TERESINHA DE JESUS ABREU DE SOUZA

# QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE INTERNADO EM UM CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2005

**TERESINHA DE JESUS ABREU DE SOUZA**

# QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE INTERNADO EM UM CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS

Dissertação apresentada ao programa de mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia – área de concentração: Comportamento Social e Psicologia da Saúde, sob a orientação da Profa Dra Marta Vieira Vilela.

**CAMPO GRANDE-MS**

**2005**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Souza, Teresinha de Jesus Abreu de
S729q Qualidade de vida do paciente internado em um Centro de Tratamento de Queimados / Teresinha de Jesus Abreu de Souza; orientadora Marta Vieira Vilela. Campo Grande, 2005.
83 p.; il. + anexos

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco. Programa de Mestrado em Psicologia
Orientadora: Marta Vieira Vilela
Inclui bibliografias

1. Qualidade de vida 2. Queimaduras 3. Hospitalização I. Vilela, Marta Vieira II. Título

CDD – 617.11

Bibliotecária responsável: Clélia Takie Nakahata Bezerra CRB 1/757

## BANCA EXAMINADORA

_____

Profa. Dra. Marta Vieira Vilela (orientadora)

_____

Profa. Dra. Wilma Lúcia Castro Diniz Cardoso (UCDB)

_____

Profa. Dra. Valquíria Aparecida Cintra Tricoli (PUCCAMP)

Dissertação defendida e aprovada em: ____/____/2005.

Ao Deus vivo
Que existe
Dentro de mim!

Ao meu marido e companheiro Gonçalo, que,
embora não seja da área, se propôs,
solidariamente, a transitar pelos caminhos
da Psicologia, na tentativa de compartilhar
com minhas reflexões e anseios.

A Elvira (*in memorian*), minha mãe,
que sempre investiu na minha educação.

Aos meus filhos, Maurício e Gilda:
A vida é um desafio, portanto, nada a temer.

# AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Marta Vieira Vilela, que com dedicação me guiou nas leituras e discussões, apontando minhas dificuldades e reforçando minhas capacidades, meu carinho e agradecimento especial.

À Profa. Dra. Wilma Lúcia Castro Diniz Cardoso, sempre solícita, pelo apoio nas indicações bibliográficas e sugestões para que houvesse sucesso na consecução dos objetivos do trabalho.

À Prof. Dra. Valquíria Aparecida Cintra Tricoli que, com rigor e paciência, apontou meu erros, parágrafo por parágrafo, com exigência coerente.

Ao Prof. Dr. Adriano Siqueira, pela inestimável assessoria em estatística, pela sua amizade e valiosa colaboração durante a realização deste trabalho.

Ao meu marido Gonçalo, que além da assessoria em informática, colaborou com paciência quanto às traduções de inglês e francês.

Aos meus cunhados, Luiz Carlos e Iolanda, que me acolheram durante as pesquisas na Internet.

Ao Prof. Dr. José Roberto Zorzatto, pela inestimável assessoria em estatística.

Aos médicos, Dra. Marialda Goulart Pedreira, Dr. Kleder Gomes de Almeida e Dr. Alcides Arruda, pelo empréstimo de livros específicos.

À enfermeira Maria Aparecida de Oliveira Amaral, pelas muitas explicações dos termos técnicos da área.

Ao Dr. Henrique N. Radwansky, Professor Assistente na Clínica do Dr. Ivo Pitangui, pela disponibilidade das informações dadas.

À Secretária Ângela Ferreira Gonçalves Costa, do Programa de Mestrado em Psicologia da UCDB, pela dedicação sempre que solicitada.

A todos os Profs. Drs. do Programa de Mestrado em Psicologia, que tão bem conduziram o curso que contribuiu para o embasamento do conteúdo deste trabalho.

A todos os pacientes que, com muito boa vontade e paciência, colaboraram para a realização da pesquisa.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a consecução de mais este objetivo de vida.

Meus sinceros agradecimentos !

O tratamento do queimado representa, até hoje,
um grande desafio, envolvendo a participação ativa
e empreendedora de muitos profissionais,
médicos e paramédicos, constituindo
um verdadeiro corpo multidisciplinar,
cujo objetivo final é salvar a vida,
conservar a função e reconduzir
o paciente ao convívio social.
Este é um universo de poucos heróis.

Prof. Dr. Ivo Pitangui

# RESUMO

O presente estudo abordou a Qualidade de Vida (QV) de pacientes queimados hospitalizados em um Centro de Tratamento de Queimados. O instrumento de pesquisa escolhido foi o SF-36 – Medical Outcomes Short-form Helth Survey, por ser um questionário de avaliação genérica de saúde, de fácil administração e compreensão. O objetivo deste estudo foi verificar quais os domínios de QV desses pacientes estavam mais comprometidos ou preservados, durante a hospitalização. Pelo quantitativo da amostra de 15 pacientes internados, optou-se por uma estatística descritiva-analítica, onde a amostragem representava os 100% do universo a ser estudado. Os resultados apresentados apontaram os domínios Aspecto Físico, Aspecto Emocional e Dor como os mais comprometidos durante a hospitalização. Por outro lado, os domínios que se apresentaram como mais preservados foram: Vitalidade, Saúde Mental e Estado Geral de Saúde. Verificou-se a influência preponderante da percepção individual de QV sobre as condições da realidade. Mesmo estando em condições físicas de grande dor e limitação de movimentos, os indivíduos tenderam a se mostrar otimista, confiante na própria recuperação e demonstrando uma boa percepção de padrões de QV.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Queimadura. Hospitalização.

# ABSTRACT

The present study is an approach of the Quality of Life of burned patients hospitalized in a Center of Treatment Burned. The research instrument chosen it was SF-36 – Medical Outcomes Shorts-form Helth Survey, for being a questionnaire of generic evaluation of health, with easy administration and understanding. The objective of this study was to verify which the domains of Quality of Life of those patient were more committed or preserved, during the hospitalization. For the quantitative of the 15 interned patients, was chosen a descriptive-analytic statistics, where the sampling represented the 100% of the universe to be studied. The results pointed the domains Physical Aspect, Emotional Aspect and Pain as the more committed during the hospitalization. On the other hand, the domains that came as more preserved were: Vitality, Mental Health and General State of Health. Same being in physical conditions of great pain and limitation of movements, the individuals tended showing optimist, confident in the own recovery and demonstrating a good perception of patterns of Quality of Life.

Key-words: Quality of life. Burns, Hospitalization.

# LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição dos entrevistados quanto ao sexo ..... 55

TABELA 2 - Estatística descritiva das idades dos pacientes em função do sexo ..... 56

TABELA 3 - Estatística descritiva da renda dos pacientes ..... 56

TABELA 4 - Distribuição dos pacientes quanto ao nível de escolaridade..... 57

TABELA 5 - Distribuição dos pacientes quanto a causa da queimadura ..... 57

TABELA 6 - Distribuição dos pacientes quanto ao grau de queimadura ..... 58

TABELA 7 - Distribuição dos pacientes quanto aos prognósticos médicos de recuperação ..... 58

TABELA 8 - Distribuição dos pacientes quanto ao estado civil..... 59

TABELA 9 - Tempo de internação x domínios ..... 60

TABELA 10 - Média por tempo de internação ..... 60

TABELA 11 - Cruzamento de domínio a domínio ..... 62

TABELA 12 - Comparação de domínios entre os sexos..... 63

TABELA 13 - Média dos domínios entre os sexos..... 63

# LISTA DE GRÁFICO

GRÁFICO 1 - Valores médio de cada domínio.....61

# LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Declaração de Consentimento Informado .....81

Apêndice B - Questionário 1 – Sócio-demográfico.....82

Apêndice C - Resultado da tabulação dos dados .....83

# SUMÁRIO

**APRESENTAÇÃO** ..... 1

**1 INTRODUÇÃO** ..... 4

1.1 QUALIDADE DE VIDA ..... 4

1.2 QUEIMADURAS ..... 20

1.2.1 Breve histórico dos serviços de atendimento a queimaduras ..... 20

1.2.2 Queimaduras: fisiologia e fisiopatologia ..... 25

1.3 HOSPITALIZAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE QUEIMADO ..... 31

1.3.1 A ruptura da pele e a dor ..... 31

1.3.2 O trauma térmico ..... 35

1.3.3 O dispêndio calórico e o suporte nutricional ..... 38

1.3.4 Os problemas da hospitalização ..... 39

**2 OBJETIVOS** ..... 46

2.1 OBJETIVO GERAL ..... 46

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS ..... 46

**3 A PESQUISA** ..... 47

3.1 O HOSPITAL ..... 47

3.2 O CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS ..... 47

3.3 METODOLOGIA ..... 48

3.3.1 Participantes ..... 48

3.3.2 Instrumentos de pesquisa ..... 48

3.3.3 Procedimento ..... 53

3.3.4 Método estatístico ..... 54

**4 RESULTADOS** ..... 55
4.1 RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO ..... 55
4.2 RESULTADOS DE CRUZAMENTOS DE INFORMAÇÕES DO QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO COM O SF-36 ..... 59
4.3 RESULTADOS DAS COMPARAÇÕES ENTRE OS DOMÍNIOS DO SF-36 ..... 61
4.4 RESULTADOS DAS COMPARAÇÕES DOS DOMÍNIOS ENTRE OS SEXOS ..... 62
**5 DISCUSSÃO** ..... 64
**6 CONCLUSÃO** ..... 69
**REFERÊNCIAS** ..... 71
**APÊNDICES** ..... 80

# APRESENTAÇÃO

Em casos de acidentes, principalmente nos casos daqueles mutiladores ou transformadores, tais como as queimaduras, a avaliação de Qualidade de Vida (QV) deve ser levada em conta a cada passo do tratamento terapêutico.

O paciente queimado tem quase sempre uma longa internação que o leva a se defrontar com um grande número de agentes causadores de ansiedade e necessita de equipes multidisciplinares bem treinadas que dêem suporte aos vários enfoques a serem dados nos tratamentos longos e dolorosos da sua recuperação.

Nestes últimos oito anos, atuando no atendimento pedagógico hospitalar, em um Centro de Tratamento de Queimados, a autora vivenciou um trabalho com pacientes queimados durante a hospitalização. Este atendimento tem como objetivos: possibilitar a continuidade da escolarização de crianças e adolescentes internados na Unidade, bem como o início da mesma para aquelas que não estejam freqüentando o esquema regular de ensino; minimizar possíveis perdas ou atrasos no desenvolvimento da criança como conseqüência da hospitalização; intervir junto a criança queimada de modo a diminuir o impacto emocional causado pelo acidente; atuar de modo a propiciar à criança uma melhor e mais rápida adaptação ao ambiente hospitalar. Pode-se assim observar a dura convivência com o tratamento físico, muitas vezes penoso e dolorido, e com a realidade hospitalar que impõe a observação do sofrimento de outros.

Durante as atividades pedagógicas complementares relacionadas ao currículo escolar (pintura, dramatização, musicalização, jogos recreativos e de raciocínio), percebeu-se a vontade do paciente adulto em também participar e

observou-se que as pessoas se sentem melhor quando podem libertar-se de suas tensões por meio da expressão artística.

A intervenção do profissional se dá no âmbito do atendimento pedagógico ao paciente, disponibilizando-se, sobretudo, para ouvir, entender e auxiliar o crescimento deste novo ser modificado, melhorando sua QV durante a hospitalização.

O presente trabalho foi estruturado e se constitui dos seguintes itens:

Introdução, tendo como sub itens: “Qualidade de Vida”, apresenta-se um breve histórico da criação do conceito de QV no âmbito das várias áreas onde é utilizado, antes de introduzir um estudo da sua conceituação específica na área da saúde; “Queimaduras”, onde são descritos os estágios históricos do tratamento deste tipo de acidente e, em seguida, expõe-se os seus conceitos, fisiologia e fisiopatologia; e “Hospitalização e qualidade de vida do paciente queimado”, onde é apresentado o estudo dos vários aspectos do trauma a que é submetido este tipo de paciente – tais como a ruptura da pele e a dor, o trauma térmico, o dispêndio calórico e o suporte nutricional e são abordados os aspectos psicológicos, físicos e sociais inerentes à hospitalização deste tipo de paciente, bem como a noção de QV que, mesmo durante a hospitalização, é sentida pelo mesmo.

Os objetivos apresentados foram aqueles propostos para a pesquisa.

Método da Pesquisa, neste item são descritos os aspectos da pesquisa, tais como: local da pesquisa, recursos humanos do atendimento hospitalar, participantes da pesquisa, instrumentos, procedimento, método estatístico empregado no processamento e análise dos dados.

Resultados, são apresentados, analisados e comentados tabelas e gráfico encontrados no tratamento estatístico.

Discussão, remete-se a uma relação direta com a introdução, citando alguns autores que corroboram ou não com os resultados do trabalho.

Conclusão, onde buscou-se evidenciar a realidade percebida e vivida pela amostra dos pacientes pesquisados. Nas considerações finais ficaram evidenciados os resultados da análise da realidade do funcionamento de um Centro de Tratamento de Queimados.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 QUALIDADE DE VIDA

Conforme Fleck (2000), o termo Qualidade de Vida (QV) foi utilizado pela primeira vez pelo Presidente norte americano, Lyndon Johnson, para se referir ao sistema bancário norte americano e daí passou a ser empregado em inúmeras situações, nos contextos dos mais diversos segmentos sociais. Com o passar dos anos, a QV vem adquirindo a respeitabilidade e o interesse de um conceito importante, seja como tema de prática clínica da saúde, seja como assunto de pesquisa e avaliação nas diversas áreas do conhecimento humano.

Segundo Farquhar (1995), QV é considerado um dos temas mais interdisciplinares da atualidade, servindo como elo entre diversas áreas especializadas do conhecimento, como sociologia, medicina, enfermagem, psicologia, economia, geografia, história social, política, religião e filosofia, justificando-se a ocorrência desse fato pela amplitude do termo e diversidade de seus significados.

A QV é um conceito da Sociologia Política que define padrões de conforto, bem-estar individual e de acesso a serviços públicos que são alcançados e usufruídos por um indivíduo dentro da sua comunidade. Esse conceito foi também chamado de “padrão de vida” para indicar as condições encontradas em um meio social e as formas padronizadas com as quais os indivíduos de um grupamento devem e podem atuar nele (SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

Aos poucos apropriado pela área da saúde, o conceito de QV passou a significar as condições de sobrevivência possíveis a um indivíduo, nos casos de acidente, de cirurgia, de uma longa terapia química, etc. O conceito tem a finalidade de exprimir as condições físicas, psicológicas e o nível de

independência a que o indivíduo será submetido e é utilizado assim como avaliador das alternativas possíveis de abordagem em um problema de saúde.

Castellanos (1997) abordou o conceito de QV como algo que transita em um campo polissêmico, relacionando-se ao modo, condições e estilos de vida, por um lado e, por outro, ao campo da democracia, dos direitos individuais e dos direitos sociais. No que diz respeito à saúde, estes conceitos são unidos em uma resultante de construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que a sociedade estabelece como parâmetros. Deste modo, a saúde passa a ser mais do que simplesmente a ausência de doença, mas inclui outros fatores que irão definir o que se chama de Qualidade de Vida.

Souza e Guimarães (1999) comentaram que uma das mais importantes publicações sobre o assunto foi a obra “Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials”, de 1990, que incluiu entre seus autores, profissionais da área de saúde, das mais diversas especialidades e funções. Desde então, os profissionais da área de medicina têm relacionado a saúde do paciente com a sua QV, através de trabalhos em publicações científicas. A QV passou a ser avaliada na área, seja em termos individuais, de grupo ou mesmo em grandes populações.

Na primeira edição da obra referida, os autores trataram a QV como um novo conceito científico. Este novo paradigma oferecia instrumentos aos pacientes e profissionais para avaliarem a evolução dos tratamentos. Sem a delimitação de uma definição única, os estudos sobre o paradigma vieram se tornando cada vez mais amplos e aceitos (SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

Entretanto, de acordo com Almeida Filho (2000), para muitos, a saúde ainda é somente sinônimo de ausência de doença.

Enquanto o tema QV foi ganhando destaque na realidade contemporânea, entre avanços tecnológicos, desemprego e outros problemas sociais, Ribeiro (2000) demonstrou em seus estudos como é possível uma grande parte das pessoas obterem a percepção de boa QV, em condições de não atendimento de necessidades diversas, tais como alimentação suficiente, moradia digna, educação de qualidade, afetividade e apoio social.

Sob esta perspectiva, durante a última década, um dos maiores desenvolvimentos no campo da saúde foi o reconhecimento da importância do ponto de vista do paciente em relação à sua doença, bem como à qualidade das medidas terapêuticas empregadas e o resultado do tratamento em sua vida (RUTA; GARRAT; LENGH; RUSSEL; MacDONALD, 1994).

Atualmente, quando se pensa em QV, valoriza-se muito além do controle de sintomas, diminuição de mortalidade ou aumento da expectativa de vida: QV é como um movimento total que circunda todo o corpo biológico, psicológico, cultural e ecológico, permitindo, tanto ao profissional da saúde quanto ao paciente, avaliar, para além dos aspectos das eventuais seqüelas de uma doença ou acidente, os impactos negativos do tratamento e da internação. O indivíduo possui a percepção de seu bem estar nos níveis físico, emocional, psicológico, mental, espiritual, social e ambiental, considerando o contexto cultural e sistema de valores (COSTA; LOURENÇO, 2002).

A avaliação de QV é hoje considerada parte da história clínica do paciente, sendo defendida como uma variável tão importante quanto a sobrevida ou a taxa de mortalidade, constituindo-se em um tópico de interesse para a pesquisa nas áreas médicas e psicossocial (SILVAL; NASPITZ; SOLÈ, 2000).

Esta visão tem sido expressa na literatura médica em diversas ocasiões para indicar que a melhor medida de qualidade é não o quão freqüente o serviço médico possa ser oferecido ao paciente, mas sim o quanto os resultados dos tratamentos se aproximam dos objetivos fundamentais que são o de prolongar a vida, aliviar a dor, restaurar a função e prevenir a incapacidade (BOWLING; BRASIER, 1995).

Há ocasiões onde é necessário avaliar a QV do indivíduo ao realizar-se sua reintegração à vida normal. A reintegração está voltada para a mensuração do quanto o indivíduo é capaz de realizar, apesar de não estar completamente livre de uma moléstia ou de suas seqüelas. Neste caso se incluem os indivíduos portadores de doenças consideradas incuráveis.

As atuais condições de vida e trabalho; as modificações econômicas e políticas, assim como a expectativa de vida aumentada, tem gerado uma elevação significativa de doenças crônico-degenerativas, interferindo na QV (REIS; GLASHAN, 2001).

Anders (2004), em seus estudos com pacientes que sobreviveram aos transplantes de medula óssea, verificou que estes viveram seus cotidianos dentro dos limites, num movimento de reestruturação e readaptação, projetando no futuro uma melhor QV, na esperança da concretização de planos e sonhos.

Na pesquisa realizada com transplantados de fígado, Cerezetti (2002) verificou pessoas que se descobriram com maior poder de recuperação e, com muita força, conseguiram mudanças em sua QV e adaptações mais eficazes, reintegrando-se socialmente.

