**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

NATÁLIA GONÇALVES

**Modelo educativo com seguimento por telefone para o autocuidado para
pessoas que sofreram queimaduras: ensaio clínico controlado aleatorizado**

Ribeirão Preto

2014

NATÁLIA GONÇALVES

**Modelo educativo com seguimento por telefone para o autocuidado para pessoas que
sofreram queimaduras: ensaio clínico controlado aleatorizado**

Tese apresentada ao Programa Interunidades
de Doutorado em Enfermagem da Escola
de Enfermagem da Universidade de São Paulo
e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: **Fundamentos teóricos e
filosóficos do cuidar.**

Orientador: Lúcia Aparecida Rossi

RIBEIRÃO PRETO

2014

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO DE PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

Gonçalves, Natália.

Modelo educativo com seguimento por telefone para o autocuidado para pessoas que sofreram queimaduras: ensaio clínico controlado aleatorizado/ Natália Gonçalves; orientadora: Lídia Aparecida Rossi - Ribeirão Preto / 150p.: Il.;30 cm

Tese (Doutorado) - Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Linha de pesquisa: Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Cuidar.

1. Queimaduras.	2. Reabilitação.	3. Educação em saúde.
4. Enfermagem .	5. Autocuidado.	

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Natália Gonçalves

Título: Modelo educativo com seguimento por telefone para o autocuidado para pessoas que sofreram queimaduras: ensaio clínico controlado aleatorizado

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: "Fundamentos Teóricos e Filosóficos do cuidar"

Aprovado em: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu amado esposo, Rodrigo, de quem recebi amor e apoio incondicional durante todos esses anos. Obrigada pela paciência, compreensão e carinho. Seu amor foi fundamental nesta conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me agraciou com tantas facilidades e me deu capacidade para prosseguir com este trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Lúcia Rossi, mais que uma orientadora, uma mestra, na qual tenho exemplo de competência, respeito, ética, comprometimento. Obrigada por acreditar em mim todos esses anos e mudar completamente a minha vida!

À Prof.^a Dr.^a Rosana Dantas, pelos ensinamentos, contribuições e incentivo durante o desenvolver deste trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Maria Cecília Gallani que me recebeu de braços abertos em um momento de completa estranheza para mim. Obrigada pelos ensinamentos tão valiosos na minha vida profissional, mas, principalmente, pela delicadeza e simpatia com que recebeu a mim e ao meu marido.

À Prof.^a Dr.^a Márcia Ciol que me recebeu com muito carinho e teve grande contribuição na execução e finalização deste trabalho. Agradeço pela paciência, respeito e por compartilhar seus valiosos conhecimentos.

Às minhas amigas Flávia Assunção, Maria Elena Echevarría Guanilo e Adriana da Costa Gonçalves, que sempre me apoiaram e facilitaram a tarefa árdua de morar sozinha em outra cidade. Obrigada pelas infinitas partilhas, risadas e lágrimas!

À minha família, agradeço pela compreensão da minha ausência durante os anos deste trabalho.

Aos meus queridos colegas do Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de vida, agradeço pela ajuda e companheirismo de vocês nesta jornada.

Aos membros da banca, pelas valiosas contribuições.

Aos funcionários da Unidade de Queimados, em especial Cidinha e Marli, que me acolheram como um membro da equipe, e me auxiliaram de maneira extraordinária na execução deste trabalho.

Aos pacientes, sem vocês, nada disso seria possível. Obrigada pelo “sim” de cada um de vocês!

Aos funcionários do Programa Interunidade em Doutorado em Enfermagem, pela atenção, disponibilidade e auxílio para o desenvolvimento desta pesquisa.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por subsidiarem esta pesquisa.

*"Tenha sempre presente que a pele se enruga,
o cabelo embranquece,
os dias convertem-se em anos...
Mas o que é importante não muda...
A tua força e convicção não têm idade.
O teu espírito é como qualquer teia de aranha.
Atrás de cada linha de chegada, há uma de partida.
Atrás de cada conquista, vem um novo desafio.
Enquanto estiver viva, sinta-se viva.
Se sentir saudades do que fazia, volte a fazê-lo.
Não viva de fotografias amareladas...
Continue, quando todos esperam que desista.
Não deixe que enferruje o ferro que existe em você.
Faça com que, em vez de pena, tenham respeito por você.
Quando não conseguir correr através dos anos, trote.
Quando não conseguir trotar, caminhe.
Quando não conseguir caminhar, use uma bengala.
Mas nunca se detenha."*

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

GONÇALVES, N. **Modelo educativo com seguimento por telefone para o autocuidado para pessoas que sofreram queimaduras: ensaio clínico controlado aleatorizado.** 2014. 150f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

As queimaduras graves levam à mudanças importantes na vida das vítimas desse tipo de trauma como alteração na imagem corporal, estigma, diminuição da capacidade funcional e, conseqüentemente, isolamento social e mudança no estado de saúde. Programas educativos para o autocuidado podem se constituir em intervenções efetivas que incentivam o paciente a administrar o próprio problema, contribuindo para diminuir o impacto do trauma da queimadura na fase de reabilitação e melhorar o estado de saúde. Os objetivos principais deste estudo foram avaliar o estado de saúde, autoeficácia percebida e o retorno ao trabalho de vítimas de queimaduras, segundo a participação em um modelo educativo para o auto cuidado na fase de reabilitação com seguimento por telefone (grupo intervenção) ou o recebimento do cuidado preconizado no serviço de saúde (grupo controle), seis meses após a alta hospitalar. Como objetivos secundários, comparamos sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático entre os grupos aos seis e 12 meses após a alta hospitalar; e a aceitação e satisfação da intervenção educativa pelo grupo intervenção. Método: Ensaio clínico, controlado e aleatorizado, realizado na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. A amostra deste estudo foi composta por vítimas de queimaduras internada entre 2010 e 2012, aleatorizada para o Modelo Educativo para o autocuidado de vítimas de queimaduras na fase de reabilitação com seguimento por telefone-grupo intervenção (GI) ou o cuidado conforme rotina da Unidade- grupo controle (GC). Esse Modelo educativo foi fundamentado no constructo de autoeficácia, presente na Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura e composto por informações verbais, escrito (em computador e impresso) sobre o autocuidado e ligações telefônicas para reforço desses cuidados após a alta hospitalar. Na coleta de dados foram aplicados os instrumentos de caracterização sociodemográfica e clínica, *Burns Specific Health Scale Revised*, escala de autoeficácia percebida, escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, escala do Impacto do Evento e um questionário de satisfação e aceitabilidade da intervenção educativa. Foram realizadas análises descritivas de frequência simples, dispersão, teste T de Student para amostras independentes, Qui quadrado e covariância. O nível de significância adotado foi 0,05. Este estudo foi registrado sob o número NCT 01379495. Os grupos apresentaram-se semelhantes nas características sociodemográficas e clínicas e somente a idade apresentou diferença estatisticamente significativa. Não houve diferença significativa entre os grupos em relação ao estado de saúde, autoeficácia percebida, proporção de retorno ao trabalho e depressão aos seis meses da alta hospitalar. A ansiedade foi estatisticamente menor no grupo de intervenção ($p=0,03$), bem como o estresse pós-traumático ($p=0,02$). De uma forma geral, os participantes do GI reportaram satisfação e aceitabilidade da intervenção educativa. O Modelo educativo com seguimento por telefone para vítimas de queimaduras é uma intervenção de fácil acesso e promissora para promover o autocuidado de vítimas de queimaduras durante a fase de reabilitação. Outros estudos poderão ser realizados a fim de detectar possíveis diferenças na mudança do estado de saúde físico e mental das vítimas de queimaduras.

Palavras-chave: Queimaduras. Reabilitação. Enfermagem. Autocuidado. Educação em saúde.

ABSTRACT

GONÇALVES, N. **Self-care educational model with telephone follow-up for burn victims: a randomized, controlled clinical trial.** 2014. 150 pages. Doctoral dissertation – School of Nursing, Ribeirão Preto, University of São Paulo, São Paulo, 2014.

Severe burns cause major changes in victims' life, including change in body image, stigma, decreased functional capacity, and consequently social isolation and altered health status. Self-care education programs may be effective interventions that encourage patient to deal with the problem, and hence reduce the impact of burn-related trauma during rehabilitation and improve health status. The main objective of this study was to evaluate health status, perceived self-efficacy and return-to-work of burn victims, by comparing the effect of an educational model of self-care with telephone follow-up during rehabilitation (intervention group) and the health care recommended by the health service (control group) at six months after hospital discharge. As secondary objectives, we compared the symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress between the groups, at six and twelve months after hospital discharge, and assessed acceptance and satisfaction of the educational intervention. Method: randomized, controlled clinical trial, conducted at the burn center of the University Hospital of Internal Medicine, School of Medicine of the University of São Paulo, Ribeirão Preto campus. The sample was composed of burn victim patients, hospitalized in the period of 2010 and 2012, and randomized to participate in the intervention group (IG) or control group (CG). The educational model was founded on the self-efficacy construct that lies in Albert Bandura's social cognitive theory, and constituted of both oral and written (typed on the computer and printed) information on self-care, as well as telephone calls to reinforce these instructions after hospital discharge. During data collection, an instrument for clinical and social-demographic characterization, the Burns Specific Health Scale Revised, the perceived self-efficacy scale, the hospital anxiety and depression scale, the impact of event scale and a questionnaire for satisfaction and acceptance of the educational intervention were applied. Simple frequency analysis, dispersion, student's t-test for independent samples, chi-squared test and covariance were performed, with a significance level of 0.05. The study was registered as NCT number 01379495. The groups presented similar clinical and social-demographic characteristics, except for age, which was statistically significant different. There was no significant difference in health status, perceived self-efficacy, rate of work return, and depression between groups at six months after hospital discharge. Anxiety ($p=0,03$) and post-traumatic stress ($p=0,02$) were statistically lower in the intervention group. In general, the IG participants reported satisfaction and acceptance of the educational intervention. The educational model with telephone follow-up for burn victims is an accessible and promising intervention to promote self-care of these individuals during rehabilitation. Further studies may be developed in order to identify changes in physical and mental health of burn victims.

Keywords: Burns. Rehabilitation. Nursing. Self Care. Health Education.

RESUMEN

GONÇALVES, N. **Modelo educativo para auto cuidado con seguimiento por teléfono para víctimas de quemaduras: ensayo clínico, controlado y aleatorizado.** 2014. 150 páginas. Tesis doctoral – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, São Paulo, 2014.

