



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Priscila Juceli Romanoski

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *COPING WITH BURNS QUESTIONNAIRE*
(CBQ) PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA QUE SOFREU QUEIMADURA**

Florianópolis
2021

Priscila Juceli Romanoski

Adaptação transcultural do *Coping with Burns Questionnaire* (CBQ) para a população brasileira que sofreu queimadura

Tese de Doutorado em Enfermagem apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

Orientadora: Dra. Maria Elena Echevarría-Guanilo

Coorientadora: Dra. Natália Gonçalves

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Romanoski, Priscila Juceli

Adaptação transcultural do Coping with Burns
Questionnaire (CBQ) para a população brasileira que sofreu
queimadura. / Priscila Juceli Romanoski ; orientador,
Maria Elena Echevarría-Guanilo, coorientador, Natália
Gonçalves, 2021.

204 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Coping. 3. Queimadura. 4. Enfermagem.
5. Inquéritos e questionários. I. Echevarría-Guanilo, Maria
Elena . II. Gonçalves, Natália . III. Universidade Federal
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
IV. Título.

Priscila Juceli Romanoski

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *COPING WITH BURNS QUESTIONNAIRE*
(CBQ) PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA QUE SOFREU QUEIMADURA**

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Denise Maria Vieira da Silva
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Veridiana Tavares Costa
Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina

Profa. Dra. Luciara Fabiane Sebold
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Profa. Dra. Maria Elena Echevarría-Guanilo
Orientadora

Profa. Dra. Natália Gonçalves
Coorientadora

Florianópolis, 2021.

Este trabalho é dedicado à minha filha Júlia e a todos os profissionais de saúde que trabalham no cotidiano para aliviar o sofrimento humano.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, pela família, por todas as pessoas que estão ao meu lado no dia a dia, por todas as mãos que construíram esse trabalho, em especial, as pessoas que compartilharam suas histórias, pelos professores que gentilmente me conduziram desde a infância até esse momento.

Agradeço a Júlia, minha filha, linda e amada que me inspira todos os dias com sua alegria, amorosidade e cantoria. Você é minha MESTRE, meu presente, que honra ser sua mãe. Eu te amo infinitamente e você é tudo para mim!

Lédio Luiz, meu querido e amado esposo, que em meio a tantos desafios construímos uma linda família, abençoada, ligada pelo amor e “edificada sobre a rocha” (Mateus 7,25). Obrigada pelo incentivo, pelo apoio, por cuidar de mim e da nossa filha nos momentos de minha ausência. Que presente Deus me deu quando colocou você no meu caminho!

Agradeço aos meus pais pela vida, amor, educação e pelo incentivo, em especial minha mãe Carmem, mulher guerreira que sempre me incentivou a estudar e buscar meus sonhos. Agradeço aos meus irmãos Willian José e Márcio Luiz, minha cunhada Tatiane pela confiança.

Agradeço aos meus tios e primos maternos, em especial, a minha *nonna* Páschoa Zenaide Bernardi, meus tios Rafael e Clarice e meu primo Jones. Agradeço meus sogros Rosilene e Dalmir, minha cunhada Manuela e a Vó Rosa Adir (*in memoria*). Vocês foram fundamentais nessa jornada.

Agradeço a Mara de Felipe, Mariana Parreiras, Luciana Cardoso Assuiti. Deus sempre coloca anjos na minha vida e serei eternamente grata por tudo.

Aos queridos amigos: Jaqueline Dariva, Rogele Freschi, Daniela Riquetti, Paula Dallagnol, Leonardo e Thais Silva, Fabricio e Andrelise Tomasi e Julia Böell. Obrigada pelas risadas, pelos bons conselhos, pela torcida, orações que fizeram e fazem toda a diferença na minha vida. Agradeço ao Gilmar Pantoja por dedicar seu tempo com leituras e discussões com a pesquisa.

Agradeço as amigas que o grupo de pesquisa Nucron me presenteou: Soraia Lopes, Samara Suplici, Veridiana Costa, Cecília Arruda, Daiana Daniel, Rebeca Coimbra, Camila Simas, Pollyana Costa. Muito obrigada pelo aprendizado compartilhado e pelos adoráveis cafés. Enfim, muito obrigada a todos os integrantes do grupo de pesquisa Nucron pelas trocas de saberes em nossos encontros!

Agradeço aos amigos e colegas da Qualirede pelo apoio nessa fase final, em especial a Iza Wiggers, Rafaela Krann, Francisco Timbó de Paiva Neto e Leonardo da Silva, obrigada a

toda equipe multiprofissional, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Que a vida seja leve, linda e rodeada de pessoas como vocês!

Agradeço aos meus professores que desde a infância me mostraram que ensinar o que aprendemos é tão valioso quanto respirar. Em especial, Alice Hirdes e Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva. Que honra aprender o valor da excelência profissional com a forma mais humana de ensinar. Muito obrigada pela oportunidade e por acreditarem em mim. Tenho muito amor, carinho e a mais profunda admiração!

Agradeço a professora orientadora Maria Elena Echevarría-Guanilo e a coorientadora Natália Gonçalves. Agradeço Mimmie Willebrand, autora do *Coping with Burns Questionnaire* que gentilmente autorizou o processo de adaptação transcultural do instrumento para a cultura brasileira.

Essa tese teve várias mãos envolvidas, meu agradecimento especial a Adriana Gonçalves, Elisângela Flauzino Zampar, Silvia Francine Sartor e Náthaly Bär Silva que me auxiliaram em toda a coleta de dados.

Agradeço aos colegas do doutorado e aos colegas de disciplinas que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal. Agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Pós-Graduação – PEN/UFSC pela oportunidade de aprender e buscar o conhecimento com todo o suporte necessário para minha formação.

Agradeço aos professores que aceitaram o convite para comporem a banca examinadora desta tese. Agradeço o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES) pela bolsa de estudos.

O meu MUITO OBRIGADA a todos que não fiz menção, mas que estiveram ao meu lado durante minha formação acadêmica ou que trabalharam comigo nesses anos de profissão.

“O estudo do estresse, da emoção e do enfrentamento no contexto da doença se beneficia da sinergia que é criada no ambiente verdadeiramente interdisciplinar da medicina integrativa”.

Susan Folkman

RESUMO

As queimaduras graves podem causar inúmeras sequelas físicas e emocionais, sendo necessário longo e doloroso processo de reabilitação. Diferentes estratégias para essa fase de adaptação podem ser adotadas, tal como o *coping*. Estratégias de *coping* são respostas intencionais, cognitivas e comportamentais diante de uma situação estressora, estão presentes em todas as etapas do processo de reabilitação e podem elucidar as formas com as quais as pessoas lidarão com sua nova condição. O *coping* desempenha um papel importante no ajustamento psicológico, biológico e de qualidade de vida. O instrumento *Coping with Burns Questionnaire* - CBQ, disponível no inglês, foi desenvolvido para medir o *coping* em pessoas que sofreram queimaduras e tem sido amplamente utilizado. O objetivo desta tese foi adaptar transculturalmente o *Coping with Burns Questionnaire* para a cultura brasileira em uma amostra de pessoas adultas que sofreram queimadura. Ainda, o presente trabalho analisou a compreensão do conceito nas vivências dos participantes. O delineamento do estudo metodológico seguiu oito passos: 1) tradução da escala para a língua portuguesa; 2) obtenção da versão consensual em português; 3) avaliação por comitê de juízes; 4) retrotradução/ *back translation*; 5) obtenção de versão consensual da retrotradução/ *back translation*; 6) comparação com a versão original; 7) validação semântica e 8) pré-teste. O pré-teste foi desenvolvido com participantes de cinco ambulatórios de três estados brasileiros que atendiam pessoas que sofreram queimaduras após a alta hospitalar. Foram incluídas 51 pessoas que sofreram queimaduras, respeitando os seguintes critérios de inclusão: estar no primeiro ano após ocorrência da queimadura com mínimo de um mês após alta hospitalar, estar em acompanhamento ambulatorial, idade entre 18 e 80 anos; falar português e atender à pontuação mínima do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Foram realizadas análises descritivas, testes de confiabilidade e validação de conteúdo. Na abordagem qualitativa, participaram 11 pessoas incluídas no pré-teste, vinculadas a dois ambulatórios de tratamento de queimados e que respeitaram os critérios de inclusão e exclusão descritos na etapa do pré-teste. A coleta de dados foi através de entrevista semiestruturada e a análise dos dados seguiu a proposta de Análise de Conteúdo Dirigida baseada nas subescalas do questionário. Os passos seguidos no estudo metodológico resultaram em um instrumento adaptado para o português de validade de conteúdo adequada para as equivalência semântica-idiomática, conceitual e cultura, boa validação semântica realizada pela população alvo e confiabilidade adequada, com coeficiente alfa de *Cronbach* global satisfatório (0,83). Os resultados qualitativos apontaram que Estratégias de otimismo, busca por resolução de problemas, espiritualidade, apoio emocional, reavaliação e ajuste da situação, resiliência, autocontrole pode ser consideradas benéficas e devem ser estimuladas pelos profissionais de saúde. Na prática clínica, as estratégias utilizadas podem ser estimuladas a serem desenvolvidas pelas pessoas acometidas por queimaduras, uma vez que conferem benefícios para as pessoas que sofrem queimaduras no processo de reabilitação.

Palavras-chave: *Coping*. Queimadura. Enfermagem. Inquéritos e questionários.

ABSTRACT

Burns are complex and feared by humans, when they do not lead to death, depending on the severity, they cause numerous physical and emotional sequelae requiring a long and painful rehabilitation process that can be mitigated through the use of coping, which are intentional, cognitive responses and behavioral in the face of a stressful situation. This construct can benefit people who experience this injury in the health-disease recovery process. The Coping with Burns Questionnaire - CBQ instrument, available in English, was developed to measure coping in people who suffered burns. Thus, the objective of this thesis was to cross-culturally adapt the Coping with Burns Questionnaire - CBQ to Brazilian culture in a sample of adult people who suffered burns. This is a methodological study that followed the steps: 1) translation of the scale into Portuguese; 2) obtaining the consensual version in Portuguese; 3) evaluation by a committee of judges; 4) back translation; 5) obtaining a consensual version of back translation; 6) comparison with the original version; 7) semantic validation and 8) pre-test. The pre-test was carried out in five outpatient clinics covering three Brazilian states and treating people who suffered burns after hospital discharge. 51 people who suffered burns were included, respecting the following inclusion criteria: being in the first year after the burn occurred for at least one month after hospital discharge, a reliability test was performed to analyze the data. Still, given the complexity of the term coping and the lack of formal translation into Portuguese, it was decided to develop part of the research with qualitative methodology. Eleven people included in the pre-test participated in this stage, linked to two burn treatment clinics. Data collection was carried out through semi-structured interviews and the data analysis followed the proposed Directed Content Analysis based on the questionnaire subscales. The results showed that CBQ is the only coping measurement instrument developed for use after hospital discharge of people who suffered burns. The steps followed in the methodological study resulted in an instrument adapted for Portuguese and developed for further validation study, presenting a satisfactory global Cronbach's alpha coefficient (0.83). The qualitative results showed that the term coping allows health professionals to be aware of strategies that facilitate or hinder the rehabilitation of people who have suffered burns. In clinical practice, the strategies used can be stimulated to be developed by people affected by burns, since they confer benefits to people who suffer burns in the rehabilitation process.

Keywords: *Coping. Burn. Nurse. Surveys and Questionnaires.*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do processo de <i>coping</i>	39
Figura 2 – Fluxograma dos critérios de pesquisa e seleção dos estudos.....	45
Figura 3 – Proposta de processo de adaptação transcultural do <i>Coping With Burn Questionnaire – CBQ</i>	88
Figura 4 – Percurso das etapas desenvolvidas no processo de adaptação transcultural do <i>Coping with Burns Questionnaire</i>	115

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resumo das características descritivas dos artigos incluídos.	47
Quadro 2 – Risco de viés por estudo de avaliação de <i> coping </i> em pessoas que sofreram queimaduras.....	58
Quadro 3 – Cenários que identificam a necessidade de uma adaptação transcultural.....	75
Quadro 4 – Proposta de adaptação transcultural de Beaton et al. (2007).....	78
Quadro 5 – Descrição dos integrantes do Comitê de Juízes.....	92
Quadro 6 – Relatório apresentando os itens que tiveram mudanças consideradas frente a avaliação do Comitê de Juízes.....	93
Quadro 7 – Relatório do Formulário de Validação Semântica Específico.....	97
Quadro 8 – Relatório do Formulário Geral.....	98
Quadro 9 – Dimensões proposta de <i> coping </i> no CBQ.....	114
Quadro 10 – Itens que sofreram alteração na etapa de avaliação dos Juízes. Florianópolis, SC, Brasil, 2019.....	121
Quadro 11 – Dados sociodemográficos dos participantes do estudo.....	138

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Percentual de concordância com base nas respostas dos juízes para cada item do instrumento CBQ de acordo com as equivalências avaliadas. Florianópolis, SC, Brasil, 2019.	120
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica, queimadura das pessoas que sofreram queimaduras incluídas no pré-teste do <i>Coping with Burns Questionnaire</i> – CBQ Br (n=51). Florianópolis, SC, Brasil, 2019.....	124
Tabela 3 – Análise descritiva da confiabilidade do <i>Coping with Burns Questionnaire</i> – CBQ Br. Florianópolis, SC, Brasil, 2019.....	125
Tabela 4 – Análise descritiva da confiabilidade das seis subescalas do <i>Coping with Burns Questionnaire</i> – CBQ Br. Florianópolis, SC, Brasil, 2019.....	126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CBQ	<i>Coping with Burns Questionnaire</i>
ABLS	<i>Advanced Burn Life Support</i>
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ARV	Alto Risco de Viés
BCOPE	<i>The Brief COPE</i>
BDENF	Base de dados em Enfermagem
BPQ	<i>Burn Pain Questionnaire</i>
BRV	Baixo Risco de Viés
BSHS-R	<i>Burn Specific Health Scale-Revised</i>
BT1	<i>Back-translation 1</i>
BT12	<i>Back-translation 1 e 2</i>
BT2	<i>Back-translation 2</i>
CBQ – BT1	<i>Coping with Burns Questionnaire - Back Translation 1</i>
CBQ – BT12	<i>Coping with Burns Questionnaire - Back Translation 1 e Back Translation 2</i>
CBQ – BT2	<i>Coping with Burns Questionnaire - Back Translation 2</i>
CBQ T1	<i>Coping with Burns Questionnaire – Tradutor 1</i>
CBQ T12	<i>Coping with Burns Questionnaire – Tradutor 1 e tradutor 2</i>
CBQ T2	<i>Coping with Burns Questionnaire – Tradutor 2</i>
CBQ VPP	<i>Coping with Burns Questionnaire – Versão Português Pré-final</i>
CBQ VPP1	<i>Versão Português Pré-Final 1 do Coping with Burns Questionnaire</i>
CES-D	<i>The Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CO	Equivalência conceitual
COREQ	<i>Check List Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
COSMIN	<i>Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments</i>

CSE-20	<i>Coping self-efficacy - 20</i>
CSE-7	<i>Coping self-efficacy - 7</i>
CSQ	<i>Coping Strategies Questionnaire</i>
Cult	Equivalência cultural
DALYs	<i>Disability adjusted life years</i>
EMEP	Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas
FKV-LIS	<i>Freiburg Questionnaire of Coping with Illness</i>
HADS	<i>The Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
IES-R	<i>Impact of Event Scale Revised</i>
IQOLA	<i>Internacional Quality of Life Assessment Project</i>
ISBI	<i>International Society for Burn Injury</i>
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LILACS	Biblioteca Virtual em Saúde
LOT-R	<i>Life Orientation Test-Revised</i>
MCMQ	<i>Medical Coping Mode Questionnaire</i>
MCSQ	<i>Modified Coping Strategies Questionnaire</i>
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MSPSS	<i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i>
MSPSS	<i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i>
NEO-PI-R	<i>Personality Inventory-Revised</i>
NUCRON	Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica
P3	<i>Pain Patient Profile</i>
PEN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PHTLS	<i>Pré Hospital Trauma Life Support</i>
PROSPERO	<i>Measuring instruments of coping in burned adults: systematic review</i>
PSYCINFO	<i>American Psychological Association</i>

PUBMED/MEDLINEUS *National Library of Medicine National Institutes of Health*

RV	Risco de Viés
RVI	Risco de Viés Incerto
SBQ	Sociedade Brasileira de Queimadura
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SCL-K-9	<i>Symptom Checklist</i>
SCQ	Superfície Corporal Queimada
SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36</i>
SI	Equivalência semântico-idiomática
SSP	<i>Scales Scores of Personality</i>
SWAP	<i>Satisfaction with Appearance Scale</i>
T1	Tradução 1
T-12	Tradução 1 e 2
T2	Tradução 2
TEPT	Transtornos de Estresse Pós-traumático
UCL-B	<i>Utrecht Coping List Brief</i>
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
WCCL	<i>The Ways of Coping Checklist</i>
WCCL-R	<i>The Ways of Coping Checklist - Revised</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
2 OBJETIVOS	27
2.1 <i>Objetivo Geral</i>	27
2.2 <i>Objetivos Específicos.....</i>	27
3 Revisão de literatura.....	28
3.1 <i>Queimadura e o processo de reabilitação.....</i>	28
3.2 <i>Coping e aspectos emocionais relacionados à queimadura</i>	32
3.3 <i>Coping with Burns Questionnaire – CBQ: Instrumento em processo de adaptação transcultural</i>	37
4 REFERENCIAL TEÓRICO	43
4.1 <i>Referencial Teórico-conceitual.....</i>	43
4.2 <i>Referencial Teórico-metodológico.....</i>	47
4.2.1 Processo de adaptação transcultural	47
4.2.2 Avaliação das propriedades psicométricas.....	55
4.2.2.1 <i>Confiabilidade</i>	55
4.2.2.2 <i>Validade.....</i>	57
4.2.3 Avaliação qualitativa	60
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	62
5.1 <i>Delineamento do estudo</i>	62
5.1.1 Processo de adaptação transcultural	62
5.1.1.1 <i>Etapa 1 - Tradução da escala para a língua portuguesa.....</i>	64
5.1.1.2 <i>Etapa 2 - Obtenção de versão consensual em português.....</i>	64
5.1.1.3 <i>Etapa 3 - Avaliação por Comitê de Juízes.....</i>	65
5.1.1.4 <i>Etapa 4 - Retrotradução / Back translation</i>	70
5.1.1.5 <i>Etapa 5 - Obtenção de versão consensual da retrotradução/ back translation</i>	70
5.1.1.6 <i>Etapa 6 - Comparação com a versão original</i>	71
5.1.1.7 <i>Etapa 7 - Validação semântica.....</i>	71

5.1.1.8 Etapa 8 - Pré-teste.....	75
5.2 Avaliação das propriedades psicométricas do CBQ-Br.....	75
5.2.1 Local de estudo.....	75
5.2.2 Amostra de estudo	76
5.3 Instrumentos de medida.....	77
5.3.1 Instrumento de caracterização da amostra	77
5.3.2 Instrumento em processo de adaptação transcultural	77
5.3.3 Variáveis sociodemográficas.....	77
5.3.4 Variável em processo de adaptação transcultural.....	78
5.3.5 Variáveis relacionadas à condição de saúde relacionado à hospitalização	78
5.3.6 Variáveis relacionadas à condição de saúde no atendimento ambulatorial.....	78
5.4 Procedimentos da coleta de dados	79
5.5 Análise de dados	80
5.6 Aspectos qualitativos	81
5.6.1 Local de estudo.....	81
5.6.2 Participantes do estudo.....	82
5.6.3 Coleta de dados	82
5.6.4 Análise de dados.....	83
5.7 Considerações éticas	84
6 Resultados.....	86
6.1 Manuscrito 1 - Instrumentos para avaliação de coping em pessoas que sofreram queimaduras: Revisão sistemática de literatura	87
6.2 Manuscrito 2 - Adaptação transcultural do Coping with Burns Questionnaire – CBQ para a cultura brasileira.....	114
6.3 Manuscrito 3 - Estratégias de coping utilizada por brasileiros que sofreram queimadura.....	137
7 Considerações finais	153
Referências	156

APÊNDICE A – Estratégia de busca e bases de dados - Revisão sistemática.....	156
APENDICE B – Autorização da autora para adaptação transcultural do CBQ	180
APENDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	181
APENDICE D – Instrumento de caracterização da amostra	183
APENDICE E – Convite para Comitê de Juízes	185
APENDICE F – Versão CBQ-Br	187
ANEXO A – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	191
ANEXO B – CBQ Original.....	192
ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética.....	196

1 INTRODUÇÃO

As queimaduras são feridas traumáticas causadas, na maioria das vezes, por agentes térmicos, químicos, elétricos, radioativos ou atrito (WHO, 2018). Atuam nos tecidos de revestimento do corpo humano, determinando destruição parcial ou total da pele e seus anexos, podendo atingir camadas mais profundas, como tecido celular subcutâneo, músculos, tendões e ossos (RYBARCZYK *et al.* 2016; SBQ, 2014). São classificadas de acordo com o agente causador, pela profundidade da destruição dos tecidos e pela porcentagem da área de superfície corporal queimada, os quais indicam a gravidade do trauma e determinam a assistência que será prestada ao indivíduo com queimadura (PHTLS, 2017). As lesões por queimaduras são consideradas, mundialmente, as mais devastadoras e complexas em decorrência dos elevados índices de morbimortalidade, sendo um dos principais problemas de saúde pública (PECK; JESCHKE; COLLINS, 2020; WHO, 2018). Anualmente, atinge um milhão de pessoas no mundo (VALENTE *et al.* 2018) e, em 2018, a *World Health Organization* (WHO) registrou 180 mil mortes por queimaduras (WHO, 2018), o que torna essa injúria a quarta causa de morte por trauma, ficando atrás de acidentes de trânsito, quedas e violência interpessoal (PECK; JESCHKE; COLLINS, 2020).

No Brasil, há uma carência de dados epidemiológicos (GOUVÊA *et al.* 2020), no entanto estima-se que um milhão de pessoas sejam acometidas por queimadura a cada ano, em média 100 mil são hospitalizadas (VALENTE *et al.* 2018) e, destas, 2.000 morrem (GERVASI; TIBOLA; SCHENEIDER, 2014).

A mortalidade é parte importante da epidemiologia das queimaduras, contudo os que sobrevivem podem ficar com deficiências físicas e emocionais ao longo da vida, cicatrizes e desconfigurações que geram efeito sobre a própria pessoa, sua família e sociedade (CHENG *et al.* 2019; PECK; JESCHKE; COLLINS, 2020), o que torna imprescindível conhecer essa população para poder reconhecer suas deficiências e necessidades. Para diminuir as taxas de mortalidade, países desenvolvidos investiram em estratégias de prevenção e assistência, o que não vem acontecendo em países de baixa e média renda, acometidos pela precária infraestrutura necessária para reduzir a incidência e a gravidade das queimaduras (PECK; JESCHKE; COLLINS, 2020; WHO, 2018).

Entre os agentes causais, o fogo é responsável por 96% das queimaduras fatais no mundo (WHO, 2018) chegando a matar mais de 300 mil pessoas (KHADEM-REZAIYAN *et al.* 2020), sendo pessoas do gênero masculino as mais acometidas (SANTOS JUNIOR *et al.* 2016; THAKRAR *et al.* 2015; WHO, 2018).

No Brasil, a maior incidência de queimaduras em pessoas adultas é no sexo masculino e em ambiente de trabalho. Para a população feminina, o ambiente doméstico é o de maior ocorrência (MORAES *et al.* 2016; LIMA *et al.* 2019), sendo para ambos a chama direta e os líquidos superaquecidos são os agentes causais mais comuns. Estudo de revisão de literatura aponta que, no Brasil, a incidência de queimaduras acomete mais homens, com lesões de 2º grau, de etiologia térmica, em membros superiores e tronco, com elevada variância de porcentagem de superfície de área queimada e sendo o sexo feminino o mais acometido por mortalidade (SOUZA *et al.* 2019).

Em crianças e idosos, o gênero masculino também prevalece, a localização da queimadura é com maior frequência nos membros superiores e o tronco (SOUZA *et al.* 2019), além de que pacientes idosos apresentam elevada taxa de mortalidade (WANG *et al.* 2020).

Segundo a *International Society for Burn Injury* (ISBI) é recomendada, mundialmente, a existência de centros especializados com equipe multiprofissional, os quais devem seguir *guidelines* específicos no cuidado de pessoas que sofrem queimaduras (ISBI, 2016; PALMIERI *et al.* 2014). Essa abordagem especializada no atendimento à pessoa que sofre queimadura, junto com os avanços tecnológicos, possibilita uma sobrevida maior dessas pessoas com queimaduras. Por exemplo, homem com 45% da superfície corporal queimada que há 50 anos tinha 50% de chances de sobreviver, hoje tem 80%, se atendido em um sistema organizado com abordagem de cuidados agudos, crônicos e de reabilitação, conforme recomendações de *guidelines* (ISBI, 2016).

A avaliação inicial dos pacientes com queimaduras deve ser realizada por meio de uma abordagem sistemática, como as descritas nos materiais do curso *Advanced Burn Life Support* (ABLS), ou seja, uma abordagem semelhante ao paciente vítima de trauma: verificação das vias aéreas e coluna vertebral, respiração e ventilação, circulação com controle de hemorragia, exame neurológico e ainda, despir totalmente o paciente, examinar se há lesões, mantendo-se a temperatura corporal (ISBI, 2016). Assim, inicia-se o cuidado do processo agudo, crônico e de reabilitação de uma queimadura grave (ISBI, 2016), que representa um processo contínuo.

Para melhor compreensão dos acontecimentos fisiológicos e psicológicos, pode ser explicado em três fases: ressuscitação, reparação e reabilitação (SILVA; CASTILHOS, 2010; PECK; JESCHKE; COLLINS, 2020). A *primeira fase*, chamada de fase de ressuscitação, compreende as primeiras 48 a 72 horas após a queimadura (SILVA; CASTILHOS, 2010; PECK; JESCHKE; COLLINS, 2020). Nessa fase, a assistência é dirigida à manutenção do balanço de líquidos corporais determinada pelo total de débito urinário e o índice de perfusão renal (SILVA; CASTILHOS, 2010), com reposição hídrica via oral ou intravenosa, dependendo

da gravidade da queimadura (ISBI *et al.* 2016). Ainda, remoção de tecidos desvitalizados (desbridamento, enxerto, curativo) e prevenção de infecção (ISBI, 2016; SILVA; CASTILHOS, 2010).

As primeiras abordagens e os cuidados realizados durante essa fase terão impacto direto no tratamento progressivo da queimadura, influenciando nas sequelas oriundas e na sobrevivência da pessoa (CRUZ, 2017). Todas as fases de atendimento requerem de atuação sustentada em evidência científica, em protocolos estabelecidos, no entanto, na fase inicial, a atuação da assistência correta permite a total ou parcial recuperação da área afetada, impactando em todo processo de atendimento, recuperação e sobrevivência do paciente (NASCIMENTO; BARROS; VIEIRA, 2019).

Essa fase envolve ainda fortes aspectos psicológicos e emocionais para pacientes e familiares frente à fragilidade da vida e medo da morte (NISHI; COSTA, 2013), sendo imprescindível uma visão integral do cuidado desde o alívio da dor, aspectos emocionais, incluindo a assistência aos familiares, o que refletirá de forma positiva na recuperação e auxiliará no enfrentamento das consequências ocasionadas pela queimadura (SANTANA *et al.* 2019).

A *segunda fase*, fase de reparação, compreende a estabilização hemodinâmica, assim como a melhora do estado físico, do estado cognitivo, do sono e prevenção de infecções. Essa fase exige reabilitação física para auxiliar no posicionamento dos membros evitando cicatrizes hipertróficas e contraturas articulares, dieta rica em proteína para auxiliar na cicatrização das lesões, terapia ocupacional, suporte emocional devido alteração de autoimagem referente às cicatrizes, ansiedade, depressão e estresse pós-traumático (PECK; JESCHKE; COLLINS, 2020). Nessa fase, o paciente percebe sua condição de saúde e participa, ativa ou passivamente, da realização dos procedimentos, o que permanece até alcançar a cicatrização dos ferimentos ou alta hospitalar (PECK; JESCHKE; COLLINS, 2020).

As fases iniciais são marcadas pela dor intensa, principalmente pela realização de procedimentos invasivos de limpeza, desbridamento, trocas de curativos e enxertias o que está intimamente relacionado ao estresse pós-traumático (ANDRADE; TAKESHITA; TORRES, 2016). Estudo clínico aponta que a extensão, profundidade e o tempo de permanência no hospital impactam na qualidade de vida pós-queimadura e estão intimamente relacionados à experiência dolorosa física e emocional (KISHAWI; WOZNIAK; MOSIER, 2020). Estudos relacionados a dor apontam que crenças, espiritualidade, estratégias de evitação e afirmações positivas estão relacionados ao controle da dor (ALSCHULER *et al.* 2019), bem como apoio emocional, o que significa que entre os cuidados, a dor exige dos profissionais, em especial, do

profissional da enfermagem, uma correta abordagem, que vai além da terapia medicamentosa (NISHI; COSTA, 2013).

É necessário promover a comunicação efetiva, esclarecendo dúvidas e diminuindo a ansiedade e o estresse causado pela hospitalização (NASCIMENTO; BARROS; VIEIRA, 2019), auxiliando na prevenção de manifestações emocionais e psicológicas que se intensificam e podem exacerbar sintomas psiquiátricos pré-existentes como depressão, estresse pós-traumático, angústia, isolamento social e insatisfação com a autoimagem (GELLER *et al.* 2019).

A *terceira fase*, chamada de reabilitação, contempla as intervenções que promovem a cicatrização completa dos ferimentos, visando à diminuição das deformidades, assim como a prevenção, ou minimização, das limitações motoras. A terceira fase tem início com a alta hospitalar e a sua duração dependerá da necessidade individual de recuperação de cada pessoa (SILVA; CASTILHOS, 2010; PECK; JESCHKE; COLLINS, 2020).

O processo de recuperação é complexo, com grandes desafios físicos e, principalmente psicológicos a serem enfrentados pela pessoa (BRAVO *et al.* 2016; MORAES *et al.* 2016b; THAKRAR *et al.* 2015). Envolve mudanças físicas como limitações motoras, amputações, estéticas, cirurgias reparadoras e aspectos emocionais como depressão, ansiedade, medo, estigma social, o que impacta negativamente na vida da pessoa e seu retorno ao trabalho e sociedade o que requer uma abordagem multiprofissional integrada que utiliza uma ampla abordagem de tratamento (LITCHFIELD *et al.* 2018).

A queimadura é sem dúvida, um evento com importantes efeitos psicológicos multifacetários, no qual a pessoa está exposta tanto a patógenos, devido a perda da integridade da pele, quanto às percepções da dor, dos sentimentos e das reações psicológicas, as quais as pessoas não estão prontas para lidar, gerando elevado nível de estresse, para pessoa e para a família (PORTER *et al.* 2016).

Estudos apontam que alguns fatores são determinantes no processo de reabilitação psicológico, por exemplo, estratégias de *coping* (ROTHMAN *et al.* 2016), resiliência individual, estágio de desenvolvimento humano quando ocorre a queimadura, apoio social de amigos e familiares (DIN *et al.* 2015; MORAES *et al.* 2016b), melhores atendimentos de saúde a partir do envolvimento da família no cuidado (WILLEBRAND *et al.* 2018).

Todo esse processo gera um grande estresse para a pessoa, que é definido como um estado de ameaça ou percepção de homeostase desequilibrada (STAVROU *et al.* 2017). A ativação de estímulos estressantes extrínsecos ou intrínsecos, reais ou percebidos, ativa o chamado “sistema de estresse” (STAVROU *et al.* 2017), o qual causa respostas adaptativas

frente às situações vivenciadas. Para Lazarus e Folkman (1984), o estresse não é apenas um estado de ameaça, mas um processo em que a pessoa é um agente ativo que pode influenciar no estressor por meio de estratégias comportamentais, cognitivas e emocionais (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; SANTOS; CASTRO, 1998). Por vezes, essas respostas inadequadas, excessivas ou prolongadas podem provocar o desenvolvimento de outras doenças como hipertensão, diabetes, alcoolismo, depressão, entre outros (STAVROU *et al.* 2017).

Estudos apontam forte ligação entre estratégias de *coping* usadas para gerenciar o estresse e o retorno à homeostasia (STAVROU *et al.* 2017), diminuindo a resposta física e emocional ao estresse vivenciado. A isto, soma-se a necessidade de reconsiderar que diante de situações de estresse, cada pessoa, com o intuito de restabelecer a situação de origem, desenvolve distintas respostas de *coping* (GREENGLASS *et al.* 2005; LAAL; ALIRAMAIE, 2010).

A gravidade do estresse vivenciado e o desenvolvimento de estratégias de *coping* dependem principalmente da vulnerabilidade genética do indivíduo, personalidade, exposição a fatores ambientais adversos, do momento do evento estressante, experiências pessoais, exigência da situação e dos recursos disponíveis (STAVROU *et al.* 2017).

O *coping*¹ é uma palavra de origem inglesa, adotada no Brasil, para conceituar o conjunto de estratégias cognitivo-comportamentais utilizadas para administrar as situações de estresse negativo e positivo (PEREIRA; RODRIGUES BRANCO, 2016). Refere-se às reações de indivíduos diante das situações de estresse, incluindo a capacidade de avaliar os eventos e desenvolver ações por meio de mudanças cognitivas e comportamentais (LAZARUS; FOLKMAN, 1984), e sua avaliação pode ser realizada através de instrumentos de medida. É visto de maneira positiva em contextos de pesquisa e de intervenção profissional, em especial, a atuação clínica voltada para o manejo do estresse junto a diferentes situações (STAVROU *et al.* 2017).

Para avaliação de *coping*, existem instrumentos que direcionam os profissionais na sua avaliação e podem resultar num direcionamento de cuidado da pessoa que sofreu queimadura. Esses instrumentos apontam, por exemplo, que estratégias de *coping* de resignação elevada aumentam os riscos de sintomas pós-traumáticos e essa avaliação pode prevenir complicações mentais (CHENG *et al.* 2015). Ainda, estratégias de *coping* de otimismo, resolução de problemas podem identificar transtornos de estresse pós-traumático (DAHL *et al.* 2016) e ainda,

¹ Optou-se por não traduzir o termo *coping* devido à complexidade de uma palavra capaz de expressar os significados associados ao termo original. Possíveis significados da palavra *coping*, em português, encontram-se relacionados à: "lidar com", "enfrentar" ou "adaptar-se a", no entanto considera-se o conceito de *coping* muito mais complexo.

pessoas que demonstram estratégias de *coping* focadas na emoção podem estar associadas a avaliação da autoimagem corporal (SIDELI *et al.* 2017).

Nesse contexto, as estratégias de *coping* devem ser consideradas em todas as etapas do processo de reabilitação da pessoa queimada, uma vez que podem elucidar as formas pelas quais os indivíduos lidarão com sua nova condição (CUKOR *et al.* 2015), porém o primeiro ano após hospitalização é único para o paciente (DAHL *et al.* 2016). Isto significa que durante esse período ocorrem as melhores avaliações de *coping*, obtendo um resultado de melhor qualidade de vida e autoestima, maior satisfação com o tratamento e menores alterações relacionadas à depressão e apoio social (ANDREWS *et al.* 2010; AMOYAL *et al.* 2011; BOSMANS *et al.* 2015).

A personalidade otimista, estilos de *coping* positivos e apoio social desempenham um papel importante no processo de recuperação. Orientações sobre técnicas de *coping*, tais como, a procura de acompanhamento psicológico e a inclusão de atividades de recreação devem, ainda na fase aguda da reabilitação, ser identificadas e passar a formar parte das ações de cuidado dos profissionais de saúde das unidades especializadas, uma vez que são importantes estratégias para o sucesso do processo de recuperação (WU *et al.* 2020). Por essa razão, cuidados devem ser pensados de forma individual e de forma coletiva para que estratégias de *coping* possam auxiliar de maneira positiva na reabilitação de situações estressoras.

Diante desse cenário, muitos estudos relacionados ao *coping* e queimaduras utilizam instrumentos de medidas consolidados, mundialmente, para avaliação de *coping* (SIDELI *et al.* 2017; SVEEN *et al.* 2015; WIECHMANN; HOYT; PATTERSON, 2018; YING; PERTRINI; XIN, 2013) e os profissionais de saúde, no Brasil, precisam avançar nessa temática por meio de instrumentos validados e que permitam também relacionar esse construto com outros que impactam no processo de reabilitação da pessoa que sofreu queimadura. Assim, questiona-se: o *Coping with Burns Questionnaire* - CBQ é adaptável transculturalmente para brasileiros que sofreram queimaduras?

A realização desse projeto sucede à trajetória da autora como enfermeira, atuando na gestão e utilização de coberturas para tratamento de lesões de pele na qual foi possível aproximação e conhecimento da realidade de uma Unidade de Queimados. E, ainda, a trajetória voltada à saúde mental, que se consolida desde a graduação com trabalho de conclusão de curso voltado aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na atenção à pessoa com transtornos mentais e com aspectos voltados a qualidade de vida desenvolvidos no curso de Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família. Associado a isso, a participação no Grupo de Pesquisa – Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição

Crônica (NUCRON), desde 2014, que aprofunda estudos de pessoas em condições crônicas, contribuiu para a escolha da temática.

O presente estudo poderá contribuir com a disponibilização de uma importante tecnologia para o cuidado, um instrumento de avaliação de *coping*, que permitirá que diversos pesquisadores ou equipes de saúde possam, ao aplicá-lo, detectar precocemente alterações de formas de enfrentamento da queimadura e a sua relação como outros aspectos psicoemocionais, importantes no processo de reabilitação.

A proposta da tese a ser defendida é que o CBQ é um instrumento possível de adaptação transcultural para brasileiros que sofreram queimaduras, preservando sua estrutura (itens e domínios) nessa realidade. Espera-se que o instrumento, após validação em estudo posterior, possa auxiliar no processo de recuperação pós-queimadura, de forma que profissionais de saúde estimulem estratégias de *coping* mais adaptativas. Melhorar o *coping* no processo de reabilitação pós-queimadura permite impacto positivo na saúde física e mental das pessoas que sofreram essa injúria.

2 OBJETIVOS

Nos itens a seguir estão descritos o objetivo geral e os objetivos específicos desta tese.

2.1 OBJETIVO GERAL

Adaptar transculturalmente o *Coping with Burns Questionnaire* para a cultura brasileira em uma amostra de pessoas adultas que sofreram queimadura.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traduzir o CBQ para o português do Brasil.
- Verificar a equivalência semântica-idiomática, cultural e conceitual do CBQ.
- Verificar a validade de conteúdo do CBQ.
- Verificar a confiabilidade através da consistência interna do CBQ.
- Compreender as estratégias cognitivas e comportamentais que pessoas que sofreram queimaduras usam para lidar com sua situação.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura busca, através de evidência científica, auxiliar na compreensão dos objetivos do estudo, de forma a expor um panorama geral e para este estudo está organizada em três temáticas: queimadura, *coping* e aspectos emocionais relacionados à queimadura e instrumento em processo de adaptação transcultural *Coping with Burns Questionnaire - CBQ* .

Para tanto, a busca foi realizada nas principais bases de dados de pesquisa em saúde: Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS), *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED/MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *SCOPUS Info Site* , *Google Scholar web search* , livros, teses e dissertações realizada em abril de 2018, com revisões em maio de 2020 e março de 2021, com os descritores *burn, rehabilitation, emotional aspects* . Foi utilizado o operador booleano AND, não foram utilizados filtros, a fim de auxiliar na construção do texto.

3.1 QUEIMADURA

A queimadura pode ser um dos traumas mais graves que uma pessoa pode experimentar com efeitos devastadores, trazendo consequências à saúde física, mental e social (PHTLS, 2017). Mundialmente, cerca de 450 mil pessoas recebem tratamento para queimadura por ano (TIMOTHY et al, 2019), sendo que 180 mil não sobrevivem (WHO, 2018).

A ocorrência de queimaduras fatais tem maior incidência em países em desenvolvimento e de baixa renda, relacionada aos fatores econômicos e sociais (SMOLLE et al. 2017). A causa, das lesões, é distinta entre países e comunidades, dependendo de fatores como: maneiras pelas quais os alimentos são preparados, sistemas de aquecimento utilizados, ambientes industriais e condições gerais de vida relacionadas, por exemplo, a habitação e recursos econômicos (QTAIT; ALEKEL et al. 2019).

Representam a quarta causa de morte por trauma na população geral e 72% acontecem em incêndios residenciais, em crianças de um a quatro anos de idade é a segunda causa de morte acidental (TIMOTHY et al, 2019). No Brasil, estudo de revisão de literatura caracteriza as lesões por queimaduras, em sua maioria, em pessoas do gênero masculino, com lesões de 2º grau, de etiologia térmica, tendo os membros superiores e tronco as áreas mais afetadas, no sexo feminino é o mais acometido por mortalidade (SOUZA et al. 2019).

Trata-se de lesões traumáticas na pele ou outros tecidos, causadas por trauma térmico, químico, elétrico, radioativo e atrito (WHO, 2018; ZHENG et al. 2019). Aproximadamente

86% das queimaduras são térmicas, 4% são elétricas, 3% são queimaduras químicas e 7% outros tipos de queimaduras (SCHAEFER et al, 2019). A queimadura causa a desnaturação das proteínas dos tecidos e leva a uma alteração no tegumento até a destruição total dos tecidos envolvidos, podendo atingir a pele, maior órgão do nosso corpo, além de camadas mais profundas como tendões e ossos (PHTLS, 2017).

A perda da função de barreira da pele e, conseqüentemente perda de função da manutenção termorregulação e hemorregulação, física-química e imunobiológica, proteção mecânica, equilíbrio hidroeletrólítico, sensibilidade e percepção são ocasionadas pela queimadura (PHTLS, 2017; FORTES; SUFFREDINI, 2014; MOSER; PEREIRA; PEREIRA, 2013) e mesmo após a recuperação, pode ocorrer perda de sensibilidade, transpiração, secreção de sebo e elasticidade da pele (IRION, 2012).

A maioria das queimaduras são pequenas e classificadas como leves, sendo o principal sintoma a dor. Nesses casos, o tratamento é o cuidado com a ferida e controle da dor. São classificadas como grave, queimaduras extensas e profundas e a abordagem deve seguir a mesma para pacientes traumatizados (TIMOTHY et al, 2019; PHTLS, 2017).

A abordagem deve ser sistêmica, mantendo vias aéreas desobstruídas, em casos de incêndios, o monóxido de carbono presente na fumaça, pode provocar o estreitamento da traqueia pelo edema da mucosa e deve ser avaliada a necessidade de intubação e nebulização, sendo que acima de 20% da superfície corporal queimada recomenda-se oferta de oxigênio. Queimaduras circunferenciais torácicas requerem escarotomia imediata, pois podem endurecer e se contrair. A avaliação de déficit neurológico, retirada de roupas e joias, resfriamento da lesão junto com o controle de hipotermia se faz necessária no atendimento imediato à vítima de queimadura (PHTLS, 2017).

O resfriamento deve acontecer somente na área afetada ser com água em temperatura ambiente (12-18°C), por tempo médio de 20 minutos, sendo no mínimo 10 minutos e no máximo uma hora. O benefício do resfriamento acontece em até 3 horas e resultam no alívio da dor, diminuição da formação de edemas, redução da taxa de infecção e aprofundamento da lesão, cicatrização mais rápida, menor necessidade de enxertia, diminuição das cicatrizes e da mortalidade (PHTLS, 2017).

A hidratação deve acontecer imediatamente e dias subsequentes, seja por via oral e/ou endovenosa, evitando o choque hipovolêmico e, para isso, as fórmulas de *Parkland* e de *Brooke* modificadas que se baseiam na superfície corporal queimada (SCQ), podem ser utilizadas (PECHARA, 2019). O cálculo da SCQ mais utilizado é a regra dos “9” de Wallace, sendo

determinante para calcular o volume correto a ser utilizado na reposição volêmica (CUNHA *et al.* 2016).

O *Pré Hospital Trauma Life Support* (PHTLS) classifica profundidade da queimadura em superficial, espessura parcial superficial ou profunda, espessura total e quarto grau. A queimadura superficial atinge a epiderme, apresenta vermelhidão, seca, sem bolha, é dolorosa e requer hidratação com maior atenção para crianças e idosos, geralmente entre dois e cinco dias ocorre a descamação e não deixa cicatriz. A queimadura de espessura parcial superficial ou profunda atinge a epiderme e partes da derme, apresenta flictenas — se superficiais: flictenas róseas, úmidas e dolorosas com folículo piloso preservado, — se profunda: flictena branca, seca, indolor e atinge folículo piloso, em média demora 2 a 3 semanas para melhorar e pode deixar cicatriz. A queimadura de espessura total atinge a epiderme e toda a derme, apresenta-se seca, branca, rígida, couraça, casos graves apresenta aparência chamuscada, pode apresentar dor relacionada às terminações nervosas, risco de morte e incapacidades instalada, requer remoção cirúrgica e intensiva reabilitação. A queimadura de quarto grau atinge epiderme, derme, tecido subcutâneo, ossos ou até órgãos internos, é indolor, semelhante e/ou mais grave que a queimadura de espessura total, ocorre chamuscamento da pele e visível trombose dos vasos sanguíneos (PTLS, 2017).

A gravidade de uma lesão por queimadura depende de fatores, como área de superfície corporal afetada, profundidade de lesão, idade da vítima, lesões ou doenças associadas, agente causador e da localização da lesão (PHTLS, 2017; MS, 2012). Por exemplo, se a área afetada for uma ou ambas as mãos são consideradas lesão grave e deve ser tratada em centro especializado (OLIVEIRA; FERREIRA, 2017). Queimaduras por inalação, imediatamente, são consideradas graves e se concomitante a pessoa for idosa, aumenta consideravelmente a mortalidade e a morbidade do caso. Outro exemplo são queimaduras profundas (dérmica profunda, espessura total e subdérmica) que requerem cirurgia e cobertura da pele com consequente aumento de tempo de hospitalização. Nesse caso, o paciente apresenta um risco aumentado de infecção da lesão e sepses durante o período de cicatrização (PHTLS, 2017; SBQ, 2018).

O atendimento correto e precoce da pessoa que sofre queimadura diminui a mortalidade, morbidade e tempo de internação, é a partir desse momento que inicia o **processo de reabilitação da queimadura**.

Segundo o Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2017), a reabilitação é um processo que envolve um conjunto de intervenções, na busca de melhorar o funcionamento e reduzir a

dependência originada pela condição de saúde/doença e seu ambiente de vida, buscando maximizar o potencial nas atividades de vida, em todos seus aspectos. Assim, a abordagem multiprofissional (CHEN *et al.* 2015) e interdisciplinar (GONÇALVES, 2016) deve ser a escolha para o processo de reabilitação, destacando a enfermagem como elemento indispensável (CORDEIRO *et al.* 2018).

Em estudo com objetivo de conceituar Enfermagem em Reabilitação para o contexto brasileiro, os autores trazem como atributos essenciais da profissão cuidar, gerenciar, educar e dar suporte emocional, tanto para a pessoa quanto para sua família (DANTAS, 2019). De forma geral, o processo de reabilitação da pessoa que sofreu queimadura envolve recuperação de atividades da vida diária, aspectos psicológicos, familiares, preparo para alta hospitalar, para cirurgias reparadoras, ou seja, envolve um período crítico que pode perdurar por um ano, lidando com situações estressoras que afetam de maneira elevada o estado emocional (GONÇALVES, 2016).

Esse processo deve iniciar com abordagem antecipada, prevenindo maiores complicações, por exemplo, contraturas, disfunções, desfigurações através de cuidados adequados com curativos, evitando infecções, uso da malha compressiva para auxiliar o processo de cicatrização, creme hidratante e protetor solar, e ainda os aspectos emocionais (estresse pós-traumático, depressão, ansiedade) com acompanhamento psicológico e apoio social (CHEN *et al.* 2015).

As diretrizes para reabilitação de pessoas que sofreram queimaduras, na China, orientam que é preciso estabelecer metas de reabilitação a curto e longo prazo. As metas a curto prazo estão relacionadas a manter e aumentar gradualmente a amplitude de movimento nas áreas não lesionadas e lesionadas, reduzir o edema e a dor, melhorar a força e resistência muscular, prevenir a contratura e minimizar a formação de cicatrizes. Por sua vez, as metas a longo prazo visam melhorar a amplitude de movimento e a força muscular, aumentar ainda mais a capacidade de exercício, a flexibilidade, a coordenação e restaurar a capacidade de locomoção. Ao final, o paciente pode restaurar suas habilidades para a sua condição antes da lesão, com retorno à família e à sociedade de maneira que realize independente suas atividades de vida diárias, estudando e trabalhando, com aparências estéticas melhores e melhor adaptação psicológica (CHEN *et al.* 2015).

A abordagem psicológica no processo de reabilitação é fundamental para a pessoa que sofreu queimadura. Por vezes, os aspectos emocionais, tão graves quanto os aspectos físicos, nem sempre tem diretrizes tão bem estabelecidas para o início do processo de reabilitação. É o caso do *International Society for Burn Injuries* – ISBI que em suas diretrizes de 2016, traz

direcionamento bem definidos para aspectos físicos e nutricionais e não traz de maneira específica os aspectos emocionais que devem ser abordados em cada fase da reabilitação. Contudo, estudo desenvolvido na China, de abordagem qualitativa, com profissionais de reabilitação, enfermeiros, médicos, cuidadores e pessoas que sofreram queimadura buscou avaliar os serviços de saúde mental que atendiam esses pacientes. Esse estudo demonstra interferência nos aspectos sociais, econômicos e culturais, por exemplo, crença das pessoas, atrelada a falta de conhecimento sobre saúde mental, estereótipos de doença mental (REN *et al.* 2018). O estudo propõe que os aspectos de saúde mental para essa população devem ser atrelados aos determinantes sociais, econômicos e culturais subjacentes a assistência de saúde mental (REN *et al.* 2018).

Outro estudo de revisão de literatura, com objetivo de verificar o cuidado de enfermagem à pessoa adulta que sofreu queimadura para a sustentação da decisão clínica, mostra que a enfermagem tem como foco a manutenção das estruturas e funcionalidade do corpo, controle da dor, áreas doadoras e receptoras, estabilidade clínica e que no domicílio, as intervenções estão voltadas ao aumento da força e tônus muscular, equilíbrio do paciente, restabelecendo a funcionalidade e diminuindo sequelas físicas e motoras (PINHO *et al.* 2017).

É sabido que queimadura ocasiona muita dor, sequelas irreversíveis, transtornos emocionais tanto ao paciente quanto para sua família e, nesse contexto, é indispensável uma assistência de enfermagem adequada e contínua, não se limitando à assistência tecnicista, mas sim com abordagem multidimensional (OLIVEIRA; MOREIRA; GONÇALVES, 2012) e voltada para os aspectos emocionais.

3.2 *COPING* E ASPECTOS EMOCIONAIS RELACIONADOS À QUEIMADURA

Pessoas que sofrem queimaduras podem apresentar importantes alterações emocionais, em relação ao restante da população (FREITAS *et al.* 2020) e para os profissionais de saúde identificarem esses aspectos, exige conhecimento específico dos fatores, que vão além da gravidade da queimadura e influenciam o cuidado (RODRIGUES *et al.* 2019; AZEVEDO; CREPALDI, 2019). Tais fatores como personalidade, respostas de *coping*, resiliência, gênero, visibilidade das cicatrizes, apoio social pode afetar os aspectos emocionais (WILLEBRAND *et al.* 2003; YING; PERTRINI; XIN, 2013; AZEVEDO; CREPALDI, 2019).

O estresse e *coping* são conceitos que aparecem lado a lado nas pesquisas envolvendo queimaduras e aspectos emocionais (DAHL *et al.*, 2016; BOSMANS, 2015; HOBBS, 2015). Trata-se de um dos vários dualismos entre polos positivos (*coping*) e negativos (estresse) na

vivência de acidentes por queimaduras. O estresse tem sido reconhecido como um aspecto inevitável da condição humana e é o *coping* que faz a diferença nas reais consequências do mesmo. Em estudo que teve como objetivo descrever o estresse e estratégias de *coping* da equipe de enfermagem atuante em um serviço referência às pessoas que sofreram queimadura, autores apontam que os profissionais de saúde utilizam estratégias de *coping* para administrar as situações estressoras e que o *coping* focado no problema é mais utilizado do que as respostas de evitação, considerando um ponto positivo da equipe (ANTONIOLLI *et al.* 2017).

Autores têm investigado as consequências do estresse, com certa ênfase nos comportamentos de *coping*, que podem aliviar os aspectos negativos dessas situações. Destacam que pessoas que sofreram queimadura, o estresse está relacionado ao diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático, que é uma psicopatologia importante para pacientes com esse trauma, pois pode afetar os resultados físicos e a sua qualidade de vida (HOBBS, 2015).

Em revisão integrativa, os autores identificaram que a atribuição de culpa, a capacidade de perdão, o evento como desastre ou não desastre, consumo de álcool e resposta emocional, após a vivência traumática, influenciam o risco de desenvolver o quadro de estresse pós-traumático em paciente que sofreram queimaduras (HOBBS, 2015).

Ainda, em outro estudo, em que 36 pessoas sofreram queimaduras, foram acompanhadas por um ano e avaliadas quanto ao estresse pós-traumático, insatisfação com imagem corporal e *coping*. Os autores identificaram que metade dos pacientes acompanhados tiveram risco de desenvolver estresse pós-traumático nesse período. Por esse motivo, a utilização de instrumentos de medida que possam identificar fatores previsíveis de complicações psicológicas deve ser adotada nesses pacientes (DAHL *et al.* 2016). Uma vez que a detecção precoce permitiria o planejamento de cuidados direcionados à melhoria das alterações manifestadas, a partir da queimadura.

O manejo precoce da dor em pessoas que sofreram queimaduras também tem influência direta nos níveis de ansiedade que, conseqüentemente, compromete a evolução da condição clínica do paciente, interferindo no limiar de dor suportado, prolongando o tempo de hospitalização, atrasando o processo de cicatrização da lesão e contribuindo para o desenvolvimento de dor crônica, parestesias, disestesias e desordens psíquicas futuras (COSTA *et al.* 2019). Estudos de revisão sistemática realizado entre 2012 e 2017, com práticas alternativas associadas ao manejo da dor e, conseqüentemente, ao ciclo dor-ansiedade trazem a musicoterapia, dispositivos tecnológicos como a realidade virtual, massagens aromáticas e aromaterapia, hipnose, terapia relaxante como práticas comprovadas no manejo da dor e ansiedade (COSTA *et al.* 2019).