A medida em que novas tecnologias na área da saúde foram desenvolvidas, as conseqüências negativas de suas aplicações, como a desumanização dos tratamentos, tornaram-se presentes. Desde então, existe um crescente interesse dos pesquisadores em transformar o conceito de QV em uma medida quantitativa que possa ser usada para aferição, tanto em ensaios clínicos quanto em modelos econômicos e sociais, possibilitando o controle das aplicações das novas terapêuticas.

Conforme Bell, Bombardier e Tugwell (1990), à falta de um único instrumento que avalie todas as situações, a escolha de um determinado instrumento depende do objetivo da proposta, da praticidade de sua aplicação e da população a ser pesquisada.

A grande maioria dos instrumentos de avaliação de QV foi formulada em língua inglesa e, portanto, direcionada para populações que falam esse idioma. Criou-se assim a necessidade de que se desenvolvessem medidas específicas, cujo idioma de base não fosse o inglês e que pudessem ser aplicados a populações que, mesmo falando esse idioma, possuam diferenças culturais importantes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de uniformizar as definições e instrumentos de avaliação de QV, criou o Grupo de QV. Esse Grupo definiu um questionário – Questionário WHOQOL –, hoje com 100 questões e a sua versão abreviada, com 26 questões (FLECK, 1999).

Em seus estudos sobre o humor de pacientes deprimidos, Skevington e Wright (2001) observaram que o julgamento sobre a QV envolve uma avaliação do estado subjetivo do paciente. Mas que este estado subjetivo, inclusive o humor, é afetado de modo complexo pelo ambiente, podendo inclusive alterar a disposição do mesmo durante o evento da avaliação.

Em pesquisas com pacientes e pessoas da comunidade, Fleck (2000) relatou que os mesmos consideravam que o instrumento de avaliação é também uma oportunidade para pensar acerca de importantes aspectos de suas próprias vidas. Os pacientes relataram que o instrumento traz questionamentos capazes de motivá-los na busca de aprofundamento com o psicólogo, o psiquiatra ou com o próprio médico.

Entre outros vários questionários criados, destaca-se o SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey), com a finalidade de ser um questionário genérico de avaliação de saúde, de fácil administração e compreensão, porém sem ser tão extenso como os anteriores.

Conforme Jenkinson, Coulter e Wright (1993), até a utilização do SF-36, o questionário genérico mais amplamente aplicado era o Nottingham Health Profile (NHP), que possui a capacidade de medir de forma subjetiva a percepção do estado de saúde.

Entretanto, o NHP tem sido ultimamente criticado (CONGRO, 2003) devido a impossibilidade de detectar níveis de incapacidade, visto que só permite dois níveis de resposta às questões (sim ou não).

Os instrumentos de quantificação de QV podem ser usados para avaliar as questões de saúde e doença, amplamente definidas pela OMS, instruir os

planejadores na área de saúde, tanto quanto às técnicas usadas para ações preventiva, como para as curativas (FLECK, 2000).

Segundo Ballesteros (1999), QV representa um conceito-chave nas ciências do ambiente, ciências sociais, médicas e psicológicas, bem como na vida das pessoas comuns e exerce grande impacto na pesquisa e nas práticas atuais.

O termo “qualidade” refere-se a certos atributos ou características considerados indicadores de superioridade em relação a determinado assunto. O termo “vida”, por sua vez, que só pode ser entendido numa perspectiva bem contextualizada, é definido como uma categoria que, entre outros fatores, inclui saúde, relações familiares satisfatórias e condições financeiras estáveis (BALLESTEROS, 1999).

A partir da preocupação dos ecologistas com a qualidade do meio ambiente, muitas leis nacionais e internacionais vêm sendo criadas em todo o mundo, no sentido de proteger a vida. Assim, o controle da qualidade do ar, o combate a poluição, a rejeição ao desmatamento e ao consumo exagerado de energia são considerados indicadores de qualidade de vida.

De outro ponto de vista, a economia, a sociologia e a política preocupam-se com a riqueza e bem-estar de uma sociedade, mensurando-os por meio de indicadores sociais como a facilidade de acesso a alfabetização, o número de crimes, a violência urbana, a desintegração familiar, a renda *per capita*. Para esses profissionais, QV corresponde aos índices relativos a problemas sociais deste tipo.

A prevalência de distúrbios mentais entre os idosos na área urbana é alta e está associada com múltiplas doenças, incapacidade e pobreza. É uma realidade preocupante pelo seu impacto sobre QV relativa à saúde da população e sobre os serviços de saúde nas próximas décadas (MAIA; DURANTE; RAMOS, 2004).

Entre avanços tecnológicos fantásticos, desemprego, fome e problemas sociais diversos, Ribeiro (2000) sugere ser possível que muitos obtenham felicidade, ligando-a a uma boa QV, nas mesmas condições efetivas de vida em

que muitos outros reclamam das condições adversas, tais como a falta de atendimento de necessidades básicas como educação, moradia, atendimento de saúde.

Para Moreira (2000), os padrões e definições sobre o que seja uma boa ou má QV, além de dependerem da inserção do indivíduo em determinada classe social, comunidade ou grupo, estão também intimamente relacionadas à época histórica e ao grau de desenvolvimento da sociedade como um todo.

Nas pesquisas de Moreira (2000),verificou que, embora exista inegavelmente uma dimensão social e histórica pertinente à QV, os fatores subjetivos adquirem também igual relevância: e.g., para determinada pessoa é imprescindível a existência de relações afetivas ou amorosas para que ela tenha uma boa qualidade de vida. Assim, para a autora, os projetos futuros de vida são o que poderíamos chamar de um elemento fundamental para manter-se vivo.

Na medicina, QV traduz-se pela qualidade da saúde, indicada por índices de natalidade, morbidade, mortalidade, idade média da população, taxas de expectativa de vida, emergência ou não de doenças infecto-contagiosas.

A psicologia tem, nos últimos anos, agregado outros indicadores a este conceito, devido às suas preocupações com o estresse e a forma de evitá-lo, a busca da satisfação no trabalho, a importância da saúde mental e a necessidade de garanti-la no ambiente de trabalho.

Ware (1984) tratou de forma diferenciada o conceito de QV, ampliando seu sentido para os aspectos que se agrupam em campos concêntricos, partindo da fisiologia da doença, para o funcionamento individual, o desconforto psicológico e bem-estar, até a forma como o indivíduo percebe sua saúde e a influência no seu funcionamento social.

O conceito de QV descrito por Carreira, Ajamil e Moreira (2001) citou como primordial para a instalação de uma boa QV as atitudes pessoais e condutas facilitadoras, que decorrem da emoção, a qual aproxima e une as pessoas.

A percepção que o indivíduo tem do seu estado de saúde pode interferir na sua QV, inclusive porque das suas crenças e dos seus valores depende em grande parte a sua satisfação de viver (RIVERA; ROLDÁN; CASANOVA; BELTRAN, 1999).

Nucci (2003) pesquisou sobre as implicações psicológicas, tanto na etiologia quanto na terapêutica do câncer. A forma com que o paciente vivencia a doença, sua auto-percepção de bem ou mal-estar parecem contribuir na evolução biológica da enfermidade, podendo constituir-se em co-fator terapêutico. Sendo assim, a psicologia, de acordo com este autor, contribuiu para a melhoria da assistência, com o objetivo de alcançar melhor QV.

A oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontando com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sobrevida aumentada pelos tratamentos propostos (NUCCI, 2003).

Sullivan, Gertrudis e Kempen (2000), a partir de uma amostra comunitária de pacientes idosos, estudaram a relação entre sintomas físicos e sintomas psicológicos. Os sintomas de ansiedade e depressão pareceram mediar a relação entre “percepção geral de saúde” e “qualidade de vida geral”.

A OMS definiu QV englobando cinco dimensões: Saúde física, Saúde psicológica, Nível de independência, Relações sociais e Meio ambiente. Desde que a OMS definiu a saúde como condição física, psicológica e social, alguns índices, além dos tradicionais, foram levados à análise para a consideração de uma situação ou indivíduo como saudável (FLECK, 2000).

Hubert (1997) julgou que a literatura sobre QV é essencialmente medicalizada, adotando uma visão bioestatística e economicista da saúde. Souza e Guimarães (1999) ressaltaram que esta medicina mecanicista visa somente a cura das doenças. Para esses autores, o cuidado com a saúde é, sobretudo, uma relação humana, na qual o principal objetivo é o bem-estar do paciente.

Ballesteros (1999) estabeleceu que, embora QV seja considerada por diversos autores como um conceito abstrato, difícil de operacionalizar, equivale a

“bem-estar” no domínio social; a “status de saúde”, no domínio da medicina e a “nível de satisfação”, no domínio psicológico. Apesar da dificuldade com a qual nos deparamos ao definir a expressão, não é difícil concluir que QV não é sinônimo de qualidade do ambiente, de quantidade de bens materiais, nem de saúde física.

Distingue-se, também, de satisfação ou felicidade e não se reduz a condições externas de vida ou responsabilidade pessoal. Não se pode transformá-la em uma questão interna ou externa, mas tem-se de admitir que é impossível separar o indivíduo de sua interação com o meio. Desta forma, a QV diz respeito justamente à maneira pela qual o indivíduo interage (com sua individualidade e subjetividade) com o mundo externo, portanto à maneira como ele é influenciado e como influencia. Logo, o acesso a uma “vida com qualidade” é determinado por uma relação de equilíbrio entre forças internas e externas. (BALLESTEROS, 1999).

Segundo Ramos (1995), a QV é um conjunto harmonioso e equilibrado de realizações, em todos os níveis de saúde, trabalho, lazer, família, e até mesmo no desenvolvimento espiritual.

Cabe considerar que QV, coletiva ou individual, é relativa a sentimentos do indivíduo sobre sua própria saúde ou sobre outros aspectos de sua vida (RIVERA *et al.*, 1999). Para esses autores, para avaliar a QV de alguém, considera-se que a mesma pode ser influenciada pela percepção que o indivíduo tem de seu estado de saúde, pois sua satisfação é influenciada pela ação da bagagem de crenças e valores sobre si mesmo.

Na área da saúde, o conceito de QV passou por diversas discussões e modificações e começa recentemente a se estabelecer como algo capaz de quantificar e analisar os resultados efetivos de uma doença e da conduta terapêutica, bem como a capacidade do paciente de ter uma vida proveitosa e realizadora.

Entretanto, este é um aspecto apenas quantitativo das dimensões do indivíduo em seu funcionamento social. O conceito de QV, além deste aspecto, consiste em um grupo de campos distintos tais como: estado físico e habilidades funcionais, estado psicológico e bem-estar, interações sociais, fatores econômicos e/ou vocacionais, estado espiritual e/ou religioso (FLECK; BORGES; BOLOGNESI, 2003).

Fleck, Borges e Bolognesi (2003) mostraram, em pesquisa comunitária, as diferentes opiniões dos pacientes – permitindo que fossem testadas as hipóteses dos pesquisadores, redimensionando ou ampliando conceitos previamente estabelecidos e evidenciando também a importância da dimensão espiritual na vida dos pacientes – tornando a avaliação mais eficaz para a melhoria de QV dos indivíduos pesquisados.

Jorge, Sugawara e Hsing (2004) relataram um caso de traumatismo crânio encefálico grave, onde o paciente teve significativa e importante melhora na QV, com independência para atividades da vida diária. O ganho, para esses autores, foi atribuído a melhoras no quadro afetivo, com a aproximação familiar. Segundo esses autores, o tratamento deve ser global e multidisciplinar e melhora física ou neurológica, não é fator determinante exclusivo para melhor QV ou para independência funcional.

A partir das diversas discussões conceituais, começaram a surgir definições de QV que buscam tornar o conceito cientificamente mensurável e analisar os resultados efetivos de uma doença e da conduta terapêutica, na visão do paciente, bem como a sua capacidade de ter uma vida proveitosa e realizadora. O que resultou dessas discussões foi uma perspectiva que busca a dimensão qualitativa de funcionamento do indivíduo, sem perder de vista que a QV é uma variável dinâmica durante toda a vida.

Souza e Guimarães (1999) relataram que este conceito pode ser expresso em uma pirâmide de três níveis, onde, no topo da mesma, temos a avaliação total do bem-estar; na sua base, os componentes de um determinado domínio e no meio, os domínios globais de avaliação da QV (físico, psicológico, econômico,

espiritual e social). Estes componentes podem ser então avaliados por testes e escalas, em conjunto ou isoladamente.

Bley e Nernazza-Licht (1997) relataram que os estudos conceituais de QV na área médica são funcionais, enfocando a relação custo-efetividade. Eles definiram então quatro campos que compõem a QV, procurando referi-los sob a óptica do que as pessoas têm como preocupações da vida cotidiana.

Os campos definidos por esses autores são a Função Física e Profissional; a Função Psicológica; a Interação Social e a Sensação Somática:

a) Função Física e Profissional aborda a força, a energia e a capacidade de dar continuidade às atividades normais que a sociedade espera que o indivíduo seja capaz de realizar. Pode-se dizer ainda que esta é a função que chega mais próximo dos parâmetros utilizados pelos médicos;

b) Função Psicológica diz respeito à ansiedade, à depressão e ao medo que o indivíduo desenvolve durante o processo terapêutico e mesmo após a reinserção em sua vida normal. A análise dessa função, segundo eles, não deve ser global, não compondo uma diagnose específica;

c) Interação Social é o campo mais relegado pelas equipes de saúde mas, aos poucos, vai ganhando sua importância no contexto. Ele diz respeito somente à capacidade do indivíduo de dar continuidade às suas relações interpessoais, como família, amigos, relacionamentos íntimos, profissionais e com a comunidade;

d) Sensação Somática é o campo das sensações físicas que empobrecem a QV do indivíduo (dor, náusea, dispnéia, etc.). A avaliação do quadro somático estabelecerá a capacidade que o indivíduo tem de suportar estas manifestações, influindo na avaliação de sua capacidade de adaptação.

Para Bley e Nernazza-Licht (1997), os dois primeiros campos têm um enfoque maior onde a mediação entre eles é mais significativa: e.g., o indivíduo que, repentinamente, passa por um súbito e grave problema de saúde tende muitas vezes a questionar sua crença religiosa, procurando reavaliar sua conduta e seu conceito nesse campo.

Um êxito no tratamento médico, muitas vezes, vivifica e potencializa a fé religiosa de indivíduos, que o atribuem a milagres. O tema QV é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, o tema se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais: materiais e espirituais e tem, no conceito de promoção da saúde, seu foco mais relevante. Quando vista de forma mais focalizada, QV em saúde enfoca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou superar as dificuldades dos estados ou condição de morbidade (BLEY; NERNAZZA-LICHT, 1997).

Dias (1998) relatou o caso de indivíduos que se consideravam felizes por terem “seu pedaço de chão”, apesar de viverem em favela de péssimas condições sanitárias na cidade de São José dos Campos-SP. Para essa autora, sua pesquisa apontou o fato de que os conceitos de QV devem ser mais pesquisados para que possam se livrar, entre outras coisas, do funcionalismo que carregam, principalmente na área da saúde, pois, em geral, os autores médicos têm defendido posicionamentos que objetivam a quantificação e mensuração de problemas, sem levar em conta os sentimentos humanos que estabelecem o que se define como QV para cada um em particular.

A natureza abstrata de QV explica porque “boa qualidade” tem significado diferente para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diferentes. Assim, QV é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e até mesmo de indivíduo para indivíduo. (PASCHOAL, 2000).

Conforme Souza e Guimarães (1999), a conceituação de QV deve

considerar os aspectos subjetivos da vida, uma vez que as condições objetivas da mesma são, muitas vezes, pouco significativas para o indivíduo.

Segundo Néri (2001), os critérios objetivos e subjetivos, associados a normas e a valores individuais e sociais se alteram no decorrer do tempo.

Wilheim e Deak (1970 apud CARDOSO, 2003, p. 77) definiram a QV como "[...] a sensação de bem-estar do indivíduo". Segundo esses autores, essa sensação "[...] é proporcionada pela satisfação de condições objetivas (renda, emprego, objetos possuídos, qualidade de habitação) e de condições subjetivas (segurança, privacidade, reconhecimento, afeto)".

Segundo Ganz (1994), pode-se modificar variáveis que interfiram de forma negativa nos tratamentos, através da avaliação de QV, uma vez que estas permitem a identificação de problemas e áreas afetadas. Para ele, pode-se avaliar a QV então sob dois aspectos, o objetivo e o subjetivo. O primeiro aspecto pode ser aferido pelas condições de saúde física e de fatores materiais gerais, como a renda, a habitação, etc. O segundo aspecto, a subjetividade da QV, busca avaliar os sentimentos humanos, as percepções qualitativas das experiências vividas e das adaptações elaboradas pelo indivíduo face a condições adversas.

Ganz (1994) afirmou ainda que os estudos tem apontado dimensões existenciais no aspecto subjetivo, que podem estar relacionadas a uma ótima avaliação da QV: relacionamentos sociais positivos, estabilidade e conformidade frente às expectativas para desenvolver uma gama diferenciada de papéis e uma disparidade mínima entre estas e suas realizações.

Cardoso (2003) assinalou como fatores subjetivos (sentimentos): a esperança, a antecipação, a ambição, o nível de aspiração, a ansiedade e a idealizada felicidade. Para ela, estas são características que nos distinguem dos demais animais. Ela ainda admitiu que é impossível separar o indivíduo de sua interação com o meio e assim, a QV diz respeito à maneira como o indivíduo interage com o mundo externo, levando-se em conta sua individualidade e subjetividade, a maneira como ele influencia e é influenciado. Vida com qualidade

é determinada por uma relação de equilíbrio entre as forças externas e as internas.

As questões subjetivas por muito tempo foram consideradas pela medicina como algo suspeito na avaliação, incluindo-se as pesquisas médicas nas chamadas “ciências duras”, como a física, por exemplo, que requer a aplicação de um método científico aos processos de investigação. Muitas comparações foram relatadas sobre a fisiologia de uma doença, sem levar em conta os parâmetros psicossociais.

Schwartz, Gomes e Holland (2001) fizeram uma avaliação com pacientes portadores da Síndrome de Stevens-Johnson, uma doença com seqüelas oculares que causam baixa visão, sintoma de desconforto e que induz a um grande transtorno psicológico, social e econômico. O estudo de QV desses pacientes demonstrou comprometimento nos componentes Aspecto Físico, Dor e Aspecto Emocional. Para os autores, a avaliação os ajudou a compreender melhor as necessidades dos pacientes, refletindo-se positivamente no segmento psicossocial.

Amir, Arish e Weistein (2000) estudaram sobre o impacto na QV de pacientes com hiperidrose (sudorese excessiva) e notaram que 86% deles mudaram sua percepção de QV para melhor após o procedimento cirúrgico. Observaram também que o domínio mais influenciado pela cirurgia foi o social.

Pope-Davis, Liuy, Toporek e Brittan-Powell (2001) ressaltaram a importância de integrar a perspectiva do pesquisador dentro do contexto histórico da literatura multicultural. Herdman, Fox-Rushdy, Badia (1997) consideram que ao pesquisar QV em ambientes bastante diversos deve-se observar que as pressuposições vêm da medicina ocidental.

A antropologia nos ensina entretanto que deve-se levar em conta, em qualquer tipo de pesquisa, os aspectos culturais relevantes das sociedades onde o indivíduo pesquisado se insere.