Las quemaduras graves pueden producir alteraciones importantes en la vida de las víctimas, como cambios en la imagen corporal, estigma, disminución de la capacidad funcional y, como consecuencia, aislamiento social y cambio en el estado de salud. Programas educativos para el auto cuidado pueden ser intervenciones efectivas que estimulan al paciente a administrar el problema, reducir el impacto del trauma causado por la quemadura durante la rehabilitación y mejorar el estado de salud. El objetivo principal de este estudio fue evaluar el estado de salud, auto eficacia percibida y el regreso al trabajo de víctimas de quemaduras, según la comparación entre un modelo educativo para auto cuidado con seguimiento por teléfono durante la rehabilitación (grupo intervención) y el cuidado recomendado por el servicio de salud (grupo control) seis meses después del alta hospitalaria. Como objetivos secundarios, comparamos los síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático entre los grupos a los seis y doce meses después de alta hospitalaria, así como también la aceptación y satisfacción de la intervención educativa por el grupo intervención. Método: ensayo clínico, controlado y aleatorizado, realizado en la Unidad de Quemados del Hospital General Universitario de la Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo, campus Ribeirão Preto. La muestra fue compuesta por víctimas de quemaduras ingresadas entre 2010 y 2012, aleatorizadas para participar en el grupo intervención (GI) o el grupo control (GC). El modelo educativo fue basado en el constructo de la auto eficacia presente en la Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura, y compuesto tanto por informaciones orales como escritas (ordenador e impreso) acerca del auto cuidado, además de llamadas telefónicas para reforzar los cuidados después del alta hospitalaria. En la recolección de datos, fueron aplicados instrumentos para caracterización socio demográfica y clínica, el *Burns Specific Health Scale Revised*, la escala de auto eficacia percibida, la escala de ansiedad y depresión hospitalaria, la escala de impacto del evento y un cuestionario de satisfacción y aceptabilidad de la intervención educativa. Análisis descriptivo de frecuencia simples, dispersión, prueba t de *Student* para muestras independientes, chi cuadrado y covarianza fueron realizadas. El nivel de significación estadística aceptado fue del 5%. El estudio fue registrado con el número NCT 01379495. Los grupos fueron similares cuanto las características socio demográficas y clínicas, excepto por la edad que fue estadísticamente significativa. No hubo diferencia significativa en relación con el estado de salud, auto eficacia percibida, proporción de regreso al trabajo o depresión entre los grupos a los seis meses de alta hospitalaria. La ansiedad ($p=0,03$) y el estrés postraumático ($p=0,02$) fueron estadísticamente menor en el grupo intervención. En general, los participantes del grupo intervención reportaran satisfacción y aceptación de la intervención educativa. El modelo educativo con seguimiento por teléfono para víctimas de quemaduras es una intervención accesible y prometedora del auto cuidado de víctimas de quemaduras durante la rehabilitación. Estudios adicionales podrán ser realizados para detectar cambios de estado físico y mental de las víctimas de quemaduras.

Palabras clave: Quemaduras. Rehabilitación. Enfermería. Auto cuidado. Educación en Salud

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Etapas adaptadas do planejamento de um programa educativo para comportamento em saúde da Organização Mundial da Saúde.....	30
Figura 2- Representação esquemática do seguimento dos pacientes vítimas de queimaduras e da coleta de dados	53
Figura 3- Fluxograma do recrutamento e seguimentos dos pacientes, segundo grupos aleatorizados	58
Figura 4- Valores observados para as variáveis ansiedade e depressão obtidas por meio da HADS	69
Figura 5- Medidas das subescalas da IES- reações de evitação e pensamentos intrusivos, por grupo e tempo de avaliação, para todos os participantes que completaram as quatro avaliações	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Recomendações para os cuidados básicos a serem realizados no domicílio.....	46
Quadro 2- Distribuição das respostas referentes à segunda etapa do Modelo Educativo- Imagens no computador e Folhetos ilustrativos	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características demográficas e clínicas dos participantes durante a internação hospitalar. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	60
Tabela 2- Comparação entre as médias das medidas do estado de saúde do GC e do GI, avaliadas seis e 12 meses após a alta hospitalar. Ribeirão Preto, SP, 2011 a 2012.....	62
Tabela 3- Valores de autoeficácia percebida na internação, alta, seis e doze meses após a alta hospitalar, segundo grupos de pacientes. Ribeirão Preto, 2014	63
Tabela 4- Comparação da situação trabalhista dos participantes antes da queimadura, seis e doze meses após a alta, segundo grupo de pacientes. Ribeirão Preto, SP, 2014	64
Tabela 5- Comparação da situação trabalhista, entre os grupos controle e intervenção, aos seis meses da alta hospitalar, segundo participantes que estavam trabalhando antes da internação. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	64
Tabela 6- Valores das medidas de ansiedade, depressão e impacto do evento, segundo os grupos, na internação, alta, seis e doze meses após a alta hospitalar. Ribeirão Preto, SP, 2014	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	Análise de variância
BSHS	Burns Specific Health Scale
BSHS-R	Burns Specific Health Scale- Revised
dp	Desvio padrão
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
HADS	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HCRP	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
IES	Escala do Impacto do Evento
Mín	Mínimo
Máx	Máximo
NCT	The clinicalTrials.gov registry number
n	Número
PASS	Power Statistical Software
SPSS	Statistical Package Social Science
SCQ	Superfície Corporal Queimada
SF-36	Short Form Health Survey
TSC	Teoria Social Cognitiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UE-HCFMRP	Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
vs	Versus
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
QV	Qualidade de vida

LISTA DE SÍMBOLOS

$\bar{x}$	Média
p	Valor de p

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	18
2 INTRODUÇÃO	20
2.1 Queimadura: epidemiologia e sequelas	20
2.2 Qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à saúde e estado de saúde.....	22
2.3 Educação para o autocuidado	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	28
3.1 Teoria Social Cognitiva	31
3.2 Modelo educativo para o autocuidado de vítimas de queimaduras na fase de reabilitação.....	34
4 OBJETIVOS	37
4.1 Objetivo geral	37
4.2 Objetivos específicos.....	37
4.3 Objetivos exploratórios	38
5 MÉTODOS.....	40
5.1 Delineamento do estudo	40
5.2 Participantes	40
5.2.1 Critérios de seleção.....	40
5.2.2 Tamanho da amostra.....	41
5.2.3 Aleatorização e cegamento.....	41
5.3 Local de estudo e recrutamento dos pacientes.....	42
5.4 Intervenção	43
5.4.1 Grupo controle.....	43
5.4.2 Grupo intervenção	44
5.5 Protocolo da intervenção educativa.....	45
5.5.1 Fase de hospitalização (últimas semanas de internação).....	45
5.5.2 Após alta hospitalar:	47
5.6 Desfechos	48
5.6.1 Desfechos primários	49
5.6.2 Desfechos secundários.....	50

5.7 Procedimento para coleta de dados	51
5.8 Tratamento dos dados e análises estatísticas	54
5.9 Considerações ética	54
5.9.1 Riscos e benefícios	55
6 RESULTADOS	57
7 DISCUSSÃO	75
7.1 Limitações do estudo	83
8 CONCLUSÕES.....	86
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES	102
ANEXOS	138

APRESENTAÇÃO

1 APRESENTAÇÃO

As queimaduras graves levam a consequências importantes na vida das vítimas desse tipo de trauma, impactando na percepção do estado de saúde. Vários fatores estão relacionados com essa alteração de percepção após o trauma, como mudança na imagem corporal, estigma, diminuição da capacidade funcional e, consequentemente, isolamento social e mudança no status trabalhista.

Uma atribuição importante do enfermeiro é a educação. Por meio da vivência do cuidado de enfermagem às vítimas de queimaduras e de dados da literatura, pudemos observar que a educação é um elemento importante para diminuição da ansiedade; esclarecimentos das consequências e dos cuidados a serem realizados após o trauma podem contribuir para a mudança de comportamento após a alta e para a melhora da qualidade de vida das vítimas de queimaduras.

O objetivo geral desta tese de doutorado foi avaliar a eficácia de uma intervenção educativa para o autocuidado na fase de reabilitação de vítimas de queimaduras e seu impacto no estado de saúde e no retorno ao trabalho durante um ano após a alta hospitalar.

INTRODUÇÃO

2 INTRODUÇÃO

2.1 Queimadura: epidemiologia e sequelas

O trauma por queimadura acontece diariamente no mundo e é a quarta causa de acidentes, após veículos a motor, quedas e violência pessoal (PECK, 2011). A Organização Mundial da Saúde estima que ocorram quase 265 mil mortes no mundo por queimadura, todos os anos, sendo os países em desenvolvimento os mais acometidos por esse trauma (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2014).

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Queimaduras estima que, por ano, ocorram 1.000.000 de acidentes por queimaduras e que mais da metade dessas pessoas vivem com alguma sequela relacionada à queimadura (CRISOSTOMO; SERRA; GOMES, 2004). Aproximadamente 590 mil internações por causas externas (exposição à corrente elétrica, radiação, temperatura, pressão extrema, exposição à fumaça, ao fogo e às chamas, contato fonte de calor e substâncias quentes) ocorreram no Brasil, no período de 2008 a 2014 (BRASIL, 2014). A Região Sul do país apresenta maior número de internações (156 mil), principalmente em adultos, sendo que, para crianças e adolescentes, a grande parte dos acidentes registrada estava na Região Sudeste (1.569), seguida da Nordeste (1.492) (BRASIL, 2014).

A queimadura é um trauma na pele e/ou tecido, causado por troca de calor, por meio do contato com líquidos e sólidos quentes, chama direta, agente químico, eletricidade ou fricção (WHO, 2014). A gravidade da lesão dependerá do tempo de exposição e do tipo do agente causador, da extensão corpórea e profundidade da área queimada, idade, localização, presença de patologias/traumas e inalação de fumaça (PRESTES; LOPES JUNIOR, 2008).

O avanço no tratamento do paciente queimado, em relação aos agentes antimicrobianos, técnicas cirúrgicas, anestesia, ventilação mecânica e reabilitação, tem contribuído para a melhora dos resultados clínicos e sobrevida das vítimas (GAMELLI, 2006). Entretanto, a maior porcentagem de superfície corporal queimada, a presença de inalação de fumaça e os extremos de idade continuam sendo fatores preditivos para mortalidade da vítima (SHEPPARD et al., 2011).

No processo de adaptação, após um ano da alta hospitalar, as principais alterações provocadas pela queimadura, com as quais o paciente deverá lidar são: ansiedade, depressão,

estresse pós-traumático (DAVYDOW et al., 2009; WALLIS et al., 2006), pior percepção da imagem corporal e do estado de saúde (OSTER; WILLEBRAND; EKSELIUS, 2012), dificuldades para dormir (DAHL; WICKMAN; WENGSTRÖM, 2012), fadiga (DAHL; WICKMAN; WENGSTRÖM, 2012), mudanças nos relacionamentos e nas atividades de lazer e religiosas (CIOFI-SILVA et al., 2010). Outros problemas, frequentemente descritos na literatura, são: sensibilidade aumentada na região da cicatriz, cicatrizes hipertróficas (ESSELMAN et al., 2006; RICCI et al., 2013), limitação motora e contraturas (ESSELMAN et al., 2006; RICCI et al., 2013), prurido (ESSELMAN et al., 2006), dificuldade de adesão ao tratamento como, por exemplo, o uso de malha elástica (RIPPER et al., 2009).

