



Licenciatura em Enfermagem

Avaliação da Qualidade de Vida em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar

Projecto Final de Licenciatura

Elaborado por Raquel Afonso

Aluno nº 201192381

Orientador: Mestre Luís Sousa

Barcarena

Janeiro 2015

Universidade Atlântica

Licenciatura em Enfermagem

**Avaliação da Qualidade de Vida em pessoas com queimadura seis
meses após alta hospitalar**

Projecto Final de Licenciatura

Elaborado por Raquel Afonso

Aluno nº 201192381

Orientador: Mestre Luís Sousa

Barcarena

Janeiro 2015

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram para que a elaboração deste trabalho fosse possível:

- Ao orientador Mestre Luís Sousa, por todo o tempo que dedicou e pelos conhecimentos essenciais que foi transmitindo durante esta etapa;
- À minha Mãe, por estar sempre a meu lado e pela força e incentivo que sempre me deu e me fez avançar;
- À minha Irmã, pelo carinho e paciência incansável e pelos conselhos importantes para conseguir terminar esta etapa;
- A todos que, directa ou indirectamente, estão implícitos no apoio que me deram ao longo de todo este tempo.

Muito Obrigado a Todos!

Resumo

Avaliação da Qualidade de Vida em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar

Problemática: A queimadura grave é um dos eventos traumáticos mais significativos que uma pessoa pode sofrer e sobreviver. A OMS, em 1998, relatou que ocorreram 282000 mortes no mundo decorrentes de queimaduras, 96% das quais em países em desenvolvimento. Em Portugal, entre 1993 e 1999, 14797 pessoas com queimaduras foram admitidas em hospitais portugueses. É espectável que a QV na pessoa com queimadura seja afectada, tendo em conta as sequelas que as queimaduras provocam.

Objectivos: Avaliar a qualidade de vida em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar; identificar os domínios da qualidade de vida mais prejudicados em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar e reconhecer os domínios da qualidade de vida mais preservados em pessoas com queimaduras seis meses após alta hospitalar.

Desenho: Estudo quantitativo, correlacional.

Métodos: O estudo visa avaliar a Qualidade de Vida em pessoas com queimadura, 6 meses após a alta e que estiveram hospitalizadas num Centro Hospitalar da Região de Lisboa. O instrumento de pesquisa escolhido foi SF-36. A amostra será não probabilística e o método de amostragem será amostra accidental. O número de pessoas incluídas na amostra será de 50.

Resultados: Espera-se encontrar suporte sobre as sequelas que apresentam as pessoas com queimaduras. E conhecer os domínios da qualidade de vida que serão afectados e os que ficarão preservados.

Conclusões: Prevê-se que a pessoa com queimadura apresente diminuição da QV. As intervenções à pessoa com queimadura são determinadas consoante o domínio da QV que se encontre diminuído, tendo uma abordagem individualizada.

Descritores: *Qualidade de Vida; Queimados; Enfermagem*

Abstract

Evaluation quality of life in people with burn six months after hospital discharge

Problem: Severe burn is one of the most significant traumatic events a person can suffer and survive. The OMS, in 1998, reported that there were 282000 deaths worldwide due to burns, 96% of them in developing countries. In Portugal, , between 1993 and 1999, 14797 people with burn were admitted to Portuguese hospitals. It is expected that the quality of life of the affected person is burning taking into account the consequences that cause burns.

Objectives: To evaluate the quality of life in people with burn six months after hospital discharge; identify the fields of most affected quality of life in people with burn six months after hospital discharge and recognize the fields of the best preserved quality of life in people with burn six months after hospital discharge.

Design: Quantitative, correlational.

Methods: The study aims to evaluate the quality of life in people with burn six months after discharge and were hospitalized in Centro Hospitalar da Região de Lisboa. The research instrument chosen was the SF-36. The sample will be not probabilistic sampling will be random sample. The number of people included in the sample will be 50.

Results: It is expected to find support on the consequences that have those with burns. And know the domains of quality of life that will be most affected and those who will be preserved.

Conclusion: It is expected that the person presenting burn decreased quality of life. Interventions to people with burn are determined depending on the field of quality of life who is decreased, and an individualized approach.

Keywords: *Quality of life. Burn. Nursing*

Índice

DECLARAÇÃO.....	iv
Agradecimentos.....	i
Resumo.....	iii
Abstract.....	iv
Índice.....	vi
Índice de Figuras.....	viii
Índice de Tabelas.....	x
Lista de abreviaturas e siglas.....	xii
Introdução.....	1
Capítulo I. Fase Conceptual.....	4
Capítulo II. Fase Metodológica.....	41
Capítulo III. Considerações Éticas.....	48
Considerações Finais.....	50
Bibliografia.....	51
Apêndices.....	54
Apêndice nº1 - Cronograma.....	55
Apêndice nº2 - Autorização Autores da Escala.....	57
Apêndice nº3 - Escala SF-36.....	59
Apêndice nº4 - Escala BSHS-R.....	66
Apêndice nº5 - Autorização Recolha de Dados.....	68
Apêndice nº6 - Carta Explicativa do Estudo.....	71
Apêndice nº7 - Consentimento Informado.....	74

Índice de Figuras

Fluxograma 1 - Selecção de estudos para a Revisão Sistemática da Literatura.....	28
----------------------------------------------------------------------------------	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Critérios para a formulação da pergunta PICO	25
Tabela 2 - Critérios de elegibilidade para a inclusão/exclusão de estudos	26
Tabela 3 - Dados relativos à pesquisa de artigos	27
Tabela 4 - Resumo do Artigo "Calidad de vida relacionada com la salud de las personas afectadas por quemaduras después de la cicatrización"	30
Tabela 5 - Resumo do Artigo " Qualidade de vida do paciente internado em uma unidade de queimados"	32
Tabela 6 - Resumo do Artigo "Avaliação da qualidade de vida de indivíduos queimados pós alta hospitalar"	36
Tabela 7 - Resumo do Artigo " Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras"	37

Lista de abreviaturas e siglas

QV – Qualidade de Vida

OMS – Organização Mundial de Saúde

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Investigação Científica, do 11º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica, está estipulada a realização de um trabalho científico. Este tem como objectivo elaborar o Projecto Final de Licenciatura.

A investigação científica constitui o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos. O processo consiste em examinar fenómenos com vista a obter respostas a questões determinadas que se deseja aprofundar. A Investigação Científica distingue-se de outros tipos de aquisição de conhecimentos pelo seu carácter sistemático e rigoroso (Fortin 2009, p.4).

Como tal, Fortin (2009, p.23) refere que, a Investigação Científica serve para descrever acontecimentos, verificar dados ou hipóteses, prever e controlar fenómenos.

O objectivo da Investigação em Ciências de Enfermagem é o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, o qual conduz à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina. (Fortin 1999, p.26).

O tema escolhido foi a “Avaliação da Qualidade de vida em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar”. Este tema surgiu devido a uma curiosidade pessoal para desenvolver o mesmo, verificando posteriormente que existem alguns artigos científicos acerca desta temática e que podem funcionar como “complemento”. Contudo, o estudo da qualidade de vida tem sido pouco realizado no âmbito da pessoa com queimadura.

Este tema tornou-se também interessante do ponto de vista da Enfermagem, uma vez que, os profissionais olham para a pessoa com queimadura de uma forma holística, tendo em atenção tanto a pessoa com queimadura como toda a sua família e ambiente que a envolve.

Como tal, considero que nesta situação não olhamos apenas para as queimaduras da pessoa mas preocupamo-nos também de que forma irá esta situação afectar a sua qualidade de vida. E aí, se for identificada essa necessidade, torna-se essencial adquirir formas de auxiliar a pessoa queimada a ultrapassar determinadas “barreiras”.

O problema de investigação consiste em perceber de que forma a queimadura pode modificar a qualidade de vida em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar, avaliando quais os domínios da Qualidade de Vida que se preservam e quais os que ficam mais prejudicados.

De igual modo, formulei como questões de investigação: Qual o impacto da queimadura na qualidade de vida das pessoas? Quais os domínios da qualidade de vida mais prejudicados em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar? Quais os domínios da qualidade de vida mais preservados em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar?

De acordo com Fortin (2009, p.160), “o enunciado do objectivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue”. Assim, a formulação do objectivo deve conter o domínio, a população-alvo e o rumo da investigação.

Como tal, os objectivos definidos foram:

- Avaliar a qualidade de vida em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar;
- Identificar os domínios da qualidade de vida mais prejudicados em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar;
- Reconhecer os domínios da qualidade de vida mais preservados em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar.

A metodologia utilizada será tendo por base uma análise quantitativa com abordagem correlacional.

As variáveis atributo definidas são idade, género, estado civil, nível de escolaridade e rendimentos. Como variáveis independentes são agente etiológico da queimadura,

região da queimadura, extensão da queimadura, gravidade da queimadura e tipo de sequelas. Variáveis dependentes são qualidade de vida e pessoas com queimadura.

A população alvo serão as pessoas com queimaduras seis meses após a alta hospitalar. A população acessível serão as pessoas com queimaduras seis meses após a alta hospitalar.

O método de amostragem escolhido será não probabilístico, acidental. Serão incluídos no estudo 50 pessoas com queimadura com os seguintes critérios de inclusão: Ter estado hospitalizado há seis meses num Centro Hospitalar da Região da Lisboa; Ter pelo menos 18 anos; Ser capaz de ler e escrever português e Queimaduras de 2º e 3º grau. Os critérios de exclusão são: crianças e queimaduras por recidiva.

O método de recolha de dados será um inquérito em que o instrumento de dados será um questionário.

O tratamento de dados será estatístico.

O trabalho encontra-se dividido por fases, nomeadamente: Fase conceptual (subdividida em: título, problema de investigação, questão de investigação, objectivos, enquadramento teórico e revisão sistemática da literatura); Fase metodológica (onde se inserem os devidos pontos: tipo de estudo, variáveis estudo e variáveis atributo, população, amostra, recolha e tratamento de dados) e Considerações éticas. Em anexo, encontra-se o Cronograma; Escala SF-36 (Medical Outcomes Study); Escala BSHS-R; Consentimento Informado e pedidos de autorizações.

Os descritores utilizados foram: Queimados. Qualidade de Vida. Enfermagem.

Capítulo I. Fase Conceptual

A fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação. A ideia pode resultar de uma observação, da literatura, de uma irritação em relação com um domínio particular ou ainda de um conceito (Fortin 1999, p.39).

1.1. Título

O título escolhido para este estudo é “Avaliação da Qualidade de vida em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar”. Estando de acordo com Fortin (2009, p.535) que refere, o título indica claramente o tema do estudo, especialmente a variável principal e a população.

1.2. Problema de Investigação

Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado. Um problema de investigação é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação (Adebo, 1974 citado em Fortin 1999, p.48).

Como tal, a etapa inicial do processo da investigação consiste em encontrar um domínio de investigação que interesse ou preocupe o investigador e se revista de importância para a disciplina (Fortin 1999, p.39).

Posto isto, o problema de investigação é perceber de que forma a queimadura pode modificar a qualidade de vida em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar, avaliando quais os domínios da Qualidade de Vida que se preservam e quais os que ficam mais prejudicados em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar.

1.3. Questão de Investigação

Uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, específica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica (Fortin 1999, p.51).

Como tal, são consideradas como questões de investigação: Qual o impacto da queimadura na qualidade de vida das pessoas? Quais os domínios da qualidade de vida mais prejudicados em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar? Quais os domínios da qualidade de vida mais preservados em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar?

1.4. Objectivos

O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão (Fortin 1999, p.100).

Os objectivos definidos para este estudo são:

- Avaliar a qualidade de vida em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar;
- Identificar os domínios da qualidade de vida mais prejudicados em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar;
- Reconhecer os domínios da qualidade de vida mais preservados em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar.

1.5. Enquadramento Teórico

No enquadramento teórico abordam-se os temas teóricos que considero mais importantes para uma melhor compreensão do que se pretende avaliar no estudo, interligando as temáticas entre si. No desenrolar do enquadramento teórico são referidos os seguintes temas: Sistema Tegumentar, Queimaduras, Classificação de Queimaduras,

Avaliação da Superfície Queimada, Cicatrização, Qualidade de Vida e Papel da Enfermagem na pessoa com queimadura.

1.5.1. Sistema Tegumentar

De acordo com Seeley, Stephens, Tate (2009, p.155), a pele é composta por 2 camadas de tecido: a derme e a epiderme. A derme (pele) é uma camada de tecido conjuntivo denso que se encontra junto à hipoderme. A epiderme (sobre a pele) é uma camada de tecido epitelial que assenta na derme.