Barbosa (2003), em pesquisa sobre QV e saúde de pacientes masculinos

idosos, concluiu que existe a necessidade de repensar os grupos de convivência, buscando estimular a participação masculina, através de atividades e temas que despertem o interesse desses homens, que podem descobrir, assim, novas potencialidades e estímulos.

Sob uma perspectiva histórico-dialética, Minayo, Hartz e Buss (2000), incluíram na avaliação de QV atributos como amor, liberdade, solidariedade, inserção social e realização pessoal, além da satisfação e felicidade. O valor subjetivo, nessas circunstâncias, só pode ser avaliado pelo próprio indivíduo. Para esses autores, QV é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial.

Michelone (2002) analisou, sob uma perspectiva fenomenológica, as principais definições de QV percebidas subjetivamente e identificou dois atributos importantes, definidos como satisfação e felicidade. Para o autor, QV é definida como uma experiência cognitiva manifestada pela satisfação dos domínios importantes para o indivíduo e uma experiência afetiva manifestada pela felicidade nos domínios importantes de vida.

Segundo Campaña (1997), indivíduos de diferentes classes sociais e mesmo os do interior de uma mesma classe, vêem-se de forma distinta diante de situações reais, que lhes impõem percepções, aspirações, projetos e sonhos diferentes, onde a subjetividade sobre QV está ligada à condição social.

Garrido e Menezes (2002) sugeriram a associação de variáveis psicossociais com as características socioeconômicas (baixo nível de renda e de escolaridade, atividade remunerada em idades avançadas) são fortes indicadores de precariedade de QV.

Cada cidadão possui diversos papéis sociais e esta interação social está associada a padrões de cultura de acordo com atos, idéias ou expectativas de um indivíduo, em uma determinada posição social. Esses caminhos servem para percepções qualitativas de vida. (SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

Conforme Spilker (1996 apud SOUZA; GUIMARÃES, 1999), os indicadores de QV têm como objetivos a saúde, as condições físicas, salários, moradia e outros indicadores que possam servir de observação e quantificação para novos estudos. Na utilização dos modelos de testagem, verificou-se o uso das teorias clássicas, na maioria das pesquisas sobre desenvolvimento de escalas sobre QV relacionadas à saúde. Entretanto, há dificuldades de análise entre as influências do entrevistado e suas características nas respostas aos testes, que são uma função do grupo social no qual essas influências estão envolvidas. Para esse autor, desta forma, a teoria clássica de testagem não consegue prever os mais variados tipos de respostas às questões formuladas, mesmo que os indivíduos pertençam a mesma cultura.

Em relação ao desenvolvimento de melhores meios para graduar trocas nas escalas de QV relacionadas à saúde que sejam importantes para os pacientes, para os clínicos e para todos os responsáveis pelo cálculo dos resultados das experiências clínicas, os pesquisadores mostram combinações diferentes, solicitando aos clínicos que indiquem quais os escores tenham mais relevância para a pesquisa (SPILKER, 1996 apud SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

QV tornou-se uma medida relevante de eficácia em avaliações clínicas, novos tratamentos, novas técnicas, novos medicamentos. Seu uso está sendo difundido e é crescente como indicador de êxito ou fracasso em terapias.

Em geral, a perspectiva do paciente é diversa da ótica do profissional de saúde, em relação à sua própria QV, por incluir parâmetros diferentes de avaliação. Deste modo, é necessário aumentar a participação da visão do paciente na definição das medidas de avaliação qualitativa. Para as pesquisas futuras, cada vez mais, esta forma de abordagem não poderá deixar de ser levada em consideração (SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

Como se pode concluir, o tema QV é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas; seja do senso comum, com o ponto de vista subjetivo ou objetivo, em abordagens individuais ou coletivas. A referência à QV de seres humanos deve ser feita sempre em sua totalidade.

Nesse sentido, para Ramos (1995) a QV é como um conjunto harmonioso de realizações pessoais, profissionais, familiares e espirituais.

Para Néri (2001), a capacidade funcional é o manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma.

Para Garrido e Menezes (2002), o aumento da expectativa de vida é uma realidade e o desejo da maioria dos homens é o de viver conservando a integridade das funções cognitivas e mantendo a independência física.

O conceito de QV adotado pela OMS, já explicitado, abrange as observações necessárias à pesquisa em um Centro de Tratamento de Queimados, referindo-se à saúde física do indivíduo, ao nível de independência, aos relacionamentos sociais, ao estado psicológico, às crenças pessoais e às relações com os principais aspectos do ambiente.

## 1.2 QUEIMADURAS

Há séculos que as queimaduras são tratadas, porém ao verificar-se a demanda crescente com a quantidade de serviços especializados existentes, constatou-se o quanto, de início, o ramo da cirurgia plástica foi sempre quantitativamente insuficiente e careceu de pessoal qualificado, sendo poucos os grandes nomes que fazem parte desta história.

### 1.2.1 Breve histórico dos serviços de atendimento a queimaduras

A história das queimaduras pode ser contada a partir de antes de 1500 a.C., escrita em antigos papiros. As civilizações dos egípcios, chineses, romanos, árabes, bizantinos, germânicos, entre outros, descrevem as soluções e misturas aplicadas para tratar queimaduras e suas dores, demonstrando ainda a contribuição da alquimia medieval nos primeiros tratamentos. (MARIANI, 1995).

Com o passar do tempo, surgiram estudos na Europa e América

aprimorando as técnicas de tratamento. Vários avanços na compreensão e no tratamento das queimaduras devem-se aos estudos efetuados na Universidade de Pesquisa Cirúrgica do Exército dos Estados Unidos, no Centro Médico Militar de Brooke.

A Sociedade Internacional de Queimaduras foi criada em 1965, durante o II Congresso Internacional de Queimaduras, em Edimburgo, na Escócia. A Associação Americana de Queimaduras foi formada em 1968. (MARIANI, 1995).

Essa Associação inovou ao ser criada como um novo tipo de organização, abrangendo toda a equipe de profissionais – médicos, técnicos em queimaduras, pesquisadores, terapeutas físicos, anestesiologistas, dietistas e outros – que se interessavam no desenvolvimento de uma organização para a melhoria do tratamento. A organização teve participação satisfatória em um grande número de projetos que foram pautados.

No Brasil, o início do tratamento das queimaduras tem seus registros históricos perdidos nos séculos que marcam a própria história da medicina no país. Os registros que ainda se preservaram relatam que os pacientes queimados eram tratados em hospitais gerais, por cirurgiões não especializados e não havia ainda a dimensão multidisciplinar inerente ao tratamento realizado hoje para um “grande queimado” (o paciente com mais de um sétimo da superfície corpórea queimada).

A reversão desse quadro aparece em paralelo com o desenvolvimento da cirurgia plástica, após a década de 1940, quando os pacientes queimados passaram a ser agrupados em isolamentos para garantir uma minimização dos perigos de infecções. Em 1945, Ary do Carmo Russo (apud MARIANI, 1995), pioneiro no Brasil em atendimento especializado de queimaduras, publicou o trabalho “Sistematização do Tratamento Local de Queimaduras”. Passando de membro da equipe médica a Chefe do Serviço de Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, tornou-se responsável pela organização administrativa e pelas normas médicas que regeram este tipo de serviço. (MARIANI, 1995).

Inicia-se nesta época a era moderna e científica do tratamento de queimaduras no Brasil, tendo como referência o Serviço de Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), que foi oficializado em 16 de janeiro de 1948.

Em 1958, o estudo dos aspectos sociais e econômicos, da prevenção das queimaduras, além do levantamento das incidências e da análise de epidemiologias ainda eram realizados por Russo (1976), no âmbito do Hospital das Clínicas da FMUSP, “não recebendo nenhum auxílio, além de aplausos” (MARIANI, 1995).

Durante mais ou menos três décadas, os hospitais brasileiros mascararam a deficiência de leitos para queimaduras. Contudo, não se esperavam as tragédias que ocorreriam e que marcaram a história do desenvolvimento do tratamento especializado.

No Rio de Janeiro, o incêndio criminoso do Gran Circo Norte-Americano, em 1961, um violento acontecimento que ocasionou a morte de 400 pessoas e, em São Paulo, em 1972, o incêndio do Edifício Andraus, aumentaram a preocupação com a falta de profissionais capacitados e apontaram para a criação de unidades estruturadas para atender queimaduras.

No início de 1968, o Hospital do Andaraí, no Rio de Janeiro, inaugurou um moderno Centro de Tratamento, com um departamento de estudos e pesquisas na área. Até nossos dias, este Centro é uma referência latino-americana no tratamento de queimaduras, possuindo uma estrutura física e de recursos humanos capaz de atender a grandes acidentes.

No início da década de 1980, a situação era insustentável, a demanda obrigava o Hospital das Clínicas da FMUSP a atender doentes queimados graves em macas dos corredores do Pronto Socorro e os casos de pacientes que demandavam o centro de referência oriundos dos municípios vizinhos ultrapassava em muito a capacidade de atendimento do Serviço de Queimaduras.

Nesta época, em São Paulo, a Sociedade Beneficente Israelita brasileira

fundou o Hospital Albert Einsten, que, além de atender a toda a população sem distinção de raça ou credo religioso, disponibilizou leitos para pacientes queimados. O Hospital conta hoje com uma equipe interdisciplinar para o seu Serviço de Queimados, contribuindo na área de pesquisas e estudos científicos para melhor atualização dos profissionais. (HOSPITAL ALBERT EINSTEN, 2004).

Em 1975, após cursar a Especialização em Cirurgia Plástica, o médico Cássio Menezes Raposo do Amaral, começou a planejar um centro especializado no atendimento e reabilitação de pacientes portadores de deformidades faciais, inclusive as causadas por queimaduras. Suas primeiras cirurgias foram realizadas no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

A luta do referido pesquisador culminou na criação da Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para a Reabilitação Craniofacial (SOBRAPAR), que viria a funcionar a partir de 1979, com o apoio marcante do professor John Marquis Converse, então Presidente da American Society of Facially Desfigured – hoje National Foundation for Facial Reconstruction, ligada ao New York University Medical Centre. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA E ASSISTÊNCIA PARA A REEABILITAÇÃO CRANIOFACIAL, 2004).

Com recursos oriundos do Latteinnamerika Zentre, em colaboração com a – Comunidade Econômica Européia (CCE) – e com a decisiva colaboração do Sr. Abraham Kasinski, então Presidente da – Companhia Fabricadora de Auto Peças (COFAP) – doando o terreno e liderando a campanha entre empresários para as contribuições – foi construído, ao lado do Hospital das Clínicas da UNICAMP, o Hospital de Cirurgia Plástica Craniofacial, com uma equipe interdisciplinar, que é hoje também um centro de referência latino-americano no tratamento e recuperação de pacientes queimados.

Em 1994, a Resolução n. 642, de 20 de dezembro de 1994, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, estabeleceu as Normas Técnicas para o Atendimento de Queimaduras que orientava gestões com Escolas de Medicina, Prefeituras e entidades particulares, em cerca de 12 municípios adequadamente localizados para o atendimento da demanda dos serviços. (SOCIEDADE

BRASILEIRA DE PESQUISA E ASSISTÊNCIA PARA A REEABILITAÇÃO CRANIOFACIAL, 2004).

O Serviço de Queimados do Hospital do Tatuapé, em São Paulo, tem equipe multidisciplinar para o atendimento do “grande queimado” e é considerado um serviço de referência nacional. A Unidade de Queimados, dentro da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, além de bem equipada para o serviço, tem em sua equipe multidisciplinar, entre outros profissionais especializados, os da área de Psicopedagogia formados na própria Faculdade, em seu Curso de Aprimoramento em Psicopedagogia, com o objetivo de acompanhar crianças e adolescentes em seu desenvolvimento e aprendizado. (HOSPITAL MUNICIPAL DO TATUAPÉ, 2004).

A Unidade de Queimados onde ocorreu a pesquisa conta com uma equipe multidisciplinar que é utilizada para o atendimento de toda a Região Centro-Oeste, alguns Estados da Região Norte e países limítrofes, como a Bolívia e o Paraguai.

No dia 03 de dezembro de 1998, a convite do Sr. José Serra, então Ministro da Saúde, reuniu-se em Brasília uma comitiva do Capítulo de Queimaduras da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, liderado pelo seu Diretor, Dr. Carlos Eduardo G. Leão, para a discussão preliminar do documento, “Normatização do Atendimento ao Paciente Queimado” (BRASIL, 1998).

Dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2004), coletados com a utilização de questionários aplicados no período de janeiro a dezembro de 1998, revelaram uma nítida concentração geográfica dos cirurgiões plásticos, encontrando-se 74% desses profissionais prestando atendimento na região sudeste.

Com relação a análise das instituições que possuem serviços de atendimento de pacientes queimados, verificou-se que 63% do total de atendimentos eram realizados em instituições públicas. Observou-se ainda que em 45% dos locais de atendimento, os setores não possuíam equipe

multidisciplinar de apoio, sendo o clínico intensivista o profissional mais freqüentemente encontrado. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2004).

De acordo ainda com as estatísticas anteriormente citadas, existiam apenas 27 locais com serviço de atendimento aos pacientes queimados no Brasil e, com relação a estes, 18% ofereciam incentivos profissionais no sentido de melhoria do serviço, 14% estavam procurando a desativação do serviço e 12% efetuavam apenas atendimento ambulatorial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2004).

O paciente queimado é estigmatizado pelos médicos, administradores hospitalares, paramédicos, autoridades de vários níveis e leigos. Não há uma causa racional para esta discriminação, embora possa se perceber, em muitos casos, a influência da causa econômica: o paciente queimado demanda mais atendimento de mais profissionais e mais tempo de internação e mesmo de mais cuidados ambulatoriais do que os pacientes das demais patologias. (MARIANI, 1995).

Em um atendimento de saúde, com a lógica do lucro do capital e voltado para a busca desesperada da redução de custos, o procedimento discriminatório para o paciente queimado é de se esperar.

### 1.2.2 Queimaduras: fisiologia e fisiopatologia

Para se compreender melhor o processo de queimadura, deve-se antes conhecer a fisiologia da pele humana, suas camadas e sua formação anatômica. A pele íntegra constitui o mais importante elemento de proteção do organismo humano contra os agentes de agressão ambiental.

Gomes, Serra e Pellon (1995) frisou que a proliferação de bactérias em ambiente favorável (hospedeiro suscetível) pode culminar com um quadro de necrose dos tecidos orgânicos (*sepse*), que é responsável por 75% dos óbitos em

pacientes “grandes queimados”. Na arquitetura da pele distingue-se uma camada epitelial, a epiderme, que é identificada como a camada celular mais superficial, que reveste a derme e com ela constitui a pele. A epiderme é desprovida de vasos e nervos, porém sua hidratação é garantida pela difusão de substâncias nutrientes vindas dos capilares dérmicos.

O mecanismo de transporte de água é um processo osmótico. As células realizam o transporte ativo de íons, os quais despendem energia e dependem da atividade metabólica celular, com divisões celulares que sofrem modificações no sentido do interior para a superfície do organismo.

Existe um equilíbrio perfeito entre a água que entra na substância fundamental do tecido e a que sai dela, de tal modo que a quantidade de água livre é mínima no tecido.

Em condições patológicas, a quantidade de líquido intersticial pode aumentar muito e formar edema, que se caracteriza nos cortes histológicos do organismo, provocado por acúmulo de líquido.

Pode-se apontar como causa do edema a obstrução dos vasos linfáticos, a desnutrição (deficiência protéica) e o aumento da permeabilidade capilar, sendo esta última uma das características mais peculiares da fisiopatologia da queimadura.

Algumas funções da pele incluem: a proteção do organismo; a proteção quanto às perdas hídricas; a capacidade termo reguladora; a função secretora, através das suas glândulas sudoríparas e sebáceas; a função sensitiva, pois a pele é um extenso órgão sensorial que por suas terminações nervosas proporcionam sensações de tato, pressão, dor e variações térmicas; e ainda a função de produção de energia, pela síntese da vitamina D.

As células responsáveis pela síntese de colágeno e elastina são chamadas fibroblastos e têm um importante papel nos processos de cicatrização de queimaduras.

Segundo ainda Maciel e Serra (2004), pode-se definir a queimadura como uma lesão no tecido de revestimento do corpo, que pode destruir parcial ou totalmente a pele e seus anexos e atingir camadas mais profundas, como tecidos subcutâneos, músculos, tendões e ossos. A etiologia da queimadura pode ser determinada por agentes físicos ou químicos e outras partes do corpo também podem ser atingidas por estes agentes.

Os agentes físicos são divididos em cinco subgrupos:

a) os agentes térmicos, que incluem o frio, sendo o congelamento um tipo de queimadura raro em nosso país; o calor, por líquidos aquecidos, chamados escaldos e que atingem geralmente crianças em acidentes dentro de casa; os inflamáveis, queimaduras por álcool, petróleo e seus derivados, que determinam alto índice de queimaduras graves;

b) os agentes sólidos, que promovem queimaduras ocasionadas por acidentes com ferro de passar roupa, chapas de fogão, canos de escapamentos de motocicletas ou por atrito com o solo em quedas, atingindo camadas mais profundas;

c) os agentes gasosos, que ocasionam queimaduras causadas geralmente por explosão de caldeiras e panelas de pressão, apresentando um quadro de trauma mais freqüente na região dos olhos. A queimadura das vias aéreas pode provocar lesões progressivas, apresentando broncoespamos e causando insuficiência respiratória;

d) os agentes elétricos, que causam queimaduras quando da passagem da corrente elétrica pelo corpo, provocando queimaduras graves, mais pela profundidade do que pela extensão, podendo levar a necessidade de amputações de membros. Estas queimaduras ocorrem de forma singular, determinando uma região chamada de “porta de entrada”, percorrendo o corpo através da corrente sangüínea, onde pode ocasionar a degeneração das paredes e tromboses. Progressivamente vão sendo destruídos os tecidos (SILVA; SILVA JÚNIOR, 1988);

e) os agentes radiantes, que causam queimaduras por exposição ao Sol, a Raio X ou Raios Gama;

f) os agentes químicos, que são constituídos dos ácidos e outros corrosivos que, de acordo com o volume utilizado ou a duração da atuação, determinam os efeitos da lesão. Em pacientes agredidos por ácido sulfúrico, por exemplo, dependendo da duração do contato com o produto, o acidente pode causar até mesmo a perda de estruturas musculares e ósseas, alterando a morfologia corpórea, tornando importante a urgência da cessação do contato com o agente agressor.

Determinar o grau de queimadura significa determinar a profundidade do trauma térmico na pele. Além disto, a determinação do grau de queimadura se faz necessário para que o atendimento terapêutico adequado possa ser estabelecido com maior eficiência (MACIEL; SERRA, 2004).

O conhecimento da fisiopatologia da queimadura requer um estudo aprofundado pelo especialista, pois há muitas dificuldades em determinar o tipo de queimadura, no caso de queimaduras por agentes elétricos, deve-se esperar dois a três dias para que a lesão se solidifique e seja possível estabelecer um melhor diagnóstico. O correto diagnóstico da profundidade da lesão deverá ser feito por estudo histopatológico (GOMES; SERRA; PELLON, 1995).