Algumas mudanças relacionadas à vida social também têm sido descritas. As dificuldades para retornar às atividades desenvolvidas no trabalho, previamente à queimadura, têm sido reportadas (BRYCH et al., 2001; CIOFI-SILVA et al., 2010; KILDAL; ANDERSON; GERDIN, 2002). Pacientes com sequelas de queimaduras podem enfrentar restrições em relação a viagens, lazer, participações em eventos e atividades esportivas, aumentando a prática de atividades domésticas ou dos hábitos de assistir televisão e leitura (BRYCH et al., 2001). Os sentimentos associados ao trauma pela queimadura como angústia, estresse, medo, ansiedade podem dificultar o enfrentamento da situação e, consequentemente, a reabilitação (CARLUCCI et al., 2007).

O retorno ao trabalho está relacionado a fatores intrínsecos (doenças, insatisfação com o trabalho, expectativas sobre a reabilitação, nível de ansiedade, dor relacionada ao trauma e medo de retornar ao trabalho) e extrínsecos (influência da família ou de pessoas próximas, ambiente de serviço, grande carga horária, pouca ou nenhuma autonomia no emprego, pouco apoio da empresa e dos supervisores), os quais podem retardar ou anteceder o retorno ao trabalho (POMERANCE, 2009).

Para as vítimas de queimaduras, os fatores intrínsecos que influenciam o retorno ao trabalho são a profundidade da queimadura (QUINN; WASIAK; CLELAND, 2010; SAFFLE et al., 1996), tempo de hospitalização (QUINN; WASIAK; CLELAND, 2010; SAFFLE et al., 1996), superfície corporal queimada (QUINN; WASIAK; CLELAND, 2010; TANTTULA; VUOLA; ASKO-SELJAVAARA, 1997), queimaduras nas mãos (BOWDEN; THOMSON; PRASAD, 1989; QUINN; WASIAK; CLELAND, 2010), idade jovem (PALLUA; KÜNSEBECK; NOAH, 2003; QUINN; WASIAK; CLELAND, 2010); e os extrínsecos são o *status* empregatício antes da queimadura (QUINN; WASIAK; CLELAND, 2010) e o apoio social, o qual a pessoa recebe não só da família, mas, também, dos profissionais da saúde.

As sequelas físicas e psicológicas descritas levam à reflexão sobre um tratamento que abarque todas essas questões e, também, enfoque a individualidade da vítima durante a fase de reabilitação. O tratamento deve visar à recuperação máxima das funções, retorno às atividades desenvolvidas previamente ao trauma e à qualidade de vida (ESSELMAN; KOWALSKE, 2011). Como já descrito, há vários fatores que influenciam na adaptação de uma pessoa que sofreu queimaduras, por exemplo, as experiências negativas prévias e a personalidade do indivíduo (fatores considerados preditores do estado emocional em longo prazo), o que dificulta o estudo do tema. A identificação prévia desses problemas pode retardar possíveis complicações durante o estágio de internação e reabilitação, além de propiciar um planejamento mais completo do cuidado (SLIWA; HEINEAMNN; SEMIK, 2005).

2.2 Qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à saúde e estado de saúde

Os termos Estado de Saúde e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) são usados como sinônimos na literatura. Porém, a compreensão desses conceitos traz implicações para a pesquisa, uma vez que a seleção dos instrumentos deve estar alinhada aos objetivos do estudo (estado de saúde, qualidade de vida relacionada à saúde, ou qualidade de vida) (SMITH; AVIS; ASSMANN, 1999).

Qualidade de Vida (QV) tem sido descrita como um constructo abrangente, pois pode enfocar diversas dimensões da vida de um indivíduo. O principal fator determinante da percepção da qualidade de vida é uma condição grave de saúde, a qual afetará as dimensões psicossociais e biológicas do sujeito. A qualidade de vida está muito mais relacionada à saúde mental do que com a funcionalidade física (*physical functioning*). Esse conceito diferencia-se de estado de saúde percebido de diversas dimensões: funcionalidade física, social e psicológica, satisfação e bem-estar, no qual o foco é a percepção de função física (SMITH; AVIS; ASSMANN, 1999). Outros autores definem o conceito de qualidade de vida relacionado à saúde como composto pela percepção de estado de saúde, dor, incluindo aspectos relacionados à espiritualidade, aos sintomas, à funcionalidade sexual e neuropsicológica e à produtividade (NAUGHTON; SHUMAKER, 2003).

A qualidade de vida foi relacionada a conceitos de normalidade e autonomia por vítimas de queimaduras participantes de um estudo etnográfico. Esses indivíduos apontaram

como elementos importantes da qualidade de vida: o retorno às atividades habituais e ao trabalho, satisfação com os relacionamentos interpessoais e no contexto da família (ROSSI et al., 2009). Em estudo com vítimas norueguesas, a experiência do trauma (sofrimento, relacionamento com outras pessoas, comparações, gratidão) levou a uma reconquista da liberdade e essa sensação aumentou a qualidade de vida desses indivíduos (MOI; GJENGEDAL, 2008).

Em relação a estudos quantitativos, a qualidade de vida relacionada à saúde e o estado de saúde de vítimas de queimaduras têm sido avaliados por meio de diversos instrumentos como *Short Form Health Survey* - SF-36 (BAKER et al., 2008; ZAPATA; ESTRADA, 2010), *European Quality of Life 5-Dimension* (PAVONI et al., 2010, SANCHEZ et al., 2008), *Burns Specific Health Scale* (BSHS) em suas diferentes versões (NOBLE et al., 2006). Entretanto, os mais descritos na literatura são o SF-36 e as versões da BSHS (CALTRAN et al., 2010).

Neste estudo, optou-se por avaliar estado de saúde de vítimas de queimaduras por meio de um instrumento específico para essa população, a *Burns Specific Health Scale-Revised* (BSHS-R). Esse instrumento foi escolhido, pois o programa educativo para o autocuidado testado neste trabalho visa, principalmente, melhora do estado de saúde físico. Ademais, esse instrumento tem sido descrito na literatura como confiável para medir esse constructo na população específica (YODER; NAYBACK; GAYLORD, 2010).

2.3 Educação para o autocuidado

Com o número crescente de pacientes com condições crônicas em regime ambulatorial a cada ano e, ao mesmo tempo, o encurtamento do tempo médio de internação hospitalar, há diminuição do tempo disponível para o preparo do paciente e familiar para a alta hospitalar e para o desenvolvimento das habilidades de autocuidado, fato esse que vem aumentando a preocupação dos profissionais de saúde em relação à continuidade dos cuidados. Uma alternativa para a continuidade e melhor adesão ao tratamento é a educação em saúde, a qual visa modificar comportamentos e propiciar informações e autonomia para melhor compreensão e vivência da condição de saúde (MANTOVANI et al., 2011).

Na prática, é possível observar que a equipe de enfermagem, assim como a equipe multidisciplinar que atua no atendimento ao paciente queimado, realiza atividades que visam o ensino para o autocuidado e devem ser iniciadas na internação hospitalar e continuadas

durante todo o período de reabilitação. Essas atividades educativas devem ser intensificadas à medida que o paciente se apresenta alerta e participativo. Intervenções educativas iniciadas pela equipe podem influenciar diretamente os cuidados realizados pelos pacientes no ambiente domiciliar, resultados que podem ser observados no seguimento ambulatorial.

A Associação Americana de Queimaduras, por meio de diretrizes, recomenda que haja um programa para reabilitação com objetivos específicos às vítimas de queimaduras (AMERICAN BURN ASSOCIATION, 2006). A reabilitação deve ser considerada como um cuidado contínuo, visando o retorno do paciente à sua condição funcional anterior ao trauma e maximizando os resultados psicológicos (RICHARD et al., 2008). Portanto, faz-se necessária a presença de equipe interdisciplinar para cuidar do paciente queimado, no entanto, a equipe de enfermagem, que permanece mais próxima ao paciente e família, por maior tempo, deve ser sensível às questões biopsicossociais presentes no cuidado e possuir capacidade para atuar de forma efetiva na reabilitação dessa pessoa.

Programas educativos para o autocuidado, que se iniciam com a admissão do paciente e são mantidos por meio de seguimentos à distância, com encontros presenciais, podem se constituir em intervenções efetivas que incentivam o paciente a administrar o próprio problema, sem substituir os atendimentos ambulatoriais, contribuindo para diminuir o impacto do trauma da queimadura na fase de reabilitação e melhorar o estado de saúde. Esses programas podem minimizar o número de complicações e, conseqüentemente, a frequência de consultas, reinternações (NASCIMENTO; GUTIERREZ; DE DOMENICO, 2010) e o custo do atendimento para o hospital e paciente que, geralmente, utiliza condução particular para o atendimento.

O enfermeiro tem importante papel no desenvolvimento das habilidades de autocuidado durante a internação e, principalmente, no seguimento após alta hospitalar, uma vez que é o profissional responsável pelo cuidado integral da vítima e de seus familiares (FERRAZ et al., 2005). Como a educação está integrada ao ato de cuidar, compete ao enfermeiro o estabelecimento de programas efetivos de ensino-aprendizagem durante e após a hospitalização que incluam não somente os cuidados com as áreas queimadas (cicatrizadas ou não) e tratamentos prescritos, mas, também, as possíveis dificuldades que serão enfrentadas no retorno às atividades diárias e ao convívio social.

A telemedicina é uma ferramenta para os profissionais de saúde trabalharem nos contextos agudo e crônico de saúde, visando diminuir a distância do conhecimento e do acesso à saúde, promover interações que complementam as ações desses profissionais, oferecendo cuidado contínuo e, ainda, melhorar os resultados de saúde dos pacientes (WHO,

2010). Na área de reabilitação em saúde, a telerreabilitação é ampla e visa garantir serviços de avaliação, monitoração, educação, prevenção, intervenção e aconselhamento (BRENNAN et al., 2011).

Telefone, videoconferência, mensagem instantânea, correio eletrônico são estratégias para intervenções comportamentais que transpõem barreiras as quais os pacientes podem enfrentar após a alta hospitalar, como ausência de transporte para o hospital ou de serviço especializado na cidade/região e incapacidades devido ao trauma ou doença (MOHR et al., 2013).

