconheça a importância de seu trabalho no contexto da reabilitação. É de responsabilidade dos serviços de saúde, tanto os de referencia quanto os de contra referencia, proporcionar assistência adequada a fim de oferecer tratamento completo.

Como limitação do estudo, pode-se salientar que o mesmo é retrato de um grupo específico de indivíduos que pode não representar a vivência de outros, apesar de serem vítimas do mesmo agravo. Por outro lado, os resultados desta pesquisa reforçam que o melhor entendimento sobre os aspectos que influenciam esta fase do tratamento é uma ferramenta para o avanço na qualidade da assistência multiprofissional ao indivíduo queimado.

REFERÊNCIAS

1. Costa, M. C. S. et al. The meanings of quality of life: interpretative analysis based on Experiences of people in burns rehabilitation. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008; 16(2):252-9.
2. Esselman PC, Thombs BD, Magyar-Russell G, Fauerbach JA. Burn rehabilitation: state of the science. *Am J Phys Med Rehabil* 2006;85:383–413.
3. Mock C, Peck M, Peden M, Krug E. A WHO plan for burn prevention and care. Geneva, World Health Organization, 2008.
4. Hospital Universitário Norte Paraná. Same: Estatística. Available in: <http://intranethu.hurnp.uel/>. Accessed April 2013.
5. Committee NBCR. Standards and strategy for Burn Care: a review of burn care in the British Isles. British Burns Association; 2006.
6. Peck MD. Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. *Burns*. 2011;37(7):1087-100.

7. Park SY, Choi KA, Jang YC, Oh SJ. The risk factors of psychosocial problems for burn patients. *Burns*. 2008;34(1):24-31.
8. Coutinho BBA, Balbuena MB, Anbar RA, Almeida KG, Almeida PYNG. Epidemiological profile of patients hospitalized at the burned nursery of Beneficent Association of Campo Grande Santa Casa/MS. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2010; 25(4): 600-3.
9. Lancerotto L, Sferrazza R, Amabile A, Azzena B. Burn care in relation to burn epidemiology in Italy. *Burns*. 2011;37(5):835-41.
10. Burton KR, Sharma VK, Harrop R, Lindsay R. A population-based study of the epidemiology of acute adult burn injuries in the Calgary Health Region and factors associated with mortality and hospital length of stay from 1995 to 2004. *Burns* 2009 Jun;35(4):572-9.
11. Gawryszewski, VP et al. Public hospital emergency department visits due to burns in Brazil, 2009. *Cad. Saúde Pública* 2012;28 (4): 629-40.
12. Costa, MS. Trabalho informal: um problema estrutural básico no entendimento das desigualdades na sociedade brasileira. *Cad. CRH*. 2010, vol.23, n.58, pp. 171-190.
13. Orwelius L, Willebrand M, Gerdin B, Ekselius L, Fredrikson M, Sjöberg F. Long term health-related quality of life after burns is strongly dependent on pre-existing disease and psychosocial issues and less due to the burn itself. *Burns* 2013;39(2):229-35.
14. Gonçalves N; Echevarría-Guanilo ME, Carvalho FL, Miaso AI, Rossi LA. Biopsychosocial Factors that Interfere in the Rehabilitation of Burn Victims: Integrative Literature Review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011;19(3): 622-30.
15. Mirastschijski U, Sander JT, Weyand B, Rennekampff HO. *Burns*. Rehabilitation of burn patients: an underestimated socio-economic burden. *Burns* 2013;39(2):262-8.
16. Weissman O, Peleg K, Trivizki O, Givon A, Harats M, Stavrou D, Farber N, Remer E; ITG, Haik J. Are there predicting factors for burn patients that transfer to a rehabilitation center upon completion of acute care? *Burns* 2012;38(7):992-7.
17. Ciofi-Silva CL, Rossi LA, Dantas RS, Costa CS, Echevarria-Guanilo ME, Echevarria-Guanilo ME, Ciol MA. The life impact of burns: the perspective from burn persons in Brazil during their rehabilitation phase. *Disabil Rehabil.* 2010;32(6):431-7.
18. Piccolo MS, Daher RP, Gragnani A, Ferreira LM. Sexuality after burn in Brazil: survey of burn health-care workers. *Burns* 2011;37(8):1411-8.
19. Zachariah JR, Rao AL, Prabha R, Gupta AK, Paul MK, Lamba S. Post burn pruritus--a review of current treatment options. *Burns* 2012 Aug;38(5):621-9.
20. Goutos I, Eldardiri M, Khan AA, Dziewulski P, Richardson PM. Comparative evaluation of antipruritic protocols in acute burns. The emerging value of gabapentin in the treatment of burns pruritus. *J Burn Care Res* 2010;31(1):57-63.

21. Goutos I. Burns pruritus—a study of current practices in the UK. *Burns* 2010;36(1):42–8.
22. Anzarut A, Olson J, Singh P, Rowe BH, Tredget EE. The effectiveness of pressure garment therapy for the prevention of abnormal scarring after burn injury: a meta-analysis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2009;62(1):77-84.
23. Brasil. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Conass. Sistema Único de Saúde: Coleção para Entender a Gestão do SUS. Brasília: Conass, 2011. 291 p.
24. Yohannan SK, Ronda-Velez Y, Henriquez DA, Hunter H, Tufaro PA, Marren M, Sher M, Gorga DI, Yurt RW. Burn survivors' perceptions of rehabilitation. *Burns*. 2012;38(8):1151-6.

5.3 ARTIGO 3

ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DE UM CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS DO SUL DO BRASIL: PERFIL E OPINIÃO DOS USUÁRIOS

ASSISTANCE IN AN OUTPATIENT BURN TREATMENT CENTRE IN SOUTHERN BRAZIL: PROFILE AND OPINION OF USERS

Elisana Agatha Iakmiu Camargo Cabulon¹; Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli²; Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi³; Julia Trevisan Martins⁴.

1- Enfermeira do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário de Londrina (HUL), Pr – Brasil, Mestranda em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Endereço para correspondência: Rua Maragogipe, 73, apt 702, cep 86020-280. Londrina - Pr. Email: elisagatha@msn.com.

2- Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina - Pr, Doutora em Saúde Pública.

3- Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), Campus Ribeirão Preto, SP – Brasil, Doutora em Enfermagem.

4 - Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina - Pr, Doutora em Enfermagem.

Instituição: Universidade Estadual de Londrina. Av. Robert Koch, 60 –Vila Operária. Tel: 43 3371-2692

RESUMO

Os objetivos do estudo foram caracterizar o perfil sociodemográfico e a história da morbidade dos usuários do ambulatório do Centro de Tratamento de Queimados de Londrina (CTQ) e conhecer a sua opinião sobre o atendimento recebido. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa e quantitativa. A população foi composta por todos os indivíduos que estavam sendo atendidos no ambulatório do CTQ no período de junho de 2012 a janeiro de 2013. Os dados foram levantados por meio de um questionário, consulta aos prontuários e realização de entrevista exploratória sobre a opinião do usuário a respeito do atendimento. As respostas da entrevista foram transcritas na íntegra e submetidas ao método de Análise de Conteúdo de Bardin. Os dados quantitativos foram analisados por análise descritiva com auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Totalizaram-se 105 participantes, a maioria (66,0%) entre 20 e 49 anos, sendo que 51,0% da população possuía baixa escolaridade, 74,0% tiveram queimaduras em região do tronco. A opinião do usuário abrangeu as unidades de significado: ‘Processo do cuidar’, ‘Relacionamento interpessoal’, ‘Perspectivas do paciente queimado’, ‘Processo de organização do trabalho’ e ‘Sugestões de mudança’. O estudo mostrou a complexidade de atender o indivíduo queimado, sendo necessário que a equipe multiprofissional valorize a opinião deste paciente no intuito de fornecer uma assistência de maior impacto na melhoria da sua qualidade de vida.

Palavras Chaves : Queimaduras, atendimento, opinião do usuário, ambulatório.

ABSTRACT

The objectives of the study were to characterize the sociodemographic profile and history of users of outpatient morbidity Burn Treatment Centre Londrina (BTC) and to know their opinion about the service. This is a descriptive study of qualitative and quantitative approach. The population consisted of all individuals who were being treated at outpatient BTC from June 2012 to January 2013. Data were collected through a questionnaire, medical records and conducting exploratory interview on the user opinion about the service. The interview answers were transcribed and subjected to Content Analysis method of Bardin. Quantitative data were analyzed by descriptive analysis with *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Amounted to 105 participants, the majority (66.0%) was between 20 and 49 years old, with 51.0 % of the population had low education, 74.0 % had burns on the trunk. The user opinion covered the meaning units: 'Process of Care', 'Interpersonal Relationship', 'Perspectives of burned patients', 'Process of Work Organization' and 'Suggestions for Change'. The study showed the complexity of meeting the individual burnt, being necessary to the multidisciplinary team values the opinion of this patient in order to provide assistance with the greatest impact on improving your quality of life.

Key Words: Burns, service, user opinion, outpatient.

INTRODUÇÃO

O trauma da queimadura é considerado um episódio que traz mudanças físicas, psicológicas e sociais permanentes no indivíduo acometido¹. Portanto, atender ao paciente queimado por meio de ações que satisfaçam todas as suas necessidades e expectativas em relação a um serviço de saúde nas diversas fases de seu tratamento é uma tarefa desafiadora para a equipe multiprofissional de saúde.

O Ministério da Saúde, por meio da Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), desde 2006, tem propiciado a estes indivíduos a oportunidade de opinar sobre as políticas de saúde e avaliar o atendimento recebido, destacando os pontos críticos do sistema, a fim de que os gestores possam sanar os problemas encontrados².

A opinião que o usuário tem a respeito do cuidado fornecido pode ser particularmente importante no caso de queimaduras, devido à necessidade de regimes de tratamento que abrangem longos períodos de tempo após o trauma para um resultado satisfatório³.

Estudos destacam sobre a importância da valorização da satisfação do paciente com o cuidado recebido, uma vez que esta aumenta a sua participação no próprio tratamento, melhorando assim o seu estado de saúde físico e psicológico⁴⁻⁷.

A proposição deste estudo é justificada em função da importância do tema em questão, como ferramenta para melhorar a assistência e à escassa literatura encontrada na

área. Nesse sentido, os objetivos traçados foram caracterizar o perfil sociodemográfico e a história da morbidade da queimadura dos usuários do ambulatório de um centro de tratamento de queimados do sul do Brasil e conhecer a opinião destes sobre o atendimento recebido.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa, que recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CAAE: 03942112.1.0000.5231) conforme Resolução 466/12⁸.

A população de estudo foi composta por todos os indivíduos que estavam sendo atendidos no ambulatório no Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) do Hospital Universitário de Londrina (HUL), no período de julho de 2012 a janeiro de 2013. Para inclusão de tais pessoas na pesquisa, foram respeitados os seguintes critérios: idade- A partir de doze anos; intervalo de dois meses após a alta hospitalar; internação no CTQ em algum estágio do tratamento; não ser portador de doenças psiquiátricas que limitassem a cognição ou o raciocínio lógico e pragmático, previamente diagnosticadas; concordar em participar do estudo, após a explicação do mesmo e aceitação do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. Houve recusa de dois usuários na gravação de suas respostas, o que resultou em 105 participantes.

O CTQ é um centro de referência em tratamento de queimaduras para o estado do Paraná. Pertence a um hospital público de ensino, de nível terciário e órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina. Possui 10 leitos de enfermaria e 6 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que atendem a todas as faixas etárias⁹.

Os dados foram levantados durante o período de espera para atendimento no serviço por meio de um formulário para caracterização sociodemográfica, consulta aos prontuários para resgate da história da morbidade e realização de entrevista exploratória com perguntas sobre a opinião do usuário em relação ao atendimento recebido.

As respostas da entrevista foram transcritas na íntegra e submetidas ao método de análise de conteúdo que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens¹⁰.

Compreendeu três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. A pré-análise tratou-se de um trabalho de classificação; na segunda foi realizada a estruturação dos dados relevantes, decomposição dos dados brutos em Unidades de Significado e por último, com o tratamento dos resultados, objetivou-se

interpretá-los, sem a busca da relação causa e efeito, mas os possíveis significados para o fenômeno investigado¹⁰.

Os dados quantitativos foram planilhados e submetidos a tratamento estatístico descritivo com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0 com a finalidade de conhecer melhor a população de estudo.

Todos os dados coletados foram arquivados após análise, sob responsabilidade das pesquisadoras. Estes poderão subsidiar futuras pesquisas na área.

RESULTADOS

A população do estudo foi composta por 105 participantes. O sexo masculino foi predominante (58,0%) sobre o feminino (42,0%). As faixas etárias da população estudada foram bem distintas, variando dos 12 até 69 anos, sendo que entre os 20 e 49 anos observou-se maior concentração (66,0%) de indivíduos em acompanhamento pelo ambulatório.

Com relação à escolaridade, 17,0% relataram até 3 anos de estudo formal; 34,0%, 4 a 7 anos; 22,0%, 8 a 10 anos e 23,0% entre 11 e 14 anos de estudo.