Nos estudos de Leonardi (2001), a avaliação histológica obtida por biópsia nas 48 horas seguintes ao acidente conseguiu prever quais as lesões podiam se recuperar em duas semanas, com um valor positivo de 75%. Este estudo veio contribuir com a diminuição da ansiedade do paciente quanto ao tempo de hospitalização, melhorando sua QV.

Observa-se ainda que uma queimadura de segundo grau superficial pode evoluir para uma queimadura de segundo grau profundo ou até mesmo uma de terceiro grau e, portanto, torna-se importante a reavaliação do grau de queimadura decorridas 48 a 72 horas da lesão.

A lesão de primeiro grau se caracteriza pela presença dos eritemas

(manchas avermelhadas) provocadas pelos raios solares ou por água aquecida e não acompanhadas de flictemas (empolas), pois a presença destas caracteriza a lesão de segundo grau.

Considera-se uma lesão de segundo grau aquela que atinge tanto a epiderme como a derme, poupando uma parte desta. O reconhecimento deste grau lesão é feito através da sua característica mais marcante, a formação de bolhas ou flictemas decorrentes de uma escaldadura (lesão térmica causada por líquido superaquecido).

A lesão de terceiro grau é aquela que acontece na totalidade das camadas da pele (derme e epiderme) e, em muitos casos, atinge outros tecidos, como o celular subcutâneo, músculos e tecido ósseo. A queimadura de terceiro grau apresenta um aspecto esbranquiçado ou marmóreo; há redução da elasticidade do tecido, tornando-o rígido e pode apresentar por transparência vasos sangüíneos trombosados. É a mais grave das lesões térmicas, provocando lesões deformantes, não restando tecido cutâneo capaz de se regenerar, havendo necessidade de enxertia (transplante de pele de alguma parte do corpo para a área lesada) para reparação da lesão.

Para Maciel e Serra (2004), durante o processo terapêutico do queimado podem ocorrer problemas relacionados, tais como uma grave instabilidade hemodinâmica, o choque, a parada cárdio-respiratória, hemorragia digestiva grave, anemia causada pelo hipercatabolismo (processo onde os nutrientes não são absorvidos pelo organismo), a imunodepressão (depressão causada por falta de nutrientes). Durante este tempo, devem ser providenciados ainda cuidados especiais tais como o combate a dor, a profilaxia antitetânica e das hemorragias digestivas, a assistência ventilatória e o suporte nutricional adequado.

O processo de cicatrização das lesões é sempre lento e existem alguns fatores que influenciam, tais como: idade, hereditariedade, raça e a localização da lesão. Além destes, nas cicatrizes causadas por queimaduras encontram-se diferentes tipos de cicatrização ou tegumento, de acordo com a etiologia e profundidade da lesão.

A cicatrização de lesão do “grande queimado” é um processo contínuo, podendo levar de seis semanas a dois anos, até que a pele se encontre madura, isto é, com a vascularidade normalizada (GOMES; SERRA; PELLON, 1995).

Artz (1980) observou que deve-se tomar mais cuidado com queimaduras que afetem as pálpebras ou os lábios, os dedos, o pescoço, a axila, as articulações do joelho ou do braço, para que as cicatrizes não se retraiam, juntando-se de forma a impedir o movimento normal da articulação.

Soares (2000) desenvolveu pesquisa enfocando a importância da cinesioprofilaxia na prevenção da retração cicatricial, melhorando a conduta motora com o paciente “grande queimado” e propiciando melhor QV no desempenho físico.

Weil e Tompakow (2002) comentaram que o paciente queimado fica por um longo tempo com o comportamento físico comprometido e a correção de seus movimentos é a melhor via de recuperação, porque o sistema nervoso se ocupa principalmente do movimento e este está na base de toda a tomada de consciência.

O tratamento mais recente com oxigenoterapia hiperbárica começou a produzir efeitos de maior velocidade na cicatrização da pele queimada. Os tecidos submetidos ao oxigênio sob pressão mostraram uma melhor cicatrização, reduzindo-se as cirurgias, diminuindo os casos de *sepse* (infecções) (MACIEL; SERRA, 2004).

Deste modo, todos os avanços técnicos no conhecimento da fisiopatologia da queimadura e na compreensão dos parâmetros subjetivos e objetivos da percepção que o paciente internado tem de sua doença, têm contribuído para que as equipes interdisciplinares dos Centros de Tratamento de Queimados voltem sua atenção aos cuidados com os aspectos que influenciam não só nos processos diretamente curativos das terapêuticas, mas também naqueles aspectos subjetivos que conduzem o paciente a se perceber com melhores esperanças de cura e, portanto, com a possibilidade de uma melhor QV.

A percepção da sua boa QV tem levado os pacientes a reduzirem eles próprios os tempos de tratamento, através de uma freqüente diminuição do tempo de internação, com cicatrizações mais rápidas e redução de problemas colaterais.

Neste sentido, torna-se necessário investigar as noções já estabelecidas sobre a QV em pacientes internados e, principalmente, estudar os autores que já trataram do tema da QV do paciente queimado.

## 1.3 HOSPITALIZAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE QUEIMADO

Quando ocorre uma internação em uma Unidade de Queimados, verifica-se uma atenção inteiramente voltada ao corpo e às suas potencialidades de recuperação. Nesse momento, costuma-se atribuir pouca atenção aos aspectos emocionais e, ainda que as preocupações possam abranger aspectos da saúde mental, toda a preocupação, do indivíduo, dos profissionais e das famílias, se concentra na recuperação corpórea.

### 1.3.1 A ruptura da pele e a dor

Conforme Anzieu (1989), a pele é uma fronteira, uma cerca viva ligada diretamente ao sistema nervoso e “à mente do paciente”. Refere que há na pele um “eu-vivo”, um “eu-pele”. A pele queimada funciona como agente de estresse, e além do corpo, a mente e o sistema nervoso do indivíduo estão agora expostos aos perigos exteriores, perdeu-se a mediação entre os dois mundos: o interior e o exterior. Quebra-se assim a proteção psíquica que a pele oferecia e existe, para além da dor física, uma dor psíquica, mental, devido à abertura repentina, violenta, nos limites do organismo, onde o “eu-pele” se debruça como interface entre o mundo interno do indivíduo e o exterior.

O indivíduo que tem seu corpo queimado precisa voltar a moldar sua identidade corporal, seu eu-corpóreo que permite aflorar a gama de emoções,

sentimentos, aspirações e desejos que favorecem seu desenvolvimento cognitivo, colaborando para a diminuição do tempo de internação (ANZIEU, 1989).

Somente após esta aceitação das condições corpóreas, o indivíduo estará apto a reconstruir-se e a acompanhar o tratamento com o profissional que o acompanhou no processo. A experiência de ser conduzido nos momentos desta difícil reconstrução da sua identidade corporal e psíquica torna o indivíduo mais acessível ao profissional e mais adaptado às condições de hospitalização terapêutica, muitas vezes estressoras por si só (ANZIEU, 1989).

Segundo Moffatt (1987), a abrupta ruptura que o indivíduo experimenta nas queimaduras gera um sentimento de descontinuidade, desencadeando diversas reações emocionais. Esta descontinuidade terá também um agravamento físico-espacial com a realidade do “corpo mutilado”, comprometendo a QV do paciente.

No atendimento a pacientes queimados, a dor é um elemento relevante de estresse devido a sua presença sistemática como parte da patologia. A dor é o oposto ao prazer, causa desconforto, inquietação e insatisfação. A dor é a lembrança constante da injúria, do transtorno da doença. Ela é o diferencial a ser lembrado, o elemento de aviso da situação extraordinária, da diferenciação entre o indivíduo sadio e o comprometido por doença; entre o capaz e o incapaz (MOFFATT, 1987).

O impacto da dor das queimaduras e dos procedimentos terapêuticos necessários acompanhará o paciente por todo o longo tratamento, tornando-se a companheira indesejável que será rememorada durante toda a hospitalização. Além disso, nas pesquisas de Martinez, Barauna Filho, Kubokawa, Pedreira, Machado, Cevasco (2001), sobre mulheres portadoras de fibromialgia, ficou evidenciado que a dor reforça o desenvolvimento de sintomas depressivos.

Renée Descartes foi o primeiro a descrever a dor como uma resposta a um estímulo doloroso detectado pelo cérebro. Em 1895, Von Frey, desenvolveu uma teoria da especificidade da dor, a qual se refletia em resposta automática a estímulos específicos, como por exemplo, a sensação de dor ao queimar o dedo.

Em 1920, Goldschneider desenvolveu a teoria do padrão, resumindo que a sensação de dor resultaria de uma comunicação direta entre o cérebro e as áreas afetadas pela dor. De acordo com estas teorias, a dor era considerada uma resposta automática a estímulos externos ao organismo. Entende-se, então, da existência da dor orgânica (reação capaz de ser observável) e da dor psicogenética (produzida na mente do paciente). (OLIVEIRA; CAMÕES, 2004).

A dor, segundo Melzack (1973), pode ser conceituada como um fenômeno que envolve diversas dimensões: trata-se de um problema médico, comportamental, cognitivo e emocional, pois é acompanhada por um grande sofrimento pessoal, acarretando custos sociais, além dos econômicos.

Para Toledo (2001), a dor é uma sensação que pode estar acompanhada de um estado emotivo, de sofrimento, além de reação neurovegetativa, como hipertensão arterial, sudorese, modificação na respiração e outros.

A partir do início do século XX, a Psicologia veio a desempenhar um papel determinante no tratamento da dor, levando o paciente a identificar seus sentimentos, visualizar a sua dor, criar formas de lidar com ela e combatê-la, auxiliando com eficiência os processos medicamentosos da medicina convencional. São apresentados inúmeros relatos de sucesso com a aplicação de técnicas psicológicas de controle da dor, até mesmo em pacientes com doenças oncológicas. (SIMONTON, 1987).

Para Zborowski (1952), a dor e as reações à ela podem ser entendidas à luz de significados culturais e sociais específicos. Janowski e Sternbach (1976) sugerem ainda que, além de aspectos culturais, a dor pode ser expressa de forma extrovertida ou introvertida e tem a ver com o tipo de personalidade do indivíduo. Nesse sentido, mesmo sendo um fenômeno universal, cada um de nós a sente e expressa de uma maneira inteiramente individual.

A reação à dor, embora subjetiva, depende também da intensidade dolorosa e da sua continuidade, da experiência prévia do indivíduo com o fenômeno e das condições ambientais existentes. Observa-se em alguns

pacientes queimados estruturas que fazem parte de um corpo que guarda representações mentais de dor recente e intensa. A sensação dolorosa envolve não apenas os aspectos físico-químicos, mas também os componentes socioculturais dos indivíduos.

As causas da dor aguda são geralmente identificáveis, como no caso da queimadura e, de todos os tipos de dor aguda, esta é considerada pelos profissionais da saúde como a mais pungente, mais violenta e constitui um verdadeiro tormento para o paciente. Além disto, ela se intensifica, mesmo por um curto espaço de tempo, nos momentos de cuidados terapêuticos como o banho e o curativo. A hora do banho é relatada por todos os pacientes como a mais dolorosa e toda a equipe se preocupa em amenizar estes momentos de extremo sofrimento, utilizando analgésicos e atitudes solidárias de conforto. (FIRMINO, 1997).

Além da dor, o paciente queimado se sente exposto, desnudo, indefeso como um recém-nascido, à mercê dos cuidadores. Em muitos casos, todo o seu corpo fica exposto durante a maior parte da internação. O paciente queimado também sofre de medo, angústia, ansiedade e estresse do trauma térmico (MEDINA, 1984).

A angústia e a ansiedade referem-se ao mesmo fenômeno, mas com diferenças sutis. A angústia é profunda, vivenciada como dor no peito e entra no diagnóstico de outras dores. A ansiedade é difusa, referenciada no aparelho respiratório e pode levar a diversos tipos de somatizações.

Nos casos dos pacientes adultos com transtornos mentais, a dor e o desnudamento parecem ser mais aflitivos. Medina (1984) sugere que por eles terem menos recursos internos de controle e não entenderem a necessidade de repetição e prolongamento dos quadros de dor, sentem que estão sendo torturados, castigados, e reagem de modo agressivo.

Segundo Pitta (2000) e a Organização Pan-Americana de Saúde (2001), a área da Saúde Mental vem apresentando, principalmente nos últimos 15 anos,

interesse em estudar a repercussão dos transtornos mentais sobre a QV desses pacientes, procurando aferir o impacto do tratamento no seu cotidiano.

### 1.3.2 O trauma térmico

O trauma térmico, pela correlação entre sua intensidade e sua continuidade, pode se agravar diante das condições impostas pelo acidente. Quanto maior e mais intensa for a duração do evento estressor, maior serão as dificuldades do indivíduo em retornar a sua vida normal, comprometendo sua QV.

O paciente atingido por queimadura necessita de uma atenção especial da equipe clínica porque há que se considerar a condição diferenciada em comparação com outros internados. A noção de si mesmo e o seu relacionamento começam a se modificar no momento do acidente e a nova realidade ainda é um conceito frágil.

A hospitalização deste tipo é assim um agente que pode ter efeitos diferenciados, dependendo da idade do indivíduo, da intensidade das queimaduras, da eficiência dos profissionais envolvidos e também da maneira como a família e o próprio indivíduo a gerencia.

Há, entretanto, momentos de maior ou menor ansiedade no período de hospitalização: os curativos, o banho e a assepsia causam maior intensidade de dor e são relatados como insuportáveis, levando até mesmo os profissionais ao contato com agentes próprios de ansiedade.

Segundo Lobato (1992, p. 167-168),

> Ainda que conhecida e sentida em algum momento da vida por todos nós, a experiência de dor aguda é um processo complexo, que não se limita a alteração de tecidos, mas que põe em jogo toda uma série de mecanismos neurofisiológicos, hormonais e psicológicos [...] e preparam o organismo para a ação luta-fuga. [...] A resposta emocional básica do indivíduo à dor aguda, na medida em que ela representa um evento ameaçador (ou como tal interpretado), é a da ansiedade aguda e todas as reações físicas que a acompanham. [...] A ansiedade que acompanha a dor

> aguda estaria ligada a diferentes tipos de temores surgidos no enfermo, sua ignorância da causa do problema, a incapacidade de resolve-lo, o medo sempre presente de que haja alguma doença muito grave (proporcional à intensidade da dor), a possibilidade de que o sofrimento se possa perpetuar.

Assim, para esse autor, a QV do dia-a-dia do indivíduo queimado é constantemente angustiante, ele provavelmente poderá estar muito fragilizado e, por conseguinte, mais vulnerável a novas situações patológicas.

Castro, Caiuby, Draibe e Canziani (2003) comentaram que a persistência em situações de comorbidade (patologias que acompanham a patologia principal) são fatores que freqüentemente interferem na QV desses pacientes.

Para Medina (1984), os fenômenos mais intensamente observados durante a hospitalização de queimados são: problemas cardíacos, respiratórios, renais, hepáticos, infecciosos, metabólicos, por carência de vitaminas, de eletrólitos, de nutrientes, entre outros. Ele indicou ainda que estes fatores podem levar o paciente a ter causas orgânicas de *delirium* e suas variáveis menores, interferindo em sua QV.

No caso do paciente queimado, o agente de ansiedade – a queimadura – não desaparece facilmente. Caso seja uma queimadura de pouca intensidade (primeiro grau), alguns sintomas detectados pelos médicos desaparecerão, mas podem ocorrer evoluções de uma queimadura de segundo grau superficial para uma mais profunda ou uma de terceiro grau, com o favorecimento do desenvolvimento de infecção. Os casos de óbito ocorrem principalmente entre 48 horas a 14 dias e a causa principal é a *sepse* que leva a insuficiências de múltiplos órgãos. A infecção é um risco continuado até que toda a área queimada tenha sido recoberta. Em se tratando de uma queimadura de grande intensidade, as reservas energéticas serão consumidas de quase todos os componentes do sistema imune, contribuindo diretamente para complicações infecciosas. (BOWER, 1990).

Segundo Laborit (1952), na fase aguda de grandes queimaduras, a glicemia (excesso de açúcar no sangue), a cloremia (excesso de cloretos no

sangue que se caracteriza pela cor esverdeada da pele), e a tensão arterial decaem; a destruição albuminóide, com todos os seus parâmetros químicos sangüíneos aparece; o sangue se espessa; há perda de peso e de temperatura corporal. Formam-se úlceras gastrointestinais e ocorre ininterruptamente a involução do sistema linfático. O córtex supra-renal apresenta, com freqüência, hemorragias, áreas extensas de degeneração e necroses.

Laborit (1952) descreve ainda outras alterações fisiopatológicas próprias desta fase: a dilatação arteriolar e a vasodilatação das arteríolas e capilares, o fluxo sangüíneo se faz apenas pelas anastomoses arteriovenosas (comunicação entre dois vasos orgânicos; formação cirúrgica ou patológica de uma passagem entre dois órgãos normalmente distintos). Há sofrimento dos tecidos, o débito sangüíneo se torna insuficiente e o espasmo venular impede a circulação de retorno.

Segundo o autor, os tecidos se tornam isquemiados (suspensão ou deficiência de sangue nos tecidos) e sobrevêm necroses (a morte de tecido que ainda faz parte do organismo vivo).

As correlações conhecidas entre as funções mentais, estados emocionais e reações endócrinas irão compor, em muitos casos, um importante processo de agravamento da condição clínica geral do paciente “grande queimado”. A dor, a hipoxia (deficiência de oxigênio no sangue, células ou tecidos), a hipotensão, a ansiedade e outras agressões provocam uma reação natural neuroendócrina, que tem como objetivo preservar a vida do organismo traumatizado. O esgotamento rápido das reservas protéicas musculares leva o paciente queimado a uma grave desnutrição protéico-calórica. Para que o paciente esteja com suficiente bem estar, torna-se necessário um suporte nutricional direcionado para as demandas do organismo, como objetivo de repor as reservas de energia (MACIEL; SERRA, 2004).

### 1.3.3 O dispêndio calórico e o suporte nutricional

A queimadura grave é acompanhada de quase todos os componentes da baixa qualidade do sistema de imunização, contribuindo diretamente para complicações infecciosas. Os distúrbios do metabolismo protéico parecem ser a causa mais importante de função imune-deprimida e a reposição protéica adequada parece ser mais importante do que a reposição calórica (BOWER, 1990).

Para Bower (1990), o dispêndio calórico e o catabolismo (metabolismo destrutivo onde predominam reações químicas de decomposição) protéico são maiores nas queimaduras do que em qualquer outro estresse fisiológico. Depois da fase do choque térmico (48-72 horas), passa-se a fase hipermetabólica, com um acentuado “autocanibalismo” no paciente queimado, onde deverá ser fornecido o adequado suporte nutricional.

De acordo com Maciel e Serra (2004), o suporte nutricional revolucionou o tratamento das queimaduras nas últimas décadas, refletindo diretamente na sobrevida de pacientes gravemente lesionados. Entretanto, apesar de toda a tecnologia atual, o fornecimento adequado de suporte nutricional ainda continua sendo um grande desafio nos centros de atendimento.

Segundo ainda Maciel e Serra (2004), o suporte nutricional aplicado a terapêutica dos pacientes queimados tem servido de modelo para aplicação do suporte nutricional às demais patologias e o objetivo principal da terapêutica de suporte nutricional é minimizar a deterioração clínica do paciente, no sentido de prevenir a infecção, acelerar a cicatrização, reduzir o número de intervenções cirúrgicas e melhorar a QV do paciente, durante o tempo de hospitalização.