A transmissão de fotos de queimaduras para profissionais ou centro especializado no tratamento desse tipo de trauma, por meio de mensagens instantâneas, tem sido reportada na China (KNOBLOCH; RENNEKAMPFF; VOGT, 2009) como algo fácil, rápido, seguro, de baixo custo e, principalmente, facilitador na detecção da gravidade da queimadura. Na Turquia, foram realizadas 525 televisitas com 187 pacientes, durante 66 meses, incluindo vídeo interativo ao vivo, envio de mensagens e telefone, para auxiliar os profissionais de saúde de centros distantes ou com menos experiência, no encaminhamento e condutas a serem tomadas com as vítimas de queimaduras. Os autores desse estudo apontam que houve diminuição das transferências de pacientes e tempo de consulta ao longo do estudo (TURK et al., 2011).

Como técnica de acompanhamento aos pacientes, o contato por via telefone tem sido utilizado por equipes de enfermeiros para o cuidado de indivíduos em diversas condições crônicas (BECKER, 2010; KIRKMAN et al., 1994; RACELIS; LOMBARDO; VERDIN, 1998; SHIVELY et al., 2012; VALE; JELINEK; BEST, 2002; VALE et al., 2003), inclusive aqueles que sofreram queimaduras (MCWILLIAMS; GILROY; WOOD, 2007; SAGRAVES et al., 2007), e seus benefícios têm sido descritos em revisões com pacientes revascularizados (FURUYA et al., 2013), prevenção secundária de infarto do miocárdio (NEUBECK et al., 2009) e psicoterapias para pacientes com depressão (MOHR et al., 2013). O objetivo desse tipo de intervenção é facilitar a transição entre o hospital e o retorno para casa, diminuindo o estresse dessa fase e possibilitando melhor adesão ao tratamento (MISTIAEN; POOT, 2006).

Cabe destacar que o trauma pela queimadura atinge principalmente os indivíduos com menor poder aquisitivo, com baixo nível de instrução, tanto no Brasil (WERNECK; REICHENHEIM, 1997) como em outros países como, por exemplo, Egito (EL-BADAWY; MABROUK, 1998) e Peru (DELGADO et al., 2002), o que dificulta ainda mais o uso da internet, sendo, portanto, o telefone uma ferramenta mais acessível aos pacientes.

Embora a maior parte de estudos tenha sido realizada em outras especialidades, que não a de cuidados com pacientes queimados, as estratégias utilizadas têm sido desenvolvidas e aplicadas em pacientes com condições crônicas, e o processo de reabilitação de uma queimadura não difere de outras condições crônicas, requerendo cuidados contínuos com a pele e com a mobilidade e grandes investimentos na adesão ao tratamento. Portanto, justifica-se a realização deste estudo em que se pretende testar a eficácia de uma intervenção educativa para o autocuidado de vítimas de queimaduras, na fase de reabilitação, sobre o estado de saúde, a autoeficácia percebida e o retorno ao trabalho, comparado ao cuidado usual oferecido pela equipe da unidade de queimados.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Tem-se observado aumento do interesse público, privado e dos diversos profissionais de saúde em prevenir incapacidades e mortes, por meio de mudanças do estilo de vida e participação em programas de seleção e rastreamento. Esse interesse tem sido estimulado pela mudança no quadro epidemiológico das doenças, que mostra o aumento do número de pessoas com condições crônicas e morbidades (GLANZ; RIMER; LEWIS, 2002; OLIVEIRA, 2011). Além disso, o aumento da disseminação do conceito de promoção da saúde no mundo fez com que indivíduos acometidos por doenças ou traumas e seus familiares buscassem informações para promover comportamentos de saúde.

Entretanto, estratégias de promoção de saúde, que visam o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos, ainda são pouco incorporadas ao cuidado dos pacientes e familiares pelos profissionais da saúde (RYAN; SAWIN, 2009). Os profissionais de saúde e especialistas em educação em saúde, assim como os enfermeiros, que atuam em distintas áreas e ambientes de trabalho (GLANZ; RIMER; LEWIS, 2002), têm acesso a diferentes situações, nas quais podem implementar programas educativos.

O fato de simplesmente informar o paciente sobre os cuidados que deverão ser realizados é insuficiente para produzir a mudança de comportamento preconizada e a incorporação do autocuidado, pois ainda há necessidade de se conhecer melhor os elementos que compõem o autocuidado e como pode ser desenvolvido pelos pacientes (RYAN; SAWIN, 2009). Nesse sentido, a autonomia é o conceito central da promoção da saúde e, a preparação e a capacitação dos indivíduos para o cuidado devem ocorrer por meio de ações educativas (OLIVEIRA, 2011). Conceitos como “educação em saúde” e “comportamento em saúde” requerem ampla discussão.

A Organização Mundial da Saúde define educação em saúde como promoção da motivação, de habilidades e autoeficácia (confiança), a fim de melhorar a saúde, conhecimento sobre fatores de risco, acesso às informações sociais, condições econômicas e o uso do sistema de saúde. Educação em saúde deve ser abordada não somente para promover o aumento do conhecimento individual sobre comportamento saudável, mas, também, para facilitar o desenvolvimento de políticas viáveis para determinantes sociais e econômicos da área da saúde (WHO, 2012).

Simonds (1976) define a educação em saúde (termo que tem sido utilizado no contexto da Promoção da Saúde) como ações orientadas para “mudanças de comportamento” ou reorganização de experiências aprendidas que podem ser vistas como

prejudiciais para a saúde nos indivíduos, ou designadas para facilitar adaptações voluntárias de comportamentos relacionados à saúde (GREEN et al., 1980). Dessa forma, o processo de educação para promoção da saúde, viabilizada a partir da autonomia para o cuidado (OLIVEIRA, 2011), teria como consequência à mudança de comportamento em saúde.

Assim, comportamentos saudáveis referem-se às ações individuais, de grupo e de organizações, incluindo seus determinantes, os quais podem ter consequências que incluam mudanças sociais, no desenvolvimento e implementação de políticas em favor do melhor enfrentamento (habilidade) e melhora da qualidade de vida (PAKERSON et al., 1993). Um comportamento não pode ser determinado apenas por aspectos psicológicos, mas, também, por fatores genéticos, contexto social (BANDURA, 1969); assim, as pessoas são, ao mesmo tempo, atores e produtos do seu próprio ambiente (LUSZCZYNSKA; SCHWARZER, 2005).

Intervenções educativas para mudança de comportamento e/ou melhora do estado de saúde devem ser fundamentadas em teorias de comportamento em saúde (GLANZ, RIMMER, LEWIS, 2002; WHO, 2012). Essas teorias são importantes, pois fornecem aporte teórico e, muitas vezes, metodológico, sobre o comportamento visado, planejamento de programas de educação em saúde, métodos de avaliação, funcionando como um guia para a intervenção a ser implementada e avaliada (WHO, 2012). O planejamento de uma intervenção educativa pode seguir diferentes modelos, mas seis premissas são básicas (Figura 1).

Fonte: WHO (2012).

Figura 1- Etapas adaptadas do planejamento de um programa educativo para comportamento em saúde da Organização Mundial da Saúde¹

Há vários modelos educativos descritos na literatura, alguns utilizando o termo treinamento (*coach*), que se fundamentam em teorias diversas como autoeficácia (BANDURA, 1977) e, em outras, como o Modelo de Crença de Saúde (BECKER; ROSENSTOCK, 1984) e a Teoria do Comportamento Planejado (AJZEN; FISHBEIN, 1998).

Por volta dos anos 80, a percepção do controle foi importante determinante do comportamento em saúde estabelecido graças aos trabalhos de *locus of control* de Rooter (1996) e Wallston e Wallston (1982), e a autoeficácia percebida de Bandura (1977) (ABRAHAM; SHEERAN, 2005). No começo da década de 90, teóricos como Bandura, Fishben e Becker reuniram-se em um *workshop* para identificar um conjunto de variáveis a serem utilizadas em análise comportamental. Eles identificaram oito núcleos de variáveis importantes para explicar o comportamento e a promoção de mudança de comportamento,

¹ World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators. 2012. 82p. Disponível em: < http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf>. Acesso em: 04 abril 2014.

sendo três consideradas como pré-requisitos: forte intenção, habilidades necessárias e ausência de restrições ambientais que previnem ações específicas. As outras cinco variáveis foram identificadas como determinantes da força de intenção: autoeficácia, a crença nas vantagens e desvantagens, a percepção de uma maior norma social para desempenhar o comportamento, a crença de que a ação é consistente com a autoimagem da pessoa e a antecipação de uma forma mais positiva do que a reação emocional negativa de realizar a ação especificada. Muitas dessas variáveis foram incorporadas à Teoria da Ação Racional (FISHBEN; AJZEN, 1975) e, posteriormente, à Teoria do Comportamento Planejado (AJZEN; FISHBEN, 1980) (ABRAHAM; SHEERAN, 2005).

Nesta investigação, testou-se um programa denominado Modelo Educativo para o Autocuidado após Queimadura, o qual visava a mudança de comportamento e a melhora do estado de saúde. Essa proposta foi baseada na Teoria Social Cognitiva de Bandura (TSC) (BANDURA, 1977), a qual é caracterizada como uma teoria preditiva (predizer o comportamento) e de mudança (aborda técnicas de como mudar o comportamento escolhido) (GODIN; VÈZINE; BÉLANGER-GRAVEL, 2012).

3.1 Teoria Social Cognitiva

A Teoria Social Cognitiva tem sido utilizada em diversas áreas como psicologia, educação e saúde (LUSZCZYNSKA; SCHWARZER, 2005). Aborda um conjunto de determinantes do comportamento, seus mecanismos de ação/funcionamento e a maneira de transformar o conhecimento em práticas de saúde (BANDURA, 2004). Não é específica para um grupo de intervenção ou comportamento, entretanto, visa mudanças comportamentais complexas e que requerem considerável capacidade. Um fator dificultador para a aplicação dessa teoria é o ambiente, pois, mesmo que o indivíduo tenha autoeficácia alta, as barreiras sociais e físicas podem causar impacto no desempenho do comportamento e no resultado esperado. *Active learning, modeling, prática guiada, enactive mastery experiences*, reforço e a persuasão são métodos de operacionalização dessa teoria (BARTHOLOMEW, 2011). O conceito central da TSC é o de autoeficácia, definida como a percepção da capacidade do indivíduo de realizar determinado comportamento, independente das barreiras para realizá-lo (BANDURA, 2004; GODIN; VÈZINE; BÉLANGER-GRAVEL, 2012).

Os determinantes abordados nessa teoria são o **conhecimento** dos riscos e benefícios de hábitos saudáveis, **percepção da autoeficácia**, **expectativas dos resultados**, **objetivos saudáveis**, **percepção de fatores facilitadores e sociais** e **impedimentos estruturais** para as mudanças pretendidas (BANDURA, 2004).

O conhecimento sobre o comportamento saudável é uma condição para a mudança. Sem o conhecimento dos riscos ou benefícios para a realização de determinado comportamento para a saúde, os indivíduos não têm ou têm pouco motivo para realizá-los (BANDURA, 2004).