Hipoderme:

A pele repousa na hipoderme, que liga os ossos e músculos subjacentes e lhe fornece os vasos sanguíneos e nervos. Os principais tipos de células na hipoderme são fibroblastos, células adiposas e macrófagos. A hipoderme não faz parte da pele, e é por vezes designada por tecido celular subcutâneo. Cerca de metade da gordura armazenada no corpo encontra-se na hipoderme e a sua quantidade e localização variam com a idade, o género e a alimentação. A gordura na hipoderme funciona como acolchoamento e isolador e é responsável pelas diferenças na forma do corpo entre mulher e homem. (Seeley et al, 2001, p.154).

Derme:

A derme é composta por tecido conjuntivo denso irregular com fibroblastos, algumas células adiposas e macrófagos. O colagénio constitui a principal fibra do tecido conjuntivo mas encontram-se também presentes fibras de elastina e de reticulina. Esta camada é responsável pela maior parte da força estrutural da pele. Em comparação com a hipoderme, as células adiposas e os vasos sanguíneos são escassos. As terminações nervosas e os folículos adiposos, os músculos lisos, as glândulas e os vasos linfáticos estendem-se à derme (Seeley et al, 2001, p.155).

A derme encontra-se dividida em 2 camadas indistintas: a derme reticular mais profunda e a derme papilar. A derme reticular é a principal camada fibrosa da derme e é contínua à hipoderme. A derme papilar deve o seu nome a prolongamentos denominadas papilas que se estendem em direcção à epiderme (Seeley et al, 2001, p.155).

Epiderme:

A epiderme é constituída por epitélio de descamação estratificado separado da derme por uma membrana basal. Esta não é tao espessa como a derme, não contem vasos sanguíneos e é alimentada por difusão pelos capilares da camada papilar (Seeley et al, 2001, p.155).

As células são produzidas nas camadas mais profundas da epiderme por mitose. À medida que se formam novas células, estas empurram as células mais velhas para a superfície onde descamam (Seeley et al, 2001, p.155).

Funções do Sistema Tegumentar:

O sistema tegumentar desempenha diversas funções como: protecção, regulação da temperatura, produção de vitamina D, sensação, excreção.

- Protecção: A pele protege contra a abrasão e a luz ultravioleta e impede também a entrada de microorganismos e previne a desidratação, ao reduzir a perda de água corporal;
- Regulação da temperatura: A temperatura corporal é regulada pelo controlo do fluxo de sangue através da pele e pela actividade das glândulas sudoríparas;
- Produção de vitamina D: Quando exposta á luz ultravioleta, a pele produz uma molécula que pode ser transformada em vitamina D;
- Sensação: O Sistema tegumentar contém receptores sensoriais capazes de detectar, sensações como a temperatura, a dor, a pressão;
- Excreção: Pequenas quantidades de produtos de excreção são eliminadas através da pele e da secreção das suas glândulas.

(Seeley et al, 2001, p.165 a 169)

1.5.2. Queimaduras

Uma queimadura é uma lesão que resulta em perda ou estrago do tecido. A danificação do tecido pode resultar da exposição a diversas fontes. A lesão dos tecidos é

determinada pela temperatura ou causticidade do agente da queimadura e da duração do contacto do tecido com a fonte (Lough, et al, 1996, p. 867).

A gravidade de uma queimadura é determinada por 3 parâmetros essenciais: a extensão local e a proporção da queimadura profunda, a localização e, particularmente, o compromisso das zonas funcionais e, finalmente, a idade fisiológica do doente (Echinard e Latarjet, 2012, p.26).

1.5.2.1. Epidemiologia

As queimaduras são, a nível internacional, um problema grave de saúde pública. Apesar dos crescentes progressos obtidos ultimamente no tratamento das pessoas com queimaduras, são ainda consideráveis as taxas de mortalidade e morbidade. A importância da prevenção destes acidentes decorre não só da frequência com que ocorrem, mas principalmente da capacidade em provocarem sequelas funcionais, estéticas e psicológicas, alterando inevitavelmente a qualidade de vida do indivíduo vítima de queimadura (Crisóstomo, et al, 2004 citado em Martinho, 2008).

A Organização Mundial de Saúde, em 1998, relatou que ocorreram 282000 mortes no mundo decorrentes de queimaduras, 96% das quais em países em desenvolvimento. Mais de metade de todas as mortes ocorreram na região sudoeste da Ásia. Os países Africanos detêm o maior índice por 100000 habitantes, enquanto que as Américas e a Europa apresentam os menores índices (Martinho, 2008).

Segundo refere Silva et al (2003), a queimadura grave é um dos eventos traumáticos mais significativos que uma pessoa pode sofrer e sobreviver. Num estudo realizado em Portugal, entre 1993 e 1999, 14797 pessoas com queimaduras foram admitidas em hospitais portugueses. A maioria dos indivíduos era do sexo masculino (59%), com uma média de idades nos 30 anos (variando entre 102 anos e 1 ano).

Demonstrou-se que de 1996 a 1999 houve um decréscimo no número de admissões, possivelmente como resultado de acções de educação para a saúde realizadas. O número de admissões segundo a localização geográfica foi distribuído, por ordem decrescente, pelas seguintes áreas: ARS Norte; ARS Lisboa e Vale do Tejo, ARS Centro, ARS

Alentejo e ARS Algarve. O tempo médio de internamento era de 15,5 dias, mas com um máximo de 738 dias. Verificou-se ao longo dos anos estudados uma diminuição no tempo de internamento. Dos indivíduos internados, 85,1% tiveram alta hospitalar, 9,4% foram transferidos para outros hospitais, no sentido de obter um tratamento mais especializado numa unidade de queimados e 1,6% dos indivíduos tiveram alta contra parecer médico. Verificou-se que 3,7% dos indivíduos queimados, internados em hospitais portugueses, faleceram. A taxa de mortalidade era de 3,4% nos indivíduos do sexo masculino e de 4,2% nos indivíduos do sexo feminino. Todavia, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no número de mortes por ano.

1.5.2.2. Tipos de Queimaduras

Existem diversos tipos de queimaduras, nomeadamente térmicas, eléctricas, químicas e por radiação.

- Queimaduras térmicas: São as queimaduras mais comuns e causadas por vapor, escaldão, contacto e fogo. O grupo etário frequentemente atingido são crianças dos 2 aos 4 anos por escaldões e os adultos jovens (17 a 25 anos) do sexo masculino por líquidos inflamáveis.
- Queimaduras eléctricas: Podem ser provocadas por correntes de alta ou baixa voltagem ou por raios. Os factores que propiciam a incidência deste tipo de queimaduras são a exposição profissional e a corrente eléctrica doméstica.
- Queimaduras químicas: São provocadas tanto por ácidos como por soluções alcalinas. Estas últimas provocam lesões mais graves do que os ácidos. Ambos se encontram em produtos de uso doméstico. A concentração do agente e o tempo de exposição são factores essenciais que determinam a extensão e a profundidade da lesão.
- Queimaduras por radiação: Ocorrem por exposição a equipamentos industriais ou a equipamento usado para tratamento médico. São muito semelhantes com as queimaduras térmicas, no entanto, a maior diferença é o tempo de exposição e a manifestação clínica.

(Lough, et al, 1996, p. 870)

1.5.2.3. Classificação das Queimaduras

As queimaduras classificam-se primariamente segundo a sua profundidade e extensão. No entanto, o seu tipo e localização, bem como a idade e história clínica do doente são factores importantes a considerar. O reconhecimento da magnitude dos danos causados pela queimadura (profundidade, tamanho, saúde anterior) é de importância crucial para o plano de cuidados global (Lough, et al, 1996, p.867).

Segundo Echinard e Latarjet (2012, p.24), histologicamente e clinicamente, distinguem-se actualmente 3 graus de profundidade. Cirurgicamente é mais lógico a classificação em queimaduras superficiais e queimaduras profundas.

Queimaduras 1º Grau:

Echinard e Latarjet (2012, p.24) definem as queimaduras do 1º grau, no plano histológico, pelo compromisso das camadas superficiais da epiderme. Clinicamente trata-se simplesmente de um eritema doloroso, o clássico “escaldão solar”. A dor, devida à libertação celular de mediadores químicos e de prostaglandinas, desaparece em menos de 72 horas. A evolução espontânea para a cura faz-se em 4 a 5 dias, com uma ligeira descamação.

Queimadura 2º Grau Superficial:

Quanto às queimaduras do 2º grau superficial, Echinard e Latarjet (2012, p.24), caracteriza-as histologicamente, segundo a classificação de Gosset e Baux, e refere que atinge as camadas profundas da epiderme sem tocar a junção dermo-epidérmica. Clinicamente, a libertação local de substâncias vasoactivas provoca um exsudado com deslocamento das camadas superficiais da epiderme, criando uma flictena preenchida por serosidade. Sob a bolha assim criada, a pele residual está rosada, por vezes ligeiramente avermelhada. A lesão é dolorosa mas cicatriza em menos de dez dias sem deixar sequelas.

Queimadura 2º Grau Profundo:

As queimaduras de 2º grau profundo são designadas por estágio intermédio (e não grau intermediário). Echinard e Latarjet (2012, p.25) subdivide-as em intermediário superficial e intermediário profundo, pela grande altura da junção dermo-epidérmica. No plano histológico, a junção dermo-epidérmica é mais atingida mas sempre

parcialmente. Há disrupção mais ou menos completa da camada basal, camada a partir da qual regeneram as células da epiderme. Clinicamente, a dor é importante. A lesão surge, a maior parte das vezes, vermelha, acastanhada e com exsudado. Ainda sangra à escarificação que mostra a persistência da rede vascular superficial. A flictena já não é um sinal constante. Por outro lado, existem frequentemente pequenas zonas esbranquiçadas nas regiões mais profundas. Com muita frequência, estas lesões aprofundam-se quando a perfusão cutânea periférica é ineficaz ou insuficiente ou se sobrevier infecção local.

Queimadura 3º Grau

No grupo das queimaduras de 3º grau, a totalidade da epiderme é atingida. A camada de células basais é inteiramente destruída, incluindo os anexos pilo-sebáceos, profundamente encaixados na derme, ou mesmo na hipoderme. A vascularização desapareceu, a inervação cutânea foi destruída. Portanto, foi atingida uma grande parte da derme. Não existe a hipótese de regeneração espontânea. Clinicamente, a lesão é pois insensível e deixa de sangrar à escarificação. É uma zona branca, cartonosa, cerosa, marmoreada, por vezes mesmo, nas queimaduras pela chama, coberta por uma fina camada de epiderme descamada enegrecida. Em certos casos de escaldão, a lesão é mais vermelha, pelo elevado grau de hemólise intra e subdérmica. Em outros casos, ainda mais graves, como carbonizações, a lesão está completamente negra (Echinard e Latarjet 2012, p.26).

1.5.2.4. Avaliação da Superfície Queimada

Para fazer a avaliação da superfície queimada existem diversas tabelas de cálculo, nomeadamente a Regra dos 9 de AB Wallance, a Escala de Berkow, a Escala de Lund e a Escala de Browder.

A escala mais utilizada é a Regra dos 9 de AB Wallance. Quando se tem por base esta escala, a cabeça representa por si só, 9% da superfície corporal, bem como cada membro superior. Cada membro inferior representa 2 x 9%, isto é, 18% da superfície do corpo. O tronco representa 4 x 9%, ou 36%, ou ainda 18% para a face anterior e 18%

para a face posterior. Finalmente, os órgãos genitais externos são avaliados em 1%, pelo que o total é de 100% (Echinard e Latarjet 2012, p.27).

1.5.2.5. Cicatrização

Echinard e Latarjet (2012, p.29) define que clinica e histologicamente distinguem-se 3 graus de queimaduras. No plano da evolução cicatricial, como no plano cirúrgico, isto é, no plano do prognóstico funcional, e de estética local, podemos contentar com distinguir duas categorias: as queimaduras superficiais e as queimaduras profundas.

As primeiras agrupam as queimaduras do primeiro grau e as do segundo grau superficial: nunca geram sequelas propriamente ditas. As segundas agrupam as queimaduras do segundo grau profundo e as do terceiro grau: geram, muitas vezes, sequelas importantes.

De maneira mais simplista ainda, pode dizer-se que uma queimadura superficial vai cicatrizar, muitas vezes de forma espontânea, em menos de dez dias. Uma queimadura profunda leva sempre mais de dez dias a cicatrizar, sempre com acompanhamento terapêutico e de pensos, ou mesmo com tratamento cirúrgico por enxerto cutâneo.