Observou Bower (1990) que as vitaminas e minerais têm demonstrado influência na resposta imunológica, principalmente as vitaminas A, C e D.

Refere Silva e Silva Júnior (1988), que a deficiência de zinco demonstra, entre outras, diminuição na produção de anticorpos, sendo essas

imunodeficiências corrigidas com suplementação dietética. A deficiência de ferro causa uma diferenciação na proliferação de precursores das células T e a deficiência de cobre pode acarretar supressão da função linfocitária. O selênico exerce então o papel antioxidante e ativador da vitamina E, além de estimular a resposta linfocitária.

O suporte nutricional enteral permite que pacientes gravemente queimados sobrevivam com nítida melhoria no sistema imunológico e no processo cicatricial. Entretanto, não se sabe se a terapia imunomoduladora isoladamente seja capaz de aumentar de maneira significativa a resistência à infecção na vigência da inanição e depleção nutricional (BOWER, 1990).

Lipp e Rocha (1996) sugerem que as reservas energéticas podem ser repostas através de técnicas de controle de ansiedade e com o uso adequado da alimentação, relaxamento, mudança de hábitos e exercícios físicos, levando o paciente a uma melhor QV, durante a hospitalização.

### 1.3.4 Os problemas da hospitalização

As queimaduras, tais como todos os acidentes, acontecem de forma rápida e imprevisível, não havendo tempo para que o indivíduo se prepare psicologicamente para uma internação hospitalar, como se dá com outras doenças e situações. A queimadura é tratada como trauma de emergência, sendo necessário o socorro imediato. Uma pessoa que em um momento está em perfeito funcionamento físico e mental, se vê repentinamente enfrentando a hospitalização, a dor e o comprometimento de suas funções vitais.

Conforme relata West e Chuck (1978), o paciente queimado vive uma situação extremamente dolorosa do ponto de vista físico, sente dores horríveis, torna-se enrijecido, edemaciado, fica impossibilitado de se movimentar, sua pele se torna úmida, seu corpo fica exposto à outras pessoas. Há necessidade de passar por tratamentos dolorosos, como o desbridamento (cortar tecidos que se formam, às vezes, em feridas), a enxertia, injeções, curativos, etc.

O paciente chamado de “grande queimado” apresenta uma grave agressão à pele e, nos casos onde mais de um sétimo da superfície desta é destruída, o risco de morte é considerável. A função imunológica fica bloqueada levando o organismo a uma septicemia (MACIEL; SERRA, 2004).

Apesar do progresso terapêutico alcançado nos tratamentos de queimados, a evolução para a cura, além de demorada e complexa, é imprevisível, aumentando as expectativas do tempo de hospitalização.

Conseqüências são observadas em pacientes queimados, tais como: desequilíbrio de doenças preexistentes e outros problemas. O estado nutricional prévio deve ser criteriosamente investigado, pois que a desnutrição associada à queimadura demanda um grande esforço para minimizar o impacto de fatores causados pelo organismo debilitado.

O paciente queimado não tem acesso ao prazer durante um período prolongado de tempo. As atividades normais como sorrir, tossir, assoar o nariz ou se coçar são dolorosas, sentidas diferentemente por cada paciente, dependendo da sua tolerância à dor e da habilidade em conviver com situações angustiantes (WEST; CHUCK, 1978).

Do ponto de vista psicossocial, o paciente queimado se vê condicionado pela exigência da beleza física de fora e pela sua própria exigência interna, inconformado com a cicatriz na sua pele interferindo em sua auto-imagem e, deste modo, pode-se imaginar o que uma pessoa queimada espera encontrar na retomada de suas atividades cotidianas. (FIRMINO, 1997).

É difícil para o ser humano aceitar o diferente e, principalmente, aceitar-se como diferente e o paciente queimado se sente diferente. Seu corpo agora lhe parece estranho. Pode ter a marca incômoda no próprio rosto e isto irá significar ainda mais rejeição. Além disso, a dor do seu próprio tratamento, o distanciamento familiar, o tornam um indivíduo irritadiço e resistente a todos.

Pode-se observar a dinâmica que permeia a intervenção à saúde, composta por elementos subjetivos relacionados à vida psíquica, social e cultural

do indivíduo que adoece, evidenciando a natureza das suas relações estabelecidas no contexto hospitalar (VASCONCELLOS, 2000).

Gomes, I. (2000) comentou que há muito ainda a ser explorado, discutido e realizado para que o exercício da cidadania do paciente hospitalizado e o respeito a seus direitos possam ser aprendidos e incorporados à vida cotidiana dos profissionais da saúde. Para ele, o paciente que se vê como cidadão hospitalizado, percebe-se com boa QV.

Poucas são as doenças que trazem seqüelas tão importantes como uma queimadura grave. Mesmo com a sobrevivência física e a ocorrência de reepitelização (nascimento de nova pele), as cicatrizes, contraturas e distorção da própria imagem culminam, com freqüência, em problemas de adaptação à nova realidade.

Quando da internação em um Centro de Tratamento de Queimados, verifica-se uma atenção inteiramente voltada ao corpo e às suas potencialidades de recuperação. Neste momento, costuma-se atribuir pouca atenção aos aspectos emocionais e, ainda que as preocupações possam abranger aspectos da saúde mental, toda a preocupação, do indivíduo, dos profissionais e das famílias, se concentra na recuperação corpórea (BAUDRILLARD, 1991).

A necessidade de observar o próprio corpo, muitas vezes antes negligenciado, passa então pela tarefa de integrar o corpo e a mente. Descobrir seu próprio corpo, muitas vezes mutilado, pela via da sensibilização e conscientização; aprender a conviver com esta nova realidade, é tarefa dolorosa que se atribui, neste primeiro momento, quase que inteiramente ao paciente (ANZIEU, 1989).

Assis (2004) referiu que, durante a hospitalização, o conhecimento da interface entre o físico e o mental, através de mensuração de forma subjetiva, fornece subsídios que permitem contribuir para intervenções terapêuticas mais adequadas, tanto as físicas quanto as psicológicas. Para essa autora, neste contexto, destacam-se aqueles indivíduos submetidos a condições de sofrimento agudo ou crônico.

Sobretudo, a longa hospitalização leva o indivíduo a dispor de mais tempo para refletir sobre a própria existência e este assunto assume uma prioridade que antes não possuía. Neste momento de recuperação física e emocional, ele parece querer assumir também um compromisso de recuperação de suas carências sociais, culturais e afetivas. Passa a se pensar como um novo ser, que necessita rever todo o escopo de sua vida anterior ao acidente.

Sampaio, Palma, Nascimento, Saito, Lourenço e Battistella (2001) sugerem que todo o processo de reabilitação objetiva contribuir para a melhora da auto-imagem, auto-estima e auto confiança, para que haja inclusão social. Sobre essas considerações, os benefícios orgânicos, sociais, psicológicos, emocionais, econômicos e culturais que a atividade física proporciona dentro do processo de reabilitação favorece o aspecto social e melhora a QV.

Segundo Rossel (1969), existe um paralelismo entre o desenvolvimento das funções motoras e das funções psíquicas, deste modo, o trabalho dentro do Centro de Tratamento de Queimados requer que se leve o paciente a estar em constante contato com a sua realidade física e a manter-se em permanente vigília quanto às suas capacidades corpóreas.

Segundo Leal Júnior, Pinto, Cortez e Fagundes (2003), independente dos estudos realizados em indivíduos saudáveis ou acometidos por patologias, parece haver um consenso na literatura de que os exercícios físicos relacionam-se a um estilo de vida saudável e a um aumento da capacidade funcional, contribuindo para melhor QV.

Para Néri (2001), a capacidade funcional é o manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma.

A atividade ajuda o paciente a manter-se lúcido para perceber o que acontece, reaprendendo e redimensionando suas capacidades no nível mental e emocional. Nestes momentos, o que se procura é que emerge do movimento corporal uma intenção, um desejo, uma emoção que leve o conjunto do ser, mente e corpo, à ação positiva de equilíbrio.

Carvalho (2002) concluiu, em sua pesquisa, que existe uma nítida perda de QV nos doentes crônicos e que o exercício físico atua melhorando a QV em várias de suas dimensões e não somente nos aspectos físicos.

Entretanto, a recuperação física depende mais do que simplesmente da correta assepsia ou do adequado tratamento químico. Ela depende também, e parece que cada vez mais, da correta abordagem feita quanto aos impactos emocionais sofridos (MEDINA, 1984).

O tratamento do trauma agudo, a correção das deformidades, seqüelas e a reabilitação são circunstâncias médicas que exigem conhecimento técnico especializado e dedicação pessoal de grande intensidade. A visão multidisciplinar de cirurgiões gerais, cirurgiões plásticos, dermatologistas, clínicos, intensivistas, pediatras, anestesiologistas, hematologistas, entre outros profissionais especialistas, proporciona abordagem adequada, tendo em vista que o êxito do tratamento da queimadura demanda conhecimento das mais variadas especialidades (MACIEL; SERRA, 2004).

Neste sentido, é necessário que, ao ser internado, o paciente queimado seja considerado em sua totalidade, utilizando-se para tal todos os recursos que permitam avaliar o impacto que os agentes estressores exercem, a cada momento do processo, no indivíduo.

Amorim (2000) abordou um novo paradigma homeopático, corroborando para a visão da construção do sujeito. Os resultados não estavam voltados especificamente para uma determinada patologia, e sim para o equilíbrio do sujeito como um todo. Essa condição específica validou sua pesquisa para a observação de QV dos indivíduos em questão.

O funcionamento psíquico do indivíduo se baseia numa interação entre os aspectos biológicos, psicológicos e os contextos sociais onde se inserem e, neste tipo de paciente, envolvido em um acidente que o compromete de forma brusca e irreversível, modificando geralmente a visão que tem de seu próprio corpo, é necessário que os aspectos emocionais que levam a somatização dos problemas

enfrentados sejam controlados para que se possa alcançar o sucesso no tratamento.

Fleck *et al.* (2002) observaram que os resultados de suas pesquisas reforçaram a afirmativa de que a sintomatologia depressiva tem uma alta associação com o pior funcionamento social, comprometendo a QV.

Roberts e Pruitt (1980), que o paciente queimado precisa de todo apoio para se controlar diante de situações de ansiedade. O controle da dor, o suporte nutricional e o suporte emocional são necessários para uma boa percepção de QV durante todo o curso da hospitalização. O paciente queimado passa necessariamente por um longo período de hospitalização, devendo ter da equipe multiprofissional que o atende o suporte adequado.

Os médicos, enfermeiros, auxiliares, técnicos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, pedagogos, copeiros e encarregados de limpeza, todos, enfim, passam a influenciar o comportamento do paciente, direta ou indiretamente, em sua QV.

Firmino (1997) refere que cada membro da equipe de atendimento também experimenta sentimentos particulares para com os pacientes queimados e a tendência natural é que se sintam a vontade de substituir a “pele biológica” do queimado, protegendo-o do mundo exterior. Em uma equipe eficiente de atendimento a queimados, verifica-se geralmente um envolvimento emocional de maior monta entre o profissional e o paciente.

As atitudes interdisciplinares assumidas pelos membros da equipe cercam o paciente de cuidados, de alimentação adequada, de palavras e comportamentos que amenizam o sofrimento. Todos procuram sair do seu “eu-profissional”, técnico, isento, humanizando-se no contexto da necessidade de oferecer melhor QV ao paciente (FIRMINO, 1977).

O paciente, por sua vez, parece estar em estado de rigidez corporal e emocional, em estado de torpor, e a atitude da equipe deve ter a intenção de despertá-lo, trazê-lo de volta à realidade.

Muitas vezes, o hospital passa, aos poucos, a se tornar não só o lugar onde se cura, mas também onde se morre. O “grande queimado” que muitas vezes lutou pela sobrevida durante meses começa a perceber a falência de seus órgãos.

Eizirik, Polanczyk e Eizirik (2001, p. 197) comentaram então que

> Devemos nos opor ao silêncio que cerca o paciente terminal; torna-se necessário vencer nossa própria resistência a penetrar em seu mundo de dor, angústia e solidão, para podermos ajudá-lo na travessia dessa etapa final.

O paciente deve aprender a lidar com a doença e suas limitações, o que requer formas de suporte social e psicológico (FRANÇOSO; VALLE, 1999).

Trabalhar com o paciente em sua totalidade física e emocional é um procedimento necessário e desenvolvido para se estar como um ser total no trabalho. Por estes motivos, os atendimentos em Centros de Tratamento de Queimados tem incluído nos últimos anos o acompanhamento psicológico dos pacientes, em graus de observação maiores do que os de outros casos de internação (GOMES; SERRA; PELLON, 1995).

Seitz (2000) verificou a aceitação da biblioterapia por pacientes hospitalizados, como possibilidade de uma terapia auxiliar. Em sua mostra, a autora constatou que os pacientes internados aceitam a leitura como atividade de lazer, fonte de informação no processo de socialização.

A reunião das equipes de atendimento vai além da multidisciplinaridade resultante, ela se torna parte integrante da terapia quando consegue priorizar os aspectos do bem-estar do paciente internado, estabelecendo um padrão adequado de QV na hospitalização.

A importância da busca da melhor QV do paciente é ressaltada neste tipo de atendimento como pressuposto terapêutico tão indispensável quanto o tratamento químico, a suplementação nutricional ou o atendimento em fisioterapia.

# 2 OBJETIVOS

## 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a Qualidade de Vida dos pacientes internados em um Centro de Tratamento de Queimados.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar quais os domínios estão mais prejudicados na população estudada.

Verificar quais os domínios estão mais preservados na população estudada.

# 3 A PESQUISA

## 3.1 O HOSPITAL

A pesquisa foi desenvolvida, com a aprovação do Comitê de Ética, entre os pacientes internados em uma Unidade de Tratamento de Queimados. O hospital se mantém com verbas federais do Sistema Único de Saúde (SUS), além de contribuições oriundas de programas de saúde dos governos estaduais e municipais, além de doações particulares.

O hospital conta com a atuação de um extenso quadro de profissionais contratados, nas mais diversas áreas de atendimento médico, sendo considerado centro de referência nacional em algumas especialidades importantes, como a de transplantes renais e de córneas, além de manter convênios com as Universidades locais para atendimento de estágios profissionais na área de Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e para os acadêmicos de medicina. Anualmente o hospital realiza concursos para a área de Residência Médica em várias especialidades. O hospital conta ainda com uma Escola Técnica de Enfermagem, cujos alunos praticam no dia-a-dia, junto aos pacientes.

## 3.2 O CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS

Durante o período da pesquisa, a unidade disponibilizava 15 leitos e cinco berços para atendimento de pacientes queimados, organizados em enfermarias distintas e atendidas por uma equipe exclusiva, com o eventual apoio de especialistas de outras áreas.

A equipe estava constituída de seis cirurgiões plásticos, uma enfermeira, 18 auxiliares de enfermagem em três turnos, dois fisioterapeutas, um nutricionista, um assistente social, uma pedagoga, um terapeuta ocupacional, dois psicólogos, duas copeiras e duas faxineiras, todos profissionais exclusivos para o atendimento dos pacientes queimados. Quando necessário, outros especialistas do Hospital são requisitados pelos médicos ou pela enfermeira do Setor.

## 3.3 METODOLOGIA

### 3.3.1 Participantes

Foram entrevistados os 15 pacientes internados na Unidade de Queimados durante o primeiro semestre de 2004, conforme estabelecido no cronograma do projeto de pesquisa. O número de entrevistas representa a totalidade dos pacientes internados no período.

Foram estabelecidos como critérios para a escolha da população a ser pesquisada: o fato do paciente poder responder as questões formuladas; e a sua concordância com a pesquisa.

### 3.3.2 Instrumentos de pesquisa

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram o “Questionário de caracterização sócio-demográfica” (APÊNDICE B) e o “Questionário SF-36 (The Medical Outcomes Study-36-item Short-Form Health Survey)”.

A aplicação do questionário de caracterização sócio-demográfica teve por objetivo verificar os fatores que favorecem e/ou interferem na QV dos pacientes pesquisados, por meio da inter-relação entre estas características e os oito domínios do SF-36. O questionário sócio-demográfico é um instrumento que coleta informações sobre dados biográficos e de identificação, tais como: sexo, idade, escolaridade, além das informações sociais que podem estar associadas à

QV, tais como: estado civil, profissão, renda, número de filhos, religião, tempo de internação, tipo de queimadura, motivo da queimadura e prognóstico médico sobre a recuperação.

Questionário SF-36, este foi derivado inicialmente de um questionário de avaliação de saúde formado por 149 itens, desenvolvido e testado em mais de 22.000 pacientes, como parte de um estudo de avaliação de saúde (The Medical Outcomes Study-MOS) (WARE, GANDEK; THE IQOLA PROJECT GROUP, 1994).

A criação do SF-36 foi baseada em uma revisão do questionário original de 149 itens e de diversos outros instrumentos já existentes na literatura nos últimos 20 anos, que avaliaram alterações e limitações de várias dimensões.

Procurava-se então a montagem de instrumento que fosse ao mesmo tempo abrangente nas várias áreas a serem pesquisadas e contivessem um mínimo de itens, no intuito de facilitar sua aplicação. Alguns dos conceitos foram seriamente considerados mas não escolhidos na montagem final do instrumento, como a função sexual e a adequação ao sono (WARE, GANDEK; THE IQOLA PROJECT GROUP, 1994).

Um questionário pode ser encurtado pela exclusão de alguns itens, fazendo-se necessário entretanto a manutenção de um padrão mínimo de representação tanto dos aspectos físicos como de saúde mental e das múltiplas manifestações de funções de bem-estar de cada conceito. Outro fator importante é o da inclusão da percepção de saúde do próprio indivíduo. (WARE, GANDEK; THE IQOLA PROJECT GROUP, 1994).

O Questionário SF-36 é então um instrumento criado com a finalidade de ser um questionário de pesquisa genérico para avaliação de saúde, de fácil administração e compreensão.

Devido às características do instrumento e ao crescente interesse em sua aplicação, em 1991, um projeto de tradução e validação internacional do mesmo, objetivando sua utilização em um amplo espectro de ensaios clínicos

internacionais e multicêntricos, em países e culturas diferenciados (WARE JR, 1993).

O projeto, denominado International Quality of Life Assessment Project (IQOLA) conta com a participação de diversos pesquisadores em QV e é responsável pela coordenação da tradução e validação do instrumento para inúmeros países. Oficialmente, 14 países já estão participando do Projeto (Austrália, Bélgica, Canadá, Dinamarca, França, Finlândia, Espanha, Suécia, Reino Unido e Argentina). (WARE JR, 1993).

O instrumento também está sendo traduzido e validado em aproximadamente outros 20 países, tendo sido publicadas as versões para os idiomas: espanhol, alemão, francês, sueco e inglês. No Brasil, em 1997, o instrumento foi validado em um estudo de Ciconelli (CICONELLI, 1997).

A escolha do instrumento fundamentou-se na sua disponibilidade para o nosso idioma, além do fato de ser adequado para o objetivo e de já ter sido utilizado em outras pesquisas e estudos similares.

Conforme Ciconelli (1997), por ser um questionário genérico, seus conceitos não são específicos para uma faixa etária, doença ou grupo de tratamento, permitindo portanto a comparação entre diferentes patologias ou entre diferentes terapias.