Outro aspecto emocional de grande impacto, é a qualidade de vida e todo o esforço de prevenção de agravos que estão intimamente relacionados à busca pela melhora dela. E como em outras condições crônicas, a vivência da queimadura interfere no desempenho dos papéis sociais dentro da família e sociedade, e indivíduos que não conseguem retomar a rotina de vida diária podem apresentar avaliação negativa da qualidade de vida (MORAES *et al.* 2016).

Estudo transversal com 71 pacientes queimados, atendidos em ambulatório, avaliou a qualidade de vida por meio da aplicação da *Burn Specific Health Scale-Revised* (BSHS-R). Os resultados da pesquisa permitiram identificar que a queimadura afeta de forma consistente a qualidade de vida da pessoa, principalmente com relação a aspectos da imagem corporal, afeto e sensibilidade da pele. Os autores concluem que a qualidade de vida afeta diretamente a reabilitação do paciente com sequelas (estéticas e/ou funcionais). Assim, é necessária a incorporação da análise da qualidade de vida das pessoas que sofreram queimaduras, não só no tratamento emergencial, mas também durante o seguimento ambulatorial dos mesmos (MORAES *et al.* 2016).

Outro estudo transversal aplicou o mesmo instrumento, *Burn Specific Health Scale-Revised* - BSHS-R, em uma amostra de 107 pessoas queimadas em ambulatório no Sul do Brasil. O objetivo foi avaliar a qualidade de vida e determinar as relações entre as variáveis sociodemográficas, história de queimaduras e os domínios do BSHS-R. Os resultados relacionados negativamente a qualidade de vida foram habilidades funcionais simples, que afetam, principalmente pessoas idosas e donas de casa, afeto e imagem corporal essencialmente em pessoas do sexo feminino, retorno ao mercado de trabalho e relacionamentos interpessoais. Com isso, os autores concluíram que considerar os determinantes sociodemográficos como local de ocorrência do trauma, sexo, ocupação e local de residência têm o maior efeito na determinação da qualidade de vida das pessoas que sofreram queimaduras (CABULON, 2015).

Estudo semelhante desenvolvido no Estados Unidos teve como objetivo avaliar as estratégias de *coping* e os índices de qualidade de vida relacionada à queimadura com 83 pessoas que sofreram queimaduras. Essa pesquisa concluiu que a intervenção focada na redução do sofrimento psicológico relacionadas à imagem corporal, auto culpa e auto distração tem potencial de aumentar a qualidade de vida entre pessoas que sofrem queimaduras (ROTHMAN *et al.* 2016).

Estudo longitudinal desenvolvido, no Brasil, com o objetivo de avaliar as mudanças sobre a percepção da qualidade de vida de pessoas que sofreram queimaduras ao longo do processo de reabilitação, adultos foram avaliados entre o 4º e 6º mês e 9º e 12º mês após a alta hospitalar, de acordo com o sexo, superfície corporal queimada e visibilidade das cicatrizes.

Autores concluíram que a fase tardia apresenta melhor qualidade de vida que a fase precoce, principalmente, no que diz respeito a questões relacionadas a aspectos físicos e emocionais. (ECHEVARRÍA-GUANILO *et al.* 2016).

Na China, em estudo desenvolvido com 92 pessoas, sendo 56 do sexo masculino e 36 do sexo feminino, autores aplicaram a *Burn Specific Health Scale-Revised* - BSHS-R e o *Coping with Burns Questionnaire* – CBQ com o intuito de investigar a qualidade de vida e *coping* de pessoas que sofreram queimadura. Autores apontaram que as mulheres eram mais sensíveis às relações com a família após a alta, com tendência a sintomas depressivos. Para as mulheres, o apoio emocional foi mais importante do que para os homens (YING; PERTRINI; XIN, 2013).

A qualidade de vida e o apoio social se apresentam como grandes aliados nesse processo de recuperação, tendo em vista que a queimadura é um importante trauma físico e emocional que o ser humano poderá sofrer ao longo de sua vida. O estudo de Cabulon (2015) afirma que o apoio social é uma variável com aspectos relacionados à qualidade de vida em relação a satisfação pessoal, a autoestima, aceitação das limitações, a importância do ser membro de uma família e/ou de grupo social.

O apoio social auxilia na recuperação de pessoas que sofreram queimaduras, deixando-as mais otimistas e com pré-disposição para enfrentar o trauma. Além disso, outro achado relevante é que estímulos para participar de grupos de redes sociais favorecem a melhora no pós-trauma (BAILLIE; SELLWOOD; WISELY, 2014; DE MORAES; MARCOLAN, 2019).

No Paquistão, em estudo desenvolvido com 343 pessoas que sofreram queimaduras, com o objetivo de investigar o apoio social e seus determinantes biopsicossociais, por meio da aplicação do instrumento *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* - MSPSS, os autores identificaram que o apoio social que se manifesta com maior intensidade é vindo da família. O gênero masculino, a etnia *Punjabi*, o maior nível de escolaridade, maior área de queimadura, a busca de cirurgia reconstrutiva e a alta resistência do ego seriam fatores preditores positivos de apoio social geral. Já, entre os preditores negativos de apoio social geral estariam incluídos o conflito conjugal, emprego e filhos. A extensão da deficiência relacionada à queimadura, a ocorrência de complicações relacionadas à queimadura e a experiência de queimadura por agressão não foram significativamente correlacionadas com o suporte social percebido. O estudo também revela marginalização, principalmente com mulheres, minorias, pessoas com deficiência e com doença psiquiátrica prévia, o que torna mais evidente a necessidade de estudar essa variável em pessoas que sofreram queimaduras (WAQAS *et al.* 2017).

No Brasil, as pessoas com queimaduras enfrentaram isolamento social, desemprego, pressão familiar e pobreza. Isso leva à dificuldade em lidar com as relações e diminui a participação da vítima na sociedade (ALTAF; MAQSOOD; SHAH, 2014).

A pessoa que sofreu queimadura precisa enfrentar um processo difícil e de alto custo de reabilitação, diante disso, é importante destacar que em países em desenvolvimento e entre pessoas de baixa e média renda, o financiamento governamental tem o dever de facilitar os "grupos de apoio à queimadura", incentivando os participantes a compartilhar suas experiências, a discutir estratégias de recuperação diária, incentivando e distribuindo apoio para essas pessoas. Assim, devido a sua importância, o apoio social deve fazer parte das políticas públicas, principalmente em países onde pessoas que sofrem queimaduras são mais negligenciadas (ALTAF; MAQSOOD; SHAH, 2014).

Para finalizar, enfatiza-se que as equipes de enfermagem podem ajudar as pessoas sobreviventes de queimadura a identificar o sofrimento mental e as necessidades de gerenciamento do estresse no processo de adaptação psicológica de longo prazo. Em estudo longitudinal de três anos, em que contou com 484 jovens sobreviventes de queimadura, pesquisadores investigaram as reações psicológicas de longo prazo e o processo de resiliência desses sobreviventes de queimaduras no ambiente comunitário. Concluíram que o *coping* e a resiliência podem ser influenciados pelos profissionais de saúde, os quais permanecem atentos aos aspectos negativos, tais como, efeito rebote de ansiedade ou sintomas relacionados ao estresse, levando a automedicação de substâncias, isolamento, depressão durante o processo de dois anos de recuperação (WU *et al.* 2020).

Em outro estudo, que avalia a resiliência pós-trauma de queimadura, foram apontados como fatores de proteção internos, a esperança, a sinceridade, a vontade, a crença e a curiosidade; e fatores externos como relacionamento mútuo, qualidade do cuidado, apoio, compartilhamento, compromisso e intimidade auxiliam no processo de desenvolvimento da resiliência (JING *et al.* 2020). Diante do exposto, entende-se que é de extrema importância atentar para os diferentes sintomas percebidos, por exemplo: a percepção da imagem corporal, as estratégias de *coping*, as avaliações sobre o apoio social e o comportamento de automonitoramento em situações sociais e explorar os fatores que podem promover um melhor ajustamento psicológico da pessoa que sofreu queimadura.

A resiliência aparece em estudos relacionado aos descritores de *coping*, adaptação psicológica, no entanto, são conceitos distintos e que se complementam (RICE; LIU, 2016). Resiliência é uma adaptação positiva após situações estressantes e representa mecanismos de enfrentamento e superação de experiências difíceis, ou seja, a capacidade de uma pessoa se

adaptar com sucesso à mudança, resistir ao impacto negativo dos estressores e evitar a ocorrência de disfunções significativas. A resiliência pode ser fortalecida e contribuir com os avanços de saúde da pessoa. Pessoas resilientes tendem a ser otimistas (MANDIÛ; PAVLOVIÛ, 2020) e pessoas mais otimistas utilizam mais estratégias de *coping*.

3.3 *COPING WITH BURNS QUESTIONNAIRE* – CBQ: INSTRUMENTO EM PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Com a intenção de realizar uma aproximação com avaliação de *coping* por instrumento de medida em pessoas que sofreram queimaduras publicados na literatura científica, optou-se em realizar uma revisão sistemática da literatura apresentada neste estudo como manuscrito 1, o qual aponta o CBQ como o único instrumento específico que avalia *coping* em pessoas adultas que sofreram queimaduras.

O processo de adaptação física e psicológica após a queimadura é afetado tanto por fatores internos e externos relacionados à pessoa. Para a maioria das pessoas que sofreram queimaduras, as dificuldades diminuem durante o primeiro ano após o trauma, e o uso do *coping* é um fator potencialmente importante no processo de adaptação, pois contribui para as diferenças nos sintomas percebidos (WILLEBRAND *et al.* 2001).

Levando em consideração a complexidade desse processo de recuperação e a importância do *coping* em pessoas que sofreram queimaduras, Willebrand e colaboradores em 1997, basearam-se na teoria de *coping* de Folkman & Lazarus (1985), em estudos relacionados à ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, depressão, estratégias de evitação, atividades sociais, resiliência e experiências no atendimento às pessoas que sofreram queimaduras na Unidade de Queimados do Hospital Universitário de em Uppsala, para o desenvolvimento do *Coping with Burns Questionnaire*. Inicialmente, a construção da escala teve inspiração no *Revised Ways of Coping Checklist* (FOLKMAN; LAZARUS, 1985), agora chamado de *Ways of Coping Questionnaire* (SCHWARZER; SCHWARZER, 1996) e *Brief COPE* (CARVER, 1997), sendo selecionados itens considerados relevantes em pesquisa sobre trauma ou estado de saúde.

O instrumento foi desenvolvido na Universidade de Uppsala/ Suécia e está disponível no idioma inglês (WILLEBRAND *et al.* 2001), sendo o único instrumento de medida autorrelatado específico para avaliar *coping* em pessoas que sofreram queimaduras, conforme descrito no manuscrito de revisão sistemática acima.

A Unidade de Queimados do Hospital Universitário de Uppsala é uma das duas unidades especializadas a nível nacional. Atende principalmente o Norte da Suécia com uma população de aproximadamente três milhões de habitantes. A concentração de pessoas com queimaduras graves de uma área geograficamente definida oferece uma oportunidade para abordar questões importantes relativas à saúde e resultados a longo prazo. Ao longo dos anos, cirurgias plásticas e gerais expressavam suas frustrações em relação aos pacientes insatisfeitos apesar de bons ou excelentes resultados, o que indicava que abordagens tradicionais objetivas não eram suficientes para avaliar o resultado após a queimadura ou cirurgia reparadora. A questão central de como a vida é percebida pela pessoa estava em déficit na avaliação. Essa conclusão surgiu pelo fato de que algumas pessoas com deficiências graves lidavam bem suas vidas, enquanto outros, com apenas pequenos danos residuais, experimentaram um impacto enorme na sua situação de vida (KIDAL, 2003).

Diante da indagação de como o comportamento anterior à ocorrência da queimadura, tais como: traços de personalidade e estratégias individuais de *coping* contribuem para o ajuste pós-trauma, iniciou-se um estudo de coorte de ex-pacientes internados na Unidade de Queimados do Hospital de Uppsala, durante o período de 1980 até 1995, tendo como um dos objetivos o desenvolvimento do instrumento de avaliação de *coping* para pessoas que sofreram queimaduras. Foram incluídas pessoas com idade de 15 ou mais no momento do acidente; e ou superfície corporal queimada de 10% ou mais; e ou internados para tratamento por mais de sete dias. Esses pacientes receberam, via correio, um envelope pré-pago, contendo questionário de 35 itens dos quais o CBQ seria derivado. Nessa etapa, 223 pessoas receberam o formulário e um mês após o envio foi enviado um lembrete. Vinte participantes responderam formulários incompletos e foram contatados por telefone para preenchimento verbal, sendo que com seis pessoas, não foi possível esse acesso e, portanto, foram excluídos; 50 pessoas não retornaram, um era inacessível pelo endereço e quatro eram falecidos. Dois dos 35 itens obtiveram fator muito baixo e foram omitidos, deixando 33 itens na versão final do CBQ. Durante o processo de construção do instrumento, os itens que medem sentimento de culpa e desgaste comportamental não foram incluídos devido a potencial sobreposição entre os itens de bem-estar emocional (WILLEBRAND *et al.* 2001). Assim, o instrumento foi desenvolvido e projetado para medir o *coping* após a alta hospitalar em pessoas que sofreram queimaduras.

Para a validação do instrumento de medida foi incluída uma amostra de 162 pessoas que sofreram queimaduras vinculadas à mesma unidade já descrita. Os sujeitos foram instruídos a lembrar a época em que receberam alta hospitalar e os problemas que enfrentaram e o quanto usaram as estratégias descritas em cada item. Essa abordagem expressa à pessoa, como

participante do processo, mede realmente as estratégias de *coping* que a pessoa utilizou no momento do acidente. Foi aplicado também a *Burn Specific Health Scale -Revised* (BSHS-R) com 14 itens que mede o estado de saúde e bem-estar da pessoa.

A análise fatorial dos componentes principais foi avaliada pela rotação ortogonal (Varimax) para examinar a estrutura fatorial do CBQ. O limite para cargas fatoriais foi definido em 0,40 para considerar o item importante. Inicialmente, 35 itens foram propostos no estudo e após análise 33 contemplam a versão final, sendo contemplados em seis subescalas apresentadas, a seguir:

Subescalas proposta no CBQ e itens correspondentes:

- **Otimismo/Resolução de problemas** – é definido como esforços para confrontar e resolver um problema (08 itens: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11).

01 Quando eu sentia dor ou tinha dificuldades, eu me concentrava em fazer algo para resolver o problema imediatamente.

02 Eu me convencia de que minha dor, minhas cicatrizes ou outros problemas aliviaram com o tempo.

04 Quando eu tinha dificuldades por causa da minha queimadura, eu dobrava meus esforços para superá-las.

05 Eu tentei ver o lado positivo da minha situação.

07 Eu fiz alguns ajustes na minha rotina diária por causa das dificuldades relacionadas à queimadura.

08 Eu não deixei que os problemas causados pela queimadura me afetassem muito.

09 Eu disse para mim mesmo que poderia superar minhas dificuldades.

11 Eu desenvolvi uma estratégia que me ajudaria a fazer o que eu quisesse, apesar da minha queimadura.

- **Busca por apoio emocional** – visa medir as tentativas de ganhar apoio emocional e instrumental de outras pessoas. Está relacionado a uma avaliação positiva de *coping* (03 itens: 3, 13, 20).

03 Eu tentei estar junto a outras pessoas.

13 Eu procurei apoio emocional de outras pessoas.

20 Eu contei para outras pessoas sobre o acidente, o tempo no hospital ou os problemas que enfrentei após a alta.

- **Evitação/ Prevenção** – Consiste em itens que refletem os esforços cognitivos e comportamentais para desviar a atenção de dificuldades ou lembranças da queimadura (07 itens: 6,10, 14, 15, 16, 19, 25).

06 Eu desejei que os problemas desaparecessem ou que de alguma forma eles acabassem

10 Eu me distraía/espairecia para lidar com meus problemas.

14 Eu pensei em como mudei como pessoa por causa do acidente.

15 Eu evitei atividades que me interessavam antes de me queimar.

16 Eu usei bebida alcoólica, cigarro/fumo ou outras drogas para lidar com meus problemas.

19 Eu evitei o convívio com outras pessoas por causa da minha queimadura.

25 Eu desejei que algo inacreditável acontecesse e resolvesse meus problemas.

- **Reavaliação/ Ajuste** – é caracterizada quando o paciente percebe seletivamente informações positivas sobre a queimadura, os sintomas presentes e o futuro e isso pode levar a *coping* focalizado no problema (08 itens: 17, 18, 22, 23, 24, 27, 29, 30).

17 Eu pensei nas coisas que são realmente importantes na vida.

18 Eu olhei para o acidente ou para as minhas dificuldades de outra perspectiva para fazê-los mais suportáveis.

22 Eu evitei pensar muito sobre minhas dificuldades.

23 Eu fiz/mudei algumas coisas para me sentir melhor.

24 Eu disse coisas para mim mesmo sobre o acidente e sobre meus problemas, a fim de me sentir melhor e mais positivo.

27 Eu mudei algo no meu estilo de vida para que eu pudesse ter uma vida satisfatória depois de tudo.

29 Eu me mantive ativo e voltado ao trabalho para esquecer minhas dificuldades por um tempo.

30 Eu fiz uso de minhas experiências do acidente e de ser queimado.

- **Autocontrole** – definido como contendo expressões de sentimentos que mantém distância aos problemas (03 itens: 12, 26, 31).

12 Eu não expressei meus sentimentos em relação ao acidente e à queimadura.

26 Quando me deparei com problemas por causa da minha queimadura, mantive meus sentimentos para mim mesmo.

31 Eu não deixei meus sentimentos sobre a queimadura afetarem outros aspectos da minha vida.

- **Ações instrumentais** - Definido como adaptação à situação atual através de implementação de mudanças concretas no estilo de vida, a partir da experiência de ser queimado e o engajamento em questões relacionadas a queimaduras (04 itens: 21, 28, 32, 33).

21 Eu me envolvi em algo relacionado ao que passei, por exemplo, segurança em incêndios, questões relacionadas ao paciente queimado e coisas semelhantes.

28 Eu pedi conselhos e ajuda para outras pessoas.

32 Para lidar com problemas devido a minha queimadura, eu elaborei e segui um plano de ação.

33 Eu procurei ajuda de alguém para conseguir mais informações sobre o acidente ou a queimadura.

Os itens são avaliados em uma escala Tipo *Likert* de quatro pontos onde 1 pontua “Não aplicável/ nem um pouco”, 2 “Até certo ponto”, 3 “Bastante” e 4 “Totalmente aplicável/ muito”. O resultado sugere que pessoas que sofreram queimaduras e que pontuam níveis mais baixos estão em maior risco de desenvolver transtornos ou dificuldades no processo de reabilitação e podem se beneficiar de técnicas para aumentar estratégias de *coping*, auxiliando no processo da qualidade de vida (WILLEBRAND *et al.* 2001).

Estudo de Braš *et al.* (2007), acompanhou 70 pessoas da Croácia, as quais foram avaliadas aos três, seis e 12 meses pós-queimadura e analisou a relação entre estratégias de *coping*, através do instrumento CBQ, níveis de ansiedade e depressão e aspectos clínicos na fase inicial do tratamento em pessoas que sofreram queimaduras. Os autores concluíram que estratégias de *coping* podem ser usadas na reabilitação, porque pessoas que sofreram queimaduras enfrentam adaptação a uma nova condição (física, estética, emocional, econômica, entre outras) durante um longo período. O estágio inicial pós-trauma de queimadura deve ser utilizado para investigar possibilidades que ajudarão nesse processo e instrumentos de medida podem ser de grande utilidade (BRAŠ *et al.* 2007). Ainda enfatiza que a análise dos padrões de *coping* deve ser explorada no início do tratamento, de modo a prevenir o desenvolvimento e a cronificação de transtornos psiquiátricos no curto e longo prazo (BRAŠ *et al.* 2007).

Os autores apontam como limitações do estudo, o fato de ser um estudo retrospectivo, onde os resultados dependeram da lembrança das pessoas e estratégias podem ter sido não mencionadas. Outro apontamento dos autores, considerando um ganho se o fato de avaliar as

estratégias de enfrentamento fosse em associação com a visita à unidade/ ambulatorios de queimados. O intervalo entre a alta e a avaliação de *coping* foi um tempo bastante longo não permitindo que os autores fizessem análises de casuísticas. Ainda consideram importante explorar a presença de estratégias de *coping* relacionadas à adaptação física, uma vez que sintomas físicos estão presentes, mesmo após anos da queimadura (BRAŠ *et al.* 2007).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desta tese está organizado em 1) Referencial teórico-conceitual onde descreve o conceito de *coping* e, 2) Referencial teórico-metodológico que embasa o método utilizado para o desenvolvimento do processo de adaptação transcultural.

4.1 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

Apesar de diversos estudos terem sido desenvolvidos com essa temática, no Brasil, (PINHO *et al.* 2017; DONATTI *et al.* 2017; ALVAREZ *et al.* 2016; CASTRO *et al.* 2016; ANTONIOLLI *et al.* 2018), ainda não há um consenso em relação à tradução da palavra *coping* e não foi incorporada ao dicionário brasileiro. Conceitualmente, de maneira ampla, tem sido descrito como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para enfrentar circunstâncias adversas ou estressantes (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996).

Para este estudo, o conceito de *coping* basear-se-á na teoria de Lazarus e Folkman, que serviu de base teórica na criação do *Coping with Burns Questionnaire* - CBQ. Ainda, será utilizado o termo estratégias de *coping* corroborando com o referencial de Lazarus e Folkman, em que as estratégias são ações, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com o estressor (FOLKMAN; LAZARUS, 1980).

Em 1984, no livro *Stress, Appraisal and Coping*, os autores revelam o quanto as abordagens cognitivas relacionadas ao estresse, emoções, medicina psicossomática ou comportamental ganhavam atenção naquela época, se tornando os principais temas das teorias e pesquisas interdisciplinar. Surge então um marco relevante com preocupações que geram em torno do individual e coletivo, já que questões de estresse, *coping*, adaptação psicológica e fisiológica das situações representam um problema para as sociedades.

Para melhor compreensão do *coping* é preciso se dirigir primeiramente ao conceito de estresse. Assim, numa perspectiva cognitivista, estresse é conceituado como resultado de uma relação entre o sujeito e o meio ambiente, com ênfase no processo, que levam a pessoa a uma avaliação de ameaça, colocando em risco seu bem-estar, ou seja, um estímulo é estressor quando produz uma resposta comportamental ou fisiológica estressante gerada por uma demanda de dano, ameaça ou carga (LAZARUS E FOLKMAN, 1984).

A vertente que os autores se baseiam para conceituar *coping*, diz respeito a psicologia do ego onde *coping* é definido como pensamentos e atos realistas e flexíveis que resolvem

problemas e, portanto, reduzem o estresse. Nessa linha, embora o comportamento não seja ignorado, ele é tratado com menor importância do que a cognição. Sendo assim, *coping* baseia-se na perspectiva cognitiva e comportamental, que integra pessoa, ambiente e fatores situacionais, onde diante de uma situação de ameaça ou estressora, a pessoa interpreta o contexto e busca estratégia para enfrentar a situação. O *coping* refere-se às ações que ocorrem por meio desse processo e tem foco no problema ou na emoção (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Folkman e Lazarus consideram que existem três tipos de situação estressora que podem gerar estratégias de *coping*: 1) perda ou danos, a qual se refere a danos que já ocorreram; 2) ameaça, relacionada ao dano ou perda que ainda não ocorreu, mas é antecipado; e 3) desafio, que trata da oportunidade antecipada de ganho. O grau em que a pessoa experimenta o estresse psicológico, isto é, se sente prejudicado, ameaçado ou desafiado é determinado pela relação entre a pessoa e o ambiente naquele encontro específico. Assim, diante da situação estressora, a pessoa realiza dois processos principais: **Avaliação primária**, a qual trata de um processo cognitivo e emocional através do qual um evento é avaliado em relação ao que está acontecendo, e **Avaliação secundária**, que correspondem aos recursos e às opções de enfrentamento que se encontram disponíveis e são realizadas em resposta a avaliação do estresse, baseadas em quatro conceitos (LAZARUS; FOLKMAN, 1980):

- 1) *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente;
- 2) sua função é de administração da situação estressora, ao invés de controle ou domínio dela;
- 3) os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente da pessoa;
- 4) o processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente (FOLKMAN e LAZARUS, 1980).

Essas estratégias podem ser classificadas em duas categorias dependendo da sua função: *coping* focado no problema e *coping* focado pela emoção (FOLKMAN; LAZARUS, 1980; 1985):

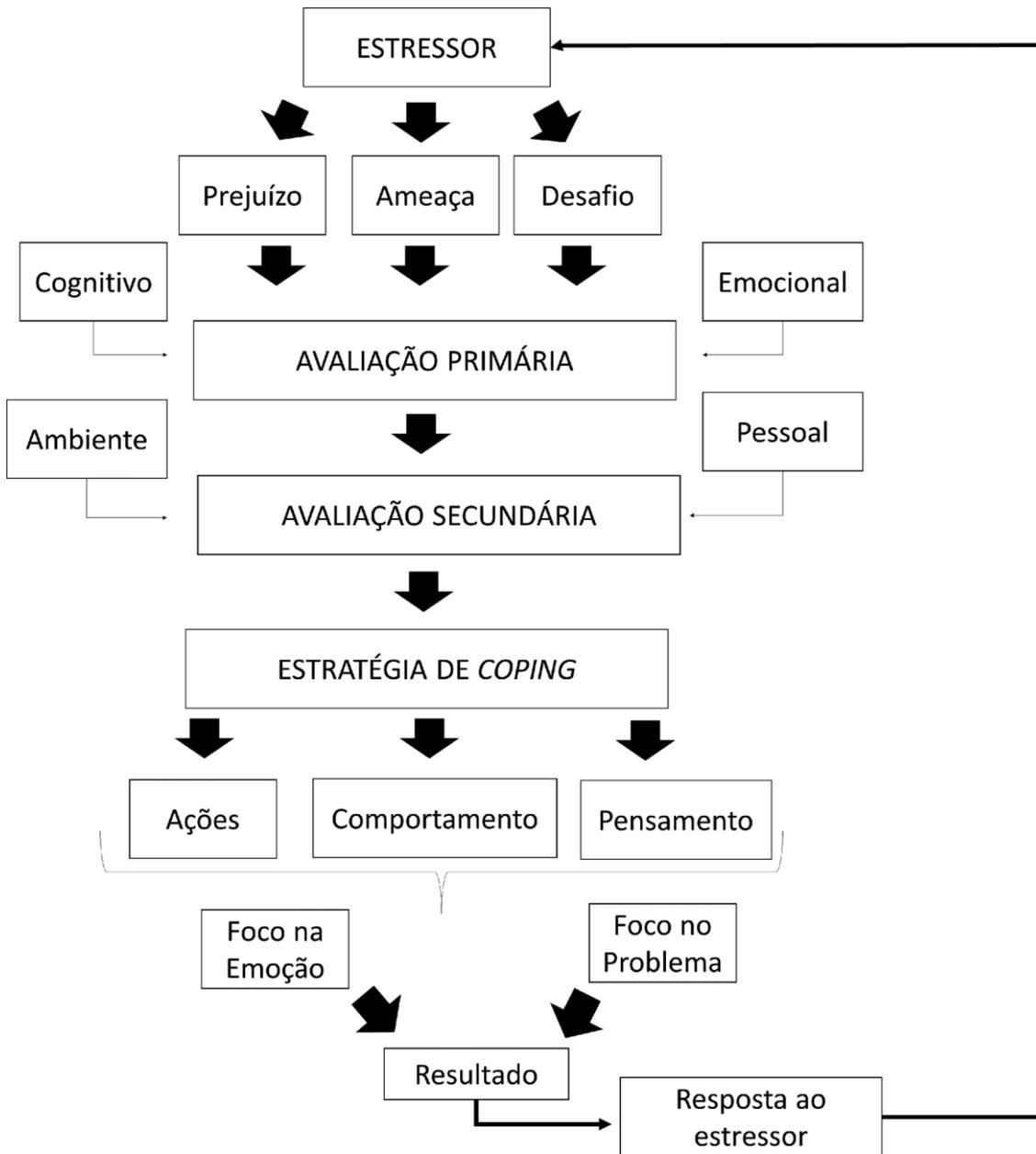
Coping focado pela emoção são as estratégias ou engajamento que têm por objetivo regular o estado emocional, a fim de amenizar ou reduzir a tensão emocional/sentimentos negativos causados pela situação estressora. Em relação à diminuição da aflição, angústia e sofrimento (*distress*), podemos citar estratégias de evitação, minimização, distanciamento,

significar positivamente eventos negativos. Em relação ao aumento do *distress*, citamos estratégias de engajamento a formas de autopunição. Destaca-se que certas estratégias são reavaliações e não necessariamente uma mudança da situação em si. Por exemplo: aumento do consumo de cigarros e outras drogas.

Coping focado no problema são estratégias que favorecem a atuação na situação que deu origem ao estresse modificando tal situação, ou seja, busca resolver o problema existente entre o indivíduo e ambiente causador do estresse, diminuindo seu impacto, como solução de problema e planejamento. A estratégia pode ser direcionada para uma fonte interna que inclui estratégias que almejam a reestruturação cognitiva da pessoa redefinindo a situação estressora, ou fonte externa aonde as estratégias são voltadas para o exterior da pessoa, como por exemplo, solicitar ajuda de outras pessoas para resolver o problema.

Tanto as estratégias de *coping* focado pela emoção e como àquelas focadas no problema podem variar em diferentes situações estressoras ou diferentes momentos da vida (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). As duas classificações geralmente ocorrem simultaneamente e embora sejam de fácil distinção, seus efeitos podem ser difíceis de serem separados. Ou seja, o enfrentamento focado pela emoção pode facilitar o enfrentamento focado no problema, removendo parte do sofrimento que pode dificultar os esforços focados no problema; da mesma forma, o enfrentamento com foco no problema pode tornar a ameaça menos proibitiva, diminuindo assim as emoções aflitas (LAZARUS; FOLKMAN, 1980; CARVER; SCHEIER, 1994) (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do processo de *coping*



Fonte: Elaborado pela autora. Florianópolis, 2021.

Ao considerarmos o *coping* como processo, é preciso analisar que cada pessoa pode ter uma avaliação (*appraisal*) distinta, ou seja, em situações semelhantes, as pessoas podem responder de maneira distintas ao estressor (ameaça, dano ou medo) resultando em estratégias mal adaptativas (por exemplo, fuga-esquiva) ou adaptativas (por exemplo, reavaliação positiva) (FOLKMAN, 2012).

Observa-se interesse entre os estudiosos da temática em buscar explicar as variações de estratégias de *coping* e não os conceitos propriamente ditos (BOSMANS *et al.* 2014;

BOSMANS *et al.* 2015; RIMMER, 2015; CARVER, 1997), isso devido aos fatores situacionais não serem capazes de explicar toda a variação das estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos. E mesmo após anos de pesquisas, ainda parece haver divergências na identificação e no processo de avaliação do *coping* (SEIDL *et al.* 2001) e outras estratégias vêm sendo referenciadas como religião, orientações para o futuro, suporte social (FOLKMAN, 2012).

A exemplo desse contexto, no Brasil, a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) foi objetivo de um estudo para investigar a estrutura fatorial com amostra composta por 409 adultos de ambos os sexos. Para essa análise 252 consideraram como estressor um problema atual que estivesse ocasionando estresse, enquanto 157 foram pessoas portadoras de enfermidades crônicas, que responderam à escala com base no problema de saúde que estavam apresentando. Por meio de rotação ortogonal, chegou-se a quatro categorias: estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, práticas religiosas/pensamento fantasioso e busca de suporte social (SEIDL *et al.* 2001).

4.2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O referencial teórico-metodológico deste estudo está baseado na vertente da Teoria Clássica dos Testes (TCT), seguindo os passos propostos por Beaton *et al.* (2007) com alterações na ordem de duas etapas (comitê de juízes e avaliação semântica) propostas por Ferrer *et al.* (1996). Como complemento a esse delineamento, a fundamentação de uma abordagem qualitativa, como suporte para o conhecimento sobre estratégias de coping, considera-se relevante, sendo apresentado, com parte complementar ao processo de adaptação e validação do CBQ.

4.2.1 Processo de adaptação transcultural

O processo de tradução e adaptação transcultural de instrumentos de medida em saúde segue as recomendações da psicometria, a qual fundamenta-se na teoria da medida em ciências para explicar o sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas e, propõe técnicas de medida dos processos mentais (PASQUALI, 2009).

Os instrumentos de medidas ou os testes autorrelatados representam atualmente, procedimentos cientificamente sofisticados para avaliar situações e auxiliar na tomada de decisões que garantem sobrevivência e autodesenvolvimento (PASQUALI, 2010). Seu uso

representa uma importante forma de avaliação objetiva dos fenômenos psicológicos (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013).

A psicometria tem duas vertentes: a Teoria Clássica dos Testes (TCT) e a Teoria de Resposta ao Item (TRI). Os conceitos abordados, no presente estudo, referem-se à Teoria Clássica dos Testes (*Classical Test Theory*), que se propõe explicar a soma das respostas dadas a uma série de itens, expressa no chamado escore total, ou seja, investigar o significado do resultado da pontuação para o sujeito (PASQUALI, 2009). A TRI é um método mais recente para avaliação da consistência interna de um instrumento. Esse método baseia-se em modelos probabilísticos sobre as respostas aos itens de um indivíduo de acordo com sua experiência relativa ao item, sua habilidade ou dificuldade para respondê-lo (nível de mobilidade, por exemplo) (PASQUALI, 2001; FAYERS; MACHIN, 2007; SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013). Ou seja, na TCT o interesse em produzir testes de qualidade, enquanto a TRI o interesse é na produção de tarefas (no formato de itens) de qualidade (PASQUALI, 2009).

Os principais métodos operacionais empregados para avaliar a validade e a confiabilidade — duas principais propriedades psicométricas dos instrumentos — foi fundamentada na TCT (SARTES; SOUZA-FORMIGONI; 2013).

A validade de um instrumento pode ser definida como sua aptidão de medir aquilo que se propõe medir. Já, a validade de construto se refere à capacidade do instrumento de efetivamente medir um conceito teórico específico (construto) seja este um processo psicológico ou uma característica dos indivíduos. A confiabilidade de um teste alude ao grau de concordância entre múltiplas medidas de um mesmo sujeito Inter e Intraindivíduos (SARTES; SOUZA-FORMIGONI; 2013).

Em se tratando de medida de construto específico em linguagem nacional temos duas opções, desenvolvendo uma medida ou modificando uma medida já existente em outro idioma, por meio do processo de adaptação transcultural para utilização de um instrumento em um novo país, nova cultura e/ou linguagem (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Para a segunda opção, requer uma metodologia que garanta a equivalência entre o instrumento original e o instrumento traduzido. Esse processo não pode ser apenas de tradução linguística, mas deve passar por um rigoroso método que mantenha a validade e a confiabilidade do conteúdo do instrumento para uso em diferentes culturas, ou seja, adaptação transcultural. O seguimento de passos rigorosos, orientará a construção de uma versão traduzida confiável e válida, capaz de medir com precisão aquilo que se propõe medir (BEATON *et al.* 2007).

Beaton e colaboradores (2007), sugerem a avaliação criteriosa da situação, na qual se pretende utilizar o instrumento, de forma que seja constatada, a real necessidade do instrumento, em questão, para passar pelo processo de adaptação transcultural (Quadro 3).

Quadro 3 – Cenários que identificam a necessidade de uma adaptação transcultural.

Necessidade de aplicação de um questionário, em uma nova população, a seguir descrita:		Resultado em uma mudança no (na)			Adaptação necessária	
		Cultura	Idioma	País de uso	Tradução	Adaptação Cultural
A	Uso na mesma população, sem mudança na cultura, idioma ou país onde se originou o questionário	—	—	—	—	—
B	Uso em imigrantes estabelecidos no país onde se originou o questionário	✓	—	—	—	✓
C	Uso em outro país, mesmo idioma	✓	✓	✓	—	✓
D	Uso em novos imigrantes, que não falam inglês, mas no mesmo país onde se originou o questionário	✓	✓	—	✓	✓
E	Uso em outro país e idioma diferente	✓	✓	✓	✓	✓

Fonte: Adaptado de Beaton *et al.* 2007. Tradução livre da autora. Florianópolis, 2018

No quadro 3, observa-se que a proposta de validação transcultural do CBQ é representada nos cinco critérios avaliados no item E, que dizem respeito à utilização de um instrumento em outro país e idioma diferente.

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) colocam que, para atender as necessidades de diferentes países que não usam o idioma inglês, o pesquisador tem a opção de desenvolver uma nova medida. Contudo, a construção de instrumentos é um processo bastante dispendioso, sendo então, o processo de adaptação transcultural mais viável. Ainda assim, a tradução literal de um instrumento não garante a confiabilidade e validade para o uso do instrumento e compromete a adaptação desejada (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Os instrumentos, em sua maioria, relacionados à saúde, estão disponíveis no idioma inglês. Diante disso, a opção de tradução, adaptação e validação de instrumentos, seguindo passos metodológicos garante a validação para uso com segurança na avaliação de medidas. O processo de adaptação cultural envolve a tradução direcionada a dois idiomas, a adaptação entre as culturas (BEATON *et al.* 2000) e a avaliação da qualidade de medida (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Esse processo garante economia de tempo e diminui gastos com pesquisas que já foram desenvolvidas em outros países, além disso, permite a comparação de resultados aplicados em diferentes culturas (PASQUALI, 2010).

Ao longo dos anos, vários autores vêm se destacando na discussão sobre o processo de validação transcultural na área da saúde (PASQUALI, 2010; POLIT; YANG, 2016; MOKKINK *et al.* 2012; REICHENHEIM; MORAES, 2007). E embora não se tenha um consenso em relação às etapas a serem seguidas, apresentam semelhança nos aspectos conceituais delas.

Na década de 90, um grupo de pesquisadores do *Internacional Quality of Life Assessment Project*, denominado IQOLA, ficaram responsáveis pela coordenação da tradução e validação do instrumento de medida de qualidade de vida relacionado à saúde - *Medical Outcomes Study 36 - SF-36*, reforçando a importância de realizar traduções padronizadas, as quais incluíram avaliações linguísticas, assim como, rigorosas avaliações psicométricas e clínicas (AARONSON *et al.* 1992). Esse grupo de pesquisadores preconizou seis etapas: instrumento original, tradução, revisão, instrumento adaptado, pré-teste e obtenção do instrumento final.

No ano de 1991, outros autores (HUNT *et al.* 1991) realizaram uma revisão sistemática sobre conceitos, aspectos linguísticos e conceituais no processo de tradução do instrumento *Nottingham Health Profile* e propuseram quatro etapas: tradução com oito a 12 pessoas com interesses diferentes, incluindo não profissionais de saúde e profissionais da saúde, sendo pelo menos dois bilíngues; painel de leigos, que consistia em oito a 12 pessoas sendo trabalhadores gerais, principalmente trabalhadores manuais e de escritório, isso, porque pessoas leigas entendem ser a intenção e o significado das perguntas; técnica do teste/reteste, a qual é utilizada para avaliar a confiabilidade do instrumento, a partir do estudo da estabilidade da medida; e por último, o teste de campo que é utilizado com a versão preliminar para testes de expressão facial e testes adicionais de construto e critérios de validação (HUNT *et al.* 1991).

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) propuseram cinco etapas: tradução, síntese, retrotradução ou *Back-translation*, comitê de juizes e o pré-teste. Nesse processo está incluído a obtenção da equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual do instrumento (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Ainda, na década de 90, Ferrer *et al.* (1996), propuseram o desenvolvimento do processo de adaptação em sete etapas: tradução; comitê de profissionais; retrotradução; comparação entre as versões; consenso; painel de pacientes; e teste piloto. As contribuições, nessa proposta, foram que a tradução fosse realizada por uma pessoa bilíngue; o comitê de profissionais fosse executado antes do processo de retrotradução; e houvesse comparação entre a versão original com a versão traduzida. Isso resultaria em um consenso que seria submetido a um painel de pacientes e ao teste piloto antes da versão final (FERRER *et al.* 1996).

Os autores Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998) propõem o desenvolvimento de quatro etapas sobre como obter e avaliar a equivalência entre os instrumentos de adaptação transcultural. Nesse processo propõe a avaliação de equivalência conceitual — pertinência dos conceitos e dimensões na cultura proposta para adaptação; equivalência dos itens — capacidade de representação na população a ser utilizado; equivalência semântica: avaliação entre a versão adaptada e a original; e, por último, a equivalência operacional — aspectos de aplicabilidade na nova cultura; equivalência de mensuração: avaliação das propriedades psicométricas.

Beaton et al. (2000), propuseram seis etapas, destacando que a tradução, além de bilíngue, deveria ser realizada por dois tradutores, sendo um tradutor conhecedor da área do instrumento e o outro sem conhecimento na área, assim sendo considerado tradutor leigo. Na *back translation* ambos os tradutores deveriam ser leigos no assunto e somente depois dessa etapa o comitê de especialista seria responsável pela consolidação de todas as versões, incluindo a avaliação de quatro tipos de equivalência (semântica, idiomática, experiencial/ cultural e conceitual). Na etapa do pré-teste, os autores sugeriram a realização da mesma com pelo menos 30 a 40 pessoas, sendo um dos principais objetivos, a exploração dos significados dos itens e as respostas. Os autores recomendam que a cada etapa fosse elaborado um relatório minucioso, já que a última etapa corresponderia à submissão desses relatórios, junto à versão final do instrumento, a um comitê consultivo para apreciação, o qual faria a aprovação ou solicitação de ajustes, ou ainda, consideraria insuficiente o processo realizado (BEATON *et al.* 2000).

A proposta de Beaton e colaboradores (BEATON *et al.* 2000) foi revisada em 2007, mantendo as etapas propostas na versão anterior. Trata-se de uma proposta aceita internacionalmente, fortemente utilizada. Antes de iniciar o processo, é necessário obter a autorização dos autores que detêm os direitos autorais do instrumento para a realização da pesquisa. A seguir (Quadro 4) são apresentadas de maneira mais detalhada as etapas do processo de adaptação transcultural, as quais também foram utilizadas neste estudo:

Quadro 4 – Proposta de adaptação transcultural de Beaton et al. (2007).

Etapa 1 - Tradução
<ul style="list-style-type: none"> - Duas traduções independentes do instrumento, do idioma original para o idioma alvo; - Tradutores bilíngues, cuja língua materna é o idioma-alvo; - Comparação das versões traduzidas, a fim de detectar as discrepâncias e ambiguidades; - Discussão entre os tradutores e escolha em consenso sobre a melhor tradução; - Produção de um relatório escrito das traduções, destacando dificuldades e soluções;
Etapa 2 – Síntese das traduções
<ul style="list-style-type: none"> - Terceiro tradutor mediador; - Síntese das duas traduções produzindo em consenso uma tradução comum, denominada Tradução 12 (T-12); - Produção de um relatório escrito das traduções, destacando dificuldades e soluções;
Etapa 3 – Retrotradução (<i>Back translation</i>)
<ul style="list-style-type: none"> - Retrotradução da versão T-12 para a língua original; - Duas retrotradução são requeridas: <i>Back translation</i> - BT1 e <i>Back translation</i> - BT2. São produzidas por pessoas com idioma materno igual ao de origem do instrumento, as quais são orientadas a não acessarem à versão original, não estarem cientes sobre os conceitos abordados e, de preferência, sem conhecimentos médicos ou clínicos, aumentando assim a probabilidade de realçar as imperfeições.
Etapa 4 – Comitê de Juízes
<ul style="list-style-type: none"> - Inclui (pelo menos um) metodologista, profissional de saúde, linguista e os tradutores envolvidos nos estágios anteriores, bem como o mediador da síntese da tradução; - Revisará o questionário original e todas as traduções (T1, T2, T12, BT1, BT2) - Terá acesso aos relatórios emitidos nas fases anteriores, a fim de propor um consenso sobre qualquer discrepância, emitindo relatório detalhado das decisões. - O objetivo de alcançar a equivalência semântica-idiomática, cultural e conceitual entre a fonte e a versão-alvo.
Etapa 5 – Versão pré-teste
<ul style="list-style-type: none"> - Neste procura-se usar a versão pré-final idealmente em 30 a 40 sujeitos/pacientes, a partir da definição dos objetivos; - Cada pessoa responde o questionário e é indagada sobre a compreensão que ela teve sobre cada item, bem como a razão para a escolha da resposta.

- A entrevista confere informações úteis, como a interpretação dos itens, todavia não aborda a validade do construto, a confiabilidade ou os padrões de resposta do item;
- O processo descrito fornece certa medida de qualidade quanto à validade de conteúdo. Recomenda-se um teste adicional para a retenção das propriedades psicométricas.

Etapa 6 – Apresentação da documentação para os autores

- O estágio final é a submissão de todos os relatórios e formulários ao autor do instrumento ou a um Comitê para Avaliação do Processo de Adaptação. Uma vez que a avaliação esteja completa, o comitê dará um dos três pareceres: 1) Aprovado, 2) Tradução e documentação requerem esclarecimentos, ou 3) Não aprovado. No caso da segunda resposta, os candidatos terão a oportunidade de reenviar a sua candidatura com as revisões necessárias. Se aprovada, a versão adaptada dos questionários será considerada a tradução e será disponibilizada para que outros possam usá-la.

Observação: Alguns países, como exemplo o Brasil, não dispõe de Comitê Científico que avalie a qualidade dos instrumentos produzidos por meio da adaptação transcultural. Assim, consideramos o envio da versão final para apreciação do autor principal.

Fonte: Adaptado de Beaton *et al.* 2007. Tradução livre da autora (2018).

Nesse processo, é importante destacar que as etapas não são conclusivas, e que poderá ser avaliada a necessidade de retornar às etapas anteriores caso precise (BEATON *et al.* 2007), por exemplo, após o Comitê de Juízes (Etapa 4) poderá voltar para tradução inicial (Etapa 1) ou *back translation* (Etapa 3).

No Brasil, Dantas (2007) no processo de validação do Senso de Coerência de Antonovsky, para a versão português do Brasil, utilizou-se de sete etapas. Etapas baseadas na adaptação de Beaton *et al.* (2007) e Ferrer *et al.* (1996), que propôs a alteração da ordem da avaliação do comitê de especialistas, sendo realizada prévia à *back translation* e, também, análise semântica dos itens antes do pré-teste. A autora justificou a mudança por essa etapa detectar erros ou problemas de compreensão que podem ser modificados antes da versão ser retrotraduzida ao idioma de origem e do pré-teste. Assim, as sete etapas seguiram a ordem: tradução; avaliação por um Comitê de Juízes; *back translation* da versão adaptada, comparação das duas versões em inglês; análise semântica dos itens; pré-teste da versão adaptada e aplicação da versão final em português. A partir da versão adaptada do instrumento, é possível realizar estudos entre diferentes populações, comparando características dos indivíduos, inseridos em diferentes contextos até a proposta de uma versão final, propriamente dita.

No Brasil, no intuito de contribuir como o processo da validação, especificamente na compreensão das versões de instrumentos adaptados para outro idioma e cultura, Pasquali (2010), propôs o processo desenvolvido em cinco etapas: 1 - Tradução: pode ser realizada pelo próprio pesquisador e/ou clínico para escalas simples; 2 - Consenso na língua-alvo; 3 - *Back translation*: sendo um ou mais tradutores independentes e não conhecedores do tema do instrumentos em questão; 4 - Versão consenso: deve ser realizada por comitê que avaliará as versões traduzidas *back translation*, sendo a mesma comparada com a versão original. 5 - Validação semântica: considerada a grande diferença nessa proposta, que deve ser realizada por um pequeno grupo da população alvo, a fim de que todos os itens do instrumento sejam compreensíveis à população a qual se destina (PASQUALI, 2010).

Também no Brasil, Borsa, Damásio e Bandeira (2012) propuseram o desenvolvimento de seis etapas para adaptação e validação de instrumentos psicológicos: 1 - Tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma-alvo; 2 - Síntese das versões traduzidas; 3 - Avaliação da síntese por juízes *experts*, 4 - Avaliação do instrumento pelo público-alvo, 5 - Tradução reversa (*back translation*); e 6 - Estudo-piloto, onde se avalia novamente o significado das palavras, a dificuldade para interpretação e leitura e pode-se testar as propriedades dos itens (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Polit e Yang (2016), baseados no *Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments* (COSMIN), um *checklist* utilizado em revisões sistemáticas para avaliar a qualidade metodológica dos estudos de medida de saúde (MOKKINK *et al.* 2012), propuseram as etapas: equivalência conceitual e técnica dividida em duas fases: avaliação da equivalência conceitual do construto e avaliação da equivalência técnica do construto; equivalência semântica dividida em quatro fases: tradução; síntese; retrotradução (*Back translation*) e consenso; pré-teste da versão pré-final dividido em três fases: questionário de avaliação cognitiva; relevância cultural do conteúdo; revisão final e relatório e última etapa ensaio da versão final do instrumento que consiste no delineamento para avaliar as propriedades de medida e estudar outros aspectos importantes (POLIT; YANG, 2016).

Independente das etapas que sejam desenvolvidas pelos autores, para o processo de adaptação transcultural, o planejamento deve incluir o estudo das propriedades de medida do instrumento adaptado, assim como, o amplo conhecimento das recomendações metodológicas adotadas por parte dos pesquisadores.

Para o atual estudo optou-se por seguir os passos propostos por Beaton *et al.* (2007), tradução da escala para a língua portuguesa; obtenção de versão consensual em português; retrotradução (*back translation*); avaliação por Comitê de Juízes; pré-teste; submissão dos

documentos, considerando a alteração de duas etapas conforme proposto por Ferrer et al. (1996) versão síntese apreciada pelo comitê de juízes, prévio a *back translation*, sendo possível a detecção de erros de tradução e a avaliação semântica, antes do pré-teste.

4.2.2 Avaliação das propriedades psicométricas

A análise das propriedades de medida de instrumentos deve ser desenvolvida sob importante rigor metodológico, de forma que garantam resultados adequados e conclusões apropriadas sobre as propriedades de medida do instrumento (MOKKINK *et al.* 2012). Os instrumentos de medida devem ser fundamentados em teorias, utilizados de forma apropriada (PASQUALI, 2001) e apresentar dados precisos, válidos e interpretáveis que justifiquem a confiabilidade dos dados que produzem (POLIT; YANG, 2016; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Ou seja, sem um instrumento de alta qualidade e transculturalmente adaptado dentro dos rigores metodológicos seria impossível avaliações em saúde em diferentes países, impossibilitando uma avaliação de nível global (POLIT; YANG, 2016). Na área da saúde, aspectos básicos do modelo conceitual, formas, função, fonte, facilidade de uso e formas alternativas precisam ser considerados no estudo de propriedades de medidas (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017).

Portanto, considerar a qualidade dos instrumentos torna-se indispensável para garantir a legitimidade e credibilidade de uma pesquisa, sendo que as propriedades de medida mais avaliadas são a confiabilidade e a validade do instrumento (POLIT, 2015). A confiabilidade se refere ao grau em que um instrumento reproduz de forma consistente os resultados, quando aplicado em ocasiões e populações diferentes, enquanto a validade se refere à qualidade de um instrumento para medir o construto para o qual foi construído (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008; FAYERS; MACHIN, 2007). A seguir, discorro sobre a confiabilidade e validade voltada para o objetivo deste estudo.

4.2.2.1 Confiabilidade

A confiabilidade, também chamada de fidedignidade, diz respeito ao grau de consistência que os itens do instrumento medem o construto proposto, ou seja, o grau em que as medidas estão livres de erro, reproduzindo um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou a partir de diferentes ocasiões ou observadores (MOKKINK *et al.* 2012; POLIT; YANG, 2016). Esse resultado precisa apresentar aspectos de coerência, precisão, estabilidade,

equivalência e homogeneidade, sendo um dos critérios principais de qualidade de um instrumento (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A confiabilidade refere-se à estabilidade, consistência interna e equivalência na medida, não sendo uma medida fixa, ou seja, o mesmo instrumento pode não ser considerado confiável, dependendo de aspectos de ambiente de avaliação, por exemplo, avaliadores, característica da amostra, tipo de instrumento, método de aplicação e pelo método estatístico utilizado (POLIT; YANG, 2016; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Assim, a confiabilidade de um instrumento só pode ser interpretada quando as condições de avaliação e abordagem estatísticas foram descritas de forma evidente (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Ao adaptar transculturalmente um instrumento de medida, os pesquisadores precisam estar atentos e avaliar o quão similares são as populações alvo e considerar esses aspectos na escolha do teste estatístico (POLIT; YANG, 2016), que podem variar, dependendo do que se pretende medir (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Quanto menor a variação do resultado do instrumento em medidas repetidas, maior será sua confiabilidade, sendo que três aspectos são mais representativos: consistência interna, confiabilidade propriamente dita e erro de medida (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017).

A avaliação da consistência interna ou homogeneidade remete o quanto todos os itens, com correlação média entre si, medem a mesma unidade de medida, produzindo resultados consistentes, podendo ser avaliada em instrumentos de múltiplos itens com aplicação única ou transversal (POLIT; YANG, 2016; MOKKINK *et al.* 2010a; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A consistência interna pode ser avaliada por quatro métodos: os testes de *duas metades (split-half)* ou de metade dividida, correlações totais, o *Kuder-Richardson (KR-20)* e o coeficiente alfa de *Cronbach* (POLIT; YANG, 2016; MOKKINK *et al.* 2010b; ALEXANDRE *et al.* 2013; CASCAES DA SILVA *et al.* 2015). Esse último é um método estatístico muito utilizado para variáveis contínuas na avaliação da consistência interna (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017; FIELD, 2009).

O alfa de *Cronbach*, é uma medida que equivale à separação dos dados em dois, possibilitando medida de todas as maneiras possíveis e com coeficiente de correlação calculado para cada parte (FIELD, 2009), o resultado reflete o grau de covariância entre os itens de uma escala, dessa forma o quanto menor a soma da variância dos itens, mais consistente é o instrumento (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). As medidas desses valores

podem variar de 0 a 1, sendo aceitável o valor entre 0,7 e 0,8, mais baixos indicam que a uma escala não confiável (PASQUALI, 2010; FIELD, 2009).