Cicatrização Normal

- Evolução das queimaduras do primeiro grau:
 - Cicatrizam por epidermização muito rápida em 3 ou 4 dias. A dor inicial passa depressa, dando por vezes lugar a um prurido intenso ligado à libertação histamínica inflamatória pós-cicatricial (Echinard e Latarjet (2012, p.29).
- Evolução das queimaduras do segundo grau superficial:
 - Estas lesões tendem a cicatriza espontaneamente em menos de 10 dias. A dor e o eritema, devidos à libertação dos mediadores químicos locais, desaparecem. A inflamação local provoca geralmente um exsudado pouco abundante. No entanto, provoca por vezes um pouco de febre, sem quem no entanto, exista infecção. Esta febrícula relaciona-se com libertação local de substâncias pirogénicas. Histologicamente, as

camadas basais da epiderme reformam-se com extrema rapidez e, em alguns dias, migram para a superfície. A nível da derme, não existe qualquer actividade hiperproliferativa neste tipo de lesões (Echinard e Latarjet, 2012, p.29).

- Evolução das queimaduras do segundo grau profundo, segundo Echinard e Latarjet (2012, p.30):
 - Estas queimaduras constituem um estágio intermédio entre uma lesão superficial e uma do terceiro grau, para que podem evoluir com facilidade por aprofundamento ou “conversão” da ferida. Esta conversão é a transformação, sob influência de diferentes factores, de uma lesão que se considera que vai cicatrizar espontaneamente numa lesão cuja epidermização espontânea será impossível. No plano histopatológico, trata-se da passagem progressiva de uma zona de isquemia a uma zona de necrose. Idealmente na ausência de infecção local destruidora ou de falta de hidratação ou de perfusão local, a lesão do segundo grau não se agrava e tende a evoluir para a cicatrização espontânea lenta. É felizmente o caso mais frequente. Mas neste tipo de lesão cicatrização espontânea não significa ausência de sequelas.
 - Caso a evolução local seja má, a conversão para o terceiro grau faz-se após vasoconstrição ou trombose local dos vasos dérmicos. A zona de necrose progressiva assim criada é mais ou menos super infectada e a cicatrização passa a ser a de uma queimadura do terceiro grau.
 - Cronologicamente, a queimadura do segundo grau profunda evolui em várias fases. Do dia 1 ao dia 7 existe uma fase dita proto-inflamatória, dolorosa. Segue-se uma fase híper-inflamatória em que, sob o efeito dos mediadores libertados, a proliferação e a epidermização evoluem a par. A cicatrização faz-se por eliminação progressiva da zona de necrose superficial e dos resquícios fibrinosos de proteínas coaguladas. A junção dermo-epidérmica é parcialmente atingida, por vezes profundamente e em alguns sítios, a efracção conduz a uma proliferação importante de tecido conjuntivo, contemporânea com a epidermização que por seu lado se faz a partir da basal ou dos resquícios anexais. Cria-se assim um tecido de granulação que encaixa alguns ilhéus epidérmicos os quais ao

confluírem vão cobrir progressivamente a ferida. Consegue-se assim uma cicatrização primária que não exclui o aparecimento de sequelas se não tiver sido aplicado rapidamente um tratamento preventivo eficaz.

- Evolução das queimaduras do terceiro grau (Echinard e Latarjet 2012, p.30):
 - São lesões totais e profundas da pele. Por isso, evoluem de acordo com 3 fases clássicas da cicatrização: Detersão, Proliferação e Epidermização.
 - Detersão é a separação entre o morto e o vivo, é a eliminação da necrose, mais ou menos superficial, relativamente ao plano subjacente vascularizado.
 - Proliferação é o aparecimento progressivo de tecido de granulação vermelho, hemorrágico, porque bem vascularizado e inflamatório. Na prática, trata-se de um tecido patológico que não existe no organismo em estado normal e que, com o tempo, vai reorganizar-se secundariamente para originar um tecido próximo de pele normal. Esta proliferação deve-se à presença e ao desenvolvimento dos fibroblastos do tecido dérmico e hipodérmico subjacentes.
 - Epidermização (impossível nas queimaduras de terceiro grau pela ausência da camada basal e dos anexos pilo-sebáceos). Nas queimaduras de superfície muito pequena, pode fazer-se a partir da periferia da lesão, tanto mais que existe sempre uma retracção do tecido de granulação, que tem tendência a reduzir a superfície da ferida. Nas queimaduras mais extensas, esta epidermização só pode ser feita com o aporte cirúrgico de tecido epidérmico, isto é, por enxerto de pele fina ou de cultura de queratinócitos.

Cicatrização Viciosa

A cicatrização viciosa pode considerar-se de duas ordens: sequelas ligadas à proliferação mesenquimatosa (hipertrofia cicatricial e a retracção) e sequelas devidas às destruições tecidulares maciças.

Sequelas ligadas à proliferação mesenquimatosa: sob a acção dos processos inflamatórios, a proliferação e a activação dos fibroblastos, associadas a uma angiogénese intensa, levam à constituição de um tecido de reparação tecidular, o tecido de granulação. Consoante o contexto local, as limitações regionais, o tratamento

efectuado e o potencial genético do doente, este tecido vai em certos casos, evoluir para a formação de cicatrizes hipertróficas ou de cicatrizes especiais (zonas planas), a hipertrofia vai dominar; quando o ambiente está sob tensão (zonas funcionais), predomina a retracção (Echinard e Latarjet, 2012, p.31).

- Hipertrofia cicatricial: resulta de uma proliferação conjuntiva abundante em zona pouco móvel. Os fibroblastos, estimulados pelos numerosos factores de crescimento, vão sintetizar colagénio em grande quantidade; por outro lado, observou-se que, nestes casos particulares, a degradação natural da matriz extracelular pelos colagenases ou por protéases específicas, habitual ao fim de alguns meses, está muito retardada ou ausente. A hiperangiogénese gera um fluxo sanguíneo importante com hiperoxigenação, o que provoca a hiperactividade dos miofibroblastos e a produção acrescida de fibras colagénicas. Esta fibrose por hipervascularização pode ser tarapeuticamente diminuída por uma compressão do tipo elástico, com finalidade de asfixiar as células. No plano clínico, esta proliferação excessiva começa muito cedo após a queimadura (2 a 3 semanas) e vai aumentando até ao sexto mês, por vezes mais. É a fase inflamatória ou proliferativa. Segue-se a fase de maturação cicatricial, em que o colagénio e as células se repartem de maneira mais harmoniosa e vão dar origem, progressivamente, a um tecido mais flexível que, em princípio, se tornaria numa derme cicatricial normal em menos de 2 anos. Numa cicatriz normal, esta evolução dura, em princípio, menos de 6 meses. No caso de uma cicatriz hipertrófica, frequente nas queimaduras do segundo grau profundo, a evolução faz-se ao longo de 24 meses (6 meses de proliferação, 18 meses de maturação – resolução). Ao contrário do que se pensa, as queimaduras dão origem a poucos quelóides cicatriciais verdadeiras. Estes caracterizam-se por uma inflamação mais importante, fibrose mais abundante e mais densa e ausência quase total da fase de resolução, condenando o doente a uma cicatriz por vezes normal e principalmente definitiva. Estas cicatrizes quelóides estão muitas vezes ligadas a factores genéticos. Assim, a acção do terapeuta perante uma cicatriz de tipo hipertrófico será por um lado evitar que surja, curto-circuitando a fase de granulação e por outro lado limitando a sua evolução, reduzindo o aporte metabólico aos fibroblastos. Nas queimaduras de estágio

intermédio, a epidermização é muito lenta e muito perturbada e esta demora favorece certamente a hiper-síntese de colagénio pelos fibroblastos. Portanto, por vezes é judicioso enxertar e, zonas descobertas (Echinard e Latarjet, 2012, p.34).

- **Retracção cicatricial:** é um processo natural em todas as lesões, pela colocação em tensão das fibras de colagénio e das células e que se destina a aproximar as margens da ferida, de facto, no queimado, é principalmente um fenómeno patológico, exacerbado pela inflamação local e sobretudo pelo movimento (Echinard e Latarjet, 2012, p.34).

Sequelas devidas as destruições tecidulares maciças: são as lesões que resultam de queimaduras térmicas ou químicas extremamente profundas ou mais frequentemente de queimaduras eléctricas. O mecanismo da sua ocorrência pode ser directo: lesão imediatamente destruidora por necrose tecidular sob acção do calor, da corrosão química, da voltagem ou de um traumatismo associado à queimadura. Também pode tratar-se de um processo secundário de destruição tecidular por trombose evolutiva, isquemia distal, síndrome de compartimento negligenciada, êmbolo séptico, condrite extensiva, infecção maciça, entre outras (Echinard e Latarjet, 2012, p.35).

1.5.2.6. Tratamento das Queimaduras

Segundo Lough, et al (1996, p. 867) o tratamento do doente queimado pode dividir-se em 3 fases, cada uma específica e com um conjunto de problemas reais e potenciais especificamente. As fases são: fase de ressuscitação (vai desde o acidente até ao aparecimento da diurese espontânea), fase aguda (principal objectivo é a cicatrização da ferida, vai desde o final da ressuscitação e termina com o completo encerramento da ferida) e fase de reabilitação (sobrepõe-se parcialmente à fase aguda e pode continuar por mais de dois anos após o acidente).

Fase de Ressuscitação ou de choque: caracteriza-se por instabilidade cardiopulmonar, problemas das vias aéreas e respiração e hipovolémia. A magnitude da resposta fisiopatológica é proporcional à extensão da lesão cutânea. O objectivo nesta fase é

manter a função e perfusão dos órgãos vitais, aplicar medidas para as lesões de inalação, gestão das vias aéreas e hipovolémia.

As principais alterações nesta fase são:

- Oxigenação: pode provocar três complicações, nomeadamente, envenenamento por monóxido de carbono, obstrução das vias aéreas superiores e pneumonia química;
- Hipovolémia: importância da fluidoterapia;
- Alto risco de infecção: a prevenção da infecção no doente queimado é um verdadeiro desafio e envolve um processo complexo de tomada de decisão;
- Perfusão dos tecidos: existem alterações da perfusão renal (fazer análises de urina o para determinar o nível de mioglobina); alterações da perfusão do tecido cerebral (durante os primeiros dias fazer uma avaliação da situação neurológica frequentemente); alteração da perfusão do tecido periférico (monitorizar pressão arterial, pulso e respiração) e alteração da perfusão do tecido gastrointestinal (despiste de íleos paralítico);
- Monitorização invasiva: existem diversos tipos de cateteres que permitem uma melhor e mais precisa monitorização, no entanto, antes de se aplicar este tipo de monitorização deve avaliar-se cuidadosamente diversos factores;
- Hipotermia: existe alto risco de hipotermia principalmente no tratamento inicial e após a cirurgia. O calor perde-se através das feridas abertas das queimaduras por evaporação e por radiação;
- Avaliação laboratorial: por ser um procedimento invasivo, só deve ser feito com indicação absoluta e antes tem de se ter em conta a idade do doente, a extensão da lesão, o tempo decorrido desde o acidente e patologias pré-existentes.

O exame de uma vítima de queimadura por inalação inclui: avaliação física, gasimetria arterial, níveis de carboxihemoglobina, radiografia do tórax, broncoscopia, cintigrafia pulmonar e testes de função pulmonar.

Fase Aguda: nesta ocorrem alterações cardiovasculares e da ferida que alteram substancialmente. Caracteriza-se por dar primazia aos cuidados relacionados com a excisão precoce e enxerto de pele, tratamento local de ferida, suporte nutricional e controlo de infecção.

Nesta fase ocorrem alterações fisiológicas que incluem a fase inflamatória, a fase proliferativa e a fase de maturação.

Nesta fase abrangente verificam-se como principais problemas:

- Compromisso da integridade dos tecidos: o principal objectivo é o encerramento da ferida e para esse fim recorre-se a procedimentos como a limpeza e desbridamento da ferida.
- Antibioterapia tópica: para prevenção das infecções pelo facto da queimadura destruir os mecanismos protectores fisiológicos da pele.
- Factores que afectam a cicatrização da ferida: as fontes de contaminação são múltiplas e medidas profilácticas devem ser tomadas atempadamente como a antibioterapia e a assepsia.
- Auto-enxerto: é um enxerto de pele transferida de um local para outro no corpo no mesmo individuo e, é o único que assegura à ferida uma cobertura permanente.
- Encerramento da ferida: existe a utilização de diversos métodos como substitutos biológicos ou sintéticos da pele.
- Terapêutica auxiliar na cicatrização da queimadura: deve ser considerada uma terapêutica de suporte como a fluidificação do ar ou a suspensão aérea controlada.
- Dor aguda: a dor é um fenómeno individualizado e subjectivo e após uma queimadura é significativa, dependendo do grau da lesão. Como tal, esta deve se manter controlada adequando o método ao individuo em questão.
- Alteração da nutrição: carência em relação às necessidades orgânicas: o doente queimado tem um metabolismo basal mais elevado e para promover a cicatrização e prevenir a privação prolongada de alimentos deve manter-se um controlo nutricional adequado.