O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens de pesquisa, englobados em 8 domínios, dentro de dois componentes, a saber:

**Domínios do componente físico:**

a) capacidade funcional: avalia as limitações relativas à capacidade física;

b) aspectos físicos: avalia as limitações quanto à capacidade de trabalho e atividades cotidianas.

Esta escala, segundo Ciconelli (1997), avalia tanto a presença quanto a

extensão das limitações relacionadas à capacidade física, com três níveis de resposta (muita limitação, pouca limitação ou nenhuma limitação). São abordadas as limitações no tipo e quantidade de trabalho e o quanto as limitações dificultam a realização das atividades da vida diária do paciente;

c) dor: avalia a presença e intensidade da dor e as limitações que ela impõe nas atividades;

d) estado geral de saúde: avalia o que o paciente sente em relação aos aspectos gerais de sua saúde;

**Domínios do componente mental:**

a) saúde mental: avalia o nível de ansiedade, depressão, alterações emocionais e bem-estar psicológico;

b) aspectos emocionais: avalia o impacto de aspectos psicológicos no bem-estar do indivíduo;

c) aspectos sociais: avalia aspectos da socialização do indivíduo;

d) vitalidade: avalia os aspectos de energia e fadiga.

Assim, os 36 itens de pesquisa se aplicam então, a:

a) 10 itens referentes a capacidade funcional;

b) 4 itens referentes a aspectos físicos;

c) 2 itens referentes a dor;

d) 5 itens referentes ao estado geral de saúde;

e) 4 itens referentes a vitalidade;

f) 2 itens referentes a aspectos sociais;

g) 3 itens referentes a aspectos emocionais;

h) 5 itens referentes a saúde mental;

i) 1 item referente a comparação entre a saúde atual e a anterior (1 ano atrás).

Como se pode verificar, o SF-36 possui um item de avaliação que, embora não seja usado para pontuar nenhuma das dimensões anteriores, é importante para o conhecimento da doença do paciente (CICONELLI, 1997).

O instrumento procura avaliar tanto os aspectos negativos da saúde (doença, enfermidade) quanto os aspectos positivos (bem estar, vigor).

Para a avaliação dos resultados, após a sua aplicação, é fornecido um escore para cada questão, que posteriormente é transformado numa escala de 0 a 100, onde zero corresponde ao Pior Estado de saúde e 100 ao Melhor Estado de saúde ou bem estar, sendo cada dimensão avaliada em separado.

Conforme Ciconelli (1997), propositadamente, não existe um único valor resultante que resuma toda a avaliação, traduzindo-se num estado geral de melhor ou pior saúde. Isto acontece justamente para que, numa eventual média de valores obtidos, evite-se o erro de não serem identificados os verdadeiros problemas relacionados à saúde do paciente ou mesmo de subestimá-los. Cada um dos itens é então avaliado em seu escore específico e este fato, por si só, garante a atenção para os aspectos positivos e negativos do item avaliado.

Como pode ser observado na escolha do instrumento desta pesquisa, o método empregado foi o de avaliação qualitativa dos escores quantitativos encontrados nas respostas a cada item. O instrumento é adequado a este tipo de utilização, onde a reflexão sobre os aspectos emocionais apresentados pelas respostas de cada paciente podem ser avaliados de *per si*.

### 3.3.3 Procedimento

A pesquisa contou com alguns passos, conforme descritos a seguir:

a) obteve-se, junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB, a Autorização para Pesquisa com Seres Humanos, conforme estabelecido pela Resolução n. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e de acordo com o artigo 30 do Código de Ética da Psicologia, Resolução n. 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP);

b) obteve-se, a seguir, a Autorização de Pesquisa, por parte da direção do Hospital, de acordo com a legislação em vigor;

c) foram incluídos na previsão de entrevistas todos os 15 pacientes internados, levando-se em conta o fato desta ser a capacidade do Centro de Tratamento de Queimados onde era factível a realização da pesquisa;

d) antes de cada entrevista, o paciente foi informado dos objetivos e do sigilo da pesquisa e assinava, quando concordava, uma Declaração de Consentimento Informado (APÊNDICE A);

e) o paciente recebeu o Questionário Sócio-demográfico para o devido preenchimento;

f) o procedimento feito com o Questionário SF-36 foi realizado também de forma orientada e individual, tendo a pesquisadora acompanhado o paciente sempre que este solicitava.

Ambos os questionários foram aplicados em uma única entrevista de aproximadamente 30 minutos de duração.

A forma de aplicação do SF-36, através de entrevistas, segue a recomendação expressa por Ciconelli (1997), quando ressaltou o fato de que a população dos pacientes entrevistados na validação do instrumento possuía baixo nível socioeconômico e cultural, embora fossem quase majoritariamente

alfabetizados, sendo esta forma de entrevista a mais viável de se conseguir exatidão de resultados.

### 3.3.4 Método estatístico

Os questionários foram aplicados à população dos 15 pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados.

Foram consideradas as variáveis: sexo, idade, escolaridade, renda, grau de queimadura, dor, estado de saúde e variáveis relacionadas à capacidade funcional, aspectos físicos, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Os resultados obtidos nos questionários SF-36 foram então transformados em escores de 0 a 100, conforme instruído por Ciconelli (1997), sendo utilizado a escala tipo Likert.

Com o objetivo de organizar e descrever as informações oriundas da pesquisa, foram elaborados então gráfico e tabelas em função das variáveis envolvidas.

Os dados computados foram submetidos a um tratamento estatístico descritivo-analítico. Para os estudos estatísticos foi utilizado o teste Bootstrap (teste de permutação), com estatística de teste a média. Esse teste trabalhou com a pontuação que cada paciente obteve em relação a cada domínio concernente aos vários aspectos de QV do instrumento SF-36 e a relação dos itens do Questionário Sócio-demográfico com alguns desses domínios, ou seja, principalmente os mais afetados. O teste apontou para o fato de que foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre todos os valores médios apresentados, situando-se os valores de p em menor ou igual a 0,05 no cruzamento de domínio a domínio dos instrumentos, portanto ao nível de significância de 5%. A aplicação e o processamento estatístico dos questionários resultou nos quadros que se seguem.

# 4 RESULTADOS

A tabulação de dados, conforme demonstrada no Apêndice C, foi feita após a obtenção dos escores de cada domínio, seguindo as orientações contidas no "The SF-36: Health Survey Manual and Interpretation Guide" (WARE JR, 1993) e com as informações contidas nos dois questionários aplicados, o Questionário Sócio-demográfico e o Questionário SF-36.

## 4.1 RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Os questionários da pesquisa foram aplicados em uma população de 15 pacientes internados, vítimas de acidentes com queimaduras, sendo 11 do sexo masculino e 4 do sexo feminino.

**TABELA 1 -** Distribuição dos entrevistados quanto ao sexo

| **Sexo** | $f_i$ | $fr_i$ |
|---|---|---|
| Masculino | 11 | 73,3 |
| Feminino | 4 | 26,7 |
| **Total** | **15** | **100,0** |

O Questionário Sócio-demográfico demonstrou, conforme a Tabela 1, as freqüências relativa e absoluta do sexo dos entrevistados. Nota-se que a grande maioria dos 15 pacientes internados por queimadura eram do sexo masculino (73,3%). Entretanto, o sexo do entrevistado não é apresentado por si só, em nenhum dos trabalhos pesquisados, como fator de maior ou menor índice de acidentes de queimaduras.

**TABELA 2 -** Estatística descritiva das idades dos pacientes em função do sexo

| Sexo | Idade dos pacientes (em anos) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Média** | **Desvio padrão** | **Mediana** | **Mínimo** | **Máximo** |
| Masculino | 34,7 | 15,5 | 30,0 | 23 | 78 |
| Feminino | 39,3 | 10,7 | 40,5 | 25 | 51 |
| **Total** | **35,9** | **14,1** | **32,0** | **23** | **78** |

A estatística descritiva das idades dos pacientes em função do sexo, apresentada na Tabela 2, mostrou que os 15 pacientes apresentaram idade média de 35,9 anos e desvio padrão 14,1 anos. A menor idade foi de 23 anos e a máxima de 78 anos. A idade mediana era igual a 32 anos, isto é, cerca de 50% dos pacientes tinham idade igual ou inferior a 32 anos. Excluindo-se o paciente com idade máxima de 78 anos notou-se que os demais pacientes tinham idade igual ou inferior a 51 anos.

**TABELA 3 -** Estatística descritiva da renda (R$) dos pacientes

| Valor n | Renda (R$) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Média** | **Desvio padrão** | **Mediana** | **Mínimo** | **Máximo** |
| 15 | 452,00 | 549,00 | 350,00 | 0,00 | 2.200,00 |

Como mostra a Tabela 3, a renda declarada pelos 15 pacientes tinha uma média de R$ 452,00 e o desvio padrão situava-se em R$ 549,00. A renda mediana era igual a R$ 350,00, sendo que quatro pacientes (26,7%), pelo teste de permutação, não tinham nenhuma renda. A renda média encontrada, bem como a mediana, estavam abaixo de dois salários mínimos da época (R$ 480,00) e situavam este Centro de Tratamento de Queimados entre aqueles de atendimento filantrópico que servem às camadas mais necessitadas da população, situadas entre as de baixo nível sócio-econômico, geralmente moradoras de zona rural e de pouca escolaridade.

**TABELA 4 -** Distribuição dos pacientes quanto ao nível de escolaridade

| **Escolaridade** | $f_i$ | $fr_i$ |
|---|---|---|
| 1º Grau | 13 | 86,4 |
| 2º Grau | 1 | 6,7 |
| 3º Grau | 1 | 6,7 |
| **Total** | **15** | **100,0** |

Dos 15 pacientes 13 (86,4%) declararam ter estudado no máximo até o primeiro grau. Apenas 1 (6,7%) paciente concluiu o segundo grau e o mesmo em relação ao nível superior (TABELA 4).

**TABELA 5 -** Distribuição dos pacientes quanto a causa da queimadura

| **Causa** | $f_i$ | $fr_i$ |
|---|---|---|
| Eletricidade | 4 | 26,6 |
| Óleo de fritura | 2 | 13,3 |
| Gasolina | 2 | 13,3 |
| Álcool, óleo diesel e água quente | 3 | 19,8 |
| “Jogaram” álcool (tentativa de homicídio) | 1 | 6,6 |
| Ateou fogo ao corpo (tentativa de suicídio) | 3 | 19,8 |
| **Total** | **15** | **100,0** |

Observa-se na Tabela 5 que as principais causas de queimaduras apontadas foram “acidentes com eletricidade” (26,6%), “acidentes com óleo diesel ou água quente” (19,8%) e as “tentativas de suicídio com fogo” (19,8%).

No que se refere ao valor médio no domínio Dor, pelo teste de permutação, para o grupo “Ateou fogo ao corpo” (tentativa de suicídio) (18,6) é menor do que o valor médio no grupo dos demais pacientes (27,6). Ainda nesse mesmo grupo, pelo teste de Permutação, não foi possível observar diferença nos domínios, exceto no domínio Dor (p-valor 0,0416).

**TABELA 6 -** Distribuição dos pacientes quanto ao grau de queimadura

| **Grau de queimadura** | $f_i$ | $fr_i$ |
|---|---|---|
| 2º grau | 2 | 13,3 |
| 1º e 2º grau | 9 | 60,0 |
| 3º grau | 1 | 6,7 |
| 2º e 3º grau | 3 | 20,0 |
| **Total** | **15** | **100,0** |

Pode-se observar na Tabela 6 que a maioria dos pacientes apresentaram mais de um grau de queimadura. O grau de queimadura mais comum foi a queimadura de 2º grau (13,3%) e 1º e 2º graus (60%). Já a queimadura de 3º grau ocorreu em 6,7% dos pacientes e 20% nos pacientes de sofreram queimaduras do 2º e 3º graus.

**TABELA 7 -** Distribuição dos pacientes quanto aos prognósticos médicos de recuperação

| **Prognóstico** | $f_i$ | $fr_i$ |
|---|---|---|
| Boa recuperação | 9 | 60,0 |
| Boa mas demorada | 3 | 20,0 |
| Ótima recuperação | 1 | 6,6 |
| Alta com tratamento ambulatório | 1 | 6,6 |
| Alta ainda demorada | 1 | 6,6 |
| **Total** | **15** | **100,0** |

Os prognósticos médicos apresentados na Tabela 7 foram informados pelos próprios pacientes e demonstravam a confiança de recuperação da maioria dos mesmos, influindo na evolução satisfatória da enfermidade. Esse grupo majoritário incluiu os pacientes que se diziam com boa recuperação (60%), ótima recuperação (6,6%) e o paciente que já estava com a alta prevista para tratamento ambulatorial (6,6%). Somente 20,0% acreditavam em boa mas demorada alta e para 6,6% a alta ainda seria mais demorada.

**TABELA 8 -** Distribuição dos pacientes quanto ao estado civil

| **Prognóstico** | $f_i$ | $fr_i$ |
|---|---|---|
| Casado | 8 | 53,3 |
| Solteiro | 4 | 26,7 |
| Divorciado | - | - |
| Amasiado | 2 | 13,3 |
| Separado | 1 | 6,7 |
| **Total** | **15** | **100,0** |

Observa-se na Tabela 8 que a maioria dos pacientes (66%) convivem com alguém (53,3% casados e 13,3% amasiados) e somente 32,6% são solteiros ou separados (26,7% solteiros e 6,7% separados). Os resultados apresentados, entretanto, demonstraram não haver relação entre o Estado Civil e QV dos pacientes internados.

Apesar de parecer importante a dimensão espiritual na vida dos pacientes, quanto a religião, independente de professar ou não, de freqüentar ou não, não se observaram resultados que interferissem positivamente no que se refere a QV dos mesmos.

## 4.2 RESULTADOS DE CRUZAMENTOS DE INFORMAÇÕES DO QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO COM O SF-36

Serão apresentados a seguir, os resultados encontrados nas análises estatísticas efetuadas, segundo os escores dos domínios do Questionário SF-36, cruzados, quando necessário, com as informações do Questionário Sócio-demográfico.

Os pacientes pesquisados foram divididos em dois grupos: o primeiro com os pacientes internados por mais de 14 dias e o segundo grupo com os pacientes internados por 14 dias ou menos.

**TABELA 9 -** Tempo de internação x domínios

| **Domínios** | **p-valor** |
|---|---|
| Capacidade Funcional (CF) | **0,1468** |
| Aspecto Físico (AF) | 0,0171 |
| Dor | 0,0788 |
| Estado Geral de Saúde (EGS) | **0,0171** |
| Vitalidade | **0,0188** |
| Aspectos Social (AS) | 0,2251 |
| Aspecto Emocional (AE) | **0,0178** |
| Saúde Mental (SM) | 0,4116 |

Comparando-se os domínios de cada um dos grupos, pelo teste de permutação, obteve-se os valores de p demonstrados na Tabela 9, sendo, portanto, observadas diferenças significativas nos Domínios do Aspecto Físico (AF) (p = 0,0171); Estado Geral de Saúde (EGS) (p = 0,0171); Vitalidade (V) (p = 0,0188), Aspecto Emocional (AE) (p = 0,0178).

**TABELA 10 -** Média por tempo de internação

| **Domínio** | **Grupo I < 14 dias** | **Grupo II > 14 dias** |
|---|---|---|
| Aspecto Físico (AF) | 17,85 | - |
| Estado Geral de Saúde (EGS) | 85,00 | 67,00 |
| Aspecto Emocional (AE) | 38,00 | 12,00 |
| **Vitalidade (V)** | **65,00** | **74,00** |

No teste de permutação realizado entre os dois grupos (> de 14 dias de internação e < de 14 dias de internação), foram encontradas as médias demonstradas na Tabela 10, para os domínios Aspecto Físico (AF), Estado Geral de Saúde (EGS) e Aspecto Emocional (AE), para cada Grupo de tempo de internação, observou-se que quanto menor o tempo de internação, melhor é o indicador de QV do paciente.

Com relação ao domínio Vitalidade (V) existe uma diferença significativa entre os valores médios dos dois grupos de tempo de internação. No entanto, pode-se observar que os indicadores apresentaram-se invertidos em relação aos demais domínios, ou seja, quanto maior o tempo de internação, melhor a qualidade de vida no domínio Vitalidade.

A comparação entre as médias da Tabela 10, reforça a idéia de que, apesar de adquirir, ao longo do tempo de internação, melhor percepção de sua Vitalidade e apesar dos esforços da equipe multidisciplinar, o ambiente hospitalar age de forma a deteriorar a percepção do indivíduo em relação à sua QV, nos domínios Aspecto Físico, Aspecto Emocional e Estado Geral de Saúde.

## 4.3 RESULTADOS DAS COMPARAÇÕES ENTRE OS DOMÍNIOS DO SF-36

O Gráfico 1 apresenta um estudo dos valores médios de todos os domínios, com o objetivo de verificar quais os domínios mais comprometidos e os mais preservados, durante a hospitalização dos pacientes pesquisados.

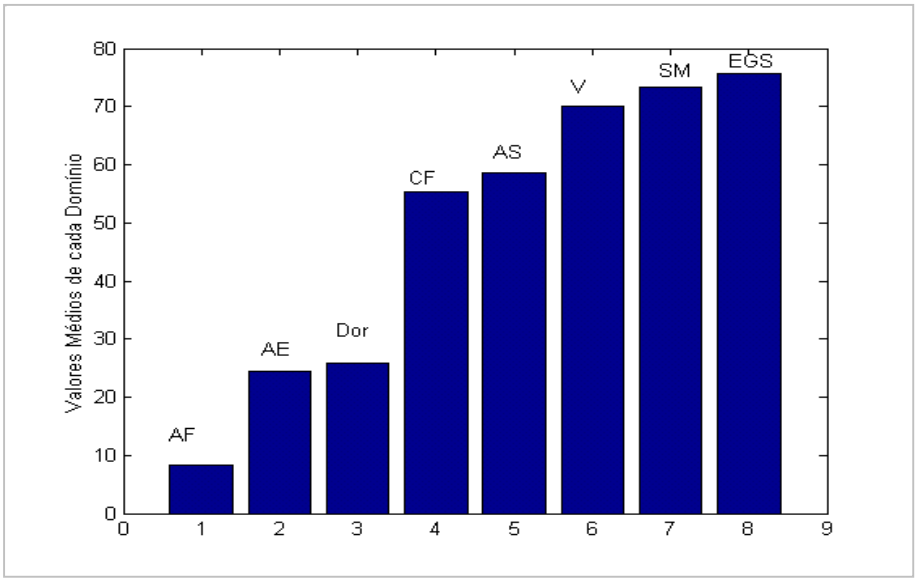


**GRÁFICO 1 -** Valores médio de cada domínio.

Para verificar quais valores médios do Gráfico 1 são estatisticamente diferentes, foi realizada a comparação entre os domínios pelo teste de permutação. Os valores de p encontrados são mostrados na Tabela 11.

