

Qualidade de vida do paciente internado em uma unidade de queimados

Quality of life of patients in a burned treatment unit

TERESINHA DE JESUS ABREU
DE SOUZA¹

Trabalho realizado na Unidade de Queimados da Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande, Campo Grande, MS, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 20/1/2010
Artigo aceito: 22/1/2011

RESUMO

Objetivos: O presente estudo abordou a Qualidade de Vida (QV) de pacientes queimados hospitalizados em uma Unidade de Queimados. O objetivo do estudo foi verificar quais domínios de QV desses pacientes estavam mais comprometidos ou preservados, durante a hospitalização. **Método:** A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética da Universidade Católica Dom Bosco - UCDB, em consoante às legislações internacional e nacional. Pelo quantitativo da amostra de 15 pacientes internados, optou-se por uma estatística descritiva-analítica, onde a amostragem representava os 100% do universo a ser estudado. O instrumento de pesquisa escolhido foi o *SF-36 - Medical Outcomes Short-form Health Survey*, por ser um questionário de avaliação genérica de saúde, de fácil administração e compreensão. **Resultados:** Os resultados apresentados apontaram os domínios aspecto físico, aspecto emocional e dor como os mais comprometidos durante a hospitalização. Por outro lado, os domínios que se apresentaram como mais preservados foram: vitalidade, saúde mental e estado geral de saúde. **Conclusão:** Verificou-se a influência preponderante da percepção individual de QV sobre as condições da realidade. Mesmo estando em condições físicas de grande dor e limitação de movimentos, os indivíduos tenderam a se mostrar otimistas, confiantes na própria recuperação e demonstrando boa percepção de padrões de QV.

Descritores: Qualidade de vida. Queimaduras. Hospitalização. Unidades de Queimados.

ABSTRACT

Introduction: The present study is an approach of the Quality of Life of burned patients hospitalized in a Burned Treatment Center. The objective of this study was to verify which the domains of Quality of Life of those patients were more committed or preserved, during the hospitalization. **Methods:** For the quantitative of the 15 interned patients, was chosen a descriptive-analytic statistics, where the sampling represented the 100% of the universe to be studied. The research instrument chosen was the *SF-36 - Medical Outcomes Short-form Health Survey*, for being a questionnaire of generic evaluation of health, with easy administration and understanding. **Results:** The results showed the domains physical aspect, emotional aspect and pain as the more committed during the hospitalization. On the other hand, the domains that came as more preserved were: vitality, mental health and general state of health. **Conclusion:** Even being in physical conditions of great pain and limitation of movements, the individuals tended showing themselves optimists, confident in their own recovery and demonstrating a good perception of patterns of Quality of Life.

Keywords: Quality of life. Burns. Hospitalization. Burn Units.

1. Mestre em Psicologia; Professora da Unidade de Queimados e Pediatria da Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande, Campo Grande, MS, Brasil.

INTRODUÇÃO

Nos últimos dez anos, atuando no atendimento pedagógico hospitalar, em uma Unidade de Tratamento de Queimados, a autora vivenciou um trabalho com pacientes queimados (crianças e adolescentes) durante a hospitalização, podendo, assim, observar a dura convivência com o tratamento físico, muitas vezes penoso e dolorido e com a realidade hospitalar, que impõe a observação do sofrimento de outros.

Durante as atividades pedagógicas complementares relacionadas ao currículo escolar (pintura, dramatização, musicalização, jogos recreativos e de raciocínio), percebeu-se a vontade do paciente adulto em também participar e observou-se que as pessoas se sentem melhor quando podem libertar-se de suas tensões por meio da expressão artística.

A intervenção profissional se deu no âmbito do atendimento pedagógico ao paciente adulto, sobretudo, para ouvir, entender e auxiliar o crescimento deste novo ser modificado, melhorando sua qualidade de vida (QV) durante a hospitalização. Esta intervenção originou a presente pesquisa de QV.