O alfa de *Cronbach* precisa de atenção do pesquisador na interpretação, pois a literatura não traz um consenso específico para todos os instrumentos (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Alguns fatores podem interferir no resultado, apresentando valores abaixo de 0,7, um deles é instrumento que mede construto psicológico devido a diversidades de medidas (FIELD, 2009). Outro fator que pode interferir no resultado, é o número de itens do questionário, já que, por exemplo, domínios com pequeno número de itens podem diminuir o valor do alfa (ALMEIDA; SANTOS; COSTA, 2010; FIELD, 2009; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Essa cautela, na avaliação do alfa, diz respeito ao resultado sofrer influência do número de itens do instrumento, porque o numerador da equação inclui o número de itens elevado ao quadrado. Por exemplo, é possível conseguir um valor de alfa alto, porque o instrumento tem muitos itens e isso não significa ser um instrumento confiável, do mesmo modo, é possível um valor de alfa baixo para um instrumento que tem poucos itens e esse instrumento ser considerado confiável. Assim, é importante avaliar a correlação média entre os itens, pois elas podem apresentar um valor de alfa alto e não ter boa correlação entre os itens, ou, ter um valor baixo, mas uma correlação média entre os itens muito bom (FIELD, 2009).

Para este estudo foi avaliado a consistência interna dos itens através do alfa de *Cronbach*.

4.2.2.2 Validade

A validade de um instrumento de medida diz respeito ao grau que o instrumento mede o que se propõe a medir. Trata-se de uma medida mais difícil de ser avaliada que a confiabilidade, pois depende de evidências suficientes para inferir que um instrumento é válido (MOKKINK *et al.* 2012; POLIT; YANG, 2016; VALDERAS *et al.* 2008).

Essas evidências dizem respeito a um conjunto de informações coletadas de diferentes fontes, com o propósito de obter um juízo sobre o instrumento a ser validado, garantindo que o instrumento mede o que se propõe a medir, quando adaptado para outra cultura (PASQUALI, 2013). Seguindo os conceitos apresentados no *check list* do COSMIN validade de um instrumento pode ser evidenciada através da validade de conteúdo que contempla a validade de face; validade de critério que pode ser concorrente ou preditiva; e validade de construto que

inclui validade estrutural, análise por hipótese, e validade transcultural (MOKKINK *et al.* 2012; PASQUALI, 2013; ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017).

A validade de conteúdo é um julgamento subjetivo que analisa se os itens dos instrumentos estão relacionados ao construto a ser mensurado, sendo relevante para medidas psicológicas e cognitivas. Nesse processo é avaliado se os itens constituem uma amostra representativa de um universo finito de comportamento, ou seja, domínios (POLIT; YANG, 2016; MOKKINK *et al.* 2012).

Para essa avaliação é importante pelo menos dois juízes, que avaliam a relevância de cada item e seus respectivos domínios (PASQUALI, 2010; WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2017). Para estudos de adaptação transcultural, sugere-se a formação de um comitê de multiprofissional, formado por pessoas bilíngues e por especialistas na área de conhecimento do instrumento, que precisam ser informados sobre as medidas e conceitos envolvidos, podendo envolver profissionais da saúde, especialista em metodologia, tradutores envolvidos no processo e pessoas leigas (ALEXANDRE *et al.* 2013).

Para esse processo, os juízes avaliam os instrumentos de maneira qualitativa através de formulário e após sintetiza-se tais informações, seguindo a fórmula que compreende o número de participantes que concordam dividido pelo número total de participantes multiplicado por 100, resultando na porcentagem de concordância. Para esse método é aconselhável aceitar a taxa de 90% de concordância entre os membros do Comitê de Juízes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Trata-se de uma propriedade de medida muito utilizada na validação transcultural (POLIT; YANG, 2016), ela permite avaliação do rigor do método, a partir do qual foi criado o instrumento e o objetivo da medida para o qual foi proposto, além de avaliar o número e relevância dos itens propostos (FAYERS; MACHIN, 2007; WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2017).

Cabe dizer que um instrumento pode apresentar boa validade de construto e não apresentar termos adequados na validade de conteúdo. Isto se deve ao fato de a validade de conteúdo envolver julgamentos, em sua maioria, subjetivos, o que reforça a necessidade de cumprimento de rigor metodológico das etapas e dos desfechos de cada item, além da importância da validade de conteúdo no processo de adaptação transcultural (POLIT; YANG, 2016).

A validade de conteúdo é considerada apropriada quando os passos iniciais contemplam o amplo e profundo conhecimento sobre o construto, possíveis fatores que podem

influenciar, e aspectos a serem considerados (POLIT; YANG, 2016; ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017).

A validade de face ou validade aparente consiste em medir se o instrumento avalia de maneira clara e sem ambiguidades o construto, além de identificar se o conceito medido é aquele pretendido pelo pesquisador (PASQUALI, 2010; BÖLENIUS *et al.* 2012). Refere-se à percepção de que outras pessoas têm sobre a medida (VALDERAS *et al.* 2008) e está baseada na área de interesse e/ou nos sujeitos de pesquisa (PASQUALI, 2010; BÖLENIUS *et al.* 2012).

Um importante aspecto a ser considerado nesse tipo de validade é a população alvo, aspectos clínicos e as pessoas encarregadas pela realização das avaliações. Por exemplo, um instrumento cujo objetivo é o de ser utilizado por profissionais de saúde, no processo de avaliação da validade de face, deverão contar com a participação de profissionais de saúde (POLIT; YANG, 2016; PASQUALI, 2010).

A validade de critério busca avaliar o grau em que o instrumento produz resultados semelhantes aos de outros instrumentos que já existentes e válidos que avaliam o mesmo construto. Pode ser validade concorrente, a medida produzida é aplicada simultaneamente com a medida padrão-ouro, tendo o resultado similar ou pode substituir a medida padrão-ouro. A validade preditiva, quando a medida produzida prediz algum evento futuro e a coleta de dados ocorre em momentos diferentes (MOKKINK *et al.* 2012; ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017).

A validade de construto contempla a validade estrutural, análise por hipótese e validade transcultural. A validade estrutural avalia se a estrutura de instrumento multi-item reflete uma forma adequada a multidimensionalidade da hipótese do construto ou se todos os itens avaliam uma ou mais variáveis latentes, conforme a proposta original. A análise por hipótese avalia o domínio do teste psicológico em indicar um critério externo ao construto avaliado (MOKKINK *et al.* 2012; ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017).

Por fim, a validação transcultural diz respeito à preservação da originalidade da medida dos instrumentos, de forma que se garanta a qualidade para uso do instrumento em diferentes culturas (POLIT; YANG, 2016). Autores (POLIT; YANG, 2016) acrescentam como aspecto importante na avaliação da validade de um instrumento que será aplicado em outra cultura e idioma, a validação transcultural. Esse processo, nos conceitos propostos pelo COSMIN sugere a avaliação da equivalência conceitual e técnica, equivalência semântica, pré-teste da versão pré-final, ensaio da versão final do instrumento (MOKKINK *et al.* 2012; ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017).

Para este estudo foi realizada a validade de conteúdo através do Índice de Validade de Conteúdo a partir das respostas dos Juízes.

4.2.3 Avaliação qualitativa

Como parte de estudo metodológico foi desenvolvido a avaliação qualitativa pois *coping* é um conceito complexo e a tradução e adaptação de um instrumento de medida, a avaliação qualitativa proporciona adentrar nos nuances que precisam ser explorados na população brasileira. A adaptação transcultural de um instrumento é um processo qualitativo, onde um questionário já validado psicometricamente em determinado idioma é traduzido e adaptado para outro idioma (TOLEDO JUNIOR; DUCA; COURY, 2018).

A pesquisa qualitativa é originária das ciências sociais e considera os participantes do estudo pessoas pertencentes a determinadas condições sociais, crenças, valores e significados, buscando informações de forma sistemática, respondendo questões particulares num espaço profundo das relações e estruturas sociais (MINAYO, 2013). Ou seja, para a adaptação transcultural de um instrumento, a inclusão do estudo relacionado ao contexto cultural do outro e as percepções subjetivas representadas pelo preconceito e entendimento das pessoas de diferentes culturas tornam-se relevante (GUEDES NETO *et al.* 2016).

A pesquisa exploratória tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com o objetivo de proporcionar uma visão geral do tipo aproximativo sobre determinado fato. Por vez, a pesquisa descritiva busca levantar opiniões, atitudes e crenças, tendo como peculiar a descrição das características de uma população ou de um fenômeno (GIL, 2009) através da investigação, observação e descreve os fatos que pretendem compreender (POLIT; HUNGLER; BECK, 2011). A pesquisa exploratória permite a imersão e a descoberta da subjetividade no assunto, refletindo a preocupação do pesquisador com a atuação prática (GIL, 2009).

Nas pesquisas qualitativas, a análise de conteúdo é amplamente utilizada. Para os autores Hsieh e Shannon (2005), a análise de conteúdo é definida em três abordagens distintas: convencional, dirigida e somativa. As principais diferenças estão no processo de codificação dos dados. Para a análise convencional, os dados emergem das entrevistas, por vez na abordagem somativa, calcula-se quais as palavras ou expressões aparecem com mais frequência e são analisadas (HSIEH; SHANNON, 2005).

Com a abordagem direcionada, utilizada neste estudo, a análise começa com uma teoria ou resultados de pesquisas relevantes como orientação para a codificação iniciais, busca

uma aproximação ou validação de conceitos teóricos ou estrutura teórica. Nesse processo, a análise é guiada pela estrutura definida pelo pesquisador com base na teoria ou pesquisas anteriores já consolidadas. As falas que não são categorizadas na codificação predefinida podem, ao final, ser categorizadas com outros códigos (HSIEH; SHANNON, 2005).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A seguir são apresentados os passos de desenvolvimento da pesquisa.

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Refere-se a um estudo metodológico de adaptação transcultural do *Coping with Burns Questionnaire (CBQ)* para avaliar *coping* na população brasileira que sofreu queimaduras, complementada com a abordagem qualitativa.

Inicialmente, os pesquisadores entraram em contato com o autor da versão original e contaram com a autorização do mesmo para adaptação transcultural do *Coping with Burns Questionnaire (CBQ)* para ser aplicado na população brasileira (APÊNDICE B).

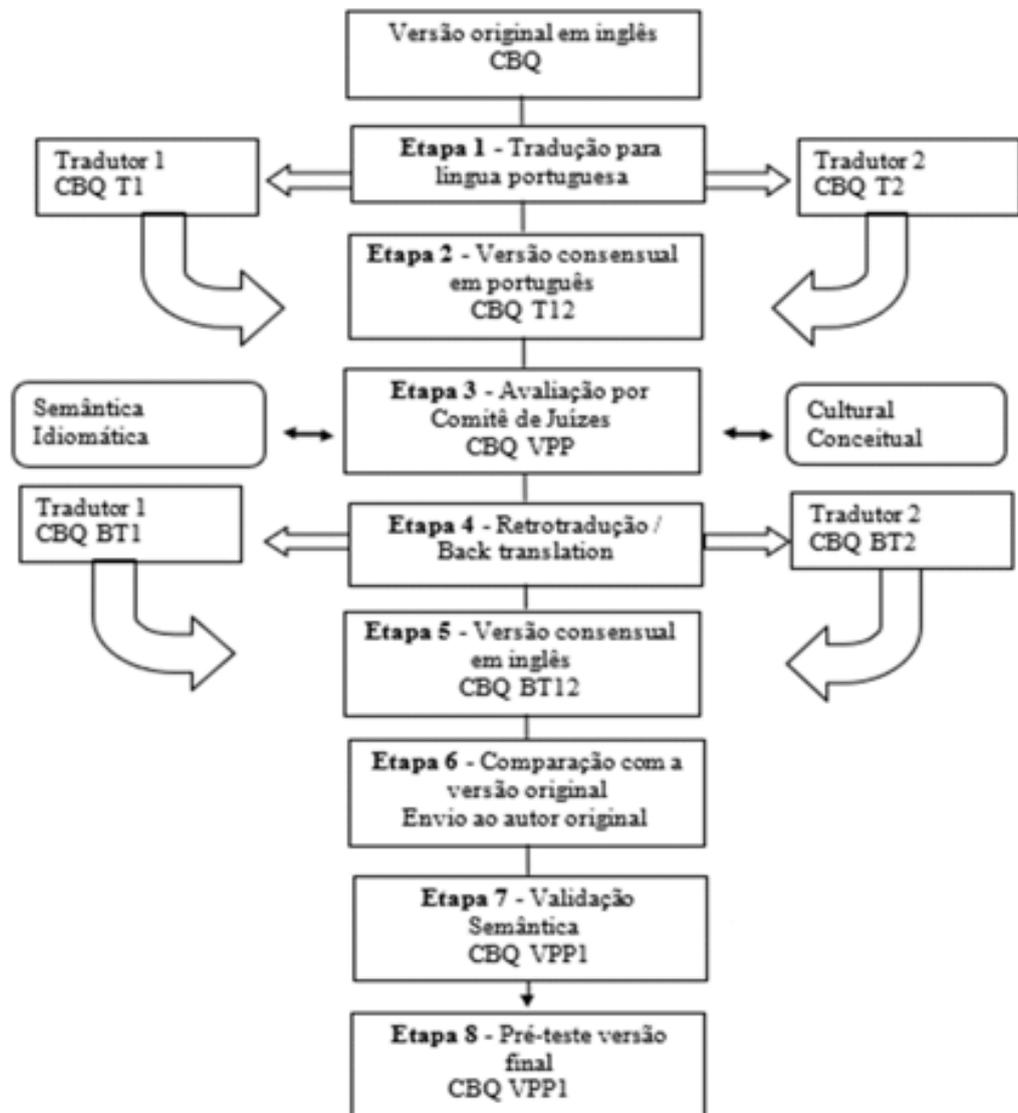
5.1.1 Processo de adaptação transcultural

A partir das distintas propostas identificadas entre autores consagrados na temática, para o desenvolvimento do processo de adaptação transcultural do *Coping With Burn Questionnaire* preconizou-se seguir as etapas metodológicas propostas por Beaton et al. (2007): tradução da escala para a língua portuguesa; obtenção de versão consensual em português; retrotradução (*back translation*); avaliação por Comitê de Juízes; pré-teste; submissão dos documentos.

No entanto, foi considerada a alteração na ordem de duas etapas referentes à participação dos juízes e à avaliação semântica, conforme sugerido por Ferrer et al. (1996) e utilizados em outros estudos (SPADOTI DANTAS et al. 2014; ECHEVARRÍA-GUANILO et al. 2006; FREITAS et al. 2017). Tais alterações permitiram que a versão síntese fosse apreciada pelo comitê de juízes, prévio a *back translation*, sendo possível a detecção de erros de tradução (SPADOTI DANTAS et al., 2014; ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006).

Dessa forma, as etapas do processo de tradução do CBQ foram as seguintes: Etapa 1) tradução da escala para a língua portuguesa; Etapa 2) obtenção da versão consensual em português; Etapa 3) avaliação por comitê de juízes; Etapa 4) retrotradução/ *back translation*; Etapa 5) obtenção de versão consensual da retrotradução/ *back translation*; Etapa 6) comparação com a versão original; Etapa 7) validação semântica e Etapa 8) pré-teste (Figura 3).

Figura 3. Proposta de processo de adaptação transcultural do *Coping With Burn Questionnaire* - CBQ



Legenda: CBQ – *Coping with Burns Questionnaire*. CBQ T1 - *Coping with Burns Questionnaire* – Tradutor 1. CBQ T2 - *Coping with Burns Questionnaire* – Tradutor 2. CBQ T12 - *Coping with Burns Questionnaire* – Tradutor 1 e tradutor 2. CBQ VPP - *Coping with Burns Questionnaire* – Versão Português Pré-final. CBQ - BT1 - *Coping with Burns Questionnaire* - Back Translation 1. CBQ – BT2 *Coping with Burns Questionnaire* - Back Translation 2. CBQ – BT12 - *Coping with Burns Questionnaire* - Back Translation 1 e Back Translation 2.

Fonte: Fonte de pesquisa. Florianópolis, 2019.

Etapas descritas:

5.1.1.1 Etapa 1 - Tradução da escala para a língua portuguesa.

O CBQ foi originalmente proposto na língua inglesa, necessitando passar pelo processo de tradução e adaptação transcultural para ser utilizado na população brasileira. Assim, conforme referencial teórico metodológico adotado (BEATON *et al.* 2007; FERRER *et al.* 1996) o CBQ foi traduzido por dois brasileiros com amplo conhecimento da língua inglesa (bilíngues) através de traduções independentes, sendo um com formação na área da saúde e outro leigo.

O Tradutor 1 (T1) foi um brasileiro, bilíngue (inglês/português) com formação na área da saúde (enfermeiro).

O Tradutor 2 (T2): brasileiro, bilíngue (inglês/português) com Graduação em Letras Português/ Inglês e Respectivas Literaturas. A escolha dos tradutores foi intencional. Os tradutores foram orientados para realizar a tradução do documento, preservando a equivalência semântica das palavras, evitando interpretações, disponibilizado um espaço para observações referente a dificuldades com termos, palavras, expressões e possibilidades de termos que podem ser contemplados. Não foi disponibilizado maiores informações sobre o instrumento. No documento disponibilizado por correio eletrônico constou um cabeçalho com identificações pessoais do tradutor (nome, atuação, breve currículo) e logo abaixo o instrumento CBQ com espaço para descrever a tradução e espaço para relatório/observação. O espaço relatório/observações foi preenchido para destacar frases/ termos que deixassem dúvidas/ incertezas ou de difícil tradução, a fim de que auxiliasse no consenso (Etapa 2).

Esse processo resultou em dois documentos: *Coping with Burns Questionnaire* Tradução 1 (CBQ T1) e *Coping with Burns Questionnaire* - Tradução 2 (CBQ T2).

5.1.1.2 Etapa 2 - Obtenção de versão consensual em português.

Após a devolutiva das traduções na Etapa 1 (CBQ T1 e CBQ T2) por correio eletrônico, foi realizado consenso de forma conjunta, entre pesquisadores responsáveis e um terceiro tradutor / mediador do processo com origem no idioma alvo (brasileiro) e grande conhecedor da língua original do idioma (inglês) denominado Tradutor 3 - T3.

A tradutora 3 / mediadora - T3 é enfermeira, professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, conhecedora da temática de *coping*.

Para essa etapa, foi desenvolvido um documento denominado Instrumento Consenso Etapa 2, o qual disponibiliza em um único arquivo a versão original (CBQ), versão em português – tradutor 1 – tradutor área da saúde (CBQ T1) e versão em português – tradutor 2 – professor de inglês (CBQ T2), com espaço para descrever a versão consensual e espaço para relatório/comentários em cada enunciado.

Antecipadamente, cada integrante dessa etapa recebeu por correio eletrônico: Instrumento Consenso Etapa 2, versão original (CBQ), versões traduzidas (CBQ T1 e CBQ T2). Para esse processo foi preciso utilizar o programa *Skype*.

A reunião ocorreu no dia 30 de maio de 2018. Foi conduzida pela pesquisadora principal que, inicialmente, apresentou os objetivos da reunião, do estudo e do instrumento. Os itens foram avaliados individualmente, sendo que a pesquisadora procedeu a leitura de forma pausada em cada frase, possibilitando discussão de forma conjunta entre os pesquisadores (discente de doutorado/professora orientadora e professora coorientadora) e o terceiro tradutor – T3. Para cada enunciado foram avaliadas as possibilidades de traduções, elegendo-se a opção mais apropriada e que conservava o significado expresso no instrumento original.

Esse processo resultou em documento de texto síntese, envolvendo cada questão abordada (Instrumento Consenso Etapa 2) que deu origem a primeira versão consenso em português denominada: *Coping with Burns Questionnaire - Tradução 12* (CBQ T12).

5.1.1.3 Etapa 3 - Avaliação por Comitê de Juízes.

No presente estudo, os membros do Comitê de Juízes foram selecionados, incluindo um profissional com conhecimento da metodologia, profissionais da saúde que tivessem conhecimento na temática de queimadura (optou-se por incluir equipe multiprofissional que atua diretamente no cuidado da pessoa que sofreu queimadura: enfermeiro, médico, fisioterapeuta, psicólogo), pessoa que sofreu queimadura, tradutores envolvidos na Etapa 1 e Etapa 2 (T1, T2, T3) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Todos os juízes foram escolhidos por conveniência após reunião entre as pesquisadoras, considerando instituições de referência no País e diferentes estados brasileiros. Posteriormente, foram contatados via correio eletrônico e/ou telefone, recebendo o convite formal, carta de anuência, o instrumento de avaliação de equivalências e a versão consenso em português (CBQ T12).

O instrumento de avaliação das equivalências foi elaborado pela pesquisadora baseado em instrumento utilizado por São-João et al. (2013), no qual os juízes revisaram a versão original e todas as traduções (CBQ T1, CBQ T2, CBQ T12,) e emitiram sua avaliação sobre a versão CBQ T12. Ainda, colaboraram com comentários e sugestões para cada item do instrumento.

Nessa etapa, foram tomadas decisões relacionadas:

Equivalência semântica - idiomática: refere-se à equivalência do significado e expressões das palavras, à avaliação ortográfica, gramatical e de vocabulário.

Equivalência cultural: refere-se à utilização de termos coerentes com a experiência vivida pela população brasileira a qual se destina.

Equivalência conceitual: refere-se a verificar se determinadas palavras ou expressões que possuem significado conceitual semelhante, ou se são representados de forma semelhante em diferentes culturas.

O processo de avaliação (tempo de resposta) por parte dos juízes superou o de planejamento inicial, (30 dias), sendo de 120 dias. Foram enviados 16 convites, sendo:

- Dez convites para profissionais da saúde: duas não responderam e dois foram excluídos (um deixou questões em branco e outro realizou avaliação qualitativa), totalizando a inclusão de seis profissionais da saúde.

- Duas pessoas que sofreram queimaduras: uma não respondeu, sendo incluída a pessoa que respondeu.

- Três tradutores (T1, T2 e T3) que participaram das etapas anteriores: o tradutor T2 não respondeu o questionário, sendo incluídas as respostas dos tradutores T1 e T3.

- Uma professora de metodologia foi convidada e incluída.

O Quadro 5 descreve os componentes do Comitê de Juízes incluídos, ressaltando que são de diferentes instituições e estados brasileiros. Foi considerado as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais qualificados (CUNHA; GUIRARDELLO, 2018).

Quadro 5: Descrição dos integrantes do Comitê de Juízes.

Juiz	Descrição	Estado
J1	Enfermeira	Paraná
J2	Enfermeira	Santa Catarina
J3	Enfermeira	Paraná
J4	Fisioterapeuta	Paraná
J5	Médico	Paraná
J6	Psicóloga	Santa Catarina
J7	Pessoa que sofreu queimadura	São Paulo
J8	Tradutor 1 (enfermeiro)	Santa Catarina
J9	Tradutor 3 (enfermeira)	Santa Catarina
J10	Professor metodologia	Santa Catarina

Fonte: Elaborado pela autora. Florianópolis, 2018.

De posse de todas as equivalências respondidas, a pesquisadora organizou em planilha do Excel e analisou as respostas, incluindo todos os comentários e observações.

Com a planilha digitada e conferida por outro integrante do grupo de pesquisa (bolsista, estudante de graduação em Enfermagem e desenvolvendo trabalho de conclusão de curso na mesma temática), evitando que nenhuma informação fosse perdida durante o processo, preferiu-se a etapa de reunião do consenso com as pesquisadoras principais.

A reunião ocorreu dia 23 de agosto de 2018, das 14 horas às 17 horas, na sala do grupo de pesquisa NUCRON. Seis Juízes não preencheram corretamente o instrumento ou optaram por não responder algumas questões, sendo assim, as pesquisadoras, a fim de evitar viés de consenso optaram por excluir tais instrumentos, resultando na participação de dez Juízes incluídos no Comitê.

De posse dos resultados compilados, as pesquisadoras debaterem item por item, com leitura de todos os comentários, conforme descrito em relatório a seguir.

Quadro 6: Relatório apresentando os itens que tiveram mudanças consideradas frente a avaliação do Comitê de Juízes.

CBQ	Juiz/ Pontuação do item	Comentário Juiz	Discussão	Resultado
	J9 SI (3)	Para preservar o sentido original, sugiro: “Eu me convencia de que minha dor, minhas cicatrizes ou outros problemas aliviaram com o tempo”.	Considerar o verbo aliviaram	Alterar o termo “diminuiriam” por “aliviariam” 2. Eu me convencia de que minha dor, minhas cicatrizes ou outros problemas aliviariam com o tempo
	J4 Cul/ CO (3)	Trocar o "com" por "de" Eu tentei estar junto DE outras pessoas	Manter o “com” ver PORTUGUÊS – Segundo o professor de português o correto é estar junto a outras pessoas	Alterar o termo “com” para “a”.3. Eu tentei estar junto a outras pessoas
	J4 SI / Cul/CO (3) J5 SI /Cul/CO (3)	Retirar o "as". Eu disse para mim mesmo que poderia superar minhas dificuldades	Considerar	Retirar o termo “as”. 9. Eu disse para mim mesmo que poderia superar minhas dificuldades
0	J6 SI/ Cul/ Co (2)	O termo distrair acho adequado, mas o descansi não. Ficou dúvida se seria mais adequado algo como dormir (pensando em paciente deprimido até) ou até mesmo algum mecanismo de defesa como esquiva ou fuga da realidade.	Esse item apresentou dificuldade de tradução e após muita discussão optou-se por “espairecia”	Alterado o termo “descansava um pouco” para “espairecia” conforme T1 10. Eu me distraía/ espairecia para lidar com meus problemas
1	J6 SI / Cul / CO (3)	O termo desenvolvi me parece mais adequado	Considerar o termo	Alterado o termo “encontrei” para “desenvolvi”
	J8 SI (3)	Manter a vírgula	Considerar	Acrescida vírgula 11. Eu desenvolvi uma estratégia que me ajudaria a fazer o que eu quisesse, apesar da minha queimadura
4	J10 Cul (3)	Poderia ser: eu pensei em como mudei como pessoa... (não há necessidade de mais um eu).	Considerar	Retirado o termo “eu” 14. Eu pensei em como mudei como pessoa por causa do acidente.
8	J9 SI (3)	Tenho dúvidas se não ficaria melhor a T1: Eu olhei para o acidente ou para as minhas dificuldades de outra perspectiva para fazê-los parecer mais suportáveis	Foi consultado o significado das palavras tornar e fazer. Tornar: remete a voltar a situação. Fazer significa realizar (algo abstrato) produzir através de determinada ação. Sendo assim, foi considerada o termo fazer	Foi substituído o termo “torná-los” por “fazê-los” 18. Eu olhei para o acidente ou para as minhas dificuldades de outra perspectiva para fazê-los mais suportáveis
	J8 SI / Cul (3)	Manter engajar ou envolver, acredito que envolver seja mais coloquial e possa facilitar a compreensão das pessoas Também tenho dúvidas se o termo	Considerar “envolvi/engajei” e manter paciente queimado por enfatizar o que está se falando.	Alterado a ordem do termo engajei/envolvi para “envolvi/engajei” 21. Eu me envolvi/engajei em algo relacionado ao que passei, por exemplo, segurança em incêndios,

		“paciente queimado” está contemplado em “patient-related issues”		questões relacionadas ao paciente queimado e coisas semelhantes
2	J6 SI / Cul (3)	Observações/Sugestões: o termo evitação parece mais adequado.	Considerar conversar com Juiz a respeito – Conversado com J6 a qual informou que é um termo mais utilizado na psicologia frente a mecanismo de defesa. Recusar se refere que a pessoa foi convidada a fazer algo e se recusou. Assim, foi considerado o termo “evitei”	Substituído o termo “me recusei a” por “evitei”. 22. Eu evitei pensar muito sobre minhas dificuldades
4	J9 SI / Cul/ CO (4)	Está ok, mas acho que ficaria melhor: Eu disse coisas para mim mesmo sobre o acidente e sobre meus problemas, a fim de me sentir melhor e mais positivo	Considerar acrescentar o termo sobre para facilitar o entendimento	Acrescentado o termo “sobre” 24. Eu disse coisas para mim mesmo sobre o acidente e sobre meus problemas, a fim de me sentir melhor e mais positivo
7	J4 SI / Cul/ CO (3) J6 SI/ Cul (3)	Sugeri substituir "de todo acontecido" por "de tudo" Eu mudei algo no meu estilo de vida para que eu pudesse ter uma vida satisfatória depois de tudo	Considerar o termo “tudo” por entender que se refere ao sentido de totalidade da vida da pessoa e não somente ao acontecimento da queimadura.	Substituído o termo “todo o acontecido” por “tudo” 27. Eu mudei algo no meu estilo de vida para que eu pudesse ter uma vida satisfatória depois de tudo
2	J8 SI (4)	Manteria o “eu”: eu elaborei e segui um plano de ação	Considerar	Acrescentado o termo “eu” 32. Para lidar com problemas devido a minha queimadura, eu elaborei e segui um plano de ação

Legenda: SI: Equivalência semântico-idiomática; CO: Equivalência conceitual; Cult: Equivalência cultural.

Fonte: Elaborado pela autora, revisado pelas integrantes da reunião. Florianópolis, 2018.

Após esse processo documentado de maneira minuciosa com todas as questões e as razões para as decisões sobre qualquer um dos componentes do CBQ acima descrito, resultou na versão *Coping with Burns Questionnaire* - Versão Português Pré- final (CBQ VPP).

Essa etapa proporcionou o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

5.1.1.4 Etapa 4 - Retrotradução / Back translation

O CBQ VPP foi traduzido para o idioma de origem (inglês) por dois tradutores (Tradutor 4 - T4 e Tradutor 5 - T5), sem formação na área da saúde, nativos da língua inglesa e com amplo conhecimento do português (bilíngues). Ambos os residentes na cidade de Florianópolis, com atuação em centros de ensino de língua inglesa. Foram orientados a não realizar consulta da versão original do instrumento e não informados quanto aos conceitos a serem explorados. Esse processo resultou em duas versões traduzidas: *Coping with Burns Questionnaire - Back Translation 1* (CBQ BT1) e *Coping with Burns Questionnaire - Back Translation 2* (CBQ BT2).

5.1.1.5 Etapa 5 - Obtenção de versão consensual da retrotradução/ back translation

No dia 10 de outubro de 2018, reuniram-se nas dependências da Universidade Federal de Santa Catarina, todos os envolvidos: Pesquisadora principal, Professora Orientadora e Professora Coorientadora e os dois tradutores (Tradutor 4 - T4 e Tradutor 5 - T5). Os tradutores foram pagos pela pesquisadora para participar dessa etapa da pesquisa. Todos receberam impressos da versão original do CBQ, Versão CBQ *Back Translation* (CBQ BT1 e CBQ BT2) sem identificação dos tradutores e Versão CBQ Português Pré-final (CBQ VPP).

A pesquisadora principal apresentou, então, os objetivos do estudo e leu pausadamente frase por frase do instrumento e, assim, foram discutidos termos e dúvidas que melhor representavam. Para esse momento, foi elaborado um documento condensando todos os documentos impressos, que facilitou o relatório descritivo minucioso de síntese, envolvendo cada questão abordada, originando a versão consenso no idioma de origem (inglês) denominada: *Coping with Burns Questionnaire - Back translation 12* (CBQ BT12).

5.1.1.6 Etapa 6 - Comparação com a versão original

Essa etapa compreendeu o envio da versão consensual - *Back translation* 12 (CBQ BT12) via correio eletrônico para o autor original avaliar e emitir parecer e contribuições/alterações, se necessário. Após o retorno, sem alterações ou sugestões da autora original foi mantida a versão enviada do *Coping with Burns Questionnaire - Versão Português Pré-final 1* (CBQ VPP1).

5.1.1.7 Etapa 7 - Validação semântica

Foram selecionadas cinco pessoas que sofreram queimaduras a partir da indicação de profissionais que atuam em ambulatório de feridas no setor de cirurgia plástica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – UFSC.

A identificação desses participantes seguiu os critérios de inclusão e exclusão:

Os critérios de inclusão foram: estar no primeiro ano após ocorrência da queimadura com mínimo de um mês após alta hospitalar; vínculo ambulatorial; idade entre 18 e 70 anos; falar português; ter pontuação de corte 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de um a quatro anos; 26,5 para cinco a oito anos; 28 para aqueles com nove a 11 anos de escolaridade e 29 para mais de 11 anos no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (BRUCKI et al. 2003).

Foram critérios de exclusão: estar em tratamento agudo de queimaduras; ter diagnóstico médico e/ou psicológico constantes no prontuário e/ou autorrelatado que impliquem em alterações de humor em estado agudo, por exemplo, depressão, ansiedade e esquizofrenia; tentativa de suicídio; pessoas privadas de liberdade.

Os cinco participantes tinham entre 4 e 12 anos de estudo, sendo 3 pessoas tinham como causa da queimadura fogo, uma pessoa óleo quente e uma pessoa queimadura elétrica.

Os profissionais apresentaram a pesquisadora ao participante que foi convidado a participar da pesquisa. Três pessoas foram entrevistadas em suas casas e as demais no ambulatório. Primeiramente, foi entregue a carta convite, após aceite, leitura e assinatura do TCLE, apresentação do *Coping with Burns Questionnaire Versão Português Pré-Final 1* - (CBQ VPP1) e dos dois formulários propostos pelo Grupo DISABKIDS® (2006) e (Formulário de Validação Semântica Específico e Formulário de Impressão Geral) (FEGADOLLI, 2008). O pesquisador principal procedeu leitura e anotações nos formulários, conforme respostas das pessoas. A identificação das pessoas que participaram dessa etapa será através da abreviatura

de participante e número ordinal (P1/ P2/ P3/ P4/ P5). O relatório do formulário específico é apresentado no Quadro 7.

Quadro 7. Relatório do Formulário de Validação Semântica Específico.

Item	Participante	Dificuldade	Sugestão	Discussão/Resultado
Instruções	P1	Dificuldade em entender que as afirmativas são estratégias utilizadas para enfrentar a situação	Na frase, “A seguir, um exemplo, que não faz parte do questionário” trocar por “Segue abaixo algumas estratégias de <i>coping</i> /enfrentamento”	Optou-se por separar as duas últimas frases.
	P3	Muito extenso, não entendeu o momento que foi responder o exemplo	Retirar a frase “Esse questionário contém perguntas relacionadas a tais experiências” Incluir a palavra “estratégia de enfrentamento” talvez na questão ou no final das instruções.	Não foi retirada a frase por se tratar de uma explicação que antecede a solicitação das respostas das questões.
8	P3	“me afetasse muito”	Tirar o “muito” e deixar “tanto”	Devido a palavra não ter significado diferente optou-se por manter
10	P2	“Eu me distraía ou esparecia para lidar com meus problemas”	O que eu faria para amenizar meus problemas	Optou-se por separar as palavras “distraía” e “esparecia” por barra.
	P5	“ou esparecia”	Retirar	
18	P5	“perspectiva”	Substituir por “maneira”	Optou-se por não realizar a mudança a fim de não mudar o significado da frase.
21	P1	“envolvi/engajei”	“Eu me envolvi com questões relacionadas ao acidente da queimadura, exemplo...”	Optou-se por retirar o termo “engajei”
	P2	“envolvi/engajei”	Deixar somente “envolvi”	
	P3	“envolvi/engajei”	Retirar “engajei”	
	P5	“envolvi/engajei”	Retirar “engajei”	
30	P2	“Eu fiz uso de minhas experiências do acidente e de ser queimado”	“Tirar proveito do acidente”	Optou-se por manter a frase a fim de não mudar o significado
Respostas do item	P1	Dificuldade em mensurar a diferença entre “Nem um pouco” “Bastante” e “Muito”	Retirar “nem um pouco” e “muito” Deixar “Não aplicável/ Até certo ponto/ Muito / Totalmente aplicável”	Optou-se por inverter os termos no primeiro e último item deixando em parentes para complementação “Não aplicável (nem um pouco)” e “Totalmente aplicável (muito)”

Fonte: Elaborada pela autora. Florianópolis, 2018

O Formulário Geral foi aplicado pela pesquisadora após o Formulário Específico e, a seguir, são apresentadas as respostas de acordo com cada pergunta (Quadro 8).

Quadro 8. Relatório do Formulário Geral

Pergunta	Resposta dos participantes
1. O que você acha do nosso questionário em geral?	Muito bom (P1/ P4/ P5) Bom (P2/ P3)
2. O que você achou das questões?	Todas foram fáceis de entender (P1/ P3/ P4) Algumas foram difíceis de entender (P2 = 4/7/10/30; P3 = 10/18/21)
3. Sobre as categorias de resposta, você teve alguma dificuldade em usá-las? Por favor, explique:	Sem dificuldade (P1/P3/P4) (P1 com observação para deixar na primeira alternativa “não aplicável” e última “totalmente aplicável”) Algumas dificuldades (P2 = deixar na primeira alternativa “não aplicável” e última “totalmente aplicável”). Muitas dificuldades (P5 = não soube explicar)
4. As questões são importantes para a sua condição de saúde/doença?	Muito importante (P1/ P2/ P4/ P5) Às vezes, importante (P3)
5. Você gostaria de mudar algo no questionário?	Mudaria as respostas do questionário (P1). Não (P2/ P3/ P4/ P5)
6. Você gostaria de acrescentar algo no questionário?	Não (P2/ P3/ P4/ P5)
7. Houve alguma questão que você não quis responder? Se sim, por quê	Não (P2/ P3/ P4/ P5)

Fonte: Elaborada pela autora. Florianópolis, 2018

5.1.1.8 Etapa 8 - Pré-teste.

O instrumento *Coping with Burns Questionnaire* – Versão Português Pré-final 1 (CBQ VPP1) foi aplicado em uma amostra de 51 pessoas que sofreram queimaduras representantes da população alvo (BEATON *et al.* 2007) respeitando os critérios de inclusão e exclusão aplicados nesta pesquisa.

Para a composição dessa amostra, foram contempladas pessoas de três estados brasileiros envolvidos na pesquisa (Joinville e Florianópolis – Santa Catarina; Londrina e Curitiba – Paraná; Ribeirão Preto – São Paulo). Cada local de pesquisa contou com pesquisadores, auxiliando no processo de coleta de dados, que foram previamente capacitados pela autora via *Skype*.

Nessa etapa, os entrevistadores aplicaram os instrumentos/documentos enviados pela pesquisadora principal, a qual digitalizou os resultados em planilha Excel. Após, foram realizados teste de confiabilidade. Com isso, pretendeu-se garantir que a versão adaptada mantivesse a sua equivalência na versão em português aplicada.

5.2 AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO CBQ-BR

Com o intuito de estudar a confiabilidade da versão em português do Brasil do CBQ (CBQ-Br) (APENDICE F) e de forma que se pudesse atingir o número de participantes necessários para essa avaliação, a seguir são descritos os procedimentos que foram seguidos:

5.2.1 Local de estudo

Para ter acesso à população de adultos que sofreram queimaduras, os locais de coleta de dados foram:

Estado de São Paulo / SP

- Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto (UE-HCFMRP-USP).

Estado do Paraná / PR

- Unidade de Queimados do Hospital Universitário de Londrina – Universidade Estadual de Londrina (HU-UEL)

- Ambulatório do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba – (HUEC)

Estado de Santa Catarina / SC

- Ambulatório do Hospital Municipal São José de Joinville (HMSJ)
- Ambulatório de Feridas do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – Universidade Federal de Santa Catarina (HU- UFSC).

Foram selecionados centros de referência de queimados do Brasil, como objetivo de atingir populações de distintos estados brasileiros, de forma que diferenças semânticas e culturais foram identificadas. Para cada centro, foi realizado contato por telefone e/ou pessoalmente com o setor e com a pessoa responsável pela pesquisa no respectivo centro. Realizada apresentação do projeto, objetivos, critérios de inclusão e exclusão e viabilidade da pesquisa e após aceitação pelos profissionais e instituição, foi apresentado os documentos/instrumentos utilizados em cada etapa da pesquisa. Os profissionais foram capacitados para aplicação dos instrumentos e dúvidas foram sanadas diretamente com a pesquisadora.

5.2.2 Amostra de estudo

Com o intuito de atender às recomendações metodológicas, foram incluídas 51 pessoas que sofreram queimaduras. Sendo convidados a participar do estudo homens e mulheres que atendiam aos seguintes critérios:

Critérios de inclusão:

- Estar no primeiro ano após ocorrência da queimadura, com mínimo de um mês após alta hospitalar²;
- Vínculo ambulatorial;
- Idade entre 18 e 80 anos;
- Falar português;
- Atendiam pontuação mínima do Mini Exame do Estado Mental (MEEM)³ (ANEXO

A)

Critérios de exclusão:

- Estar em tratamento agudo de queimaduras;

2 O tempo mínimo foi estipulado porque as estratégias de *coping* são influenciadas pelo ambiente hospitalar (Amoyal, et al 2011) e para a maioria dos pacientes, as dificuldades diminuem durante o primeiro ano após a queimadura (WILLEBRAND *et al.* 2001)

3 Será utilizada a nota de corte proposta por Brucki et al. (2003) para o uso do minixame do estado mental (MEEM), no Brasil, ou seja, 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de um a quatro anos; 26,5 para cinco a oito anos; 28 para aqueles com nove a 11 anos de escolaridade e 29 para mais de 11 anos, considerando a recomendação de utilização dos escores de cortes mais elevados

- Ter diagnóstico médico e/ou psicológico constantes no prontuário e/ou autorrelatado que impliquem em alterações de humor em estado agudo, por exemplo, depressão, ansiedade e esquizofrenia;

- Tentativa de suicídio;

- Pessoas privadas de liberdade;

5.3 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

A seguir são apresentados dados referentes aos instrumentos utilizados no estudo.

5.3.1 Instrumento de caracterização da amostra

Para os aspectos sociodemográficos e relacionados à saúde-doença foi aplicado instrumento adaptado de Gonçalves (2015), que foi submetido a avaliação de aparência e conteúdo por peritos na temática. O instrumento inclui informações relacionadas à identificação, dados da internação e atendimento ambulatorial (APÊNDICE D).

5.3.2 Instrumento em processo de adaptação transcultural

O instrumento utilizado foi a versão traduzida do *Coping with Burns Questionnaire – Versão Português Pré-final 1 (CBQ VPP1)* (ANEXO B).

5.3.3 Variáveis sociodemográficas

Os dados foram obtidos por meio de relato verbal do entrevistado (a).

Sexo: sexo do indivíduo: feminino, masculino. Observação do pesquisador.

Idade: será calculada com base na data de nascimento da pessoa e data da entrevista, obtido por meio de aplicação do questionário.

Religião: agrupamento segundo crenças relacionados ao sobrenatural, sagrado ou divino: Católica, Evangélica, Espírita, Agnóstico, Umbanda e sem religião.

Situação Conjugal: condição considerando as seguintes categorias: solteiro (a), casado (a) /união estável, viúvo (a), divorciado (a).

Escolaridade: será considerada a última série concluída com aprovação, frequentada na rede oficial de ensino no Brasil. Categorizada em: nunca estudou, ou estudou até: ensino

fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo.

Ativo economicamente: exercício de atividade laboral oficial ou informal remunerada: Não trabalha remunerado; trabalho remunerado; aposentada ou pensionista.

Usuário de drogas: fazendo uso de substância ilícita: sim ou não.

Etilista: fazendo uso de bebida alcoólica: sim ou não.

Tabagista: fazendo uso de cigarro/fumo: sim ou não.

5.3.4 Variável em processo de adaptação transcultural

Coping: Versão *Coping with Burns Questionnaire* – Versão Português Pré-final 1 (CBQ VPP1)

5.3.5 Variáveis relacionadas à condição de saúde relacionado à hospitalização

Os dados foram obtidos por meio de relato verbal do entrevistado (a).

Superfície Corporal Queimada: considerados valores relatados pela pessoa, posteriormente, categorizadas em: $\leq 20\%$ SCQ e $> 20\%$ SCQ.

Circunstâncias que ocorreu o trauma: considera o local onde ocorreu o trauma: Trabalho, Domicílio, Lazer, Automobilístico, Agressão.

Agente etiológico: agente causal da queimadura. Álcool, líquido fervente, chama direta, óleo quente, produto químico, eletricidade, metal quente, gasolina, fricção.

Complicações da doença: complicações ocasionadas em decorrência da queimadura. Infecção sepse, retração de membro, respiratório, problemas renais gastrointestinais, transtornos emocionais, duas ou mais complicações, sem complicação, ou não informado.

Procedimentos submetidos: cirurgia reparadora, enxertia, desbridamento, dois ou mais procedimentos, sem procedimento, não informado.

5.3.6 Variáveis relacionadas à condição de saúde no atendimento ambulatorial

Os dados foram obtidos por meio de relato verbal do entrevistado (a). Considerando a resposta sim ou não.

Em uso de malha compressiva: ajuda no processo de reestruturação celular da pele (ITAKUSSU *et al.* 2014).

Em uso de silicone: placa ou fita de silicone auxilia na prevenção do desenvolvimento de cicatrizes anormais (BRIAN; JONES,2013).

Em uso de protetor solar: utilizado após cicatrização completa para proteção de raios ultravioletas.

Em uso de creme: auxilia no processo de hidratação da pele.

Em uso de anti-histamínico: utilizado para controle de prurido

Em uso de analgésico: utilizado no controle da dor

Em uso de ansiolítico: age no Sistema Nervoso Central nos transtornos de ansiedade.

Em uso de Ácidos Graxos Essenciais: auxilia no tratamento e hidratação de feridas.

Abaixo considerado as variáveis referentes aos profissionais que realizam o acompanhamento da pessoa que sofreu queimadura durante o atendimento ambulatorial.

Médico / Enfermeiro / Fisioterapeuta / Psicólogo / Assistente Social

5.4 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados contou com a ajuda de um profissional de saúde em cada centro participante. Os pesquisadores foram capacitados pela pesquisadora principal através de protocolo pré-estabelecido e encontros virtuais. O protocolo teve o objetivo de organizar e padronizar a coleta de dados em todos os centros. Inicialmente foi explorado o objetivo do estudo, critérios de inclusão e exclusão dos participantes, tamanho da amostra. O primeiro instrumento a ser aplicado foi o **Mini Exame Do Estado Mental (MEEM)**, instrumento utilizado como critério de inclusão seguindo a nota de corte proposta por Brucki et al. (2003): 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de um a quatro anos; 26,5 para cinco a oito anos; 28 para aqueles com nove a 11 anos de escolaridade e 29 para mais de 11 anos, considerando a recomendação de utilização dos escores de cortes mais elevados.

Atingindo a nota para inclusão, o segundo passo foi convidar, ler e assinar o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**, assinado em duas vias onde uma via ficou com o entrevistador e outra com o paciente. Se não atingir a pontuação, foi agradecido a atenção e não incluído o paciente nas demais etapas de coleta.

O terceiro passo foi a coleta de dados através dos instrumentos **Caracterização da Amostra** seguido do **Coping with Burns Questionnaire - Versão Português Pré-final (CBQ VPP1)**. Foi orientado o preenchimento junto com o participante, deixando livre para autopreenchimento ou leitura das perguntas pelo pesquisador. No segundo caso, se fosse

solicitado auxílio, o entrevistador poderia ler por até três vezes a pergunta. Ainda, foi acrescido o registro do tempo do preenchimento do CBQ.

Para a seleção dos participantes foram consultados registros das unidades de queimados para identificar os possíveis participantes da pesquisa. Após, foi realizado contato telefônico para convite de participação no estudo e identificação de data de próxima consulta, agendamento de consulta médica, consulta de enfermagem ou visita no domicílio, segundo disponibilidade dos participantes e etapa de processo de recuperação em que se encontre. Por vezes, também, a pessoa foi convidada na sua vinda para atendimento no próprio ambulatório e os dados coletados, enquanto a pessoa aguardava atendimento.

A coleta dos dados foi realizada, em sua maioria, em ambiente privativo no ambulatório vinculado para acompanhamento da queimadura. Apenas duas coletas foram realizadas em domicílio por solicitação dos participantes. Foram fornecidos esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e solicitada assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice E).

5.5 ANÁLISE DE DADOS

Foram realizadas análises descritivas, testes de confiabilidade e validade de conteúdo.

Os dados obtidos a partir do questionário CBQ – Br, instrumento de caracterização da amostra foram organizados em planilha Excel e, posteriormente, no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences SPSS® version 18.0* para Windows (IBM Corporation, Armonk, NY, 2011).

Com o intuito de analisar as propriedades de medida da CBQ-Br, foram analisadas a confiabilidade e a validade de conteúdo a partir das respostas dos juízes.

A **confiabilidade** foi avaliada por meio da Consistência Interna dos Itens. Para tanto, será obtido o *alfa de Cronbach* total e se cada um dos itens fosse retirado. Para avaliação do poder do *alfa de Cronbach* total e se o item fosse excluído, isto é, evidenciar o Índice de homogeneidade corrigida (MERINO; DÍAZ, 2005; POLIT; YANG, 2016; MOKKINK *et al.* 2010a) e verificar o poder de relação ou grau de associação entre os itens (MUNRO, 2001), serão considerados valores altos os que se apresentaram superiores a 0,50 (variação possível de 0 e 1) (BOWLING, 2005), ou seja, se aumentarmos o número de itens de um instrumento, o valor alfa também será aumentado o valor do alfa de *Cronbach*; e valores altos do alfa podem sugerir a existência de um nível alto de itens redundantes (WALTZ; STRICKLAND; LENZ; 2017).

O Índice de **Validade de Conteúdo** (IVC) foi calculado com base nas respostas pelo Comitê de Juízes através do método de porcentagem de concordância ($\% \text{concordância} = \frac{n \text{ participantes que concordam}}{n \text{ total de participantes}} \times 100$). Esse método considera uma taxa aceitável de 90% entre os membros do Comitê de Juízes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

5.6 ASPECTOS QUALITATIVOS

A pesquisa metodológica emerge na enfermagem desde 2006 e passa a aumentar significativamente ao longo dos anos. Segundo Teixeira (2019) coloca que cada vez mais avanços, além das etapas metodológicas, são evidenciados em estudos metodológicos, sejam eles de abordagens quantitativas ou qualitativas as quais são identificadas em diferentes “densidades”. Cada vez mais se faz necessário ter estudos metodológicos que possibilitem múltiplas interfaces na pesquisa metodológica (TEIXEIRA, 2019).

Para este estudo optou-se por inserir aspectos qualitativos de pesquisa devido tratar-se de construto originário na psicologia, sem tradução para a língua brasileira, conhecendo ainda mais os aspectos relacionados ao *coping* em pessoas que sofreram queimaduras.

Toda pesquisa se inicia a partir de um problema com uma questão, com uma dúvida ou uma pergunta, articuladas a conhecimentos anteriores, mas que também podem demandar a criação de novos referenciais (MINAYO, 2013). A adaptação de instrumento com conceitos psicológicos é uma tarefa complexa que exige um planejamento e rigor quanto ao conteúdo relacionado ao assunto (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012). Diante dessa necessidade, a presente etapa compreende estudo qualitativo de abordagem exploratória.

A escolha dessa metodologia se deve pela busca de construir uma teoria para explicar ou compreender um fenômeno, um processo ou um conjunto de fenômenos. A palavra *teoria* tem origem grega e significa “ver”, portanto, são explicações parciais da realidade (MINAYO, 2013).

A escolha da pesquisa exploratória tem objetivo desenvolver, esclarecer ou modificar conceitos e ideias, proporcionando uma visão geral aproximada de determinado fato (GIL, 2009). A pesquisa é descritiva enquanto investiga, observa e descreve os fatos que pretendem compreender (POLIT; HUNGLER; BECK, 2011).

5.6.1 Local de estudo

Para essa etapa, os locais foram escolhidos de maneira intencional, devido a facilidade de acesso para a coleta dos dados, ocorrendo apenas em dois estados:

Estado do Paraná / PR

- Ambulatório do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba – (HUEC)

Estado de Santa Catarina / SC

- Ambulatório de Feridas do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – Universidade Federal de Santa Catarina (HU- UFSC).

5.6.2 Participantes do estudo

O estudo contou com 11 entrevistas realizadas pela pesquisadora e uma enfermeira, que foi previamente capacitada. Foram incluídos cinco mulheres e seis homens, sendo nove vinculados ao Ambulatório do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba e dois no Ambulatório de Feridas do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – Universidade Federal de Santa Catarina. Essa diferença se deve pelo número de pessoas vinculadas em cada centro no período da coleta de dados.

Foram respeitados os critérios de inclusão e exclusão definidos para seleção da amostra no pré-teste, seguindo os mesmos critérios da etapa 8 – Pré-teste. Todos os entrevistados participaram da etapa do pré-teste e após responder a essa etapa foram convidados a entrevista qualitativa.

5.6.3 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de abril a junho de 2019. Após aceite, assinatura do TCLE, aplicação dos questionários, a pessoa foi entrevistada com objetivo de compreender o fenômeno que ocorre no processo de reabilitação após a queimadura. Foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada que é composta por questões abertas, conceitos norteadores (GIL, 2010).

Abaixo as questões norteadoras:

- 1) Fale sobre como tem sido para o senhor(a) sua experiência da queimadura?
- 2) Quais estratégias o senhor (a) utilizou para melhor enfrentar o período após a queimadura?
- 3) O que o senhor (a) fez para melhorar os aspectos que o incomodavam?

As entrevistas foram gravadas em gravador digital, após a anuência dos participantes. As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos e foram transcritas na íntegra para análise, em editor de texto Word®. Destaca-se que todas as fases desse processo foram realizadas criteriosamente. Todos os dados permanecerão arquivados sob responsabilidade das pesquisadoras, para fins de comprovação e responsabilidade ética, conforme consta em processo de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, pelo período de cinco anos em computador do responsável do coordenador do projeto e responsável legal dos aspectos éticos.