A superfície corporal queimada (SCQ) dos pacientes variou de 1 a 58%, sendo que a maioria (74,0%) teve queimaduras em região do tronco; 67,0% nos membros superiores (MMSS) e 51,0%, nas mãos. A maioria (71,0%) sofreu queimaduras com predominância de segundo grau; mais de um terço (37,0%) teve até 10% da superfície corporal queimada; 32,0%, 11 a 20%; e 31,0% tiveram mais de 21% da SCQ.

As queimaduras foram ocasionadas por chamas (55,0%), escaldos (20,0%) e eletricidade (17,0%).

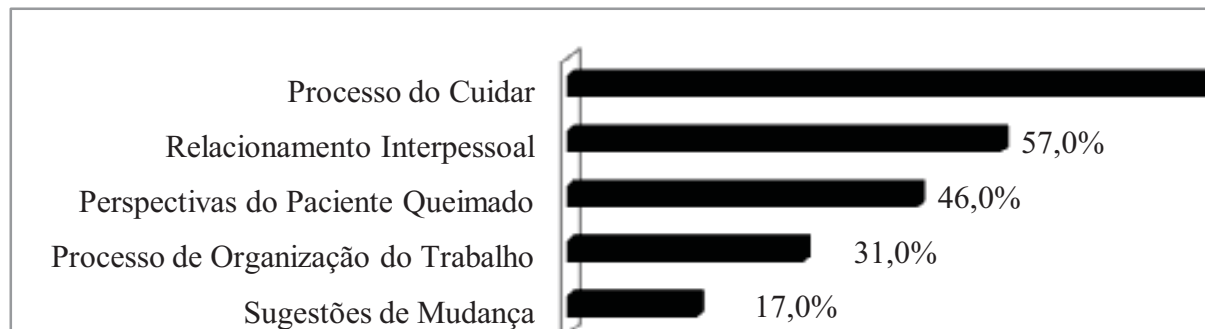
Com relação à história da queimadura, quase metade dos acidentes (49,0%) ocorreram no domicílio e o segundo local mais frequente foi o ambiente de trabalho (30,0%).

O tempo de alta hospitalar variou de 2 a 53 meses, sendo que 40% deles já estavam em casa há mais de 12 meses; 38,0%, há 5 meses e 22,0% já haviam tido hospitalar entre 6 e 11 meses.

O atendimento no ambulatório do CTQ foi classificado como bom (31,0%) e ótimo (68,0%), apenas 1,0% referiu ser regular.

A opinião do usuário sobre o atendimento recebido no ambulatório do CTQ foi categorizada em cinco Unidades de Significado: 'Processo do Cuidar', 'Relacionamento Interpessoal', 'Perspectivas do Paciente Queimado', 'Processo de Organização do Trabalho' e 'Sugestões de Mudança', conforme o Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição da opinião do usuário, segundo as Unidades de Significado, Londrina-Pr, 2013.



A maioria dos relatos (85,0%) estava relacionada à Unidade de Significado ‘Processo do Cuidar’, na qual apareceram referências a orientações fornecidas pelos profissionais para o esclarecimento das dúvidas; cuidados com as lesões, especificados na necessidade de uso da malha elástica para tentar evitar quelóides e alívio da dor; além de afirmações sobre a capacidade da equipe de saúde para o atendimento, bem como, a demonstração de cuidado, proteção, amor, segurança e acolhimento por parte dos profissionais em todo o processo de internação e reabilitação. Percebeu-se nas falas também o sentimento de gratidão dos pacientes em relação ao serviço.

“(...) As orientações que ele (médico) me passou foram fundamentais porque, os cuidados de limpeza, de hidratação, os medicamentos, teve um momento em que teve uma dúvida em relação a uma infecção e estava com alguns problemas na pele da perna, né, mas mesmo assim ele foi cauteloso, não me deu antibiótico porque eu sou diabético e ele falou que poderia prejudicar alguma coisa renal e ele pediu para esperar, mas se colocou a inteira disposição para qualquer problema, evolução antes do retorno na semana seguinte para com ele, eu ligasse para ele e fosse lá imediatamente. Então do ambulatório eu sempre sai de lá com as portas abertas para qualquer problema de emergência, eu ligasse e fosse imediatamente para lá, não precisou, e a evolução foi se dando normalmente e o acompanhamento com ele, dele, da equipe, para mim foi perfeito, foi 100%.” (M-13)

“O médico é muito excelente. O médico é bom mesmo(...) Somos bem atendido, conversam com a gente, bem conversado. Explicam bem explicado”. (M-14)

“(...) A maneira de vocês cuidarem da gente. Os comentários quando eu tava internado é que enfermeira não é uma pessoal normal, deve ser um anjo. O que fizeram por mim, o pessoal que estava junto comigo no quarto. Não dá para explicar, é muita atenção, muito cuidado com a gente.” (M-21)

“(...) Porque as pessoas dão bastante atenção pra mim e me mostram amor e eu gostei muito de ficar internada aqui no hospital, porque o HU é um hospital bom e eu sempre

comentei com o pessoal lá de fora, na minha empresa, que aqui é melhor que convênio(...).” (F-25)

“(...) Ah, porque eles dão explicação do que eles estão fazendo, tá diminuindo bem os quelóides, pra mim tá melhorando bem.” (M-46)

“Sou bem tratado e as pessoas trabalham com a gente com confiança e ajuda a gente vencer a batalha.” (M-50)

A segunda Unidade de Significado de destaque foi o ‘Relacionamento Interpessoal’, evidenciado em 57,0% das falas. Os usuários expuseram sobre o quão importante foi a atenção recebida de toda a equipe de saúde, valorizando as brincadeiras, a paciência, o carisma, a simpatia e o companheirismo dos profissionais, além de serem tratados com educação e respeito.

“A pessoa sabe tratar você aqui, né, não chega com autoridade, trata todo mundo com educação. Para mim foi a melhor coisa que eu achei do hospital.” (M-8)

“Acho que eu fui sorteada porque os enfermeiros que me ajudaram lá foram muito simpáticos, foram muito prestativos e me ajudou muito (...)” (F-11)

“(...) Ah, é a maneira de tratar a gente, com respeito, dá atenção pra gente assim.” (M-26)

“(...) Eu acho que o ponto mais positivo que eu vi foi o lado humano, assim, no atendimento.” (M-33)

“(...) Ah eu acho que desde o conversar com a gente pra quem tá machucado assim como eu, isso já basta já, já ajuda bastante”. (F-51)

A Unidade de Significado “Perspectivas do Indivíduo Queimado” extraída de 46,0% das opiniões levantadas e denotaram resignação e contentamento, além de expectativas positivas sobre o atendimento. As opiniões desses usuários concentraram-se em destacar a ausência de reclamações sobre o serviço.

“(...) Eu acho que ninguém tem que reclamar e dor é normal mesmo, mas o atendimento é muito bom acaba com tudo(...).” (F-6)

“Ah, eu pra mim tá bom assim do jeito que tá. Pra mim está ótimo. Não tenho do que reclamar (...)” (F-23)

“Eu acho que eles fazem o melhor que eles podem comigo. Não tenho o que reclamar não. Tá bom, perfeito”. (F-51)

“(...) Ah eu acho que não dá para melhorar mais do que tá aqui. Eu fui bem atendido aqui. Eu não posso reclamar. Se não fosse aqui eu tinha perdido a minha mão.” (M-72)

A quarta Unidade de Significado, ‘Processo e Organização do Trabalho’, representou 31,0% das opiniões dos participantes, sendo que dentre estes, 24,0% sinalizaram pontos positivos sobre o serviço, relacionados ao período reduzido de espera para as consultas; acompanhamento de todo o tratamento pelo mesmo profissional médico; garantia de continuidade no tratamento; possibilidade de remarcação de consultas; infraestrutura adequada; local agradável para aguardar o atendimento e presença de profissional para informações necessárias sobre os encaminhamentos burocráticos antes das consultas.

“São poucas pessoas que são marcadas, né, agendadas então não dá o desconforto da espera, não dá o desconforto de nenhuma lotação, e o atendimento do profissional que está me atendendo, ele tem acompanhado o caso desde o começo, só tenho tido acompanhamento ambulatorial com ele e sempre foi perfeito, porque a evolução do quadro foi transcorrendo normalmente, os espaçamentos das consultas foi se dando cada vez mais tempo e eu tenho provavelmente uma última consulta, um último retorno para alta (...)”. (M-13)

“(...) Me tratam muito bem, todo mundo. Começando da limpeza até o cara da medicina, todo mundo, ótimo comigo(...)”(F-25)

“(...) Sempre que eu preciso de um retorno ou estou com uma queixa eles abrem um horário”. (F-34)

“(...) O hospital está melhorando, a gente vê coisas novas (...)” (F-47)

“Ah porque a gente não fica com muita espera, né. Tem lugar ai que você vai que fica esperando umas 3-4 horas (...)” (M-67)

No entanto, 7% das falas abordaram a demora no atendimento, já que existe apenas um médico que é responsável tanto pelo atendimento na internação quanto ambulatorial.

“(...) Ah demora né, demora demais. Muito demorado, a gente tem que esperar. Eu sei que até é correto porque ele tem que fazer a vistoria em todas as camas, tem que ver como os

pacientes passaram a noite, para depois nos atender, isso ai não tem problema algum. Só que é muito demorado”. (M-36)

A Unidade de Significado ‘Sugestões de Mudanças’ foi elencada em apenas 17,0% das opiniões, sendo a maioria (61,0%) delas relacionadas à necessidade de ampliação do número de vagas e profissionais para atender com mais agilidade e rapidez um maior número de pessoas, tanto na fase aguda quanto nas cirurgias de correções de sequelas. Os usuários também fizeram menção ao papel do governo na viabilização de acessibilidade ao serviço em questão.

“Na realidade o que a gente espera muito é vaga, né? Então, como a gente sabe que tem muitas pessoas que também precisam e é limitado pelo Paraná que é um centro de referência (...)” (F-29)

“Eu ouço muito as pessoas quando estão aqui aguardando que não tem vaga. Hoje eu vim aqui esperando ter uma vaga e às vezes não tem. Precisava então aumentar os leitos. Às vezes o médicos demoram para vir atender, acho que precisava aumentar o número de médicos.” (F-82)

“(...)Ah tem que ter mais incentivo do governo, pra poder investir mais e mais e mais na qualidade de vida do usuário que depende do tratamento” (M-97)

“Olha eu só acho que demora muito tempo pra poder chamar a gente de volta, igual demorou bastante tempo (...)” [para a convocação para as cirurgias reparadoras] (F-105)

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que os acidentes com queimaduras ocorrem principalmente com homens na faixa etária dos 20 a 49 anos. Estudos epidemiológicos nacionais e internacionais têm demonstrado resultados semelhantes com este agravo acometendo todas as faixas etárias, principalmente os maiores de 15 anos¹¹⁻¹² ou entre 19 a 44 anos de idade¹³⁻¹⁴, sendo que os homens são os mais atingidos¹²⁻¹⁵. Tais dados apontam para os prejuízos pessoais e coletivos para estes indivíduos que se encontram em idade economicamente ativa e que repentinamente são obrigados a reorganizar sua vida familiar e social em virtude das sequelas físicas e emocionais do trauma da queimadura.

Ao excluir os indivíduos com menos de 15 anos de idade, verificou-se que metade da população apresentava baixa escolaridade (menos de 8 anos de estudo), corroborando com achados de estudos realizados em pacientes vítimas de queimaduras¹⁶⁻¹⁷. Entretanto, pesquisas com abordagem específica sobre o nível de escolaridade dos indivíduos

queimados, ainda são incipientes, embora, alguns estudos evidenciem que este agravo ocorre com mais frequência em países cujo nível socioeconômico é considerado baixo¹⁸. Além do mais, países em desenvolvimento possuem maiores índices destes tipos de lesões¹⁹. Estas afirmações podem ser interpretadas como sendo resultado de ações educativas ainda deficitárias para a prevenção deste tipo de agravo¹⁷.

A maioria apresentou queimaduras em região do tronco, MMSS e mãos. Resultados parecidos foram encontrados, enfatizando, porém a concentração das lesões em MMSS, mãos¹⁷ e também, face^{20,13}. A predominância das queimaduras foram as de segundo grau, semelhantemente ao estudo de Reis et al²¹.

As principais causas dessas lesões foram chamas, seguido dos escaldos concordando com Costa et al¹⁶ e Elsherbin et al²⁰ e eletricidade conforme estudo de Gonçalves et al¹⁷.

Os traumas ocorreram principalmente em casa e no trabalho semelhantemente a alguns estudos^{14,20,22}, sendo que entre os homens adultos, há predomínio dos acidentes no ambiente de trabalho¹⁴ e no ambiente domiciliar, entre as mulheres¹⁵. Além disso, elas sofrem mais frequente as queimaduras por líquido superaquecido (água) e os homens por chama e eletricidade¹⁵.

Os usuários classificaram o serviço como bom e ótimo. Porém estes resultados podem estar sendo influenciados por um fenômeno que alguns estudiosos definem como “Paradoxo da Satisfação”²³⁻²⁴, ou seja, o fato que, apesar dos serviços de saúde apresentarem vários problemas estruturais, organizacionais e de acesso, as pesquisas continuam levantando um elevado grau de satisfação dos pacientes, devido provavelmente a características socioeconômicas e educativas de significativa parte da população que podem influenciar a sua capacidade de assumir um papel ativo²⁵.