Fase de Reabilitação: Esta é uma fase de reabilitação tanto física como emocional. O doente já não tem uma doença aguda, mas pode não estar preparado para a alta. É uma fase que pode levar vários anos a concluir.

Nesta fase existe limitação da mobilidade física. As contracturas são a consequência das queimaduras que leva a esta limitação. Estas podem desenvolver-se por vários factores como a superfície atingida, profundidade, localização, configuração da queimadura, posição de conforto que o doente adopta mais frequentemente, força relativa dos músculos subjacentes e motivação de adesão do doente. Para contrariar estas deformações é importante a adopção de posições anti-deformidade, assim como uma alternância de posição frequente.

Os cuidados ambulatoriais ao doente queimado são necessários essencialmente em lesões de graus inferiores. Esta medida, por um lado é um benefício para o doente por regressar mais rapidamente ao seu ambiente familiar e às suas rotinas, prevenindo também as infecções nosocomiais.

As infecções nosocomiais são infecções que se desenvolvem após a admissão hospitalar, e que não se encontravam presentes antes dessa mesma admissão. O Enfermeiro deve conhecer o problema das infecções nosocomiais: tipos de infecções que ocorrem frequentemente, os agentes patogénicos comuns e como são transmitidos, factores que predispoem um doente para uma infecção nosocomial, como reconhecer as pessoas em risco de infecção e as medidas de prevenção e controlo necessárias para diminuir a incidência das infecções nosocomiais (Phipps et al ,1995, p.288).

Posto isto, como refere Silva e Pacheco et al (2009), a forma de prevenir essas infecções e, particularmente em queimados, devem-se adoptar medidas como a intensificação do cuidado e a promoção de um ambiente seguro, utilização rigorosa de técnicas assépticas para a realização de procedimentos invasivos, lavagem das mãos e troca de luvas entre cada actividade assim como a capacitação de profissionais para combater eficazmente esta possível complicação.

Por outro lado, acaba por ter de ser bem estudada e avaliada se essa intervenção vai melhorar ou piorar a recuperação do doente dependendo do ambiente para o qual se vai transferir e da sua motivação para a recuperação.

1.5.3. Papel da Enfermagem na pessoa com queimadura

A essência da Enfermagem é o acto de cuidar e, proporcionar uma recuperação segura, além de ser responsável na execução de medidas preventivas sob a forma de educação para a saúde (Oliveira, et al, 2012).

Os cuidados a prestar a uma pessoa com queimadura devem ser realizados numa unidade adaptada, após avaliação precisa da gravidade da lesão. Por outro lado, a dificuldade do tratamento de queimaduras graves e a magnitude das suas consequências em termos de dor, custos económicos e sociais impõe a implementação de medidas eficazes na prevenção destas lesões.

As intervenções por parte da Enfermagem não podem apenas limitar-se à assistência tecnicista, requerem uma abordagem multidimensional, não olhando apenas a pessoa com queimadura, mas também a sua respectiva família. Isto permite estabelecer intervenções direccionadas, individualizadas e personalizadas (Oliveira, et al, 2012).

Assim sendo, o Enfermeiro que trabalha com pessoas com queimaduras necessita de perícia para lidar com as respostas emocionais da pessoa e da sua família (Brunner, 1993, p.1306). Este deve compreender a percepção que a pessoa com queimadura tem das alterações que ocorreram no seu corpo. Cabe ao enfermeiro encorajar a pessoa com queimadura e a respectiva família a expressar os seus sentimentos, estabelecendo uma relação empática. (Oliveira, et al, 2012).

O papel da Enfermagem encontra-se em qualquer das fases anteriormente referidas, adequando as intervenções às necessidades características dessas mesmas fases.

Durante a fase de ressuscitação, segundo Lough, et al (1996, p.876), as intervenções nesta fase centram-se em: avaliar os sons respiratórios bem como o ritmo e qualidade da respiração e registá-los; administrar oxigenoterapia quando prescrito; vigiar os níveis de

carboxihemoglobina; vigiar e registar as características das secreções pulmonares; aspirar se necessário; pesquisar os sinais de obstrução das vias aéreas e preparar para intubação endotraqueal e ventilação mecânica.

Durante a fase aguda, de acordo com Brunner e Suddarth (1993, p.1289), as pessoas com queimaduras extensas que sobrevivem aos primeiros dias, a principal causa de morte é a infecção. Portanto, a detecção precoce e a prevenção de infecções são os principais focos de intervenção da Enfermagem. Para que haja sucesso nesta fase, Lough, et al (1996, p.881), refere que a enfermagem tem um papel crucial no processo de cicatrização sendo fundamental executar o tratamento diário da ferida, hidroterapia, desbridamento, tratamento pré e pós-operatório e tratamento da dor, se necessário.

A fase de reabilitação é a fase de recuperação e cicatrização, tanto física como emocional. É a etapa de preparação para o regresso ao mundo exterior e à adaptação das possíveis limitações (Lough, et al, 1996, p.889). Os principais objectivos da intervenção de Enfermagem são: incluir a pessoa com queimadura o máximo possível nas actividades de vida diária; aumentar o autoconhecimento sobre a lesão, tratamento e cuidados de acompanhamento; uso e treino de estratégias apropriadas para ultrapassar possíveis barreiras e adaptação às alterações de autoconceito e do estilo de vida (Brunner e Suddarth, 1993, p.1301).

Um dos sintomas que abrange todas as fases de recuperação das pessoas com queimadura é a dor. A equipa de Enfermagem é considerada fundamental no cuidado às pessoas com queimadura e com dor devido à proximidade e à relação terapêutica que se estabelece entre ambos. Há evidências de que o prognóstico do quadro algico de pessoas com queimaduras depende, em grande parte, da maneira como sua dor é levada em consideração pelos profissionais. Considera-se então indispensável compreender a dor de cada pessoa com queimadura individualmente e de forma personalizada (Silva e Ribeiro, 2011).

Para que o Enfermeiro consiga dar resposta a todas estas necessidades das pessoas com queimadura e das respectivas famílias, além de conhecimentos teóricos e práticos, necessita de ter um perfil que consista em autocontrole, equilíbrio emocional, saber trabalhar em equipa, iniciativa, rapidez na tomada de decisões, sempre embasadas em

protocolos de atendimento. Apenas e só com estas características o profissional de Enfermagem propicia um atendimento adequado e de qualidade, podendo evitar as complicações decorrentes das queimaduras e contribuir para uma recuperação precoce. (Gathas, et al, 2010).

1.5.4. Qualidade de Vida

A definição de Qualidade de Vida, assumida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994, p. 28 citado em Qualidade de Vida e Saúde: Aplicações do WHOQOL).

1.5.4.1. Instrumentos de avaliação

Para a avaliação deste conceito, existem diversas escalas. No entanto todas têm a sua forma específica de onde e como ser aplicada.

Existem escalas de avaliação da qualidade de vida que se podem sub-dividir em 3: globais (por exemplo, Escala de Qualidade de Fanagan), genéricas (WHOQOL Group 100, WHOQOL Bref e SF-36 (mais específica para a saúde)) e específicas (por exemplo, Burns Specific Health Scale).

1.5.4.1.1. SF-36 (Medical Outcomes Study)

O instrumento de avaliação SF-36 resulta de um estudo levado a cabo por investigadores da *Rand Corporation* nos EUA e que foi denominado *Medical Outcomes Study*, com o intuito de desenvolver instrumentos para uma monitorização contínua dos resultados de saúde. Em 1998, o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra realizou uma adaptação deste para Portugal e português, permitindo assim a utilização de um instrumento de trabalho válido e fiável para a

medição da saúde e da percepção que os indivíduos têm do seu próprio bem-estar e da sua qualidade de vida relacionada com a saúde (o que até então não existia).

Este instrumento apresenta os resultados sob a perspectiva do doente e com base na própria funcionalidade e bem-estar e nas formas de satisfazerem as suas expectativas e necessidades. Não sendo específica a qualquer faixa etária, doença ou tratamento.

Encontra-se dividido por 36 itens cobrindo 8 dimensões de estado de saúde e detectando aspectos positivos e negativos da saúde.

As 8 dimensões são:

- Função Física: pretende medir desde a limitação para executar actividades físicas menores como tomar banho, até às actividades mais exigentes, passando por actividades intermédias como levantar ou carregar compras.
- Desempenho físico e desempenho emocional: medem a limitação do tipo e da quantidade de trabalho executado (estas 2 dimensões aqui abordadas em conjunto mas são abordadas separadamente no questionário por alguns autores considerarem que se aplicam mais a indivíduos reformados com mais do que um trabalho).
- Dor corporal: representam a intensidade e o desconforto causados pela dor mas também pela forma como a extensão interfere nas actividades usuais.
- Saúde Geral: visa medir o conceito de percepção holística da saúde, incluindo a saúde actual, a resistência à doença e a aparência saudável.
- Vitalidade: permite medir os níveis de energia e fadiga.
- Função social: pretende captar a quantidade e qualidade das actividades sociais e ainda o impacto dos problemas físicos e emocionais nessas mesmas actividades.
- Saúde Mental: aborda questões relacionadas com ansiedade, depressão, perda de controlo em termos comportamentais e emocionais e o bem-estar psicológico.
- Mudança de Saúde: esta não se considera uma dimensão mas é também abordada no instrumento e faz referência à mudança em geral na sua saúde tendo em conta a situação vivida.

Os factores que facilitam a utilização deste instrumento são o seu conteúdo referir-se tanto a saúde física como também a saúde mental, a sua robustez psicométrica e a sua simplicidade.

Este instrumento de avaliação encontra-se em apêndice.

1.5.4.1.2. Burns Specific Health Scale - Revised

Consiste numa escala composta por 31 itens divididos em 6 domínios, nomeadamente: afecto e imagem corporal, sensibilidade da pele, habilidades para funções simples, tratamento, trabalho e relações interpessoais.

Este instrumento surge de uma combinação entre a Escala original Burns Specific Health Scale e uma revisão da literatura realizada pelos autores, dando resposta a inúmeras lacunas no sistema de avaliação da qualidade de vida da pessoa com queimadura e com nacionalidade brasileira.

Este instrumento de avaliação encontra-se em apêndice.

1.5.5. Revisão Sistemática da Literatura

A Revisão Sistemática da Literatura é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados literatura sobre determinado tema. É um método útil para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente e que podem apresentar resultados conflituantes e/ou coincidentes (Sampaio e Mancini, 2007).

Tendo como finalidade avaliar a qualidade de vida em pessoas com queimaduras seis meses após alta hospitalar, identificando os domínios da qualidade de vida mais preservados e reconhecendo os domínios da qualidade de vida mais prejudicados dos mesmos, a pesquisa foi direccionada tendo em conta os princípios metodológicos de uma Revisão Sistemática da Literatura.

1.5.5.1. Pesquisa e selecção de artigos

Tanto para a elaboração das questões de investigação, como para a definição dos critérios de inclusão e exclusão, foi utilizado o método PICO.

Como tal, neste trabalho procura-se dar resposta às seguintes questões de investigação:

- Qual o impacto da queimadura na qualidade de vida em pessoas com queimaduras seis meses após alta hospitalar?
- Quais os domínios da qualidade de vida mais prejudicados em pessoas com queimaduras seis meses após alta hospitalar?
- Quais os domínios da qualidade de vida mais preservados em pessoas com queimaduras seis meses após alta hospitalar?

No seguinte quadro encontram-se os critérios para a formulação das questões de investigação:

				Descritores
P	Participantes	Quem participou?	Pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar	Burn Quality of life Nursing
I	Intervenções	O que foi feito?	Avaliação da Qualidade de Vida	
C	Comparações	Quais as alternativas comparadas?	- Impacto - Domínios da Qualidade de Vida mais prejudicados - Domínios da Qualidade de Vida mais preservados	
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou Consequências	-	
D	Desenho de Estudo	Como é que a evidência foi recolhida?	Quantitativo – Correlacional	

Tabela 1 - Critérios para a formulação da pergunta PICO

Partindo das questões formuladas foram definidos os critérios de elegibilidade para a inclusão/exclusão de estudos.

Os critérios de elegibilidade definidos para a selecção dos estudos encontram-se definidos no Quadro 2.

Crítérios de selecção	Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
Participantes (P)	- Ter, pelo menos, 18 anos - Ser capaz de ler e escrever português - Queimaduras 2º e 3º grau - Ter estado hospitalizado num Centro Hospitalar na Região de Lisboa, há seis meses	- Crianças - Queimaduras por recidiva
Intervenção (I)		
Comparação (C)		
Desenho do Estudo	Estudos Quantitativos	Estudo Qualitativos

Tabela 2 - Critérios de elegibilidade para a inclusão/exclusão de estudos

Para a pesquisa de artigos foi realizada uma consulta em DeCS e chegou-se à determinação dos descritores utilizados na pesquisa de artigos posteriormente, nomeadamente: *Quality of Life*, *Burn* e *Nursing*.