As entrevistas aconteceram no período de abril a junho de 2019, sendo realizado apenas um encontro com média de tempo de 20 minutos. As facilidades encontradas estão relacionadas a disponibilidade das pessoas em participar da pesquisa. Quanto as dificuldades, a distância entre os centros envolvidos foi um fator relevante, importante por tornar o estudo multicêntrico muito positivo para adaptação transcultural do instrumento, por outro lado, impedindo que as entrevistas ocorressem pela pesquisadora principal. Outro ponto a ser levantado é a organização do Sistema de Saúde que atualmente vem atendendo as pessoas que sofrem queimaduras em seu município, o que é muito positivo para evitar o deslocamento até o ambulatório de referência, no entanto, não se tem estudos ou conhecimento sobre a capacitação destes profissionais para o tratamento desses pacientes.

5.6.4 Análise de dados

A análise dos dados seguiu os passos da análise qualitativa de conteúdo dirigida (HSIEH; SHANNON, 2005). Na análise de conteúdo dirigida, o pesquisador tem forte influência a partir de seu conhecimento prévio sobre a temática ou teoria. Com isso, o pesquisador pode encontrar mais evidências que sejam de apoio baseados em conceito ou teoria pré-estabelecida. A análise acontece com códigos pré-determinados (HSIEH E SHANNON, 2005).

Para essa análise, adotou-se os conceitos teóricos de Lazarus e Folkman (1984) representados nas estratégias:

Otimismo/Resolução de problemas – é definido como esforços para confrontar e resolver um problema;

Busca por apoio emocional – visa medir as tentativas de ganhar apoio emocional e instrumental de outras pessoas. Está relacionado a uma avaliação positiva de *coping*;

Evitação/ Prevenção – Consiste em itens que refletem os esforços cognitivos e comportamentais para desviar a atenção de dificuldades ou lembranças da queimadura;

Reavaliação/ Ajuste – é caracterizada quando a pessoa percebe seletivamente informações positivas sobre a queimadura, os sintomas presentes e o futuro e isso pode levar a *coping* focalizado no problema;

Autocontrole – definido como contendo expressões de sentimentos que mantêm distância aos problemas;

Ações instrumentais - definido como adaptação à situação atual através de implementação de mudanças concretas no estilo de vida, a partir da experiência de ser queimado e o engajamento em questões relacionadas a queimaduras.

A análise de conteúdo dirigida inicia usando uma abordagem direcionada, guiada por um processo estruturado. Segue a sequência das estruturas:

1ª estrutura: após realizada e gravada as entrevistas, elas foram transcritas literalmente para o programa *Word da Microsoft Office* e com auxílio do *software NVivo*, o pesquisador fez leituras prévias, baseada nos conceitos teóricos de Lazarus e Folkman identificando 27 categorias de codificação inicial.

2ª estrutura: em seguida, foi organizada as categorias iniciais, aproximando os textos por semelhança agrupando em seis “nós”.

3ª estrutura: o próximo passo foi codificar os conceitos identificados em “nós”, usando os códigos pré-determinados.

4ª estrutura: Na análise não foi identificado texto relevante que emergisse nova categoria.

5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foi realizado contato prévio com responsáveis dos centros de tratamento de queimados e/ou ambulatório para avaliar viabilidade da pesquisa. Após o aceite prévio da instituição, o projeto foi submetido a Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos sob parecer nº 2.229.046 em 20 de agosto de 2017 (ANEXO C). Em sequência, o projeto foi submetido à comissão de ética dos respectivos centros coparticipantes do projeto caracterizado como um estudo multicêntrico. Somente após aprovação dos Comitês Institucionais foi iniciada a coleta de dados, respeitando os preceitos éticos de pesquisa com Seres Humanos.

As informações obtidas foram registradas de modo a não permitir a identificação dos participantes, tendo apenas um número de identificação para o controle da pesquisadora. Os objetivos do estudo foram apresentados aos participantes e as dúvidas esclarecidas, após a

concordância foi assinado pelo pesquisador e pelo participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado em duas vias. A todos os participantes foi dada a oportunidade de esclarecimento de dúvidas relacionadas ao estudo e a total liberdade para desistir da pesquisa a qualquer momento, se assim o desejar. A aplicação obedeceu às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, envolvendo seres humanos estabelecidos pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde (BRASIL, 2012) que trata sobre os aspectos éticos de pesquisa, envolvendo seres humanos e os princípios éticos contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Resolução COFEN nº 564/2017.

Os dados foram armazenados em arquivo digital, em computador de uso para pesquisa do coordenador e responsável pela pesquisa e em arquivo impresso, pelo prazo de cinco anos. Após o tempo estipulado os arquivos digitais serão eliminados e os impressos incinerados.

O processo de adaptação transcultural “*Coping with Burns Questionnaire*” (CBQ) não oferece risco aos participantes, uma vez que vários estudos que seguem a metodologia adotada já foram realizados, sem que houvesse danos às pessoas. Eventualmente, a coleta de dados envolveu sentimentos relacionados ao trauma vivenciado e, para isso, os participantes foram voluntários e responderam aos questionários, se assim desejarem, podendo desistir da pesquisa a qualquer momento. Este estudo poderá trazer contribuições relacionadas ao *coping* tanto para a prática profissional como também para melhor *coping* pós-trauma de uma queimadura.

6 RESULTADOS

Neste capítulo, os resultados da pesquisa estão apresentados no formato de três manuscritos, conforme estabelece a Instrução Normativa número 01, de 17 de agosto de 2016, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que altera o critério para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

Manuscrito 1

Instrumentos para avaliação de *coping* em pessoas que sofreram queimaduras: Revisão sistemática de literatura

OBJETIVO: identificar instrumentos de medida específicos para a avaliação de *coping* em pessoas adultas que sofrem queimaduras.

Manuscrito 2

Adaptação transcultural do *Coping with Burns Questionnaire* – CBQ para a cultura brasileira

OBJETIVO: traduzir e adaptar o *Coping with Burns Questionnaire* para a população adulta brasileira que sofreu queimadura.

Manuscrito 3

Estratégias *de coping* utilizada por brasileiros que sofreram queimaduras

OBJETIVO: Compreender as estratégias cognitivas e comportamentais que pessoas que sofreram queimaduras usam para lidar com sua situação.

6.1 MANUSCRITO 1 - INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE *COPING* EM PESSOAS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

RESUMO: o *coping* é um importante construto de intervenção no impacto da saúde física e mental de pessoas que sofreram queimaduras. **OBJETIVO:** identificar instrumentos de medida para a avaliação de *coping* em pessoas adultas que sofrem queimaduras. **MÉTODO:** revisão sistemática de literatura nas bases de dados Pubmed, Science Direct, Scielo, Cinahl, Scopus, Web of Science, Psycinfo, Lilacs, Cochrane e na literatura cinzenta Proquest, Google *Scholar*. A estratégia de busca foi desenvolvida junto a bibliotecário, sendo os principais descritores: *burns, adaptation psychological, surveys, questionnaire*. A busca foi guiada pela lista de verificação dos Itens de Relatórios Preferenciais para Revisões Sistemáticas e Meta-Análises (PRISMA *Group*), realizada no dia 23 de abril de 2018, e atualizada em 26 de março 2019. O risco de viés dos estudos foi avaliado pelo método *Cochrane*. **RESULTADOS:** foram incluídos 32 estudos e identificados 11 instrumentos de medida utilizados na avaliação de *coping* em pessoas que sofreram queimaduras. Apenas um instrumento específico foi identificado para avaliar *coping* de pessoas que sofreram queimaduras após a alta hospitalar o qual se mostra válido e confiável na versão original. **CONCLUSÃO:** foram identificados 11 instrumentos de medida de *coping* , sendo dez genéricos e um específico e, em sua maioria, derivados do conceito de Lazarus e Folkman. As variáveis qualidade de vida, estresse pós-traumático, traços de personalidade, ansiedade e depressão foram as mais relacionadas aos estudos.

Descritores: *Coping*. Queimaduras. Instrumento de medida.

INTRODUÇÃO

O *coping* é um construto bastante estudado devido ao reconhecimento do seu impacto nos resultados de saúde mental e física (AMOYAL *et al.* 2011). É definido como esforços cognitivos e comportamentais que uma pessoa utiliza para lidar com situações estressantes (IDREES; FAIZE; AKHTAR, 2017; LAZARUS; FOLKMAN, 1984; SIDELI *et al.* 2017) e engloba tanto os comportamentos empregados para lidar com as demandas da prática diária como com situações emocionais inesperadas (BOSMANS *et al.* 2017).

A queimadura, ocorrência estressante e com impacto na vida da pessoa, família e sociedade, ativa o sistema estressor e desencadeia um mecanismo de sobrevivência no qual o organismo é induzido a enfrentar ou se proteger com relação a determinada situação (PAGLIARONE; SFORCIN, 2009). Essa resposta de *coping* , junto com outros aspectos, como

personalidade pré-morbida, gênero, visibilidade das cicatrizes, emprego, resiliência e apoio emocional (WILLEBRAND, 2003; YING; PERTRINI; XIN, 2013) podem estar relacionadas às adaptações e ajustamentos psicológicos necessários para superar tal situação (YING; PERTRINI; XIN, 2013).

Estratégias de *coping* emocionais positivas, por exemplo, surgem com o intuito de resignificar as dificuldades vivenciadas frente a determinadas situações, proporcionam maior bem-estar, já estratégias de *coping* evitativo podem levar a transtornos de estresse pós-traumático (TEPT), sintomas depressivos e insatisfação (SIDELI *et al.* 2017). Nesse sentido, é necessária a avaliação de *coping*, a fim de diminuir o risco de desassistência psicológica e complicações no processo de reabilitação da queimadura (IDREES; FAIZE; AKHTAR, 2017).

Estimativas apontam que queimaduras causam 265.000 mortes de pessoas no mundo anualmente (HONNEGOWDA *et al.* 2019), quando não matam, deixam sequelas que necessitam de longo, doloroso e estressante período de reabilitação englobando *coping* nesse processo (DANIEL, 2019). Com isso, diversos estudos vem aprofundando o conhecimento relacionado entre *coping* e queimadura (DANIEL, 2019; SU; CHOW, 2020; ENLOW *et al.* 2019; BAILLIE; SELLWOOD; WISELY, 2014; SIDELI *et al.* 2017; SVEEN; ÖSTER, 2015; WIECHMAN; HOYT; PATTERSON, 2018; WILLEBRAND *et al.* 2001; YANG *et al.* 2014) apontando a relevância dessa temática e a necessidade de intervenções para melhora da qualidade de vida dessa população (KURIAN *et al.* 2019).

Instrumentos de medida cada vez mais integram o dia a dia dos profissionais da área da saúde, tanto na clínica como em pesquisas (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Esses instrumentos estão diretamente relacionados a prática clínica, avaliação em saúde e pesquisas, contribuindo no cuidado adequado e de qualidade, programas de saúde e políticas institucionais (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015)

Diante da existência de diversos instrumentos de avaliação de *coping* em pessoas que sofreram queimaduras é preciso que os profissionais de saúde estejam engajados em conhecer, compreender e analisar instrumentos de avaliação com propriedades de medidas confiáveis e válidas, a fim de utilizar os resultados obtidos para alterações na prática do cuidado (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2018; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

É imprescindível a utilização de instrumento de medida confiável e válido que auxilia na avaliação de *coping* no processo de reabilitação de queimadura. Assim, os pesquisadores elaboraram a seguinte questão de pesquisa “Quais instrumentos de medida são utilizados para avaliar *coping* em pessoas adultas que sofreram queimaduras?”. O objetivo deste estudo é

identificar instrumentos de medida para a avaliação de *coping* em pessoas adultas que sofrem queimaduras.

MÉTODO

Trata-se de revisão sistemática guiada pela lista de verificação dos Itens de Relatórios Preferenciais para Revisões Sistemáticas e Meta-Análises (PRISMA *Group*) registrada no *International prospective register of systematic reviews* PROSPERO - CRD42018089546 - *Measuring instruments of coping in burned adults: systematic review*.

Para a construção da pergunta de pesquisa: "Quais instrumentos de medida são utilizados para avaliar *coping* em pessoas adultas que sofreram queimaduras?" foi empregada a estratégia PICOS, sendo Participantes (P) – Pessoas adultas que sofreram queimaduras; Intervenção (I) – Instrumentos de avaliação de *coping*; Comparação (C) – Não se aplica; Resultados (O) – Instrumentos válidos; Tipo de estudos (S) – Não se aplica. O elemento C de comparação e o elemento S referente ao tipo de estudo, que não foi avaliado, devido ao tipo de revisão proposta.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos os estudos quantitativos no formato de artigos científicos completos e originais, teses, dissertações e que utilizaram instrumentos ou escalas de avaliação de *coping* em pessoas adultas que sofreram queimaduras, sem considerar limite de ano.

Não foram incluídos: revisões bibliográficas não sistematizadas, cartas, resenhas, editoriais, livros, capítulos de livros, documentos governamentais, boletins informativos e ~~estudos duplicados~~; estudos desenvolvidos com crianças e adolescentes, que traziam *coping* apenas no resultado associado; excluídos pelo idioma por não apresentar versão inglês, espanhol ou português e artigos na íntegra não encontrados.

Fontes de busca

Estratégias detalhadas de busca individual foram desenvolvidas nas bases de dados (APÊNDICE A): *Cochrane*, Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS)/ Base de dados em Enfermagem (BDENF), *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed/ Medline), Scopus, Web of Science, Science Direct, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (Cinahl), *American Psychological Association* (Psycinfo), *Scientific Electronic Library* (SciELO). Uma pesquisa parcial da literatura cinzenta foi feita usando o *ProQuest* e *Google Scholar*. A busca foi realizada em 23 de abril de 2018, em todas as bases

de dados e atualizada em 26 de março 2019. As combinações de palavras e truncamento apropriadas foram selecionadas e adaptadas para cada pesquisa de banco de dados com auxílio de bibliotecária especialista em buscas na área da saúde. Todas as referências foram gerenciadas por *software* de referência *EndNote® Web - Thomson Reuters*, Filadélfia, PA.

Processo de coleta de dados

A seleção dos estudos foi realizada em duas fases. Na primeira fase, dois pesquisadores de forma independente revisaram os títulos e resumos de todas as citações encontradas nas bases de dados eletrônicas. Estudos que não atendiam aos critérios de inclusão foram descartados. Na segunda fase, os mesmos pesquisadores aplicaram os critérios de inclusão no texto completo dos artigos. Um acordo mútuo foi alcançado entre os dois pesquisadores. Frente à necessidade, um terceiro pesquisador foi consultado para tomar a decisão final.

Um dos pesquisadores realizou a coleta de informações necessárias de artigos selecionados, incluindo características do estudo (autor, ano e país de publicação); características da população (amostra total, média de idade, local do estudo); características de intervenção (instrumento de avaliação de *coping*); e resultados (principais conclusões). Frente a discordância, os outros dois pesquisadores da etapa anterior foram incluídos, sendo tomada a decisão final em concordância dos três autores.

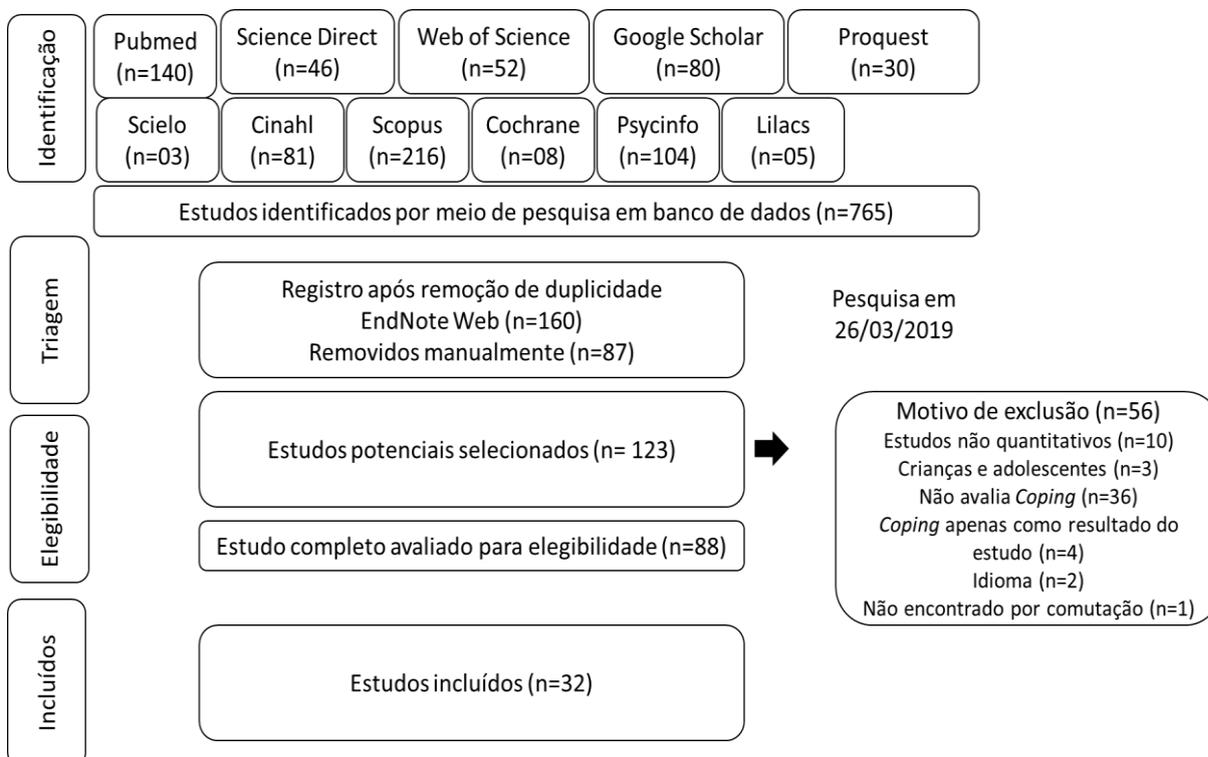
Seleção dos estudos para leitura na íntegra

Durante a pesquisa inicial (primeira fase), 765 estudos foram identificados nas bases de dados eletrônicas, incluindo a literatura cinzenta (*Google Scholar* e Proquest). Após remoção de duplicatas, sendo 160 removidos automaticamente pelo algoritmos do *EndNote Web* e 87 removidos manualmente devido a formas dos nomes dos mesmos autores estarem apresentadas de maneiras distintas (em um escrito em extenso e em outro abreviado), 518 foram considerados potencialmente úteis e capturados para a avaliação da segunda fase.

A segunda fase contou com leitura de título excluindo 395 artigos que não se enquadraram na temática, restando, 123 considerados apropriados para leitura do resumo. Após leitura dos resumos, 88 estudos foram potencialmente elegíveis para leitura na íntegra. Destes 56 foram excluídos, onde 64% apresentaram o termo *coping*, no entanto não foi na dimensão de um construto como pesquisada no estudo, apenas mencionada como variável dos mesmos.

Ao final, 32 estudos foram incluídos na revisão, conforme apresentado na figura 2.

Figura 2. Fluxograma dos critérios de pesquisa e seleção dos estudos



Fonte: Adaptado modelo PRISMA com dados da pesquisa. Florianópolis, 2019

Os estudos incluídos foram analisados na íntegra pelos pesquisadores sendo os dados da análises organizados em arquivo digital no programa Excel. Os dados foram organizados de forma que permitissem a descrição das informações sobre a composição dos instrumentos (itens, domínios, variáveis estudadas, entre outros) e informações sobre validação dos mesmos.

Ainda como critério de avaliação dos estudos identificados, foi considerado o Risco de Viés de cada um dos estudos analisados.

Risco de viés dos estudos

Para a avaliação do viés dos estudos, foi utilizada a ferramenta *The Cochrane Collaboration's tool*. Essa ferramenta foi desenvolvida para avaliar a qualidade dos estudos composta de duas partes, em que estão contidos sete domínios, a saber: geração da sequência aleatória, ocultação da alocação, cegamento de participantes e profissionais, cegamento de avaliadores de desfecho, desfechos incompletos, relato de desfecho seletivo e outras fontes de vieses (DE CARVALHO; SILVA; GRANDE, 2013).

A primeira parte da ferramenta refere-se à descrição do que foi relatado no estudo, em detalhes suficientes para que o julgamento, seja feito com base nessas informações. Na segunda

parte, considera-se o julgamento quanto ao risco de viés para cada um dos domínios analisados, que podem ser classificados em três categorias: Alto Risco de Viés (ARV) — se a proporção de informação de alto risco é suficiente para afetar a interpretação dos resultados; Baixo Risco de Viés (BRV) — se a maior parte da informação for de estudos classificados como baixo risco de viés; Risco de Viés Incerto (RVI) — se a maior parte da informação for de estudos de baixo risco e incerto risco (DE CARVALHO; SILVA; GRANDE, 2013). Cada estudo teve uma avaliação independente por pesquisadores distintos, as dúvidas foram sanadas com um terceiro pesquisador. Os dados foram organizados em planilha, conforme domínio e julgamento de cada critério, resultando na classificação das categorias ARV, BRV ou RVI.

RESULTADOS

Os artigos foram publicados em inglês entre os anos de 1989 e 2018, realizados em dez diferentes países, sendo Suécia (DAHL *et al.* 2016; KILDAL, 2003; KILDAL *et al.* 2005; LOW *et al.* 2003; SGROI *et al.* 2005; SVEEN; ÖSTER, 2015; WILLEBRAND, 2003; WILLEBRAND *et al.* 2001, 2002) e Estados Unidos (AMOYAL *et al.* 2011; BLEW; PATTERSON; QUESTED, 1989; FAUERBACH *et al.* 2002; LAWRENCE; FAUERBACH, 2003; PATTERSON; TININENKO; PTACEK, 2006; PTACEK *et al.* 1995; ULMER, 1997; WIECHMAN; HOYT; PATTERSON, 2018) os países com maior número de estudos realizados na temática. Os demais países foram: Croácia (BRAŠ *et al.* 2007), Holanda (BOSMANS *et al.* 2015), Canadá (NOBLE; GOMEZ; FISH, 2006) e Itália (SIDELI *et al.* 2017), com um artigo cada; Reino Unido (BAILLIE; SELLWOOD; WISELY, 2014; TEDSTONE; TARRIER; FARAGHER, 1998) com dois artigos e Austrália (ANDREWS *et al.* 2010; BRYANT, 1996), China (CHENG *et al.* 2015; YANG *et al.* 2014; YING; PERTRINI; XIN, 2013) e Germany (PALLUA; KÜNSEBECK; NOAH, 2003; ROSENBACH; RENNEBERG, 2008; WALLIS *et al.* 2006) com três artigos cada. Sugiro organizar pela sequência de número de estudos

O número amostral nos estudos apresentou grande variação entre 22 e 362 (NOBLE; GOMEZ; FISH, 2006; AMOYAL *et al.*, 2011), sendo que todos os participantes foram contatados a partir de registros de hospitalização devido a queimadura. A população foi exclusivamente com pessoas adultas, destacando que em alguns países a maioria era a partir dos 16 anos. A média de idade dos participantes dos estudos variou entre 33 a 50.4 anos, outras características são descritas a seguir (Quadro 1).

Quadro 1. Resumo das características descritivas dos artigos incluídos.

Autor, Ano, País	Média de idade (anos) (N=amostra)	Objetivo	Instrumento utilizado para avaliar <i>coping</i>	Variáveis estudadas	Principais resultados relacionados ao desfecho <i>coping</i>
AMOYAL <i>et al.</i> 2011 Estados Unidos	39.4 (362)	Avaliar o BCOPE <i>coping</i> e examinar a validade de construto da medida.	<i>The Brief COPE (BCOPE)</i>	<i>Coping</i>	As estratégias de <i>coping</i> são influenciadas pelo ambiente (hospitalar versus domicílio, trabalho). A distração foi considerada a estratégia de <i>coping</i> mais ativa.
ANDREWS <i>et al.</i> 2010 Austrália	38 (70)	Investigar até que ponto neurotismo, extroversão e concordância predizem a severidade da depressão de três meses após lesão por queimadura e se estratégias de <i>coping</i> mediam esse relacionamento.	<i>Coping with Burns Questionnaire (CBQ)</i>	<i>Coping</i> Depressão Personalidade	A avaliação de <i>coping</i> na fase aguda é um fator importante na identificação de pacientes com maior risco de desenvolver depressão ou sintomas depressivos. O <i>coping</i> evitativo previu os sintomas depressivos aos três meses pós-queimadura
BAILLIE; SELLWOOD; WISELY, 2014 Reino Unido	45.67 (74)	Examinar a ocorrência de estresse pós-traumático em pessoas que sofreram queimaduras, usando medidas quantitativas de crescimento, apoio social, estratégias de <i>coping</i> e otimismo.	<i>Coping with Burns Questionnaire (CBQ)</i>	Estresse pós-traumático <i>Coping</i> Apoio social Estresse pós-traumático Otimismo	O <i>coping</i> evitativo foi o que apresentou maior relação ao estresse pós-traumático, seguido do <i>coping</i> de reavaliação/ ajuste. <i>Coping</i> instrumental/ação apresentou baixa correlação com estresse pós-traumático. A recuperação após a queimadura complexa envolve desafios psicológicos e estratégias de <i>coping</i> e apoio social que facilitam esse processo.
BLEW; PATTERSON; QUESTED, 1989 Estados Unidos	38.1 (44)	Aumentar a compreensão do uso de estratégias de <i>coping</i> cognitivo e comportamental em pacientes com queimaduras.	<i>Burn Pain Questionnaire (BPQ)</i>	<i>Coping</i>	Estratégias de <i>coping</i> comportamental e cognitivas podem ser utilizadas no controle da dor leve a moderada de pacientes queimados com significativa correlação. Assistir televisão, ouvir rádio, falar sobre a dor são estratégias de <i>coping</i> comportamental. Atenção concentrada na imaginação, imaginando-se em outro lugar são técnicas cognitivas que apresentaram bons resultados no controle da dor.
BOSMANS <i>et al.</i> 2015 Holanda	40.99 (178)	Avaliar a percepção da eficácia de <i>coping</i> sobre estresse pós-traumático nos primeiros 12 meses após queimaduras, levando em consideração a mudança do nível de qualidade de vida.	<i>Coping self-efficacy (CSE)</i>	Estresse Pós-traumático <i>Coping</i> autoeficaz Qualidade de vida	<i>Coping self-efficacy (CSE)</i> mede a capacidade percebida de enfrentar efetivamente as demandas de recuperação pós-trauma. O estudo aponta que o <i>coping</i> evitativo está associado positivamente com os níveis de estresse pós-traumático.
BRAŠ <i>et al.</i> 2007 Croácia	44.17 (70)	Analisar as interrelações entre os padrões de <i>coping</i> , características de queimaduras e níveis de ansiedade e depressão em adultos que sofreram queimadura em estágio inicial do	<i>Coping with Burns Questionnaire (CBQ)</i>	<i>Coping</i> Ansiedade Depressão Desesperança	<i>Coping</i> evitativo foi associado com níveis mais elevados de ansiedade, depressão e desesperança. A porcentagem da área total de superfície corporal (TBSA) e localização de queimaduras não foram associadas a padrões de <i>coping</i> em pessoas que sofreram queimaduras.

		trauma.			
BRYANT, 1996 Austrália	33.09 (35)	Investigar os fatores que predizem o estresse pós-traumático após graves queimaduras, e focado especificamente na percepção de lesão severas, desfiguração, percepção de desfiguração e estilo de <i>coping</i> .	<i>Coping Style Questionnaire (CSQ)</i>	<i>Coping</i> Estresse pós-traumático	Preocupação com a autoimagem relacionada as cicatrizes e estilo de <i>coping</i> evitativo foram responsáveis por 61% dos sintomas de estresse pós-traumático.
CHENG <i>et al.</i> 2015 China	30 a 50 (64)	Explorar como o comportamento de <i>coping</i> afeta o estresse pós-traumático entre as pessoas gravemente queimadas.	<i>Medical Coping Mode Questionnaire (MCMQ)</i>	<i>Coping</i> Estresse pós-traumático	Evitação e resignação são as estratégias de <i>coping</i> mais utilizadas por pessoas que sofrem grandes queimaduras e podem prever a gravidade do estresse pós-traumático. Estratégias de resignação elevada aumentam o risco de sintomas de estresse pós-traumático. A avaliação de <i>coping</i> no paciente gravemente queimado pode prever complicações mentais ou até mesmo o diagnóstico de estresse pós-traumático.
DAHL <i>et al.</i> 2016 Suécia	41.8 (73)	Investigar a presença de estresse pós-traumático, insatisfação com a imagem corporal e <i>coping</i> , às três, seis e 12 meses após a alta para identificação precoce de pacientes com necessidade de apoio focado durante a reabilitação.	<i>Coping with Burns Questionnaire (CBQ)</i>	Estresse pós-traumático Insatisfação com a imagem corporal <i>Coping</i>	As estratégias de <i>coping</i> mais utilizadas pelos pacientes no seguimento de três meses foram otimismo / resolução de problemas, reavaliação / ajuste e evitação. Nenhuma correlação foi encontrada entre idade e <i>coping</i> , mas uma correlação significativa foi encontrada entre gênero e <i>coping</i> , mostrando que as mulheres usaram mais reavaliação / ajuste e esquiva do que os homens. Evitação, autocontrole, ação instrumental e reavaliação / ajuste foram mais frequentemente usado por pacientes com risco de estresse pós-traumático.
FAUERBACH <i>et al.</i> 2002 Estados Unidos	43,6 (42)	Avaliar o efeito do sofrimento relacionado ao procedimento com foco na atenção fornecendo treinamento para pacientes com queimadura aguda hospitalizados.	<i>Modified coping strategies questionnaire (MCSQ)</i>	<i>Coping</i> Impacto do evento Tensão relacionada ao procedimento	O grupo que recebeu distração com música teve menos orientação sobre o procedimento do que o grupo focal que recebeu mais orientação do que iria acontecer no dia. As análises revelaram que a estratégia de <i>coping</i> de ignorar o procedimento do dia anterior previu significativamente maior sofrimento no procedimento. Estratégias de <i>coping</i> focada na emoção podem ser melhoradas, treinando no uso de um distrator explícito em casos agudos de pessoas que sofreram queimaduras.
KILDAL <i>et al.</i> 2005 Suécia	47.7 (161)	Aprimorar os instrumentos atuais de avaliação de questões, avaliar os resultados a longo prazo em uma coorte de pacientes com queimaduras e explorar a contribuição dos fatores individuais da personalidade e <i>coping</i> .	<i>Coping with Burns Questionnaire (CBQ)</i>	<i>Coping</i> Estado de saúde	Não houve relação entre estratégias de <i>coping</i> e características da lesão exceto em indivíduos com queimaduras de espessura total superior a 10%, que exibiram reavaliação / ajuste. <i>Coping</i> evitativo estava relacionada ao status de trabalho, estado civil e condições de vida, e esta foi a estratégia mais claramente relacionada "Resultado ruim" na escala de saúde específica para queimadura (BSHS-B). O apoio emocional foi a mais benéfica estratégia e foi principalmente associada com as escalas psicossociais da BSHS-B.

KILDAL, 2003 Suécia	18 ou mais (350)	Aprimorar os instrumentos atuais de avaliação de questões, avaliar os resultados a longo prazo em uma coorte de pacientes com queimaduras e explorar a contribuição dos fatores individuais da personalidade e <i>coping</i> .	<i>Coping with Burns Questionnaire (CBQ)</i>	<i>Coping</i> Estado de Saúde	O <i>coping</i> evitativo foi a estratégia mais relacionada aos sintomas em todas as escalas da saúde específica para queimadura (BSHS-B), enquanto, apoio emocional foi a estratégia de <i>coping</i> mais benéfica. Não houve associação entre estratégias de <i>coping</i> e características de lesão, exceto para sujeitos com lesão de espessura total acima de 10% que usaram mais reavaliação / ajuste.
LAWRENCE; FAUERBACH, 2003 Estados Unidos	41.8 (118)	Explorar a relação entre personalidade, <i>coping</i> , estresse crônico, apoio social e estresse pós-traumático entre sobreviventes de queimaduras.	<i>The Brief COPE (BCOPE)</i>	<i>Coping</i> Personalidade Apoio social Estresse crônico	Pessoas que sofreram queimaduras e apresentaram maior uso de estratégias de <i>coping</i> evitativo manifestaram mais sintomas de estresse pós-traumático no período de hospitalização e um após alta hospitalar. Ao contrário da hipótese esperada, o <i>coping</i> ativo foi associado com maior índice de estresse pós-traumático, o que conclui-se que sobreviventes de queimaduras com estresse pós-traumático tentam uma variedade maior de estratégias para lidar com seus sintomas.
LOW <i>et al.</i> 2003 Suécia	50 (166)	Determinar fatores de risco para o desenvolvimento de pesadelos crônicos após queimaduras graves.	<i>Coping with Burns Questionnaire (CBQ)</i>	Personalidade <i>Coping</i>	Estratégias de <i>coping</i> evitativo ou reavaliação / ajuste emocional e suporte técnico estão diretamente relacionados a pesadelos em pacientes que sofreram queimaduras, ou seja, quanto mais essas estratégias são utilizadas, mais chances o paciente tem de apresentar pesadelo em relação a queimaduras.
NOBLE; GOMEZ; FISH, 2006 Canadá	44 (22)	Investigar os resultados psicossociais em pessoas adultas após queimadura elétrica.	<i>Coping with Burns Questionnaire (CBQ)</i>	<i>Coping</i> Qualidade de vida Dor	Ao analisar as estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelos pacientes do estudo, nenhuma parecia dominar. Autocontrole e apoio emocional, estratégias conceitualmente opostas, foram comumente empregados. Pessoas com queimaduras maiores apresentaram maiores pontuação, indicando que utilizam mais estratégias de <i>coping</i> , sugerindo que ter queimaduras extensas seriam mais onerosas emocionalmente.
PALLUA; KÜNSEBECK; NOAH, 2003 Alemanha	40 (153)	Investigar fatores que influenciam a qualidade de vida e a reintegração social de vítimas de queimaduras.	<i>Ways of Coping - Checklist</i>	<i>Coping</i> Depressão Questões gerais de saúde	A maioria das estratégias de <i>coping</i> utilizadas estavam diretamente relacionadas com o comprometimento das funções. A perda de amigos (apoio social) também foi influenciada pela visibilidade da queimadura.
PATTERSON; TININENKO; PTACEK, 2006 Estados Unidos	35 (122)	Investigar o impacto da dor de queimadura no tratamento hospitalar nas emoções de longo prazo.	<i>Ways of Coping Checklist - Revised (WCCL)</i>	Ajuste psicológico pré e pós-lesão Dor <i>Coping</i>	Pessoas com relatos de dor mais intensa utilizam mais estratégias de <i>coping</i> em geral. A dor inicial pode funcionar como mecanismo causal para a adaptação após a queimadura. Paciente com níveis elevados de dor durante os estágios iniciais estão com risco aumentado de mau ajuste pós-queimadura.
PTACEK <i>et al.</i> 1995 Estados Unidos	35 (48)	Comparar o impacto que a dor causa durante a internação em pessoas que sofreram queimaduras em um mês de ajuste físico e emocional.	<i>Ways of Coping Checklist - Revised (WCCL)</i>	<i>Coping</i> Dor	Os resultados de dor correlacionam-se positivamente com <i>coping</i> e estão alinhados com a busca de apoio no processo de recuperação de queimadura. Estratégias de evitação e foco no problema foram correlacionadas com sintomas psiquiátricos pós-alta hospitalar. O controle da dor pode ir além da redução do sofrimento durante a

					hospitalização.
ROSENBACH; RENNEBERG, 2008 Alemanha	44 (149)	Investigar mudanças positivas em pessoas com queimaduras e examinar o impacto de construções relacionadas, variáveis demográficas e médicas no estresse pós-traumático.	<i>Coping with Burns Questionnaire (CBQ)</i>	<i>Coping</i> Apoio social Qualidade de vida Estresse Pós-traumático	Estratégias de <i>coping</i> focadas no problema e evitativo foram as que mais pontuaram como indicador de estresse pós-traumático, seguidas de estratégias de apoio social. Não houve diferença de gênero e idade no uso de <i>coping</i> , nem sobre angústia emocional.
SGROI <i>et al.</i> 2005 Suécia	43.7 (84)	Investigar se houve tendência a evitar o medo em pessoas que sofreram queimaduras e investigar a relação entre evitar o medo e sintomas psicológicos e somáticos.	<i>Coping with Burns Questionnaire (CBQ)</i>	<i>Coping</i> Medo Ansiedade e depressão Qualidade de vida Impacto de evento	A dor gera medo e, portanto, experiências anteriores podem afetar o grau de crenças relacionadas ao medo da queimadura. Esse conceito está relacionado com <i>coping</i> evitativo.
SIDELI <i>et al.</i> 2017 Itália	39.33 (69)	Descrever as estratégias de <i>coping</i> utilizadas por pacientes de pequenas queimaduras ($\leq 20\%$ SCQ) na fase inicial do processo de reabilitação e para analisar o efeito do <i>coping</i> e da insatisfação da imagem corporal, com sintomas psiquiátricos e qualidade de vida.	<i>The Brief COPE (BCOPE)</i>	<i>Coping</i> Insatisfação imagem corporal Qualidade de vida Gravidade de sintomas psicopatológico	As estratégias de <i>coping</i> evitativo foram relacionadas à baixa qualidade de vida mental e sintomas psicopatológicos como obsessão, depressão, ansiedade e psiquismo. <i>Coping</i> focado no problema e focado na emoção foram as formas mais comuns utilizadas, seguido de <i>coping</i> evitativo. <i>Coping</i> focado na emoção foi associado a imagem corporal.
SVEEN; ÖSTER, 2015 Suécia	42.6 (67)	Investigar o consumo de álcool em pacientes adultos que sofreram queimaduras vários anos após a lesão e explorar possíveis fatores que contribuíram.	<i>Coping with Burns Questionnaire (CBQ)</i>	Transtornos por uso de álcool Distúrbios psiquiátricos <i>Coping</i>	Utilizado apenas um item do <i>Coping with Burns Questionnaire (CBQ)</i> “uso álcool, tabaco ou outras drogas para poder lidar com meus problemas (item 16)”. 25% da amostra estudada estavam em risco. Essa identificação pode ser usada para prevenir o consumo e problemas futuros.
TEDSTONE; TARRIER; FARAGHER, 1998 Reino Unido	38.5 (50)	Identificar fatores que aumentam o risco de morbidade psicológica em pessoas com graves queimaduras.	<i>The Ways of Coping Checklist - Revised (WCCL)</i>	Estresse pós-traumático <i>Coping</i> Morbidade psicológica	O uso precoce do estratégias de <i>coping</i> de aceitação é um fator protetor na prevenção de ansiedade e uma perspectiva positiva sobre o futuro pode proteger contra subsequentes depressão e estresse pós-traumático.
ULMER, 1997 Estados Unidos	33 (32)	Examinar a dor, o <i>coping</i> e a depressão do humor em pacientes com queimaduras moderadas a graves.	<i>Coping Strategies Questionnaire (CSQ)</i>	Dor <i>Coping</i> Depressão do humor	As estratégias de <i>coping</i> mais utilizadas no controle da dor foram esperança e oração, seguida autoafirmações positivas. As estratégias menos utilizadas foram catástrofes (tendência de pensar o pior) e reinterpretação de sensações de dor.

WALLIS <i>et al.</i> 2006 Alemanha	37 (55)	Investigar o sofrimento emocional e recursos psicossociais da queimadura.	<i>Freiburg Questionnaire of Coping with Illness (FKV-LIS)</i>	Estresse pós-traumático Ansiedade e depressão Apoio social <i>Coping</i> Dor Autocrenças otimistas	Não foram encontradas diferenças significativas referente a idade e nível educacional, mas sim relacionadas ao sofrimento emocional. Pacientes com grau significativamente maior de dor física, ansiedade e depressão mostraram maior uso de estratégias de <i>coping</i> e pensamentos positivos.
WIECHMAN; HOYT; PATTERSON, 2018 Estados Unidos	40.5 (231)	Determinar a importância do ajustamento psicológico após a queimadura e estratégias de <i>coping</i> usando um modelo biopsicossocial.	<i>The Ways of Coping Checklist - Revised (WCCL)</i>	Funcionamento físico e mental pré mórbido <i>Coping</i> Depressão Trauma emocional	Pessoas com melhor saúde física pré-queimaduras usam mais estratégias de <i>coping</i> evitativo, enquanto pessoas com melhor saúde mental pré-queimadura apresentam menor uso de estratégias de <i>coping</i> evitativo. O uso de <i>coping</i> evitativo está relacionado com sintomas depressivos, sofrimento psicológico, sintomas de estresse pós-traumático no primeiro ano após a queimadura.
WILLEBRAN D <i>et al.</i> 2001 Suécia	49.3 (162)	Desenvolver um questionário para medir <i>coping</i> após lesão por queimadura.	<i>Coping with Burns Questionnaire (CBQ)</i>	<i>Coping</i> Qualidade de vida	Estudo de desenvolvimento do CBQ em pessoas que sofreram queimaduras projetada para medir o <i>coping</i> após a alta. Itens sobre sentimento de culpa, desabafo e desengajamentos foram excluídos. No geral, não houve relação entre <i>coping</i> , sexo, idade no momento da lesão, número de anos desde a lesão ou a extensão da queimadura. A única exceção foi a idade no momento do estudo de seguimento relacionado à escala de <i>coping</i> e apoio emocional, indicando que pessoas mais jovens usam mais essa estratégia.
WILLEBRAN D <i>et al.</i> 2002 Suécia	50.4 (161)	Investigar padrões de <i>coping</i> , estado de saúde e traços de personalidade em adultos queimados.	<i>Coping with Burns Questionnaire (CBQ)</i>	Personalidade <i>Coping</i> Qualidade de vida	Estratégias de <i>coping</i> evitativo exibiram o menor estado de saúde e as mais altas avaliações sobre neuroticismo e agressividade. O <i>coping</i> adaptativo teve o desfecho favorável e classificações de personalidade.
WILLEBRAN D, 2003 Suécia	43.3 a 50.4 (227)	Explorar o <i>coping</i> , a personalidade e os processos cognitivos na adaptação a longo e curto prazo.	<i>Coping with Burns Questionnaire (CBQ)</i>	<i>Coping</i> Personalidade Qualidade de vida Testes cognitivos Eventos da vida Saúde psicológica	O fator psicológico mais influente no <i>coping</i> é o evitativo onde estratégias mal adaptativas favorecem a vulnerabilidade para problemas de saúde. Estratégias de <i>coping</i> com apoio emocional e otimismo/ resolução de problemas tem influência de apoio no processo adaptativo. Estratégias de <i>coping</i> como evitativo pode levar a uma vida devastada, com abuso de substâncias químicas resultando em problemas físicos e emocionais. <i>Coping</i> evitativo está relacionado a problemas a longo prazo. O autocontrole indica emoções negativas presentes mesmo que a pessoa tente retê-los, sendo negativamente relacionado à saúde psicossocial.

YANG <i>et al.</i> 2014 China	34.2 (129)	Investigar os fatores que influenciam os níveis de resiliência em pacientes com queimaduras, durante a reabilitação e fornecer orientação teórica para prevenção de crises psicológicas.	<i>Simplified Coping Styles Questionnaire</i>	<i>Coping</i> Resiliência Apoio social	Essa escala avalia <i>coping</i> positivo e negativo, onde a correlação positiva entre <i>coping</i> e resiliência, indicando que indivíduos com um alto nível de resiliência frequentemente encontram maneiras de enfrentar dificuldades na vida.
YING; PERTRINI; XIN, 2013 China	26 a 50 (92)	Investigar diferenças de gênero na qualidade de vida e no <i>coping</i> após a alta para pacientes com queimaduras na China.	<i>Coping with Burns Questionnaire (CBQ)</i>	Qualidade de vida <i>Coping</i>	Correlações positivas foram encontradas entre características demográficas como idade, sexo, estado civil, renda familiar, gravidade da lesão, tempo de alta e <i>coping</i> . Correlações negativas entre as características demográficas, como idade, nível de escolaridade, status de emprego, estado civil e gravidade da lesão acompanhada de queimaduras no rosto, mão.

Fonte: Dados de pesquisa. Florianópolis, 2019.

Identificação dos instrumentos

Nos 32 estudos incluídos na amostra final, foram identificados 11 instrumentos de medida para o *coping*. Os instrumentos utilizados foram o *Coping with Burns Questionnaire* – CBQ (15 estudos), seguido pelo *The Ways of Coping Checklist - Revised* - WCCL (4 estudos), *The Brief COPE* – BCOPE (03 estudos), *Coping Strategies Questionnaire* – CSQ (02 estudos), os demais instrumentos foram identificados em apenas um estudo. A seguir, são apresentados os instrumentos identificados no estudo.

O instrumento de medida *Coping with Burns Questionnaire* – CBQ (n=15) (ANDREWS *et al.* 2010; BAILLIE; SELLWOOD; WISELY, 2014; BRAŠ *et al.* 2007; DAHL *et al.* 2016; KILDAL, 2003; KILDAL *et al.* 2005; LOW *et al.* 2003; NOBLE; GOMEZ; FISH, 2006; ROSENBAACH; RENNEBERG, 2008; SGROI *et al.* 2005; SVEEN; ÖSTER, 2015; WILLEBRAND, 2003; WILLEBRAND *et al.* 2001, 2002; YING; PERTRINI; XIN, 2013), desenvolvido na Universidade de Uppsala/ Suécia em 2001 e disponível no idioma inglês, baseado no conceito de *coping* de Lazarus e Folkman, objetiva medir *coping* após alta hospitalar de pessoas que sofreram queimaduras (WILLEBRAND *et al.* 2001). O instrumento é formado por 33 itens divididos em seis subescalas: otimismo/ resolução de problemas, busca por apoio social, evitação/ prevenção, reavaliação/ ajuste, autocontrole, ações instrumentais. Os itens são avaliados em escala tipo *likert* de 4 pontos, onde 1 significa “não aplicável” e 4 “muito aplicável”. O resultado sugere que pessoas com baixa pontuação estão em maior risco e se beneficiam de técnicas que podem aumentar as estratégias de *coping* (WILLEBRAND *et al.* 2001). O país de origem Suécia contempla o maior número de estudos na pesquisa com esse instrumento (DAHL *et al.* 2016; KILDAL, 2003; KILDAL *et al.* 2005; LOW *et al.* 2003; SGROI *et al.* 2005; SVEEN; ÖSTER, 2015; WILLEBRAND, 2003; WILLEBRAND *et al.* 2001, 2002), sendo os demais Austrália (ANDREWS *et al.* 2010); Reino Unido (BAILLIE; SELLWOOD; WISELY, 2014); Croácia (BRAŠ *et al.* 2007); Canadá (NOBLE; GOMEZ; FISH, 2006); Alemanha (ROSENBAACH; RENNEBERG, 2008) e China (YING; PERTRINI; XIN, 2013).

No caso do CBQ, inicialmente a proposta contou com 35 itens e após análise fatorial através da rotação ortogonal *Varimax* – método comumente utilizado que procura minimizar o número de variáveis que apresentam altas cargas em cada fator – foram retirados dois itens que apresentaram pontuação baixa contemplando atualmente 33 itens no CBQ divididos em seis subescalas. A confiabilidade do instrumento apresentou alfas que variaram entre 0,56 e 0,83 demonstrando a confiabilidade do questionário. Trata-se de um instrumento de avaliação de *coping* específico para pessoas que sofreram queimaduras.

O segundo instrumento mais utilizado foi *The Ways of Coping Checklist - Revised* – WCCL (n=4) (PATTERSON; TININENKO; PTACEK, 2006; PTACEK *et al.* 1995; TEDSTONE; TARRIER; FARAGHER, 1998; WIECHMAN; HOYT; PATTERSON, 2018) derivado de *Ways of Coping – Checklist* (PALLUA; KÜNSEBECK; NOAH, 2003) de 68 itens propostos por Lazarus e Folkman, em 1980 (PALLUA; KÜNSEBECK; NOAH, 2003; VITALIANO *et al.* 1985). O WCCL é formado por 42 itens, divididos em cinco subescalas que avaliam: foco no problema, busca por apoio, autculpa, pensamento de desejo e evitação. Os itens são avaliados em escala tipo *likert* de 4 pontos onde 0 representa “nunca usado” e 3 “usado regularmente”, sendo a pessoa orientada a lembrar do mês, após a alta hospitalar. O resultado é avaliado até que ponto as pessoas usam cada estratégia de *coping* (PATTERSON; TININENKO; PTACEK, 2006). Não foram identificados estudo relacionados às propriedades psicométricas do instrumento.

Utilizado por três estudos (AMOYAL *et al.* 2011; LAWRENCE; FAUERBACH, 2003; SIDELI *et al.* 2017), o *The Brief COPE (BCOPE)* contém 28 itens desenvolvidos a partir do inventário de COPE proposto por Carver em 1989, baseado no conceito de *coping* de Lazarus e Folkman e disponível no idioma espanhol, francês, alemão, grego e coreano (CARVER, 1997). Avalia 14 estratégias de *coping* incluindo *coping* ativo, planejamento, positivo, reenquadramento, aceitação, humor, religião, suporte emocional, suporte instrumental, autodistração, negação, ventilação, uso de substâncias, comportamento desinteresse e autculpabilização. A pessoa responde como costuma manejar as situações de uma maneira habitual através de escala tipo *likert* de 4 pontos onde 0 = “eu não tenho feito isso” e 3 “eu tenho feito muito isso”. A pontuação mais alta sugere o estilo de *coping* utilizado (AMOYAL *et al.* 2011; LAWRENCE; FAUERBACH, 2003).

O *Coping Strategies Questionnaire (CSQ)* identificado em dois estudos (BRYANT, 1996; ULMER, 1997) é voltado para avaliar *coping* em pessoas com dor crônica. O instrumento original foi desenvolvido no idioma inglês, contém sete subescalas representando seis estratégias cognitivas (desviar a atenção, reintroduzir sensações, catastrofização, ignorância sensações, rezando ou esperando, pensamento positivo, autoafirmações) e uma estratégia comportamental (atividade comportamental aumentada) usada para lidar com a dor (ULMER, 1997). Pontua através de um escala de *likert* de 5 ponto, onde 1 = “nunca” e 5 = “sempre”. Apresentou confiabilidade da consistência interna da subescala adequada (alfa de *Cronbach*, 0,71) (BRYANT, 1996; ULMER, 1997).

O *Burn Pain Questionnaire (BPQ)* foi desenvolvido para o estudo e não está publicado (BLEW; PATTERSON; QUESTED, 1989). Avaliou a duração da dor durante varias

estratégias de *coping* em pessoas que sofreram queimaduras. Avaliou a frequência e eficácia de sete testes cognitivos e oito técnicas comportamentais para controle da dor em pessoas que sofreram queimaduras. As estratégias de *coping* incluíram o foco sobre o ambiente, colocando os pensamentos em outras situações imaginando-se em outro lugar, levando a reinterpretação do contexto. Por vez, as técnicas comportamentais incluíram o uso de TV ou rádio, dormir, fazer tarefas, chorar, falar sobre a dor, gritos, leituras e atividade sexual (BLEW; PATTERSON; QUESTED, 1989). Não foram identificados estudo relacionados às propriedades psicométricas do instrumento.

Coping self-efficacy (CSE-7) proposta no idioma inglês, avalia *coping* autoeficaz (eficácia percebida ao lidar com diferentes consequências do desastre) na recuperação de estresse pós-traumático em diferentes tipos de trauma. A versão de sete itens deriva da escala *Coping self-efficacy (CSE-20)* de 20 itens. Os escores possíveis variam de sete (menor autoeficácia) a 49 (maior autoeficácia) e o instrumento apresenta alfa de *Cronbach* de 0,88 (BOSMANS *et al.* 2015).

O mesmo estudo utilizou ainda o instrumento ***Utrecht Coping List Brief (UCL-B)***, para avaliar estilos gerais de *coping*. Essa escala contém 26 itens divididos em sete subescalas: expressão emocional, buscando apoio social, *coping* ativo (busca estar perto do estresse para criar estratégias), estratégias de *coping* passivo ou evitação, reações paliativas, pensamentos calmantes e pensamento positivo, e reações depressivas. Avalia em escala tipo *likert* de cinco pontos onde 1 = “muito pouco” e 5= “muito frequente” (BOSMANS *et al.* 2015). Não foram localizados outros estudos com maiores informações sobre propriedades psicométricas e origem desse instrumento.

O ***Medical Coping Mode Questionnaire (MCMQ)*** é utilizado para medir o comportamento do *coping* de pacientes clínicos. Contém 20 questões divididas em três subescalas: confronto, evitação e resignação. O resultado é avaliado através de escala de 1 a 4 pontos, sendo oito perguntas marcadas de maneiras inversas (CHENG *et al.* 2015). Pontuações mais altas indicam que a pessoa apresenta mais estratégias de *coping* para lidar com eventos médicos. As subescalas de MCMQ apresentaram boa consistência interna, com coeficientes α de *Cronbach* da seguinte forma: confronto, 0,74; evitação, 0,73; resignação, 0,83 (LI *et al.* 2017).

Modified Coping Strategies Questionnaire (MCSQ) possui 30 itens que avaliam cinco habilidades de *coping*: foco nas sensações, distração, catástrofe, reinterpretação, e ignorando e é derivado do *Coping Strategies Questionnaire (CSQ)* (FAUERBACH *et al.* 2002). Não foram localizados outros estudos a respeito das propriedades de medida do instrumento.

Freiburg Questionnaire of Coping with Illness (FKV-LIS), avalia estratégias de *coping* na prevenção de doenças ao nível da cognição, emoção e comportamento. Trata-se de uma versão abreviada de 35 itens de versão da escala alemã de 102 itens desenvolvidas por Fritz Muthny em 1989, derivada da teoria de *coping* de Lazarus e Folkman. Suas subescalas incluem "*coping* depressivo", "*coping* focado no problema ativo", "autodistração e incentivo", "busca por significado / religiosidade" e "minimização / pensamento positivo". A escala de resposta é *Likert* de cinco pontos, onde 01=nada e 05=muito. Os coeficientes de consistência interna variam entre as subescalas de 0,68 a 0,77 (TIRINGER, 2011; WALLIS *et al.* 2006; MUTHNY, 1989).