Com relação à opinião do usuário sobre o atendimento, a unidade de significado com maior representatividade foi ‘Processo do cuidar’. Notou-se que os indivíduos valorizaram a possibilidade de acesso ao cuidado de qualidade, destacando as competências dos profissionais em fornecer orientações e esclarecer dúvidas, o que proporcionou aos usuários maior interação com o próprio tratamento e com o serviço. Estas atitudes são positivas quando se trata de pacientes que sofreram queimaduras, concordando com a afirmação de Gonçalves et al²⁶ que afirmam que estes indivíduos necessitam sentir-se como corresponsáveis por sua reabilitação, sendo estimulados ao auto cuidado para que possam estar mais preparados para enfrentar o retorno ao convívio social e familiar.

O CTQ de Londrina tem como enfoque o cuidado com o paciente agudo, como sendo um serviço de referência para o Estado do Paraná, recebe indivíduos de diversas cidades, referenciado pela Central de Leitos. Sua estrutura física e humana ainda necessita de aprimoramento e ampliação para o atendimento dos pacientes após sua alta hospitalar, pois a maioria deles precisa de acompanhamento multidisciplinar especializado e também de novos procedimentos cirúrgicos para correções de sequelas. Apesar destas fragilidades, os usuários consideraram-se privilegiados e agradecidos por terem conseguido uma vaga neste serviço. Sobre este assunto, sabe-se da existência do “viés da gratidão”, o qual se define como o sentimento que certos pacientes podem apresentar quando conseguem atendimento, fazendo com que possíveis problemas ligados ao atendimento fiquem em segundo plano²⁷.

Em um estudo retrospectivo e exploratório sobre satisfação realizado com 86 pacientes queimados na Suécia verificou-se como ponto de destaque fatores interpessoais, como o contato com a equipe de enfermagem sendo mais importantes que aspectos relacionados ao tratamento²⁸. No presente estudo observou-se que a dignidade e o respeito com que o indivíduo foi tratado ajudaram em sua recuperação. Este paciente que estava fragilizado devido às lesões e ao trauma psicológico da queimadura encontrou no profissional de saúde o apoio emocional que ele precisava, quando, ao se relacionarem, o usuário percebeu atenção adequada da equipe em prol de sua recuperação. O relacionamento entre a equipe de saúde e paciente é considerado como importante ponto de apoio tanto na realização dos cuidados físicos quanto na criação de um local emocionalmente seguro nas instituições²⁹.

As ‘Perspectivas do paciente queimado’ refletem muitas vezes a satisfação decorrente da sobrevivência ao trauma da queimadura enquanto expectativa em relação ao serviço de saúde, ou seja, esta instituição, entendida como a soma dos recursos humanos e tecnológicos evitou a morte. Porém, o tratamento do indivíduo queimado continua por longos períodos após a hospitalização, o mesmo necessita de acompanhamento permanente e multidisciplinar para a sua máxima reabilitação e melhor qualidade de vida³⁰.

A ausência de reclamações a respeito do serviço nos relatos dos usuários, por sua vez, pode simplesmente refletir a sua incapacidade em expressar sua opinião de forma elaborada, devido provavelmente ao grau de instrução reduzido, dado sociodemográfico inerente à grande maioria e também à resignação com a condição de saúde momentânea.

Em relação à unidade de significado “Processo de Organização do Trabalho” a maioria dos usuários opinou de forma positiva sobre o atendimento. O vínculo com o profissional que o acompanha e o acesso a tecnologia de ponta de um centro

especializado no tratamento de pacientes com queimaduras mostraram serem diferenciais que agregam confiabilidade ao serviço.

Os relatos negativos sobre o serviço abordaram principalmente questões relacionadas ao tempo de espera demasiado, alinhando-se a resultados encontrados em outros estudos que avaliam os serviços de saúde³¹⁻³².

Também se confirmou outro aspecto que influencia o grau de satisfação dos usuários que é a comparação entre os atendimentos recebidos nos diferentes serviços, tendo como referência sua experiência prévia em outras unidades de saúde, fato já descrito por Holanda et al³⁰. Tal comparação é feita, muitas vezes, involuntariamente. Nesse compasso, constatou-se que os indivíduos pesquisados consideraram o CTQ como exemplo de gestão de qualidade do SUS. Este dado ganha especial relevância considerando que este serviço é oferecido por órgão público, sendo assim, teoricamente, acessível à toda a população.

Uma porcentagem pequena das opiniões, porém não menos relevante foi relacionada à unidade de significado 'Sugestões de Mudanças'. Sobre este aspecto, o exercício do direito fundamental do usuário que é o de opinar sobre o que lhe agrada ou desagrade no serviço público, possivelmente indica defeitos na organização da atenção ou na relação usuário/profissional³³. Esta prática limitada pode estar refletindo tanto a deficiência de conscientização destes usuários, como a situação de submissão a que os mesmos se colocam na utilização do serviço de saúde. Resultados encontrados neste estudo confirmam esta realidade.

Ao verificar a escolaridade dos usuários que expuseram sugestões para melhorar o serviço, descobriu-se que 65,0% deles possuíam mais de oito anos de estudo, sugerindo que os estudos de satisfação do usuário no Brasil têm relacionado a escolaridade como uma dimensão que tende a influenciar na satisfação com o atendimento³¹. Entre os usuários do SUS, os grupos com maior escolaridade tendem a ser mais exigentes com a qualidade do atendimento e, portanto, mostram-se menos satisfeitos^{32,34}.

Em estudo sobre avaliação do atendimento em serviços oftalmológicos do Sistema Único de Saúde (SUS) em um centro urbano do sul do país foram encontrados alguns resultados diferentes dos expostos nesta pesquisa: dos 350 participantes, 75,4% emitiram sugestões e/ou reclamações referentes ao serviço e ao atendimento. Porém, existem semelhanças em algumas das principais sugestões e queixas dos usuários: agilidade na recepção e espera demasiada para ser atendido e, principalmente, atendimento na hora marcada. Também citaram a necessidade de melhorar a relação interpessoal, tanto com o médico quanto com os atendentes; priorizar atendimento aos idosos; disponibilizar copos

descartáveis; aumentar o número de cadeiras; preocupar-se mais com a limpeza dos ambientes, em especial dos banheiros e existência de painéis eletrônicos de chamada³⁵.

Tais problemas não foram levantados neste estudo, porém não significa que não existam, pois os participantes estavam em acompanhamento terapêutico e talvez tenha havido certo constrangimento em reivindicar alguma melhoria ou solicitar mais mudanças. Camuci³⁶ afirma sobre a importância dos recursos humanos, em destaque a equipe de enfermagem, que muitas vezes encontra-se em número menor que o necessário para o cuidado do paciente queimado o que pode refletir na qualidade da assistência prestada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trauma da queimadura trouxe alterações em todos os aspectos da vida do indivíduo acometido bem como para os seus familiares.

Destacaram-se os homens em idade produtiva como os mais atingidos, em acidentes domiciliares e de trabalho, causados principalmente por chamas e atingindo várias partes do corpo, em especial o tronco, membros superiores e mãos.

As unidades de significado mais citadas foram: ‘Processo do Cuidar’ e ‘Relacionamento Interpessoal’, revelando a complexidade de atender o indivíduo queimado de forma humanizada e multiprofissional não somente na fase aguda do trauma, mas também em todo o seu processo de reabilitação.

Os usuários consideraram o atendimento do serviço em questão como de qualidade em comparação com outros que já frequentaram. Além disso, valorizaram a capacidade técnica dos profissionais que os ajudaram em seu tratamento, principalmente no período de internação.

Apesar de serem levantadas algumas sugestões de mudança no atendimento, a baixa escolaridade pode ser uma das causas de se encontrar uma porcentagem pequena sobre esta unidade de significado, bem como, de demais críticas sobre o serviço.

A pesquisa com abordagem de opinião do usuário, apesar de possuir limitações em captar de maneira ampla e genuína a percepção deste sobre o atendimento no serviço de saúde, neste estudo, possibilitou a ampliação dos conhecimentos sobre a importância do tema e expôs a necessidade de valorizá-lo.

Espera-se com os resultados deste estudo possam motivar equipes multiprofissionais de saúde a valorizar a opinião que o usuário tem em relação ao serviço, no intuito de fornecer assistência de maior impacto na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos vítimas de queimadura.

REFERÊNCIAS

- 1 Costa MCS, Rossi LA, Lopes LM, Cioffi CL. Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em reabilitação de queimaduras. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008; 16(2): 252-259.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS*. 2006. [site da Internet] [acessado 2013 mai 07]. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>.
- 3 Sheffield IICG, Irons GB, Mucha JRP, Malec JF, Ilstrup DM, Stonnington HH. Physical and psychological outcome after burns. *J Burn Care Rehabil* 1988; 9:172-7.
- 4 Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev* 1993; 50:49-79.
- 5 Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 2001;52:609-20.
- 6 Michaels AJ, Michaels CE, Smith JS, Moon CH, Peterson C, Long WB. Outcome from injury: general health, work status, and satisfaction 12 months after trauma. *J Trauma* 2000;48:841-8. discussion 848-50.
- 7 Sorlie T, Sexton HC, Busund R, Sorlie D. Predictors of satisfaction with surgical treatment. *Int J Qual Health Care* 2000; 12:31-40.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Acesso em mai. 2013] Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- 9 Hospital Universitário Norte Paraná. *Same: Estatística* 2012. [Acesso em: mar. 2013]. Disponível em: <http://intranethu.hurnp.uel/>.
- 10 Bardin L. *Análise de conteúdo*. 20. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
- 11 Macedo AC, Proto RS, Moreira SS, Gonella HA. Estudo epidemiológico dos pacientes internados na Unidade de Tratamento de Queimados do Conjunto Hospitalar de Sorocaba entre 2001 a 2008. *Rev Bras Queimaduras* 2012; 11(1):23-5.
- 12 Barros B, Coutinho A, Balbuena MB, Anbaar RA, Anbar RA, Almeida KG, Nukariya PY, Almeida G. Perfil epidemiológico de pacientes internados na enfermaria de queimados da Associação Beneficente de Campo Grande Santa Casa/MS. *Rev Bras Cir Plast* 2010; 25(4):600-3.
- 13 Taira BR, Singer AJ, Thode HC Jr, Lee C. Burns in the emergency department: a national perspective. *J Emerg Med* 2010; 39(1):1-5.
- 14 Tang K, Jian L, Qin Z, Zhenjiang L, Gomez M, Beveridge M. Characteristics of burn patients at major burn center in Shanghai. *Burns* 2006; 32(8):1037-43.

- 15 Elkafssaoui S, Tourabi K, Bouaiti E, Ababou K, Moussaoui A, Ennouhi MA et al. Epidemiological analysis of burn patients in the military hospital, Rabat, Morocco. *Ann Burns Fire Disasters* 2011; 24(3):115-9.
- 16 Costa MCS, Rossi LA, Dantas RAS, Trigueros LF. Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras. *Cogitare Enferm* 2010; 15(2):209-16.
- 17 Gonçalves AC, Echevarría-Guanilo ME, Gonçalves N, Rossi LA, Farina Junior JA. Caracterização de pacientes atendidos em um serviço de queimados e atitudes no momento do acidente. *Rev Eletr Enf* 2012 oct/dec;14(4):866-72.
- 18 World Health Organization. *Burns*. WHO; 2012 [acessado em 2013 mai10]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/>.
- 19 Hodgins P, Potokar T, Price P. Comparing rich and poor: Burn prevention in Wales, Pakistan, India, Botswana and Zambia. *Burns* 2011;37:1354-59.
- 20 Elsherbin O E E, Salem M A, El-Sabbagh, A H, Elsherbiny, M R, Eldeen ,M A E. Quality of life of adult patients with severe burns. *Burns* 2011; 37: 776-89.
- 21 Reis IF, Moreira CA, Costa ACSM. Estudo epidemiológico de pacientes internados na unidade de tratamento de queimados do hospital de urgência de Sergipe. *Rev Bras Queimaduras* 2011; 10(4):114-18.
- 22 Cocco M; Lopes MJM. Morbidade por causas externas em adolescentes de uma região do município de Porto Alegre. *Rev Eletr Enf* 2010; 12(1):89-97.
- 23 Mazza L. *Il concetto di soddisfazione*. Salute e Territorio 1998; 107:30-38.
- 24 Vaitsman J, Andrade BGR. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Rev Cien Saude Colet* 2005; 10(3):599-613.
- 25 Serapioni M, Silva MGC. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. *Rev Cienc Saude Colet* 2011; 16(11): 4315-4326.
- 26 Gonçalves N; Echevarría-Guanilo ME, Carvalho FL, Miasso AI, Rossi LA. Fatores biopsicossociais que interferem na reabilitação de vítimas de queimaduras: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2011;19(3): 622-30 .
- 27 Bernhart MH, Wiadnyana IGP, Wihardjo H, Pohan I. Patient satisfaction in developing countries. *Soc Sci Med* 1999; 48(8):9899-996.
- 28 Wikehult B, Kildal, M, Willebrand, M. Patient satisfaction with burn care 1 to 6 years after the burn injury. *Burns* 2008;34(6):783-90.
- 29 Acton AR, Mounsey E, Gilyard C. The Burn Survivor Perspective. *J Burn Care Res* 2007;28(4):615-20.