**TABELA 11 -** Cruzamento de domínio a domínio

| **Domínios** | **AF** | **DOR** | **EGS** | **V** | **AS** | **AE** | **SM** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Capacidade Funcional (CF) | 0,0098 | 0,0098 | 0,0106 | 0,0103 | 0,0148 | 0,0101 | 0,0106 |
| Aspecto Físico (AF) | 0 | 0,0100 | 0.0098 | 0,0098 | 0,0098 | 0,0106 | 0,0098 |
| Dor | 0 | 0 | 0,0098 | 0,0098 | 0,0098 | 0,0153 | 0,0098 |
| Estado Geral Saúde (EGS) | 0 | 0 | 0 | 0,0125 | 0,0153 | 0,0098 | 0,0173 |
| Vitalidade (VIT) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.0118 | 0,0098 | 0,0146 |
| Aspecto Social (AS) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0098 | 0.0103 |
| Aspecto Emocional (AE) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0098 |

Note-se que todos os valores de p demonstrados estão abaixo de 0,05. Portanto, ao nível de significância de 5%, observou-se diferenças estatisticamente significativas entre todos os valores médios apresentados no Gráfico 1.

## 4.4 RESULTADOS DAS COMPARAÇÕES DOS DOMÍNIOS ENTRE OS SEXOS

Foram verificadas diferenças significativas ($p < 5\%$) na comparação dos domínios entre os sexos dos pacientes internados. Essas diferenças serão melhor abordadas na discussão.

**TABELA 12 -** Comparação de domínios entre os sexos

| Domínios | p-valor |
|---|---|
| Capacidade Funcional (CF) | **0,0251** |
| Aspecto Físico (AF) | 0,1908 |
| Dor | **0,0346** |
| Estado Geral de Saúde (EGS) | 0,1566 |
| Vitalidade | 0,1296 |
| Aspectos Social (AS) | **0,0163** |
| Aspecto Emocional (AE) | 0,4121 |
| Saúde Mental (SM) | 0,0513 |

Comparando cada domínio entre os sexos, obteve-se os valores de p demonstrados conforme a Tabela 12. Encontraram-se então diferenças significativas nos domínios Capacidade Funcional (CF); Dor e Aspecto Social (AS).

**TABELA 13 -** Média dos domínios entre os sexos

| Domínio | Homem | Mulher |
|---|---|---|
| Capacidade Funcional (CF) | 64,09 | 31,25 |
| Dor | 28,18 | 19,25 |
| Aspecto Social (AS) | 53,45 | 72,50 |

Conforme mostra a Tabela 13, as médias obtidas pelo teste de permutação dos domínios Capacidade Funcional (CF), Dor e Aspecto Social (AS), considerando-se o sexo do paciente, possuem diferenças significativas. Os homens têm maiores médias nos domínios Capacidade Funcional e Dor, enquanto as mulheres apresentaram maior média no domínio Aspecto Social (AS).

Os resultados apresentados permitem assim uma discussão mais detalhada, conforme proposta a seguir.

# 5 DISCUSSÃO

Este estudo verificou os níveis de QV dos pacientes queimados, durante o período de hospitalização. A queimadura é considerada uma patologia de risco, tendo sido incluída na lista de doenças que apresentam um alto índice de morbidade e mortalidade.

Firmino (1997) destacou que são poucas as patologias reconhecidas como penosas, estando o paciente queimado incluído neste grupo. Foi mencionado por Maciel e Serra (2004) que a situação de um paciente considerado “grande queimado” é extremamente estressante, causando uma série de riscos à sua saúde mental. Segundo eles, muitas vezes as queimaduras ocorrem por falta de cuidado e conhecimento por parte de quem lida com ambientes e ou produtos perigosos.

Esta pesquisa avaliou os domínios de QV, segundo o Instrumento SF-36, mais comprometidos e os mais preservados durante a hospitalização, em um grupo de quinze pacientes queimados, contando entre eles com indivíduos de características bem definidas quanto às diversas variáveis estudadas.

Os indivíduos do sexo masculino se apresentaram como maioria absoluta, não se podendo, entretanto apresentar conclusões definitivas sobre estas observações, uma vez que os dados apresentados foram fruto de uma única pesquisa. Para se concluir pela presença majoritária, em termos universais, de indivíduos do sexo masculino entre pacientes queimados, será preciso recorrer a mais pesquisas e estudos sobre o assunto.

Entre os indivíduos do sexo masculino, a maioria declarou possuir boa saúde, sendo a queimadura o único transtorno em suas vidas. Estas afirmações

estão de acordo com as pesquisas de Almeida Filho (2000), quando concluiu que, para muitos, a saúde é informada como ausência de doença. Ruta *et al.* (1994) referiram-se sobre este aspecto, quando comentaram que um dos maiores desenvolvimentos no campo da saúde foi o reconhecimento, por parte dos profissionais da área, da importância do ponto de vista do paciente em relação à sua doença.

Nas observações da pesquisa, verificou-se que o fato dos pacientes viverem ou não em companhia de cônjuges, sendo casados ou amasiados não interferiu na melhoria de QV dos mesmos. As observações da pesquisa que se ligam ao Estado Civil dos pacientes não demonstraram ser conclusivas em relação à QV em nenhum dos domínios. Estes resultados provavelmente não estejam em concordância com os obtidos por Carreira, Ajamil e Moreira (2001), quando concluíram que uma boa QV para o paciente pode ser decorrente da emoção, a qual aproxima e une as pessoas, inclusive nos aspectos familiares.

A pesquisa demonstrou que a escolaridade dos entrevistados se concentra no nível do ensino fundamental e se coaduna com o Censo 2000, que apontou somente uma pequena parcela da população (16,3%) atingindo o segundo grau completo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004). Na maioria das vezes, os acidentes de queimadura ocorrem entre pessoas de baixa escolaridade, que inclusive não completaram o 1º grau.

Os dados de renda dos entrevistados parecem estar de acordo com o que Ramos (1995) mencionou em relação ao atendimento das instituições filantrópicas, que têm como regra admitir as pessoas de baixa renda, pouca escolaridade e geralmente oriundas da zona rural.

O nível socioeconômico da população pesquisada não se distancia dos dados fornecidos Censo 2000, que apontou 27,6% da população com uma renda familiar de até dois salários mínimos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004). Provavelmente, os acidentes por queimadura acontecem em maiores proporções neste tipo de população. O pequeno espaço das moradias favorece este tipo de acidente.

Quanto às informações obtidas na pesquisa sobre a causa da queimadura, foi encontrada uma diferença significativa no domínio Dor, quando comparado o grupo de pacientes que “atearam fogo ao corpo” com o grupo dos pacientes das demais causas de acidente. A ausência de resultados significativos nos demais domínios desta comparação (suicidas x não suicidas), provavelmente tem relação com o que relataram Skevington e Wright (2001), em seus estudos sobre o humor, quando concluíram que o mesmo pode sofrer influências do ambiente em determinado momento e mascarar os resultados de uma pesquisa.

Na pesquisa não se encontrou nenhuma relação entre a religião do paciente e suas práticas e a QV do paciente. Os resultados da influência da religiosidade na QV encontrados aqui parecem contrariar aqueles dos estudos de Fleck, Borges e Bolognesi (2003), que evidenciaram ser de suma importância na QV do paciente, a sua dimensão espiritual. Os resultados não conclusivos da pesquisa atual não estão em acordo também com Rivera *et al.* (1999), quando consideraram que a QV do indivíduo pode ser influenciada pela sua bagagem de crenças e valores. Os prognósticos médicos de boa recuperação parecem influenciar a QV dos pesquisados. Tal constatação está em acordo com o que relatou Nucci (2003), em pesquisas sobre as implicações psicológicas em pacientes internados, quando sugere que a auto percepção de bem ou mal estar parecem contribuir na evolução biológica da enfermidade, podendo constituir-se em co-fator terapêutico, concluindo que o papel da Psicologia parece ter contribuído para melhor QV dos pacientes hospitalizados.

Os resultados da pesquisa revelaram que a amostra pesquisada apresentou resultados significativos quanto aos domínios de QV do Instrumento SF-36. Os domínios que apresentaram menores médias foram: Aspecto Físico (AF), Aspecto Emocional (AE) e Dor. Os resultados apresentados apontaram estes domínios como os mais comprometidos durante a hospitalização. Estes resultados estão condizentes com os estudos apresentados por Schwartz, Gomes e Holland (2001), com pacientes portadores da Síndrome de Stevens-Johnson, os quais, por ficarem com a acuidade visual prejudicada, apresentaram comprometimento nos aspectos físicos, emocional e dor. Os resultados de Assis

(2004), em pesquisa com pacientes falcêmicos, parece também estar de acordo com os desta pesquisa, apresentando os domínios Aspectos Físico, Capacidade Emocional e Dor como os mais comprometidos.

Os domínios Capacidade Funcional (CF) e Aspecto Social (AS) alcançaram médias bastante próximas, ficando acima daquelas dos domínios mais comprometidos e abaixo daquelas dos domínios mais preservados. Observando-se os maiores prejuízos dos Aspectos Físico, Emocional e Dor, possivelmente eles tenham comprometido os resultados dos aspetos Funcionais e Sociais. Estes resultados se coadunam com os de Sampaio *et al.* (2001) quando evidenciou que, havendo melhora física, esta aumenta a independência das atividades funcionais, diminuindo as reações psicológicas negativas, intensificando os contatos sociais.

Os dados de Ciconelli (2003), quando avaliou pacientes com artrite reumatóide, corroboram os desta pesquisa ao constatarem que as alterações dos aspectos físicos interferiram de modo direto nas atividades da vida diária e nas atividades sociais, envolvendo aspectos emocionais importantes, afetando de algum modo a QV desses pacientes.

Nessa pesquisa, os domínios que apresentaram as maiores médias, considerados os mais preservados foram: Vitalidade (V), Saúde Mental (SM) e Estado Geral de Saúde (EGS).

Entretanto, os dados encontrados por Assis (2004), em suas pesquisas com portadores de anemia falciforme, parecem contrariar os resultados aqui obtidos, ao verificar menores escores nos componentes mentais: Vitalidade (V) e Saúde Mental (SM), e menor média obtida para o domínio Estado Geral de Saúde (EGS).

Na correlação de cada domínio entre os sexos, os indivíduos do sexo masculino apresentaram um maior comprometimento nos domínios Capacidade Funcional (CF) e Dor e as mulheres apresentaram um maior comprometimento no domínio Aspecto Social (AS). Em sua pesquisa com pacientes idosos, Barbosa (2003) parece contrariar os resultados aqui obtidos, apresentando maior

comprometimento dos homens no Aspecto Social. Em estudos feitos com a QV do paciente com hiperidrose (sudorese excessiva), Amir, Arish e Weinstein (2000) apresentam o Aspecto Social (AS) como domínio mais comprometido entre aqueles pacientes homens, concordando com as pesquisas de Barbosa (2003) e contrariando também esta pesquisa. Martinez *et al.* (2001) também contrariaram os resultados aqui apresentados, quando estudaram a QV de mulheres portadoras de fibromialgia, constatando os piores resultados em relação aos Componentes Físicos: (Capacidade Funcional-CF e Dor).

Comparando-se os domínios entre dois grupos de pacientes internados (com mais de 14 dias e com menos de 14 dias de internação), observou-se que quanto menor o tempo de internação, melhor foi o indicador de QV. Pode-se observar também que, no domínio Vitalidade (V), quanto maior o tempo de internação, melhor foi a indicação de QV do paciente. Estes dados coincidem com o que mencionou Medina (1984), referindo que com o passar do tempo, o paciente adquire domínio e segurança sobre sua hospitalização. Gomes, I. (2000) corrobora com esta pesquisa, afirmando que o paciente que se sente como cidadão hospitalizado (dono de seus direitos), percebe-se com boa QV. Segundo ele, o próprio processo de internação prolongada leva o paciente à se sentir mais disposto, com mais vitalidade. Assis (2004) parece estar de acordo com este fato ao referir que a longa hospitalização leva o indivíduo a dispor de mais tempo para refletir sobre a própria existência, ajudando-o a organizar planos e a manter a confiança na recuperação. Embora a amostra deste estudo tenha sido reduzida, em função do número de pacientes queimados, os resultados obtidos são importantes para melhor entendimento dos aspectos pisicossociais do paciente queimado.

# 6 CONCLUSÃO

A avaliação de QV dos pacientes internados em um Centro de Tratamento de Queimados, através da aplicação do Questionário Sócio-demográfico e do Inventário SF-36, identificou os domínios Aspecto Físico (AF), Aspecto Emocional (AE) e Dor, como os mais comprometidos. Por outro lado, verificou-se que os domínios Vitalidade (V), Saúde Mental (SM) e Estado Geral de Saúde (EGS) foram identificados como os mais preservados. Assim, pode-se concluir que, apesar da pequena amostra, os objetivos da pesquisa foram alcançados.

Verificou-se, ainda, através dos resultados da pesquisa, que o ambiente mais solícito no atendimento de ansiedades pessoais influencia positivamente na percepção mais otimista do paciente frente à situação, agindo como uma terapia afetiva e alternativa de grande efeito, que parece levar o paciente à melhoria de sua percepção de QV.

Acredita-se então que possa ser inferido que o trabalho atento dos profissionais de um Centro de Tratamento de Queimados, incluindo, além da eficiência técnica, a afetividade humana, seja suficiente para minimizar de algum modo a sensação de sofrimento, aumentando a percepção de boa QV pelos pacientes e contribuindo decisivamente para a eficiência e rapidez da recuperação.

O aprofundamento de estudos em QV se impõe como condição básica para entender melhor os mecanismos de recuperação que podem ser influenciados por este tipo de percepção individual, utilizando-os, no futuro, a favor do paciente.

Os pacientes queimados deste estudo ajudaram a realizar o seu tratamento e acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, proporcionando mais recursos ao gerenciamento de sua doença e, secundariamente, melhor QV para eles próprios.

Embora sejam necessárias ainda mais pesquisas para que possam ser universalizados estes resultados, eles puderam ser bem discutidos quando comparados com outros, obtidos em trabalhos anteriores sobre QV de pacientes com outras patologias e mesmo em outras situações que não a da hospitalização.

# REFERÊNCIAS


ALMEIDA FILHO, N. de. O conceito de saúde: ponto cego da Epidemiologia? **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v. 3, n. 1-3, 2000.

AMIR, M.; ARISH, A.; WEINSTEIN, Y. Impairment in quality of life among patients seeking surgery for hiperhidrosis (excessive sweating): preliminary results. **Psychiatry Relat. Sci**., v. 37, p. 25-31, 2000.

AMORIM, M. **Holismo, hoemeopatia, alquimia**: uma sincronicidade para a cura. São Paulo: Caravansarai, 2000.

ANDERS, J. C. **O transplante de medula óssea e suas repercussões na qualidade de vida das crianças e adolescentes que o vivenciaram**. 2004. 122f. Tese (Doutorado em Enfermagem Pediátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

ANZIEU, D. **O eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

ARTZ, C. P. Considerações psicológicas. In: ARTZ, C. P. *et al.* **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. cap. 1, p. 8-14.

ASSIS, R. **Qualidade de vida do doente falcêmico**. 2004. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas Campinas, 2004.

BALLESTEROS, R. F. Qualidade de vida: conceito e acesso. In: REIS, J. S. dos. (Org.). **Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social, estudos contemporâneos II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

BARBOSA, C. R. M. **Saúde, qualidade de vida e envelhecimento**: a inclusão do homem idoso em programas para a terceira idade. 2003. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

BAUDRILLARD, J. **A sociedade de consumo**. Lisboa: Edições 70, 1991.

BELL, M. J.; BOMBARDIER, C.; TUGWELL, P. Measurement of functional status, quality of life and utility in rheumatoid arthritis. **Arthritis Reum.**, v. 33, p. 591-601, 1990.

BLEY, D.; NERNAZZA-LICHT, N. La multiplicité usage du thèrme qualité de vie. **Revue Prevenir**, v. 33, p. 3-6, 1977.

BOWER, R. H. Nutrition and imune function. **Nutrition in Clinical Pratice**, v. 5, p. 189-195, 1990.

BOWLING, A.; BRASIER, J. Quality of life in social science and medicine. **Soc Sci Med**, v. 41, p. 1.337-1.338, 1995.

BRASIL. Coordenadoria de Nacional para Integração das Pessoas Portadora de Deficiência. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educacionais especiais**. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Federação dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Ensino. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)**: Lei Federal nº 9.394 de 20/12/1996. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normalização do atendimento ao paciente queimado**. Brasília, 1998.

CAMPAÑA, A. Em busca da definição de pautas atuais para delineamento de estudos sobre condições de vida e saúde. In: BONATO, R. B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 155-165.

CARDOSO, W. L. C. D. Qualidade de vida e trabalho: uma articulação possível. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série saúde mental e trabalho**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 73-94.

CARREIRA, D.; AJAMIL, M.; MOREIRA, T. (Orgs.). **A liderança feminina no século 21**: mudando o mundo. São Paulo, Cortez, 2001.

CARVALHO, R. R. **Exercício físico como estratégia para melhorar a qualidade de vida de pacientes portadores de câncer, hemofilia e anemia falciforme**. 2002. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2002.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação da saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BONATO, R. B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde, saúde movimento**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 72-90.

CASTRO, M.; CAIUBY, A. V. S.; DRAIBE, S. A.; CANZIANI, M. E. F. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise, avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Rev. Assoc. Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 32-39, 2003.

CECCIM, R.; CARVALHO, P. (Orgs.). **Criança hospitalizada**: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1997.

CEREZETTI, C. R. N. **O paciente de transplante hepático**: um estudo psicológico sobre a força resiliense do hepatopata grave. 2002. 120 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, São Paulo, 2002.

CICONELLI, R. M. **Avaliação da qualidade de vida em doenças reumáticas**. Disponível em: <http://www.eistein.br/pscologia/geral/pdf/qualidade.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2003.

_____. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida**. 1977. 120 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Federal de São Paulo (EPM), São Paulo, 1997.

CONGRO, M. M. R. A. **Mulheres na gerência**: um estado sobre a qualidade de vida das trabalhadoras em empresas no município de Dourados-MS. 2003. 194 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2003.

COSTA, C. L.; LOURENÇO, M. T. Aspectos psicológicos e qualidade de vida na avaliação de aspectos psicossociais dos sobreviventes do câncer infantil. In: KOWALSKI, L. P. *et al.* **Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia**: tumores pediátricos. 2. ed. São Paulo: Âmbito Editores, 2002. p. 285-286.

CUNHA, N. T. Complicações das queimaduras. In: GOMES, D. R.; SERRA. M. C.; PELLON, M. A. (Orgs.). **Tratamento de queimaduras**: um guia prático. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. p. 223-244.

CURI, P. R. **Metodologia e análise da pesquisa em ciências biológicas**. Botucatú-SP: Tipomic, 1997.

DIAS, N. A. **Qualidade de vida urbana em São José dos Campos**. 1998. 123 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, 1998.

EIZIRIK, C. L.; POLANCZYK, G. V.; EIZIRIK, M. A morte: última etapa do ciclo vital. In: EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS. A. M. S. (Orgs.). **O ciclo da vida humana**: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed, 2001. cap. 4. p. 191-200.

FARQUHAR, M. Elderly people´s definitions of quality of life. **Society of Medical Science**, v. 41, n. 10, p. 1.439-1.446, 1995.

FIGUEIREDO, P. M. da V. **Os efeitos do estresse e da ansiedade na qualidade de vida**. 2000. 142 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 2000.