O *Simplified Coping Styles Questionnaire* é um questionário desenvolvido por Xie em 1998 na China, disponível no idioma inglês, contendo 20 itens divididos em duas subescalas, que incluem uma resposta de *coping* positiva e resposta de *coping* negativa (XIE, 1998). O *coping* positivo consiste em 12 itens, como focar os aspectos positivos e tentar encontrar soluções diferentes para o problema. O *coping* negativo consiste em oito itens, como o uso de tabaco e álcool para lidar com as situações ou tentar esquecer o problema. Cada item é pontuado em uma escala de quatro pontos, variando de 0 a 3 (0 = nunca use, 1 = raramente use, 2 = use com frequência, 3 = sempre use). As pontuações possíveis para o teste variam de 0 a 60 (YANG *et al.* 2014; NI *et al.* 2012). A pontuação média mais alta de cada dimensão indica o uso frequente desse estilo de enfrentamento. O instrumento tem confiabilidade adequada, seu coeficiente de correlação teste-reteste foi de 0,89 e a consistência interna medida pelo alfa de *Cronbach* foi encontrada em 0,78 (NI *et al.* 2012).

Variáveis associadas e instrumentos dos estudos que utilizaram CBQ

Dos 32 estudos revisados, todos que utilizaram o instrumento CBQ, além de avaliar *coping*, também pesquisaram variáveis associadas, usando instrumentos específicos para cada objetivo. A **qualidade de vida** foi a variável mais estudada, sendo avaliada através *Specific Health Scale for Burn – BSHS-B* por oito estudos (BAILLIE; SELLWOOD; WISELY, 2014; KILDAL, 2003; KILDAL *et al.* 2005; NOBLE; GOMEZ; FISH, 2006; SGROI *et al.* 2005; WILLEBRAND *et al.* 2001, 2002; YING; PERTRINI; XIN, 2013) e ainda pelo *Health Survey – SF-12* (ROSENBAACH; RENNEBERG, 2008).

O **estresse pós-traumático** foi avaliado através do *Post-Traumatic Growth Inventory* por dois estudos (BAILLIE; SELLWOOD; WISELY, 2014; ROSENBAACH; RENNEBERG, 2008) e em três estudos pela *Impact of Event Scale Revised – IES-R* (BAILLIE; SELLWOOD; WISELY, 2014; DAHL *et al.* 2016; SGROI *et al.* 2005). Ainda, o medo e evitação foram

avaliados pela *Tampa Scale of Kinesiophobia* (SGROI *et al.* 2005).

Os **traços de personalidade** foram explorados por três estudos através dos instrumentos *Scales Scores of Personality* – SSP (KILDAL, 2003; LOW *et al.* 2003; WILLEBRAND *et al.* 2002), *Personality Inventory-Revised* – NEO-PI-R (ANDREWS *et al.* 2010). Sintomas psicopatológicos também foram analisados em relação a seu impacto no comprometimento físico através da *Symptom Checklist* – SCL-K-9 (ROSENBAACH; RENNEBERG, 2008).

A **ansiedade e a depressão** foram avaliadas através de três diferentes instrumentos sendo eles: *The Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale* – CES-D (ANDREWS *et al.* 2010), *Beck Anxiety Inventory e Beck Depression Inventory* (BRAŠ *et al.* 2007) e *The Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS que avaliar o humor atual (SGROI *et al.* 2005).

O **apoio social** percebido foi mensurado através das *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* – MSPSS (BAILLIE; SELLWOOD; WISELY, 2014) e *Social Support Questionnaire* (ROSENBAACH; RENNEBERG, 2008).

Ainda, a **autoimagem** foi mensurada por um instrumento específico para pessoas que sofreram queimadura, sendo a *Satisfaction with Appearance Scale* – SWAP (DAHL *et al.* 2016). O otimismo também foi avaliado apenas em um estudo, através do *Life Orientation Test-Revised* – LOT-R (BAILLIE; SELLWOOD; WISELY, 2014).

A **dor** foi avaliada por meio do *Pain Patient Profile* – P3, usado para identificar pacientes em sofrimento emocional devido à dor decorrente do trauma físico (NOBLE; GOMEZ; FISH, 2006).

Em relação à avaliação de Risco de Viés (RV), a avaliação da qualidade dos estudos resultou em 61% (n=19) risco de viés incerto (RVI), 19% (n=6) baixo risco de viés (BRV), e 19% (n=6) alto risco de viés (ARV). A seguir, são apresentados os estudos quanto a classificação do risco de viés (Quadro 2). Como isto foi considerado no estudo? Qual a relevância par ao tipo de estudo realizado?

Quadro 2 – Risco de viés por estudo de avaliação de *coping* em pessoas que sofreram queimaduras.

Autor, ano	Risco de viés, conforme domínios propostos pela ferramenta <i>Cochrane</i>								
	Geração da sequência aleatória	Ocultação de alocação	Cegamento de participantes	Cegamento de avaliadores	Desfechos incompletos	Relato de desfecho seletivo	Outras fontes de viés	Resultado	Classificação risco de viés
Amoyal, 2011	I	I	I	I	I	I	I	I	RVI
Andrews, 2010	A	A	A	I	B	B	I	B	BRV
Baillie, 2014	A	A	I	I	B	I	I	I	RVI
Blew, 1989	A	A	I	I	I	I	B	I	RVI
Bosmans, 2015	A	A	I	I	B	I	I	I	RVI
Braš, 2007	A	A	I	I	I	I	I	I	RVI
Bryant, 1996	A	A	I	I	B	I	I	I	RVI
Cheng, 2015	A	A	A	I	I	I	I	I	RVI
Dahl, 2016	A	A	I	I	I	I	I	I	RVI
Fauerbach, 2002	A	A	B	B	B	B	B	B	BRV
Kildal, 2005	A	A	A	I	B	B	I	A	ARV
Kildal, 2003	A	A	B	B	B	B	B	B	BRV
Lawrence, 2003	A	A	I	I	I	I	I	I	RVI
Low, 2003	A	A	B	B	B	B	B	B	BRV
Noble, 2006	A	A	I	I	A	I	I	I	RVI
Pallua, 2003	I	A	I	I	I	I	I	I	RVI
Patterson, 2006	A	A	I	I	I	I	I	I	RVI
Ptacek, 1995	A	A	I	A	I	I	I	I	RVI
Rosenbach, 2008	A	I	I	I	B	I	I	I	RVI
Sgroi, 2005	A	A	A	B	B	B	B	B	BRV
Sideli, 2017	A	A	I	I	I	I	I	I	RVI
Sveen, 2015	A	A	A	I	A	I	I	A	ARV
Tedstone, 1998	A	A	A	A	A	I	I	A	ARV
Ulmer, 1997	A	A	I	I	B	B	I	I	RVI

Wallis, 2006	A	A	A	A	I	I	I	A	ARV
Wiechman, 2018	A	A	A	A	A	I	I	A	ARV
Willebrand, 2001	A	A	I	I	I	I	I	I	RVI
Willebrand, 2002	A	A	I	I	I	I	I	I	RVI
Willebrand, 2003	A	A	I	I	B	B	B	A	ARV
Yang, 2014	A	A	I	I	B	B	I	I	RVI
Ying, 2010	A	A	B	B	B	B	B	B	BRV

Legenda: A= Alto risco de viés (ARV); I= Risco de viés incerto (RVI); B= baixo risco de viés (BRV)

Fonte: Dados de pesquisa. Florianópolis, 2019

DISCUSSÃO

Em pesquisa realizada no *International prospective register of systematic reviews – PROSPERO*, a presente revisão sistemática é a primeira a sintetizar quais instrumentos de medida são utilizados para avaliar *coping* em pessoas adultas que sofreram queimaduras, com o registro CRD42018089546. Todos os estudos analisados tiveram sua qualidade avaliada quanto ao risco de viés por meio de instrumento *The Cochrane Collaboration’s tool*, porém a grande maioria apresentou incerto risco de viés (61%), principalmente nos domínios: cegamento dos participantes, cegamento dos avaliadores, relato de desfecho seletivo, outras formas de viés.

Observou-se que os países desenvolvidos vêm investindo na área científica, em relação ao *coping* nas queimaduras, visto que mais de 53% dos estudos revisados foram desenvolvidos somente na Suécia e nos Estados Unidos.

O nível de desenvolvimento dos países vem sendo correlacionado a incidência de queimaduras (CARTWRIGHT *et al.* 2019; SINHA *et al.* 2019; SMOLLE *et al.* 2017). As taxas de mortalidade apresentam resultados discrepantes entre os diferentes países, variando a média de 11,6/100 mil em países do Sudeste da Ásia, até 1,0/100 mil, média dos países desenvolvidos (SMOLLE *et al.* 2017). Nos países desenvolvidos há mais incentivo e consequente avanço com relação as pesquisas e tratamentos relacionados a pessoa que sofre queimadura e também em prevenção (SINHA *et al.* 2019). A República Dominicana, entre 2010 a 2017 apresentou uma taxa de mortalidade em crianças queimadas de 2,8% (SINHA *et al.* 2019) e os EUA que apontam uma taxa mortalidade de 3,2% e sobrevivência que chega a 96,8 % (CARTWRIGHT *et al.* 2019).

É notório que cada vez mais instrumentos vêm sendo desenvolvidos e validados, ampliando as possibilidades de avaliação. No entanto, quanto maior a diversidade, maior torna-se a necessidade do profissional conhecer as propriedades do instrumento e as particularidades da amostra a ser estudada (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2018).

Existem aspectos que devem ser analisados ao decidir o instrumento a ser utilizado, sendo eles: o tipo de instrumento, podendo ser genérico (aplicado em qualquer situação ou condição de saúde) ou específico (aplicado em condições específicas de saúde ou população); as formas de apresentação, podendo ser impresso, por computador e telefone; as características dos participantes, como o grau de escolaridade, necessidades especiais ou preparação prévia para participação; tempo necessário para preenchimento, entre outros. O conhecimento desses aspectos permitirá que o pesquisador faça a melhor escolha obtendo resultados confiáveis (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2018).

Dos 11 instrumentos analisados, apenas o CBQ possui especificidade para a avaliação de *coping* em pessoas que sofreram queimaduras após alta hospitalar, sendo o mais utilizado nos estudos revisados. Porém, ainda que o pesquisador busque utilizar um instrumento específico e detenha conhecimento sobre as propriedades do mesmo, é indispensável que conheça as teorias utilizadas para sua construção, justificativas e para qual população foi criado e validado (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2018).

Os itens que compõe o instrumento CBQ foram baseados na *Revised Ways of Coping Checklist* (LAZARUS; FOLKMAN, 1984) e *Brief COPE* (CARVER, 1997). O conceito de *coping*, para esses autores, se fundamenta em esforços cognitivos e comportamentais para enfrentar o estressor, ou seja, a situação de dano, de ameaça, ou de desafio, não sendo uma resposta automática e sim consciente e intencional, considerada estratégia de *coping* (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Pode-se considerar que as semelhanças nas subescalas dos instrumentos se deve a derivação da mesma fonte do conceito de *coping*, proposto por Lazarus e Folkman – *coping* focado na emoção e *coping* focado no problema. O que difere o instrumento específico são as questões voltadas de maneira exclusiva para a realidade da experiência da queimadura, enquanto que nos demais, são mais abrangentes.

Sobre as variáveis utilizadas concomitantemente ao CBQ, foi possível observar a relevância entre os domínios das subescalas e as variáveis. O *coping* evitativo foi o de maior evidência (n=18) (ANDREWS *et al.* 2010; BAILLIE; SELLWOOD; WISELY, 2014; BOSMANS *et al.* 2015; BRAŠ *et al.* 2007; BRYANT, 1996; CHENG *et al.* 2015; DAHL *et al.* 2016; KILDAL, 2003; KILDAL *et al.* 2005; LAWRENCE; FAUERBACH, 2003; LOW *et al.*

2003; PTACEK *et al.* 1995; ROSENBACH; RENNEBERG, 2008; SGROI *et al.* 2005; SIDELI *et al.* 2017; WIECHMAN; HOYT; PATTERSON, 2018; WILLEBRAND, 2003; WILLEBRAND *et al.*, 2002), estando relacionado a sintomas de depressão (ANDREWS *et al.* 2010; SIDELI *et al.* 2017), desesperança, ansiedade (BRAŠ *et al.* 2007), agressividade (WILLEBRAND *et al.* 2002), estresse pós-traumático (BAILLIE; SELLWOOD; WISELY, 2014; BOSMANS *et al.* 2015; BRYANT, 1996; CHENG *et al.* 2015; DAHL *et al.* 2016; ROSENBACH; RENNEBERG, 2008; WIECHMAN; HOYT; PATTERSON, 2018), problemas relacionados ao trabalho, estado civil e condições de vida (KILDAL *et al.* 2005), chance aumentada de pesadelos em relação a queimaduras (LOW *et al.* 2003), consequente baixa qualidade de vida mental (SIDELI *et al.* 2017; WILLEBRAND *et al.* 2002) e problemas a longo prazo (WILLEBRAND *et al.* 2002).

Associado aos sintomas de estresse pós-traumático estão ainda as estratégias de *coping* focadas no problema e apoio social (ROSENBACH; RENNEBERG, 2008) e *coping* focado na emoção relacionado a preocupação com a autoimagem em decorrência das cicatrizes (BRYANT, 1996; SIDELI *et al.* 2017), a resignação (CHENG *et al.* 2015), estratégia de autocontrole, ação instrumental (DAHL *et al.* 2016), a extroversão aparece relacionada a sintomas depressivos (ANDREWS *et al.* 2010). O *coping* reavaliação/ajuste, com menor incidência que o *coping* evitativo, também apresentam relação direta com sintomas de estresse pós-traumático (BAILLIE; SELLWOOD; WISELY, 2014).

Ainda, percebeu-se que a dor gera medo e pode funcionar como mecanismo causal, apresentando relação direta com estratégias de *coping* (PATTERSON; TININENKO; PTACEK, 2006; SGROI *et al.* 2005). Pessoas com relatos de dor mais intensa utilizam mais estratégias de *coping*, em geral, e estão em risco aumentado de ajustes pós-queimadura (PATTERSON; TININENKO; PTACEK, 2006). Assistir televisão, ouvir rádio, falar sobre a dor são técnicas de *coping* comportamental. Atenção concentrada na imaginação, imaginando-se em outro lugar são técnicas cognitivas que apresentaram bons resultados no controle da dor (BLEW; PATTERSON; QUESTED, 1989) e investir nesses ajustes pode auxiliar na recuperação desse paciente (PATTERSON; TININENKO; PTACEK, 2006) indo além da hospitalização (PTACEK *et al.* 1995).

Também, foi observado que o ambiente (hospitalar versus domicílio, trabalho) pode influenciar nas estratégias de *coping* (AMOYAL *et al.* 2011). Pacientes hospitalizados utilizam mais estratégias de *coping* que podem estar associadas a dor (SGROI *et al.* 2005). Após a alta hospitalar, ainda no primeiro ano de vida, as estratégias são muito utilizadas, diminuindo com aproximadamente um ano após a alta hospitalar (WILLEBRAND *et al.* 2001). Nos primeiros

três meses após a queimadura, as estratégias mais utilizadas são otimismo / resolução de problemas, reavaliação / ajustes e evitação. A idade não é um fator que influencia no *coping* (DAHL *et al.* 2016; ROSENBACH; RENNEBERG, 2008), gênero, por sua vez, aponta divergências: Rosenbach e Renneberg (2008) refere que o gênero não tem influência sobre o *coping*, enquanto Dahl *et al.* (2016) refere que mulheres usam mais estratégias de reavaliação / ajuste e esquivas do que os homens.

As estratégias de *coping* focadas na emoção podem ser melhoradas com uso de distração explícito em casos agudos de pessoas que sofreram queimaduras (FAUERBACH *et al.* 2002). O apoio emocional foi a principal e mais benéfica estratégia associada com as escalas psicossociais (KILDAL *et al.* 2005). O uso precoce do *coping* de aceitação é positivamente um fator protetor na prevenção de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático (TEDSTONE; TARRIER; FARAGHER, 1998).

Por outro lado, estratégias opostas como autocontrole e busca por apoio emocional são comumente empregadas, demonstrando que muitas pessoas que sofreram queimaduras lutam através de suas dificuldades introspectivamente, mas também buscam ajuda de outras pessoas quando não conseguem lidar sozinhas com a situação (NOBLE; GOMEZ; FISH, 2006), apontando com isso a importância do apoio social para a recuperação após a queimadura (PALLUA; KÜNSEBECK; NOAH, 2003).

A formação de habilidades de *coping* podem, portanto, ser um complemento viável no tratamento de condições relacionadas a pesadelos de pessoas que sofreram queimaduras (LOW *et al.* 2003).

CONCLUSÃO

Essa revisão de literatura, sem limite de ano, identificou que o *coping* vem sendo estudado, desde 1989, e por diversos países, prevalecendo em países desenvolvidos, o que nos remete a necessidade de estudos sobre *coping* e a validação de instrumentos de medida adaptados para a cultura em países subdesenvolvidos, enfatizando que além da reabilitação, as ações e estratégias de prevenção devem ser realizadas para mudar tal cenário epidemiológico.

Foram identificadas 11 instrumentos de medida de *coping* em pessoas adultas que sofreram queimaduras, em sua maioria, com origem conceitual de Lazarus e Folkman o que aproxima os domínios de cada instrumento como otimismo, resolução de problemas, reavaliação, ajuste, evitação, estratégias com foco no problema e na emoção.

Instrumentos específicos são desenvolvidos para uma determinada população e se válidos e confiáveis garantem um resultado preciso que pode ser utilizado com segurança no

processo de reabilitação de pessoas que sofreram queimaduras, sendo apenas identificado um instrumento específico.

Alguns estudos não foram identificados avaliações das propriedades psicométricas, o que implica no uso para a pesquisa e avaliação de *coping* com segurança. A avaliação de risco de viés apresentou, em sua maioria, incerto risco de viés. As variáveis que se apresentaram com os estudos foram qualidade de vida, estresse pós-traumático, traços de personalidade, ansiedade e depressão, apoio social, autoimagem e dor.

É importante aprofundar estudos sobre as variáveis estudadas e as subescalas apresentadas pelo instrumento específico para pessoas que sofreram queimaduras para que se possa facilitar aos profissionais de saúde quais são facilitadoras e/ou dificultadoras no processo de reabilitação, após alta hospitalar para tratamento de queimadura. Não se trata de soluções simples e rápidas, mas sim uma complexidade de fatores que podem estar relacionados a morbidade psicológica de pessoas que sofreram queimaduras.

REFERÊNCIAS

- AMOYAL, N. R. et al. Measuring Coping Behavior in Patients With Major Burn Injuries: A Psychometric Evaluation of the BCOPE. **Journal of Burn Care & Research**, v. 32, n. 3, p. 392–398, maio 2011.
- ANDREWS, R. M. et al. The impact of personality and coping on the development of depressive symptoms in adult burns survivors. **Burns**, v. 36, n. 1, p. 29–37, fev. 2010.
- BAILLIE, S. E.; SELLWOOD, W.; WISELY, J. A. Post-traumatic growth in adults following a burn. **Burns**, v. 40, n. 6, p. 1089–1096, set. 2014.
- BLEW, A. F.; PATTERSON, D. R.; QUESTED, K. A. Frequency of use and rated effectiveness of cognitive and behavioural coping responses to burn pain. **Burns**, v. 15, n. 1, p. 20–22, fev. 1989.
- BOSMANS, M. W. G. et al. Assessing Perceived Ability to Cope with Trauma: A multigroup validity study of a 7-item Coping Self-Efficacy Scale. **European Journal of Psychological Assessment**, v. 33, n. 1, p. 55–64, 1 jan. 2017.
- BOSMANS, M. W. G. et al. Coping with burns: the role of coping self-efficacy in the recovery from traumatic stress following burn injuries. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 38, n. 4, p. 642–651, 8 ago. 2015.
- BRAŠ, M. et al. Coping with severe burns in the early stage after burn injury. **Collegium antropologicum**, v. 31, n. 1, p. 159–63, mar. 2007.
- BRYANT, R. Predictors of post-traumatic stress disorder following burns injury. **Burns**, v. 22, n. 2, p. 89–92, 1996.

CARTWRIGHT, S. et al. Burn survivors injured as children exhibit resilience in long-term community integration outcomes: A life impact burn recovery evaluation (LIBRE) study. **Burns**, v. 45, n. 5, p. 1031–1040, ago. 2019.

CARVER, C. S. You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. **International Journal of Behavioral Medicine**, v. 4, n. 1, p. 92–100, mar. 1997.

CHENG, H. et al. The Role of Coping Behavior in Severely Burned Patients with Posttraumatic Stress Disorder. **The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 27, n. 3, p. 188–192, jul. 2015.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 925-936, 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf>

DAHL, O. et al. Early assessment and identification of posttraumatic stress disorder, satisfaction with appearance and coping in patients with burns. **Burns**, v. 42, n. 8, p. 1678–1685, 1 dez. 2016.

DANIEL, Daiana Ferreira Marcelino et al. **Coping no processo de reabilitação em pessoas que sofreram queimaduras**. 2019 Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019. Disponível em https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/197117/TCC_DAIANA_DANIEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

DE CARVALHO, A. P. V.; SILVA, V.; GRANDE, A. J. Avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane. **Diagn Tratamento**, v. 18, n. 1, p. 38–44, 2013.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; GONÇALVES, N.; ROMANOSKI, P. J. Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação - parte I. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, 8 jan. 2018.

ENLOW, Paul T. et al. The Role of Youth Coping Strategies and Caregiver Psychopathology in Predicting Posttraumatic Stress Symptoms in Pediatric Burn Survivors. **Journal of Burn Care & Research**, v. 40, n. 5, p. 620-626, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1093/jbcr/irz067>

FAUERBACH, J. et al. Coping with the stress of a painful medical procedure. *Behaviour Research and Therapy*. v. 40, n. 9, p. 1003-1015, 2002.

HONNEGOWDA, T. M. et al. Epidemiological study of burn patients hospitalized at a burns center, Manipal. **International Wound Journal**, v. 16, n. 1, p. 79–83, 21 fev. 2019

IDREES, S.; FAIZE, F. A.; AKHTAR, M. Psychological Reactions, Social Support, and Coping Styles in Pakistani Female Burn Survivors. **Journal of Burn Care & Research**, v. 38, n. 6, p. e934–e943, 2017.

KILDAL, M. et al. Coping strategies, injury characteristics and long-term outcome after burn injury. **Injury**, v. 36, n. 4, p. 511–518, abr. 2005.

KILDAL, M. **Perceived physical and psychological outcome after severe burn injury**. [s.l.] Uppsala University, 2003.

KURIAN, Silvana et al. Psychological evaluation of adult burn survivors: a pilot study. *International Surgery Journal*, v. 6, n. 12, p. 4428-4434, 2019. Disponível em <https://mail.ijsurgery.com/index.php/isj/article/view/5235/3405>

LAWRENCE, J. W.; FAUERBACH, J. A. Personality, Coping, Chronic Stress, Social Support and PTSD Symptoms Among Adult Burn Survivors. **Journal of Burn Care & Rehabilitation**, v. 24, n. 1, p. 63–72, jan. 2003.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, Appraisal, and Coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984.

LI, L. et al. Coping profiles differentiate psychological adjustment in Chinese women newly diagnosed with breast cancer. **Integrative cancer therapies**, v. 16, n. 2, p. 196-204, 2017.

LOW, J. F. A. et al. Chronic Nightmares After Severe Burns: Risk Factors and Implications for Treatment. **Journal of Burn Care & Rehabilitation**, v. 24, n. 4, p. 260–267, jul. 2003.

MUTHNY, F. A. Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung: FKV. **Weinheim: Beltz**, 1989. Disponível em https://diabetes-psychologie.de/downloads/Beschreibung_FKV.pdf

NI, Chunping et al. Chinese female nursing students' coping strategies, self-esteem and related factors in different years of school. **Journal of Nursing Education and Practice**, v. 2, n. 4, p. 33, 2012. DOI: 10.5430/jnep.v2n4p33

NOBLE, J.; GOMEZ, M.; FISH, J. S. Quality of life and return to work following electrical burns. **Burns**, v. 32, n. 2, p. 159–164, mar. 2006.

PAGLIARONE, A. C.; SFORCIN, J. M. Estresse: revisão sobre seus efeitos no sistema imunológico. **Biosaúde**, v. 11, n. 1, p. 57–90, 2009.

PALLUA, N.; KÜNSEBECK, H. .; NOAH, E. . Psychosocial adjustments 5 years after burn injury. **Burns**, v. 29, n. 2, p. 143–152, mar. 2003.

PATTERSON, D. R.; TININENKO, J.; PTACEK, J. T. Pain During Burn Hospitalization Predicts Long-term Outcome. **Journal of Burn Care & Research**, v. 27, n. 5, p. 719–726, set. 2006.

PTACEK, J. T. et al. Pain, coping, and adjustment in patients with burns: Preliminary findings from a prospective study. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 10, n. 6, p. 446–455, ago. 1995.

ROSENBACH, C.; RENNEBERG, B. Positive Change After Severe Burn Injuries. **Journal of Burn Care & Research**, v. 29, n. 4, p. 638–643, jul. 2008.

SGROI, M. I. et al. Fear-avoidance in Recovered Burn Patients: Association with Psychological and Somatic Symptoms. **Journal of Health Psychology**, v. 10, n. 4, p. 491–502, jul. 2005.

SIDELI, L. et al. Association between coping strategies and psychological adjustment after small burn injuries. A cross-sectional study. **Clinical Neuropsychiatry**, v. 14, n. 2, p. 151–158, 2017.

SINHA, S. et al. Epidemiological analysis of pediatric burns in the Dominican Republic reveals a demographic profile at significant risk for electrical burns. **Burns**, v. 45, n. 2, p. 471–478, mar. 2019.

SMOLLE, C. et al. Recent trends in burn epidemiology worldwide: A systematic review. **Burns**, v. 43, n. 2, p. 249–257, mar. 2017.

SU, Yi-Jen; CHOW, Chia-Chi. PTSD, depression, and posttraumatic growth in young adult burn survivors: three-year follow-up of the 2015 Formosa fun coast water park explosion in Taiwan. **Journal of affective disorders**, 2020. Available from <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.025>

SVEEN, J.; ÖSTER, C. Alcohol Consumption After Severe Burn: A Prospective Study. **Psychosomatics**, v. 56, n. 4, p. 390–396, jul. 2015.

TAKINO, M. A. et al. Epidemiological profile of children and adolescents burn victims admitted to the burned treatment center. **Rev Brasileira de Queimaduras**, v. 15, n. 2, p. 74–79, 2016.

TEDSTONE, J. E.; TARRIER, N.; FARAGHER, E. B. An investigation of the factors associated with an increased risk of psychological morbidity in burn injured patients. **Burns**, v. 24, n. 5, p. 407–415, ago. 1998.

TIRINGER, I. et al. Validation of the Hungarian translation of Freiburg Questionnaire of Coping with Illness–Short Version (FQCI). Results of the confirmatory factor analysis. *Magyar Pszichológiai Szemle*, v. 66, n. 4, p. 631–667, 2011. Disponível em DOIS: <https://doi.org/10.1556/mpszle.66.2011.4.4>

ULMER, J. F. An exploratory study of pain, coping, and depressed mood following burn injury. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 13, n. 3, p. 148–157, 1997

VITALIANO, Peter P. et al. The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate behavioral research*, v. 20, n. 1, p. 3–26, 1985. disponível em https://www.researchgate.net/publication/247503135_The_Ways_of_Coping_Checklist_Revision_and_Psychometric_Properties

WALLIS, H. et al. Emotional Distress and Psychosocial Resources in Patients Recovering From Severe Burn Injury. **Journal of Burn Care & Research**, v. 27, n. 5, p. 734–741, set. 2006.

WHO, W. H. O. **Burns**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>>. Acesso em: 24 ago. 2018.

WIECHMAN, S.; HOYT, M. A.; PATTERSON, D. R. Using a Biopsychosocial Model to Understand Long-Term Outcomes in Persons with Burn Injuries. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 101, n. 1S, p. S55–S62, 2018.

WILLEBRAND, M. **Coping, Personality and Cognitive Processes in Burn Injured**

Patients. [s.l.] Uppsala University, 2003.

WILLEBRAND, M. et al. Development of the coping with burns questionnaire. **Personality and Individual Differences**, v. 30, n. 6, p. 1059–1072, 19 abr. 2001.

WILLEBRAND, M. et al. Exploration of coping patterns in burned adults: cluster analysis of the coping with burns questionnaire (CBQ). **Burns**, v. 28, n. 6, p. 549–554, set. 2002.

XIE, Y. Reliability and validity of the simplified Coping Style Questionnaire. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 1998. Disponível em <https://psycnet.apa.org/record/1999-10962-018>

YANG, Z. et al. Factors influencing resilience in patients with burns during rehabilitation period. **International Journal of Nursing Sciences**, v. 1, n. 1, p. 97–101, mar. 2014.

YING, W. L.; PERTRINI, M. A.; XIN, L. L. Gender differences in the quality of life and coping patterns after discharge in patients recovering from burns in China. **Journal of Research in Nursing**, v. 18, n. 3, p. 247–262, 16 maio 2013.

6.2 MANUSCRITO 2 - ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *COPING WITH BURNS QUESTIONNAIRE* – CBQ PARA A CULTURA BRASILEIRA

RESUMO

OBJETIVO: traduzir e adaptar o *Coping with Burns Questionnaire* para a população adulta brasileira que sofreu queimadura. **MÉTODO:** estudo metodológico de tradução e adaptação cultural conduzido pelas etapas: tradução para a língua portuguesa; obtenção da versão consensual em português; avaliação por comitê de juízes; retrotradução/*back translation*; obtenção de versão consensual da retrotradução/*back translation*; comparação com a versão original; validação semântica e pré-teste. A consistência interna do instrumento foi avaliada pelo coeficiente alfa de *Cronbach* total e se o item fosse excluído. **RESULTADOS:** foram criteriosamente aplicadas etapas de tradução e adaptação cultural. A avaliação pelo Comitê de Juízes teve média total de todas as equivalências semântica-idiomática, cultural e conceitual acima de 95%, resultando no índice de validade de conteúdo de 98,7%. Após *back translation*, o instrumento obteve validação da autora do questionário, sem necessidade de alterações. A validação semântica foi realizada através dos formulários DISABKIDS®. O pré-teste apresentou tempo médio de preenchimento do instrumento de 15,71 minutos. A consistência interna global do instrumento foi de 0,83, variando 0,81 até 0,84 quando o item foi excluído. **CONCLUSÕES:** a adaptação transcultural do *Coping with Burns Questionnaire* cumpriu as etapas metodológica com êxito. Ressalta-se que este estudo antecede o processo de avaliação das propriedades psicométricas do instrumento, que será realizado em novas pesquisas. **Descritores:** Queimadura. *Coping*. Traduções. Inquéritos e Questionários. Estudos de Validação.

INTRODUÇÃO

As queimaduras são um grave problema de saúde pública mundial, responsáveis por cerca de 180.000 mortes e com taxas mais elevadas em países de baixa renda (WHO, 2018). No Brasil, estima-se que cerca de um milhão de pessoas sofrem queimaduras por ano, dos quais 100 mil procuram atendimento hospitalar, 40 mil necessitam de internação e 2.500 morrem em consequência direta e indireta desse trauma (SANTOS *et al.* 2017). Quando não levam à morte, são consideradas uma das principais causas de morbidade, resultando em altos índices de anos de vida com incapacidade (*disability adjusted life years – DALYs*) (WHO, 2018).

O processo de adaptação física e psicológica dos sobreviventes de queimadura é complexo. Envolve cicatrização de dolorosas lesões, longos períodos de hospitalizações e de fisioterapia, manifestações de transtornos de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, os quais podem surgir com maior intensidade durante os dois primeiros anos após a alta hospitalar (WIECHMANN; HOYT; PETTERSON, 2018) desencadeando consequências negativas que podem variar de acordo com a gravidade e fatores associados (MOLA *et al.* 2018), tais como ansiedade e depressão, busca por apoio social, autoimagem corporal prejudicada, entre outros.

O estresse é considerado um mecanismo evolutivo de extrema importância para a pessoa enfrentar ou se proteger de situações de perigo (PAGLIARONE; SFORCIN, 2009) e, partindo de uma situação estressora é que a pessoa desenvolve o *coping*, definido como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais, não automáticas e sim desenvolvidas pelas pessoas para lidar com situações internas e externas de dano, de ameaça ou de desafio entre o indivíduo e o ambiente (LAZARUS; FOLKMAN; 1984; DIAS; RIBEIRO, 2019). Dada a relevância, é preciso dar a devida atenção para os modelos de estresse, enfrentamento e ajuste de situações psicológicas em pessoas que sofreram queimaduras (WIECHMANN; HOYT; PETTERSON, 2018).

O *coping* está fortemente relacionado a resultados psicológicos positivos, podendo interferir mais sobre o desenvolvimento da doença física e psicológica do que a presença ou não dos principais fatores estressores, ou seja, pode alterar o funcionamento biológico e, com isso, contribuir para mudanças na saúde, nos comportamentos de riscos ou alterações de resposta cognitivas e comportamentais da pessoa (DIAS; RIBEIRO, 2019).

Pesquisas sobre *coping* iniciaram na psicologia, tendo como objetivo entender a complexidade do processo de adaptação das pessoas a circunstâncias adversas da vida (DIAS; RIBEIRO, 2019). No Brasil, apesar de vários estudos sobre essa variável (RIBEIRO; RODRIGUES, 2004; RAMOS; ENUMO; DE PAULA, 2015; ANDOLHE *et al.* 2015) ainda

não há uma tradução formal no dicionário brasileiro, sendo utilizados como possíveis significados os termos “lidar com”, “enfrentar” ou “adaptar-se à”.

Atualmente, o Ministério da Saúde, no Protocolos da Atenção Básica – Condições crônicas não transmissíveis – Risco cardiovascular, o termo “facilitadores e dificultadores de enfrentamento”, sugerindo o uso de diferentes instrumentos de medida para estratificação de risco através de “avaliação dos fatores de enfrentamento” e “promoção de fatores de enfrentamento” (BRASIL, 2016).

Desde a década de 1990, a utilização de instrumentos de medida autorrelatados para avaliação de *coping* se tornou mais evidente, a fim de questionar o respondente sobre o modo habitual de agir perante situações estressantes (DIAS; RIBEIRO, 2019) e diante do resultado o profissional ter segurança na sua conduta e orientação. Em 2016, estudo com 52 pacientes que sofreram queimadura, teve como objetivo avaliar e identificar precocemente transtorno de estresse pós-traumático, satisfação com a aparência e *coping* e mostra que questionários padronizados e específicos auxiliam no acompanhamento precoce de fatores de risco para desenvolvimento de estresse pós-traumático e pessoas com queimaduras menos extensas também devem ser consideradas nesse acompanhamento (DAHL *et al.* 2016).

No caso da avaliação de *coping* em pessoas que sofreram queimaduras, diferentes instrumentos genéricos e específicos vêm sendo utilizados (WIECHMANN; HOYT; PATTERSON, 2018; SIDELI, 2017; ROTHMAN *et al.* 2016). Os instrumentos devem ser apropriados para o objetivo da pesquisa e da população a ser estudada (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2018). Pensando nisso, pesquisadores da Suécia propuseram um instrumento específico para avaliar *coping* em pessoas que sofreram queimadura após a alta hospitalar: *Coping with Burns Questionnaire* (CBQ) (WILLEBRAND *et al.* 2001).

Diante da relevância de avaliar *coping* em pessoas que sofreram queimaduras e tendo identificado o instrumento específico para isso, originalmente proposto em inglês, seu uso para a população brasileira exigiu tradução e adaptação transcultural e, posteriormente, em estudos futuros, o processo de validação para seu uso seguro e confiável. Ainda tendo em vista que o processo de tradução e adaptação é menos dispendioso e que a utilização de um instrumento em novo país, nova cultura e /ou linguagem requer uma metodologia que garanta a equivalência entre o instrumento original e o traduzido (BEATON *et al.* 2007). Pelo exposto, o objetivo do presente estudo foi traduzir e adaptar o *Coping with Burns Questionnaire* para ser utilizado na população adulta brasileira que sofreu queimadura.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico de tradução e adaptação cultural com o objetivo de traduzir o *Coping with Burns Questionnaire* (CBQ), disponível na língua inglesa, para avaliar *coping* após a alta hospitalar em pessoas adultas que sofreram queimaduras. Para isso, seguiram-se os passos propostos por Beaton et al. (2007) com alteração na ordem de duas etapas (participação dos juízes e avaliação semântica), conforme sugerido por Ferrer et al. (1996) e apresentado na figura 4.

Previamente à realização do estudo, foi estabelecido o contato via correio eletrônico com a autora do questionário, Minnie Willebrand, Uppsala University, Uppsala/ Suécia, obtendo-se autorização formal para esse processo.

Instrumento a ser adaptado: *Coping with Burns Questionnaire* – CBQ

Desenvolvido por Mimmie Willebrand e colaboradores na Universidade de Uppsala, em Uppsala na Suécia (WILLEBRAND *et al.* 2001), o CBQ foi proposto com o objetivo de medir *coping* em pacientes que sofreram queimaduras após a alta hospitalar. Baseado na teoria proposta por Lazarus e Folkman, em que o *coping* refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais para lidar com situações de dano, ameaça ou desafio, e respostas consciente ao estressor (LAZARUS E FOLKMAN, 1984).

Os itens que serviram como base para desenvolver a escala foram selecionados a partir de pesquisas sobre traumas ou estado de saúde, que utilizaram *Revised Ways of Coping Checklist* (LAZARUS; FOLKMAN, 1985), agora chamado *Ways of Coping Questionnaire* e o *Brief COPE*. Itens que mediam sentimento de culpa, desabafos e desengajamento comportamental não foram incluídos devido à potencial sobreposição entre os itens e bem-estar emocional. Inicialmente, o formulário com 35 itens foi enviado via correio para uma amostra de 223 pessoas, as quais foram hospitalizadas entre os anos de 1980 e 1995 (estudo de coorte retrospectivo), considerando os critérios de inclusão 15 anos ou mais no momento do acidente, SCQ acima de 10% ou mais, tratados por mais de sete dias. Os autores obtiveram respostas de 162 pessoas. Dois itens pontuaram baixos e foram retirados, finalizando o questionário com 33 itens divididos em seis subescalas (Quadro 9).

Quadro 9: Dimensões proposta de *coping* no CBQ.

Subescalas	Significado	Itens
Otimismo / resolução de problema	Esforços para confrontar e resolver os problemas.	08 itens: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11
Busca por apoio emocional	Tentativas de ganhar apoio emocional e instrumental de outras pessoas.	03 itens: 3, 13, 20

Evitação/ Prevenção	Esforços cognitivos e comportamentais para desviar a atenção de dificuldades ou lembranças da queimadura	07 itens: 6,10, 14, 15, 16, 19, 25
Reavaliação/ Ajuste	Seleciona informações positivas sobre queimadura, sintomas presentes e futuro	08 itens: 17, 18, 22, 23, 24, 27, 29, 30
Autocontrole	Expressões de sentimentos que mantêm distância do problema	03 itens: 12, 26, 31
Ações instrumentais	Adaptação à situação atual através de mudanças concretas no estilo de vida, a partir da experiência de ser queimado e o engajamento em questões relacionadas a queimadura	04 itens: 21, 28, 32, 33

Fonte: Elaborado pela autora. Florianópolis, 2019.

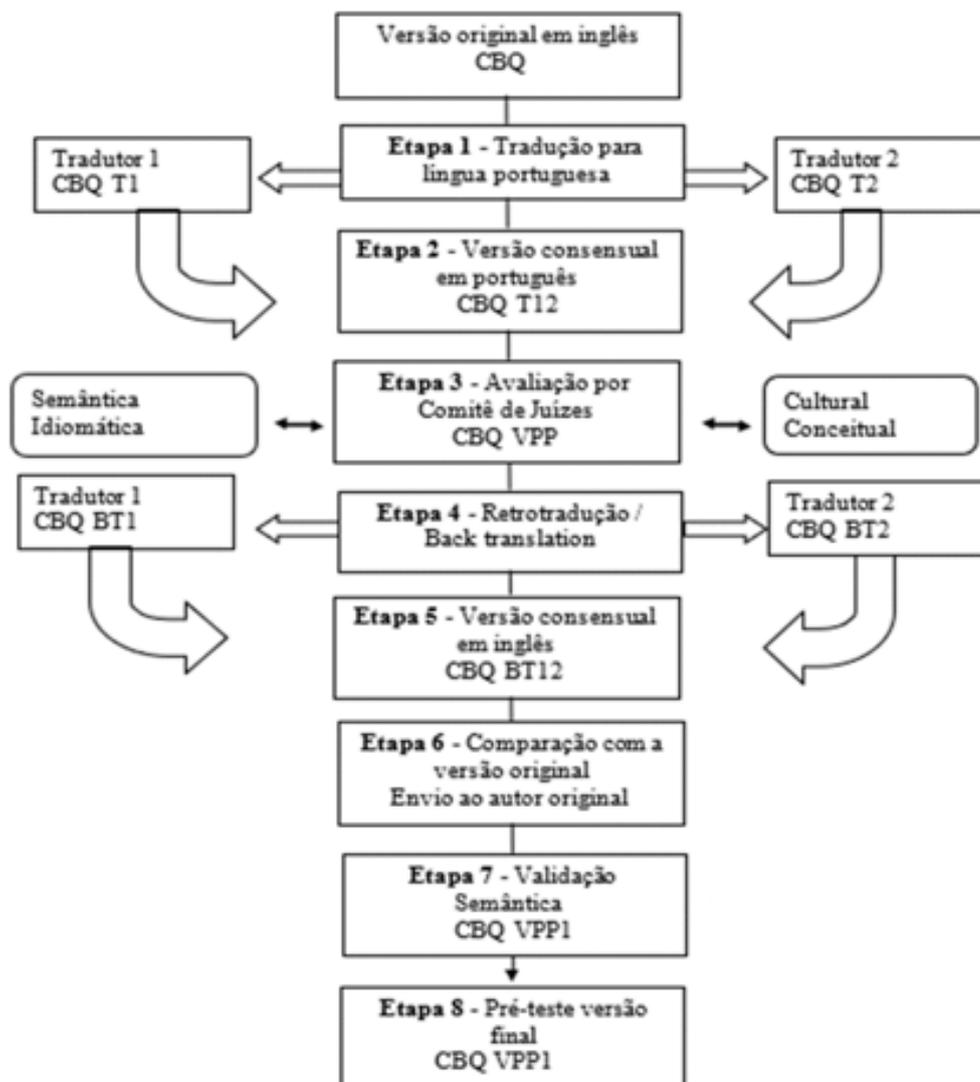
O questionário orienta a refletir sobre o momento em que a pessoa teve alta do hospital, os problemas que enfrentaram e quanto usaram as estratégias descritas em cada item. Esse formato de abordagem mede representações de *coping* e não como a pessoa lidou com o acidente, ou seja, ao final permite identificar fatores de risco para possíveis complicações clínicas e emocionais. Os itens são avaliados em escala Tipo *Likert* de quatro pontos, na qual 1 pontua “Não aplicável/ nem um pouco”, 2 “Até certo ponto”, 3 “bastante” e 4 “Totalmente aplicável/ muito”. O resultado sugere que pessoas que sofreram queimaduras e que pontuam níveis mais baixos estão em maior risco e podem se beneficiar de técnicas para aumentar estratégias de *coping* (WILLEBRAND *et al.* 2001).

Para avaliar as propriedades psicométricas do CBQ, 162 pessoas que sofreram queimaduras vinculadas a unidade de queimados, foram instruídos a lembrar a época em que receberam alta hospitalar e os problemas que enfrentaram e o quanto usaram as estratégias descritas em cada item. Concomitante ao CBQ foi aplicado o *Burn Specific Health Scale* (BSHS) que mede o estado de saúde e bem-estar da pessoa. A análise fatorial se deu por rotação ortogonal (Varimax) apresentando um limite para cargas fatoriais definido em 0,40 para considerar o item importante, o que resultou em uma escala de 33 itens.

Etapas do processo de tradução do CBQ

O estudo seguiu as seguintes etapas durante o processo de adaptação transcultural:

Figura 4: Percurso das etapas desenvolvidas no processo de adaptação transcultural do *Coping with Burns Questionnaire*.



Legenda: CBQ – *Coping with Burns Questionnaire*. CBQ T1 - *Coping with Burns Questionnaire* – Tradutor 1. CBQ T2 - *Coping with Burns Questionnaire* – Tradutor 2. CBQ T12 - *Coping with Burns Questionnaire* – Tradutor 1 e tradutor 2. CBQ VPP - *Coping with Burns Questionnaire* – Versão Português Pré-final. CBQ - BT1 - *Coping with Burns Questionnaire* - Back Translation 1. CBQ – BT2 *Coping with Burns Questionnaire* - Back Translation 2. CBQ – BT12 - *Coping with Burns Questionnaire* - Back Translation 1 e Back Translation 2.

Fonte: Elaborado pela autora, com base na proposta metodológica de Beaton et al (2007) e Ferrer et al. (1996). Florianópolis, 2019.

A primeira etapa do processo de adaptação transcultural equivale a tradução da versão original do CBQ para a língua portuguesa, realizada de forma independente por dois tradutores bilíngues cuja língua materna era o português do Brasil. O tradutor 1 (T1) possuía conhecimento técnico com formação na área da saúde, mas não foi informado sobre os objetivos da pesquisa. O tradutor 2 (T2) possuía formação em Letras Português/ Inglês e Respectivas Literaturas, com experiência no ensino, considerado leigo para a área da saúde. A escolha dos tradutores ocorreu por conveniência. Essa etapa gerou as versões *Coping With Bun Questionnaire* – Tradutor 1 (CBQ T1) e *Coping With Bun Questionnaire* – Tradutor 2 (CBQ T2).

As versões CBQ T1 e CBQ T2 foram analisadas na segunda etapa do processo de adaptação transcultural de forma conjunta entre os pesquisadores responsáveis e um terceiro tradutor (T3), brasileiro, conhecedor da língua inglesa, com conhecimento do conceito de *coping* para a área da saúde. Foram avaliadas as discrepâncias entre as duas versões (CBQ T1 e CBQ T2), com alterações minuciosamente documentadas, gerando o *Coping with Burns Questionnaire* em português – Versão Consensual Português Tradução 12 (CBQ T12).

Antecipadamente a etapa de retrotradução, conforme alteração proposta por Ferrer et al. (1996), a versão CBQ T12 foi submetida a apreciação de Comitê de Juízes (etapa 3), sendo possível a avaliação de vieses de tradução e adaptação cultural. Fizeram parte dessa etapa: um professor, doutor em enfermagem e com experiência na metodologia, uma pessoa que sofreu queimadura, seis profissionais de saúde com atuação na área de queimaduras (três enfermeiras, um fisioterapeuta, um médico, um psicóloga) e dois tradutores envolvidos na etapa T1 e T3.

Os Juízes foram convidados via correio eletrônico. Após aceite, foi enviado carta de anuência, instrumento de avaliação de equivalências (SÃO-JOÃO *et al.* 2013). Os juízes receberam orientações para avaliar a versão CBQ T 12, em relação a se cada item atendia às equivalências semântica - idiomática, cultural e conceitual. Para a equivalência semântica e idiomática, os tradutores avaliaram o significado e expressões das palavras, a ortografia, gramática e vocabulário. Na avaliação cultural, foi solicitada a avaliação dos termos quanto a sua coerência com a experiência vivida pela população brasileira (público-alvo) e para a avaliação conceitual, foi solicitada a verificação das palavras ou/e expressões que possuíam significado conceitual semelhante, ou se as mesmas não estavam representadas de forma semelhante em diferentes culturas (SÃO-JOÃO *et al.* 2013). Após devolutiva, foi realizada reunião entre as pesquisadoras envolvidas, documentando as decisões e resultando no *Coping with Burns Questionnaire* - Versão Português Pré-final (CBQ VPP).

A Retrotradução - etapa 4, consistiu em traduzir o CBQ VPP para o idioma de origem. Participaram dois tradutores (Tradutor 4 – T4 e Tradutor 5 – T5) sem formação na área da saúde, nativos e professores da língua inglesa, com amplo conhecimento do português (bilíngues). Sem conhecer o objetivo do estudo, foram realizadas traduções independentes da versão CBQ VPP, resultando nas versões *Coping with Burns Questionnaire - Back Translation 1* (CBQ BT1) e *Coping with Burns Questionnaire - Back Translation 2* (CBQ BT2).

Encadeado ao processo, a etapa 5 obteve a versão consensual da Retrotradução denominada: *Coping with Burns Questionnaire - Back translation 12* (CBQ BT12). Para esse fim, reuniram-se os pesquisadores e os tradutores da etapa 4 (T4 e T5) que receberam a versão original do CBQ, Versões CBQ BT1 e CBQ BT2 sem identificação dos tradutores e Versão CBQ Português Pré-final (CBQ VPP). A pesquisadora principal esclareceu o objetivo do estudo e minuciosamente leu frase por frase do questionário e, assim, foram discutidos termos que melhor representavam formando relatório detalhado.

A etapa 6 que compreende a comparação com a versão original, ocorreu por meio da análise da autora do questionário em inglês - Mimmie Willebrand - diante da versão *Coping with Burns Questionnaire - Back translation 12* (CBQ BT12) e do instrumento original. Após essa análise e como não houve considerações por parte da autora, obteve-se a versão portuguesa pré-final *Coping with Burns Questionnaire - Versão Português Pré-final* (CBQ VPP).

A avaliação semântica (Etapa 7), concordante a Ferrer et al. (1996) antecedeu o pré-teste e consistiu na avaliação da compreensão dos itens do questionário por um grupo alvo. A amostra consistiu em cinco pessoas adultas que sofreram queimaduras e que se encontravam em período pós-alta hospitalar em acompanhamento em ambulatório de cirurgia ambulatorial do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – UFSC. A identificação desses participantes seguiu os critérios de inclusão e exclusão que contemplam esta etapa e a etapa 8 - Pré Teste.

Os critérios de inclusão foram: estar no primeiro ano após ocorrência da queimadura com mínimo de um mês após alta hospitalar; vínculo ambulatorial; idade entre 18 e 70 anos; falar português; ter pontuação de corte 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de um a quatro anos; 26,5 para cinco a oito anos; 28 para aqueles com nove a 11 anos de escolaridade e 29 para mais de 11 anos no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (BRUCKI et al. 2003).

Foram critérios de exclusão: estar em tratamento agudo de queimaduras; ter diagnóstico médico e/ou psicológico constantes no prontuário e/ou autorrelatado que

impliquem em alterações de humor em estado agudo, por exemplo, depressão, ansiedade e esquizofrenia; tentativa de suicídio; pessoas privadas de liberdade.

Os cinco participantes tinham entre 4 e 12 anos de estudo, sendo 3 pessoas tinham como causa da queimadura fogo, uma pessoa óleo quente e uma pessoa queimadura elétrica.

Após identificação, houve a apresentação da pesquisadora principal que fez o convite, explicando os objetivos do estudo e da etapa; leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes; apresentação da CBQ VPP1 e das versões adaptadas dos questionários de validação semântica e impressão geral, propostos pelo Grupo DISABKIDS® (2006), validado para o Brasil (FEGADOLLI, 2008). O formulário de impressão geral permite classificar o questionário de maneira geral, em muito bom; bom; regular / mais ou menos. Para a análise dos dados dessa etapa foi realizada a síntese de respostas em planilha e calculado o percentual de concordância. Após preenchimento dos formulários foi realizada reunião entre as pesquisadoras para consenso dos dados coletados.

Por fim, a etapa 8 – Pré Teste, foi realizada contando com a participação de 51 de pessoas adultas que sofreram queimaduras, que se encontravam em acompanhamento ambulatorial, isto é, após a alta hospitalar, respeitando os critérios de inclusão e exclusão descritos na etapa 7.

Buscando diferentes regiões do País, foram incluídos três estados e cinco Centros de Tratamento de Queimados, o que caracteriza o estudo como multicêntrico, necessitando o apoio de pesquisadores em cada centro (Joinville e Florianópolis – Santa Catarina; Londrina e Curitiba – Paraná; Ribeirão Preto – São Paulo). Todos os pesquisadores foram capacitados pela pesquisadora principal quanto aos objetivos do estudo, etapas do processo de tradução transcultural, critérios de inclusão e exclusão e aplicação dos questionários. Após seleção do participante, foi solicitada assinatura do TCLE e aplicados os seguintes documentos: Instrumento de Caracterização da Amostra e CBQ VPP1.

Na coleta dos dados, os entrevistadores leram os itens de maneira pausada e caso solicitado repetiram por até três vezes a frase, a fim de que o pesquisador, não explicasse os itens do instrumento. Foi avaliado o tempo de preenchimento do CBQ e anotado ao final do questionário, bem como observações, sugestões ou dificuldades apresentadas pelo participante.

Análise dos dados

Para a análise dos dados da etapa 03 correspondentes à avaliação de equivalências, foi obtido o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), de forma que pudesse ser avaliada a concordância dos Juízes em relação aos aspectos às equivalências semântica - idiomática,

cultural e conceitual. As pontuações variam de 1 a 4: 1 = não equivalente; 2 = impossibilidade de avaliar a equivalência, a menos que o exame seja revisado; 3 = equivalente, mas precisa de pequenas mudanças; e 4 = absolutamente equivalente. O método empregado para avaliar a porcentagem de concordância entre os juízes foi número de participantes que concordaram dividido pelo número total de participantes multiplicado por cem. Esse método considera uma taxa aceitável de 90% entre os membros do Comitê de Juízes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). A análise dos dados foi realizada em planilha pela pesquisadora principal e conferida por segunda pessoa integrante do grupo de estudos na temática de *coping*. Foi realizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) através do método de porcentagem de concordância (% concordância = não participantes que concordam / n total de participantes x 100).

Para a análise dos dados obtidos no pré-teste, foi utilizado o *Software* IBM SPSS 2.0 e foram realizadas análises descritivas das variáveis sociodemográficas e clínicas e, para a avaliação da consistência interna da versão adaptada do CBQ - Br, foi obtido o alfa de *Cronbach* total, bem como, para cada domínio e se o item fosse excluído.

Para a interpretação do alfa de *Cronbach*, considera-se aceitável um entre valor 0,7 – 0,8 (FIELD, 2009). No entanto, em construtos psicológicos valores abaixo de 0,7 podem ser esperados por causa da diversidade dos construtos que estão sendo medidos. O valor de alfa tem influência em escalas com muito itens, ou seja, o valor pode aumentar devido aos muitos itens e isso não significa que a escala é confiável. Assim, questionários que tem subescalas devem ter avaliação de alfa separadamente (FIELD, 2009).