- 30 Liang CY, Wang HJ, Yao KP, Pan HH, Wang KY. Predictors of health-care needs in discharged burn patients. *Burns* 2012 (38)172–179.
- 31 Hollanda E, Siqueira SAV, Andrade GRBA, Molinaro A, Vaitsman J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Rev Cien Saude Colet* 2012; 17(12):3343-52.
- 32 Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. *Rev Bras Epidemiol* 2009;12(3):281-296.
- 33 Oliveira CG. *Análise do Conceito de Satisfação do Usuário na Obra de Donabedian*. Rio de Janeiro: Editora UERJ; 1992.
- 34 Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS). *Saúde na opinião dos brasileiros: um estudo prospectivo*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2003.
- 35 Benazzi LEB, Figueiredo ACL, Bassani DG. Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil. *Rev Cien Saude Colet* 2010, 15(3):861-868.
- 36 Camuci MB. *Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de queimados segundo o Nursing Activities Score*. 2012. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

6 CONCLUSÃO GERAL

O trauma da queimadura interferiu negativamente em diversos aspectos da QV dos indivíduos acometidos e de seus familiares.

Ao estudar esta população, repleta de diversidades, os resultados sócio demográficos e da história da morbidade possibilitaram as seguintes conclusões:

- Os homens em idade produtiva foram os mais acometidos por este trauma;
- A baixa escolaridade foi evidenciada, pois mais da metade dos indivíduos referiu ter menos de 8 anos de estudo;
- Quase a totalidade dos indivíduos possuía uma ocupação antes da queimadura, porém após o trauma a maioria tornou-se beneficiária do INSS ou desempregada, necessitando depender de outros familiares para seu sustento;
- A maioria possuía renda familiar baixa proveniente de ocupações relacionadas ao comércio ou reparação e serviços gerais;
- A maioria residia em outras cidades do estado junto com a família e possuía companheiro;
- Os acidentes ocorreram principalmente no ambiente domiciliar e no trabalho devido as chamas, escaldos eletricidade;
- A gravidade das lesões foram predominantemente de segundo grau e atingiram várias partes do corpo, em especial o tronco, membros superiores e mãos, as quais sujeitaram os indivíduos a diversos procedimentos cirúrgicos com destaque para os desbridamentos e desbridamentos com enxertos. A lesão inalatória foi um agravante diagnosticado;
- O tempo de internação chegou à até 167 dias, com predominância do período de 15 a 30 dias. Já o tempo de alta hospitalar da maioria foi maior de 12 meses;

A aplicação da escala BSHS-R evidenciou que:

- O trauma da queimadura traz consigo alterações em todos os aspectos da vida principalmente nos domínios relacionados à *sensibilidade da pele*, ao *trabalho e afeto e imagem corporal*;

- A qualidade de vida esteve significativamente afetada pelo sexo, idade e ocupação dos indivíduos bem como pelo local de residência, a renda familiar, a superfície corporal queimada, o tempo de internação e o ambiente de ocorrência do trauma;
- A BSHS-R constitui-se em instrumento adequado para avaliar a qualidade de vida do indivíduo queimado, norteando o planejamento do cuidado, por meio da utilização de seus parâmetros como ferramenta para a identificação das necessidades e potencialidades do indivíduo.

A respeito dos aspectos físicos, emocionais e sociais que afetaram o processo e reabilitação levantou-se que:

- Após a queimadura a maioria dos indivíduos considerou-se independente por conseguir realizar as atividades;
- Todos os indivíduos relataram possuir sequelas estéticas. A maioria também referiu sequelas emocionais e funcionais. Uma porcentagem menor citou sequelas relacionadas a sexualidade;
- Houve uma tendência de associação entre a condição de responsabilidade na família e o relato da sequela funcional. Além de associação significativa deste com a SCQ;
- Houve associação estatisticamente significativa entre a sequela funcional e o grau de dependência;
- A associação entre o grau de dependência para atividades cotidianas referido pelos indivíduos e as variáveis renda familiar, ocupação e SCQ mostrou-se significativa;
- Os principais desconfortos levantados foram prurido, ressecamento cutâneo e dor;
- Os cuidados após a queimadura foram relacionados à proteção solar, hidratação cutânea, uso da malha elástica, fisioterapia, massagem e administração de medicamentos analgésicos e antihistamínicos;
- Os indivíduos necessitam do apoio da família e dos amigos no seu processo de reabilitação. Porém o apoio dos profissionais de saúde não foi relatado como relevante;

- Os tipos de apoio mais citados foram o emocional, financeiro e o de infraestrutura.

As opiniões sobre o atendimento recebido revelaram que:

- A análise das opiniões resultou em cinco Unidades de Significado: ‘Processo do cuidar’, ‘Relacionamento interpessoal’, ‘Perspectivas do paciente queimado’, ‘Processo e organização do trabalho’ e ‘Sugestões de mudança’;
- O atendimento do serviço em questão foi considerado de qualidade em comparação com outros que já frequentaram;
- Os indivíduos valorizaram a capacidade técnica dos profissionais, bem como reconheceram que as *relações interpessoais* os ajudaram em sua recuperação;
- Apesar de serem levantadas algumas *sugestões de mudança* no atendimento, neste grupo de indivíduos, a baixa escolaridade pode ter sido uma das causas de se encontrar porcentagem pequena sobre este tema, bem como de demais críticas sobre o serviço.

7 CONCLUSÕES

O trauma ocasionado pela queimadura atinge a saúde física, emocional e social do indivíduo acometido. Devido a esta afirmação, seu tratamento deve ser realizado de forma continuada e a equipe de saúde deve considerar a auto avaliação deste de sua qualidade de vida como direcionador da assistência a ser prestada.

O enfermeiro, integrante da equipe multidisciplinar, necessita entender a complexidade do cuidado ao indivíduo queimado para garantir a qualidade na assistência não somente na fase aguda do trauma, mas também em todo o seu processo de reabilitação.

Os serviços de saúde, tanto os de referência, como de contra referência, devem aprimorar a cobertura de suas ações através do trabalho articulado de prevenção, tratamento e reabilitação deste grupo de indivíduos, o que possibilitaria a redução da mortalidade e proporcionaria para os indivíduos acometidos, melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ADCOCK, R. J.; BOEVE, S. A.; PATTERSON, D. R. Psychological and emotional recovery. In: CARROUGHER, G. J. **Burn care and therapy**, New York: Mosby, 1998.cap.13, p. 329-349.
- ALBERTYN, R. et al. The domestication of fire: The relationship between biomass fuel, fossil fuel and burns. **Burns**, v.38, n.6.p.790-795, set 2012.
- ALEXANDRE, L. B. S. P. **Epidemiologia aplicada nos serviços de saúde**. 1.ed. São Paulo: Martinari, 2012.
- ANTOON, A. Y; DONOVAN, M. K. Queimaduras. In: NELSON, W. E., et al. (Ed). **Tratado de pediatria**. 17.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p. 354-63.
- ATIYEH, B. S.; COSTAGLIOLA, M.; HAYEK, S. N. Burn prevention mechanisms and outcomes: pitfalls, failures and successes. **Burns**, v. 35, n. 2, p.181–193, 2009.
- AUQUIER, P.; SIMEONI, M. C.; MENDIZABAL, H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. **Revue Prevenir**, [s.l.], v. 33, p. 77-86, 1997.
- BARBARINI, E. R.; PREBIANCHI, H. B. Aspectos conceituais e metodológicos das medidas de qualidade de vida para crianças. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA PUC-CAMPINAS, 13., 2008, Campinas. **Anais**.Campinas: PUC, 2008.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 20. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARTLETT, S. N. The problem of children’s injuries in low income countries: a review. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 17, n.1, p. 1–13, 2002.
- BECH, P. Quality of life measurements in the medical setting. **European Psychiatry**, Paris, v. 10, p. 83-85, 1995. Suplemento 3.
- BLALOCK, S. J.; BUNKER, B. J.; DE VELLIS, R. F. Measuring health status among survivors of burn injury: revisions of the burn specific health scale. **Journal of Trauma**, Baltimore, v. 36, n. 4, p. 508-515, 1994.
- BOWLING, A. What things are important in people’s lives? A survey of the public’s judgements to inform scales of health related quality of life. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 41, p. 1447-1462, 1995.
- BOWLING, A. **Measuring health**: a review of quality of life measurement scales. 2nd ed. Buckingham: University Press, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 12 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 12 ago 2013.

BULLINGER, M. et al. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 2, p. 451-491, 1993.

BRUSSELAERS, N. et al. Severe burn injury in Europe: a systematic review of the incidence, etiology, morbidity, and mortality. **Critical Care**, London, v. 14, n. 5, 2010.

BURCKHARDT, C. S. et al. Quality of life of adults with chronic illness: a psychometric study. **Research in Nursing and Health**, New York, v. 12, n. 6, p. 347-354, Dec. 1989.

CAMPAGNA, V. N.; SOUZA, A. S. L. Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. **Boletim de psicologia**, São Paulo, v. 56, n. 124, jun. 2006 .

CARLUCCI, V. D. S. et al. A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.4, n.1, p.21-27, 2007.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

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

COSTA, M. C. et al. Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 209-216. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17849/11644>>. Acesso em: 7 jul. 2013.

COSTA, M. C. et al. Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em reabilitação de queimaduras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.2, p.252-259, 2008.

DYSTER-A. A. S. J. et al. Major depression and posttraumatic stress disorder symptoms following severe burn injury in relation to lifetime psychiatric morbidity. **Journal of Trauma**, Baltimore, v. 64, n. 5, p. 1349–56. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18469660>. Acesso em: 7 jul. 2013.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E. **Validação da “Burn Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS” e da “Impacto of Event Scale – IES” para brasileiros que sofreram queimaduras**. Tese(Doutorado) - Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-07102009-155123/pt-br.php>>. Acesso em 7 jul. 2012.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**; Oxford, v. 22, n.3, p. 502-508, Sept. 1995.

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

FERREIRA, E. et al. The cultural adaptation and validation of the “Burn Specific Health Scale – Revised” (BSHS-R): version for Brazilian burns victims. **Burns**, Guildford, v. 34, n. 7, p. 994-1001, 2008.

FLANAGAN, J. C. Measurement of quality of life: current state of the art. **Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation**, Chicago, v. 63, n. 2, p. 56-59, Feb.1982.

FLECK, M. P. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, p. 198-205, 1999.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIANCHELLO, A. L. Health outcomes research in Hispanics/ Latinos. **Journal of Medical Systems**, New York, v. 21, n. 5, p. 235-254, 1996.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIMENES, G. A. et al. Estudo epidemiológico de pacientes internados no centro de queimados do conjunto hospitalar de Sorocaba. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Limeira, v. 8, n. 1. p.14-17, 2009.

GOLD, M. R. et al. Identifying and valuing outcomes. In: HADDIX, A. C. et al. (Org.). **Prevention effectiveness: a guide to decision analysis and economic evaluation**. Oxford: Oxford University Press, p. 82-123, 1996.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA. **IntranetHU**. SAME: estatística. 2012. Disponível em:<<http://intranethu.hurnp.uel/>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

KATSCHNIG, H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? **Current Opinion in Psychiatry**, Philadelphia, v. 10, n. 5, p. 337-345, 1997.

KLATCHOIAN, D.A. et al. Qualidade de vida de crianças e adolescentes de São Paulo: confiabilidade e validade da versão brasileira do questionário. *Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0*. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 4, p. 308-315, 2008.

KURASHIMA, A.Y.; SANTOS, E. M. M. Instrumentos de aferição da qualidade de vida em pediatria. In: ASSUMPÇÃO J. R. F. B., KUCZYNSKI, E. (org.) **Qualidade de vida na infância e adolescência**. São Paulo: Artmed, p. 57-70, 2010.

MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de Queimaduras**. São Paulo, Atheneu, 2004.

MALTA, D. C. et al. Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos: Brasil, 2006 a 2007. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p.1669-1679, 2009.

MARTINS, L. M.; FRANCA, A.P.D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, dez. 1996.

MEDEIROS, L. G.; KRISTENSEN, C. H.; ALMEIDA, R. M de. Estresse pós-traumático em pacientes vítimas de queimaduras: uma revisão da literatura. **Aletheia**, Canoas, n. 29, p. 177-189, 2009.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 07-18, 2000.

MINAYO, M. C. S. (Org.). O desafio da pesquisa. In: _____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MOCK, C. et al. (Ed.). **A WHO plan for burn prevention and care**. Geneva: World Health Organization, 2008.

MONTEIRO, R. et al. Qualidade de vida em foco. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 568-574, 2010.

MORAES, R. **Análise de conteúdo**. Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MUNDSTOCK, E. et al. **Introdução à análise estatística utilizando o Spss 13.0**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Matemática, 2006. (Cadernos de Matemática e Estatística Série B: Trabalho de Apoio Didático). Disponível em: <http://www.mat.ufrgs.br/~camey/SPSS/Introdu%E7%E3o%20%E0%20An%Elise%20Estat%EDstica%20utilizando%20o%20SPSS%2013_0.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2012.