A crença na autoeficácia é a base para a motivação humana. Quanto maior a percepção de autoeficácia, maior a chance de as pessoas desenvolverem seus objetivos. A autoeficácia também determina como os fatores de impedimento e facilitadores são vistos e organizados (BANDURA, 2004).

Em relação às expectativas de resultados, que são os custos e benefícios esperados para diferentes hábitos, o comportamento pode ser influenciado pelos resultados físicos, sociais e pela autoavaliação sobre o comportamento e o estado de saúde. Nos aspectos físicos, podem ser considerados os efeitos aversivos ou prazerosos da realização do comportamento. A aprovação ou não de pessoas importantes sobre o comportamento também pode influenciar a sua realização. Outro aspecto da teoria é a autoavaliação de reações positivas ou negativas em relação ao comportamento e ao estado de saúde (BANDURA, 2004).

Os objetivos pessoais consistem em planos concretos e estratégias para realizá-los, podendo incentivar e auxiliar como guia nos hábitos de vida. Eles podem auxiliar no sucesso do comportamento, entretanto, os objetivos em longo prazo podem sofrer influência de muitas variáveis e serem mais difíceis de cumprir (BANDURA, 2004).

Fatores facilitadores ou de impedimento influenciam o desenvolvimento do comportamento e são partes da avaliação da autoeficácia. Outros fatores como sistemas de saúde, estruturas sociais e econômicas também podem influenciar o desenvolvimento do comportamento (BANDURA, 2004).

A literatura sugere que os constructos da TSC devem ser mensurados em conjunto. Entretanto, a autoeficácia é o principal constructo da teoria e é a base para a motivação e perseverança, sendo capaz de influenciar as expectativas sobre os resultados, os objetivos, a força e envolvimento (capacidade da pessoa de superar obstáculos e utilizar fatores facilitadores) (GODIN, 2012).

Autoeficácia é definida como um “julgamento das próprias capacidades de executar cursos de ação exigidos para se atingir certo grau de *performance*”. É baseado na motivação,

persistência e realizações do indivíduo. Os julgamentos de autoeficácia atuam como mediadores entre as reais capacidades (aptidões, conhecimentos e habilidades) e o próprio desempenho (BARTHOLOMEW et al., 2011), pois a autoeficácia é a percepção da pessoa e a capacidade é algo real. O desenvolvimento da capacidade comportamental é o resultado de treinamento, inteligência e aprendizado individual (BARTHOLOMEW et al., 2011). Estimular ou melhorar a percepção de autoeficácia pode levar ao desempenho do comportamento desejado (BARTHOLOMEW et al., 2011).

Neste estudo, a autoeficácia foi avaliada por meio de uma escala genérica. Há quatro maneiras de influenciar a autoeficácia: as experiências de sucesso (o desempenho eficiente de alguma tarefa leva o paciente a pensar que está tendo êxito), experiências vicárias (a observação de outros que obtiveram sucesso leva o paciente a pensar que também é capaz, embora o contrário também seja verdadeiro), persuasão verbal (informações verbais que mostrem ao paciente que ele é capaz de desempenhar a tarefa) e indicadores fisiológicos e afetivos (sintomas de ansiedade podem levar à dificuldade de desempenho e, também, a diminuição desses sintomas pode aumentar sua confiança). Esses princípios podem atuar de forma independente uns dos outros ou de forma combinada (BANDURA, 1977; GODIN; VÈZINE; BÉLANGER-GRAVEL, 2012).

A autoeficácia em vítimas de queimaduras tem sido abordada considerando-se diferentes referenciais teóricos, como *Health Belief Model* (HECKMAN et al., 2012; PARKER et al., 2013), *Theory of Planned Behavior* (CHO; SANDS; WILSON, 2010; HAWKES et al., 2012; HECKMAN et al., 2011; JAMES et al., 2002), *Transtheoretical model* (TURNER; MERMELSTEIN, 2005); *Protection motivation theory* (GRUNFELD 2004), Teoria Social Cognitiva (GRITZ et al., 2007; JAMES et al., 2002; PARROTT et al., 1999; SHANI et al., 2003). Outros autores utilizaram escalas para avaliar a autoeficácia, baseadas em outros referenciais teóricos (CARDENAS; SIMONS-MORTON, 1993; WALLIS et al., 2006). Outros abordaram confiança (autoeficácia), habilidades, conhecimento e competência para lidar com desastres por queimaduras antes e após um treinamento para profissionais de saúde, utilizando conceitos da teoria de autoeficácia de Bandura (WETTA-HALL et al., 2007).

A maioria desses estudos abordou variáveis relacionadas à queimadura solar e, conseqüentemente, o câncer de pele (CHO; SANDS; WILSON, 2010; GRITZ et al., 2007; GRUNFELD, 2004; HAWKES et al., 2012; HECKMAN et al., 2011, 2012; JAMES et al., 2002; PARROTT et al., 1999; TURNER; MERMELSTEIN, 2005), enquanto outros abordaram programas para prevenção de queimadura (CARDENAS; SIMONS-MORTON,

1993; PARKER et al., 2013; SHANI et al., 2003), mecanismos de enfrentamento e angústia emocional (WALLIS et al., 2006).

Além dos aspectos mencionados anteriormente sobre a necessidade de aprendizado do autocuidado, considerando-se as mudanças que afetarão a vida de uma pessoa que sofre uma queimadura para sempre, este estudo se justifica, pois a literatura mostra uma lacuna em relação aos processos que envolvem a educação para o autocuidado. Visando contribuir para o avanço na temática, optou-se por conduzir um estudo com o objetivo de testar uma intervenção educativa na fase de reabilitação, baseada na TSC, utilizando telefone para auxiliar no reforço do autocuidado e melhorar a autoeficácia.

3.2 Modelo educativo para o autocuidado de vítimas de queimaduras na fase de reabilitação

De forma geral, o tratamento da queimadura consiste em cirurgias, troca de curativos, alimentação adequada, fisioterapia na fase aguda ou de reabilitação após a alta hospitalar. Entretanto, a continuidade do tratamento não se restringe apenas ao contexto hospitalar, pois perdurará por longo período, a depender da gravidade do trauma.

Dessa forma, o primeiro ano após a alta hospitalar é um período crítico da fase de reabilitação após queimadura, uma vez que a vítima lidará com estressores devido a mudanças na aparência física, na mobilidade, nos relacionamentos, no trabalho ou escola (ROSSI et al., 2009).

A queimadura é uma ruptura da integridade da pele e, muitas vezes, de tecidos profundos. Portanto, conhecer e entender o processo de cicatrização é fundamental para compreender o longo tratamento a ser realizado. No primeiro ano após o trauma, o processo de cicatrização da queimadura passa por várias fases: inflamatória, proliferativa e de remodelação ou de maturação (CAMPOS; BORGES-BRANCO; GROTH, 2007), mas é possível que as cicatrizes das queimaduras profundas não atinjam a última fase durante o primeiro ano.

Nesse processo, a cicatriz passa por modificações importantes que podem alterar o estado de saúde físico e mental, uma vez que tanto o processo inflamatório da cicatriz como as contraturas impactam as atividades de vida diária, o trabalho e o bem-estar mental.

O cuidado com as feridas durante o primeiro ano é importante para amenizar os efeitos do processo de cicatrização como, por exemplo, evitar ou diminuir o aparecimento de cicatrizes hipertróficas e contraturas. Além do tratamento fisioterápico e médico para o acompanhamento da cicatriz, faz-se importante, no tratamento em casa, o autocuidado do paciente.

Em outro estudo, realizado na mesma unidade de queimados, onde este estudo foi desenvolvido, buscou-se conhecer o significado de qualidade de vida dos pacientes queimados, após seis meses da alta hospitalar. Identificou-se que os pacientes consideraram que qualidade de vida é ter lazer, relações com familiares e amigos, retornar ao trabalho e desempenhar habilidades funcionais, bem como os aspectos relacionados à imagem corporal, foram temáticas encontradas ligadas à qualidade de vida do indivíduo após o trauma (ROSSI et al., 2009). Em estudo de revisão, foram compilados sete principais resultados que têm sido avaliados pela equipe multiprofissional no paciente queimado, a saber: a pele, como proteção de infecção, cicatrizes, sensibilidade; função neuromuscular (mobilidade dos membros e articulações, força muscular e capacidade cardiovascular); dor e sensação (prurido); função psicológica (estresse pós-traumático e depressão); função/desempenho físico (independência funcional e retorno ao trabalho); participação na comunidade (reintegração social) e percepção de qualidade de vida (FALDER et al., 2009).

O desenvolvimento de um modelo educativo que vise o autocuidado do paciente que sofreu uma queimadura é importante para o alcance do estado de saúde geral. Ser capaz de entender e realizar o autocuidado promove autonomia, a qual foi identificada pelos pacientes como fator relacionado à qualidade de vida e pode ter sido perdida durante o processo de internação, já que o paciente passa por um processo intensivo de cuidados dependentes da equipe de enfermagem, médica e fisioterápica (ROSSI et al., 2009). O autocuidado no domicílio implica para o paciente e seus familiares conhecer os limites para dor, percepção de melhora ou não, e auxilia na melhora do processo de cicatrização.

O modelo testado neste estudo teve enfoque no autocuidado, após a alta hospitalar, em relação à pele, amplitude de movimento e retorno às atividades sociais. Ele foi fundamentado na literatura e em informações trazidas pelos pacientes quanto a problemas para o autocuidado. A intervenção consistiu de um apoio individualizado (modelo educativo), composto por informações sobre os cuidados a serem realizados pelos participantes (considerando-se os seus cuidadores como participantes secundários), desde as últimas semanas de internação até seis meses da alta hospitalar.

OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Comparar um modelo educativo com seguimento por telefone para o autocuidado na fase de reabilitação (grupo intervenção), com cuidado preconizado no serviço de saúde (grupo controle), usando estado de saúde, autoeficácia e o retorno ao trabalho de vítimas de queimaduras como desfechos, seis meses após a alta hospitalar.

4.2 Objetivos específicos

Objetivo 1

Comparar o estado de saúde de indivíduos vítimas de queimaduras que participaram de um programa educativo com seguimento por telefone, durante o período de seis meses após a alta hospitalar (grupo intervenção - GI) com o estado de saúde de indivíduos vítimas de queimaduras que receberam as informações, de acordo com a rotina do serviço (o grupo controle - GC), seis meses após a alta hospitalar.

Hipótese alternativa: os participantes do GI apresentarão melhores escores no estado de saúde avaliado seis meses após a alta hospitalar do que GC.

Objetivo 2

Comparar a autoeficácia de indivíduos do grupo intervenção e do grupo controle, aos seis meses da alta hospitalar.