Com a selecção de descritores, foram realizadas pesquisas em diversas bases de dados. Foram procurados artigos científicos publicados, em texto integral, no período compreendido entre 2009 e Novembro de 2014. Em algumas bases de dados como, por exemplo, SCIELO não foram encontradas correspondências. No quadro 3, estão explícitos todos os dados relacionados com a pesquisa de artigos, nomeadamente: data

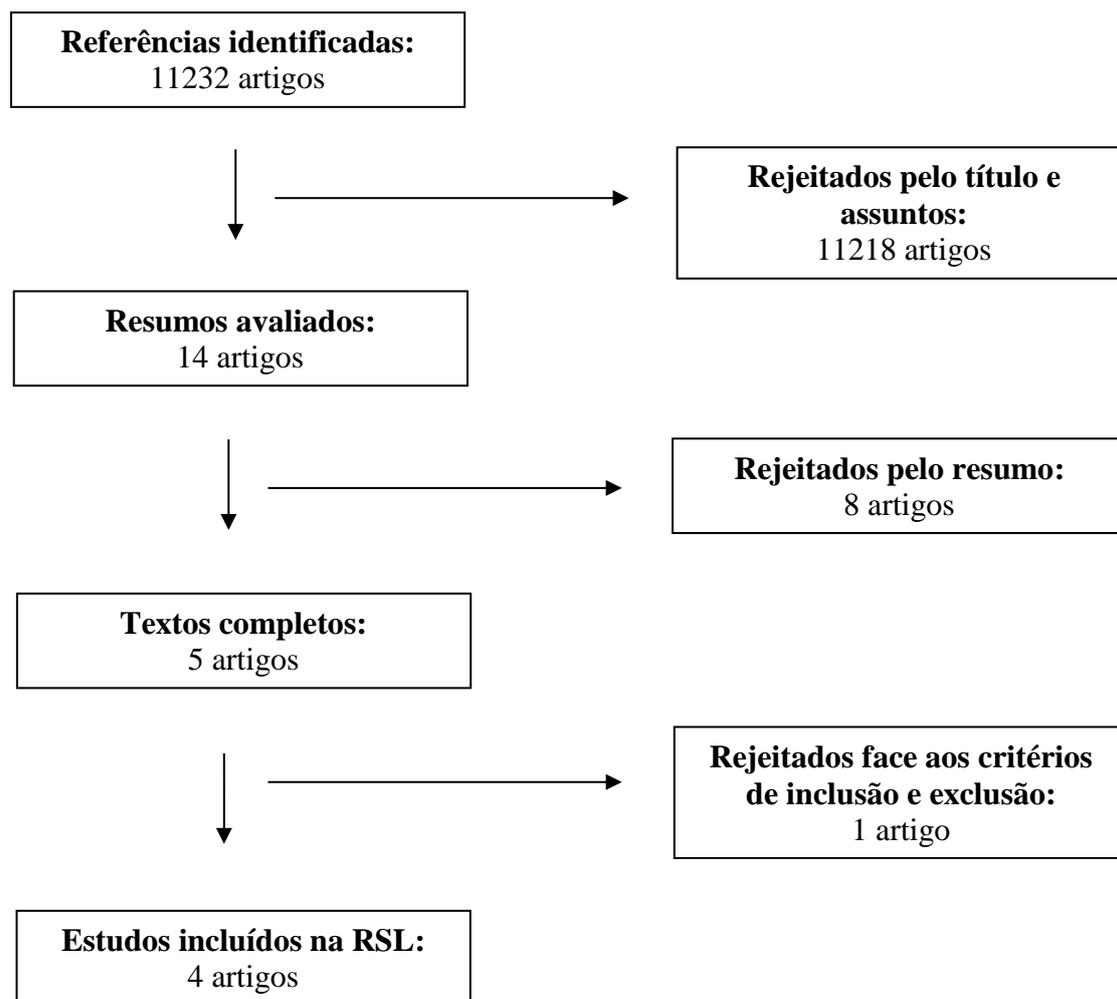
de pesquisa, base de dados, descritores, tempo de pesquisa e número de artigos encontrados.

Data de pesquisa	Base de Dados	Descritores	Tempo de Pesquisa	Número de Artigos encontrados
29 Setembro	BVS	Qualidade de Vida AND Queimados AND Enfermagem	2009 - 2014	34
24 Outubro	EBSCO HOST	Quality of life AND Burn	2009 – 2014	33
		Quality of life AND Burn AND Nursing	2009 – 2014	15
3 Novembro	BVS	Quality of life AND Burn	2009 – 2014	50
10 Novembro	PUBMED	Quality of life AND Burn	2009 – 2014	100
	Google Académico	Qualidade de Vida AND Queimados	2009 – 2014	11 000

Tabela 3 - Dados relativos à pesquisa de artigos

Após a selecção dos artigos, foram sendo rejeitados primeiro pelo título, depois pelo resumo, e foi feita uma última selecção pela leitura integral dos artigos, tendo por base os critérios de inclusão e exclusão, anteriormente referidos.

A selecção dos estudos para a Revisão Sistemática de Literatura está esquematizada na Ilustração 1.



Fluxograma 1 - Selecção de estudos para a Revisão Sistemática da Literatura

1.5.5.2. Tratamento e apresentação de resultados

Relativamente aos 4 artigos incluídos na RSL, tendo como base a análise final e a extracção de dados, realizaram-se quadro onde se resumem as referencias mais

pertinentes dos estudos (título; autor, ano e país; participantes; intervenções; comparação; resultados e nível de evidência).

A determinação dos níveis de evidência dos estudos analisados na RSL foram de acordo com Pereira e Bachion 2006, que define como níveis de evidência:

- Nível I – Estudos controlados randomizados com baixas taxas de resultados falso-positivo e falso-negativo – alto poder estatístico.
- Nível II – Estudos controlados randomizados com altas taxas de resultados falso-positivo e falso-negativo – baixo poder estatístico.
- Nível III – Estudos observacionais, não randomizados utilizando comparação contemporânea.
- Nível IV – Estudos observacionais, não randomizados utilizando comparação histórica.
- Nível V – Relato de série (sem utilização de grupo controle).

A ordem pela qual se encontram apresentados os resumos dos artigos está relacionado com o tipo de questionário aplicado.

1.5.5.3. Avaliação das evidências – descrição dos resultados:

Artigo 1

Artigo	Calidad de vida relacionada com la salud de las personas afectadas por quemaduras después de la cicatrización
Autor, Ano e País	Zapata, D., Estrada, A. (2010). Colombia
Metodologia	Quantitativo, Descritivo, Transversal
Participantes	130 pessoas que sofreram queimaduras no período de 2001-2005
Intervenções	Aplicação Do Questionário SF-36, posteriormente analisados os dados a partir de médias, desvios-padrão, testes como Mann-Whitney, t de Student, ANOVA e Kruskal-Wallis.
Comparação	

Resultados	<p>Número de casos de pessoas com queimaduras aumentou por ano.</p> <p>Os homens são os mais afectados (66,9%).</p> <p>As queimaduras graves são as mais comuns (58%).</p> <p>Os principais motivos foram por chama, vandalismo e pólvora.</p> <p>A mudança de saúde apresentou a média mais elevada. E, o desempenho emocional e o desempenho físico foram os mais baixos.</p> <p>Verificaram-se diferenças significativas no desempenho físico e na saúde em geral, consoante o grau de queimadura.</p>
Nível de evidência	III

Tabela 4 - Resumo do Artigo "Calidad de vida relacionada com la salud de las personas afectadas por quemaduras después de la cicatrización"

No primeiro artigo (Quadro 4), foi realizado um estudo descritivo e transversal, com uma amostra de 130 pessoas, de idade superior a 15 anos que sofreram queimaduras moderadas a graves entre 2001 e 2005 e que tinham estado hospitalizadas. Foi aplicado o questionário SF-36, após realização dos pedidos de autorizações necessários.

Durante 2001 e 2005, 58% das queimaduras foram graves. O ano com maior percentagem foi 2005 com 26%, seguindo-se 2004 com 21% e o ano com menor percentagem foi 2001 com 15%. O mês com maior incidência de queimaduras foi Março (13%) e com menor incidência foi Junho (3%).

Neste artigo, o sexo masculino foi o mais afectado (66%), pertenciam ao regime subsidiado (54%), 26% eram trabalhadores independentes, 72% vivia na região urbana, pertenciam ao Estrato 2 (51%) e tinham estudos primários (46%). Contrariamente, o sexo feminino foi o menos afectado (33%), algumas maiores de 60 anos (4%) e

pertenciam ao regime contributivo (37%). A menor percentagem de queimaduras (6%) pertencem a pessoas com níveis socioeconómicos altos.

Os principais agentes etiológicos foram: chama por fogo (23%), líquidos quentes (16%) e ataques de vandalismo (14%). O que obteve menos percentagem foi os acidentes rodoviários.

As áreas corporais mais afectadas foram o braço direito (76%), perna direita (46%) e rosto (55%). As áreas menos afectadas foram a parte de trás (22%) e as zonas genitais (16%).

Artigo 2

Artigo	Qualidade de vida do paciente internado em uma unidade de queimados
Autor, Ano e País	Souza J.A. Teresinha. (2011). Brasil
Metodologia	Quantitativo, Descritivo
Participantes	15 pessoas com queimaduras e que tinham condições de responder às questões formuladas
Intervenções	Entrevista com aplicação de Questionário SF-36 e posteriormente os resultados foram transformados numa escala de 0 a 100 utilizando-se a escala tipo Likert. Foi também aplicado o teste <i>Bootstrap</i> (teste de permutação) com estatística de teste a média.
Comparação	
Resultados	Os domínios mais comprometidos são dos domínios Aspecto Físico, Aspecto Emocional e Dor. Por outro lado, como domínios mais preservados identificaram-se a Vitalidade, Saúde Mental e estado Geral de Saúde. Verificou-se influência preponderante a percepção individual de

	qualidade de vida sobre as condições da realidade. Mesmo em condições físicas de grande dor e limitação de movimentos, os indivíduos tenderam a se mostrar otimistas, confiantes na própria recuperação e demonstrando boa percepção de padrões de qualidade de vida.
Nível de evidência	III

Tabela 5 - Resumo do Artigo " Qualidade de vida do paciente internado em uma unidade de queimados"

No Artigo 2, Quadro 5, as pessoas com queimaduras seleccionadas foram divididas em dois grupos: o primeiro com pacientes internados por mais de 14 dias e o segundo grupo com pacientes internados por 14 dias ou menos.

Correlacionando os dois artigos anteriores em relação aos domínios da qualidade de vida analisados em cada estudo compreende-se que os resultados não são unânimes.

Relativamente ao “Género”, enquanto o Artigo 1 não apresentou diferenças significativas na correlação género-qualidade de vida. O Artigo 2 apresenta que o sexo masculino apresenta uma maior média nos domínios Capacidade Funcional (64,09) e Dor Corporal (28,18), enquanto que o sexo feminino apresenta uma média superior no domínio da Função Social (72,50). Em idosos, o domínio mais comprometido é a Função Social, no sexo masculino.

Em relação à “Ocupação”, no Artigo 1 conclui-se que a Mudança de Saúde (63) e a Dor Corporal (61) mostraram uma média alta em “Desempregados”. A média mais baixa foi no Desempenho Emocional (25) e Desempenho Físico (25) nos “Aposentados”. Posto isto, não existem diferenças entre este domínio e os domínios da QV.

O componente Mudança de Saúde apresentou uma média alta (60) associada a pessoas com “Regime Contributivo”; a menor média foi obtida pelo Desempenho Emocional em pessoas que pertencem ao “Regime Subsidiado” (25). Relacionando o “Estrato” com a QV, as pessoas queimadas que pertenciam ao “Estrato 4” obtiveram uma média mais alta (60) no componente de Mudança de Saúde; as que pertenciam ao “Estrato 2” apresentaram uma média mais baixa (26) no Desempenho Emocional. Não se encontraram diferenças significativas entre a “Segurança Social” ou os “Estratos” e os domínios da QV.

Correlacionando “Nível de Escolaridade” e qualidade de vida, o Artigo 1, apresenta que a Mudança de Saúde apresentou uma média alta (63) em pessoas “Estudantes”; por outro lado, pessoas com “Nenhum nível de escolaridade” obtiveram a média mais baixa (23) no Desempenho Emocional. Como tal, não é o suficiente para se evidenciarem diferenças entre os domínios da QV e o “Nível de Escolaridade”.