MUNSTER, A. M.; HOROWITZ, G. L.; TUDAHL, L. A. The abbreviated burn-specific health scale. **Journal of Trauma**, Baltimore, v. 27, n. 4, p. 425-428, 1987.

NNABUKO, R. E. E. et al. Burn injuries in Enugu Nigeria – aetiology and prevention: a six year review (January 2000 – December 2005). **Annals of Burns and Fire Disasters**, Palermo, v. 22, n. 1, p. 40-43, Mar. 2009.

NOBRE, M. R. C. Qualidade de vida. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v.64, n.4, 1995.

NOVELLI, B., MELANDRI, D., BERTOLOTTI, G. et al. Quality of life impact as outcome in burns patients. **Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia**, Pavia, v. 31, n. 1, p. 58-63, 2009 Jan-mar. Supplement A.

- PAINTER, P. The importance of exercise training in rehabilitation of patients with end-stage renal disease. **American journal of kidney diseases**, New York, v. 24, n.1, p. 2-9, Jul. 1994. Supplement 1.
- PECK, M. D. Epidemiology of burns throughout the world. part I: distribution and risk factors. **Burns**, Guildford, v. 37, n. 7, p. 1087-100, 2011.
- PATIL, V. et al. Do burn patients cost more? The intensive care unit costs of burn patients compared with controls matched for length of stay and acuity. **Journal of Burn Care and Research**, Hagerstown, v. 31, n. 4, p. 598-602, July-Aug. 2010.
- PINTO NETO, A. M.; CONDE, D. M. Qualidade de vida. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 535-536, 2008.
- PRUZINSKY, T. et al. Psychometric assessment of psychologic factors influencing adult burn rehabilitation. **Journal Burn Care & Rehabilitation**, St Louis, v.13, n.1, p.79-88, 1992. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1572863>>. Acesso em: 7 jul. 2012.
- OLABUENAGA, J.I. R.; ISPIZUA, M.A. **La descodificacion de la vida cotidiana: metodos de investigacion cualitativa**. Bilbao, Universidad de deusto, 1989.
- P JÚNIOR, G. F.; VIEIRA, A. N. P.; ALVES, G. M. Avaliação da qualidade de vida de indivíduos queimados pós alta hospitalar. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Limeira, v. 9, n. 4, p.140-145, 2010.
- ROSE, J. K.; HERNDON, D. N. Advances in the treatment of burn patients. **Burns**, Guildford, v. 23, p.19-26,1997. Suplemento 1.
- ROSSI, L. A. et al. Cultural meaning of quality of life: perspectives of brasilian burn patiets. **Disability and Rehabilitation**, London, v. 31, n. 9, p. 712-719, 2009.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.
- SKI, C. F.; THOMPSON, D. R. Quality of life in cardiovascular disease: What is it and why and how should we measure it? **European journal of cardiovascular nursing**, Amsterdam, v. 9, n. 4, p. 201-202, July 2010.
- SMITH, K. W.; AVIS, N. E.; ASSMANN, S. F. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 8, n. 5, 1999.
- SOUZA, F. A. E. F.; MENDES, I. A. C.; SILVA, J. A. Atitudes de profissionais de enfermagem em relação ao paciente queimado: elaboração e teste de fidedignidade de um instrumento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n.1, p. 69-82, 1994.

SPIRES, M. C.; KELLY, B. M.; PANGILINAN, P. H J. R. Rehabilitation methods for the burn injured individual. **Phys Med Rehabil Clin N Am.** V. 18, n.4, p. 925-948, 2007

SUMMERS, T. M. Psychosocial support of the burned patient. **Critical Care Nursing Clinics North América**, Philadelphia, v. 3, n. 2, p. 237-44. 1991. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2054128>>. Acesso em: 7 jul. 2012.

TER SMITTEN, M. H.; GRAAF, R; VAN LOEY, N. E. Prevalence and co-morbidity of psychiatric disorders 1–4 years after burn. **Burns**, Guildford, v. 37, n. 5, p. 753–61. 2011.

YODER, L. H.; NAYBACK, A. M.; GAYLORD, K. The evolution and utility of the Burn Specific Health Scale: a systematic review. **Burns**, v. 36, n. 8, p. 1143–1156, 2010.

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

VALE, S. C. E. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 9-19. 2005.

VINACCIA, S.; OROZCO, L. M. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crônicas. **Journal Diversitas**, v.1, n.2, p.125-127, 2005.

VAN NIEKERK, A. **Paediatric burn injuries in Cape Town, South Africa: context, circumstances and prevention barriers**. 68 p. Stockholm: Karolinska Institute, 2007.

WEINBERG, K. et al. Pain and anxiety with burn dressing changes: patient self- report. **Journal of Burn Care Rehabilitation**, St. Louis, v. 21, n. 2, p. 155-6. 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10752749>>. Acesso em: 7 jul. 2012.

WILLEBRAND, M. et al. Development of the coping with burns questionnaire. **Personality and individual differences**. v.30, p. 1059-1072, 2001.

WIKEHULT, B.; KILDAL, M.; WILLEBRAND, M. Patient satisfaction with burn care 1 to 6 years after the burn injury. **Burns**, v. 34, p. 783–790, 2008.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where are we going. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 4, n. 52, p. 355-63, 1999.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessments (WHOQOL): development and general psychometric properties. Organization. Special Issue “Quality of Life”. **Social Science Medicine**, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Burns**. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/>>. Acesso em: 10 maio 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global burden of disease: 2004**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2013

APÊNDICE

**APÊNDICE 1 -
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**
As informações de 1 a 21 serão perguntadas diretamente ao paciente:
Variáveis Sociais E Demográficas

- 1 Entrevista N. _____ 2 Nome: (Somente Iniciais) _____
3 Idade: _____ 4 Registro: _____ 5 Sexo: _____
6 Situação Conjugal: () Com Companheiro () Sem Companheiro
7 Condição de Habitação: () Sozinho () Com Família Ou Outro
8 Cidade Onde Mora: _____
9 Escolaridade: Anos de Estudo Formal _____
10 Condição de Ocupação antes da Queimadura:
Desempregado ()
Dona Casa ()
Estudante ()
Aposentado ()
Tipo de Trabalho () _____
11 Condição de Ocupação Atual:
Desempregado ()
Dona Casa ()
Estudante ()
Aposentado ()
Tipo de Trabalho () _____
12 Renda Familiar Em Salários Mínimos: _____
13 Condição de Responsabilidade na Família
Chefe de Família Responsável pelo Sustento ()
Dependente ()

Variáveis da História de Morbidade após Queimadura

- 14 Você acha que tem alguma sequela da queimadura?
()SIM. Onde? Por quê?
Tipo:
Estética () _____
Funcional () _____
Emocional() _____
No relacionamento íntimo () _____
NÃO () Por quê? _____
15 Você tem sintomas que provocam desconforto (prurido, ressecamento de pele, etc).?
Especificar: _____
16 Especificar grau de dependência: () independente () parcial () total
17 Descrever o por quê: _____
18 Quem são as pessoas que te ajudam/apoiam? _____
19 De que maneira (ações) elas te ajudam/apoiam? _____
20 O que você pensa sobre a presença da família e/ou dos amigos? Por quê? _____
21 Qual (is) cuidado (s) você tem feito após a queimadura:
Proteção solar () sim () não
Fisioterapia () sim () não
Massagem () sim () não
Hidratação () sim () não
Malha elástica () sim () não
Silicone() sim () não
Medicações () sim () não
Se sim,
especificar: _____

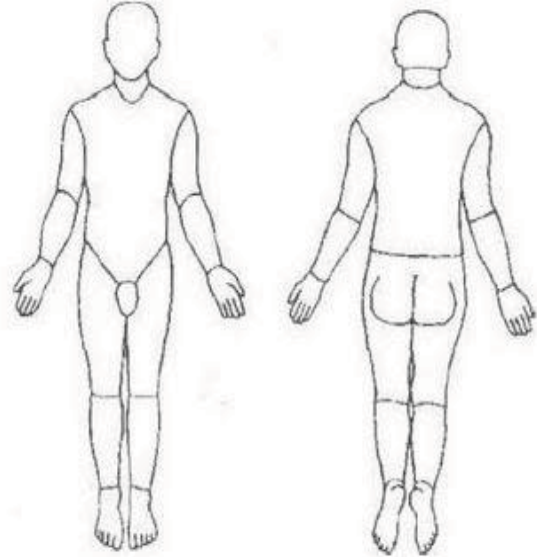
As informações de 18 a 32 serão coletadas no prontuário do paciente

22 Data da internação: _____

23 Data da alta hospitalar: _____

20 Dados Relativos À Queimadura

- Couro cabeludo ()
- Face ()
- Região Cervical ()
- Tórax Anterior ()
- Tórax Posterior ()
- Abdomen ()
- MSD ()
- MSE ()
- Mão D ()
- Mão E ()
- MID ()
- MIE ()
- Pé D ()
- Pé E ()
- Períneo ()
- Nádegas ()



24 Profundidade (predomínio): () 1º grau () 2º grau () 3º grau

25 Superfície corporal queimada (SCQ):

26 Lesão Inalatória () sim () não

27 Agente Causador

Chamas () especificar _____

Escaldo líquidos quentes () especificar _____

Eletricidade () especificar _____

Químico () especificar _____

Outro () _____

28 Breve História: _____

29 Necessidade De Cirurgia: () Sim () Não

Se Sim, qual? _____

30 Fez Enxerto: () Sim () Não

31 Áreas De Enxerto: _____

32 Tipo De Enxerto: () Total () Expandido

33 Áreas Doadoras: _____

OBSERVAÇÕES: _____

ANEXOS

ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: “QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO DO CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS DO SUL DO BRASIL”

Prezado(a) Senhor(a): _____

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO DO CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS DE LONDRINA”, realizada em **Londrina**. O objetivo da pesquisa é conhecer a qualidade de vida de pessoas que sofreram queimaduras com o objetivo de promover maneiras para a melhor assistência de saúde delas. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: Responder a uma entrevista escrita sobre qualidade de vida e sobre a história de sua queimadura e também a uma pergunta que será gravada sobre a sua opinião sobre o atendimento que está recebendo neste serviço. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo o senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações que o senhor (a) fornecer serão guardadas para futuras pesquisas e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Da mesma forma, as gravações realizadas serão posteriormente arquivadas pela pesquisadora para uma possível utilização em novas pesquisas.

O senhor (a) terá benefícios diretos se quiser participar que serão: a possibilidade de obter respostas a dúvidas que possam surgir após responder às perguntas que serão feitas e também de busca de soluções para problemas que possa relatar. Indiretamente, o senhor (a) estará colaborando para que este serviço possa conhecer como pode melhorar a assistência que oferece e também a qualidade de vida das pessoas que sofrem queimaduras.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso o senhor (a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar (**Elisana Agatha Iakmiu Camargo Cabulon, R. Robert Koch, 60, fone: 3371-2692, email: elisagatha@msn.com**), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Koch, nº 60, ou no telefone 33712490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue ao senhor (a).

Londrina, ___ de _____ de 2012.

Pesquisador Responsável: _____ **Rg:** _____

_____ (**nome por extenso do sujeito de pesquisa**), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do responsável (caso seja menor de idade): _____

ANEXO 2 - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, **Elisana Agatha Iakmiu Camargo Cabulon, brasileira, casada, enfermeira, COREN: 153986, CPF nº 008883669-06**, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO DO CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS DO SUL DO BRASIL”, a que tiver acesso nas dependências do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário de Londrina. Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da tecnologia “xxx”, acima mencionada.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, **28/05/2012**

Pesquisador(a) Responsável

ANEXO 3

“Burn Specific Health Scale – Revised (BSHS-R)

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

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

Até que ponto cada uma das sentenças abaixo descrevem você agora	Não me descreve	Descreve-me pouco	Descreve-me mais ou menos	Descreve-me bem	Descreve-me muito bem
13. A queimadura afetou minha capacidade de trabalhar	5	4	3	2	1
14. Eu não tenho vontade de estar junto dos meus amigos	5	4	3	2	1
15. Minha queimadura interfere nas minhas tarefas do trabalho e em casa	5	4	3	2	1
16. Ficar no sol me incomoda	5	4	3	2	1
17. A aparência das minhas cicatrizes me incomoda	5	4	3	2	1
18. Eu não posso sair para fazer atividades quando está calor	5	4	3	2	1
19. Minha aparência me incomoda muito	5	4	3	2	1
20. É um incômodo cuidar da minha queimadura	5	4	3	2	1
21. Existem coisas que me disseram para fazer em minhas queimaduras que eu não gosto	5	4	3	2	1
22. Eu prefiro ficar sozinho do que com minha família	5	4	3	2	1
23. Cuidar da minha queimadura dificulta outras coisas que são importantes para mim	5	4	3	2	1
24. Eu não gosto da maneira como a minha família age quando estou por perto	5	4	3	2	1
25. O calor me incomoda	5	4	3	2	1
26. Eu me sinto triste e deprimido com frequência	5	4	3	2	1
27. Eu me sinto preso, sem saída	5	4	3	2	1

Até que ponto cada uma das sentenças abaixo descrevem você agora	Não me descreve	Descreve-me pouco	Descreve-me mais ou menos	Descreve-me bem	Descreve-me muito bem
28. Eu não sinto vontade de visitar outras pessoas	5	4	3	2	1
29. Fico incomodado por não poder ficar exposto ao sol	5	4	3	2	1
30. Eu não tenho ninguém para conversar sobre os meus problemas	5	4	3	2	1
31. Eu gostaria de não ter que fazer tantas coisas para cuidar da minha queimadura	5	4	3	2	1

ANEXO 4



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina
Registro CONEP 5231

Parecer CEP/UJEL:	083/2012
CAAE:	03942112.1.0000.5231
Processo:	15474/2012
Pesquisador(a):	Elisana Agatha Iakmiu Camargo Cabulon
Unidade/Órgão:	CCS - Departamento de Enfermagem

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

"QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO DO CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS DE LONDRINA"

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser encaminhado ao CEP/UJEL relatório final da pesquisa, conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares.