QV é considerado um dos temas mais interdisciplinares da atualidade, servindo como elo entre diversas áreas especializadas do conhecimento, como Sociologia, Medicina, Enfermagem, Psicologia, Economia, Geografia, História Social, Política, Religião e Filosofia, justificando-se a ocorrência desse fato pela amplitude do termo e diversidade de seus significados¹.

Uma das mais importantes publicações sobre o assunto foi a obra "*Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*", de 1990, que incluiu entre seus autores, profissionais da área de saúde, das mais diversas especialidades e funções. Desde então, os profissionais da área de Medicina têm relacionado a saúde do paciente com a sua QV, por meio de trabalhos em publicações científicas. A QV passou a ser avaliada na área, seja em termos individuais, de grupo ou mesmo em grandes populações².

Sob esta perspectiva, durante a última década, um dos maiores desenvolvimentos no campo da Saúde foi o reconhecimento da importância do ponto de vista do paciente em relação à sua doença, bem como à qualidade das medidas terapêuticas empregadas e o resultado do tratamento em sua vida³.

A avaliação de QV é hoje considerada parte da história clínica do paciente, sendo defendida como uma variável tão importante quanto a sobrevida ou a taxa de mortalidade, constituindo-se em um tópico de interesse para a pesquisa nas áreas médicas e psicossocial⁴.

Esta visão tem sido expressa na literatura médica em diversas ocasiões, para indicar que a melhor medida de qualidade não é o quão frequente o serviço médico possa ser oferecido ao paciente, mas sim em quanto os resultados dos tratamentos se aproximam dos objetivos fundamentais que são o de prolongar a vida, aliviar a dor, restaurar a função e prevenir a incapacidade⁵.

Os instrumentos de quantificação de QV podem ser usados para avaliar as questões de saúde e doença, amplamente definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), instruir os planejadores na área de saúde, tanto quanto às técnicas usadas para ações preventivas, como para as curativas⁶.

A OMS definiu QV englobando cinco dimensões: Saúde Física, Saúde Psicológica, Nível de Independência, Relações Sociais e Meio Ambiente. Desde que a OMS definiu a saúde como condição física, psicológica e social, alguns índices, além dos tradicionais, foram levados à análise para a consideração de uma situação ou indivíduo como saudável⁶.

A literatura sobre QV, julgada como essencialmente medicalizada, adotando uma visão bioestatística e economicista da saúde, é ressaltada como uma medicina mecanicista que visa somente à cura das doenças. O cuidado com a saúde é, sobretudo, uma relação humana, na qual o principal objetivo é o bem-estar do paciente⁷.

A importância de integrar a perspectiva do pesquisador dentro do contexto histórico da literatura multicultural⁸ é considerar que a pesquisa em QV em ambientes bastante diversos deve observar a diversidade, não se limitando às pressuposições que vêm da medicina ocidental⁸.

O conceito de QV adotado pela OMS, já explicitado, abrange as observações necessárias à pesquisa em uma Unidade de Queimados, referindo-se à saúde física do indivíduo, ao nível de independência, aos relacionamentos sociais, ao estado psicológico, às crenças pessoais e às relações com os principais aspectos do ambiente⁹.

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

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

A persistência em situações de comorbidade (doenças que acompanham a patologia principal) são fatores que frequentemente interferem na QV desses pacientes¹⁰.

Pode-se observar a dinâmica que permeia a intervenção à saúde, composta por elementos subjetivos relacionados à vida psíquica, social e cultural do indivíduo que adocece, evidenciando a natureza das suas relações estabelecidas no contexto hospitalar¹¹.

A recuperação física depende mais do que simplesmente da correta assepsia ou do adequado tratamento químico. Ela depende também, e parece que cada vez mais, da correta abordagem feita quanto aos impactos emocionais sofridos¹².

Tratamento do trauma agudo, correção das deformidades, sequelas e reabilitação são circunstâncias médicas que exigem conhecimento técnico especializado e dedicação pessoal de

grande intensidade. A visão multidisciplinar de cirurgias gerais, cirurgias plásticas, dermatologistas, clínicos, intensivistas, pediatras, anestesiológicos, hematologistas, entre outros profissionais especialistas, proporciona abordagem adequada, tendo em vista que o êxito do tratamento da queimadura demanda conhecimento das mais variadas especialidades¹³.