Hipótese alternativa: O grupo intervenção apresentará melhores escores na avaliação da autoeficácia do que aqueles que participaram do grupo controle, aos seis meses da alta hospitalar.

Objetivo 3

Comparar o retorno ao trabalho de indivíduos vítimas de queimaduras do GI com o retorno ao trabalho de indivíduos vítimas de queimaduras do GC, seis meses após a alta hospitalar.

Hipótese alternativa: a proporção de indivíduos que participaram do GI que retornou ao trabalho, avaliada seis meses após a alta hospitalar, será maior do que de indivíduos que participaram do GC.

4.3 Objetivos exploratórios

Objetivo 4: comparar o estado de saúde de vítimas de queimaduras que participaram do GC com as participantes do GI, considerando as medidas obtidas no 12º mês após alta hospitalar.

Objetivo 5: comparar o impacto do evento, a depressão, a ansiedade e autoeficácia, entre os indivíduos que participaram do GC com os participantes do GI, ao longo do acompanhamento do estudo.

Objetivo 6: avaliar a satisfação com a intervenção educativa e a aceitabilidade da intervenção de acordo com a percepção dos indivíduos que participaram do modelo educativo.

MÉTODOS

5 MÉTODOS

A apresentação deste tópico foi adaptada das recomendações do *Consolidated Standards of Reporting Trials 2010* (SCHULZ et al., 2010), para melhor apresentação dos dados.

5.1 Delineamento do estudo

Estudo com delineamento experimental, de tipo ensaio clínico controlado randomizado, no qual se busca avaliar os efeitos de um tratamento sobre seu desfecho, com a participação aleatória de um grupo controle (que não recebe a intervenção) e um grupo experimental (que recebe a intervenção) (HULLEY et al., 2003).

5.2 Participantes

5.2.1 Critérios de seleção

Foram incluídos indivíduos que:

- sofreram queimaduras, adultos (18 anos ou mais), de ambos os sexos;
- aqueles que se queimaram pela primeira vez e necessitaram ser internados na Unidade de Queimados da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – UE-HCFMRP;
- apresentavam condições cognitivas que possibilitasse a participação (ser capaz de dizer o endereço onde vive, dia da semana e do mês e sua idade ou data de nascimento)
- tinham condições físicas que permitiam a realização do autocuidado;
- possuíam um telefone ou algum familiar ou amigo próximo que tinha um telefone para contato.

Foram excluídos indivíduos que:

- se queimaram por motivo de tentativa de suicídio ou apresentavam diagnósticos psiquiátricos, neurológicos (doença de Alzheimer, esclerose) e psicológicos que o impediriam de responder as perguntas dos instrumentos e de se autocuidarem, desde que diagnosticadas e registradas no prontuário do paciente;
- cumpriam pena em regime prisional fechado.

5.2.2 Tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi calculado considerando-se a diferença mínima para detectar uma mudança estatisticamente significativa, caso ela existisse. A medida de desfecho primário foi o estado de saúde, avaliado por meio da *Burns Specific Health Scale- Revised*. Em um estudo de validação no Brasil, Ferreira et al. (2008) verificaram que a média da medida do estado de saúde pela BSHS-R foi de 121 (desvio padrão[dp]= 24). Utilizando o *software Power Analysis Statistical Software* (PASS), versão 2008 (HINTTZE, 2008), ajustou-se a média do grupo de controle para 120, com desvio-padrão de 25,30 e 35 (para considerar possíveis desvios-padrão maiores neste estudo), nível de significância de 0,05 e poder de 80%. Detectou-se uma diferença de pelo menos 16 pontos na BSHS-R entre os dois grupos para concluir se haveria diferença estatisticamente significativa. Uma vez que essa diferença de 15% foi considerada clinicamente significativa, buscou-se recrutar ao menos 40 indivíduos em cada grupo, durante o período de coleta do estudo.

5.2.3 Aleatorização e cegamento

Tendo em vista que a extensão da queimadura poderia afetar a intervenção, foi realizada randomização estratificada e em bloco. Para assegurar que os grupos seriam equivalentes em relação à porcentagem de queimaduras, foram geradas duas listas de aleatorização, levando-se em consideração que um grupo seria composto por pacientes com a extensão da queimadura inferior a 20% e o outro superior a 20%.

As listas de números aleatórios foram geradas no SPSS “*Statistical Package for Social Sciences*”- IBM SPSS, versão 20.0. O responsável pelo alistamento dos pacientes não possuía a

lista gerada pelo programa. Além disso, a equipe da Unidade de Queimados, que não fazia parte do estudo, era cega em relação à intervenção. Como havia apenas três pesquisadoras coletando dados, usualmente, ao mesmo tempo, não foi possível alocar uma delas para ser uma avaliadora cega na avaliação dos resultados de acompanhamento de seis e 12 meses após a alta hospitalar.

5.3 Local de estudo e recrutamento dos pacientes

O estudo foi realizado na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. A Unidade é referência da região e recebe, para internação, aproximadamente, 150 pacientes por ano para tratamento por queimaduras. No período estudado, 48% dos pacientes admitidos eram crianças ou internaram para cirurgias reparadoras. A unidade possui uma área de internação com dez leitos, duas salas de cirurgia e dois ambientes para atendimento ambulatorial. O atendimento aos pacientes adultos e crianças é feito por uma equipe multidisciplinar que aborda os pacientes internados na fase aguda à fase de reabilitação (ambulatório). Ela é composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional e assistente social.

O período de inserção dos pacientes no estudo correspondeu à “fase aguda de reabilitação” e o período de seguimento à “fase de reabilitação de longa duração” (ADCOCK; BOEVE; PATTERSON, 1998; SERGHIU; COWAN; WHITEHEAD, 2009). Para os autores Bryant (1996), Lawrence; Fauerbach e Munster (1996) e Taal e Faber (1997), no período escolhido para acompanhamento desses pacientes (seis e doze meses após a alta hospitalar), o paciente passa por uma etapa de adaptação e problemas psicológicos como depressão, ansiedade, baixa autoestima e estresse pós-traumático que podem aparecer ou persistir após a alta hospitalar, afetando, também, o estado de saúde desses pacientes. Além disso, corresponde ao período no qual as cicatrizes se encontram em etapa de maturação, ocorrendo, nessa fase, as maiores mudanças, e, na qual as queixas, como a presença de prurido e, ainda, a necessidade de cuidados, como hidratação e uso de malhas compressivas e silicone, podem ser mais frequentes.

O recrutamento dos pacientes deste estudo ocorreu, primeiramente, por meio da identificação dos pacientes internados, no livro de registro de internação e alta de pacientes e pela pesquisadora responsável que frequentava diariamente a Unidade. Na etapa de acompanhamento, após a alta, na fase ambulatorial, alguns pacientes já apresentavam consultas médicas com retornos agendados nos mesmos períodos de desenvolvimento da

pesquisa. Outros foram identificados por meio do caderno de agendamento de retorno no ambulatório. Na ausência de consulta agendada, as pesquisadoras envolvidas selecionavam a melhor data para o seu retorno, baseada na opinião do paciente e no período de coleta de dados. Os pacientes que não tinham retorno nos períodos de coleta de dados ou que não compareceram no retorno ambulatorial foram convidados a continuar a participação no estudo por telefone, carta ou correio eletrônico (APÊNDICE A). O endereço e o telefone foram obtidos por meio do sistema informatizado do hospital. Os dados referentes ao trauma e cirurgias foram coletados dos prontuários dos pacientes.

Nessa etapa de recrutamento ambulatorial, quando não eram obtidas respostas pelo envio de carta, telefonemas ou correio eletrônico sobre o agendamento de retorno, submetia-se um pedido de convocação de pacientes ao serviço de assistência social do Hospital. A convocação era feita apenas nos casos em que era possível justificar a necessidade do seguimento, independente do estudo.

Todos os participantes foram previamente informados sobre a finalidade do estudo e somente aqueles que atenderam os critérios de inclusão e que concordaram em participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido participaram do estudo (APÊNDICES B e C).

5.4 Intervenção

5.4.1 Grupo controle

O grupo alocado GC recebeu as informações sobre os cuidados a serem realizados no domicílio pela equipe da Unidade de Queimados, conforme rotina, durante todo o estudo. Para esse grupo, no dia da alta hospitalar, o médico, enfermeiro e fisioterapeuta explicaram os cuidados a serem realizados, de acordo com a necessidade de cada indivíduo, incluindo cuidado com as feridas e cicatrizes, medicamentos a serem utilizados, e exercícios fisioterápicos.

Para alguns pacientes, sem critérios explícitos, era entregue por algum membro da equipe, um *folder* de coloração branca e preta, com a descrição dos cuidados (com curativo, alimentação, higiene, atividade física, proteção solar e uso da malha elástica) a serem

realizados pelos pacientes - Orientação para Alta (APÊNDICE D). Nos retornos ambulatoriais, quando esses pacientes apresentavam dúvidas, eles recebiam as informações oralmente pela equipe que estava realizando atendimento no dia. Em caso de dúvidas do paciente, frente às pesquisadoras envolvidas no estudo, elas respondiam e explicavam de forma padronizada como realizada pelos membros da Unidade de Queimados.

5.4.2 Grupo intervenção

Utilizou-se um modelo educativo elaborado por Stuchi et al. (2011), intitulado “Orientações sobre os cuidados com queimadura após alta hospitalar”, incluindo mensagens educativas alicerçadas ao referencial teórico de BANDURA (1977), valendo-se dos recursos persuasivos, utilização de desenhos, vídeos e animações.

Esse modelo educativo compreendeu a utilização de um material educativo impresso (folhetos) e no formato de *slides*, apresentados em um computador portátil. Esse material foi elaborado a partir de animação com uso de *software* (apresentação em *slides*) e editoração eletrônica com uso do *software* *farewords*. Foram elaboradas 540 fotos com reedição de 147 e obtiveram-se um vídeo e folhetos para impressão (APÊNDICE E). As fotos foram agrupadas segundo assuntos nas telas do programa. A composição das telas se deu a partir da elaboração de um menu composto por temas de apresentação: função da pele, queimadura, cicatrização, cicatrizes, autoimagem, convívio familiar, convívio social, lazer, malhas, massagem e hidratação, prurido, silicone e exercícios fisioterápicos.

O modelo educativo passou por validação de aparência e conteúdo por profissionais como: psicólogo, enfermeiro, fisioterapeuta, médico (cirurgião plástico) e docente da área de saúde, para avaliação do material educativo. Foi aplicado um instrumento para viabilizar o processo de validação e realizada modificação do material de acordo com as sugestões emanadas (STUCHI et al., 2011).