Londrina, 10 de julho de 2012.



Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Universidade Estadual de Londrina

ANEXO 5 – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA BURNS

Guide for Authors

Submission of papers

Authors are requested to submit their original manuscript and figures online via <http://ees.elsevier.com/jbur> which is the Elsevier web-based submission and peer-review system. You will find full instructions located on this site - a Guide for Authors and a Guide for Online Submission. Please follow these guidelines to prepare and upload your article. Once the uploading is done, our system automatically generates an electronic pdf proof, which is then used for reviewing. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revisions, will be managed via this system. If any illustrations, diagram or part of the text have been published elsewhere the source must be given in full, permission having been granted by the author and by the publisher.

The Editor reserves the right to make editorial and literary corrections to the paper. No major alterations or corrections will be made without the knowledge and consent of the author.

If you have any problems submitting your paper through this system, please contact the Editorial Office on: e-mail: burns@elsevier.com; tel: +44 (0)20 7424 4267; fax: +44 (0)20 7424 4911.

Please submit your original manuscript and figures online, via <http://ees.elsevier.com/jbur/> together with a covering letter which should be signed by the corresponding author on behalf of all authors, including:

* A statement that all authors have made substantial contributions to all of the following: (1) the conception and design of the study, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data, (2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content, (3) final approval of the version to be submitted. Acknowledgements All contributors who do not meet the criteria for authorship as defined above should be listed in an acknowledgements section. Examples of those who might be acknowledged include a person who provided purely technical help, writing assistance, or a department chair who provided only general support. Authors should disclose whether they had any writing assistance and identify the entity that paid for this assistance. * A statement that the manuscript, including related data, figures and tables has not been previously published and that the manuscript is not under consideration elsewhere. * The names and contact addresses (including e-mail) of 3 potential reviewers that have not been involved in the design, performance and discussion of the data and are not a co-worker. You may also mention persons who you would prefer not to review your paper.

Papers may be presented as original articles. The authors are urged to write concisely. The text should read easily and the relevant literature should be summarized as concisely as possible. In the interest of space and prompt publication, unnecessary experimental detail and exhaustive lists of references should be avoided. Each of the following sections should begin on a new page: title page; abstract; text; acknowledgements; references; tables; legends for illustrations. The title page should give the following information: title of the article; names, initials and appointment held by each author; name of the department or institution to which the work should be attributed and name and address of the author responsible for correspondence. The second page should carry an abstract of not more than 200 words. It should embody the purpose of the study or investigation, basic procedures (study material, observational and analytical methods), main findings (with specific data and their statistical significance) and the principal conclusions.

Each Table with an appropriately brief title should be numbered and typed on a separate page. No vertical lines should be used. *All tables should be referred to in the text.*

Submitted manuscripts will be reviewed by selected referees and subsequently, the author will be informed of editorial decisions based on the referee comments, as soon as possible. For information about the status of your paper, please log on to <http://ees.elsevier.com/jbur> On receipt of the first decision letter authors should submit their revised manuscript within three months to <http://ees.elsevier.com/jbur> in order to ensure that the scientific content of their manuscript is timely and up to date.

Sponsored Articles:

Burns offers authors or their institutions the option to sponsor non-subscriber access to their articles on Elsevier's electronic publishing platforms. For more information please click [here](#).

Online Only Publications

Due to the large volume of submissions to the journal, case reports will be published online-only and will be listed on the contents page of a print issue. Authors will be informed if their submission is selected to appear online only.

Conflict of interest

At the end of the text, under a subheading "Conflict of interest statement" all authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organisations that could inappropriately influence (bias) their work. Examples of potential conflicts of interest include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/registrations, and grants or other funding.

Role of the funding source

All sources of funding should be declared as an acknowledgement at the end of the text. Authors should declare the role of study sponsors, if any, in the study design, in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the manuscript; and in the decision to submit the manuscript for publication. If the study sponsors had no such involvement, the authors should so state. Please see <http://www.elsevier.com/funding>

Randomised controlled trials

All randomised controlled trials submitted for publication in *Burns* should include a completed Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) flow chart. Please refer to the CONSORT statement website at <http://www.consort-statement.org/statement.html> for more information.

Ethics

Work on human beings that is submitted to *Burns* should comply with the principles laid down in the Declaration of Helsinki; Recommendations guiding physicians in biomedical research involving human subjects. Adopted by the 18th World Medical Assembly, Helsinki, Finland, June 1964, amended by the 29th World Medical Assembly, Tokyo, Japan, October 1975, the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983, and the 41st World Medical Assembly, Hong Kong, September 1989. The manuscript should contain a statement that the work has been approved by the appropriate ethical committees related to the institution(s) in which it was performed. Studies involving experiments with animals must state that their care was in accordance with institution guidelines.

Patients and Study Participants

Studies on patients or volunteers require ethics committee approval and informed consent which should be documented in your paper. Patients have a right to privacy. Therefore identifying information, including patients, images, names, initials, or hospital numbers, should not be included in videos and recordings, written descriptions, photographs, and pedigrees unless the information is essential for scientific purposes and you have obtained written informed consent for publication in print and electronic form from the patient (or parent, guardian or next of kin). If such consent is made subject to any conditions, Elsevier must be made aware of all such conditions. Written consents must be provided to the journal on request. Even where consent has been given, identifying details should be omitted if they

are not essential. Complete anonymity is difficult to achieve. For example, masking the eye region in photographs of patients is inadequate protection of anonymity. If identifying characteristics are altered to protect anonymity, such as in genetic pedigrees, authors should provide assurance that alterations do not distort scientific meaning and editors should so note.

Preparation of electronic illustrations

When submitting via the online system, authors are required to provide electronic versions of their illustrations. When an article has been accepted, authors must be prepared to provide all illustrations in electronic and camera-ready format. Information relating to the preferred formats for artwork may be found at <http://www.elsevier.com/authors>, and also on the online submission homepage <http://ees.elsevier.com/jbur>.

Submitting your artwork in an electronic format helps us to produce your work to the best possible standards, ensuring accuracy, clarity and a high level of detail.

* Always supply high-quality printouts of your artwork, in case conversion of the electronic artwork is problematic.

* Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.

* Save text in illustrations as "graphics" or enclose the font.

* Only use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Helvetica, Times, Symbol. Number the illustrations according to their sequence in the text.

* Use a logical naming convention for your artwork files, and supply a separate listing of the files and the software used.

* Provide all illustrations as separate files and as hardcopy printouts on separate sheets. Provide captions to illustrations separately.

* Produce images near to the desired size of the printed version.

A detailed guide on electronic artwork is available on our website: <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>

Author enquiries

For enquiries relating to the submission of articles (including electronic submission where available) please visit this journal's homepage at <http://www.elsevier.com/locate/burns>. You can track accepted articles at <http://www.elsevier.com/trackarticle> and set up e-mail alerts to inform you of when an article's status has changed. Also accessible from here is information on copyright, frequently asked questions and more. Contact details for questions arising after acceptance of an article, especially those relating to proofs, will be provided by the publisher.

Colour Reproduction

Submit colour illustrations as original photographs, high-quality computer prints or transparencies, close to the size expected in publication, or as 35 mm slides. Polaroid colour prints are not suitable. If, together with your accepted article, you submit usable colour figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in colour on the web (e.g., ScienceDirect and other sites) regardless of whether or not these illustrations are reproduced in colour in the printed version. For colour reproduction in print, you will receive information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted article.

Please note: Because of technical complications which can arise by converting colour figures to 'grey scale' (for the printed version should you not opt for colour in print) please submit in addition usable black and white prints corresponding to all the colour illustrations.

References

All references listed in the References at the end of the article must be cited in the text. Indicate references by number(s) in square brackets in line with the text. The actual Authors can be referred to, but the reference number(s) must always be given. Where a reference is cited more than once in the text, the same number should be used each time. List: Number the references (numbers in square brackets) in the list in the order in which they appear in the text. References should take the following form:

[1] Van der Geer J, Hanraads JAJ, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *J Sci Commun* 2000;163:51-9.

Reference to a book:

[2] Strunk Jr W, White EB. *The elements of style*. 3rd ed. New York: Macmillan; 1979.

Reference to a chapter in an edited book:

[3] Mettam GR, Adams LB. How to prepare an electronic version of your article. In: Jones BS, Smith RZ, editors. *Introduction to the electronic age*, New York: E-Publishing Inc; 1999, p. 281-304.

The titles of journals should be abbreviated as in *Index Medicus*. Note shortened form for last page number. e.g., 51-9, and that for more than 6 Authors the first 6 should be listed followed by 'et al.' For further details you are referred to "Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals" (*J Am Med Assoc* 1997;277:927-934) (see also http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/terms_cond.html).

Abbreviations and units of measurement

It is the journal policy to use SI units except for measurements of blood pressure where mmHg is preferred. For more detailed recommendations authors should consult Baron D.N. (ed.) (1977) *Units Symbols and Abbreviations: A Guide for Biological and Medical Editors and Authors*, 3rd Ed. London, Royal Society of Medicine.

Accepted Manuscripts Copyright Information

Upon acceptance of an article, authors will be asked to sign a 'Journal Publishing Agreement' (for more information on this and copyright see <http://www.elsevier.com/copyright>). Acceptance of the agreement will ensure the widest possible dissemination of information. An e-mail (or letter) will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement.

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. Permission of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution and for all other derivative works, including compilations and translations (please consult <http://www.elsevier.com/permissions>).

If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has preprinted forms for use by authors in these cases: please consult <http://www.elsevier.com/permissions>.

Proofs.

Proofs will be sent to the author (first-named author if no corresponding author is identified on multi-authored papers) by PDF wherever possible and should be returned within 48 hours of receipt, preferably by e-mail. Corrections should be restricted to typesetting errors; any other amendments made may be charged to the author. Any queries should be answered in full. Elsevier will do everything possible to correct your article and published as quickly and accurately as possible. Therefore, it is important to ensure that all of your corrections are returned to us in one all-inclusive e-mail or fax. Subsequent additional corrections will not be possible, so please ensure that your first communication is complete. Should you choose to mail your corrections, please return them to: Log-in Department, Elsevier, Stover Court, Bampfylde Street, Exeter, Devon EX1 2AH, UK.

Funding body agreements and policies

Elsevier has established agreements and developed policies to allow authors who publish in Elsevier journals to comply with potential manuscript archiving requirements as specified as conditions of their grant awards. To learn more about existing agreements and policies please visit <http://www.elsevier.com/fundingbodies>.

Authors' rights

As an author you (or your employer or institution) retain certain rights; for details you are referred to: <http://www.elsevier.com/wps/find/authorshome.authors/authorsrights>.

Reprints

The corresponding author, at no cost, will be provided with a PDF file of the article via e-mail or, alternatively, 25 free paper offprints. The PDF file is a watermarked version of the published article and includes a cover sheet with the journal cover image and a disclaimer outlining the terms and conditions of use. Additional paper offprints can be ordered by the authors. An order form with prices will be sent to the corresponding author.

Fonte: <http://www.elsevier.com/journals/burns/0305-4179/guide-for-authors>

ANEXO 6 - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM

Instruções para preparação e submissão dos artigos

Atualizada em 24 de agosto de 2012

Essas instruções visam orientar os autores sobre as normas adotadas pela Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) para avaliação de artigos e o processo de publicação. As referidas instruções baseiam-se nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: Escrever e Editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo “International Committee of Medical Journal Editors” (ICMJE) - tradução realizada por Sofie Tortelboom Aversari Martins, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Missão da Revista

Publicar resultados de pesquisas de enfermagem e áreas afins que contribuam para o avanço do conhecimento científico e para a prática profissional.

Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais recentes. A RLAE, além de números regulares, publica números especiais, os quais obedecem ao mesmo processo de publicação dos números regulares, aonde todos os artigos são avaliados pelo sistema de avaliação por pares (peer review). Os artigos devem destinar-se exclusivamente à RLAE, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, quer na íntegra ou parcialmente. Esta Revista desencoraja fortemente a submissão de artigos multipartes de uma mesma pesquisa.

Cobertura temática

Enfermagem e áreas afins.

Público alvo

Pesquisadores, estudantes de graduação e pós-graduação, enfermeiros e profissionais de áreas afins.