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

Os objetivos alcançados pela pesquisa se inserem na avaliação da QV dos pacientes internados em uma Unidade de Queimados e, especificamente, identificam quais os domínios estão mais prejudicados na população estudada e quais os mais preservados.

MÉTODOS

Foram entrevistados 15 pacientes internados na Unidade de Queimados. O número de entrevistas representou a totalidade dos pacientes internados no período.

Foram estabelecidos como critérios para a escolha da população a ser pesquisada: o fato do paciente ter condições de responder às questões formuladas e a sua concordância com a pesquisa.

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

O questionário de caracterização sociodemográfica é o instrumento que coleta informações sobre dados biográficos e de identificação, tais como: sexo, idade, escolaridade, além das informações sociais que podem estar associadas à QV, como: estado civil, profissão, renda, número de filhos, religião, tempo de internação, tipo de queimadura, motivo da queimadura e prognóstico médico sobre a recuperação.

O Questionário SF-36 é um instrumento criado com a finalidade de ser um questionário de pesquisa genérico para avaliação de saúde, de fácil administração e compreensão e a escolha do instrumento fundamentou-se na sua disponibilidade para o nosso idioma, além do fato de ser adequado para o objetivo e de já ter sido utilizado em outras pesquisas e estudos similares. Por ser um questionário genérico, seus conceitos não são específicos para uma faixa etária, doença ou grupo de tratamento, permitindo a comparação entre diferentes doenças ou entre terapias distintas¹⁴.

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

- Domínio do componente físico: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde;
- Domínio do componente mental: saúde mental, aspectos emocionais, aspectos sociais, vitalidade.

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

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

A pesquisa contou com algumas etapas, conforme descritas a seguir:

- obteve-se, junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), a Autorização para Pesquisa com Seres Humanos, conforme estabelecido pela Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e de acordo com o artigo 30 do Código de Ética da Psicologia, Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP);
- obteve-se, a seguir, a Autorização de Pesquisa, por parte da direção do Hospital, de acordo com a legislação em vigor;
- foram incluídos na previsão de entrevistas todos os 15 pacientes internados, levando-se em conta o fato desta ser a capacidade do Centro de Tratamento de Queimados onde era factível a realização da pesquisa;
- antes de cada entrevista, o paciente foi informado dos objetivos e do sigilo da pesquisa e assinava, quando concordava, uma Declaração de Consentimento Informado;
- o paciente recebia o Questionário sociodemográfico para o devido preenchimento;
- o procedimento feito com o Questionário SF-36 foi realizado também de forma orientada e individual, tendo a pesquisadora acompanhado o paciente sempre que este solicitava.

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

A forma de aplicação do SF-36, por meio de entrevistas, seguiu a recomendação expressa da validação deste inventário, para os casos em que a população a ser entrevistada possuir baixo nível socioeconômico e cultural. Nestes casos, a utilização da entrevista é a forma mais viável de se conseguir exatidão de resultados¹⁵.

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

Os resultados obtidos nos questionários SF-36 foram então transformados em escores de 0 a 100, sendo utilizado a escala tipo Likert¹⁴.

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

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

RESULTADOS

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

Comparando-se os domínios de cada um dos grupos, pelo teste de permutação, obteve-se os valores de p demonstrados na Tabela 1, sendo, portanto, observadas diferenças significativas nos Domínios do Aspecto Físico (AF) ($p=0,0171$); Estado Geral de Saúde (EGS) ($p=0,0171$); Vitalidade (V) ($p=0,0188$) e Aspecto Emocional (AE) ($p=0,0178$).