De acordo com o Artigo 1, os “Agentes Etiológicos” apresentaram na componente Função Física a média mais alta (66) em pessoas que sofreram queimaduras por “Explosão”; na componente Mudança de Saúde a média foi razoável também (64) em pessoas que sofreram queimaduras por “Químicos” e, de igual maneira, a Dor Corporal obteve uma média alta (66) em pessoas que sofreram queimaduras por “Acidentes Rodoviários”. Os que obtiveram as médias mais baixas foram: o Desempenho Físico (33) em pessoas com queimaduras lesionadas por “Líquidos Quentes”, outro foi o Desempenho Emocional (22) em pessoas com queimaduras por “Chama” e por “Acidentes Rodoviários”. Também não se encontraram diferenças significativas entre “Agentes Etiológicos” e QV.

As “Áreas Corporais” afectadas e referenciadas pelo Artigo 1 evidenciam que, em relação à Mudança de Saúde, encontrou-se uma diminuição significativa quando as queimaduras são no “Tórax”. De igual maneira, se encontrou uma diminuição importante mas não significativa nas pessoas que não receberam qualquer tipo de tratamento quando a queimadura se localizou no “Rosto”. O Desempenho Emocional encontra-se aumentado de forma considerável quando a queimadura é na “Parte de trás”. Por outro lado, houve uma diminuição significativa na Saúde Geral quando a queimadura se localizava no “Tórax”.

De acordo com o Artigo 1, de uma forma geral, verificou-se que sofrer queimaduras no “Rosto” ou no “Tórax”, pertencer ao “Regime Subsidiado ou Contributivo”, ter um baixo “Nível de Escolaridade”, diminuem a QV em todos os componentes. Além disso, ter uma “Queimadura Grave” diminui a QV em 6 dos 9 componentes. E, se houver queimaduras na “Parte de trás” aumenta a qualidade de vida em todos os componentes.

Pelo “Grau da Queimadura”, no Artigo 1, a componente de Mudança de Saúde apresentou uma média alta na QV das pessoas com “Queimaduras Moderadas” (56) e a média mais baixa obtiveram o Desempenho Emocional (23) e o Desempenho Físico (23). Encontrou-se também a média mais baixa em casos de “Queimaduras Graves”. Na Saúde Geral houve uma média superior nas “Queimaduras Moderadas” (41,6) em relação às “Queimaduras Graves”. A QV relacionada com a saúde das pessoas que sofreram “Queimaduras Moderadas ou Graves” foi baixa. Este resultado está reflectido nas baixas médias de todos os componentes da escala, demonstrando que a população apresenta sequelas depois de reintegrada na sociedade.

Pelo artigo 1, em relação à “Percentagem de área corporal queimada”, a Dor Corporal apresentou uma média alta (57) no grupo com “Área corporal queimada de 10% a 40%”. A menor média foi para o Desempenho Emocional (25) e o Desempenho Físico (25) no grupo com “Área corporal entre 50% a 70%”. Não se encontram diferenças significativas entre a Área Corporal e os domínios da QV.

No Artigo 2, relacionando ao domínio Vitalidade existem diferenças significativas comparando os tempos de internamento e, chega-se à conclusão de que, quanto maior o tempo de internamento, melhor a qualidade de vida neste domínio. Esta diferença pode ser explicada pelo facto das pessoas com queimaduras com um tempo de internamento superior, adquirirem domínio e segurança sobre o internamento. E, quanto menor é o tempo de internamento melhor é o indicador de qualidade de vida da pessoa com queimadura, principalmente nos domínios Desempenho Físico, Saúde Geral e Desempenho Emocional.

Relativamente aos domínios da QV mais afectados e preservados, os dois artigos apontam alguns domínios em comum e outros distintos. Nomeadamente nos domínios da QV mais afectados, os dois artigos estão em concordância relativamente aos

domínios Desempenho Físico e Desempenho Emocional serem os mais comprometidos (pelo Artigo 2, estes consequentemente comprometem os domínios que abrangem aspectos funcionais e sociais). Contudo, o Artigo 2 aponta mais um domínio comprometido, a Dor Corporal.

Em relação aos domínios mais preservados, são apontados, pelo Artigo 1, como a Mudança de Saúde e Dor Corporal, porque apresentaram médias mais elevadas (acima de 50). Já o Artigo 2 refere que se trata da Vitalidade, Saúde Mental e Saúde Geral.

Artigo 3

Artigo	Avaliação da qualidade de vida de indivíduos queimados pós alta hospitalar
Autor, Ano e País	Gilson F.P. Júnior, Ana Carolina P. Vieira, Gracinda M.G. Alves. (2010). Brasil
Metodologia	Quantitativo, Descritivo, transversal
Participantes	21 sujeitos internados no período de Outubro 2009 - Abril 2010
Intervenções	Aplicação de questionários com Escala BSHS-R e analisados os dados a partir do software Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 16.0. A aplicação dos questionários feita em ambulatório apenas numa entrevista.
Comparação	
Resultados	Dezasseis (76,2%) pacientes do sexo masculino e cinco (23,8%) do sexo feminino. Todos apresentavam sequelas, sendo que 13 sujeitos tinham sequelas tanto estéticas quanto funcionais. As limitações físicas e psíquicas causadas pela queimadura

	diminuem a qualidade de vida. Torna-se cada vez mais necessário uma pronta e abrangente reabilitação, para minimizar os danos causados pelo trauma e melhorar a qualidade de vida.
Nível de evidência	III

Tabela 6 - Resumo do Artigo "Avaliação da qualidade de vida de indivíduos queimados pós alta hospitalar"

No terceiro artigo (Quadro 6), foi realizado um estudo descritivo e transversal, com o intuito de avaliar a qualidade de vida dos doentes que foram internados num Centro de Tratamento de Queimados no período de Outubro de 2009 a Abril de 2010. O instrumento de avaliação utilizado foi um questionário específico para queimaduras (a BSHS-R). Neste estudo, as entrevistas foram realizadas após a alta hospitalar, durante o tratamento ambulatorio. Após todas as entrevistas, os dados foram analisados utilizando o software Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 16.0 para cálculos das análises descritivas.

Os resultados do segundo estudo (Quadro 6) foram:

- Características da amostra: predomínio do sexo masculino (16/21; 76,2%); casados (15/21; 71,4%); com idade entre 18 e 30 anos (42,9%); com ensino médio completo (9/21; 42,9) e classe económica CI (8/21; 38,1%).
- O agente etiológico predominante foi a chama directa (11/21; 52,4%).
- A área média de queimaduras foi de 12%.
- Relativamente à profundidade da queimadura, 28,6% da amostra apresentava queimaduras de 2º e 3º graus, e 61,9% apresentavam queimaduras de 2º grau.
- As áreas mais atingidas foram a face (13/21; 61,9%), tronco superior (13/21; 61,9%) e braço (12/21; 57,1%).

- Ao nível de sequelas, 1 dos participantes tinha sequela apenas funcional (4,8%), 7 participantes apresentavam sequelas apenas estéticas (33,3%) e 13 participantes apresentavam sequelas estéticas e funcionais (61,9%).

Artigo 4

Artigo	Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras
Autor, Ano e País	Costa C.S. Maria, Rossi A. Lídia, Dantas A.S. Rosana, Trigueros F. Larissa (2010). Brasil
Metodologia	Quantitativo
Participantes	82 pessoas que estiveram internadas e que estavam em processo de recuperação de queimaduras graves. Com idade superior a 18 anos, de ambos os géneros, sem distinção entre estado civil ou escolaridade.
Intervenções	Aplicação de questionários com Escala BSHS-R
Comparação	
Resultados	O impacto da queimadura sobre a imagem corporal é minimizado. No processo de reabilitação, a maioria das pessoas com queimaduras voltou ao trabalho mas em funções diferentes. Quanto à imagem corporal, as mudanças da aparência desencadeadas pela queimadura não provocam auto-imagem negativa nos participantes.
Nível de evidência	III

Tabela 7 - Resumo do Artigo " Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras"

No Artigo 4 (Quadro 7), o estudo baseou-se em 82 pessoas com idades entre os 18-78 anos, sendo a maioria do sexo masculino (68,3%), casada (63,4%) e com baixa escolaridade (47,6%).

Todas apresentavam sequelas das queimaduras: 53 tinham sequelas estéticas e funcionais (64,6%), 28 tinham sequelas estéticas (34,2%) e apenas 1 participante tinha sequelas funcionais (1,2%).

Os principais agentes etiológicos da queimadura foram álcool (31,4%), líquidos quentes (19,5%), electricidade (11%) e chama (9,8%).

Pela análise dos artigos 3 e 4 no que diz respeito aos domínios da QV avaliados, surgiram as seguintes conclusões.

No Afecto e imagem corporal no artigo 3, houve um domínio das respostas “Não me descreve”, variando entre 28,6% e 76,2%. Enquanto no artigo 4, entre 31,7% e 64,6% dos participantes responderam “Não me descreve” nos itens “Eu me sinto triste e deprimido com frequência”, “Eu fico chateada com sentimentos de solidão”, “A aparência das minhas cicatrizes me incomoda” e “Minha aparência me incomoda muito”. Por estes resultados percebe-se que sentimentos negativos relacionados com tristeza, solidão e aparência pessoal não se encontram presentes neste grupo.

Na Sensibilidade da pele no artigo 3 houve um predomínio de respostas “Descreve-me muito bem”, variando entre 33,3% e 71,4% dos participantes.

Em relação ao domínio das Habilidades para funções simples, no artigo 3, para a maioria dos participantes foi de “nenhuma dificuldade”, no entanto 8 participantes responderam “pouca dificuldade” no ponto referente a “vestir-se sem ajuda”. No Artigo 4, os participantes demonstram que 50% apresentaram “Nenhuma dificuldade” nas tarefas simples, como amarrar sapatos, sentar ou vestir-se.

No domínio referente ao Trabalho, no artigo 3, verificam-se discrepâncias tendo em conta os aspectos questionados. Enquanto 7 dos participantes responderam “Não me

descreve” na questão “A queimadura afectou minha capacidade para trabalhar”, 8 referem “Descreve-me muito bem” à questão “Minha queimadura tem causado problemas para eu fazer minhas tarefas no meu trabalho e em casa” e, 6 dos participantes referem a mesma resposta (“Descreve-me muito bem) para a questão “minha queimadura interfere nas minhas tarefas do trabalho e em casa). No artigo 4, as respostas obtidas foram predominantemente “Descreve-me muito pouco” e “Não me descreve”. É visível um maior número destas respostas nos itens “Minha queimadura tem causado problemas para eu fazer minhas tarefas no meu trabalho e em casa” e “A queimadura afectou minha capacidade para trabalhar” pois tiveram mais de 50%. Num outro item “Voltar ao trabalho, fazendo suas tarefas como antes” as respostas foram distribuídas por: “Não me descreve” em 25,6%, “Descreve-me bem” em 23,2%, “Descreve-me muito pouco” em 22%, “Descreve-me mais ou menos” em 19,5% e 9,8% em “Descreve-me muito bem”. Como consequência destas respostas, conclui-se que as sequelas da queimadura afectam de algum modo a continuidade do trabalho antes realizado, sem impedir que a maioria continue a trabalhar. No entanto, muitos precisaram de assumir actividades que exigiam habilidades diferentes daquelas mobilizadas na antiga função.

No domínio Tratamento segundo os resultados do artigo 3, os participantes não consideram o mesmo doloroso por responderem “Não me descreve” com maior frequência.

E por último, nas Relações Interpessoais, no Artigo 3, não há percepção de problemas nas relações familiares e de amizade após o trauma, por haver uma concordância em todas as questões de “Não me descreve”.

Segundo o Artigo 3, os domínios que mais afectam a QV da pessoa com queimadura são as limitações físicas e as psíquicas causadas pela queimadura.

Considerações finais

Dos artigos analisados não se consegue identificar com clareza e certeza os domínios mais preservados e mais comprometidos pelo facto de em todos os artigos surgirem conclusões diferentes. No entanto, algumas são comuns e é nessas que se consegue fundamentar.

É perceptível que as lesões por queimaduras deixam sequelas e que afectam a QV das pessoas de uma forma geral. Os domínios que se podem considerar mais comprometidos e que necessitem de mais cuidados de enfermagem são Desempenho Físico e Desempenho Emocional.

A Mudança de Saúde, Vitalidade e Saúde Geral são considerados os domínios mais preservados e aqueles em que as pessoas com queimaduras revelam uma melhor adaptação.

Os domínios Dor Corporal e Saúde Mental são considerados por parte de diferentes artigos ora em domínios preservados ora em domínios comprometidos. Não permitindo assim ter conclusões assertivas.

Capítulo II. Fase Metodológica

No decurso da fase metodológica, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas. É necessário escolher um desenho apropriado segundo se trata de explorar, de descrever um fenómeno, de examinar associações e diferenças (Fortin 1999, p.40).