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista, transferidos por meio da Declaração de Transferência de Direitos Autorais (presente no Formulário Individual de Declarações) assinada pelos autores. Para a utilização dos artigos, a RLAE adota a Licença Creative Commons, CC BY-NC Atribuição não comercial (resumo ou código completo da licença). Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos autorais a Revista Latino-Americana de Enfermagem. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Processo de julgamento

A Revista possui sistema eletrônico de submissão, avaliação e gerenciamento do processo de publicação. Os artigos são encaminhados pelos autores, via on line, e recebem protocolo numérico de identificação. Posteriormente, é realizada a conferência de normas pela secretaria, os artigos que atendem às normas de publicação são encaminhados para pré-análise e, se selecionados por apresentarem contribuições ao avanço do conhecimento científico em enfermagem, são enviados a três consultores, selecionados pelo Editor Científico, para análise com base no instrumento de avaliação da RLAE. Os artigos não adequados às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e os artigos não selecionados na pré-análise são recusados e os autores informados por mensagem do sistema. Utiliza-se o sistema de avaliação por pares (peer review), de forma sigilosa, com omissão dos nomes dos consultores e autores. As avaliações emitidas pelos consultores são apreciadas pelos editores associados em relação ao conteúdo e pertinência. Os artigos podem ser aceitos, reformulados ou recusados.

Após a aceitação pelos editores associados, o artigo é encaminhado para aprovação do Editor Científico-Chefe que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a aceitação ou não do artigo, bem como das alterações solicitadas. O parecer da revista é enviado na sequência para os autores.

Registro de ensaios clínicos

A RLAE apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde – OMS - e do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: [HTTP://www.icmje.org](http://www.icmje.org). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Categorias de artigos aceitos para avaliação

Artigos originais

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Revisão sistemática

Utiliza método de pesquisa conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder uma pergunta específica e de relevância para a Enfermagem e/ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para a seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise ou metassíntese). As premissas da revisão sistemática são: a exaustão na busca dos estudos, a seleção justificada dos estudos por

critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como o uso de técnicas estatísticas para quantificar os resultados.

Cartas ao Editor

Inclui cartas que visam discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou relatar pesquisas originais, ou achados científicos significativos.

Estrutura do artigo

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do artigo, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

A Introdução deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional. Os Métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os Resultados devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras. Para artigos quantitativos é necessário apresentar os resultados separados da discussão.

A Discussão enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes. Descrever a inovação do conhecimento que o artigo apresentado traz a partir do que já foi publicado na RLAE sobre o tema.

A Conclusão deve responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Evitar afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o artigo contenha os dados e análise econômica apropriada. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

Autoria

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores (limitada a seis), no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Excepcionalmente, em estudos multicêntricos será examinada a possibilidade de inclusão de mais do que seis autores, considerando as justificativas apresentadas pelos mesmos. Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial. Aprovação da versão final do artigo para publicação autor receberá por e-mail o artigo diagramado nas versões português, inglês e espanhol, em formato PDF, para aprovação. Somente poderão ser

solicitadas correções de forma, pois não serão admitidos ajustes de conteúdo. O prazo para revisão e resposta será de dois dias. Caso não haja manifestação do autor no referido prazo os arquivos serão considerados como aprovados e, portanto, publicados. As correções deverão ser descritas no mesmo e-mail em que os arquivos foram enviados ao autor.

Publicação

Os artigos são publicados em três idiomas, sendo a versão impressa editada em inglês e a versão on line, em acesso aberto, em português, inglês e espanhol.

Submissão

No ato da submissão, o artigo deverá ser encaminhado à RLAE em um idioma (português ou inglês ou espanhol) e, em caso de aprovação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as recomendações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores. A submissão de artigos é realizada somente no sistema on line no endereço www.eerp.usp.br/rlae.

No momento da submissão o autor deverá anexar no sistema:

- checklist preenchido (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- formulário individual de declarações (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- arquivo do artigo
- aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ou declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos.

O checklist é fundamental para auxiliar o autor no preparo do artigo de acordo com as normas da RLAE.

A Revista efetuará a conferência do artigo e da documentação e, se houver alguma pendência, solicitará correção. Caso a solicitação de adequação não seja atendida, a submissão será cancelada automaticamente.

Política de arquivamento dos artigos

Os artigos recebidos pela RLAE, que forem cancelados ou recusados, serão eliminados imediatamente dos arquivos da Revista. Os arquivos dos artigos publicados serão mantidos pelo prazo de cinco anos, após esse período, serão eliminados.

Versão, tradução e correção gramatical

Todos os artigos são publicados nos idiomas português, inglês e espanhol. Após a aprovação dos artigos pelo Conselho de Editores os mesmos são encaminhados para correção gramatical e versão/tradução para os outros dois idiomas diferentes daquele de origem da submissão. Para garantir a qualidade das versões/traduições, as mesmas somente serão aceitas com a certificação de uma das empresas indicadas pela RLAE. Os autores poderão escolher um dentre os credenciados, respeitando o prazo estabelecido pela revista para devolução do artigo. O custo das versões/traduições para os outros dois idiomas diferentes da versão submetida é de responsabilidade dos autores que deverão efetuar o pagamento diretamente para a empresa contratada.

Taxa de submissão

Taxa de submissão de R\$150,00 que deverá ser depositada em nome da EERP/USP Revista Latino-Americana de Enfermagem, Conta Corrente N°: 8486-7, Agência: 1964- X - Banco do Brasil, CNPJ: 63025530/0027-43. Não será devolvida a taxa de submissão para os manuscritos não aceitos para publicação.

Erratas

As solicitações de correção deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo.

PREPARO DOS ARTIGOS

Formulário on line de submissão

- título (conciso em até 15 palavras, porém, informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações), nos idiomas português, inglês e espanhol;
- nome do(s) autor(es) por extenso, categoria profissional, maior título universitário, nome da unidade e instituição aos quais o estudo deve ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, estado e país;
- nome, endereço postal, e-mail, os números de telefone/fax do autor responsável por qualquer correspondência sobre o artigo;
- fonte(s) de apoio na forma de financiamentos, equipamentos e fármacos, ou todos esses;
- agradecimentos - nome de colaboradores cuja contribuição não se enquadre nos critérios de autoria, adotados pela RLAE, ou lista de autores que ultrapassaram os nomes indicados abaixo do título;
- consultoria científica;
- revisão crítica da proposta do estudo;
- auxílio e/ou colaboração na coleta de dados;
- assistência aos sujeitos da pesquisa;
- revisão gramatical;
- apoio técnico na pesquisa;
- vinculação do artigo a dissertação e tese, informando os títulos em português, inglês e espanhol e a instituição responsável em que foi obtida;
- Resumo: Os resumos estão limitados a 200 palavras e estruturados em objetivos, método, resultados e conclusões incluindo a contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico. Citações ou abreviaturas (exceto abreviaturas reconhecidas internacionalmente, tais como pesos, medidas e abreviaturas da área de Física ou Química) não são permitidas. Os autores são fortemente encorajados a não apresentar a informação estatística, mas apenas indicar o que é significativamente diferente (ou não) entre os parâmetros descritos.
- incluir de 3 a 6 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos – para determinação dos descritores consultar o site <http://decs.bvs.br/> ou MESH – Medical Subject Headings <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

Arquivo do artigo

O arquivo do artigo também deverá apresentar, na primeira página, o título, o resumo e os descritores, nessa sequência, nos idiomas português, inglês e espanhol. Não utilizar

abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso, aos quais as abreviações correspondem, devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

Documentação obrigatória

No ato da submissão dos artigos deverão ser anexados no sistema on line a cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ou Declaração de que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos, em formato PDF, com tamanho máximo de 1Megabyte cada um, o comprovante do depósito bancário da taxa de submissão e o arquivo do artigo a ser avaliado. O formulário individual de declarações deverá ser impresso, preenchido, digitalizado e anexado ao sistema on line.

Formatação obrigatória

- Papel A4 (210 x 297mm).
- Margens de 2,5cm em cada um dos lados.
- Letra Times New Roman 12.
- Espaçamento duplo em todo o arquivo.
- As tabelas devem ser elaboradas utilizando a ferramenta do word e estarem inseridas no texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. Recomenda-se que o título seja breve e inclua apenas os dados imprescindíveis, a localização e ano, evitando-se que sejam muito longos, com dados dispersos e de valor não representativo. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.
- Figuras (compreende os desenhos, gráficos, fotos, quadros, etc.) devem ser desenhadas, elaboradas e/ou fotografadas por profissionais, em preto e branco. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou então possuir permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. As abreviações não padronizadas devem ser explicadas em notas de rodapé, utilizando os seguintes símbolos, em sequência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.
- Ilustrações devem ser identificadas como figuras e estarem suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2cm (largura da coluna do texto) ou 15cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os artigos submetidos à publicação.
- Tabelas, figuras, ilustrações e quadros devem ser limitados a 5, no conjunto.
- Utilize somente abreviações padronizadas internacionalmente.
- Notas de rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
- O número máximo de páginas inclui o artigo completo, com os títulos, resumos e descritores nos três idiomas, as ilustrações, gráficos, tabelas, fotos e referências.

- Artigos originais em até 17 páginas. Recomenda-se que o número de referências limite-se a 25. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada, atualizadas, de abrangência nacional e internacional e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
 - Artigos de revisão sistemática em até 20 páginas. Sugere-se incluir referências estritamente pertinentes à problemática abordada, atualizadas, de abrangência nacional e internacional e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
 - Cartas ao Editor, máximo de 1 página.
 - Depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em itálico, letra Times New Roman, tamanho 10, na sequência do texto. Ex.: a sociedade está cada vez mais violenta (sujeito 1).
 - Citações *ipsis litteris* usar apenas aspas, na sequência do texto.
 - Referências - numerar as referências de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificá-las no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.
 - Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 1-2); quando intercalados use vírgula (ex.: 1,5,7).
- A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Como citar os artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem: Os artigos publicados na RLAE devem ser citados preferencialmente no idioma inglês.

Modelo de referências

PERIÓDICOS

1 – Artigo padrão

Figueiredo EL, Leão FV, Oliveira LV, Moreira MC, Figueiredo AF. Microalbuminuria in nondiabetic and nonhypertensive systolic heart failure patients. *Congest Heart Fail.* 2008;14(5):234-8.

2 - Artigo com mais de seis autores

Silva ARV, Damasceno MMC, Marinho NBP, Almeida LS, Araújo MFM, Almeida PC, et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev. bras. enferm.* 2009;62(1):18-24.

3 – Artigo cujo autor é uma organização

Parkinson Study Group. A randomized placebo-controlled trial of rasagiline in levodopa-treated patients with Parkinson disease and motor fluctuations: the PRESTO study. *Arch Neurol.* 2005;62(2):241-8.

4 - Artigo com múltiplas organizações como autor

Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. *Kardiologia.* 2008;48(10):74-96. Russian.

5 – Artigo de autoria pessoal e organizacional

Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, Florez JC; Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. *Diabetologia.* 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

6 - Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *J Neurosurg.* 2005;102(3):489-94.

Infram JJ 3rd. Speaking of good health. *Tenn Med.* 2005 Feb;98(2):53.

7- Artigo com indicação de subtítulo

El-Assmy A, Abo-Elghar ME, El-Nahas AR, Youssef RF, El-Diasty T, Sheir KZ. Anatomic predictors of formation of lower caliceal calculi: Is it the time for three-dimensional computed tomography urography? *J Endourol.* 2008;22(9):2175-9.

8 – Artigo sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. *Arq Bras Cardiol.* 2000;75(6):28-32.

9 – Artigo em idioma diferente do português

Grimberg M. [Sexualidade, experiências corporais e gênero: um estudo etnográfico entre pessoas vivendo com HIV na área metropolitana de Buenos Aires, Argentina]. *Cad Saúde Pública* 2009;25(1):133-41. Espanhol.

10 – Artigo publicado em múltiplos idiomas

Canini SRMS, Moraes SA, Gir E, Freitas ICM. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a Brazilian tertiary-care university hospital. *Rev Latino-am Enfermagem set/out* 2008;16(5):818-23. Inglês, Português, Espanhol.

11 – Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. *Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica.* [Revisão]. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(3):504-8.

12 - Artigo publicado em fascículo com suplemento

Wolters ECh, van der Werf YD, van den Heuvel OA. Parkinson's disease-related disorders in the impulsive-compulsive spectrum. *J Neurol.* 2008;255 Suppl 5:48-56. Abstracts of the 7th Annual Cardiovascular Nursing Spring Meeting of the European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. March 23-24, 2007. Manchester, United Kingdom. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007;6 Suppl 1:S3- 58.

de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. *Oncol Nurs Forum.* 2008;35 Suppl:7-12.

13 – Parte de um volume

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, Wang S. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. *J Exp Biol.* 2008;211 Pt 23:3764.

14 – Parte de um número

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. *N Z Med J* 1994;107(986 Pt 1):377-8.

15 – Artigo num fascículo sem volume

Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. Sinopses 1988.

16 – Artigo num periódico sem fascículo e sem volume

Oguisso T. Entidades de classe na enfermagem. *Rev Paul Enfermagem* 1981;6-10.

17 – Artigo com paginação indicada por algarismos romanos

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations. [Preface]. *Nurs Clin North Am*. 2008;43(3):xiii-xvi.