No teste de permutação realizado entre os dois grupos (> de 14 dias de internação e < de 14 dias de internação), foram encontradas as médias demonstradas na Tabela 2, para os domínios Aspecto Físico (AF), Estado Geral de Saúde (EGS) e Aspecto Emocional (AE), para cada Grupo de tempo de internação, observou-se que quanto menor o tempo de internação, melhor é o indicador de QV do paciente.

Tabela 1 – Tempo de internação vs. domínios.

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

Tabela 2 – Média por tempo de internação.

Domínio	17,85	Grupo II > 14 dias
Aspecto Físico (AF)	85,00	—
Estado Geral de Saúde (EGS)	38,00	67,00
Aspecto Emocional (AE)	65,00	12,00
Vitalidade (AF)	0,0171	74,00

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

A comparação entre as médias da Tabela 2 reforça a ideia de que, apesar de adquirir, ao longo do tempo de internação, melhor percepção de sua Vitalidade e apesar dos esforços da equipe multidisciplinar, o ambiente hospitalar age de forma a deteriorar a percepção do indivíduo em relação à sua QV, nos domínios Aspecto Físico, Aspecto Emocional e Estado Geral de Saúde.

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

Para verificar quais valores médios da Figura 1 são estatisticamente diferentes, foi realizada a comparação entre os domínios pelo teste de permutação (Tabela 3). Note-se que todos os valores de p demonstrados estão abaixo de 0,05. Portanto, ao nível de significância de 5%, observou-se diferenças estatisticamente significativas entre todos os valores médios apresentados na Figura 1.

Foram verificadas diferenças significativas ($p < 5\%$) na comparação dos domínios entre os sexos dos pacientes internados (Tabela 4). Encontraram-se diferenças significativas nos domínios Capacidade Funcional (CF); Dor e Aspecto Social (AS).

Conforme demonstra a Tabela 5, as médias obtidas pelo teste de permutação dos domínios Capacidade Funcional (CF), Dor e Aspecto Social (AS), considerando-se o sexo do paciente, possuem diferenças significativas. Os homens têm maiores médias nos domínios Capacidade Funcional e Dor, enquanto as mulheres apresentaram maior média no domínio Aspecto Social (AS).

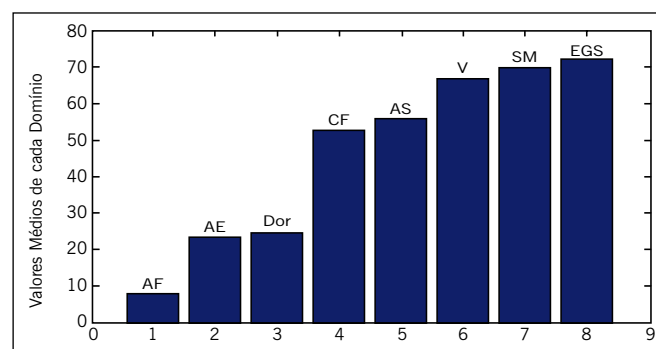


Figura 1 – Valores médios de cada domínio.

Tabela 3 – Cruzamento de domínio a domínio.

Domínios	AF	DOR	EGS	V	AS	AE	SM
Capacidade Funcional (CF)	0,0098	0,0098	0,0106	0,0103	0,0148	0,0101	0,0106
Aspecto Físico (AF)	0	0,0100	0,0098	0,0098	0,0098	0,0106	0,0098
Dor	0	0	0,0098	0,0098	0,0098	0,0153	0,0098
Estado Geral Saúde (EGS)	0	0	0	0,0125	0,0153	0,0098	0,0173
Vitalidade (VIT)	0	0	0	0	0,0118	0,0098	0,0146
Aspecto Social (AS)	0	0	0	0	0	0,0098	0,0103
Aspecto Emocional (AE)	0	0	0	0	0	0	0,0098

Tabela 4 – Comparação de domínios entre os sexos.

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

Tabela 5 – Média dos domínios entre os sexos.

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

DISCUSSÃO

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

Um dos maiores desenvolvimentos no campo da Saúde foi o reconhecimento, por parte dos profissionais da área, da importância do ponto de vista do paciente em relação à sua doença³.