2.1. Tipo de Estudo

Existem duas escolas de pensamento que prevalecem no que diz respeito ao desenvolvimento de conhecimentos: a filosofia subjacente à corrente positivista e a filosofia subjacente à corrente naturalista. Uma e outra determinam paradigmas de investigação diferentes. Estes dois paradigmas são o método de investigação quantitativa e o método de investigação qualitativa (Fortin 1999, p.23).

O paradigma que servirá de base para elaborar este projecto será o paradigma quantitativo. Citando Fortin (2009, p.20), este é um paradigma que se interessa por causas objectivas dos fenómenos, comportando um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis. Tem ainda como características a objectividade, a predição, o controlo e a generalização. O investigador segue um processo racional que o leva a percorrer uma série de etapas, indo da definição do problema de investigação à medida dos conceitos e à obtenção dos resultados.

Tendo em conta os objectivos definidos, a abordagem será correlacional. Os estudos de tipo correlacional têm por objectivo examinar as relações entre variáveis (Fortin 1999, p.173). O exame destas relações efectua-se a diferentes níveis, segundo se trata: 1) de explorar relações entre variáveis, 2) de verificar a natureza das relações entre as variáveis ou 3) de verificar modelos teóricos. A cada nível de análise correspondem categorias de estudos diferentes (Fortin 1999, p.174).

Neste estudo, o nível será de verificar a natureza das relações entre as variáveis, como tal, efectua-se com a ajuda de um estudo correlacional (Fortin 1999, p.174).

2.2. Variáveis do Estudo

Citando Fortin (2009, p.171), as variáveis são as unidades de base da investigação. São qualidades, propriedades ou características das pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo. As variáveis tomam diferentes valores e podem ser medidos, manipulados ou controlados. As variáveis podem ser classificadas segundo o papel que exercem numa investigação.

Estas variáveis podem ser independentes, dependentes, de investigação, atributos e estranhas. Uma variável independente é um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável. Uma variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente. Variáveis independentes e dependentes estão em correlação: a variável independente, manipulada pelo investigador, produz um efeito determinado sobre a variável dependente (Fortin 2009, p.171).

Tendo em conta as definições mencionadas, as variáveis deste estudo são:

- Variáveis atributo: idade, género, estado civil, nível de escolaridade e rendimentos.
- Variáveis independentes: agente etiológico da queimadura, região da queimadura, extensão da queimadura, gravidade da queimadura e tipo de sequelas.
- Variáveis dependentes: qualidade de vida da pessoa com queimadura.

2.3. População

O termo ‘população’ compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo (Fortin 1999, p.41).

Em Fortin (2009, p.311) faz-se a distinção entre dois tipos de população: a população alvo e a população acessível. A população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.

Neste estudo, a população alvo serão as pessoas com queimaduras seis meses após a alta hospitalar.

Ainda referenciando Fortin (2009, p.311), como raramente se consegue analisar a população alvo, examina-se a população acessível. A população acessível é a porção da população alvo a que se pode aceder. Tanto quanto possível ela deve ser representativa da população alvo. A população acessível pode ser uma cidade, uma região, um estabelecimento de ensino, um centro hospitalar. De acordo com o estudo pretendido, a população acessível serão as pessoas com queimadura que estiveram seis meses após a alta e que estiveram hospitalizadas num Centro Hospitalar da Região de Lisboa.

2.4. Amostra

Amostra é a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa desta população, isto é, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população (Fortin 2009, p.312).

Existem 2 métodos de amostragem: probabilística (consiste em tirar, de forma aleatória, o nº de indivíduos requeridos para formar a amostra) e não probabilística (consiste em tornar uma amostra na qual se encontrem características conhecidas da população) (Fortin 2009, p.314).

A amostra será não probabilística pois não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra. Os métodos de amostragem não probabilística mais recorrentes são: acidental, por quotas, por escolha racional e por redes (Fortin 2009, p.315).

O método de amostragem escolhido foi a amostra acidental. Tendo Fortin (2009, p.315) como referência, a amostra acidental é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos. É correntemente utilizada mesmo que os indivíduos escolhidos não possam ser representativos da população (não existe método preciso para avaliar o grau de representatividade).

Nos estudos quantitativos, o tamanho da amostra tem uma incidência directa sobre a validade das conclusões de um estudo (Fortin 2009, p.326).

Fortin (2009, p.327) refere que os factores a considerar na determinação do tamanho de uma amostra são principalmente a homogeneidade da população, o grau de precisão desejado e o método de amostragem utilizado. O objectivo é obter uma amostra de tamanho suficiente para observar diferenças estatísticas no momento da verificação das hipóteses, tendo sempre em atenção os recursos e os prazos.

Tendo em conta estas características, irei ter uma amostra de 50 pessoas com queimaduras. Com os seguintes critérios de inclusão:

- Ter estado hospitalizado há seis meses num Centro Hospitalar da Região da Lisboa;
- Ter pelo menos 18 anos;
- Ser capaz de ler e escrever português;
- Queimaduras de 2º e 3º grau.

Os critérios de exclusão são: crianças e queimaduras por recidiva.

2.5. Recolha e Tratamento de Dados

Tendo em conta os diversos métodos de recolha de dados adequados ao paradigma quantitativo, para este estudo o método escolhido foi o inquérito.

O instrumento de recolha de dados que se irá aplicar será um questionário, em que será aplicada a escala de qualidade de vida (após pedido de autorização ao autor da mesma). A escala a aplicar será a SF-36 tendo em conta que se encontra adaptada e validada em Português. E, também é o instrumento que melhor se adequa ao estudo, sendo de fácil interpretação e resposta para as pessoas com queimaduras que o preencherão.

Em relação aos valores de fiabilidade encontrados para as escalas do SF-36 na versão portuguesa todos os estimadores excedem os padrões aceitáveis usados. Para cada escala, a mediana dos coeficientes de fiabilidade iguala ou excede 0,80, com excepção da função social (a média para esta escala com dois itens é 0.76) (Ferreira, 1998, p.42).

Os domínios Saúde Geral, Vitalidade, Função Social e Desempenho Emocional são as que apresentaram uma validade moderada em relação às duas componentes do estado de saúde. O número de itens e o número de níveis definidos por cada escala permitem distinguir as escalas mais precisas (Função Física, Saúde Geral, Vitalidade e Saúde Mental) com vinte ou mais níveis das menos precisas (Desempenho Físico e Desempenho Emocional) com apenas quatro ou cinco níveis. Embora três das escalas (Função Física, Desempenho Físico e Dor Corporal) apresentem validade substancial como medidas de estado de saúde físico é possível distingui-las entre si (Ferreira, 1998, p.52).

A escolha para este estudo recaiu sobre o questionário, uma vez que, Fortin (1999, p.349) é um instrumento de recolha de dados que exige do participante respostas escritas. É um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa. Este método não permite ir em grande profundidade como outro métodos, como a entrevista, mas permite um melhor controlo dos enviesamentos.

Para a construção dos Questionários há que seguir determinadas etapas como: delimitação da informação pertinente a recolher, formulação de questões, estabelecimento da sequência das questões e do seu formato, revisão do esboço do questionário, o pré-teste do questionário e a redacção da introdução e das directrizes (Fortin 1999, p.350).

Para a aplicação dos Questionários serão pedidas todas as autorizações necessárias como: Consentimento Informado, Autorizações ao Centro Hospitalar da Região de Lisboa e Conselho de Ética e Autor da Escala de Qualidade de Vida SF-36. Todos estes documentos serão anexados ao estudo.

Um aspecto importante quando se planeia a aplicação de um questionário é a realização de um pré-teste. De acordo com Fortin (2009, p.386), o pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (entre 10 e 20 pessoas) da população alvo. Esta etapa é sem dúvida indispensável, porque permite descobrir os defeitos do questionário e fazer as correções que se impõem. Se

são feitas mudanças importantes, impõe-se um segundo pré-teste. Importa convidar os entrevistadores a formular críticas e sugestões.

O tratamento de dados neste estudo será um tratamento estatístico.

Segundo Quivy (2003, p.224), a análise estatística dos dados impõe-se em todos os casos em que os dados são recolhidos por meio de um inquérito por questionário. As principais vantagens deste método são: a precisão e o rigor do dispositivo metodológico, que permite satisfazer o critério de intersubjectividade; a capacidade dos meios informáticos, que permitem manipular muito rapidamente um grande número de variáveis e a clareza dos resultados e dos relatórios de investigação, nomeadamente quando o investigador aproveita os recursos da apresentação gráfica das informações.

Dentro da análise quantitativa seguirei uma abordagem descritiva. De acordo com Fortin (2009, p.411) a parte descritiva da estatística tem por objectivo destacar o conjunto dos dados brutos tirados de uma amostra de maneira que sejam compreendidos, tanto pelo investigador como pelo leitor. Na análise descritiva, os dados numéricos são apresentados sob a forma de quadros e de gráficos e calcula-se o centro de dispersão dos valores atribuídos aos dados.

As variáveis quantitativas contínuas serão analisadas segundo o teste da Normalidade de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors.

A descrição da QV e dos aspectos sociodemográficos das pessoas com queimadura será feito através da Média e do Desvio-padrão.

As variáveis qualitativas serão analisadas com recurso a frequências e proporções.

Para estabelecer as diferenças nas variáveis quantitativas que seguirem a distribuição normal, será utilizada o teste t de Student e a análise da variância (ANOVA). As variáveis que não apresentem distribuição normal será utilizado o teste U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

A análise estatística será efectuada através do programa SPSS®, versão 20,0 para Windows. O nível de significância estabelecido será $\alpha=0,05$.

Contudo, um outro aspecto importante para que o estudo tenha um desenvolvimento linear e progrida de forma organizada foi também elaborado um cronograma em que são abrangidas todas as etapas a percorrer bem como as datas em que devem ser realizadas.

Tendo em conta as fases mencionadas pelo qual o estudo terá de passar, em apêndice, encontram-se os seguintes documentos:

- Apêndice nº 1 – Cronograma
- Apêndice nº2 - Autorização ao Autor da Escala
- Apêndice nº 3 – Escala SF-36
- Apêndice nº 4 – Escala BSHS-R
- Apêndice nº 5 – Autorização de Recolha de Dados
- Apêndice nº 6 – Carta Explicativa do Estudo
- Apêndice nº 7 – Consentimento Informado~

Capítulo III. Considerações Éticas

A ética, no seu sentido amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta (Fortin 1999, p.114).

A ética deve sempre estar presente em todos e quaisquer estudos de investigação, com o intuito de proteger os direitos humanos. Perante os entrevistados, os investigadores devem fazer-se respeitar os princípios básicos da ética, como: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo.

Neste sentido, o direito à autodeterminação baseia-se no princípio ético da autonomia, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino. Como tal, o sujeito tem o direito de escolher livremente se quer participar ou não na investigação. A pessoa deve também saber que tem o direito de abandonar a investigação quando quiser, sem que tenha qualquer tipo de penalização (Fortin 1999, p.116). Para que este princípio seja levado a cabo, é necessário que os entrevistados concedam o Consentimento Informado (apêndice nº7) devidamente assinado.

Qualquer investigação constitui uma forma de intrusão na vida pessoal dos sujeitos. Com o objectivo de minimizar essa intrusão, existe o direito à intimidade. Em que, cada estudo deve ser o menos invasivo possível, dando à pessoa a oportunidade de decidir qual é a informação e a extensão dessa que pretende partilhar. O investigador deve manter o anonimato ao longo de todo o estudo (Fortin 1999, p.117).

O direito ao anonimato e à confidencialidade são assegurados pelo princípio da beneficência, e é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associado a respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Como tal, é evidente que os dados não podem ser revelados nem partilhados sem autorização expressa da pessoa (Fortin 1999, p.117).

O princípio de justiça está relacionado com o direito a um tratamento justo e equitativo que deve ser aplicado antes, durante e após o estudo. A fim de aplicar este princípio, os entrevistados devem ser informados acerca da natureza do estudo, assim como o fim e a duração da investigação para a qual está a ser solicitado e ainda, os métodos utilizados no decorrer do estudo. Este princípio está também ligado à forma como as pessoas são seleccionadas para participarem na investigação. Como tal, a selecção deve ser justa e adequada, estando directamente ligada ao problema de investigação. Não deve basear-se na conveniência ou apenas na disponibilidade das pessoas (Fortin 1999, 119).

Para que não surjam falhas nesta temática, devem ser planeados todos os passos que serão necessários efectuar durante a investigação, garantindo a protecção do entrevistado, assegurando a confidencialidade e o anonimato desde a obtenção dos dados até ao tratamento e divulgação dos mesmos.