O estudo conta com aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos sob parecer nº 2.229.046 em 20 de agosto de 2017. Foram respeitados os preceitos das diretrizes contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional Conselho de Saúde. Em todo o processo, os envolvidos foram convidados a participar, recebendo informações verbais e escritas sobre o estudo, conforme método descrito. Os tradutores e os juízes foram convidados para participar da pesquisa por meio de correio eletrônico, enquanto as pessoas com queimaduras envolvidas foram convidadas de forma verbal, após consentimento receberam informações verbais e escritas e assinaram o TCLE.

RESULTADOS

Na primeira etapa – Tradução para a língua portuguesa, as duas versões (T1 e T2) apresentaram traduções discrepantes em alguns itens do instrumento, solucionadas na segunda etapa – Versão consensual em português CBQ T12 – que contemplou o auxílio do terceiro tradutor (T3) e os pesquisadores. As dúvidas foram relacionadas exclusivamente a conceitos da

tradução e foram sanadas com debate ao final da etapa em um único encontro. Obteve-se, então, a primeira versão consensual em português denominada: *Coping with Burns Questionnaire - Tradução 12 (CBQ T12)*.

A terceira etapa, avaliação pelo Comitê de Juízes, teve uma duração aproximada de 60 dias para devolutiva das avaliações. Participaram dessa etapa correspondem às respostas de dez juízes apresentados anteriormente.

Para o IVC, se obteve um percentual de concordância dos Juízes de 98,7%. As instruções iniciais obtiveram percentual de 98,3%. Dos 33 itens avaliados, apenas um item isoladamente não atingiu a pontuação 90%, sendo o item 13 na avaliação semântica-idiomática que atingiu 87,5%, mesmo assim, atingiu a pontuação mínima esperada de 80%. Na média total de todas as equivalências, os itens pontuaram acima de 95% (Tabela 1).

Tabela 1. Percentual de concordância com base nas respostas dos juízes para cada item do instrumento CBQ de acordo com as equivalências avaliadas. Florianópolis, SC, Brasil, 2019.

Itens do CBQ	Equivalências			Total (%)
	SI (%)	CUL (%)	CO (%)	
Instruções de preenchimento	100	97,5	97,5	98,3
Item 1	97,5	97,5	100	98,3
Item 2	97,5	100	100	99,1
Item 3	97,5	97,5	97,5	97,5
Item 4	100	100	95	98,3
Item 5	100	100	97,5	99,1
Item 6	100	100	100	100
Item 7	100	100	100	100
Item 8	97,5	100	100	99,1
Item 9	95	95	95	95
Item 10	87,5	90	95	90,8
Item 11	95	97,5	97,5	96,6
Item 12	100	100	100	100
Item 13	100	100	100	100
Item 14	100	97,5	100	99,1
Item 15	100	100	100	100
Item 16	100	100	100	100
Item 17	100	100	100	100
Item 18	97,5	100	100	99,1
Item 19	100	100	100	100
Item 20	100	100	100	100
Item 21	95	95	100	96,6
Item 22	97,5	97,5	100	98,3
Item 23	100	100	100	100
Item 24	97,5	97,5	97,5	97,5
Item 25	100	100	100	100
Item 26	100	100	100	100
Item 27	95	95	97,5	95,8
Item 28	100	100	100	100
Item 29	100	100	100	100
Item 30	100	100	100	100
Item 31	100	100	100	100

Item 32	100	100	100	100
Item 33	100	100	100	100
Pontuação final	97,5	100	100	99,1
Subescalas	97,5	95	97,5	96,6
Abrangência dos itens	97,5	97,5	97,5	97,5
Relevância dos itens	100	100	100	100
Média final	98,4	98,6	99	98,7

Legenda: SI - Semântica-Idiomática, CUL – cultural, CO - Conceitual

Fonte: Dados de pesquisa elaborados com base no formulário adaptado de São-João et al. (2013)

Em reunião entre os pesquisadores principais foi debatido cada um dos itens do formulário e descrito minucioso relatório com os consensos. Os juízes sugeriram adequações em 12 dos 33 itens do instrumento, relacionadas à troca de palavras e expressões por sinônimos mais aplicáveis à cultura brasileira e adição, retirada ou substituição de palavras e expressões para melhorar a compreensão das sentenças (Quadro 10).

Quadro 10. Itens que sofreram alteração na etapa de avaliação dos Juízes.

Item	Versão Original	Sugestão de Troca	Consenso dos pesquisadores
2	Eu me convencia de que minha dor, minhas cicatrizes ou outros problemas diminuíram com o tempo	Alterar o termo “diminuiria” para “aliviarem”	“Eu me convencia de que minha dor, minhas cicatrizes ou outros problemas aliviaram com o tempo”
3	Eu tentei estar junto com outras pessoas	Avaliação gramatical do termo “com”	“Eu tentei estar junto a outras pessoas”
9	Eu disse para mim mesmo que poderia superar as minhas dificuldades	Alterar o termo “as” para “superar minhas”	“Eu disse para mim mesmo que poderia superar minhas dificuldades”
0	Eu me distraía ou descansava um pouco para lidar com meus problemas	Alterar o termo “descansava um pouco” por “espairecia”	“Eu me distraía ou espairecia para lidar com meus problemas”
1	Eu encontrei uma estratégia que me ajudaria a fazer o que eu quisesse apesar da minha queimadura	Alterar o termo “encontrei” para “desenvolvi” acrescentar vírgula	“Eu desenvolvi uma estratégia que me ajudaria a fazer o que eu quisesse, apesar da minha queimadura”
4	Eu pensei em como eu mudei como pessoa por causa do acidente	Retirar a palavra “eu”, pois aparecia repetida	“Eu pensei em como mudei como pessoa por causa do acidente”
8	Eu olhei para o acidente ou para as minhas dificuldades de outra perspectiva para torná-los mais suportáveis	Substituir o termo “torná-los” por “fazê-los”	“Eu olhei para o acidente ou para as minhas dificuldades de outra perspectiva para fazê-los mais suportáveis”
1	Eu me engajei/envolvi em algo relacionado ao que passei, por exemplo, segurança em incêndios, questões relacionadas ao paciente queimado e coisas semelhantes	Alterar a ordem dos termos “engajei/envolvi”, a fim de dar ênfase ao termo “envolvi”	“Eu me envolvi/engajei em algo relacionado ao que passei, por exemplo, segurança em incêndios, questões relacionadas ao paciente queimado e coisas semelhantes”
2	Eu me recusei a pensar muito sobre minhas dificuldades	Substituir o termo “me recusei” por “evitei”, pois na psicologia é mais indicado frente a mecanismos de defesa	“Eu evitei pensar muito sobre minhas dificuldades”
4	Eu disse coisas para mim mesmo sobre o acidente e meus	Acrescentar o termo “sobre” para melhorar entendimento	“Eu disse coisas para mim mesmo sobre o acidente e sobre meus problemas, a fim de me sentir melhor e mais positivo”

	problemas, a fim de me sentir melhor e mais positivo		
7	Eu mudei algo no meu estilo de vida, para que eu pudesse ter uma vida satisfatória depois de todo o acontecido	Alterar o termo “todo o acontecido” para “tudo”	“Eu mudei algo no meu estilo de vida, para que eu pudesse ter uma vida satisfatória depois de tudo ”
2	Para lidar com problemas devido a minha queimadura, elaborei e seguir um plano de ação	Acrescentar o termo “eu”	“Para lidar com problemas devido a minha queimadura, eu elaborei e seguir um plano de ação”

Fonte: Elaborado pelas autoras. Florianópolis, SC, Brasil, 2019.

A etapa 4 – Retrotradução / *Back translation* e 5 – Versão Consensual em inglês ocorreram sem percalços, não apresentando discrepâncias e/ou inconsistências. Na etapa 6, a autora principal não fez apontamento e aprovou a versão. Para a etapa 7, validação semântica, foi realizado consenso entre os pesquisadores a partir dos dados coletados nos Formulário de Validação Semântica Específico e Formulário de Impressão Geral, as quais são descritas a seguir:

No item “Instruções” dois participantes apontaram dificuldades de compreensão: um considerou no entendimento de que os itens apresentados eram estratégias utilizadas para enfrentar a situação da queimadura e um participante considerou muito extenso, não entendendo o exemplo trazido pelo questionário. As sugestões dos participantes foram na frase “A seguir, um exemplo, que não faz parte do questionário” modificar para “Segue abaixo algumas estratégias de *coping*/enfrentamento”. A outra sugestão para esse item foi retirar a frase “Esse questionário contém perguntas relacionadas a tais experiências”, sendo incluída a palavra “estratégia de enfrentamento” talvez na questão ou no final das instruções. Na discussão, optou-se por manter o texto por se tratar de uma explicação que antecede a solicitação das respostas das questões, escolheu-se por separar a frase “A seguir, um exemplo, que não faz parte do questionário” para facilitar a compreensão.

O item 8 teve uma sugestão de mudança de palavra “me afastasse muito” para “me afastasse tanto”. Em discussão devido a palavra não ter significado diferente optou-se por manter: “Eu não deixei que os problemas causados pela queimadura me afetassem muito”.

O item 10 a palavra “distráia” e “espairecia” foram mencionadas e, em discussão, preferiu-se por separar por barra: “distráia/espairecia”: “Eu me distraía/espairecia para lidar com meus problemas”. O item 18 “perspectiva” teve a sugestão de substituição por “maneira”, optou-se por não mudar para manter o significado da frase: “Eu olhei para o acidente ou para as minhas dificuldades de outra perspectiva para fazê-los mais suportáveis”.

O item que mais apresentou dificuldade foi o 21, onde quatro participantes apresentaram dificuldade com os termos “envolvi/engajei” e todos sugeriram retirar o termo

“engajei”. As sugestões foram consideradas: “Eu me envolvi em algo relacionado ao que passei, por exemplo, segurança em incêndios, questões relacionadas ao paciente queimado e coisas semelhantes”. O item 30 teve como sugestão a substituição da frase “Eu fiz uso de minhas experiências do acidente e de ser queimado” por “Tirar proveito do acidente” e, em discussão, escolheu-se por manter a frase, a fim de não mudar o significado: “Eu fiz uso de minhas experiências do acidente e de ser queimado”.

Um participante sugeriu alteração no item de “Resposta do item” apresentando dificuldade em mensurar a diferença entre “Nem um pouco” “Bastante” e “Muito”, sugerindo tirar “nem um pouco” e “muito”, deixando “Não aplicável/ Até certo ponto/ Muito / Totalmente aplicável”. Em discussão, optou-se por inverter os termos no primeiro e último item deixando em parentes para complementação: “Não aplicável (Nem um pouco)” e “Totalmente aplicável (Muito)”.

Quanto ao Formulário de Impressão Geral, 60% responderam que acham o questionário “muito bom” e 20% “bom”; quanto às questões do CBQ 60% responderam “todas foram fáceis de entender” e 20% “algumas foram difíceis de entender”; quanto às categorias de respostas 60% responderam sem dificuldade, 20% algumas dificuldades e 20% muitas dificuldades; 80% responderam que as questões são “muito importantes” para a sua condição de saúde/doença, 20% “algumas vezes importante”; 80% responderam que “não” mudariam algo no questionário e 20% mudaria as respostas dos itens; 100% não acrescentaria algo no questionário e também não houve alguma questão que você não quis responder.

Após contempladas todas as considerações surgidas nas etapas prévias, na Etapa 8, a Versão Pré-teste - *Coping with Burns Questionnaire* – Versão Português Pré-final 1 (CBQ VPP1), juntamente com o Instrumento de Caracterização da Amostra, foi aplicada em 51 pessoas adultas que sofreram de queimadura com média de idade de 40,37 anos (22-76). O tempo médio de estudo foi de 8,78 anos e tempo médio de internação 35,43 dias (1-120) e acompanhamento ambulatorial médio de 151,14 dias (30-365). Foram respeitados os critérios de inclusão e exclusão do estudo e vinculadas a um dos cinco centros de atendimentos ambulatoriais: Joinville (n=4 / 7,8%), Curitiba (n=17 / 33,3%), Londrina (n=9 / 17,6%), Ribeirão Preto (n=18 / 35,3%), Florianópolis (n=3 / 5,9%). A diferença no percentual de participantes se deve às características de cada centro.

No estado de Santa Catarina, os centros de Joinville e Florianópolis atendem pessoas que sofreram queimaduras em ambulatório geral. Curitiba apesar do atendimento ambulatorial ser geral, o hospital é referência em queimados. Já Londrina e Ribeirão Preto, contam com ambulatório específico para atendimento de pessoa que sofreu queimadura (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica, queimadura das pessoas que sofreram queimaduras incluídas no pré-teste do *Coping with Burns Questionnaire* – CBQ Br (n=51). Florianópolis, SC, Brasil, 2019.

Variáveis sociodemográficas		n (%)
Sexo	Feminino	27 (52)
Religião	Católica	33 (64)
Situação conjugal	Casado ou união estável	21 (41)
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	15 (29)
Ativo economicamente	Possui trabalho remunerado	25 (49)
Usuário de droga ilícita	Não faz uso	48 (94)
Etilista	Não faz uso	43 (84)
Tabagista	Não faz uso	39 (76)
Superfície Corporal Queimada	Acima de 20%	27 (52,9)
Local de ocorrência do trauma	Domicílio	21 (41,2)
	Álcool	15 (29,4)
	Chama direta	9 (17,6)
Agente causal	Óleo quente	8 (15,7)
	Líquido fervente	6 (11,8)
Procedimentos	Enxertia	18 (35,3)
	Cirurgia reparadora	12 (23,5)

Fonte: Dados de pesquisa.

O tempo médio de preenchimento foi de 15,71 minutos (variou de 05 a 37). O instrumento demonstrou valores do coeficiente alfa de *Cronbach* global satisfatórios, superiores a 0,80, apresentando consistência interna global de 0,83 (Tabela 3).

Especificamente, o item 3 corrigido pontuou negativamente (-0,23), no entanto esse item deletado não influencia significativamente no resultado global. Por meio desses resultados, é possível afirmar que os itens são homogêneos e que a escala mede consistentemente a característica para a qual se propõe.

Tabela 3. Análise descritiva da confiabilidade do *Coping with Burns Questionnaire* – CBQ Br. Florianópolis, SC, Brasil, 2019.

Itens	Média (DP)	Alfa de <i>Cronbach</i> correlação dos itens	Alfa de <i>Cronbach</i> - se o item fosse eliminado
Alfa total da escala			0,83
1 Quando eu sentia dor ou tinha dificuldades, eu me concentrava em fazer algo para resolver o problema imediatamente	0,61 (1,06)	0,27	0,82
2 Eu me convencia de que minha dor, minhas cicatrizes ou outros problemas aliviarão com o tempo	3,04 (0,98)	0,33	0,82
3 Eu tentei estar junto a outras pessoas	2,90 (1,04)	-0,23	0,84
4 Quando eu tinha dificuldades por causa da minha queimadura, eu dobrava meus esforços para superá-las	3,14 (0,87)	0,45	0,82
5 Eu tentei ver o lado positivo da minha situação	3,10 (0,90)	0,52	0,82

6 Eu desejei que os problemas desaparecessem ou que de alguma forma eles acabassem	3,16 (0,99)	0,13	0,83
7 Eu fiz alguns ajustes na minha rotina diária por causa das dificuldades relacionadas à queimadura	3,00 (1,04)	0,21	0,83
8 Eu não deixei que os problemas causados pela queimadura me afetassem muito	2,76 (1,11)	0,39	0,82
9 Eu disse para mim mesmo que poderia superar minhas dificuldades	3,31 (0,79)	0,29	0,82
10 Eu me distraía/espairecia para lidar com meus problemas	3,04 (1,06)	0,29	0,82
11 Eu desenvolvi uma estratégia que me ajudaria a fazer o que eu quisesse, apesar da minha queimadura	2,84 (1,08)	0,30	0,82
12 Eu não expressei meus sentimentos em relação ao acidente e à queimadura	2,41 (1,28)	0,23	0,83
13 Eu procurei apoio emocional de outras pessoas	2,75 (1,21)	0,26	0,83
14 Eu pensei em como mudei como pessoa por causa do acidente	2,65 (1,07)	0,21	0,83
15 Eu evitei atividades que me interessavam antes de me queimar	2,76 (1,23)	0,34	0,82
16 Eu usei bebida alcoólica, cigarro/fumo ou outras drogas para lidar com meus problemas	1,27 (0,72)	0,09	0,83
17 Eu pensei nas coisas que são realmente importantes na vida	3,33 (0,86)	0,47	0,82
18 Eu olhei para o acidente ou para as minhas dificuldades de outra perspectiva para fazê-los mais suportáveis	2,94 (0,93)	0,48	0,82
19 Eu evitei o convívio com outras pessoas por causa da minha queimadura	1,76 (1,14)	0,25	0,83
20 Eu contei para outras pessoas sobre o acidente, o tempo no hospital ou os problemas que enfrentei após a alta	3,14 (0,85)	0,02	0,83
21 Eu me envolvi em algo relacionado ao que passei, por exemplo, segurança em incêndios, questões relacionadas ao paciente queimado e coisas semelhantes	2,04 (1,08)	0,48	0,82
22 Eu evitei pensar muito sobre minhas dificuldades	2,55 (1,27)	0,33	0,82
23 Eu fiz/mudei algumas coisas para me sentir melhor	2,63 (1,04)	0,39	0,82
24 Eu disse coisas para mim mesmo sobre o acidente e sobre meus problemas, a fim de me sentir melhor e mais positivo	2,98 (1,01)	0,62	0,81
25 Eu desejei que algo inacreditável acontecesse e resolvesse meus problemas	2,47 (1,27)	0,14	0,83
26 Quando me deparei com problemas por causa da minha queimadura, mantive meus sentimentos para mim mesmo	2,65 (1,11)	0,55	0,81
27 Eu mudei algo no meu estilo de vida para que eu pudesse ter uma vida satisfatória depois de tudo	2,55 (1,14)	0,31	0,82
28 Eu pedi conselhos e ajuda para outras pessoas	2,27 (1,10)	0,39	0,82
29 Eu me mantive ativo e voltado ao trabalho para esquecer minhas dificuldades por um tempo	2,22 (1,21)	0,43	0,82
30 Eu fiz uso de minhas experiências do acidente e de ser queimado	2,67 (1,14)	0,28	0,82
31 Eu não deixei meus sentimentos sobre a queimadura afetarem outros aspectos da minha vida	2,73 (1,23)	0,53	0,81
32 Para lidar com problemas devido a minha queimadura, eu elaborei e segui um plano de ação	2,29 (1,15)	0,50	0,82
33 Eu procurei ajuda de alguém para conseguir mais informações sobre o acidente ou a queimadura	2,47 (1,08)	0,49	0,82

Fonte: Dados de pesquisa. Florianópolis, 2019.

Por se tratar de um questionário que apresenta seis subescalas, o que o torna extenso, foi realizada o alfa de *Cronbach* separadamente para todas as subescalas do questionário (Tabela 4).

Tabela 4. Análise descritiva da confiabilidade das seis subescalas do *Coping with Burns Questionnaire* – CBQ Br. Florianópolis, SC, Brasil, 2019.

Subescalas	Itens	Alfa de <i>Cronbach</i>	Alfa de <i>Cronbach</i> - correlação dos itens	Alfa de <i>Cronbach</i> - se o item fosse excluído
Otimismo/Resolução de problemas	1	0,69	0,18	0,71
	2		0,46	0,64
	4		0,41	0,66
	5		0,61	0,61
	7		0,02	0,74
	8		0,51	0,63
	9		0,53	0,64
Busca por apoio emocional	11	0,51	0,45	0,64
	3		0,45	0,19
	13		0,29	0,49
Evitação/ Prevenção	20	0,42	0,26	0,51
	6		0,19	0,38
	10		-0,16	0,54
	14		0,10	0,42
	15		0,32	0,30
	16		0,20	0,38
	19		0,32	0,30
Reavaliação / Ajuste	25	0,70	0,38	0,25
	17		0,36	0,68
	18		0,49	0,65
	22		0,24	0,71
	23		0,50	0,65
	24		0,69	0,61
	27		0,28	0,70
Autocontrole	29	0,56	0,34	0,68
	30		0,34	0,68
	12		0,15	0,80
Ações instrumentais	26	0,70	0,59	0,14
	31		0,45	0,33
	21		0,55	0,60
	28		0,45	0,66
	32	0,70	0,42	0,68
	33		0,53	0,61

Fonte: Dados de pesquisa.

DISCUSSÃO

A adaptação transcultural exige uma metodologia que busca alcançar as equivalências entre o instrumento original e o idioma de destino, o que demanda tanto a tradução linguística como a adaptação cultural do instrumento (SÃO-JOÃO *et al.* 2013). O procedimento metodológico de tradução e adaptação transcultural do CBQ obteve êxito em todas as etapas. Destacando que para o uso de instrumentos de medida é fundamental que ele seja submetido a etapas de adaptação e validação de instrumentos de medida (ECHEVARRIA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2018).

A adaptação transcultural de instrumento que envolvam conceitos psicológicos é considerada complexa (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012). A escolha de dois tradutores bilíngues independentes com fluência no idioma de origem e nativos no idioma alvo, proporciona o alcance de um alto nível de qualidade, no qual o instrumento conta com considerações variantes culturalmente entre os idiomas (BEATON *et al.* 2007). Para este estudo, o terceiro tradutor teve escolha criteriosa, contou com formação na área da saúde, conhecedor da metodologia e com experiência com o conceito-chave: *coping*, sendo primordial para o entendimento e solução das discrepâncias, sendo fundamental para o entendimento do conceito *coping*.

A formação do comitê de juízes apresenta controvérsia sobre a quantidade de integrantes, no entanto é preciso levar em consideração as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais qualificados (CUNHA; GUIRARDELLO, 2018). Assim, diferentes perspectivas multiprofissionais melhoram a interpretação e compreensão dos itens (GONÇALVES *et al.* 2019; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para este estudo, optou-se por um comitê de juízes composto por diferentes profissionais da área de saúde envolvidos no cuidado de pessoas que sofreram queimaduras, professor especialista na metodologia, pessoa que sofreu queimadura e tradutores envolvidos nas etapas anteriores. Esse processo impacta na validade de conteúdo dos instrumentos (CUNHA; GUIRARDELLO, 2018; ALEXANDRE; COLUCI, 2011) a qual deve considerar a experiência e vivência de cada especialista, pois colabora com a uniformização de termos, torna os itens claros e de fácil compreensão (CUNHA; GUIRARDELLO, 2018).

O comitê de juízes tem o objetivo de alcançar a avaliação das equivalência semântica-idiomática, conceitual e cultural tanto da tradução linguística como adaptação cultural, assim, pode se dizer que esse rigoroso processo descreve com mais fidedignidade o impacto de uma

doença ou de seu tratamento de forma semelhante, seja em ensaios multicêntricos ou multinacionais (SÃO-JOÃO *et al.* 2013).

O resultado deste estudo demonstra equivalência semântica-idiomática, conceitual e cultural de 98,7% entre os itens, podendo afirmar que a versão brasileira do CBQ – Br alcança as equivalências. Dentro do processo de adaptação transcultural, a etapa de avaliação de juízes foi a mais demorada devido à complexidade de escolha e aceite dos juízes associada a devolutiva dos formulários de avaliação. Também pode-se considerar que antecedendo essa etapa, conforme proposto por Ferrer *et al.* (1996), foi possível detectar erros, repensar conceitos, ajustar através de consenso com segurança prévia a *back translation*, a qual foi realizada e validada pela autora principal sem ajustes.

Outra etapa importante foi a validação semântica, sétima etapa do processo de adaptação transcultural deste estudo, que diz respeito à avaliação pela população e idioma alvo ao qual se destina o questionário. Requer cuidados linguísticos, uma vez que termos podem ter diferentes abrangências e especificidade inerente a cada idioma (PASQUALI, 1999; SERRALTA *et al.* 2010).

A aplicação de medidas consolidadas para a validação semântica é um diferencial e traz subsídios para a melhoria da qualidade da assistência prestada à população (ROMEIRO *et al.* 2020). Os instrumentos DISABKIDS® são válidos, fidedignos e sensíveis, sendo rápidos de completar, fáceis de pontuar e de interpretar (ROMEIRO *et al.* 2020) e foram adaptados nesse processo de validação semântica do CBQ – BR. O Formulário de Validação Semântica Específico e o Formulário de Impressão Geral permitiram ajustes de termos que vão aproximar o leitor a sua condição de saúde/doença e melhor resposta dos itens com relação a isso. Um estudo com objetivo de mapear a produção científica brasileira sobre a utilização dos formulários DISABKIDS® adaptados para o Brasil mostrou que cada vez mais pesquisadores, no País, vem disseminando o método, o que disponibiliza instrumentos válidos e fidedignos para utilização na prática clínica, visando uma abordagem biopsicossocial associada à melhoria da qualidade da assistência à saúde da população (ROMEIRO *et al.* 2020).

O pré-teste é a última etapa do processo de adaptação transcultural, o qual compreende o teste de campo para a população alvo. No estudo em questão, o fato de ser aplicado em mais de um centro de queimados proporcionou uma abordagem ampla em diferentes realidades. Esse processo como um todo é sem dúvida dispendioso e longo, no entanto é o que possibilita a adaptação transcultural em países com diferentes culturas possíveis para uso confiável e válido (JÚNIOR *et al.* 2016).

Diante de um instrumento adaptado transculturalmente em outro idioma é importante verificar se as propriedades de medidas do instrumento original têm evidências que confirmem a existência de propriedades de medidas aceitáveis (ECHEVARRIA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2018). A confiabilidade, um dos testes a serem realizados, é a capacidade de exibir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou com observadores diferentes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011), ou seja, o questionário deve, consistentemente, medir o construto ao qual se propõe (FIELD, 2009).

Um dos testes, comumente, usado para avaliar a confiabilidade é o alfa de *Cronbach* (TABER, 2017), em que é aceitável um valor acima de 0,70 a 0,8 (FIELD, 2009), resultando coeficiente alfa de *Cronbach* global satisfatório neste estudo (Alfa de *Cronbach* = 0,83).

Cabe destacar que, o alto número de itens pode influenciar no resultado aumentando o valor do alfa ou vice-versa: poucos itens podem resultar em alfa baixo. Ainda, questões verbalizadas de forma diferente, mas praticamente iguais aumentam ou diminuem o valor do alfa (FIELD, 2009). O item 3, por exemplo: “**Eu tentei estar junto a outras pessoas**”, remete a estratégia de *coping* relacionada a busca por apoio emocional, que pode estar associado à melhor reabilitação e qualidade de vida, ou contrariamente, considerar a possibilidade de apoio uma fragilidade refletindo que viver só está relacionado à melhor integração com atividades domésticas e sociais, uma vez que a pessoa realiza suas atividades de forma independente (GONÇALVES *et al.* 2011).

O item 10 “**Eu me distraía/espairecia para lidar com meus problemas**” quando avaliado com os itens da subescala a qual pertence, evitação / prevenção apresentou correlação total dos itens corrigidos negativo. Esse item teve grande discussão em relação aos termos “distraía/espairecia”, onde inicialmente a proposta de tradução era “descansava um pouco” e diante do comitê de juízes, optou-se pelo termo “distraía/ **espairecia**”. Para Sideli *et al.* (2017) em determinadas circunstâncias, as pessoas preferem apenas distanciar-se do estressor ao invés de lidar com ele e suas emoções negativas, com isso reduzem seus esforços concentrando-se em atividades de trabalho e lazer, o uso de álcool e drogas pode ser considerado como exemplo.

É interessante destacar que a confiabilidade de um instrumento que mede construtos psicológicos pode variar com valores de alfa de *Cronbach* abaixo de 0,70 e isso se deve pelas diversidades de construtos que estão sendo medidos (FIELD, 2009).

CONCLUSÕES

A tradução e adaptação de instrumentos já consolidados e utilizados em outro idioma, sem dúvida, é a melhor opção do que a criação de um novo instrumento. O CBQ é um instrumento que não está disponível, no Brasil, e pode auxiliar na prática clínica do processo de recuperação após a queimadura. Este estudo detalha as etapas do processo e coloca a versão brasileira do questionário *Coping with Burns Questionnaire* – CBQ Br como um potencial instrumento para uso pelos profissionais de saúde.

O processo de avaliação pelo comitê de juízes respeitou a proposta do método e foi aplicado antes da retrotradução. Isso, com certeza, auxiliou para que o questionário não sofresse alterações após a validação do autor da versão original em inglês. Essa etapa resultou em validade de conteúdo adequada para as equivalência semântica-idiomática, conceitual e cultura com índice de validade de conteúdo em 98%.

A validação semântica proporcionou o primeiro contato do questionário com a população alvo e pequenos ajustes foram realizados através de consenso entre os pesquisadores, a partir das respostas e considerações de pessoas que sofreram queimaduras. Após essas etapas o pré-teste condiciona o instrumento a confiabilidade adequada. Este estudo antecede o processo de avaliação das propriedades psicométricas do instrumento, que será realizado em nova pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCCI, M. Z. O. Validade de conteúdo os processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, jul. 2011.

ANDOLHE, R. et al. Estresse, *coping* e *burnout* da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe, p. 58–64, dez. 2015.

BEATON, D. et al. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. **Institute for Work & Health**, 2007.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 22, n. 53, p. 423–432, dez. 2012.

BRASIL, M. DA S. **Protocolos da atenção básica: condições crônicas não- transmissíveis: risco cardiovascular**. Brasília: [s.n.]. Disponível em:<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/13/PAB-Condies-Cr--nicas---Provis--rio.pdf>>. 2016.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, n. 3B, p. 777–781, set. 2003.

CUNHA, M. R. P. D.; GUIRARDELLO, E. DE B. Patient Safety Climate in Healthcare Organizations: tradução e adaptação para a cultura brasileira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, n. 0, 22 out. 2018.

DAHL, O. et al. Early assessment and identification of posttraumatic stress disorder, satisfaction with appearance and coping in patients with burns. **Burns**, v. 42, n. 8, p. 1678–1685, 1 dez. 2016.

DIAS, E. N.; RIBEIRO, J. L. O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 55, 17 jul. 2019.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; GONÇALVES, N.; ROMANOSKI, P. J. Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação - parte I. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, 8 jan. 2018.

FEGADOLLI, C. **Adaptação transcultural e validação do instrumento DISABKIDS-37 para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas: fase I.** [s.l.] Universidade de São Paulo - USP, 2008.

FERRER, M. et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **European Respiratory Journal**, v. 9, n. 6, p. 1160–1166, 1 jun. 1996.

FIELD, A. **Descobrimo a Estatística usando o SPSS.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
GONÇALVES, N. et al. Cultural adaptation of the 5-D itch scale and its reliability for Brazilian burn survivors. **Burns**, v. 45, n. 3, p. 717–724, maio 2019.

GONÇALVES, N. et al. Fatores biopsicossociais que interferem na reabilitação de vítimas de queimaduras: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 1–9, 2011.

JUNIOR, S. D. D. et al. Adaptação transcultural e validação de questionários na área da saúde. *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia*, v. 4, n. 1, p. 26-30, 2016. Disponível em http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=750

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, Appraisal, and Coping.** New York: Springer Publishing Company, 1984.

MOLA, R. et al. Características e complicações associadas às queimaduras de pacientes em unidade de queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 17, n. 1, p. 1–6, 2018.
PAGLIARONE, A. C.; SFORCIN, J. M. Estresse: revisão sobre seus efeitos no sistema imunológico. **Biosaúde**, v. 11, n. 1, p. 57–90, 2009.

PASQUALI, L. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In: PASQUALI, L. (Ed.). **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração.** 1999 Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida - LabPAM, 1999. p. 37–71.

RAMOS, F. P.; ENUMO, S. R. F.; PAULA, K. M. P. DE. Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 32, n. 2, p. 269–279, 1 jun. 2015.

RIBEIRO, J. P.; RODRIGUES, A. P. Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 5, n. 1, p. 3–15, 2004.

ROMEIRO, Viviane. DISABKIDS® no Brasil: avanços e perspectivas futuras na produção do conhecimento científico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.28 Ribeirao Preto 2020 Epub Apr 17, 2020 Disponível em <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3003.3257>

ROTHMAN, D. J. et al. Coping styles and quality of life in adults with burn. **Burns**, v. 42, n. 5, p. 1105–1110, ago. 2016.

SANTOS, K. E. S. S. et al. **Planejamento Assistencial de Enfermagem em pacientes portadores de queimaduras**. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/sempeq/article/view/7778/3460>>. Acesso em: 26 ago. 2019.

SÃO-JOÃO, T. M. et al. Adaptação cultural da versão brasileira do Godin-Shephard Leisure-Time Physical Activity Questionnaire. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 479–487, jun. 2013.

SERRALTA, F. B. et al. Equivalência semântica da versão em português da Escala de Experiência de Quase-Morte. **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 35–46, abr. 2010.

SIDELI, L. et al. Association between coping strategies and psychological adjustment after small burn injuries. A cross-sectional study. **Clinical Neuropsychiatry**, v. 14, n. 2, p. 151–158, 2017.

TABER, K. S. The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. **Research in Science Education**, v. 48, n. 6, p. 1273–1296, 7 dez. 2018.

WHO, W. H. O. **Burns**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>>. Acesso em: 24 ago. 2018.

WIECHMAN, S.; HOYT, M. A.; PATTERSON, D. R. Using a Biopsychosocial Model to Understand Long-Term Outcomes in Persons With Burn Injuries. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 101, n. 1S, p. S55-S62, 2018.

WILLEBRAND, M. et al. Development of the coping with burns questionnaire. **Personality and Individual Differences**, v. 30, n. 6, p. 1059–1072, 19 abr. 2001.

6.36.3 MANUSCRITO 3 - ESTRATÉGIAS DE *COPING* UTILIZADA POR BRASILEIROS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS

Resumo: *coping* são esforços cognitivos e comportamentais para lidar com situações estressantes e podem melhorar a qualidade de vida da pessoa que sofreu queimadura. **OBJETIVO:** Compreender as estratégias cognitivas e comportamentais que pessoas que sofreram queimaduras usam para lidar com sua situação. **MÉTODO:** estudo qualitativo exploratório, onde os participantes foram selecionados de maneira intencional, respeitando os critérios de inclusão: estar no primeiro ano, após ocorrência da queimadura, com mínimo de um mês após alta hospitalar; vínculo ambulatorial; idade entre 18 e 80 anos; falar português; atender pontuação mínima do Mini Exame do Estado Mental, vinculados a dois centros ambulatoriais do Sul do Brasil. Os dados foram coletados de abril a junho de 2019, através de entrevista semiestruturada com 11 pessoas e tiveram duração média de 20 minutos. Todos os 11 participantes incluídos formaram parte do pré-teste do processo de adaptação transcultural do *Coping with Burns Questionnaire* para o contexto brasileiro em estudo prévio. As entrevistas foram gravadas, posteriormente transcritas e analisadas através da análise qualitativa de conteúdo dirigida, com códigos pré-determinados correspondentes as seis subescalas propostas no CBQ. Foram respeitados os preceitos éticos. **RESULTADO:** todos os domínios da subescalas foram citados pelos participantes com ênfase ao cuidado consigo mesmo diante da situação vivenciada, buscando uma visão otimista da situação, a valorização do cuidado físico e mental dos profissionais de saúde, familiares e amigos presentes no apoio emocional e a prevenção de novos acidentes nas ações instrumentais. **CONCLUSÃO:** Estratégias de otimismo, busca por resolução de problemas, espiritualidade, apoio emocional, reavaliação e ajuste da situação, resiliência, autocontrole pode ser consideradas benéficas e devem ser estimuladas pelos profissionais de saúde. Na prática clínica, as estratégias utilizadas podem ser estimuladas a serem desenvolvidas pelas pessoas acometidas por queimaduras, uma vez que conferem benefícios para as pessoas que sofrem queimaduras no processo de reabilitação.

Descritores: Queimaduras. Adaptação Psicológica. Reabilitação. *Coping*.

INTRODUÇÃO

Após graves queimaduras, milhões de pessoas passam a viver com sequelas físicas, tais como, deficiências e desfigurações; assim como sequelas emocionais, como estigma e rejeição, resultando em consequências sociais que podem permanecer por longo período ou serem definitivas (CIMINO *et al.* 2019; GONÇALVES *et al.* 2011; WHO, 2018). Podem causar angústias e estresse não apenas pelas lesões físicas e intervenções dolorosas envolvidas no cuidado e reabilitação, mas também por uma gama de condições psicológicas presentes nesse processo (CHENG *et al.* 2015).

O processo de reabilitação da pessoa que sofreu queimadura visa retomar o mais alto nível de funcionalidade e independência, além de prevenir possíveis complicações (PINHO *et al.* 2017). Esse processo envolve aspectos físicos como redução de edema, controle da dor, melhora da amplitude dos movimentos, cuidado com o processo de cicatrização (CHENG *et al.*

2015; SIDELI *et al.* 2017) e ainda aspectos emocionais como mudanças de autoimagem, transtornos de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade e redução da qualidade de vida (BOSMANS *et al.* 2015; SIDELI *et al.* 2017).

Todo esse processo vivenciado pela pessoa que sofre queimadura ativa o chamado “sistema de estresse”, importante para restabelecer a homeostase, tanto dos processos fisiológicos quanto para enfrentamento de situações de medo e ameaça (STAVROU *et al.* 2017).

Os primeiros estudos trazem o termo “síndrome de adaptação geral” como sinônimo de estresse devido à presença de adaptações em circunstâncias graves observadas em pacientes hospitalizados por longos períodos (STAVROU *et al.* 2017), de modo que todo organismo deve manter um equilíbrio dinâmico complexo, ou homeostase, frente aos constantes desafios por forças adversas internas ou externas denominada estressores que são reestabelecidas por respostas adaptativas fisiológicas e comportamentais (CHROUSOS, 2009).

O *coping* tem estreita relação com o estresse, pois compreende esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelas pessoas para adaptarem-se a situações adversas ou estressoras (ANTONIAZZI; DELL’AGLIO; BANDEIRA, 1998). Esses esforços são considerados um mecanismo evolutivo importante relacionado à sobrevivência humana, quer dizer, é através dessa estratégia ou resposta que o organismo é induzido a enfrentar ou se proteger de uma situação de perigo (PAGLIARONE; SFORCIN, 2009).

O *coping* está relacionado ao estresse pós-traumático e a qualidade de vida de pessoas que sofrem queimadura (MARTIN *et al.* 2017; ROTHMAN *et al.* 2016). Estudo de revisão integrativa de literatura com objetivo de compreender o estresse pós-traumático em pessoas adultas que sofreram queimaduras revelou íntima ligação com o *coping*. Os resultados apontam que melhor compreensão de si mesmo pode auxiliar a perceber a força pessoal e criar estratégias de *coping* que redefinem prioridades a partir dos verdadeiros valores, como por exemplo, gratidão pela sobrevivência, pela família. Aponta também que a espiritualidade e a compreensão diante da fragilidade da humanidade impulsionam o *coping*, além do apoio social recebido, geram um conjunto de sentimentos que motivam o desejo de querer retribuir de forma altruísta e com compaixão para com o próximo (MARTIN *et al.* 2017).

É necessário avançar nos cuidados psicológicos das pessoas que sofrem queimaduras para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e seus familiares. O aconselhamento psicológico é fundamental, além de grupos de apoio para cuidadores e familiares diminuem angústia, esclarecem sobre cuidados e propiciam a disseminação de técnicas de *coping* (BARNETT *et al.* 2017).

O *coping* é avaliado em pessoas que sofreram queimaduras de diferentes formas, uma delas é através do *Coping with Burns Questionnaire* (CBQ) (WILLEBRAND *et al.* 2001). O conceito de *coping* proposto por Lazarus e Folkman (1984), no qual o desenvolvimento desse instrumento é baseado, também é referência para a maioria dos estudos relacionados a *coping*. Tal conceito é baseado na perspectiva cognitiva e comportamental, que integra pessoa, ambiente e situação vivenciada, onde a pessoa diante de uma situação estressora, interpreta o contexto e busca estratégias com foco no problema e/ou na emoção para lidar com a situação (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). As estratégias mais utilizadas dizem respeito a otimismo/resolução de problemas, busca por apoio emocional, evitação / prevenção, reavaliação / ajuste, autocontrole e ações instrumentais.

As estratégias de *coping* estão relacionadas a fatores situacionais e podem mudar durante os estágios de uma determinada situação (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). No Brasil, o termo *coping* não tem uma tradução formal e devido a complexidade do termo optou-se por não traduzir. Significados sugestivos podem relacionar-se à: "lidar com", "enfrentar" ou "adaptar-se", além de que estudo aponta escassez de pesquisas qualitativas na temática (CIMINO *et al.* 2019).

Este estudo tem o objetivo de compreender as estratégias cognitivas e comportamentais que pessoas que sofreram queimaduras usam para lidar com sua situação.

MÉTODOS

Estudo de abordagem qualitativa exploratório. Essa metodologia visa auxiliar na construção de teoria para explicar ou compreender um processo (MINAYO, 2013), proporcionando uma aproximação de determinado fato (GIL, 2010).

O local de escolha para o estudo foi o Ambulatório do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba – (HUEC) e Ambulatório de Feridas do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – Universidade Federal de Santa Catarina (HU- UFSC).

Os participantes foram selecionados de maneira intencional, respeitando os critérios de inclusão: estar no primeiro ano, após ocorrência da queimadura, com mínimo de um mês após alta hospitalar; vínculo ambulatorial; idade entre 18 e 80 anos; falar português; atender pontuação mínima do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (BRUCKI *et al.* 2003) e os critérios de exclusão: estar em tratamento agudo de queimaduras; ter diagnóstico médico e/ou psicológico constantes no prontuário e/ou autorrelatado que impliquem em alterações de humor em estado agudo, por exemplo, depressão, ansiedade e esquizofrenia; tentativa de suicídio; pessoas em regime prisional.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora enfermeira e outra mestranda também enfermeira de formação, ambas com experiência em entrevista qualitativa de pesquisas anteriores. A entrevistadora foi capacitada pela pesquisadora sobre o conceito de *coping*, objetivo, critérios de inclusão e exclusão, documentos a serem preenchidos.

A coleta de dados ocorreu no período de abril a junho de 2019, foi realizada durante o processo de tradução e adaptação do *Coping with Burns Questionnaire* – CBQ Br e incluiu 11 pessoas. Inicialmente, os possíveis participantes eram identificados pela equipe de saúde de cada centro ambulatorial, conhecedor do projeto e dos critérios de inclusão e exclusão, após a pessoa era convidada a participar e com o aceite era encaminhada para uma sala, onde se iniciava o processo de coleta de dados com a aplicação do MEEM. Atingindo pontuação, procedia-se a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após, foi aplicado os questionários do pré-teste do CBQ e, imediatamente, a pessoa era convidada a realizar a entrevista, que foi gravada em áudio digital. O objetivo era compreender o processo de reabilitação após a queimadura, tendo a pergunta inicial: fale mais sobre como tem sido para o senhor(a) sua experiência da queimadura? Quais estratégias o senhor (a) utilizou para melhor enfrentar o período após a queimadura? O que o senhor (a) fez para melhorar os aspectos que o incomodavam?

As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos e após gravação foram transcritas pelas próprias pesquisadoras em editor *Word da Microsoft Office* e com auxílio do software NVivo *Word da Microsoft Office*, a análise dos dados seguiu os passos da análise qualitativa de conteúdo dirigida (HSIEH; SHANNON, 2005).

A análise de conteúdo dirigida propõe que o pesquisador estabeleça códigos pré-determinados e auxílio de seu conhecimento prévio sobre a temática a partir de teoria ou resultados relevantes (HSIEH; SHANNON, 2005). Diante do propósito do estudo, utilizou-se o conceito teórico de *coping* proposto por Lazarus e Folkman (1984) representados nas seguintes estratégias:

- ✓ Otimismo/Resolução de problemas: definido como esforços para confrontar e resolver um problema;
- ✓ Busca por apoio emocional: visa medir as tentativas de ganhar apoio emocional e instrumental de outras pessoas. Está relacionado a uma avaliação positiva de *coping*;
- ✓ Evitação/ Prevenção: Consiste em itens que refletem os esforços cognitivos e comportamentais para desviar a atenção de dificuldades ou lembranças da queimadura;
- ✓ Reavaliação/ Ajuste: é caracterizada quando o paciente percebe seletivamente informações positivas sobre a queimadura, os sintomas presentes e o futuro e isso pode

- levar a *coping* focalizado no problema;
- ✓ Autocontrole: definido como contendo expressões de sentimentos que mantém distância aos problemas;
 - ✓ Ações instrumentais: Definido como adaptação à situação atual através de implementação de mudanças concretas no estilo de vida, a partir da experiência de ser queimado e o engajamento em questões relacionadas a queimaduras.

Após a transcrição e organização dos dados no software, para análise dos dados, o pesquisador fez leituras prévias, baseada nos conceitos teóricos de Lazarus e Folkman identificando 27 categorias de codificação inicial. A segunda etapa foi organizar as categorias iniciais, aproximando os textos por semelhança agrupando em seis “nós”. A terceira etapa foi codificar os conceitos identificados em “nós”, usando os códigos pré-determinados.

Os participantes foram identificados pela letra P seguida de numeral sequencial (P01 a P11) para manter o sigilo e anonimato.

O projeto respeitou os preceitos éticos estabelecidos, foi submetido a Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos sob parecer nº 2.229.046 em 20 de agosto de 2017. Todos os centros envolvidos no estudo também receberam o projeto e aprovação de seus respectivos Comitês de Ética.

O relato do estudo foi norteado pelo *Check List Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 11 pessoas, sendo cinco mulheres e seis homens com idade entre 23 e 60 anos, a maioria de religião católica, solteiros, com 4 a 19 anos de estudo. Nenhum participante declarou ser etilista ou usuário de droga ilícita, apenas um (P01) faz uso de cigarro. Todos os participantes eram de nacionalidade brasileira. A seguir descrição detalhada no Quadro 11.

Quadro 11. Dados sociodemográficos dos participantes do estudo.

n°	Sexo	Idade	Religião	Situação Conjugal	Anos de estudo	Ocupação anterior	Ativo economicamente	SCQ (%)	Dias de internação	Meses acompanhamento ambulatorial	Profissionais acompanhamento ambulatorial
P01	Fem	57	Espírita	Solteiro	11	Do lar	Não	≥20	50	6	Enfermeiro e médico
P02	Masc	49	Católica	Divorciado	12	Motorista	Sim	≤20	25	1	Médico
P03	Fem	39	Católica	Solteiro	4	Do lar	Não	≥20	15	1	Enfermeiro e médico
P04	Masc	23	Católico	Solteiro	12	Agricultor	Sim	≥20	120	11	Médico
P05	Masc	39	Evangélica	Casado	7	Caminhoneiro	Sim	≥20	45	3	Médico
P06	Fem	55	Evangélica	Casado	4	Zelador	Sim	≤20	10	1	Enfermeiro e médico
P07	Masc	44	Agnóstico	Solteiro	4	Operador de máquina	Sim	≤20	1	1	Enfermeiro e médico
P08	Masc	36	Evangélico	Divorciado	12	Motorista	Não	≥20	105	12	Enfermeiro, médico e fisioterapeuta
P09	Fem	30	Católica	Casado	11	Secretaria	Não	≤20	18	6	Enfermeiro, médico e fisioterapeuta
P10	Fem	60	Católica	Viúvo	11	Zelador	Aposentado	≥ 20	15	4	Enfermeiro e médico
P11	Masc	36	Umbanda	Solteiro	19	Vigia	Não	≤20	1	10	Enfermeiro

Fonte: Dados da pesquisa. Florianópolis, 2019.

Conforme proposto, a análise dos dados foi organizada em seis categorias, correspondentes aos domínios da CBQ: otimismo / resolução de problemas; busca por apoio emocional; evitação / prevenção; reavaliação/ ajuste; autocontrole; ações instrumentais.

Na primeira categoria, **Otimismo/Resolução de problemas**, os participantes referem que existe um esforço para o cuidado consigo mesmo, a fim de retomar sua vida, suas atividades laborais. Ser solidário com a situação vivenciada por outras pessoas, seja devido a queimadura ou outra dificuldade, auxilia na maneira com que a pessoa que sofreu queimadura passe a procurar soluções para sua situação atual.

“Se eu me cuidasse, que nem eu vou me cuidar se Deus quiser, daqui um pouco dá uns dois meses eu já volto a trabalhar de volta. Se eu não se eu começar a teimar, daí eu me machuco, eu não posso trabalhar já. É isso que eu penso comigo.” P06

“Então, no hospital tipo assim, a gente começava a chorar, daí você parava e olhava que tinha pessoas bem pior que você. Então, eu erguia a cabeça, a dor eu sentia, mas eu pensava “não eu tenho que voltar pra casa, eu tenho meus filhos”. Então, tudo o que médico recomendava eu fazia, desde o banho. Banho é triste, a dor? É, porque tinha que lavar o ferimento no vivo, no chuveiro, mas eu sempre firme ali pensando, eu vou ter que voltar pra casa, eu tenho meus filhos. E tu tem que ter fé né, um pouco a gente tem que ser firme, se tu começar a tipo ah (...), a queimadura, como uma enfermeira me falou “se tu, tipo, se afrouxar e ficar na tua ali, ela vai te desanimando e vai atacando mais né”. Toda vez que eu começava a chorar eu pensava “Não eu tenho que sair daqui eu tenho meus filhos e eu tenho que melhorar pra voltar a trabalhar né”, eu pensava assim.” P09

O sentimento de gratidão pela ajuda e cuidado recebido associado a religiosidade influenciam no otimismo, para enfrentar a situação de trauma vivenciada pelas pessoas que sofreram queimaduras.

“Eu só nunca pensei que eu ia passar por isso [choro] [pausa] Não é fácil [choro] [pausa] mas é a minha fé em Deus que me dá vontade de lutar [choro] [pausa] é isso [choro]” P01

“Minha vida é essa, mas eu graças a Deus voltar na ativa de volta, trabalhar a gente tem que trabalhar então só peço a Deus que me cure bem

e a quem me atendeu também de saúde para atender mais pessoas não só eu né, então, copinho para falar isto obrigado.” P02

A **busca por apoio emocional** é percebida pela avaliação positiva de *coping*, isto é, pelo apoio reconhecido pela pessoa que sofre queimadura em relação ao cuidado físico e emocional dos profissionais da saúde, da família e amigos. Além do cuidado físico, o apoio emocional dos profissionais da saúde é destaque nas falas dos participantes e enfatizado no cuidado nos aspectos emocionais.

“Agradeço ao médico aqui, que me deram atenção muito boa, fui bem tratado desde a hora que eu cheguei, aqui no hospital só tenho a agradecer, então, minhas palavras são essas. Só quero... Até me emociono [choro]” P02

“Então, assim, oh, então, eu acho que na minha situação de queimado, naquela época, onde eu via o fim da minha vida, eu acho que eu precisava de alguém... acho que todo mundo precisa de alguém que sente do teu lado e discute, e por que não um profissional da saúde te atender? Por que não um profissional tentar te entender? Por mais que não seja um familiar, por mais que seja um estranho. Porque precisa, tu não sabes como... como tu vais ficar.” P08

“Porque não tem como tu atender mecanicamente uma situação como essa, e não tem como tu se recuperar de uma forma assim, de uma forma relativamente grande, necessária, se não tiver esse acompanhamento, se não tiver esse calor humano, se não tiver esse carinho, eu tive esse carinho, tive por uma médica, tive por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem na UTI, começou no meu coma, ela chegou no meu ouvido quando eu tava em coma e me disse umas palavras que eu me lembro, é a única coisa que eu me lembro. Ela disse assim: “ei eu vim aqui porque Deus mandou eu vir aqui cuidar de ti, tá?” E até quando eu saí do coma, até na véspera da minha alta da UTI, ela era minha médica e na verdade ela era só a técnica de enfermagem” P08

“O técnico que fazia o curativo pra mim, [...]me tratavam muito bem e tinham muito carinho em tudo. Tudo que eu precisava, elas me davam, e não precisava correr atrás de nada, então, eu tive bastante apoio delas e do rapaz ali também” P11

A importância da rede familiar é sem dúvida a mais enfatizada pelas pessoas que sofreram queimaduras. Esse apoio se manifestou de diferentes formas, através de redes sociais e gestos de carinhos e atenção, cuidado com as feridas e limitações experienciadas.

“Eu fico tranquila, eu tenho muita ajuda, tenho muito apoio do meu esposo, do meu filho, de pessoas que estão do meu lado [...] então, eu agradeço a Deus por com todas, às vezes, a dificuldade que a gente enfrenta de ter uma vida assim tranquila. E quando acontece isso com alguém que necessita sair da casa e trabalhar? É muito mais difícil, né? Porque a gente sente na carne. E quem precisa, tem que ir sentindo isso, mas tem que ir. E eu estou me recuperando, eu tenho oportunidade de tá ali sossegada dentro da minha casa e isso que me dá força para aguentar.” P01

“Minha filha é meu maior suporte, a gente fica fora de si mesmo por causa da queimadura [...] Considero minha família por estar tudo perto de mim. Todos juntos comigo, seguiram o processo inteiro junto comigo que eu aguentei. Pousavam junto comigo, ficavam junto comigo dia e noite.” P03

“Minha mulher me ajudou. bem dizer no processo inteiro de recuperação. É companheirismo né?... [...] um tem que ajudar o outro né? Que nem ela, ela tem 17 anos, pra idade dela, ela foi... Nossa! Uma guerreira para mim, uma guerreira, ela que cuidou tudo lá, tudo.” P04

Em certas situações, especialmente as mais graves, o apoio emocional de familiares próximos, tais como, os pais, filhos e esposo, faz com o paciente tenha o *start* inicial para desenvolver estratégias de *coping* no processo de reabilitação. Essas manifestações ocorrem presencialmente, mas também é possível identificar que as redes sociais e mensagens por meio de aplicativos como o *WhatsApp* são muito benéficas no desenvolvimento de estratégias de *coping*.

“Meu Deus! Eu tenho uma filha de seis anos que não me viu por um ano por conta de minha cicatriz, ficou um ano sem me ver, aí quando ela me viu sabe o que ela me disse? Ela me disse assim: pai, não importa a aparência o que importa é o amor que tem por dentro. [...] Tu não entendes isso, teu cérebro não assimila por mais inteligente, ou resolvido que seja contigo mesmo, tu não entendes isso quando a queimadura é contigo, quando a tua aparência foi torrada, entende? Quando foi totalmente deformada. Tu não entendes.