Os prognósticos médicos de boa recuperação parecem influenciar a QV dos pesquisados. Em pesquisas sobre as implicações psicológicas em pacientes internados, quando se sugere que a autopercepção de bem ou mal estar parece contribuir na evolução biológica da enfermidade, podendo constituir-se em cofator terapêutico, conclui-se que o papel da Psicologia parece contribuir para melhor QV dos pacientes hospitalizados¹⁶.

A amostra pesquisada apresentou resultados significativos quanto aos domínios de QV do Instrumento SF-36. Os domínios que apresentaram menores médias foram: Aspecto Físico (AF), Aspecto Emocional (AE) e Dor. Os

resultados apresentados apontaram estes domínios como os mais comprometidos durante a hospitalização.

Estes resultados estão condizentes com os estudos apresentados com pacientes portadores da Síndrome de Stevens-Johnson, os quais, por ficarem com a acuidade visual prejudicada, apresentaram comprometimento nos aspectos físicos, emocional e dor¹⁷.

Em pesquisa com pacientes falcêmicos, parece também haver acordo com os desta pesquisa, apresentando os domínios Aspectos Físico, Capacidade Emocional e Dor como os mais comprometidos¹⁸.

Os domínios Capacidade Funcional (CF) e Aspecto Social (AS) alcançaram médias bastante próximas, ficando acima daquelas dos domínios mais comprometidos e abaixo daquelas dos domínios mais preservados. Observando-se os maiores prejuízos dos Aspectos Físico, Emocional e Dor, possivelmente eles tenham comprometido os resultados dos aspectos Funcionais e Sociais.

Estes resultados se coadunam com as evidências de que, havendo melhora física, esta aumenta a independência das atividades funcionais, diminuindo as reações psicológicas negativas, intensificando os contatos sociais¹⁹.

Estudo que avaliou pacientes com artrite reumatoide corrobora os achados desta pesquisa, ao constatar que as alterações dos aspectos físicos interferiram de modo direto nas atividades da vida diária e nas atividades sociais, envolvendo aspectos emocionais importantes, afetando de algum modo a QV desses pacientes¹⁴.

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

Entretanto, as pesquisas com portadores de anemia falciforme parecem contrariar os resultados aqui obtidos, ao verificar menores escores nos componentes mentais: Vitalidade (V) e Saúde Mental (SM), e menor média obtida para o domínio Estado Geral de Saúde (EGS)¹⁸.

Na correlação de cada domínio entre os sexos, os indivíduos do sexo masculino apresentaram maior comprometimento nos domínios Capacidade Funcional (CF) e Dor, enquanto as mulheres, no domínio Aspecto Social (AS). Em pesquisa com pacientes idosos, os resultados obtidos apresentaram maior comprometimento dos homens no Aspecto Social (AS).

Em estudos feitos com a QV do paciente com hiperidrose (sudorese excessiva), foi apresentado o Aspecto Social (AS) como domínio mais comprometido entre aqueles pacientes homens, contrariando também esta pesquisa²⁰.

Também contrariaram os resultados aqui apresentados os estudos sobre a QV de mulheres portadoras de fibromialgia, constatando os piores resultados em relação aos componentes físicos (Capacidade Funcional-CF e Dor)²¹.

Comparando-se os domínios entre dois grupos de pacientes internados (com mais de 14 dias e com menos de 14 dias de internação), observou-se que, quanto menor o tempo de internação, melhor foi o indicador de QV. Pode-se observar também que, no domínio Vitalidade (V), quanto maior o tempo de internação, melhor foi a indicação de QV do paciente.

Estes dados coincidem com o que mencionaram estudos referindo que, com o passar do tempo, o paciente adquire domínio e segurança sobre sua hospitalização. O paciente que se sente como cidadão hospitalizado (dono de seus direitos), percebe-se com boa QV. O próprio processo de internação prolongada leva o paciente a se sentir mais disposto, com mais vitalidade¹².