Além dos materiais anteriormente citados, foi elaborado um roteiro para realização das ligações telefônicas (seguimento), incluindo a avaliação do paciente e as informações educativas (APÊNDICE F). Para elaboração do conteúdo, que seria utilizado no seguimento por telefone, foi realizada revisão bibliográfica e após a redação do texto. Foram realizadas validação de aparência e conteúdo do roteiro para seguimento por telefone, selecionando-se para a realização desse procedimento: pacientes, publicitário, enfermeiro e operador de televendas.

Os pacientes alocados nesse grupo receberam todo o protocolo de intervenção: informações educativas sobre o autocuidado no domicílio desde o início da internação, folhetos explicativos para realização das atividades de autocuidado e as ligações telefônicas previstas (três), no período de seis meses após a alta hospitalar.

Além da pesquisadora principal, duas enfermeiras aplicaram a intervenção. Essas enfermeiras participaram de um treinamento para aplicar a intervenção educativa, promovido pela pesquisadora principal do estudo. Esse treinamento iniciou-se em junho de 2012, com a apresentação formal do projeto e do protocolo de intervenção; aproximação das enfermeiras do campo prático de coleta de dados; revisão de conteúdo sobre fisiopatologia, curativos e tratamento na fase de reabilitação do paciente queimado. Incluiu, ainda, treinamento em relação ao processo de coleta de dados. Duas fisioterapeutas, que também participaram da coleta de dados, e os profissionais da Unidade eram cegos em relação à intervenção.

5.5 Protocolo da intervenção educativa

5.5.1 Fase de hospitalização (últimas semanas de internação)

A intervenção educativa, embora abordasse vários aspectos do tratamento das vítimas de queimaduras, durante a fase de reabilitação, foi conduzida somente por enfermeiros treinados. Foi priorizada a abordagem ao paciente do grupo intervenção em ambiente privativo ou, pelo menos, na ausência do paciente do grupo controle e da equipe da Unidade.

Antes de abordar o paciente, o enfermeiro responsável pela intervenção deveria perguntar ao paciente o momento adequado para discutir dúvidas sobre o tratamento, uma vez que o paciente poderia estar sob efeito de medicamento, sentindo dor, com visitantes ou mesmo preferindo ficar sozinho naquele momento. Após confirmação da aceitação para discutir as dúvidas, o enfermeiro deveria iniciar a discussão. Caso o paciente não apresentasse qualquer dúvida, o profissional estimularia uma discussão, por meio de perguntas mais amplas sobre conhecimento do processo de recuperação após um trauma por queimadura e sobre que tipos e como seriam os cuidados que deveriam ser realizados no domicílio, durante o processo de reabilitação.

Não houve tempo definido para a discussão com cada paciente do grupo intervenção, sendo definido de acordo com a necessidade do voluntário que ficou à vontade para responder

as perguntas da pesquisa. A duração das discussões esteve relacionada às necessidades abordadas.

Não foi estabelecido um número determinado para as abordagens do paciente, no entanto, foi definido que seria realizada discussão das dúvidas na última semana de internação e que, no momento da alta ou quinze dias após, seria realizada outra abordagem para explicação, reforço do tratamento a ser realizado no domicílio, e sobre o conhecimento do processo de recuperação após o trauma por queimadura.

Nesse tempo, entre a primeira e a segunda abordagem, foi permitido ao paciente que apresentasse novas dúvidas ou abordasse assuntos específicos com a pesquisadora como, por exemplo, sobre o apoio familiar, ansiedade, medo, o que poderia demandar novas abordagens. As pesquisadoras ficavam disponíveis e acessíveis por telefone, caso houvesse necessidade. Assim, a intervenção educativa era realizada de forma individualizada, respeitando as necessidades de cada paciente, bem como o tempo assimilação da ocorrência do trauma.

Para as duas fases, hospitalar e ambulatorial, os pacientes recebiam um conteúdo mínimo para o autocuidado: função da pele, queimaduras, cicatrização, hidratação e exercícios. As recomendações para os cuidados básicos estão apresentadas no Quadro 1 e as fases da intervenção discutidas a seguir.

Cuidados	Recomendação/dosagem
Exercícios fisioterápicos	Realizar três sessões ao dia, com 10 repetições cada
Hidratante (creme ou óleo)	Passar na pele a cada duas horas ou sempre que sentir a pele ressecada (“repuxando”)
Filtro solar	Passar a cada três horas, e/ou após suar e molhar
Malha compressiva	Usar 23 horas/dia
Silicone	Início 6-8 horas/dia (depois seguia conforme necessidade e avaliação da pele pelo profissional de fisioterapia)

Quadro 1- Recomendações para os cuidados básicos a serem realizados no domicílio

Fase I: discussão sobre conhecimento

O objetivo desta etapa foi identificar possíveis dúvidas em relação ao processo de recuperação, após o trauma por queimadura, problemas emocionais e familiares que poderiam influenciar a volta para casa do paciente e a continuidade do tratamento, na fase de reabilitação. Nesse momento, as dúvidas ou os questionamentos abordados eram discutidos e respondidos. Caso as pesquisadoras não soubessem responder algo, propunham ao paciente uma nova discussão após a busca desse conhecimento. Todos os itens discutidos, bem como as soluções apresentadas para cada dúvida foram anotados na folha de “Acompanhamento durante a internação: planejamento do cuidado” (APÊNDICE G). A duração dessa etapa de abordagem variou entre 10 e 40 minutos.

Fase II: reforço dos itens discutidos e do tratamento a ser realizado no domicílio pelo paciente

Para cada item discutido na primeira abordagem, o pesquisador buscou reforçar os conceitos e recomendações a serem realizadas, em casa, pelo paciente, por meio do material educativo desenvolvido em um computador portátil. Na alta hospitalar ou quinze dias após, foram entregues os folhetos educativos, baseados nas dúvidas e nos cuidados principais a serem realizados em casa, segundo a necessidade de cada paciente. Caso houvesse novas dúvidas no dia de entrega dos folhetos, elas eram discutidas e novos folhetos educativos eram entregues no segundo retorno do paciente ao ambulatório.

5.5.2 Após alta hospitalar:*Fase III: seguimento ambulatorial e ligações telefônicas*

Os participantes foram reinformados sobre a continuidade do acompanhamento, após receberem a alta hospitalar, e sobre as consultas-padrão ambulatoriais agendadas. A cada consulta com o paciente do grupo intervenção, era discutido sobre o tratamento, como perguntas de rotina do tratamento ambulatorial. Se o paciente não estivesse realizando as atividades recomendadas, ressaltava-se a importância do autocuidado na fase de reabilitação após queimadura. Caso o paciente apresentasse algum problema, como insônia, medo, falta de apoio familiar, eram discutidos esses aspectos com os profissionais da Unidade, com a psicóloga e os médicos, a fim de favorecer um tratamento multidisciplinar adequado.

Foram marcados retornos ambulatoriais para seis meses e doze meses após a alta hospitalar, para os pacientes de ambos os grupos. Para o grupo intervenção, foram realizadas três ligações telefônicas. Nessas ligações, a pesquisadora reforçava positivamente quando o paciente estava desempenhando o autocuidado: encorajava o paciente a começar ou manter as atividades prescritas, discutia sobre as barreiras para realização das atividades e fazia sugestões para ultrapassar essas barreiras, sempre de acordo com a necessidade de cada paciente.

As ligações telefônicas obedeceram a um roteiro previamente elaborado de forma a torná-las padronizadas. Elas foram gravadas, com o consentimento dos participantes, para que fossem analisadas as respostas dos pacientes e verificados os ajustes necessários no programa (pontos a serem reforçados, dúvidas apresentadas e informações do paciente em relação aos resultados).

5.6 Desfechos

Dados sociodemográficos e clínicos: esse formulário contém três partes: A, B e C.

A parte A foi utilizada para a coleta de dados de identificação (data da coleta de dados, data de nascimento, idade, sexo, estado civil, anos de estudo, procedência, ocupação, se estudante e empregado antes da queimadura, situação trabalhista antes do acidente, renda familiar e individual, internação (dia e hora do acidente, data da internação, agente etiológico, superfície corporal queimada – SCQ, localização da queimadura, agente causador da queimadura, breve história do acidente (APÊNDICE H).

As partes B e C contêm informações, respectivamente, sobre a avaliação clínica (data da cirurgia, número e tipo de cirurgia, se fez amputação, se está de alta definitiva ou tinha cirurgia agendada; e, ainda, dados coletados na parte A, para serem reavaliados, pois poderia haver mudanças no período de seis e 12 meses após o trauma do paciente (APÊNDICES I e J). Após consentimento, esses formulários foram validados quanto ao conteúdo e aparência por um comitê de juízes (APÊNDICE L), composto por dois enfermeiros doutores, uma fisioterapeuta especialista na área de queimados, uma aluna de mestrado e uma de doutorado. Foram realizados ajustes na formatação e categorização dos dados, por exemplo, para a categoria estado civil, tipo de cirurgia, regiões do corpo afetadas, entre outros.

5.6.1 Desfechos primários

-Estado de saúde

Burns Specific Health Scale – BSHS-revised (BLALOCK; BUNKER; DEVELLIS, 1994) versão brasileira (FERREIRA et al., 2008): escala proposta para avaliar estado de saúde percebido pelos indivíduos que sofreram queimaduras. É composta por 31 itens, divididos em seis domínios: habilidades para funções simples, sensibilidade da pele, tratamento, afeto e imagem corporal, trabalho e relações interpessoais. As respostas são computadas em uma escala tipo Likert de cinco pontos. Para o cálculo dos escores, devem-se somar, individualmente, os itens de cada domínio e dividir esse valor pelo número de itens do domínio correspondente. Os valores obtidos na soma podem variar de 31 a 155. Assim como no estudo que apresentou a validação dessa escala, altos valores indicarão melhor estado de saúde. Esse instrumento apresentou boa consistência interna em estudo anterior (alfa de Cronbach de 0,94) (FERREIRA et al., 2008) (ANEXO A).

-Autoeficácia geral percebida

Escala de Autoeficácia Geral Percebida (SCHWARZER; JERUSALEM, 1995) é uma escala válida para o português (SOUZA; SOUZA, 2004) para avaliar a percepção geral de autoeficácia, com o objetivo de prever a capacidade de superar as dificuldades diárias como também a adaptação depois de experimentar todos os tipos de eventos estressantes da vida. Instrumento, com 10 itens, composto por escala de resposta tipo Likert, distribuídas de 1 a 5 (1=discordo totalmente e 5=concordo totalmente). Os valores obtidos na soma podem variar entre 10 e 50, quanto maior a pontuação maior a percepção de autoeficácia. Esse instrumento apresentou boa consistência interna (alfa de Cronbach de 0,81) para pacientes brasileiros em estudo prévio (SOUZA; SOUZA, 2004) (ANEXO B).

Retorno ao trabalho: para analisar o retorno ao trabalho, definiu-se como “ativo” as pessoas que se encontravam trabalhando, com vínculo formal ou informal, exceto aquelas que trabalham em casa, classificadas como *do lar*.