Precisa ouvir de alguém.” P08

“...até cartinha eu recebi (risos) dos meus filhos, então, foi assim, quando você vê, tipo eles gravavam vídeos, me mandavam “mamãe volta logo”, não é... meu Deus! Dá até uma emoção de falar (emocionada)” P09

As relações familiares são sensíveis às situações estressoras, ocasionando inquietude, nervosismo e desentendimento para ambas as partes em certos momentos, no entanto é a partir das superações que os laços se fortalecem.

“O tempo que eu fiquei no hospital, eu aprendi que família é mais importante que tem e a presença, mais é a ajuda, porque tu depender dos outros não é fácil” P09

“É, o difícil não é por ser queimadura, mas é por onde foi, foi atrás do braço e eu sou destro e tinha que fazer com a mão esquerda. Então, muitas das vezes, eu tinha ajuda do meu pai, só que daí eu nervoso, deixo ele nervoso, e ele nervoso me deixa mais ainda, então eu chorava, eu ficava ruim, porque ficava pensando que não ia dar certo, mas até uma hora que a gente conseguiu e depois eu já estava levando bem na prática, apoiando meu braço no espelho, vendo como ia ficar e passando a faixa, a pomada, tudo.” P11

Estratégias de **Evitação e Prevenção** refletem os esforços cognitivos e comportamentais para desviar a atenção de dificuldades ou lembranças da queimadura. Essas estratégias são evidências através de ações realizadas no dia a dia, no envolvimento com o próximo, com distrações através de leituras, televisão, atividades manuais.

“Eu fico em casa assistindo uma televisão, fazendo um crochê quando eu posso porque eu mal posso ficar muito tempo sentada, porque pegou bem aqui nas nádegas né? Então, assim, eu tô sentada, eu levanto, eu ando, eu converso, eu saio um pouquinho no supermercado, sabe? essas coisas, assim que eu possa fazer rápido e, assim vai passando meu dia” P01

“Eu leio bastante, tanto no celular quanto nos livros mesmo, baixo e-book e leio, fico lendo bastante tempo” P11

“Ontem eu coloquei um feijão pra cozinhar né? Tranquilo tudo. Isso daí a gente evita né? A gente evita de mexer, mas que fazer com a mão esquerda né? Não dá para você fazer almoço, fazer a janta aí já não dá. É bom evitar de fazer com uma mão só, não tem como você fazer, mas alguma coisa se der para gente fazer, a gente faz né?” P05

“Ah, Tem que se cuida, se cuidar bastante. Porque é perigoso.” P07

As falas evidenciam que pessoas que sofrem queimadura e usam a estratégia de ajuste os fazem com o intuito de se manter ativo e voltar para o trabalho como forma de *coping*. Essas estratégias podem ser chamadas de **Reavaliação/ Ajuste**, quando o paciente percebe seletivamente informações positivas sobre a queimadura, os sintomas presentes e o futuro e isso pode levar ao *coping* focalizado no problema.

“Como tinha bancada para fora de casa, mexia com motor de moto também, mesmo daquele jeito eu ia lá, pegava minha cadeira de roda e ia lá, não deixava se abater né? Até todo mundo falava: “oh cara, como é que você não se abateu?” O que que adianta desanimar né? Depois eu tô de pé de novo, não pode desanimar.” P04

“Se eu me cuidasse, que nem eu vou me cuidar se Deus quiser, daqui um pouco dá uns dois meses eu já volto a trabalhar de volta. Se eu não, se eu começar a teimar, daí eu me machuco, eu não posso trabalhar já. É isso que eu penso comigo.” P06

As pessoas que sofreram queimaduras entendem que a maneira de olhar para a sua vida tem um novo significado e um novo contexto que precisa ser compreendido e com isso buscar uma vida mais satisfatória.

“Que eu queimei bastante a minha pele, perdi muito, eu não sinto meu tronco eu não sinto quase nada, não sinto mesmo. Pode me queimar, pode me cortar, me machucar eu não tenho sensibilidade na pele. Mas, eu acho que a tua sensibilidade com pessoas muda. Porque tu deixas de ser uma pessoa normal. Apesar de eu não ter um padrão normal.” P08

“Um queimado ele precisa aprender a entender as coisas. Porque primeiro eu me chateava, me entristecia porque as pessoas me olhavam. Depois eu passei a entender, claro que um estranho que está ali, eu pelo menos me surpreenderia com alguém assim. Mas... [...] A gente tem que buscar se conhecer pra ver o que que pode melhorar. E todo dia a gente tem que fazer essa técnica, esse cuidado com a gente mesmo pra melhorar, então o que que pode melhorar, o que que pode. Porque é realmente muito complexo, muito difícil né? Esse processo.” P08

“Eu fui me acostumando, mas como eu sou bem chato, bem ruim né? Porque muita coisa ali eu não conseguia fazer. Tinha ajuda do meu pai, mas

a gente não conseguia também, depois que eu fui me adaptando, fui levando mais, me acostumando mais.” P11

No **Autocontrole** percebeu-se que as pessoas buscam manter os sentimentos para si mesmo, sem contestar os cuidados prescritos ou as situações de dor e ainda sem contar sobre esses sentimentos e sensações para outras pessoas.

“Só tomo o remédio, penso naquilo que o médico falou: “não coça que a unha é o estrago da coisa”, então, é isso que eu faço, não coça.” P02

“A minha forma de enfrentar a dor foi só sentir ela, não tinha outro jeito, não tinha o que gritar, reclamar ia fazer o quê? Não ia mudar nada. Tudo foi enfrentado meio que interno. Tudo eu encarei meio que internamente, não teve muito como externar porque não tinha, não adiantaria, ainda pelo contrário, quando não aguentei algumas situações e externei, eu acabei né? Sofrendo represália, sofrendo crítica, sofrendo... né? Reclamação ainda. Então, eu fui vendo que ou eu resolvia em mim, comigo mesmo, ou ninguém resolvia, ou era pior.” P08

Por fim, na categoria de **Ações instrumentais**, os participantes se referem ao envolvimento com outras pessoas e a lançar orientações de cuidado e prevenção, a partir de suas experiências para evitar novas situações de queimadura. O fogo é o agente causal mais citado na prevenção de queimaduras.

“Assim, eu aconselho as pessoas (...) o álcool, né? A não fazer churrasco, eu aconselho a não (...), porque a gente viu bastante no hospital né? Casos.” P09

“A gente era muito desligado, assim, tipo assim, tem família e tudo, mas assim, é como te falei (...) ajuda, eu pra mim que ajuda, ajudar o próximo, ajudar, porque o ser humano é igual a você, a gente não é diferente de ninguém. Então, aqui no hospital eu aprendi muito que ajuda a qualquer pessoa que você encontrar é importante, como eu fiquei ali e meu esposo não pode ficar comigo, então eu precisei muito da ajuda dos outros. Hoje, eu falei que eu vou retribuir muito e tu não pode falar pros outros que tu vai feder igual os outros, que tu vai passar pela mesma dificuldade, aqui hoje tu sabe que tem gente que (...) eu pra mim (...), eu aprendi muitas coisas, mas acho que a ajuda ao próximo foi o que mais aprendi” P09

“Eu sempre digo pra minha neta, que tenho uma neta de seis anos assim, evita de ficar perto do fogão, porque criança também é um bichinho curioso né? Ainda mais quando eu tô fazendo comida, eles querem tá ali sempre perto do fogão, digo, assim, evita de ficar perto do fogão ou quando a mãe tá fazendo café, não fique perto do fogão, o fogão é perigoso. Mas, elas ficam “saracoteando” pra tudo que é canto.” P10

DISCUSSÃO

As queimaduras têm um impacto significativo na saúde mental das pessoas e estudos comprovam que quem sofreu queimadura pode se beneficiar de intervenções, fortalecendo as estratégias de *coping* (ANDREWS *et al.* 2010; BAILLIE; SELLWOOD; WISELY, 2014; BOSMANS *et al.* 2015). Essas estratégias se entrelaçam e se complementam durante todo o processo de recuperação da queimadura.

A primeira categoria é o **otimismo/ resolução de problema**, a qual diz respeito a estratégias de confronto ao problema vivenciado. Refere-se ao *coping* com esforços para atuar nas atividades relacionadas ao trabalho, uso de estratégias cognitivas na solução de problemas, perceber coisas positivas e ter boas perspectivas para o futuro (WILLEBRAND *et al.* 2001). Em nosso estudo, essas estratégias são utilizadas no cuidado consigo mesmo, buscando retomar as atividades da vida diária, o sentimento de gratidão, o cuidado recebido pelo profissional de saúde e pela família estiveram presentes nas falas das pessoas entrevistadas.

O otimismo pode ser considerado sinônimo de alegria, satisfação, animação e celebração, é a disposição, natural ou adquirida, para ver as coisas pelo lado positivo e esperar sempre uma solução favorável das situações, ainda que as mais difíceis (DIAS *et al.* 2020). Essa emoção positiva enriquece a pessoa, conferindo-lhe uma perspectiva de futuro amplo e com sentido, o passado ganha justificação e o futuro confiança (DIAS *et al.* 2020; HE *et al.* 2016).

Estudo qualitativo com o objetivo de investigar as estratégias de *coping* e o otimismo em crianças com câncer e crianças sem câncer, no Brasil, apontou que ambos os grupos se mostraram similares, com boas perspectivas sobre a vida, independente da doença, por vez, o grupo de crianças com câncer apresentaram mais estratégias de *coping* voltadas para busca de suporte, resolução de problemas (PAGUNG *et al.* 2017). Ou seja, o otimismo quando associado a uma situação difícil ou estressora como uma doença, impulsiona para estratégias de *coping* benéficas para o enfrentamento de doença.

Em nosso estudo, a religiosidade se manifestou como alavancas para impulsionar o otimismo e uma nova perspectiva da vida. O *coping* religioso atua para a construção do significado, utiliza crenças e práticas religiosas para lidar com eventos difíceis da vida (JÖNSSON; LENCASTRE, 2016; PINHO *et al.* 2017). Estudo qualitativo de abordagem fenomenológica objetivou entender o significado das marcas no corpo de sujeitos que sofreram grandes queimaduras, apreendendo de forma subjetiva a percepção de corpo, do modo de ser e viver, aponta que o apoio familiar, assim como a religião, fé e a crença na vida possibilitam a superação e aceitação, sendo de grande estímulo para o processo de reabilitação (MEDEIROS, 2020).

O **apoio emocional** é primordial no cuidado com o ser humano, referindo-se tanto para questões biológicas quanto emocionais e está relacionado as tentativas de ganhar apoio emocional e ajuda física de outras pessoas (WILLEBRAND, 2001). Os participantes do presente estudo enfocam a necessidade de cuidados voltados às emoções, destacando que o apoio emocional proveniente de todos os profissionais de saúde faz diferença no processo de recuperação.

Estudo realizado através de pesquisa on-line em larga escala com 1.034 pessoas vivendo com cicatrizes de queimadura, no Reino Unido teve o objetivo de informar e direcionar o desenvolvimento de um centro de saúde comunitário on-line para pessoas vivendo com cicatrizes. Esse estudo constatou que as principais áreas de apoio para essas pessoas são a psicologia para auxiliar na aceitação e no *coping* e a enfermagem para aconselhamento sobre feridas e encontros com outros pacientes. Os principais aspectos de impacto psicológico incluem preocupações relacionadas à aparência, ansiedade, aceitação e enfrentamento, experiência de sintomas, viabilidade da pele e sobrevivência (BREWIN; HOMER, 2018).

É evidente nas falas dos entrevistados, a importância do apoio familiar para o enfrentamento do processo de queimadura, que se apresenta tanto no apoio como suporte nos cuidados com curativos, como também no apoio emocional que se manifesta por pessoas próximas, mas também através de redes sociais, cartas, mensagens de aplicativos *WhatsApp*. Estudo ressalta que existe relação entre ansiedade, *coping* e redes sociais de familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras (AZEVEDO; CREPALDI, 2019). Tais vínculos sociais entre cuidadores, familiares e equipe de saúde são citados como fator de proteção no enfrentamento do processo de hospitalização e esses resultados podem ser utilizados para interação em programas de interações família-equipe e ainda contribuem para o acolhimento e a integralidade das práticas de assistência (AZEVEDO; CREPALDI, 2019).

O *coping* **evitativo** está relacionado aos esforços cognitivos e comportamentais para desviar a atenção de dificuldades ou lembranças da queimadura e são destaques em estudos que avaliaram *coping* em pessoas que sofreram queimaduras (ANDREWS *et al.* 2010; BAILLIE; SELLWOOD; WISELY, 2014; DAHL *et al.* 2016; YING; PERTRINI; XIN, 2013).

Podem representar aspectos opostos como uma tentativa de evitar ou abordar um problema, por exemplo, uma tentativa de evitar interações sociais e atividades sociais (WILLEBRAND *et al.* 2001), contudo pode ser benéfica a curto prazo, mas inadequada a longo prazo (MARTIN *et al.*, 2017), estando relacionada a transtornos de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão (BAILLIE; SELLWOOD; WISELY, 2014; BOSMANS *et al.* 2015; SIDELI *et al.* 2017; WIECHMAN; HOYT; PATTERSON, 2018). Pode-se afirmar que estratégias de evitação estão relacionadas a um estado emocional negativo após o trauma, baixo uso de estratégias de enfrentamento mais adaptativas e, portanto, um pior estado de saúde principalmente saúde psicossocial, a autculpa, autodistração, negação, desengajamento comportamental e uso de substâncias (DAHL *et al.*, 2016; MARTIN *et al.*, 2017).

O denominado processo de **reavaliação / ajuste** se reporta a idas e vindas com relação a sintomas presente e o futuro levando ao *coping* focalizado no problema (WILLEBRAND *et al.* 2001). Esse processo tem relação direta com sintomas de estresse pós-traumático (BAILLIE; SELLWOOD; WISELY, 2014) e pessoas com crises de dor intensa, por exemplo, tem maior dificuldade de desenvolver estratégias reavaliação / ajuste (BLEW; PATTERSON; QUESTED, 1989).

A resiliência, que diz respeito a adaptação e vulnerabilidade (BOELL, 2017) pode ser benéfica para auxiliar a pessoa que sofre queimadura a enfrentar as experiências emocionais negativas do processo de reabilitação após a alta hospitalar, possibilitando estratégias de reavaliação da experiência vivenciada, tornando o acontecimento mais adequado e equilibrado.

Estudo com o propósito de explorar o desenvolvimento de resiliência em pessoas que sofreram queimadura no processo gradativo de recuperação da saúde apontam que fatores de proteção internos incluindo esperança, sinceridade, vontade, crença e curiosidade e os fatores de proteção externo como relações mútuas que refletiam as qualidades de cuidar, apoiar, compartilhar, comprometer e intimidade são favoráveis a adaptações de novas situações (HAN *et al.* 2019).

Outro estudo que avaliou a resiliência na recuperação de pessoas que sofreram queimadura aponta que os fatores de proteção resilientes aumentam positivamente os mecanismos de *coping* adaptativos e diminuem estratégias de *coping* mal adaptativo, evitando

respostas extremas de estresse que podem resultar em transtornos mentais (ABRAMS et al, 2018). Assim, a implementação de programas de promoção da resiliência pode ajudar pessoas que sofreram queimaduras a lidar de maneira mais eficaz com a injúria (MASOOD; MASUD; MAZAHIR, 2016).

O **autocontrole** diz respeito aos esforços da pessoa em buscar o controle das emoções diante dos estímulos estressantes, através de estratégias que mantêm expressões de sentimentos para si e afasta os problemas (WILLEBRAND *et al.* 2001; SERVINO; NEIVA; CAMPOS, 2013). Na corrente pesquisa, percebe-se que o autocontrole é manifestado através dos relatos onde os participantes mantêm seus sentimentos para si, não contestando os cuidados prescritos ou as situações de dor. Estudo realizado com 80 pacientes em acompanhamento ambulatorial após queimadura objetivou identificar os sinais não verbais emitidos como forma de comunicação quando a pessoa não comunica seus sentimentos, identificando que o olhar, o tom de voz e o meneio da cabeça podem ser um complemento a comunicação (SILVA; SILVA, 2004).

A lesão por queimadura desponta complexos nuances físicos como dor e cicatrização, no entanto os aspectos emocionais e de qualidade de vida precisam ser levados em consideração, muito além da cicatrização e da alta hospitalar. Cabe aos profissionais de saúde avaliação ampla e completa com relação aos sinais e expressões que a pessoa apresenta no processo a longo prazo (JESCHKE *et al.* 2020).

A categoria de **ações instrumentais** é manifestada através da conscientização com questões de prevenção e cuidados para que outras pessoas não vivenciem tais experiências. Evidenciado em nosso estudo que a pessoa que sofreu queimadura, diante da sua experiência, busca estar mais atenta aos cuidados consigo, com familiares, amigos e pessoas próximas, além da ênfase com relação a prevenção relacionada ao agente causal, o fogo. Esse fator é relevante, pois programas de prevenção a queimadura tem maior êxito quando desenvolvidos de maneira regional e com relatos de experiências que precisam ser levados em consideração (JESCHKE *et al.* 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de sofrer uma queimadura é complexa e requer atenção de aspectos que vão além do biológico e do cuidado hospitalar. Requer um longo período no processo de reabilitação com inúmeros nuances no cuidado até o restabelecimento das atividades de vida diária e reinserção na sociedade.

Compreender o *coping* utilizado por pessoas que sofreram queimaduras auxilia na identificação de estratégias facilitadoras e dificultadoras do processo de reabilitação da queimadura. Estratégias de otimismo, busca por resolução de problemas, espiritualidade, apoio emocional, reavaliação e ajuste da situação, resiliência, autocontrole pode ser consideradas benéficas e devem ser estimuladas pelos profissionais de saúde.

As estratégias evitativas, esquiva, fuga se mostraram dificultadores no processo de reabilitação a longo prazo, estando relacionadas aos transtornos ansiosos e depressivos, falta de motivação e baixa autoestima. Para profissionais de saúde, em especial, a enfermagem que permanece por longo período no tratamento desses pacientes, a compreensão do *coping* como uma estratégia de cuidado se faz necessária para promoção de qualidade de vida e recuperação mais efetiva, ampliando as possibilidades de “tocar” verdadeiramente os pacientes.

No entanto, todos os domínios foram identificados nas falas dos participantes o que nos leva a conclusão de que o *coping*, apesar de não ter tradução literal para o português, se aplica a nossa cultura. Não entendi essa última afirmação...

REFERÊNCIAS

ABRAMS, TE et al. Resiliency in burn recovery: a qualitative analysis. *Social Work in Health Care*. v. 57, n. 9, p.774-793. 2018. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00981389.2018.1503213>. Access on: 19 jun. 2019.

ANDREWS, R. M. et al. The impact of personality and coping on the development of depressive symptoms in adult burns survivors. *Burns*, v. 36, n. 1, p. 29–37, fev. 2010.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL’AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 3, n. 2, p. 273–294, dez. 1998. AZEVÊDO, A. V. DOS S. **Ansiedade, enfrentamento e redes sociais significativas de familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras**. [s.l.] Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, 2016.

AZEVÊDO, A. V. S.; CREPALDI, M. A. Anxiety, Coping, and Significant Social Network of the Caregiver of a Child with Burns. *Temas em Psicologia*, v. 27, n. 1, p. 26–37, 1 mar. 2019.

BAILLIE, S. E.; SELLWOOD, W.; WISELY, J. A. Post-traumatic growth in adults following a burn. *Burns*, v. 40, n. 6, p. 1089–1096, set. 2014.

BARNETT, Brian S. et al. Qualitative analysis of a psychological supportive counseling group for burn survivors and families in Malawi. *Burns*, v. 43, n. 3, p. 602-607, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.09.027>

BLEW, A. F.; PATTERSON, D. R.; QUESTED, K. A. Frequency of use and rated effectiveness of cognitive and behavioural coping responses to burn pain. **Burns**, v. 15, n. 1, p. 20–22, fev. 1989.

BOELL, J. E. W. **Fatores associados à resiliência de pessoas com diabetes mellitus**. [s.l.] Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, 2017.

BOSMANS, M. W. G. et al. Coping with burns: the role of coping self-efficacy in the recovery from traumatic stress following burn injuries. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 38, n. 4, p. 642–651, 8 ago. 2015.

BRASIL, M. S. **Protocolos da atenção básica: condições crônicas não- transmissíveis: risco cardiovascular**. Brasília: [s.n.]. Disponível em:<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/13/PAB-Condies-Cr--nicas---Provis--rio.pdf>>. 2016.

BREWIN, M. P.; HOMER, S. J. The lived experience and quality of life with burn scarring—The results from a large-scale online survey. **Burns**, v. 44, n. 7, p. 1801– 1810, nov. 2018.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, n. 3B, p. 777–781, set. 2003.

CHENG, H. et al. The Role of Coping Behavior in Severely Burned Patients With Posttraumatic Stress Disorder. **The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 27, n. 3, p. 188–192, jul. 2015.

CHROUSOS, G. P. Stress and disorders of the stress system. **Nature Reviews Endocrinology**, v. 5, n. 7, p. 374–381, 2 jul. 2009.

CIMINO, S. R. et al. A Scoping Review on the Long-Term Outcomes in Persons with Adult-Acquired Burn Injuries. **Journal of Burn Care & Research**, 26 ago. 2019.

COSTA, G. O. P. DA; SILVA, J. A. DA; SANTOS, A. G. DOS. Perfil clínico e epidemiológico das queimaduras: evidências para o cuidado de enfermagem. **Ciência & Saúde**, v. 8, n. 3, p. 146, 22 jan. 2016.

DAHL, O et al. Early assessment and identification of posttraumatic stress disorder, satisfaction with appearance and coping in patients with burns. **Burns**, [S.I.] v. 42, n.8, p. 1678-85, december. 2016. Available from: [https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179\(16\)30364-3/fulltext](https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179(16)30364-3/fulltext). Access on: 25 May. 2018.

DIAS *et al.* Perspetivas sobre a felicidade. Contributos para Portugal no WHR (ONU) - Volume 2. Projects: The Role of Small and Medium Towns (SMTs) in the Development Processes. Afeto positivo e felicidade. Gabinete PROJECT@ ISBN: 978-989-33-0441-9 2020. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/339926237_Perspetivas_sobre_a_Felicidade_Contributos_para_Portugal_no_WHR_UNU_-_Volume_2

GIL, A. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, N. et al. Fatores biopsicossociais que interferem na reabilitação de vítimas de queimaduras: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 1–9, 2011.

HAN, J. et al. The Process of Developing Resilience in Patients With Burn Injuries. **Journal of Nursing Research**, v. 28, n. 1 p. e7. 2019.

HE, Fei et al. Effect of perceived social support and dispositional optimism on the depression of burn patients. *Journal of health psychology*, v. 21, n. 6, p. 1119-1125, 2016.
<https://doi.org/10.1177/1359105314546776>

HSIEH, H.-F.; SHANNON, S. E. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. **Qualitative Health Research**, v. 15, n. 9, p. 1277–1288, nov. 2005.

JESCHKE, Marc G. et al. Burn injury. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 6, n. 1, p. 1-25, 2020. Disponível em <https://www.nature.com/articles/s41572-020-0145-5>

JÖNSSON, C.; LENCASTRE, L. Trauma and religion: a psychological adaptation model based on religious coping ABSTRACT. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 17, n. 1, p. 32–38, mar. 2016.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, Appraisal, and Coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984.

MARTIN, L et al. Posttraumatic growth after burn in adults: An integrative literature review. *Burns*. v.43, p 454-70. 2017. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.09.021>
Access on: 18 may. 2019.

MASOOD, A.; MASUD, Y.; MAZAHIR, S. Gender differences in resilience and psychological distress of patients with burns. **Burns**, v. 42, n. 2, p. 300–306, mar. 2016.

MEDEIROS, Dalyane Louise de Araújo. Em carne viva: o significado a partir experiência de grandes queimados. 2020. 85f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva - Facisa) - Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020. <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/29589>

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

PAGLIARONE, A. C.; SFORCIN, J. M. Estresse: revisão sobre seus efeitos no sistema imunológico. **Biosaúde**, v. 11, n. 1, p. 57–90, 2009.

PAGUNG, L. B. et al. Estratégias de enfrentamento e otimismo de crianças com câncer e crianças sem câncer. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 9, n. 3, p. 33-46, 2017.
<http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v9i3.470>.

PINHO, C. M. et al. Religious and spiritual coping in people living with HIV/Aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 392–399, 1 abr. 2017.

ROTHMAN, D. J. et al. Coping styles and quality of life in adults with burn. *Burns*, v. 42, n. 5, p. 1105-1110, 2016.

SERVINO, S.; NEIVA, E. R.; CAMPOS, R. P. DE. Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento entre profissionais de tecnologia da informação. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 238–254, 2013.

SIDELI, L. et al. Association between coping strategies and psychological adjustment after small burn injuries. A cross-sectional study. **Clinical Neuropsychiatry**, v. 14, n. 2, p. 151–158, 2017.

SILVA, Milena Froes da; SILVA, Maria Júlia Paes da. A auto-estima e o não-verbal dos pacientes com queimaduras. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 38, n. 2, p. 206-216, 2004.

STAVROU, S. et al. Paediatric stress: from neuroendocrinology to contemporary disorders. **European Journal of Clinical Investigation**, v. 47, n. 3, p. 262–269, mar. 2017.

TONG, A; SAINSBURY, P; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. v.19, n.6: p. 349 - 57, dec. 2007. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966> . Access on: 31 dez 2020.

WHO, W. H. O. **Burns**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>>. Acesso em: 24 ago. 2018.

WIECHMAN, S.; HOYT, M. A.; PATTERSON, D. R. Using a Biopsychosocial Model to Understand Long-Term Outcomes in Persons With Burn Injuries. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 101, n. 1S, p. S55-S62, 2018.

WILLEBRAND, M. et al. Development of the coping with burns questionnaire. **Personality and Individual Differences**, v. 30, n. 6, p. 1059–1072, 19 abr. 2001.

YING, W. L.; PERTRINI, M. A.; XIN, L. L. Gender differences in the quality of life and coping patterns after discharge in patients recovering from burns in China. **Journal of Research in Nursing**, v. 18, n. 3, p. 247–262, 16 maio 2013.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo contempla o processo de adaptação transcultural do *Coping with Burns Questionnaire* (CBQ), seguindo os rigorosos passos de acordo com a literatura científica pertinente. Esse processo remete ao fechamento de um ciclo de doutoramento que não se encerra aqui e traz a oportunidade de aprofundamento e continuidade em outra pesquisa que requer aplicação em amostra maior para o processo de validação do instrumento.

Essa conclusão está fundamentada nas propriedades descritas:

A tradução realizada seguiu os passos metodológicos, com escolha exigente dos profissionais tradutores. A escolha pelo tradutor mediador com conhecimento do constructo possibilitou grande avanço no processo.

A análise realizada pelo Comitê de Juízes e pelas etapas relacionadas à análise semântica e ao pré-teste permitiram a constância das equivalências semântica-idiomática, cultural e conceitual.

A validade de conteúdo foi avaliada a partir do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), apontando um percentual de concordância de 98,3% sendo considerado satisfatório.

A confiabilidade foi considerada adequada a partir dos dados obtidos no pré-teste e analisados através coeficiente alfa de *Cronbach* (0,83).

A compreensão do *coping* por pessoas adultas brasileiras possibilitou a identificação de estratégias facilitadoras como o otimismo, espiritualidade, resolução de problemas, apoio emocional, reavaliação e ajuste da situação e estratégias evitativas, de esquiva ou fuga relacionadas a transtornos emocionais a longo prazo.

Como contribuições da pesquisa para os profissionais de saúde que trabalham com essa população, é fundamental a disponibilidade de instrumentos de medida que assegurem o que se propõe a medir. É preciso que o CBQ-Br seja aplicado para uma população maior em estudos futuros para completar o processo de validação, entretanto esse estudo realizou uma parte importante de adaptação do instrumento e de compreensão do construto para a cultura brasileira.

O uso do CBQ-Br, após sua validação, pode contribuir para identificação de pessoas que sofreram queimaduras e apresentam um processo de adaptação psicológica positivo e negativo com relação a sua condição de saúde e perspectiva de futuro. Pode auxiliar aos

profissionais de saúde a entender como as pessoas agem e sentem a situação da queimadura. A condição crônica se beneficia da sinergia do *coping* pois entendendo as estratégias usadas pela pessoa é possível compreender como constroem e lidam com suas experiências. Compreendendo o que elas fizeram no momento da alta hospitalar é possível refletir se ainda o fariam, ou se aquelas estratégias utilizadas foram importantes para a situação da queimadura.

Esse instrumento pode proporcionar aos centros de tratamento psicológico a triagem de pacientes para acompanhamento individualizado com foco na resolução de problemas, evitando o isolamento, insegurança do futuro. Acompanhamento de grupos de pessoas que sofreram queimaduras pode fortalecer as esperanças e auxiliar no preparo de um caminho mais otimista do futuro, inclusive foi destaque entre as falas de alguns participantes.

As contribuições deste trabalho para a linha de pesquisa do Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde à Pessoas em Condição Crônica - NUCRON constituído 1987, vão ao encontro do desenvolvimento de dissertação de mestrado apresentada em 1990, intitulada “Desafios e enfrentamentos: um modelo de prática da enfermagem para indivíduos em condição crônica de saúde” apresentada pela Prof. Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, possibilitando compreender conceitos interdisciplinares para o cuidado em condições crônicas.

Cada vez que avançamos o olhar para a interdisciplinaridade, o cuidado da enfermagem se beneficia da integridade de cuidar das pessoas com mais propriedade e entendimento dos acontecimentos. Esse estudo possibilita ao enfermeiro, avançar seus conhecimentos com relação a condição crônica da pessoa que sofreu queimadura e com isso aproximar o cuidado de excelência para essa população.

Toda pesquisa é realizada com desafios e tomar ciência das limitações é importante. Para esse estudo apontamos como limitantes a amostra do estudo para os aspectos qualitativos, visto que a configuração dos ambulatórios para tratamentos de queimados, no Brasil, é centralizada, o que limitou a possibilidade de número maior de participantes. Este mesmo aspecto interferiu na aplicação do instrumento em população maior para avaliação de testes de validade do instrumento.

Uma preocupação da pesquisadora está relacionada a limitação identificada na construção do CBQ que diz respeito a avaliação retrospectiva de estratégias de *coping*. Ou seja, na versão original fica incerto se a estratégia referenciada foi utilizada no momento da alta hospitalar. Para esse estudo tivemos o cuidado com o tempo após a alta hospitalar e acreditamos que essa lacuna teve diminuição de sua limitação. No entanto, há uma necessidade de estudo

prospectivo que avalie a aplicabilidade do questionário com tempo menor e compare o resultado. Essa preocupação da pesquisadora diz respeito a efetividade de intervenções com estratégias de *coping* que possam ser utilizadas para prevenção de complicações em tempo hábil.

REFERÊNCIAS

- AARONSON, N. K. *et al.* International quality of life assessment (IQOLA) project. **Qual Life Res**, [s. l], v. 1, n. 5, p. 349-51, oct. 1992. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1299467/>. Acesso em: 18 jun 2018.
- ABRAMS, T. E. *et al.* Resiliency in burn recovery: a qualitative analysis. **Soc Work Health Care**. [s. l], v. 57, n. 9, p.774-93, oct. 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00981389.2018.1503213>. Acesso em: 19 jun 2019.
- ALEXANDRE, N. M. C. *et al.* A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. **Rev Eletr Enf**, [s. l], v. 15, n. 3, p. 802-9, jul./set. 2013. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20776/15507>. Acesso em: 04 set. 2018.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-68, july 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006. Acesso em: 02 ago 2020.
- ALSCHULER, K. N. *et al.* How variability in pain and pain coping relate to pain interference during multistage ultramarathons. **Pain**, [s. l], v. 160, n. 1, p. 257-62, jan. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30204649/>. Acesso em 02 ago 2020.
- ALTAF, A.; MAQSOOD, N.; SHAH, S. R. Social support in the developing world, a useful treatment for burn patients. **Burns**, [s. l], v. 40, n. 4, p. 778-9, june 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24412404/>. Acesso em: 19 jan. 2020.
- ALVAREZ, A. B. *et al.* Imagem corporal de paraplégicos: o enfrentamento das mudanças na perspectiva de pessoas com lesão medular. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, e16125, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/16125/17872>. Acesso em: 22 dez. 2018.
- AMOYAL, N. R. *et al.* Measuring coping behavior in patients with major burn injuries: a psychometric evaluation of the BCOPE. **J Burn Care Res**, [s. l], v. 32, n. 3, p. 392-98, may./june 2011. Disponível em: <https://academic.oup.com/jbcr/article/32/3/392/4588328>. Acesso em: 22 dez. 2018.
- ANDOLHE, R. *et al.* Estresse, coping e burnout da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, Esp, p. 58-64, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000700058&script=sci_abstract. Acesso em: 22 dez. 2018.

ANDRADE, S. D.; TAKESHITA, I. M.; TORRES, L. M. Assistência de enfermagem a pessoas com queimaduras por fogo em decorrência de suicídio: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Queimaduras**, [s. l], v. 15, n. 3, p. 169-74, 2016. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/details/314/pt-BR/assistencia-de-enfermagem-a-pessoas-com-queimaduras-por-fogo-em-decorrencia-de-suicidio--revisao-integrativa-da-literatura>. Acesso em: 22 dez. 2018.

ANDREWS, R. M. *et al.* The impact of personality and coping on the development of depressive symptoms in adult burns survivors. **Burns**, [s. l], v. 36, n. 1, p. 29-37, feb. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19880256/>. Acesso em: 22 dez. 2018.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estud Psicol**, Natal, v. 3, n. 2, p. 273-94, 1998. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X1998000200006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 dez. 2018.

AZEVÊDO, A. V. S. **Ansiedade, enfrentamento e redes sociais significativas de familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras**. 2016. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

ANTONIOLLI, L. *et al.* Estratégias de *coping* da equipe de enfermagem atuante em centro de tratamento ao queimado. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 39, e2016-0073, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472018000100403&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 dez. 2018.

ANTONIOLLI, L. P. M. *et al.* Apoio social e qualidade de vida na perspectiva de pessoas que sofreram queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**, [s. l], v. 15, n. 3, p. 142-7, 2016. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/309/pt-BR/apoio-social-e-qualidade-de-vida-na-perspectiva-de-pessoas-que-sofreram-queimaduras>. Acesso em: 02 ago. 2020.

AZEVÊDO, A. V. S.; CREPALDI, M. A. Anxiety, Coping, and significant social network of the caregiver of a child with burns. **Trends Psychol**, Ribeirão Preto, v. 27, n. 1, p. 26-37, jan./mar. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-18832019000100025. Acesso em: 02 ago. 2020.

BAILLIE, S. E.; SELLWOOD, W.; WISELY, J. A. Post-traumatic growth in adults following a burn. **Burns**, [s. l], v. 40, n. 6, p. 1089-96, sept. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030541791400148X?via%3Dihub>. Acesso em: 02 ago. 2020.

BARNETT, B. S. *et al.* Qualitative analysis of a psychological supportive counseling group for burn survivors and families in Malawi. **Burns**, [s. l], v. 43, n. 3, p. 602-7, may. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305417916304077?via%3Dihub>. Acesso em: 02 ago. 2020.

BEATON, D. *et al.* Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. **Institute for Work & Health**, June 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/265000941_Recommendations_for_the_Crosscultural_Adaptation_of_the_DASH_QuickDASH_Outcome_Measures_Contributors_to_this_Document/link/53fdd6140cf22f21c2f85143/download. Acesso em: 02 ago. 2020.

BLEW, A. F.; PATTERSON, D. R.; QUESTED, K. A. Frequency of use and rated effectiveness of cognitive and behavioural coping responses to burn pain. **Burns**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 20-22, feb. 1989. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0305417989900636>. Acesso em: 02 ago. 2020.

BOELL, J. E. W. **Fatores associados à resiliência de pessoas com diabetes mellitus**. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 423-32, sept./dec. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2012000300014. Acesso em: 02 ago. 2020.

BOSMANS, M. W. G. *et al.* Assessing perceived ability to cope with trauma: a multigroup validity study of a 7-item coping self-efficacy scale. **European Journal of Psychological Assessment**, [s. l.], v. 33, n. 1, p. 55-64, 2017. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2015-28068-001.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2020.

BOSMANS, M. W. G. *et al.* Coping with burns: the role of coping self-efficacy in the recovery from traumatic stress following burn injuries. **J Behav Med**, [s. l.], v. 38, n. 4, p. 642-51, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4496529/>. Acesso em: 02 ago. 2020.

BRAS, M. *et al.* Coping with severe burns in the early stage after burn injury. **Coll Antropol**, [s. l.], v. 31, n. 1, p. 159-63, mar. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17598395/>. Acesso em: 02 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Publicada resolução 466 do CNS que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 maio 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf. Acesso em: 02 ago. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: condições crônicas não-transmissíveis risco cardiovascular** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino

e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/13/PAB-Condicionais---es-Cronicas---Provis-rio.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2020.

BRAVO, B. S. F. *et al.* Tratamento de cicatriz de queimadura com luz intensa pulsada e laser ablativo fracionado Erbium: YAG. **Rev Bras Queimaduras**, [s. l], v. 15, n. 4, p. 274-7, 2016. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/326/pt-BR/tratamento-de-cicatriz-de-queimadura-com-luz-intensa-pulsada-e-laser-ablativo-fracionado-erbium-yag>. Acesso em: 02 ago. 2020.

BREWSTER, M. P.; HOMER, S. J. The lived experience and quality of life with burn scarring—The results from a large-scale online survey. **Burns**, [s. l], v. 44, n. 7, p. 1801-10, nov. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030541791830216X?via%3Dihub>. Acesso em: 02 ago. 2020.

BRUCKI, S. M. D. *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq Neuro-Psiquiatr**, v. 61, n. 3B, São Paulo, p. 777-81, set. 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014. Acesso em: 02 ago. 2020.

BRYANT, R. Predictors of post-traumatic stress disorder following burns injury. **Burns**, [s. l], v. 22, Issue 2, p. 89-92, mar. 1996. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0305417995000992>. Acesso em: 02 ago. 2020.

CABULON, E. A. I. C. *et al.* Quality of life of individuals treated in an outpatient burn treatment centre: Application of the BSHS-R. **Burns**, [s. l], v. 41, n. 3, p. 528-35, may. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25441543/>. Acesso em: 18 dez. 2020.

CARTWRIGHT, S. *et al.* Burn survivors injured as children exhibit resilience in long-term community integration outcomes: A life impact burn recovery evaluation (LIBRE) study. **Burns**, [s. l], v. 45, n. 5, p. 1031-40, aug. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30850227/>. Acesso em: 02 ago. 2020.

CARVALHO, A. P. V.; SILVA, V.; GRANDE, A. J. Avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane. **Diagn Tratamento**, [s. l], v. 18, n. 1, p. 38-44, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2013/v18n1/a3444.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2020.

CARVER, C. S.; SCHEIER, M. F. Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. **Journal of Personality and Social Psychology**, [s. l], v. 66, n. 1, p. 184-95, 1994. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/fulltext/1994-29622-001.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2018.

CARVER, C. S. You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. **Int J Behav Med**, [s. l], v. 4, n. 1, p. 92-100, mar. 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16250744/>. Acesso em: 02 ago. 2020.

CASTRO, E. K. K. *et al.* Percepção da doença e enfrentamento em mulheres com câncer de mama. **Psicol Teor Pesqui**, Brasília, v. 32, n. 3, e32324, jul./set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v32n3/1806-3446-ptp-32-03-e32324.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018.

CHENG, H. *et al.* The role of coping behavior in severely burned patients with posttraumatic stress disorder. **J Neuropsychiatry Clin Neurosci**, [s. l], v. 27, n. 3, p. 188-92, July 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25959038/>. Acesso em: 25 maio 2018.

CHENG, W. *et al.* The epidemiology and prognosis of patients with massive burns: a multicenter study of 2483 cases. **Burns**, [s. l], v. 45, n. 3, p. 705-16, May 2019. Disponível em <https://europepmc.org/article/med/30837206>. Acesso em: 17 Jan 2021.

CHROUSOS, G. P. Stress and disorders of the stress system. **Nat Rev Endocrinol**, [s. l], v. 5, n. 7, p. 374-81, July 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19488073/>. Acesso em: 25 maio 2018.

CIMINO, S. R. *et al.* A scoping review on the long-term outcomes in persons with adult-acquired burn injuries. **J Burn Care Res**, [s. l], v. 41, n. 3, p. 472-502, May 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31504597/>. Acesso em: 25 maio 2018.

COSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM-COFEN. **Resolução Cofen nº 0564, de 2017**. Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasil: Brasília, 06 Nov. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 22 maio 2018.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, [s. l], v. 20, p. 925-36, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000300925&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 maio 2018.

COSTA, I. B. *et al.* Terapias não farmacológicas para o manejo da dor em vítima de queimaduras: uma revisão sistemática. **Revista Inspirar: movimento & saúde**, v. 19, n. 2, p. 1-20, abr./jun. 2019. Disponível em: https://www.inspirar.com.br/wp-content/uploads/2019/07/af_645.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

CRUZ, W. A. **Sistematização da Assistência de enfermagem a vítimas de queimaduras**. Anhanguera Kroton Educacional, 2017.

CUKOR, J. *et al.* The treatment of posttraumatic stress disorder and related psychosocial consequences of burn injury: a pilot study. **J Burn Care Res**, [s. l], v. 36, n. 1, p. 184-92, Jan./Feb. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25407385/>. Acesso em: 25 maio 2018.

CUNHA, L. V. T. *et al.* Atendimento inicial ao paciente queimado: avaliação do conhecimento de alunos do internato do curso de Medicina. **Rev Bras Queimaduras**, [s. l], v. 15, n. 2, p. 80-6, 2016. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/298/pt-BR/atendimento-inicial-ao-paciente-queimado--avaliacao-do-conhecimento-de-alunos-do-internato-do-curso-de-medicina>.

CUNHA, M. R. P. D.; GUIRARDELLO, E. B. Patient safety climate in health care organizations: tradução e adaptação para a cultura brasileira. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 39, e20180010, out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e20180010.pdf>. Acesso em: 25 maio 2020.

DAHL, O. *et al.* Early assessment and identification of posttraumatic stress disorder, satisfaction with appearance and coping in patients with burns. **Burns**, [s. l], v. 42, n. 8, p. 1678-85, dec. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707641/>. Acesso em: 25 maio 2018.

DANIEL, D. F. M. **Coping no processo de reabilitação em pessoas que sofreram queimaduras**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Curso de Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. 2007. Tese de Livre Docência (Professor Livre-Docente) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

DANTAS, D. N. A. **Desenvolvimento do conceito enfermagem em reabilitação para o contexto brasileiro**. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

DIAS, E. N.; RIBEIRO, J. L. O modelo de coping de folkman e lazarus: aspectos históricos e conceituais. **Rev Psicol Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 2, p. 55, maio/ago. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000200005. Acesso em: 25 maio 2020.

DIAS, J. H. **Perspetivas sobre a felicidade**. Contributos para Portugal no WHR (ONU) Vol. 2. Projects: The Role of Small and Medium Towns (SMTs) in the Development. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/339926237_Perspetivas_sobre_a_Felicidade_Contributos_para_Portugal_no_WHR_ONU_-_Volume_2. Acesso em: 25 maio 2020.

Jorge Humberto Dias (Org.) **Perspetivas sobre a Felicidade**. Contributos para Portugal no World Happiness Report (ONU) – 2º volume

DIN, S. *et al.* Rehabilitation and social adjustment of people with burns in society. **Burns**, [s. l], v. 41, n. 1, p. 106-9, feb. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417914001612?via%3Dihub>. Acesso em: 25 maio 2020.

DORTAS JUNIOR, S. D. *et al.* Adaptação transcultural e validação de questionários na área da saúde. **Braz J Allergy Immunol**, [s. l], v. 4, n. 1, p. 26-30, 2016. Disponível em: http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=750. Acesso em: 25 maio 2020.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E. **“Burns Specific Pain Anxiety Scale - BSPAS”:** **adaptação transcultural e validação preliminar**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo 2005.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; GONÇALVES, N.; ROMANOSKI, P. J. Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação - parte I. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e1600017, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000400326&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 ago. 2020.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; GONÇALVES, N.; ROMANOSKI, P. J. Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação - parte II. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 28, e20170311, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20170311.pdf. Acesso em: 25 maio 2020.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E. *et al.* Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde no primeiro ano após a queimadura. **Esc Anna Nery**, [s. l], v. 20, n. 1, p. 155-66, jan./mar. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000100155&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 ago. 2020.

ENLOW, P. T. *et al.* The role of youth coping strategies and caregiver psychopathology in predicting posttraumatic stress symptoms in pediatric burn survivors. **J Burn Care Res**, [s. l], v. 40, n. 5, p. 620-26, aug. 2019. Disponível em: <https://academic.oup.com/jbcr/article-abstract/40/5/620/5481220?redirectedFrom=fulltext> Acesso em: 25 maio 2020.

FAUERBACH, J. *et al.* Coping with the stress of a painful medical procedure. **Behav Res Ther**, [s. l], v. 40, n. 9, p. 1003-15, sept. 2002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796701000791?via%3Dihub>. Acesso em: 25 maio 2020.

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

FEGADOLLI, C. **Adaptação transcultural e validação do instrumento DISABKIDS-37 para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas: fase I**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FERRER, M. *et al.* Validity and reliability of the St George’s respiratory questionnaire after adaptation to a different language and culture: the spanish example. **Eur Respir J**, [s. l], v. 9, n. 6, p. 1160-6, june 1996. Disponível em: <https://erj.ersjournals.com/content/9/6/1160.long>. Acesso em: 06 out. 2017.

FIELD, A. **Descobrimo a Estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOLKMAN, S. Health, and coping: synthesis, commentary, and future directions. **The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping**, [s. l], p. 453, sept. 2012. Disponível em: <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780195375343.001.0001/oxfordhb-9780195375343-e-022>. Acesso em: 25 maio 2020.

FREITAS, N. O. *et al.* Comparison of the perceived stigmatization measures between the general population and burn survivors in Brazil. **Burns**, [s. l], v. 46, n. 2, p. 416-22, mar. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417919301159?via%3Dihub>. Acesso em: 05 ago. 2020.

GELLER, J. *et al.* Barriers to self-compassion in the eating disorders: The factor structure of the fear of self-compassion scale. **Eating Behaviors**, [s. l], v. 35, 101334, dec. 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015319300315>. Acesso em: 25 maio 2020.

GERVASI, L. C.; TIBOLA, J.; SCHENEIDER, I. J. C. Tendência de morbidade hospitalar por queimaduras em Santa Catarina. **Rev Bras Queimaduras**, [s. l], v. 13, n. 1, p. 31-7, 2014. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/details/183/pt-BR/tendencia-de-morbidade-hospitalar-por-queimaduras-em-santa-catarina#:~:text=Hospital%20morbidity%20trends%20due%20burns%20in%20Santa%20Catarina&text=A%20taxa%20geral%20de%20morbidade,2%3D0%2C6637>. Acesso em: 25 maio 2020.

GIL, A. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, N. **Modelo educativo com seguimento por telefone para o autocuidado para pessoas que sofreram queimaduras: ensaio clínico controlado aleatorizado**. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Interunidades de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

GONÇALVES, N. *et al.* Cultural adaptation of the 5-D itch scale and its reliability for Brazilian burn survivors. **Burns**, [s. l], v. 45, n. 3, p. 717-24, may. 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417918308404?via%3Dihub> Acesso em: 25 maio 2020.

GONÇALVES, N. *et al.* Fatores biopsicossociais que interferem na reabilitação de vítimas de queimaduras: revisão integrativa da literatura. **Rev Latino-Am Enfermagem**, [s. l], v. 19, n. 3, p. 1-9, maio/jun. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_23.pdf. Acesso em: 25 maio 2020.

GONÇALVES, N. *et al.* A randomized controlled trial of an educational programme with telephone reinforcement to improve perceived health status of Brazilian burn victims at 6-month post discharge. **J Adv Nurs**, [s. l], v. 72, n. 10, p. 2508-23, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.13003>. Acesso em: 05 ago. 2020.

GOUVÊA, P. D. P. *et al.* Assistência de enfermagem ao paciente com grandes queimaduras em um hospital público no interior sul da Amazônia ocidental. **Revista Eletrônica Acervo**

Saúde, [s. l], n. 47, e2797, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2797>. Acesso em: 25 maio 2020.

GREENGLASS, E. R. *et al.* Positive coping and mastery in a rehabilitation setting. **Int J Rehabil Res**, [s. l], v. 28, n. 4, p. 331-9, dec. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16319558/>. Acesso em: 25 maio 2020.

GUEDES NETO, M. *et al.* Adaptação e validação de instrumento de medida de competências interculturais para estudantes universitário Brasileiros. **REGE Revista de Gestão**, [s. l], v. 23, p. 20-30, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rege/article/view/121061/118054>. Acesso em: 25 maio 2020.

HAN, J. *et al.* The process of developing resilience in patients with burn injuries. **J Nurs Res**, [s. l], v. 28, n. 1, e7, feb. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31464795/>. Acesso em: 25 maio 2020.

HE, F. *et al.* Effect of perceived social support and dispositional optimism on the depression of burn patients. **Journal of Health Psychology**, [s. l], v. 21, n. 6, p. 1119-25, 2016. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1359105314546776>. Acesso em: 25 maio 2020.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. 'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. **Qual Life Res**, [s. l], v. 6, n. 3, p. 237-47, apr. 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9226981/>. Acesso em: 18 jan. 2019.

HONNEGOWDA, T. M. *et al.* Epidemiological study of burn patients hospitalised at a burns centre, Manipal. **Int Wound J**, [s. l], v. 16, n. 1, p. 79-83, june 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/iwj.12995>. Acesso em: 21 fev. 2019.

HSIEH, H.-F.; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qualitative Health Research**, [s. l], v. 15, n. 9, p. 1277-88, nov. 2005. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049732305276687>. Acesso em: 25 maio 2020.

HUNT, S. M. *et al.* Cross-cultural adaptation of health measures. **Health Policy**, [s. l], v. 19, Issue 1, p. 33-44, sept. 1991. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0168851091900726?via%3Dihub>. Acesso em: 25 maio 2020.

IDREES, S.; FAIZE, F. A.; AKHTAR, M. Psychological reactions, social support, and coping styles in pakistani female burn survivors. **J Burn Care Res**, [s. l], v. 38, n. 6, e934-e943, nov./dec. 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/jbcr/article-abstract/38/6/e934/4774013?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 25 maio 2020.

INSTITUTO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Reabilitação em sistemas de saúde**. Genebra. 2017. Licença: CC BY-NC-SA 4.0. Disponível em: <https://www.who.int/rehabilitation/Reabilitacao-em-Sistemas-de-Saude-Completo.pdf?ua=1>. Acesso em: 18 mar. 2019.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR BURN INJURY. ISBI. ISBI Practice Guidelines for Burn Care. **Burns**, [s. l], v. 42, n. 5, p. 953-1021, aug. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417916301449?via%3Dihub>. Acesso em: 25 maio 2020.

JESCHKE, M. G. *et al.* Burn injury. **Nat Rev Dis Primers**, [s. l], v. 6, n. 1, p. 1-25, 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7224101/pdf/41572_2020_Article_145.pdf. Acesso em: 25 maio 2020.

JING, H. A. N. *et al.* The process of developing resilience in patients with burn injuries. **J Nurs Res**, [s. l], v. 28, n. 1, e71, feb. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31464795/>. Acesso em: 19 out. 2020.

JÖNSSON, C.; LENCASTRE, L. Trauma e religião: um modelo de adaptação psicológica baseado no coping religioso. **Psicologia, Saúde & Doenças**, [s. l], v. 17, n. 1, p. 32-8, 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1645-00862016000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 out. 2020.

KHADEM-REZAIYAN, M. *et al.* Epidemiology of severe burns in North-East of Iran: how is the burn size different in a developing country from developed ones? **Burns Open**, [s. l], v. 4, Issue 1, p. 4-9, jan. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468912219300781>. Acesso em: 18 dec. 2020.

KILDAL, M. *et al.* Coping strategies, injury characteristics and long-term outcome after burn injury. **Injury**, [s. l], v. 36, n. 4, p. 511-18, apr. 2005. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020138304002426?via%3Dihub>. Acesso em: 19 out. 2020.

KILDAL, M. **Perceived physical and psychological outcome after severe burn injury**. Uppsala University, Sweden, 2003. Disponível em: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:162606/FULLTEXT01.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

KISHAWI, D.; WOZNIAK, A. W.; MOSIER, M. J. TBSA and length of stay impact quality of life following burn injury. **Burns**, [s. l], v. 46, Issue 3, p. 616-20, may. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417918309112>. Acesso em: 02 ago. 2020.

KURIAN, S. *et al.* Psychological evaluation of adult burn survivors: a pilot study. **Int Surg J**, [s. l], v. 6, n. 12, p. 4428434, dec. 2019. Disponível em: <https://www.ijurgery.com/index.php/ij/article/view/5235/3405>. Acesso em: 19 out. 2020.

LAAL, M.; ALIRAMAIE, N. Nursing and Coping with Stress. **International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health**, [s. l], v. 2, n. 5, p. 168-81, may. 2010. Disponível em: <https://www.iomcworld.org/articles/nursing-and-coping-with-stress.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

LAWRENCE, J. W.; FAUERBACH, J. A. Personality, coping, chronic stress, social support and PTSD symptoms among adult burn survivors. **J Burn Care Rehabil**, [s. l], v. 24, n. 1, p. 63-72, jan./feb. 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12543997/>. Acesso em: 19 out. 2020.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, Appraisal, and Coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984.

LEONARDI, D. F.; LAPORTE, G. A.; TOSTES, F. M. Amputação de membro por queimadura elétrica de alta voltagem. **Rev Bras Queimaduras**, [s. l], v. 10, n. 1, p. 27-29, 2011. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/details/60/pt-BR/amputacao-de-membro-por-queimadura-eletrica-de-alta-voltagem> Acesso em: 19 out. 2020.

LI, L. *et al.* Coping profiles differentiate psychological adjustment in Chinese women newly diagnosed with breast cancer. **Integr Cancer Ther**, [s. l], v. 16, n. 2, p. 196-204, june 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5739123/>. Acesso em: 19 out. 2020.