FIRMINO, J. Contribuições da psicologia ao paciente queimado. In: GOMES, D. R.; SERRA. M. C.; PELLON, M. A. (Orgs.). **Tratamento de queimaduras**: um guia prático. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. p. 201-209.

FLECK, M. P. A. Avaliação de qualidade de vida. In: FRÁGUAS JUNIOR, R.; FIGUEIRÓ, J. A. B. (Orgs.). **Depressão em medicina interna e em outras condições médicas**: depressões secundárias. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 120-153.

_____. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p 19-28, 1999.

FLECK, M. P. A. LOUZADA, S.; XAVIER, R. M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G. O instrumento de avaliação de QV abreviado da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Breve): aplicação da versão em português. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, p. 178-183, 2002.

FLECK, M. P. A.; BORGES, Z. N.; BOLOGNESI, G. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 446-455, ago. 2003.

FONSECA, E. Aulas no hospital: em meio a médicos, remédios e injeções, professores mantém a rotina escolar da criança internada. **Revista Crescer**, v. 9, n. 106, p. 58-59, 2002.

FONSECA, E.; CECCIM, R. Atendimento pedagógico-educacional hospitalar: promoção do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança hospitalizada. **Temas sobre Desenvolvimento**, v. 7, n. 42, p. 24-36, 1999.

FRANÇOSO. L. P. C.; VALLE, E. R. M. A criança com câncer – estudo preliminar. **Pediatria Moderna**, v. 35, n. 5, p. 320-331, 1999.

GANZ, P. A. Quality of life and the patient with cancer. **Cancer**, v. 74, p. 1.445-1.452, 1994.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva imunológica. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 1, 2002.

GOMES, D. R.; SERRA, M. C. do V.; PELLON, M. A. Sobrevida de paciente com lesão térmica maciça: um enfoque terapêutico. **Revista Brasileira de Cirurgia**, v. 84, p. 176-183, 1995.

GOMES, D. R.; SERRA, M. C. do V.; TOCANTINS, R. F. Alterações metabólicas e suporte nutricional no grande queimado. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 2, p. 27-31, 1990.

GOMES, I. L. V. **Direitos do cidadão hospitalizado**: conhecimento e prática dos enfermeiros. 2000. 102 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000.

GOMES, J. A. P. Atualização no tratamento das ceratoconjuntivites. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, v. 63, p. 91-96, 2000.

HAYES, V.; MORAIS, J.; WOLFE, C.; MORGAN, M. The SF-36 health survey questonaire: is it suitable for use with older adults? **Age Ageing**, v. 24, p. 120-125, 1995.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHDY, J.; BADIA, X. Equivalence and adaptation of health-related quality of life questionaries. **Quality Life Rev.**, v. 6, n. 3, p. 237-247, Apr. 1997.

HOSPITAL ALBERT EINSTEN. **Histórico**. Disponível em: <www.einsten.br>. Acesso em: 18 dez. 2004.

HOSPITAL MUNICIPAL DO TATUAPÉ. **Serviço de Queimados do Hospital do Tatuapé em São Paulo**. Disponível em: <www.cirugiaplastica.org.br>. Acesso em: 18 dez. 2004.

HUBERT, A. De la difficulté de définir une definicion. **Revue Prevenir**, Paris, p. 15-18, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2000**. Disponível em: <http:www.ibge.gov.br/home/estatística/populacao/censo2000/educacao/tabela_brasil.shtm?c=1>. Acesso em: 18 jan. 2004.

JANOWSKI, D. S.; STERNBACH, R. S. The patient with pain. In: ABRAM, H. E. **Basic psyquiatry for the primary physician**. Boston: Little Brown, 1976. p. 159-165.

JENKINSON, C.; COULTER, A.; WRIGHT, L. Short-Form 36 (SF-36) health survey questionaire: normative data for adults of working age. **BMJ**, v. 306, p. 1.437-1.440, 1993.

JORGE, L. L.; SUGAWARA, A. T.; HSING, W. T. **Tratamento de traumatismo cranioencefálico grave e qualidade de vida**. Disponível em: <http://www.spmfr.org,br/socios/detalhe_resumo.asp?ld=41>. Acesso em: 15 dez. 2004.

LABORIT, H. **Reacion organique à l´agression et choc**. Paris: Masson, 1952.

LEAL JÚNIOR, E. C. P.; PINTO, F. M.; CORTEZ, P. J. O.; FAGUNDES, A. A. Comparação da função pulmonar entre jovens atletas e sedentários. **Rev. Fisioterapia em Movimento**, v. 16, n. 1, p. 47-50, 2003.

LEONARDI, D. F. **Avaliação histológica em queimaduras de profundidade indeterminada, como fator preditivo do tempo de cicatrização**. 2001. 135 f. Dissertação (Mestrado em Cirurgia Plástica) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

LIPP, M. N.; ROCHA, J. C. ***Stress*, hipertensão arterial e qualidade de vida**. Campinas: Papirus, 1996.

LOBATO, O. O problema da dor. In: MELLO FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 167-168.

LOWENFELD, V. **A Criança e sua arte**. São Paulo: Mestre, 1977.

MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras**. Belo Horizonte-MG: Atheneu, 2004.

MAIA, L. C.; DURANTE, A. M. G.; RAMOS, L. R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 650-656, 2004.

MARIANI, U. Sinopse histórica do tratamento em queimaduras. In: GOMES, D. R.; SERRA, M. C. do V.; PELLON, M. A. (Orgs.). **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. cap 2. p. 32-34.

MARTINEZ, J. E.; BARAUNA FILHO, I. S.; KUBOKAWA, K.; PEDREIRA, I. S.; MACHADO, L. A.; CEVASCO, G. Evaluation of the quality of life in brasilian women with fibromayalgia, through the medical outcome survey 36 item short-form study. **Disabil Rehabil**, ano 29, v. 23, n. 2, p. 64-68, 2001.

MEDINA, A. **Distúrbios de consciência**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1984.

MELZACK, R. **The puzzle of pain**. New York: Basic Books, 1973.

MICHELONE, A. P. C. **Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia**. 2002. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, 2000.

MOFFATT, A. **Terapia de crise**: teoria temporal do psiquismo. São Paulo: Cortez, 1987.

MOREIRA, M. M. S. **Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento**. 2000. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, São Paulo, 2000.

NÉRI, A. L. **Desenvolvimento e envelhecimento**: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas-SP: Papirus, 2001.

NUCCI, N. A. G. **Qualidade de vida e câncer**: um estado compreensivo. 2003. 225 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia, Universidade do Estado de São Paulo, 2003.

OLESON, M. Subjectively perceived quality of life. **Image J. Nursery School**, v. 22, n. 3, p. 187-190, 1990.

OLIVEIRA, M. F. E.; CAMÕES, C. **Fibromialgia e a síndrome da dor crônica**. Disponível em: <http://www.spmfr.org.br/socios/detalhe_resumo.asp?ld=84>. Acesso em: 15 dez. 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Genebra: WHO, 2001. p. 50-54. (Relatório sobre a saúde no mundo).

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. 120 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Geriátrica) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2000.

PEIXOTO, B. O.; BLASCOVI-ASSIS, S. M.; QUAGLIATO, E. M. A. B. Lesão medular: estudo do potencial evocado como recurso prognóstico e comparação entre o tratamento de estimulação elétrica neuromuscular e a fisioterapia convencional. **Rev. Fisioterapia Brasileira**, v. 4, n.1, p.17-23, 2003.

PITTA, A. M. F. Escala de qualidade de vida de clientes de serviços de saúde mental (Wisconsin – quality of life index). In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.; H. S. G.; ZUARDI, A. W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos, 2000. p. 387-393.

POPE-DAVIS, D. B.; LIUY, W. M.; TOPOREK, R. L.; BRITTAN-POWELL, C. S. What´s missing from multicultural competency research: review, introspection and recommendations. **Cultural Diversity and Ethnic Minority Psicology**, v. 7, n. 2, 2001.

RAMOS, W. M. **A qualidade de vida no trabalho de médicos e enfermeiros**: um estudo de caso em hospital público de Belo Horizonte. 1995. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1995.

REIS, M. G.; GLASHHAN, R. Q. Adultos hipertensos hospitalizados: perecepção de gravidade da doença e de QV. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 51-57, maio 2001.

RIBEIRO, C. da S. **A felicidade possível**. 2000. 103 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

RIVERA, A. J. D.; ROLDÁN, F. L. T.; CASANOVA, L. I. S..; BELTRAN, M. M. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. **Salud Publica de México**, v. 40, n. 6, p. 503-509, 1999.

ROBERTS, M. L.; PRUITT, B. A. Cuidados de enfermagem à criança queimada. In: ARTZ, C. P. *et al.* **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. cap. 2, p. 16-21.

ROSSEL, G. **Manual de educación psicomotriz**. 2. ed. Barcelona: Toray-Mason, 1969.

RUSSO, A. C. Considerações gerais sobre queimaduras. In: CORRÊA, A. **Clínica cirúrgica**. 4. ed. rev. e ampl. São Paulo: Sarvier, 1988. p. 30-37.

_____. **Tratamento de queimaduras**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1976.

RUTA, D.A.; GARRAT, A. M.; LENGH, M.; RUSSEL, I. T.; MacDONALD, L. M. A new approach to the measurement of quality of life, the patient generated index. **Medical Care**, v. 32, p. 1.109-1.126, 1994.

SACRAMENTO, A. Suporte metabólico em queimados. In: GOMES, D. R.; SERRA. M. C.; PELLON, M. A. (Orgs.). **Tratamento de queimaduras**: um guia prático. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. p. 154-164.

SAMPAIO, I. C. C.; PALMA, H. M.; NASCIMENTO, R. C.; SAITO, E. T.; LOURENÇO, C.; BATTISTELLA, L. R. Atividade esportiva na reabilitação. In: GREVE, J. M. D.; CASALIS, M. E. P.; BARROS FILHO, T. E. P. **Diagnóstico e tratamento da lesão da medula espinhal**. São Paulo: Roca, 2001. p. 211-234.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA. **Capítulo de queimaduras**. Disponível em: <http://www.sboc.org/queimaduras/calendário/atividades>. Acesso em: 20 set. 2004.

SCHWARTZ, G. S.; GOMES, J. A. P. HOLLAND, E. S. Preoperative staging of disease severity. In: HOLLAND, E. S.; MANNIS, M. J. **Ocular surface disease**: medical and a surgical mannagement. New York: Spring-Verlay, 2001. p. 158-167.

SEITZ, E. M. **Biblioterapia**: uma experiência com pacientes internados em clínica médica. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

SERRA, M. C. V. F.; GOMES, D. R.; TOCANTINS, R. F. Conduta terapêutica na criança queimada. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 3, n. 2, p. 40-45, 1991.

SILVA, R. P. O brincar: aspectos teóricos. **Informações Psiquiátricas**, v. 3, n. 3, p. 59-66, 1992.

SILVA, S. C. da; SILVA JÚNIOR, S. C. da. Queimaduras: tratamento local. In: MÉLAGA, J. M. *et al.* **Cirurgia plástica**: reparadora e estética. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988. p. 209-228.

SILVAL, G.; NASPITZ, C. K.; SOLÈ, D. História clínica do paciente e avaliação de qualidade de vida. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, v. 23, n. 6, p. 260-269, 2000.

SIMONTON, O. C. **Com a vida de novo**. São Paulo: Summus, 1987.

SKEVINGTON, S. M.; WRIGHT, A. Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: validation of the WHOQOL-100. **Br. J. Psichiatry**, v. 178, p. 261-267, 2001.

SOARES, S. E. de A. **Motricidade**: efeitos do protocolo cinesioprofilático masso-excêntrico-agônico na manutenção do arco de movimento do joelho do paciente "grande queimado". 2000. 132 f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA E ASSISTÊNCIA PARA A REEABILITAÇÃO CRANIOFACIAL. **Histórico**. Disponível em: <www.sobrapar.org.br>. Acesso em: 18 dez. 2004.

SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M. **Insônia e qualidade de vida**. Campo Grande-MS: UCDB, 1999.

SULLIVAN, M. D.; GERTRUDIS, I. J. M.; KEMPEN, E. V. S. Models of health-related quality of life in a population of community-dwelling Dutch elderly. **Quality Life Res**., v. 9, p. 801-810, 2000.

TOLEDO, P. N. **Atuação fonoaudióloga em pacientes queimados**: uma proposta clínica. 2001. 113 f. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2001.

VASCONCELLOS, E. A. **Enfrentando a doença no hospital**: uma abordagem de pacientes com doenças crônicas. 2000. 138 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, 2000.

WARE J. E.; GANDEK, B.; THE IQOLA PROJECT GROUP. The SF-36 health survey: development and use in mental health research and the IQOLA project. **Int. J. Ment. Health**, v. 23, p. 49-73, 1994.

WARE JR, J. E. **The SF-36**: health survey manual and interpretation guide. Boston, Massachusets: New England Medical Center, 1993.

WARE, J. E. Methodology in behavioral and psichosocial cancer research: conceptualizing disease impact and treatment outcomes. **Cancer**, n. 53, Supplement 10, p. 2.316-2.326, 1984.

WEIL, P.; TOMPAKOW, R. **O corpo fala**: a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal. 54. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

WEST, D. A.; CHUCK, J. M. Problemas emocionais do paciente gravemente queimado. **Clínicas Cirúrgicas da América do Norte**, v. 56, n. 8, 1978.

ZBOROWSKI, M. Cultural components in response to pain. **J. Soc. Issues**, n. 8, p. 16-30, 1952.

# APÊNDICES

## Apêndice A

Declaração de Consentimento Informado

Prezado Sr.(a)

Gostaria de contar com a sua colaboração para a realização de uma pesquisa sobre a "Qualidade de Vida em Pacientes Queimados". Se concordar em participar, você responderá a dois questionários. O primeiro, sobre as condições sociais em que você vive, denominado Questionário Sócio-demográfico e o segundo, mais voltado para os aspectos de sua Qualidade de Vida, que se denomina Inventário SF-36, onde se busca identificar os fatores que facilitam e/ou interferem na qualidade de vida de pacientes queimados. Os dados coletados servirão de subsídios para proporcionar um estudo sobre a qualidade de vida enfrentada pelos pacientes queimados e deverá também servir para conscientizar as pessoas que se encontrarem nessa situação, bem como os profissionais de saúde encarregados do tratamento deste tipo de acidente e suas seqüelas.

Os resultados poderão ser publicados através de revistas científicas, congressos e/ou editados em livro. Esteja seguro(a) da completa confidencialidade e sigilo das suas informações. Sua participação é voluntária e sua eventual recusa não envolve qualquer atitude de penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento.

Abaixo encontram-se meu nome e endereço, bem como o da orientadora desta pesquisa, para que, havendo alguma questão, sinta-se à vontade para nos procurar.

Mestranda: Teresinha de Jesus Abreu de Souza
Rua da Coroa, 29 – Vila Carlota – Campo Grande-MS
CEP. 79.051-580 – Fone: 342-6045
E-mail: tekajesus@hotmail.com
Professora orientadora: Dra. Marta Vieira Vilela
Mestrado em Psicologia da UCDB – Fone: 312-3585

Obrigado pela colaboração !

Teresinha

Declaro que li as informações acima e concordo em participar da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento por iniciativa minha.

Data: ...../...../.....

Nome: .....

Endereço: .....

Assinatura: .....

## Apêndice B

Questionário 1 – Sócio-demográfico

Registro n.: ..... Data: ...../...../.....

Sexo: (  ) masculino (  ) feminino Idade: .....anos

Estado civil: ..... Escolaridade: .....

Profissão: .....

Ocupação: .....

Renda individual: .....

Com quem vive: Cônjuge? ..... Filhos? ..... Pais? ..... Outros? .....

Você se mantém financeiramente?.....

Seus proventos são suficientes? .....

Quantas pessoas são de sua responsabilidade? .....

Qual a sua religião?..... Freqüenta?.....

Tempo de internação?..... Tipo queimadura? .....

Motivo da queimadura?.....

Qual o prognóstico médico sobre a sua recuperação?.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# Apêndice C

## Resultado da tabulação dos dados

| Dados pesquisados | Pacientes | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| **Domínios** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Capacidade funcional | 50 | 70 | 45 | 5 | 75 | 95 | 60 | 75 | 35 | 90 | 10 | 0 | 100 | 75 | 45 |
| Aspecto físico | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 |
| Dor | 21 | 31 | 45 | 22 | 41 | 41 | 32 | 22 | 12 | 32 | 12 | 21 | 21 | 12 | 22 |
| Estado geral saúde | 92 | 85 | 26 | 92 | 17 | 100 | 90 | 92 | 67 | 72 | 65 | 62 | 100 | 82 | 92 |
| Vitalidade | 45 | 80 | 90 | 45 | 100 | 95 | 60 | 95 | 65 | 65 | 10 | 45 | 100 | 55 | 100 |
| Aspecto social | 25 | 50 | 50 | 65 | 50 | 50 | 50 | 50 | 38 | 75 | 50 | 87 | 100 | 88 | 50 |
| Aspecto emocional | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 66 | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 100 |
| Saúde mental | 68 | 100 | 80 | 52 | 100 | 88 | 80 | 84 | 56 | 64 | 32 | 52 | 96 | 56 | 92 |
| **Dados Sócio-demográficos** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| Idade | 36 | 32 | 23 | 48 | 23 | 1 | 33 | 43 | 30 | 26 | 28 | 25 | 78 | 41 | 51 |
| Estado civil | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Número de filhos | 3 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 |
| Escolaridade | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| Renda | 500 | 400 | 650 | 350 | 500 | 1 | 400 | 240 | 340 | 300 | 900 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Mantém-se com a renda | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| Religião | 3 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| Freqüenta religião | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Tempo de Internação | 2 | 2 | 23 | 4 | 19 | 20 | 7 | 50 | 6 | 3 | 26 | 23 | 1 | 17 | 19 |
| Tipo de queimadura | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 4 | 3 | 5 | 5 | 1 | 2 | 6 | 7 | 2 |
| Grau de queimadura | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 |
| Prognóstico | 2 | 2 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |

**Legendas**:

Sexo: 1 = masculino; 2 = feminino.

Idade: não respondeu = 1

Estado civil: casado = 1; solteiro = 2; amasiado = 3; separado = 4; não respondeu = 5.

Escolaridade: 1º grau incompleto = 1; 1º grau completo = 2; 2º grau incompleto = 3; 2º grau completo = 4; 3º grau incompleto = 5; 3º grau completo = 6.

Renda: não respondeu = 1.

Mantém-se (e à família) com a renda: sim = 1 e não = 2; quando tem ajuda = 3; desempregado = 4.

Religião: sim = 1 e não = 2; não respondeu = 3.

Freqüenta?: sim = 1 e não = 2; não respondeu = 3.

Tempo de Internação (em dias!): não sabe = 2 (Por que 2? Porque tinha um paciente internado apenas a 1 dia!).

Tipo de queimadura (com que se queimou?): eletricidade = 1; álcool = 2; gasolina = 3; óleo diesel = 4; óleo de fritura = 5; água quente = 6; fogo = 7.

Grau de queimadura: 2º grau = 1; 1º e 2º grau = 2; 3º grau = 3; 2º e 3º grau = 4.

Prognóstico: ótimo = 1; bom = 2; regular = 3; ruim = 4; não sabe = 5.