A longa hospitalização leva o indivíduo a dispor de mais tempo para refletir sobre a própria existência, ajudando-o a organizar planos e a manter a confiança na recuperação¹⁸.

Embora a amostra deste estudo tenha sido reduzida, em função do número de pacientes, os resultados obtidos são importantes para melhor entendimento dos aspectos psicossociais do paciente queimado.

CONCLUSÃO

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

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

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

REFERÊNCIAS

1. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1439-46.
2. Souza JC, Guimarães LAM. Insônia e qualidade de vida. Campo Grande-MS: UCDB;1999.
3. Ruta DA, Garrat AM, Leng M, Russel IT, MacDonald LM. A new approach to the measurement of quality of life. *The Patient-Generated Index. Medical Care*. 1994;32(11):1109-26.
4. Silval G, Naspitz CK, Solè D. História clínica do paciente e avaliação de qualidade de vida. *Rev Bras Alergia Imunopatol*. 2000;23(6):260-9.
5. Bowling A, Brasier J. Quality of life in social science and medicine. *Soc Sci Med*. 1995;41:1337-8.
6. Fleck MPA. Avaliação de qualidade de vida. In: Fráguas Junior R, Figueiró JAB, orgs. *Depressão em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias*. São Paulo: Atheneu;2000. p.120-53.
7. Hubert A. De la difficulté de définir une définition. *Revue Prevenir*, Paris, 1997;15-8.
8. Pope-Davis DB, Liu WM, Toporek RL, Brittan-Powell CS. What's missing from multicultural competency research: review, introspection and recommendations. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2001;7(2):121-38.
9. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. 'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res*. 1997;6(3):237-47.
10. Castro M, Caiuby AVS, Draibe SA, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise, avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev Assoc Med Bras*. 2003;49(3):32-9.
11. Vasconcellos EA. Enfrentando a doença no hospital: uma abordagem de pacientes com doenças crônicas [Dissertação de Mestrado]. Campinas:Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas;2000. 138p.
12. Medina A. Distúrbios de consciência. Rio de Janeiro: Cultura Médica;1984.
13. Maciel E, Serra MC. Tratado de queimaduras. Belo Horizonte: Atheneu;2004.
14. Ciconelli RM. Avaliação da qualidade de vida em doenças reumáticas. *Rev Sinopse Reumatol*. 1999;2:1-4. Disponível em: <<http://www.eisstein.br/psicologia/geral/pdf/qualidade.pdf>>. Acesso em: 20/dez/2003
15. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida [Tese de Doutorado]. São Paulo:Universidade Federal de São Paulo (EPM); 1997. 120p.
16. Nucci NAG. Qualidade de vida e câncer: um estado compreensivo [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto:Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia, Universidade de São Paulo;2003. 225p.
17. Schwartz GS, Gomes JAP, Holland ES. Preoperative staging of disease severity. In: Holland ES, Mannis MJ, eds. *Ocular surface disease: medical and a surgical management*. New York: Spring-Verlay;2001. p.158-67.
18. Assis R. Qualidade de vida do doente falcêmico [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas;2004. 98p.
19. Barbosa CRM. Saúde, qualidade de vida e envelhecimento: a inclusão do homem idoso em programas para a terceira idade [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro:Universidade Federal do Rio de Janeiro;2003. 134p.
20. Amir M, Arish A, Weinstein Y, Pfeffer M, Levy Y. Impairment in quality of life among patients seeking surgery for hyperhidrosis (excessive sweating): preliminary results. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2000;37(1):25-31.
21. Martinez JE, Barauna Filho IS, Kubokawa K, Pedreira IS, Machado LA, Cevasco G. Evaluation of the quality of life in Brazilian women with fibromyalgia, through the medical outcome survey 36 item short-form study. *Disabil Rehabil*. 2001;23(2):64-8.

Correspondência para:

Teresinha de Jesus Abreu de Souza
Rua da Coroa, 29 - Vila Carlota - Campo Grande, MS, Brasil - CEP 79081-580
E-mail: tekajesus@yahoo.com.br