18 - Artigo contendo retratação

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. *Br J Nurs*. 2007;16(1):34-8. Retraction in: Bailey A. *Br J Nurs*. 2007;16(15):915.

19 - Artigos com erratas publicadas

Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 novembro-dezembro; 15(6):1072-9. Errata en: *Rev Latino-am Enfermagem* 2008;16(1):163.

20 - Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública*;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

21 - Artigo provido de DOI

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. *Rev Saúde Pública* 2008;42(6):1027-1233. doi: 10.1590/S0034-89102008005000057.

22 - Artigo no prelo

Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. *Rev Latino-am Enfermagem*. In press 2009.

23 – Artigo em idioma diferente do inglês

Arilla Iturri S, Artázcoz Artázcoz MA. External temporary pacemakers. *Rev Enferm*. 2008;31(11):54-7. Spanish.

LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS

24 - Livro padrão

Ackley BJ, Ladwig GB. *Nursing Diagnosis Handbo: an evidence-based guide to planning care*. 8th.ed. New York: Mosby; 2007. 960 p.

Bodenheimer HC Jr, Chapman R. *Q&A color review of hepatobiliary medicine*. New York: Thieme; 2003. 192 p.

25 - Livro cujo nome do autor possui designação familiar

Strong KE Jr. *How to Select a Great Nursing Home*. London: Tate Publishing; 2008. 88 p.

26 - Livro editado por um autor/editor/organizador

Bader MK, Littlejohns LR, editors. *AANN core curriculum for neuroscience nursing*. 4th. ed. St. Louis (MO): Saunders; c2004. 1038 p.

27 – Livro editado por uma organização

Advanced Life Support Group. *Pre-hospital Paediatric Life Support*. 2nd ed. London (UK): BMJ Bo s/Blackwells; 2005.

Ministério da Saúde (BR). *Promoção da saúde: carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá*.

Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

28 - Livro sem autor/editor responsável

HIV/AIDs resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

29 - Livro com edição

Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.

30 - Livro publicado em múltiplos idiomas

Ruffino-Neto A; Villa, TCS, organizador. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. São Paulo: Instituto Milênio Rede TB, 2000. 210 p. Português, Inglês.

31 – Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, [199?]. 96 p.

Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

32 - Livro de uma série com indicação de número

Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).

33 – Livro publicado também em um periódico

Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).

34 - Capítulo de livro

Aguiar WMJ, Bock AMM, Ozella S. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: Bock AMM, Gonçalves Furtado O. Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. São Paulo (SP): Cortez; 2001. p. 163-78.

PUBLICAÇÕES DE CONFERÊNCIAS

35 - Proceedings de conferência com título

Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. 320 p.

36 – Trabalho apresentado em evento e publicado em anais

Silva EC da, Godoy S de. Tecnologias de apoio à educação a distância: perspectivas para a saúde. In Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. p. 255-60.

37 - Abstract de trabalho de evento

Chiarenza GA, De Marchi I, Colombo L, Olgiatei P, Trevisan C, Casarotto S. Neuropsychophysiological profile of children with developmental dyslexia [abstract]. In: Beuzeron-Mangina JH, Fotiou F, editors. The olympics of the brain. Abstracts de 12th World Congress of Psychophysiology; 2004 Sep 18-23; Thessaloniki, Greece. Amsterdam (Netherlands): Elsevier; 2004. p. 16.

TESES E DISSERTAÇÕES - sugere-se que sejam citados os artigos oriundos da mesmas

38 – Dissertação/tese no todo

Arcêncio RA. A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. 141 p.

RELATÓRIOS

39 - Relatórios de organizações

Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não – efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2002. 211 p. Relatório final. Page E, Harney JM. Health hazard evaluation report. Cincinnati (OH): National Institute for Occupational Safety and Health (US); fev 2001. 24 p. Report n. HETA2000-0139-2824.

PATENTE

40 - Patente

Shimo AKK, inventor; EERP assina. Sanitário portátil; Patente MV 7, 501, 105-0. 12 junho 1995.

JORNAIS

41 - Matéria de jornal diário

Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 2005 Jul 24;Sect. A:12 (col. 1).

Talamone RS. Banida dos trotes, violência cede lugar à solidariedade. USP Ribeirão 16 fev 2009; Pesquisa: 04-05.

LEGISLAÇÃO

42 - Legislação

Lei n. 8213 de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 14 ago 1991. [citado 4 jul 2008]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>

43 - Código legal

Occupational Safety and Health Act (OSHA) of 1970, 29 U.S.C. Sect. 651 (2000).

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

44 - Livro na íntegra na internet

Berthelot M. La synthèse chimica. [internet]. 10eme. ed. Paris (FR): Librairie Germer Baillière; 1876. [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://www.obrasraras.usp.br/livro.php?obra=001874>

45 - Livro na internet com múltiplos autores

Collins SR, Kriss JL, Davis K, Doty MM, Holmgren AL. Squeezed: why rising exposure to health care costs threatens the health and financial well-being of American families [internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Sep [acesso em: 2 nov 2006]. 34 p.

Disponível em:

http://www.cmwf.org/usr_doc/Collins_squeezedrisinghlthcarecosts_953.pdf

46 - Capítulo de livro na internet

National Academy of Sciences, Committee on Enhancing the Internet for Health Applications: Technical Requirements and Implementation Strategies. Networking Health:

Prescriptions for the Internet [Internet]. Washington: National Academy Press; 2000. Chapter 2, Health applications on the internet; [Acess: 13 fev 2009]; p. 57-131. Available from: http://bo.s.nap.edu/openbo.php?record_id=9750&page=57 National Academy of Sciences (US), Institute of Medicine, Board on Health Sciences Policy, Committee on Clinical Trial Registries. Developing a national registry of pharmacologic and biologic clinical trials: workshop report [internet]. Washington: National Academies Press (US); 2006. Chapter 5, Implementation issues; [cited 2009 Nov 3]; p. 35-42. Available from: <http://newton.nap.edu/bo/s/030910078X/html/35.html>

47 - Livros e outros títulos individuais em CD-ROM, DVD, ou disco Kacmarek RM. Advanced respiratory care [CD-ROM]. Version 3.0. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2000. 1 CD-ROM: sound, color, 4 3/4 in.

48 - Livro em CD-ROM, DVD, ou disco em um proceedings de conferência Colon and rectal surgery [CD-ROM]. 90th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons; 10-14 out 2004; New Orleans, LA. Woodbury (CT): Cine-Med; c2004. 2 CD-ROMs: 4 3/4 in.

49 - Monografia na internet

Agency Facts. Facts 24. Agência Europeia para a segurança e a saúde no Trabalho.

2002. Violência no trabalho. [Acesso em: 27 fev 2008]. Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/24/factsheetsn24-pt.pdf>

Moreno AMH, Souza ASS, Alvarenga G Filho, Trindade JCB, Roy LO, Brasil PEA, et al. Doença de Chagas. 2008. [Acesso em: 27 fev 2008]. Disponível em: <http://www.ipecc.fiocruz.br/pepes/dc/dc.html>

50 - Artigo de periódico na internet

Lin SK, McPhee DJ, Muguet FF. Open access publishing policy and efficient editorial procedure. Entropy [internet]. 2006 [acesso em: 08 jan 2007];8:131-3. Disponível em: <http://www.mdpi.org/entropy/htm/e8030131.htm>

51 - Artigo da internet com número de DOI

Almeida AFFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. Rev Saúde Pública [internet]. 2007. [Acessado em 28 novembro 2008];41(4):565-72. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102007000400010&lng=&nrm=iso

52 - Artigo de periódico da internet com partícula hierárquica no nome

Seitz AR, Nanez JE Sr, Holloway S, Tsushima Y, Watanabe T. Two cases requiring external reinforcement in perceptual learning. J Vis [internet]. 22 ago 2006 [acesso em: 9 jan 2007];6(9):966-73. Disponível em: <http://journalofvision.org//6/9/9/>.

53 - Artigo de periódico da internet com organização como autor National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. S Afr Med J [internet]. 2006 Aug [acesso em: 9 jan 2009];96(8):696-7. Disponível em:

http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/m_samj_v96_n8_a12.pdf

54 - Artigo de periódico da internet com paginação em números romanos

Meyer G, Foster N, Christrup S, Eisenberg J. Setting a research agenda for medical errors and patient safety. Health Serv Res [Internet]. abril 2001 [acesso em:9 jan 2009];36(1 Pt 1):x-xx. Disponível em:

http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?art_id=1089210&blobtype=pdf 55 - Artigo de periódico da internet com mesmo texto em dois ou mais idiomas Alonso Castillo BAA, Marziale MHP, Alonso Castillo MM, Guzmán Facundo FR, Gómez Meza MV. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México = Stressful situations in life, use and abuse of alcohol and drugs by elderly in Monterrey, México = Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. Rev Latino-am Enfermagem [internet]. jul/ago 2008 [Acesso em 24 novembro 2008];16(no.Spe):509-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso

Português, Inglês, Espanhol.

56 - Artigo de periódico da internet com título em idioma diferente do português Tomson A, Andersson DE. [Low carbohydrate diet, liquorice, spinning and alcohol—lifethreatening combination]. Lakartidningen. 2008 Oct 1-7;105(40):2782-3. Swedish.

57 - Proceedings de conferência na internet

Basho PG, Miller SH, Parboosingh J, Horowitz SD, editors. Credentialing physician specialists: a world perspective [internet]. Proceedings; 08-10 jun 2000; Chicago. Evanston (IL): American Board of Medical Specialties, Research and Education Foundation; [acesso em 3 nov 2006]. 221 p. Disponível em:

<http://www.abms.org/publications.asp>

58 - Legislação na internet

Lei 8.213, de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providencias. 1991. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.trt02.gov.br/Geral/tribunal2/Legis/Leis/8213_91.html

59 - Documentos publicados na internet

Organização Internacional do Trabalho (OIT). A eliminação do trabalho infantil: um objetivo ao nosso alcance. Suplemento – Brasil Relatório Global – 2006. 2006. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em:

http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR_2006_Suplemento_Brasil.pdf

60 - Verbete de dicionário na internet

Merriam-Webster medical dictionary [internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005. Cloning; [cited 2006 Nov 16]; [about 1 screen]. Available from: <http://www2.merriam-webster.com/cgi-bin/mwmednlm?bo=Medical&va=cloning>

61 – Tese e Dissertação na internet (sugere-se que sejam citados os artigos oriundos das mesmas)

Sperandio DJ. A tecnologia computacional móvel na sistematização da assistência de enfermagem: avaliação de um software – protótipo [tese na internet]. Ribeirão Preto. (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008 [acesso em: 13 fev 2009]. 141 p. Disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11092008-165036/publico/DirceleneJussaraSperandio.pdf>

62 - Homepage na internet

Biblioteca Virtual em Saúde [internet]. São Paulo: BIREME/HDP/OPAS/OMS; 1998 [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em:<http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>

63 - Bases de dados/sistemas de recuperação na internet com autor individual/organização

Vucetic N, de Bri E, Svensson O. Clinical history in lumbar disc herniation. A prospective study in 160 patients [internet]. São Paulo (SP): Centro Cochrane do Brasil/Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. [1996] – [atualizada em 29 jan 2009; acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/>

Ministério da Previdência Social (BR). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social: resumo de acidentes do trabalho-2006. [internet]. [acesso em: 7 fev 2009]. Disponível em: <http://creme.dataprev.gov.br/temp/DACT01consulta34002030.htm>

64 - Bases de dados na íntegra na internet

Bases de Datos de Tesis Doctorales (TESEO) [internet]. Madrid: Ministerio de Educacion y Ciencia. [1976] - [acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://www.mcu.es/TESEO/teseo.html>

65 - Matéria de jornal na internet

Russo N. Transplantes crescem 12,5% em 98. Folha de São Paulo 19 jan 1999. [acessado em 5 de setembro de 2008]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff19019920.htm>

Fonte: http://ead.eerp.usp.br/rlae/apresentacao/docs/Normas_de_publicacao.pdf

ANEXO 7 – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

Introdução

Ciência & Saúde Coletiva publica debates e textos inéditos sobre análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos inéditos sobre discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover a permanente atualização das tendências de pensamento e de práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista *C&SC* adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, site: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/> ou <http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções de publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 4.000 caracteres com espaço.

Debate: artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O texto deve ter, no máximo, 40.000 caracteres com espaço. Os textos dos debatedores e a réplica terão no máximo de 10.000 caracteres cada um, sempre contando com os espaços.

Artigos temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.

Artigos de temas livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores de resenha deverão encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução em alta definição da capa do livro **resenhado**.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 5.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciasaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações. No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista cienciasaudecoletiva@fiocruz.br.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva).

O resumo/abstract terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/key words). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final da submissão do artigo, anexar no campo "documento em Word" o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na

confeção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).

5. Os gráficos devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex. devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Corel Draw e inseridas no formato original. Este formato conserva a informação VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado o em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado no site).

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles que citam outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.* Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF¹¹; ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem

ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua todos os autores) Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AI. Itinerário terapêutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1283-1291.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993;

Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese
Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade*: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004; 31 jan. p. 12.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (Col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr. [acessado 2004 jul 12]; 67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. MEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational; 1993.