Considerações Finais

É perceptível que as lesões por queimaduras deixam sequelas e que afectam a QV das pessoas de uma forma geral. Como tal, prevê-se que a pessoa com queimadura apresente diminuição da QV.

Torna-se expectável como domínios que se podem considerar mais comprometidos e que necessitem de mais cuidados de enfermagem, o Desempenho Físico e Desempenho Emocional. Como domínios mais preservados provavelmente serão Mudança de Saúde, Vitalidade e Saúde Geral e aqueles em que as pessoas com queimaduras revelam uma melhor adaptação.

As intervenções à pessoa com queimadura são determinadas consoante o domínio da QV que se encontre diminuído, tendo por base uma abordagem individualizada.

As implicações práticas são que os Enfermeiros poderão perceber quais as necessidades e obstáculos que as pessoas com queimaduras apresentam e sentem seis meses após alta hospitalar e assim até prevenir essas dificuldades realizando uma preparação antecipatória durante o internamento, por exemplo.

Como recomendações para futuras investigações, é importante a elaboração de estudos que apontem para a QV associada a pessoas com queimaduras no momento da alta. E, a actuação da Enfermagem por forma a melhorar cada domínio mais comprometido.

Bibliografia

- Brunner, L.S. e Suddarth, D.S. (1993). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 7^a Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H. e Paredes, T. (2010). *Qualidade de Vida e Saúde: Aplicações do WHOQOL*. Disponível online em: <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/770/1/Qualidade%20de%20vida%20e%20sa%C3%BAde.pdf>. Último acesso a 27.03.2014
- Echinard, C. e Latarjet, J. (2012). *Queimaduras*. Lisboa, Lusociência. ISBN: 978-972-8930-77-6
- Ferreira E. (2006). *Adaptação cultural da “Burn Specific Health Scale-Revised” (BSHS-R): versão para brasileiros que sofreram queimaduras*.
- Ferreira, L. P. (1998). *A medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36*. Disponível online em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9969/1/RD199802.pdf>
- Ferreira L. P. (Data desconhecida). *Questionário de Qualidade de Vida - SF-36*. Disponível online em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3837/6/Question%C3%A1rio%20-%20SF%20-%2036.pdf>
- Fortin, M.F., Côté, J. e Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Lusodidacta
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures, Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X
- Gathas, A.Z., Djaleta, D.G., Noviello, D.S., Thomaz, M.C.A. e Arçari, D.P. (2010). *Atendimento do enfermeiro ao paciente queimado*.
- Júnior, G. F., Vieira, A. C. P. e Alves, G. M. (2010). *Avaliação da qualidade de vida de indivíduos queimados pós alta hospitalar*. Rev Bras Queimaduras, 9(4), 140-5.

Lough E. M., Thelan A. L., Davie K. J. e Urden D. L. (1996). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. 2ª Edição. Lisboa, Lusodidacta. ISBN: 972-96610-2-2

Martinho, A. M. P. R. (2008) – *Balneoterapia : um Estudo realizado na Unidade Funcional de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Coimbra.

Oliveira, T., Moreira, K. e Gonçalves, T. (2012). *Assistência de enfermagem com pacientes queimados*. Disponível online em:
http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=97

Pereira, Â. L., e Bachion, M. M. (2006). *Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência*. Revista Gaúcha de Enfermagem, 27(4), 491-8.

Phipps, W., Long, B., Woods, N. e Cassmeyer V. (1995) *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 2ª Edição. Lisboa, Lusodidacta. ISBN: 972-96610-0-6

Quivy, R. et al. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 3ª Edição. Lisboa, Gradiva

Sampaio, R. F. e Mancini, M. C. (2007). *Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica*. Braz. J. Phys. Ther.(Impr.), 11(1), 83-89.

Santos, C.M.C., Pimenta, C.A.M. e Nobre, M.R.C. (2007). *A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências*. Rev Latino-am Enfermagem, 15(3).

Seeley, R., Stephens, T. e Tate, P. (2001). *Anatomia e Fisiologia*. 1ª Edição. Loures, Lusodidacta. ISBN: 972-96610-5-7

Silva, B. A. e Ribeiro, F. A. (2011) *Participação da equipe de enfermagem na assistência à dor do paciente queimado*. Rev. dor [online]. Vol.12, n.4, pp. 342-348. ISSN 1806-0013.

Silva, C. M., Aparecida, R. L., Spadoti D., R. e Trigueros, L. (2010). *Body image and work satisfaction among adults on burn rehabilitation* [Portuguese]. *Cogitare Enfermagem*, 15(2), 209-216.

Silva, M, Pacheco, J., Furtado, F., Filho, J. e Damasceno, A. (2009). *Epidemiologia das infecções em queimaduras no nordeste do Brasil*. Disponível online em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a21.htm>

Silva, P. N., Amarante, J., Ferreira, A. C., Silva, A. e Reis, J. (2003). *Burn patients in Portugal : analysis of 14797 cases during 1993-1999*. *Burns – Journal of the International Society for Burn Injuries*. New Jersey, USA : Butterworth-Heinemann. ISSN 0305-4179. Vol. 29, nº 3 (Maio), p. 265-269

Souza, T. J. A. (2011). *Qualidade de vida do paciente internado em uma unidade de queimados*. *Rev. Bras. Cir. Plást. (Impr.)* [online]. Vol.26, n.1, pp. 10-15. ISSN 1983-5175.

Zapata, D. M. e Estrada, A. (2010) *Calidad de vida relacionada con la salud de las personas afectadas por quemaduras después de la cicatrización*, Medellín, Colombia. *Biomédica* [online]. Vol.30, n.4, pp. 492-500. ISSN 0120-4157.

Apêndices

Apêndice nº1

-

Cronograma

Cronograma

	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Escolha do tema														
Pesquisa Bibliográfica														
Elaboração do Projecto da Monografia														
Entrega do Projecto da Monografia				Dia 30										
Revisão Sistemática da Literatura														
Entrega ao Orientador													Dia 15	Dia 6
Realizar alterações sugeridas pelo Orientador														
Entrega Final da Monografia														Dia 6

Apêndice nº2

-

Autorização Autores da Escala

Exmo. Sr. Dr. Pedro Lopes Ferreira

Assunto: Pedido de Autorização para a utilização da Escala SF-36 (Medical Outcomes Study)

Raquel Lopes Afonso, do 11º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica, vem por este meio, no âmbito do plano de estudos curricular, está a desenvolver um estudo de investigação no âmbito do Projecto Final de Licenciatura, que tem como título “Avaliação da Qualidade de Vida em pessoas com queimaduras seis meses após alta hospitalar”. Como tal, solicita a V.Exma. autorização para que seja utilizada a Versão Portuguesa do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida – SF-36 (Medical Outcomes Study).

O período de aplicação dos questionários será em x de 2015.

Será garantida a confidencialidade e o anonimato, sendo respeitados os direitos das pessoas intervenientes.

Atenciosamente,

Barcarena, x de x de 2015

A investigadora

(Raquel Lopes Afonso)

Apêndice nº3

-

Escala SF-36

Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

Idade: _____ **Sexo:** _____

Estado Civil: _____

Nível de Escolaridade: _____

Profissão: _____

Há quanto tempo exerce essa função: _____

Rendimentos: () Até 250€

() De 250€ a 400€

() De 400€ a 750€

() De 750€ a 1.500€

() De 1.500€ a 2.500€

() Mais de 2.500€

Relativamente à queimadura:

Tipo/Agente etiológico: () Térmica

() Eléctrica

() Química

() Radiação

() Outro: _____

Região/Local: _____

Extensão: _____

Gravidade: () 1º Grau

() 2º Grau (Superficial ou Profundo)

() 3º Grau

Sequelas: _____

Instruções: Esta pesquisa questiona-o sobre a sua saúde e quão é capaz de fazer as suas actividades de vida diária. **Não há respostas certas ou erradas** relativamente a qualquer um dos itens. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder. Este questionário é de natureza **confidencial**. O tratamento deste, por sua vez, é efectuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o **anonimato** do colaborador é respeitado.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

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

2- Comparando há 6 meses atrás, como classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre actividades que poderia fazer actualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, teria dificuldade para fazer estas actividades? Se sim, quando?

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

- 4- Durante os últimos 6 meses, teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma actividade regular, como consequência da sua saúde física?

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

- 5- Durante os últimos 6 meses, teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra actividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

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

- 6- Durante os últimos 6 meses, de que maneira a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas actividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

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

- 7- Quanta dor no corpo teve durante os últimos 6 meses?

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

- 8- Durante os últimos 6 meses, quanto a dor interferiu no seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

- 9- Estas questões são sobre como se sente e como tudo tem acontecido consigo durante os últimos 6 meses. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como se sente, em relação aos últimos 6 meses.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

- 10- Durante os últimos 6 meses, quanto tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas actividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

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

- 11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para si?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Apêndice nº4

-

Escala 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 a sua própria experiência.

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

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

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

Apêndice nº5

-

Autorização Recolha de Dados

Assunto: Pedido de Autorização para a realização de Questionários para Trabalho de Investigação.

Raquel Lopes Afonso, do 11º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica, vem por este meio, no âmbito do plano de estudos curricular, solicitar a autorização a V.Exma, para realizar a colheita de dados de um estudo de investigação no âmbito do Projecto Final de Licenciatura, que tem como título “Avaliação da Qualidade de Vida em pessoas com queimaduras seis meses após alta hospitalar”.

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo correlacional, que tem como objectivos os seguintes:

- Avaliar a qualidade de vida em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar;
- Identificar os domínios da qualidade de vida mais prejudicados em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar;
- Reconhecer os domínios da qualidade de vida mais preservados em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar.

Para seleccionar a amostra irei utilizar o processo de amostragem não probabilístico accidental e será constituída pelo menos por 50 participantes (pessoas que estiveram hospitalizadas há seis meses, com pelo menos 18 anos, com capacidade de ler e escrever em Português e com Queimaduras de 2º e 3º grau).

Para a colheita de dados, pretendemos realizar um questionário, onde se encontra uma Escala de Avaliação da Qualidade de Vida (SF-36). O questionário será realizada mediante a aceitação do participante, após o mesmo ter lido a carta explicativa e o consentimento informado, e ter aceite participar neste estudo.

Comprometo-me a respeitar os direitos éticos de cada participante: direito à intimidade, direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à protecção contra o desconforto e prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo.

Após a realização do estudo, os dados recolhidos serão destruídos e será fornecido um exemplar do mesmo caso seja do vosso interesse.

Atenciosamente,

Barcarena, x de x de 2015

A investigadora

(Raquel Lopes Afonso)

Apêndice nº6

-

Carta Explicativa do Estudo

Carta explicativa para a obtenção do Consentimento informado

Título: “Avaliação da Qualidade de Vida em pessoas com queimaduras seis meses após alta hospitalar”

Investigadora: Raquel Lopes Afonso

Objectivos do estudo:

- Avaliar a qualidade de vida em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar;
- Identificar os domínios da qualidade de vida mais prejudicados em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar;
- Reconhecer os domínios da qualidade de vida mais preservados em pessoas com queimadura seis meses após alta hospitalar.

Vantagens da participação:

Ao participar neste estudo, o participante contribuirá para o avanço da Investigação, não beneficiando directamente de vantagens.

Participação:

Tem o direito a decidir, voluntariamente, se deseja ou não participar neste estudo. Tem, também, o direito a desistir da sua participação, quando desejar, e sem qualquer penalização.

Riscos:

Não existe qualquer tipo de risco para o participante neste estudo de investigação.

Confidencialidade:

Todos os dados colhidos durante este estudo de investigação serão tratados de forma confidencial. Todo o material, escrito será codificado, de modo a que os resultados não sejam identificados de forma individual.

Todos os seus dados serão utilizados unicamente para este estudo não sendo fornecidos ou colocados à disposição de terceiros, e poderá ter acesso aos mesmos sempre que desejar.

A investigadora

(Raquel Lopes Afonso)

Apêndice nº7

-

Consentimento Informado

Declaração do Consentimento Informado

Reconheço que os procedimentos de investigação descritos na carta anexa, me foram explicados e que todas as minhas questões e dúvidas foram respondidas de forma satisfatória. As possibilidades de risco e desconforto foram-me igualmente explicadas. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo de investigação e os métodos utilizados.

A investigadora assegurou-me que os meus dados serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, incluindo a minha identidade pessoal, sem a minha permissão.

Compreendo que sou livre de abandonar este estudo em qualquer altura, se assim o desejar. Compreendo igualmente que, se não participar ou abandonar o estudo, não importa em que momento, não serei penalizado(a) de nenhum modo, pelo que aceito participar, voluntariamente, neste estudo de investigação.

Participante:

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

A investigadora

(Raquel Lopes Afonso)