LIMA, M. G. *et al.* Análise do perfil dos casos de queimaduras em Sergipe nos anos de 2013-2018. **Braz J Hea Rev**, Curitiba, v. 2, n. 3, p. 1555-61, mar./apr. 2019. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1388>. Acesso em: 02 ago. 2020.

LITCHFIELD, I. *et al.* The role of self-management in burns aftercare: a qualitative research study. **Burns**, [s. l], v. 45, n. 4, p. 825-34, june 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417918309720?via%3Dihub>. Acesso em: 02 ago. 2020.

LOW, J. F. A. *et al.* Chronic nightmares after severe burns: risk factors and implications for treatment. **J Burn Care Rehabil**, [s. l], v. 24, n. 4, p. 260-7, july/aug. 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14501428/>. Acesso em: 19 out. 2020.

MANDIÜ, K.; PAVLOVIÜ, K. Resilience in health and illness. **Psychiatr Danub**, [s. l], v. 32, Suppl 2, p. 226-32, sept. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32970640/#:~:text=Resilience%20is%20a%20positive%20adaptation,avoid%20occurrence%20of%20significant%20dysfunctions>. Acesso em: 14 mar. 2021.

MARTIN, L. *et al.* Posttraumatic growth after burn in adults: an integrative literature review. **Burns**, [s. l], v. 43, Issue 3, p. 459-70, may. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417916303977?via%3Dihub>. Acesso em: 18 maio 2019.

MASOOD, A.; MASUD, Y.; MAZAHIR, S. Gender differences in resilience and psychological distress of patients with burns. **Burns**, [s. l], v. 42, n. 2, p. 300-06, mar. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417915003150?via%3Dihub>. Acesso em: 19 out. 2020.

MEDEIROS, D. L. A. **Em carne viva: o significado a partir experiência de grandes queimados**. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020.

MOKKINK, L. B. *et al.* The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. **J Clin Epidemiol**, [s. l.], v. 63, n. 7, p. 737-45, July 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435610000909?via%3Dihub>. Acesso em: 16 nov. 2018.

MOKKINK, L. B. *et al.* **COSMIN checklist manual**. COSMIN manual Jan, 2012. Disponível em: https://fac.ksu.edu.sa/sites/default/files/cosmin_checklist_manual_v9.pdf. Acesso em 23 abr. 2018.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOLA, R. *et al.* Características e complicações associadas às queimaduras de pacientes em unidade de queimados. **Rev Bras Queimaduras**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 8-13, 2018. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/411/pt-BR/caracteristicas-e-complicacoes-associadas-as-queimaduras-de-pacientes-em-unidade-de-queimados>. Acesso em: 19 out. 2020.

MORAES, F. *et al.* Coping strategies used by nursing professionals in neonatal intensive care. **REME Rev Min Enferm**, [s. l.], v. 20, e966, 2016. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e966_en.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

MORAES, L. P. *et al.* Apoio social e qualidade de vida na perspectiva de pessoas que sofreram queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 142-7, 2016a. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/309/pt-BR/apoio-social-e-qualidade-de-vida-na-perspectiva-de-pessoas-que-sofreram-queimaduras>. Acesso em: 19 out. 2020.

MORAES, S. R. P.; MARCOLAN, J. F. Perfil epidemiológico e autoestima de pacientes queimados Hospital de referência. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [s. l.], v. 90, n. 28, out./dez. 2019. Disponível em <http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/474>. Acesso em: 19 out. 2020

MUTHNY, F. A. Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). **Weinheim: Beltz**, 1989. Disponível em https://diabetes-psychologie.de/downloads/Beschreibung_FKV.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

NASCIMENTO, D. K. L.; BARROS, A. C.; VIEIRA, H. W. D. Atuação da enfermagem no atendimento as urgências e emergências de pacientes vítimas de queimadura: uma análise conceitual. **REAEnf/EJNC**, [s. l.], v. 1, p. e2122-e2122, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/2122/937>. Acesso em: 10 dez. 2020.

- NI, C. *et al.* Chinese female nursing students' coping strategies, self-esteem and related factors in different years of school. **Journal of Nursing Education and Practice**, [s. l], v. 2, n. 4, p. 33-41, nov. 2012. Disponível em: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/843/738>. Acesso em: 19 out. 2020.
- NISHI, P. K.; COSTA, E. C. N. F. Cuidados de enfermagem à pacientes vítimas de queimaduras: identificação e características clínicas. **Revista UNINGÁ**, Maringá, v. 36, p. 181-92, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1095/720>. Acesso em: 19 out. 2020.
- NOBLE, J.; GOMEZ, M.; FISH, J. S. Quality of life and return to work following electrical burns. **Burns**, [s. l], v. 32, n. 2, p. 159-64, mar. 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030541790500255X?via%3Dihub>. Acesso em: 19 out. 2020.
- OLIVEIRA, A. F.; FERREIRA, L. M. Procedures in the care of hand burns in the acute phase. **Rev Bras Cir Plást**, [s. l], v. 32, n. 2, p. 245-51, 2017. Disponível em: <http://www.rbcp.org.br/details/1844/procedures-in-the-care-of-hand-burns-in-the-acute-phase>. Acesso em: 19 out. 2020.
- OLIVEIRA, T. S.; MOREIRA, K. F. A.; GONÇALVES, T. A. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. **Rev Bras Queimaduras**, [s. l], v. 11, n. 1, p. 31-7, 2012. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/97/pt-BR>. Acesso em: 19 out. 2020.
- PAGLIARONE, A. C.; SFORCIN, J. M. Estresse: revisão sobre seus efeitos no sistema imunológico. **Biosaúde**, Londrina, v. 11, n. 1, p. 57-90, jan./jun. 2009. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/biosaude/article/view/24304/17878>. Acesso em: 19 out. 2020.
- PAGUNG, L. B. *et al.* Estratégias de enfrentamento e otimismo de crianças com câncer e crianças sem câncer. **Rev Psicol Saúde**, Campo Grande, v. 9, n. 3, p. 33-46, dez. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v9n3/v9n3a03.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.
- PALLUA, N.; KÜNSEBECK, H. .; NOAH, E. Psychosocial adjustments 5 years after burn injury. **Burns**, [s. l], v. 29, n. 2, p. 143-52, mar. 2003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417902002383?via%3Dihub>. Acesso em: 19 out. 2020.
- PALMIERI, T. L. *et al.* Measuring burn injury outcomes. **Surg Clin North Ama**, [s. l], v. 94, n. 4, p. 909-16, aug. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039610914000735?via%3Dihub>. Acesso em: 19 out. 2020.
- PASQUALI, L. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. *In*: PASQUALI, L. (Ed.). **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida – LabPAM, 1999. p. 37-71.

PASQUALI, L. *Psicometria*. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, Esp, p. 992-99, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2017.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

PATTERSON, D. R.; TININENKO, J.; PTACEK, J. T. Pain during burn hospitalization predicts long-term outcome. **J Burn Care Res**, [s. l], v. 27, n. 5, p. 719-26, sept./oct. 2006. Disponível em: <https://academic.oup.com/jbcr/article-abstract/27/5/719/4605475?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 19 out. 2020.

PECHARA, B. B. **O paciente queimado: um panorama e perspectivas terapêuticas**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina, Centro Universitário UNIFACIG, Manhuaçu, 2019.

PECK, M. D.; JESCHKE, M. G.; COLLINS, K. A. Epidemiology of burn injuries globally. **Burns**, [s. l], v. 37, n. 7, p. 1087-1274, 2011. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-of-burn-injuries-globally>. Acesso em: 02 ago. 2020.

PEREIRA, T. B.; RODRIGUES BRANCO, V. L. As estratégias de coping na promoção à saúde mental de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 24-31, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v8n1/v8n1a04.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

PREHOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT. PHTLS. **Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado**. Comitê de Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado. National Association of Emergency Medical Technicians. Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. 8. ed. 2017.

PINHO, C. M. *et al.* Coping religioso e espiritual em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 410-7, mar./abr. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0392.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D.F.; YANG, F. M. **Measurement and the measurement of change**. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2016.

PORTER, C. *et al.* The metabolic stress response to burn trauma: current understanding and therapies. **Lancet**, [s. l], v. 388, n. 10052, p. 1417-26, oct. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673616314696?via%3Dihub> Acesso em: 19 out. 2020.

PTACEK, J. T. *et al.* Pain, coping, and adjustment in patients with burns: Preliminary findings from a prospective study. **J Pain Symptom Manage**, [s. l], v. 10, n. 6, p. 446-55,

aug. 1995. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/088539249500083B?via%3Dihub>.

Acesso em: 19 out. 2020.

QTAIT, M. T.; ALEKEL, K. Prevalence and epidemiological of burns in hebron, Palestine.

Sch J Appl Sci Res, [s. l], v. 2, n. 4, p. 06-10, 2019. Disponível em:

<https://www.innovationinfo.org/articles/SJASR/SJASR-4-224.pdf>. Acesso em: 02 ago 2020.

RAMOS, F. P.; ENUMO, S. R. F.; PAULA, K. M. P. Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. **Estudos de Psicologia I**, Campinas, v. 32, n. 2, p. 269-79, abr./jun. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v32n2/0103-166X-estpsi-32-02-00269.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

REN, Z. *et al.* Qualitative research investigating the mental health care service gap in Chinese burn injury patients. **BMC Health Serv Res**, [s. l], v. 18, n. 1, p. 902, nov. 2018. Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6263539/pdf/12913_2018_Article_3724.pdf.

Acesso em: 19 out. 2020.

RICE, V.; LIU, B. Personal resilience and coping with implications for work. Part I: a review. **Work**, [s. l], v. 54, n. 2, p. 325-33, may. 2016. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27232059/>. Acesso em: 14 mar. 2021.

RIBEIRO, J. P.; RODRIGUES, A. P. Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. **Psic, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 5, n. 1, p. 3-15, jul. 2004.

Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v5n1/v5n1a01.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

RODRIGUES, L. A. *et al.* O profissional de saúde na unidade de tratamento de queimados: atenção e cuidado com os aspectos psicológicos dos pacientes. **Rev Bras Queimaduras**, [s. l], v. 18, n. 1, p. 16-22, 2019. Disponível em:

<http://www.rbqueimaduras.com.br/details/454/pt-BR/o-profissional-de-saude-na-unidade-de-tratamento-de-queimados--atencao-e-cuidado-com-os-aspectos-psicologicos-dos-pacientes>.

Acesso em: 18 ago. 2020.

ROMEIRO, V. *et al.* DISABKIDS® no Brasil: avanços e perspectivas futuras na produção do conhecimento científico. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3257, apr. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692020000100601&script=sci_abstract&tlng=pt.

Acesso em: 19 out. 2020.

ROSENBACH, C.; RENNEBERG, B. Positive change after severe burn injuries. **J Burn Care Res**, [s. l], v. 29, n. 4, p. 638-43, jul. 2008. Disponível em:

<https://academic.oup.com/jbcr/article-abstract/29/4/638/4601940?redirectedFrom=fulltext>.

Acesso em: 19 out. 2020.

ROTHMAN, D. J. *et al.* Coping styles and quality of life in adults with burn. **Burns**, [s. l], v. 42, n. 5, p. 1105-10, aug. 2016. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417916000826?via%3Dihub>.

Acesso em: 19 out. 2020.

RYBARCZYK, M. M. *et al.* Prevention of burn injuries in low- and middle-income countries: a systematic review. **Burns**, [s. l], v. 42, n. 6, p. 1183-92, sept. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417916300778?via%3Dihub>. Acesso em: 19 out. 2020.

SANTANA, L. C. B. *et al.* Conduas assistenciais no atendimento aos pacientes vítimas de queimaduras: revisão integrativa da literatura. **Res Soc Dev**, [s. l], v. 8, n. 11, e228111461, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/335394601_Conduas_assistenciais_no_atendimento_ao_sos_pacientes_vitimas_de_queimaduras_revisao_integrativa_da_literatura. Acesso em: 02 ago 2020.

SANTOS JUNIOR, R. A. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes queimados no Hospital de Urgências de Sergipe. **Rev Bras Queimaduras**, [s. l], v. 15, n. 4, p. 251-5, 2016. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/322/pt-BR/perfil-epidemiologico-dos-pacientes-queimados-no-hospital-de-urgencias-de-sergipe>. Acesso em: 19 out. 2020.

SANTOS, K. E. S. S. *et al.* Planejamento Assistencial de Enfermagem em pacientes portadores de queimaduras. *In: 19ª Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes. "Matemática para o desenvolvimento da Ciência"*, **Anais**, 2017. Universidade Tiradentes/Enfermagem/Aracaju, SE.

SÃO-JOÃO, T. M. *et al.* Adaptação cultural da versão brasileira do Godin-Shephard Leisure-Time Physical Activity Questionnaire. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 479-87, June 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000300479. Acesso em: 19 out. 2020.

SARTES, L. M. A.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. O. Advances in psychometrics: from classical test theory to item response theory. **Psicol Reflex Crit**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 241-50, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/prc/v26n2/04.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. SBP. **Queimaduras**. 2014. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/queimaduras/>. Acesso em: 10 out. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. SBQ. **Sobreviva: 350 pessoas já passaram pelo atendimento da ONG**. 2014. Disponível em: <http://sbqueimaduras.org.br/sobreviva-350-pessoas-ja-passaram-pelo-atendimento-da-ong/>. Acesso em: 10 out. 2019.

SCHAEFER, T. J.; TANNAN, S.C. Thermal Burns. *In: Stat Pearls [Internet]*. **Stat Pearls Publishing**, 2019. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430773/>. Acesso em: 02 ago 2020.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psic Teor e Pesq**, v. 17, n. 3, p. 225-34, 2001. Disponível

em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722001000300004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 out. 2020.

SERRALTA, F. B. *et al.* Equivalência semântica da versão em português da escala de experiência de quase-morte. **Psico-USF**, [s. l], v. 15, n. 1, p. 35-46, abr. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n1/05.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

SERVINO, S.; NEIVA, E. R.; CAMPOS, R. P. Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento entre profissionais de tecnologia da informação. **Gerais, Rev Interinst Psicol**, [s. l], v. 6, n. 2, p. 238-54, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a07.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

SGROI, M. I. *et al.* Fear-avoidance in recovered burn patients: association with psychological and somatic symptoms. **Journal of Health Psychology**, [s. l], v. 10, n. 4, p. 491-502, july 2005. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1359105305053410>. Acesso em: 19 out. 2020.

SIDELI, L. *et al.* Association between coping strategies and psychological adjustment after small burn injuries. A cross-sectional study. **Clinical Neuropsychiatry**, [s. l], v. 14, n. 2, p. 151-58, apr. 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/316958737_Association_between_coping_strategies_and_psychological_adjustment_after_small_burn_injuries_A_cross-sectional_study Acesso em: 19 out. 2020.

SILVA, M, F.; SILVA, M. J. P. A auto-estima e o não-verbal dos pacientes com queimaduras. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 206-16, june 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200012. Acesso em: 19 out. 2020.

SINHA, S. *et al.* Epidemiological analysis of pediatric burns in the Dominican Republic reveals a demographic profile at significant risk for electrical burns. **Burns**, [s. l], v. 45, n. 2, p. 471-78, mar. 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417918301815?via%3Dihub>. Acesso em: 19 out. 2020.

SMOLLE, C. *et al.* Recent trends in burn epidemiology worldwide: a systematic review. **Burns**, [s. l], v. 43, n. 2, p. 249-57, mar. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417916302923?via%3Dihub>. Acesso em: 02 ago. 2020.

SOUZA, G. L. *et al.* Estudo epidemiológico dos indivíduos vítimas de queimaduras no Brasil: revisão de literatura. **Anais da Mostra Acadêmica do Curso de Fisioterapia**, [s. l], v. 7, n. 1, p. 153-60, 2019. Disponível em: <http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/fisio/article/view/4313>. Acesso em: 02 ago 2020.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-59, 2017. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000300649&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 out. 2017.

SPADOTI DANTAS, R. A. *et al.* Psychometric properties of the brazilian portuguese versions of the 29-and 13-item scales of the antonovsky's sense of coherence (SOC-29 and SOC-13) evaluated in Brazilian cardiac patients. **J Clin Nurs**, [s. l], v. 23, n. 1-2, p. 156-65, jan. 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.12157>. Acesso em: 20 mar. 2018.

STAVROU, S. *et al.* Pediatric stress: from neuroendocrinology to contemporary disorders. **Eur J Clin Invest**, [s. l], v. 47, n. 3, p. 262-69, mar. 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/eci.12724>. Acesso em: 19 out. 2020.

SU, Y.; CHOW, C. PTSD, depression, and posttraumatic growth in young adult burn survivors: three-year follow-up of the 2015 Formosa fun coast water park explosion in Taiwan. **J Affect Disord**, [s. l], v. 274, p. 239-46, sept. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032719324838?via%3Dihub>. Acesso em: 19 out. 2020.

SVEEN, J.; ÖSTER, C. Alcohol consumption after severe burn: a prospective study. **Psychosomatics**, [s. l], v. 56, Issue 4, p. 390-6, july/aug. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318214000942?via%3Dihub>. Acesso em: 19 out. 2020.

TABER, K. S. The use of cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. **Research in Science Education**, v. 48, n. 6, p. 1273-96, dec. 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11165-016-9602-2>. Acesso em: 19 out. 2020.

TEDSTONE, J. E.; TARRIER, N.; FARAGHER, E. B. An investigation of the factors associated with an increased risk of psychological morbidity in burn injured patients. **Burns**, [s. l], v. 24, Issue 5, p. 407-15, aug. 1998. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417998000497>. Acesso em: 19 out. 2020.

TEIXEIRA, E. Interfaces participativas na pesquisa metodológica para as investigações em enfermagem. **Rev Enferm UFSM - REUFSM**. v. 9, e. 1, p. 1-3. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36334>. Acesso em: 12 abr. 2021.

THAKRAR, S. *et al.* Men, fire, and burns: stories of fighting, healing, and emotions. **Burns**, [s. l], v. 41, Issue 8, p. 1664-73, dec. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030541791500162X>. Acesso em:

TIRINGER, I. *et al.* Validation of the Hungarian translation of freiburg questionnaire of coping with illness—short version (FQCI). Results of the confirmatory factor analysis. **Magyar Pszichológiai Szemle**, [s. l], v. 66, n. 4, p. 631-67, 2011. Disponível em: <https://akjournals.com/view/journals/0016/66/4/article-p631.xml>. Acesso em: 19 out. 2020.

TOLEDO JÚNIOR, A.; DUCA, J. G. M. COURY, M. I. F. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do schutte self-report emotion al intelligence test. **Rev Bras Educ Med**, [s. l], v. 42, n. 4, p. 109-14, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-55022018000400109&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 out. 2020.

TONG, A; SAINSBURY, P; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, [s. l], v.19, Issue 6, p. 349 -57, dec. 2007. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966> . Acesso em: 31 dez. 2020.

VALDERAS, J. M. *et al.* Development of EMPRO: a tool for the standardized assessment of patient-reported outcome measures. **Value Health**, [s. l], v. 11, n. 4, p. 700-8, July/aug. 2008. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301510605475?via%3Dihub>. Acesso em: 14 out. 2018.

VALENTE, T. M. *et al.* Importância de um atendimento pré-hospitalar efetivo a adultos vítimas de queimaduras: uma revisão integrativa. **Rev Bras Queimaduras**, [s. l], v. 17, n. 1, p. 50-5, 2018. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/417/pt-BR/importancia-de-um-atendimento-pre-hospitalar-efetivo-a-adultos-vitimas-de-queimaduras--uma-revisao-integrativa>. Acesso em: 02 ago. 2020.

VITALIANO, P. P. *et al.* The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. **Multivariate Behavioral Research**, v. 20, n. 1, p. 3-26, 1985. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/247503135_The_Ways_of_Coping_Checklist_Revision_and_Psychometric_Properties Acesso em: 19 out. 2020.

WALLIS, H. *et al.* Emotional distress and psychosocial resources in patients recovering from severe burn injury. **J Burn Care Res**, [s. l], v. 27, n. 5, p. 734-41, sept./oct. 2006. Disponível em: <https://academic.oup.com/jbcr/article-abstract/27/5/734/4605484?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 19 out. 2020.

WANG, W. *et al.* Epidemiological investigation of elderly patients with severe burns at a major burn center in southwest China. **Med Sci Monit**, [s. l], v. 26, e918537-1-e918537-12, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6977601/>. Acesso em: ago. 2020.

WALTZ, C. F.; STRICKLAND, O. L.; LENZ, E. R. **Measurement in nursing and health research**. 5.th. New York: Springer Publishing Company, 2017.

WANG, S. *et al.* Fractional microplasma radiofrequency technology for non-hypertrophic post-burn scars in asians: a prospective study of 95 patients. **Lasers Surg Med**, [s. l], v. 49, n. 6, p. 563-69, aug. 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/lsm.22640> . Acesso em: 08 jan. 2019.

WAQAS, A. *et al.* Predictors of post-traumatic stress disorder among burn patients in Pakistan: the role of reconstructive surgery in post-burn psychosocial adjustment. **Burns**, [s. l], v. 44, n. 3, p. 620-25, may. 2018. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417917305016?via%3Dihub>. Acesso em: 20 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Burns**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>. Acesso em: 24 ago. 2018.

WIECHMAN, S.; HOYT, M. A.; PATTERSON, D. R. Using a biopsychosocial model to understand long-term outcomes in persons with burn injuries. **Arch Phys Med Rehabil**, [s. l], v. 101, n. 1S, p. 55-62, jan. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999318301382?via%3Dihub>. Acesso em: 19 out. 2020.

WILLEBRAND, M. **Coping, Personality and Cognitive Processes in Burn Injured Patients**. Uppsala University, 2003.

WILLEBRAND, M. *et al.* Development of the coping with burns questionnaire. **Personality and Individual Differences**, [s. l], v. 30, Issue 6, p. 1059-72, apr. 2001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886900000969>. Acesso em: 25 maio 2018.

WILLEBRAND, M. *et al.* Exploration of coping patterns in burned adults: cluster analysis of the coping with burns questionnaire (CBQ). **Burns**, [s. l], v. 28, n. 6, p. 549-54, sept. 2002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417902000645?via%3Dihub>. Acesso em: 19 out. 2020.

WILLEBRAND, M. **Coping, personality and cognitive processes in burn injured patients**. Acta Universitatis Upsaliensis. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine. Uppsala University, Sweden, 2003. Disponível em: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:162326/FULLTEXT01.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

WILLEBRAND, M. *et al.* Parents' perceived quality of pediatric burn care. **J Crit Care**, v. 43, p. 256-59, feb. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944117309632?via%3Dihub>. Acesso em: 19 out. 2020.

WU, C. *et al.* A longitudinal study on psychological reactions and resilience among young survivors of a burn disaster in Taiwan 2015–2018. **J Adv Nurs**, [s. l], v. 76, n. 2, p. 514-25, feb. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6973290/>. Acesso em: 20 out. 2020.

XIE, Y. Reliability and validity of the simplified coping style questionnaire. **Journal of Clinical Psychology**, Chinese, v. 6, n. 2, p. 114-15, 1998. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1999-10962-018>. Acesso em: 19 out. 2020.

YANG, Z. *et al.* Factors influencing resilience in patients with burns during rehabilitation period. **International Journal of Nursing Sciences**, [s. l], v. 1, Issue 1, p. 97-101, mar. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013214000209>.

Acesso em: 19 out. 2020.

YING, W. L.; PERTRINI, M. A.; XIN, L. L. Gender differences in the quality of life and coping patterns after discharge in patients recovering from burns in China. **Journal of Research in Nursing**, [s. l], v. 18, n. 3, p. 247-62, maio 2013. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1744987110379301>. Acesso em: 19 out. 2020.

ZHENG, Y. *et al.* Epidemiological analysis of 9,779 burn patients in China: an eight-year retrospective study at a major burn center in southwest China. **Exp Ther Med**, [s. l], v. 17, n. 4, p. 2847-54, apr. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6425287/>. Acesso em: 02 ago. 2020.

APÊNDICE A – ESTRATÉGIA DE BUSCA E BASES DE DADOS CONSULTADAS NA REVISÃO SISTEMÁTICA

PUBMED/MEDLINE (140 estudos)- ("Burn Units"[Mesh] OR "burns"[MeSH Terms] OR "burns"[Title/Abstract] OR "burn"[Title/Abstract]) AND ("adaptation, psychological"[MeSH Terms] OR "psychological adaptation" OR "psychological adaptations" OR "psychologic adaptation" OR "psychologic adaptations" OR "coping") AND ("Surveys and Questionnaires"[Mesh:NoExp] OR "Questionnaires" OR "Questionnaire" OR "Surveys" OR "Survey" OR "respondents" OR "respondent" OR "Psychometric properties" OR "Psychometric property" OR "Psychometrical properties")

CINAHL - Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (81 estudos) - (burns OR burn) AND ("adaptation, psychological" OR "psychological adaptation" OR "psychological adaptations" OR "psychologic adaptation" OR "psychologic adaptations" OR "coping") AND ("Surveys and Questionnaires" OR "Questionnaires" OR "Questionnaire" OR "Surveys" OR "Survey" OR "respondents" OR "respondent" OR "Psychometric properties" OR "Psychometric property" OR "Psychometrical properties")

SCOPUS (216 estudos) - TITLE-ABS-KEY (burns OR burn) AND TITLE-ABS-KEY ("adaptation, psychological" OR "psychological adaptation" OR "psychological adaptations" OR "psychologic adaptation" OR "psychologic adaptations" OR "coping") AND TITLE-ABS-KEY ("Surveys and Questionnaires" OR "Questionnaires" OR "Questionnaire" OR "Surveys" OR "Survey" OR "respondents" OR "respondent" OR "Psychometric properties" OR "Psychometric property" OR "Psychometrical properties")

WEB OF SCIENCE (52 estudos) (burns OR burn) AND ("adaptation, psychological" OR "psychological adaptation" OR "psychological adaptations" OR "psychologic adaptation" OR "psychologic adaptations" OR "coping") AND ("Surveys and Questionnaires" OR "Questionnaires" OR "Questionnaire" OR "Surveys" OR "Survey" OR "respondents" OR "respondent" OR "Psychometric properties" OR "Psychometric property" OR "Psychometrical properties")

Cochrane Library (08 estudos) – (burns OR burn) AND ("adaptation, psychological" OR "psychological adaptation" OR "psychological adaptations" OR "psychologic adaptation" OR "psychologic adaptations" OR "coping") AND ("Surveys and Questionnaires" OR "Questionnaires" OR "Questionnaire" OR "Surveys" OR "Survey" OR "respondents" OR "respondent" OR "Psychometric properties" OR "Psychometric property" OR "Psychometrical properties")

Psycinfo (104 estudos) - (burns OR burn) AND ("adaptation, psychological" OR "psychological adaptation" OR "psychological adaptations" OR "psychologic adaptation" OR "psychologic adaptations" OR "coping") AND ("Surveys and Questionnaires" OR "Questionnaires" OR "Questionnaire" OR "Surveys" OR "Survey" OR "respondents" OR "respondent" OR "Psychometric properties" OR "Psychometric property" OR "Psychometrical properties")

Science Direct (46 estudos) - (burns OR burn) AND ("adaptation, psychological" OR "psychological adaptation" OR "psychological adaptations" OR "psychologic adaptation" OR "psychologic adaptations" OR "coping") AND ("Surveys and Questionnaires" OR "Questionnaires") (burns OR burn) AND ("adaptation, psychological" OR "psychological adaptation" OR "psychological adaptations" OR "psychologic adaptation" OR "psychologic adaptations" OR "coping") AND ("Surveys and Questionnaires" OR "Questionnaires")

Google acadêmico – (80 estudos) - (burns OR burn) AND ("psychological adaptation" OR "psychological adaptations" OR "psychologic adaptation" OR "psychologic adaptations" OR "coping") AND ("Questionnaires" OR "Surveys" OR "Survey" OR "Psychometric properties" OR "Psychometrical properties")

LILACS e BDENF - (05 estudos) - tw:(("Unidade de queimados" OR "Burn Units" OR "Unidade de Quemados" OR "Queimaduras" OR "Burns" OR "Queimaduras" OR quemad* OR "burn" OR quemad*) AND ("adaptation, psychological" OR "Adaptação Psicologica" OR "Adaptacion Psicologica" OR "psychological adaptation" OR "psychological adaptations" OR "psychologic adaptation" OR "psychologic adaptations" OR "coping" OR "Enfrentamento" OR "Enfrentamentos" OR "Enfrentamiento" OR "Enfrentamientos") AND ("Surveys and

Questionnaires" OR "Pesquisas e Questionários" OR "Encuestas y Cuestionarios" OR "Questionnaires" OR "Questionnaire" OR "Surveys" OR "Survey" OR "respondents" OR "respondent" OR "Psychometric properties" OR "Psychometric property" OR "Psychometrical properties" OR "Psychometrical property" OR "Propiedades psicométricas" OR "Propriedade psicométrica" OR "Instrumentos de medidas" OR "Instrumento de medida" OR cuestionario* OR "Propiedades psicométricas" OR "Propiedade psicométrica" OR "Instrumentos de medición" OR "Instrumento de medición" OR cuestionario*) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS" OR "BDENF"))

APENDICE B - AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO CBQ

De: Mimmie Willebrand <mimmie.willebrand@neuro.uu.se>

Enviado: segunda-feira, 9 de novembro de 2015 11:12

Para: Maria Elena Echevarría-Guanilo

Assunto: SV: Maria Elena Echevarría Guanilo - Brazil about CBQ

Dear Maria Elena,

You are welcome to use and adapt the CBQ.

Attached you will find the scale and subscales, as well as the scoring key and original reference. Besides cultural and language translation, you might have to change from past tense to present tense, depending on your research design. In our prospective work we use a version of the CBQ in present tense.

Good luck with your research!

Best regards,
Mimmie Willebrand

Mimmie Willebrand, Professor, PhD, Lic. Psychologist
Department of Neuroscience
Uppsala University

APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao assinar este documento estou afirmando meu consentimento em participar da pesquisa intitulada “**COPING WITH BURNS QUESTIONNAIRE (CBQ): VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA**” que será coordenada pela Profa. Dra. Maria Elena Echevarría Guanilo e desenvolvido pela doutoranda Priscila Juceli Romanoski. A pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) e ao Núcleo de Estudos em Condição Crônica de Saúde (NUCRON/UFSC).

Estou ciente que fui convidado para participar de uma pesquisa que o objetivo geral é “Avaliar *coping* e fatores que podem influenciar este construto em pessoas adultas que sofreram queimaduras” e os objetivos específicos são divididos em duas fases: 1ª Fase compreende validar o *Coping with Burns Questionnaire (CBQ)* na versão brasileira e a 2ª Fase compreende avaliar *coping* e sua relação com variáveis resiliência, qualidade de vida, ansiedade, depressão, apoio social e aspectos sociodemográficos. Também estou ciente que posso ser convidado, via contato telefônico, para participar de um segundo momento da pesquisa, na qual será agendado dia e horário para entrevista por Skype, Whatsapp ou Facetime, conforme preferência e familiaridade de uso. Neste caso, estou ciente e autorizo que a entrevista será gravada por meio de gravador digital e posteriormente transcrita para fins da pesquisa.

Minha colaboração será respondendo algumas perguntas através de instrumentos/escalas sobre a injúria da queimadura ou fatores que podem influenciar de alguma maneira na minha condição de saúde. A pesquisadora irá me entrevistar respeitando minha disponibilidade e os locais de minha preferência para a condução da entrevista. Estou esclarecido de que as informações da entrevista mantêm o sigilo e anonimato. As informações dessas entrevistas somente serão utilizadas no propósito da pesquisa. O estudo está pautado na Resolução 466/2012 de acordo com o Conselho Nacional de Saúde e será respeitada a minha disponibilidade, disposição física e psicoemocional em todas as etapas de participação.

Essas informações serão somente utilizadas em publicações em livro, artigos científicos ou divulgação em eventos de caráter científico, mas sem que seu nome ou qualquer outra informação que o (a) identifique seja revelado.

Fui informado de que a pesquisa não me trará ônus e terei garantia de ressarcimento a indenização diante de eventuais danos ou custos decorrentes da mesma. Nas entrevistas podem ocorrer desconfortos e lembranças dolorosas em relação a algumas perguntas, mas estou ciente de que posso me negar a responder ou desistir a qualquer momento. Terei direito a receber assistência física, mental ou emocional se a participação no estudo provocarem alguma necessidade.

Fui também informado que a pesquisa trará como contribuição a construção de um instrumento para avaliar *coping* que diz respeito ao enfrentamento diante da injúria da queimadura. Esse instrumento poderá ajudar os profissionais da saúde e as pessoas que sofreram queimaduras no cuidado pós trauma.

Assinarei este documento, que terá duas vias, sendo que uma ficará comigo e outra ficará com a pesquisadora principal. Em caso de dúvida em relação ao estudo, antes ou durante seu desenvolvimento, ou se desistir de fazer parte dele, entrarei em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Maria Elena Echevarría Guanilo, no endereço: Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem. Campus Universitário – Trindade, Florianópolis/SC - CEP: 88.040-900, ou telefone: (48) 8845687, ou e-mail: elena_meeg@hotmail.com ou com a pesquisadora principal, Priscila Juceli Romanoski, no mesmo endereço, ou telefone: (48) 99294870, ou e-mail: priscila.romanoski@gmail.com. Ou ainda, com o pesquisador responsável da instituição ao qual meus dados estão vinculados. Neste caso os contatos são:

- Hospital Evangélico de Curitiba – HEC – Centro de Tratamento de Queimados - Curitiba/ Paraná. Pesquisadora Responsável Maristela Dal Ry Baechtold Campos. E-mail: maristelabae@bol.com.br Telefone: (41)98835-2511

- Hospital das Clinicas da Faculdade Regional de Medicina de Ribeirão Preto – HC - FMRP, da Universidade de São Paulo/ USP – Ribeirão Preto / São Paulo. Pesquisadora Responsável Adriana da Costa Gonçalves. E-mail: drianacg_18@hotmail.com Telefone: (16)3623-5019

- Hospital Universitário de Londrina – HU/UEL – Centro de Tratamento de Queimados – Londrina / Paraná. Pesquisadora Responsável Elisangela Flauzino Zampar. E-mail: elisangelaflauzino@hotmail.com Telefone: (43)3337-7580

- Hospital Municipal São José de Joinville – Centro de Tratamento de Queimados - HMSJ/ Joinville/SC. Pesquisador Responsável Ivonei Bittencourt E-mail: ivonei22@yahoo.com.br Telefone: (47)9193-7545

Destaca-se que o projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC através de Parecer N° 3.036.217, CAAE 7837817.0.0000.0121. Telefone (48) 3721-6094 - endereço: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara). Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 902, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400.

Desde já agradecemos a sua participação.

Eu _____, declaro através deste instrumento meu consentimento para participar como sujeito da pesquisa: **“COPING WITH BURNS QUESTIONNAIRE (CBQ): VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA”** e que estou ciente de seus objetivos, método, potenciais riscos, incômodos e benefícios que a pesquisa pode acarretar, bem como, do direito de desistir a qualquer momento, sem penalização alguma e/ou prejuízo no meu tratamento.

Nome _____
Assinatura _____ RG: _____

_____, ____ de _____ de 201 ____

Pesquisador responsável pela coleta de dados

Luciana Jueli Romanowski

A. Maria Botelho

Pesquisadora responsável

Pesquisadora principal

APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Instrumento adaptado de Echevarría-Guanilo (2005)

Nº entrevista _____ Entrevistador _____ Data entrevista ___/___/___

Local: (1) Joinville (2) Curitiba (3) Londrina (4) Ribeirão Preto (5) Florianópolis

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: Feminino (1) Masculino (2)

Religião: Católico (1) Evangélico (2) Espírita (3) Sem religião (4) Outra (5) _____

Situação conjugal: Solteiro (1) Casado (a) / União estável (2) Viúvo (3) Divorciado (4)

Escolaridade: Nunca estudou (1) Estudou até Ensino: Fundamental incompleto (2)

Fundamental completo (3) Médio incompleto (4) Médio completo (5) Superior incompleto (6)

Superior completo (7) Anos de estudo: _____ anos

Ocupação anterior: _____

Ativo economicamente: Não possui trabalho remunerado (1) Possui trabalho remunerado (2)

Aposentado ou pensionista (3) Não estuda (4) Estudante com bolsa de estudos (5) Estudante sem bolsa de estudos (6)

Usuário de drogas: Sim (1) Não (2) Se sim, qual: Maconha (1) Cocaína (2) Crack (3) Outra (4) _____

Etilista / bebida alcoólica: Sim (1) Não (2) Tabagista: Sim (1) Não (2)

Nacionalidade: Brasileiro (1) Outro (2) Qual procedência (se estrangeiro) _____

Endereço Rua _____ Nº _____ Complemento _____

Bairro _____ Cidade _____ Estado _____

Telefone fixo () _____ Celular () _____ () _____

WhatsApp () _____ E-mail: _____

Costuma utilizar redes social ou outras formas de comunicação: Facebook (1) Instagram (2) Messenger (3) Skype (4) Snapchat (5) Outros

2. DADOS DA INTERNAÇÃO

Data da internação: ___/___/___ Tempo do acidente em _____ meses

Tempo de internação _____ meses

Superfície Corporal Queimada (SCQ): ≤20% (1) >20% (2)

Circunstância em que aconteceu o trauma: Trabalho (1) Domicílio (2) Lazer (3) Automóvel (4) Agressão (5) Outro (6) _____

Agente Etiológico: Álcool (1) Água fervente (2) Chama direta (3) Óleo quente (4) Produto químico (5) Choque elétrico (6) Metal quente (7) Gasolina (8) Explosão de caldeira (9) Outro (10) _____

Breve história do acidente:

Complicações da doença: Infecção e sepse (1) Retração de membro (2) Respiratórios (3) Traqueostomia (4) Problemas renais ou gastrointestinais (5) Transtornos emocionais (6) Outro (7) _____

Procedimentos aos quais já foi submetido desde a ocorrência do trauma: Cirurgia reparadora (1) Enxertia (2) Outro (3) _____

3. DADOS DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Tempo de acompanhamento em _____ meses

Em uso de: Malha compressiva (1) Silicone (2) Protetor solar (3) Creme hidratante (4) Anti-histamínico (5) Outros (6) _____

Profissionais que realizam o acompanhamento no ambulatório: Enfermeiro (1) Médico (2) Fisioterapeuta (3) Nutricionista (4) Terapeuta Ocupacional (5) Outros (6)

APENDICE E – CONVITE PARA COMPOR O COMITÊ DE JUÍZES

Prezados (a) Senhor (a):

A presente proposta de doutorado, intitulado “Validação do Coping With Burns Questionnaire (CBQ) para a população brasileira que sofreu queimadura” tem como objetivo disponibilizar um instrumento de medida de avaliação de *coping* para pessoas que sofreram queimaduras.

O instrumento permitirá que diversos pesquisadores e/ou equipes de saúde possam, ao aplicá-lo, detectar precocemente alterações de formas de enfrentamento da queimadura e a sua relação como outros aspectos psicoemocionais, importantes no processo de reabilitação da pessoas que sofreu queimadura.

O CBQ é um instrumento de medida autorrelatado único e específico para avaliar *coping* em pessoas que sofreram queimaduras. Foi desenvolvido na Universidade de Uppsala/Suécia por Mimmie Willebrand e colaboradores em 2001 e está disponível no idioma inglês. O questionário é formado por 33 itens organizados em seis subescalas:

- 03 itens investigam busca por apoio emocional (itens 3, 13, 20);
- 08 itens investigam Otimismo/Resolução de problemas (itens 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11);
- 07 itens Evitação/ Prevenção (itens 6,10, 14, 15, 16, 19, 25);
- 08 itens Reavaliação/ Ajuste (itens 17, 18, 22, 23, 24, 27, 29, 30);
- 03 itens Autocontrole (12, 26, 31);
- 04 itens Ações instrumentais (21, 28, 32, 33).

Os itens são avaliados em uma escala likert de quatro pontos onde 1 pontua "não se aplica/ se aplica pouco" e 4 "sempre se aplica" (traduzido pela autora). O resultado sugere que pacientes que pontuam níveis mais baixos estão em maior risco e podem se beneficiar de técnicas para aumentar estratégias de *coping*.

Considerando seu excepcional conhecimento na temática/metodologia proposta, gostaríamos de convidá-lo (a) para compor o Comitê de Juízes com vistas a avaliar as equivalências semântica-idiomática, cultural e conceitual da versão traduzida da CBQ para a língua portuguesa do Brasil, conforme recomendação da literatura para estudos de adaptação e validação de instrumentos.

O(a) Senhor(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e não será identificado em momento algum da divulgação dos resultados deste estudo, bem como poderá recusar-se a participar deste Comitê ou desistir de sua participação, retirando seu consentimento em qualquer momento desta etapa de avaliação do instrumento.

Em anexo, encontram-se o instrumento de avaliação que irá direcioná-lo(a) nesta atividade, além de permitir o registro do resultado de suas análises e considerações.

Se concordar em participar, gostaríamos de solicitar que sua avaliação seja entregue pessoalmente ou enviada por e-mail (priscila.romanoski@gmail.com) o mais breve possível, tendo a data limite o dia **30 de julho de 2018**.

Em caso de dúvidas, solicitamos a gentileza de entrar em contato no telefone (48) 991511521 ou Whatsapp (48) 9 9929-4870 ou com a orientadora deste estudo, Profa. Dra. Maria Elena Echevarría Guanilo.

Após o encerramento da avaliação pelo Comitê de Juízes será fornecido um certificado de sua participação nesta etapa da pesquisa pelas pesquisadoras responsáveis em parceria com o Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Agradecemos por sua valiosa colaboração, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários.

Florianópolis, 01 julho de 2018.

Priscila Juceli Romanoski // Maria Elena Echevarría Guanilo

Discente e Professora Orientadora do curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC.

Eu _____ (nome do juiz) aceito o convite em participar desta pesquisa.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ /2018.

APENDICE F – VERSÃO CBQ-BR

Nº entrevista:
Iniciais do nome:

CBQ - Br

The Coping with Burns Questionnaire - Br
Versão Português Pré Final

INSTRUÇÃO

Muitas pessoas que sofreram queimaduras vivenciam vários problemas durante o tratamento e por um longo período após voltarem para casa. Este questionário contém perguntas relacionadas a tais experiências. Quando você responder às perguntas, deve pensar sobre o tempo imediatamente depois de ter recebido alta do hospital. Quais foram as situações difíceis e como você lidou com elas?

O questionário é composto de afirmativas que são exemplos de como se pode agir, pensar ou sentir em situações difíceis. Ao responder, você deve tentar avaliar o quanto usou a estratégia descrita em cada afirmativa. Existem quatro alternativas de resposta para cada afirmação. As alternativas são exibidas na parte superior de cada página. Sua tarefa é decidir qual alternativa (apenas uma) que melhor descreve você.

A seguir, um exemplo, que não faz parte do questionário:

	Não aplicável (Nem um pouco)	Até certo ponto	Bastante	Totalmente aplicável (Muito)
Quando eu me sentia incomodado, eu lia um livro ou assistia a um filme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Não aplicável (Nem um pouco)	Até certo ponto	Bastante	Totalmente aplicável (Muito)
1 Quando eu sentia dor ou tinha dificuldades, eu me concentrava em fazer algo para resolver o problema imediatamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Eu me convencia de que minha dor, minhas cicatrizes ou outros problemas aliviarão com o tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Eu tentei estar junto a outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Quando eu tinha dificuldades por causa da minha queimadura, eu dobrava meus esforços para superá-las	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Eu tentei ver o lado positivo da minha situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Eu desejei que os problemas desaparecessem ou que de alguma forma eles acabassem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Eu fiz alguns ajustes na minha rotina diária por causa das dificuldades relacionadas à queimadura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Eu não deixei que os problemas causados pela queimadura me afetassem muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Eu disse para mim mesmo que poderia superar minhas dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Eu me distraía/espaiava para lidar com meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Eu desenvolvi uma estratégia que me ajudaria a fazer o que eu quisesse, apesar da minha queimadura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Eu não expressei meus sentimentos em relação ao acidente e à queimadura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Eu procurei apoio emocional de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Não aplicável (Nem um pouco)	Até certo ponto	Bastante	Totalmente aplicável (Muito)
14 Eu pensei em como mudei como pessoa por causa do acidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Eu evitei atividades que me interessavam antes de me queimar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Eu usei bebida alcoólica, cigarro/fumo ou outras drogas para lidar com meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Eu pensei nas coisas que são realmente importantes na vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Eu olhei para o acidente ou para as minhas dificuldades de outra perspectiva para fazê-los mais suportáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Eu evitei o convívio com outras pessoas por causa da minha queimadura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Eu contei para outras pessoas sobre o acidente, o tempo no hospital ou os problemas que enfrentei após a alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Eu me envolvi em algo relacionado ao que passei, por exemplo, segurança em incêndios, questões relacionadas ao paciente queimado e coisas semelhantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Eu evitei pensar muito sobre minhas dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Eu fiz/mudei algumas coisas para me sentir melhor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Eu disse coisas para mim mesmo sobre o acidente e sobre meus problemas a fim de me sentir melhor e mais positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Eu desejei que algo inacreditável acontecesse e resolvesse meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Quando me deparei com problemas por causa da minha queimadura, mantive meus sentimentos para mim mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Não aplicável (Nem um pouco)	Até certo ponto	Bastante	Totalmente aplicável (Muito)
27 Eu mudei algo no meu estilo de vida para que eu pudesse ter uma vida satisfatória depois de tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Eu pedi conselhos e ajuda para outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Eu me mantive ativo e voltado ao trabalho para esquecer minhas dificuldades por um tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Eu fiz uso de minhas experiências do acidente e de ser queimado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Eu não deixei meus sentimentos sobre a queimadura afetarem outros aspectos da minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Para lidar com problemas devido a minha queimadura, eu elaborei e segui um plano de ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Eu procurei ajuda de alguém para conseguir mais informações sobre o acidente ou a queimadura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigado!

DADOS SOBRE A ENTREVISTA

Data entrevista ___/___/___ Entrevistador _____

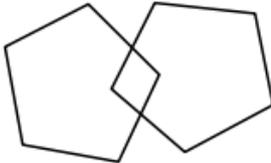
Hora do início: _____ Hora do término: _____

Tempo de preenchimento do CBQ: _____ MINUTOS

Observações:

ANEXO A – 1.1MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

(FOLSTEIN, FOLSTEIN & MCHUGH, 1975)

<p>Orientação Temporal Espacial – questão 2.a até 2.pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos. Registros – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos. Atenção e cálculo – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos. Lembrança ou memória de evocação – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos. Linguagem – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.</p>	
<p>Orientação Temporal Espacial</p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana? ____ 1 Dia do mês? ____ 1 Mês? ____ 1 Ano? ____ 1 Hora aproximada? ____ 1</p> <p>2. Onde estamos? Local? ____ 1 Instituição (casa, rua)? ____ 1 Bairro? ____ 1 Cidade? ____ 1 Estado? ____ 1</p>	<p>Linguagem</p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta. ____1</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. ____1</p>
<p>Registros</p> <p>Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Vaso, carro, tijolo. ____3</p>	<p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. ____3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS ____1</p> <p>9. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) ____1</p>
<p>3. Atenção e cálculo</p> <p>Sete seriado ($100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65$). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. ____5</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. ____1</p>
<p>4. Lembranças (memória de evocação)</p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidos na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. ____3</p>	
<p>AVALIAÇÃO do escore obtido _____</p> <p>Pontos de corte – MEEM Brucki et al. (2003) 20 pontos para analfabetos 25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo 26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos de estudo 28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo 29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo.</p>	

Avaliação em __/__/____ Avaliador: _____

ANEXO B - CBQ ORIGINAL

CBQ

The Coping with Burns Questionnaire

INSTRUCTION

Many people who have been burn injured experience several problems during the time in care and for an extended time period after they have come home. This questionnaire contains questions that are related to such experiences. When you answer the questions you should think about the time directly after you had been discharged from the hospital. Which situations were difficult and how did you manage them?

The questionnaire is made up of statements that are examples of how one might act, think or feel in difficult situations. When you answer you should try to estimate how much you used the strategy that is described in each statement. There are four response alternatives for each statement. The alternatives are displayed on the top of each page.

Your task is to decide which alternative (only one) that describes you best. First, an example that is not part of the questionnaire:

	Not at all/ Not applicable	To a certain extent	Quite a lot	A lot
When felt troubled, I read a book or watched a movie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Not at all/ Not applicable	To a certain extent	Quite a lot	A lot
1	When I was in pain or ran into difficulties I concentrated on doing something about the problem in the immediate situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	I convinced myself that my pain, my scars or other problems would be relieved in time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	I tried to be together with other people	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	When I ran into difficulties because of my burn injury, I doubled my efforts to make it work	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	I tried to see the brighter side of my situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	I wished for the problems to go away or somehow be over with	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	I adjusted something in my every day life because of the burn-related difficulties that I had	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	I did not let the problems due to the injury affect me too much	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	I told myself that I could overcome my difficulties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	I daydreamed or took a rest in order to handle my problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	I figured out a strategy that would help me do what I wanted to do, despite my burn injury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	I did not vent my feelings regarding the accident and the burn injury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	I sought emotional support from other people	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Not at all/ Not applicable	To a certain extent	Quite a lot	A lot
14 I thought about how I had changed as a person because of the accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 I avoided activities in which I had taken an interest before I was burn injured	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 I used alcohol, tobacco, or other drugs to manage my problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 I thought of the things that are really important in life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 I looked at the accident or my difficulties from another perspective to make them seem more bearable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 I avoided being with others because of my burn injury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 I told others about the accident, the time in hospital or the problems I faced after discharge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 I was engaged in something that was connected to what I had gone through, for example fire safety, patient-related issues and the like	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 I refused to think too much about my difficulties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 I did/changed some things to make myself feel better	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 I told myself things about the accident and my problems, in order to feel better and more positive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 I wished for something unbelievable to happen that would resolve my problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 When I ran into problems because of my burn, I kept my feelings to myself.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Not at all/ Not applicable	To a certain extent	Quite a lot	A lot
27	I changed something in my life style so that I could have a satisfactory life after all	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	I asked other people for advice and practical help	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	I was active and turned to work in order to forget my difficulties for a while	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	I made use of my experiences from the accident and from being burned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	I did not let my feelings about the injury affect other things in life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	In order to manage problems due to my burn, I made a plan of action and followed it	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	I turned to someone in order to get more information about the accident or the burn injury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Thank you!

ANEXO C APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: COPING WITH BURNS QUESTIONNAIRE (CBQ): VALIDAÇÃO DA VERSÃO

Pesquisador: MARIA ELENA ECHEVARRÍA GUANILO

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 67837817.0.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.036.217

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda com o seguinte teor no formulário da plataforma Brasil(PB): "A necessidade do estudo ser multicêntrico é determinante para validação de um instrumento que será usado em todo território nacional e a inclusão das instituições se justifica por serem referências no tratamento de pacientes queimados. Assim, esperando o parecer favorável agradecemos a atenção que possa ser dada para aprovação e andamento da pesquisa. Atenciosamente." Em carta da emenda a pesquisadora informa o que de fato solicita: "Pelo presente, vimos solicitar a inclusão de três instituições participantes (estudo multicêntrico), cujos centros de tratamento de queimados são considerados referência nacional e formarão parte da pesquisa, sendo estas: - Hospital Universitário Hemocentro Regional de Londrina HU/HUEL – Unidade de Queimados –Londrina /Paraná. Responsável: Elisângela Flauzino Zampar.

- Hospital das Clínicas da Faculdade Regional de Medicina de Ribeirão Preto – HC -FMRP, da Universidade de São Paulo/ USP – Ribeirão Preto / São Paulo. Responsável Adriana da Costa Gonçalves - Hospital Municipal São José de Joinville – Santa Catarina, o qual conta com autorização prévia, no entanto agora solicita-se a inclusão como instituição participante tendo como responsável Ivonei Bittencourt."

Objetivo da Pesquisa:

Já avaliados.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3724-6064 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.036.217

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já avaliados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora adicionou as cartas de aceites institucionais das três novas instituições autorizando a pesquisa nos termos da resolução 466/12.

O cronograma foi ajustado prevendo a coleta de dados dos novos participantes após aprovação na plataforma Brasil.

Os TCLEs foram ajustados para prever possíveis contatos telefônicos, entrevista por Skype ou outras modalidades via web. As assinaturas aos TCLEs serão obtidas pelos pesquisadores de cada centro, integrados ao projeto nesta emenda.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/SH/UFSC tomou ciência da emenda e recomenda sua aprovação pelo colegiado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1020257_E1.pdf	08/11/2018 00:11:50		Aceito
Outros	Autorizacao_institucional_Curitiba.pdf	08/11/2018 00:08:03	MARIA ELENA ECHEVARRIA GUANILO	Aceito
Outros	Carta_resposta_emenda01.docx	08/11/2018 00:05:09	MARIA ELENA ECHEVARRIA GUANILO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_atualizado08_11_2018.docx	07/11/2018 23:58:25	MARIA ELENA ECHEVARRIA GUANILO	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesp@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.036.217

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_atualizado.docx	07/11/2018 23:55:59	MARIA ELENA ECHEVARRIA GUANILO	Aceito
Outros	Carta_Emenda01_15_10_2018.docx	15/10/2018 18:49:58	MARIA ELENA ECHEVARRIA GUANILO	Aceito
Outros	Cronograma_reajustado_15_10_2018.docx	15/10/2018 18:48:29	MARIA ELENA ECHEVARRIA GUANILO	Aceito
Outros	EMENDA_MACROPROJETO.pdf	07/10/2018 22:43:10	MARIA ELENA ECHEVARRIA GUANILO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	28/04/2017 14:58:27	MARIA ELENA ECHEVARRIA GUANILO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_institucional.pdf	28/04/2017 14:56:45	MARIA ELENA ECHEVARRIA GUANILO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Compromisso_etico_pesquisador.docx	28/04/2017 14:56:30	MARIA ELENA ECHEVARRIA GUANILO	Aceito
Orçamento	orcamento_CEP.docx	28/04/2017 14:49:38	MARIA ELENA ECHEVARRIA GUANILO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_28_04_2017.docx	28/04/2017 14:47:09	MARIA ELENA ECHEVARRIA GUANILO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 23 de Novembro de 2018

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propenq@contato.ufsc.br