5.6.2 Desfechos secundários

-Ansiedade e depressão

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (ZIGMOND; SNAITH, 1983) validada para a população brasileira por BOTEGA et al., 1995: composta por 14 itens do tipo múltipla escolha, com pontuação que varia de 0 a 3, dos quais sete são dirigidos para a avaliação dos sintomas de ansiedade (HADS-A) e sete para os sintomas de depressão (HADS-D). Cada subescala pode pontuar de 0 a 21 pontos, sendo altos valores e maior média indicativos de maiores níveis de ansiedade e depressão. Os dados foram analisados como variáveis contínuas, sendo maior a média de cada subescala, maior o sintoma de ansiedade ou depressão. O instrumento foi traduzido e validado para o Brasil com uma amostra de um hospital geral e foi obtido um alfa de Cronbach de 0,68 e 0,77, para as subescalas de ansiedade e depressão, respectivamente (BOTEGA et al., 1995) (ANEXO C).

-Estresse pós-traumático

Impact of Event Scale (IES) (HOROWITZ; WILNER; ALVAREZ, 1979): escala específica para avaliar dois aspectos psicológicos importantes do estresse pós-traumático. É composta por 15 itens divididos em duas subescalas: sete itens que compõem a subescala que avalia pensamentos intrusivos e oito itens que avaliam reações de evitação. Na versão adaptada para ser aplicada no Brasil (ECHEVARRIA-GUANILO et al., 2011), cada item é respondido em uma linha visual de 100mm acompanhada de sequência numérica e duas palavras âncora “isso não descreve o que acontece comigo” (zero) e “isso descreve bem o que acontece comigo” (10). O valor total da escala é obtido pela soma dos valores das subescalas, e pode variar de zero a 150 pontos. Quanto maior o valor maior o estresse pós-traumático ou impacto do evento frente a queimadura (HOROWITZ; WILNER; ALVAREZ, 1979). Essa escala foi validada para pacientes brasileiros por Echevarría- Guanilo et al., 2011 (ANEXO D).

Satisfação e aceitabilidade da intervenção educativa

Questionário de satisfação e aceitabilidade de um Modelo Educativo para Reabilitação de Vítimas de Queimaduras (GONÇALVES et al., 2013): composto por 21 questões fechadas e 12 abertas (APÊNDICE M). O instrumento foi elaborado por duas enfermeiras com experiência em pesquisa, prática clínica e desenvolvimento de instrumentos, sendo estruturado segundo as etapas que compuseram o modelo educativo: 1) necessidades/dúvidas

sobre o autocuidado em casa, complicações e consequências da queimadura (durante a internação); 2) abordagem das necessidades observadas sobre o autocuidado, com auxílio de material educativo informatizado e impresso (folheto ilustrativo) referente aos cuidados a serem tomados em casa; 3) reforço das orientações e verificações de dúvidas por meio de ligações telefônicas, durante o seguimento de seis meses após a alta hospitalar. Após sua elaboração, o instrumento foi avaliado em relação à forma e ao conteúdo por um comitê de juízes com experiência em estudos de intervenção, e foi considerado adequado ou foram realizados ajustes. Foi sugerido mudar as palavras entrevista e intervenção; explicar como foram realizadas as etapas do modelo educativo; e inserir “não me lembro” como opção de resposta (APÊNDICE N).

5.7 Procedimento para coleta de dados

Coleta de dados das variáveis clínicas, demográficas, estado de saúde, ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, autoeficácia e procedimentos realizados no acompanhamento estão descritas em oito etapas, a seguir, expostas na Figura 2.

1ª etapa: após 48 a 72 horas de internação, eram realizados esclarecimentos sobre a pesquisa aos potenciais participantes, obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes (APÊNDICES B e C). Era preenchido o formulário de caracterização dos sujeitos parte A (APÊNDICE H), obtendo-se os dados por meio de informação direta com os participantes e por meio da consulta aos registros dos prontuários dos pacientes e, atualizados durante os retornos ambulatoriais e contatos pelo telefone. Foram aplicadas as escalas HADS, IES e Autoeficácia Geral Percebida, sempre na mesma ordem, a todos os sujeitos.

2ª etapa: após a primeira coleta de dados, o pesquisador que realizou a entrevista enviava uma mensagem por correio eletrônico com informação sobre a porcentagem da superfície corporal queimada do(s) paciente(s) entrevistado(s) a um membro do grupo de pesquisa que possuía a lista de aleatorização. Esse membro informava por correio eletrônico a qual grupo pertencia o participante (grupo controle ou grupo intervenção). Quando era realizada mais de uma entrevista no mesmo dia, na primeira fase do protocolo, eram enviados ao membro da equipe que possuía lista, o nome dos pacientes, de acordo com a ordem de internação.

3ª etapa: nas últimas semanas de internação, identificadas por meio do contato constante com o paciente e da evolução do mesmo, para os pacientes do **GI**, era realizada a atividade educativa proposta por Stuchi et al. (2011), seguindo-se as fases do protocolo de intervenção já descritas anteriormente e, para os participantes do **GC**, era mantida a rotina da Unidade.

4ª etapa: no momento da alta hospitalar e em até duas semanas após a alta, era aplicado, sempre na mesma ordem, o conjunto de questionários HADS, IES e a Escala de Autoeficácia Geral Percebida, aos pacientes participantes de ambos os grupos **GC** e **GI**. Nesse momento, eram estipulados como mínimos de quatro atendimentos ambulatoriais para ambos os grupos (**GC** e **GI**) até que completassem doze meses após a alta hospitalar. Todos os participantes receberiam, como é rotina no serviço, a malha compressiva (sempre que necessário). Também era fornecido aos participantes de ambos os grupos o creme hidratante manipulado (*cold cream*) prescrito pelo médico e de uso rotineiro na Unidade de Queimados. Nesse momento (na alta hospitalar), os pacientes também eram avaliados em relação às variáveis clínicas conforme parte B do formulário para coleta de dados (APÊNDICE I).

5ª etapa: após quatro a seis semanas da alta hospitalar, a pesquisadora realizava o primeiro contato via telefone com os pacientes do **GI**, seguindo uma sequência de um contato a cada quatro/seis semanas, totalizando três contatos via telefone, no período de seis meses após a alta hospitalar.

6ª etapa: no final do sexto mês da alta hospitalar, depois de concluído o período de acompanhamento, era agendado um retorno ambulatorial com os integrantes dos grupos **GC** e **GI** e eram aplicados os seguintes questionários: parte C, HADS, IES, BSHS-R, Escala de Autoeficácia Geral Percebida, seguindo a padronização do estudo, foram aplicados sempre na mesma ordem. (APÊNDICE J).

7ª etapa: no final do décimo segundo mês após a alta hospitalar, era agendado um retorno ambulatorial com os integrantes dos grupos **GC** e **GI** e eram aplicados os seguintes questionários: parte C, HADS, IES e BSHS-R e a Escala de Autoeficácia Geral Percebida. (APÊNDICE J).

8ª etapa: após a finalização da fase de coleta de dados, aos 12 meses depois da alta hospitalar, os pacientes do grupo intervenção eram contatados por telefone por um membro do grupo de pesquisa, que não havia tido contato com os pacientes, a fim de avaliar a satisfação e aceitabilidade da intervenção educativa testada.

Para todas as situações, caso o paciente não apresentasse condições de preencher os instrumentos por dificuldades físicas (lesões, dificuldade visual, entre outras) ou por não saber

ler e/ou escrever, ele era informado da possibilidade de a pesquisadora responsável ler pausadamente e, após, preencher o instrumento.

Em todos os retornos agendados no ambulatório os participantes eram avaliados, por um fisioterapeuta, um médico e uma enfermeira, em relação às características da lesão (hidratação e elasticidade) e amplitude de movimento. Sempre que necessário, durante os retornos ambulatoriais, os pacientes receberam a reposição do creme hidratante, malha compressiva e silicone. A Figura 2, a seguir, representa, esquematicamente, os procedimentos realizados.

Figura 2 – Representação esquemática do seguimento dos pacientes vítimas de queimaduras e da coleta de dados.

5.8 Tratamento dos dados e análises estatísticas

Os dados obtidos foram organizados, digitados e analisados no programa *Statistical Package Social Science* - IBM SPSS, versão 20.0. Análises descritivas foram realizadas para todas as variáveis. Para comparar os dois grupos no tempo da internação, foi utilizado o teste t de Student para variáveis numéricas (idade, anos de educação, SCQ, tempo de internação hospitalar e número de cirurgias) e qui quadrado para todas as variáveis categóricas.

Para responder aos objetivos 1 (hipótese 1) e 4, foram comparadas as médias da BSHS-R aos seis e 12 meses da alta hospitalar, entre os GI e GC, por meio do teste t de Student para amostras independentes.

Para responder o objetivo 2 (hipótese 2), foram comparadas as médias de autoeficácia percebida entre os grupos intervenção e controle aos seis meses, ajustadas para a resposta da alta hospitalar, por meio de análise de covariância.

Para responder o objetivo 3 (hipótese 3) foram comparadas a situação trabalhista entre GI e GC, antes da internação, seis e 12 meses após a alta hospitalar, por meio do teste qui quadrado.

Para responder ao objetivo 5, foram comparadas ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, entre GI e GC, na internação, alta, seis e 12 meses após a alta hospitalar por meio do teste t de Student para amostras independentes.

Para responder ao objetivo 6, foi utilizada análise descritiva.

As análises das variáveis coletadas aos 12 meses da alta hospitalar foram exploratórias. O nível de significância adotado foi de 0,05.

5.9 Considerações ética

Esta tese de doutorado incluiu os objetivos de dois projetos, inicialmente intitulados: 1) “Avaliação do estado de saúde de vítimas de queimaduras e seu impacto no retorno ao trabalho”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com o Processo HCRP nº2199/2010 e 2) “Modelo educativo para o autocuidado para pacientes que sofreram queimadura: seguimento por telefone após alta hospitalar”, também aprovado pelo mesmo Comitê supracitado, de acordo com o Processo HCRP nº2207/2010 (ANEXOS E e F).

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 (profissionais e pacientes) e, após a concordância deles, os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido dos dois projetos foram assinados por aqueles que concordaram em participar e pelo pesquisador, conforme regulamenta os dispositivos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (1998). Os pacientes foram informados sobre a possibilidade de serem incluídos em um dos grupos após a alocação aleatória. Também foram esclarecidos sobre a presença dos dois TCLE em um único estudo. A todos os participantes, independente do grupo em que estiveram alocados, foi dada a oportunidade de esclarecimento de dúvidas relacionadas ao estudo ou tratamento da queimadura e foi oferecido auxílio transporte aos pacientes e seus familiares, que necessitaram acompanhá-los, durante o período do estudo (seis e 12 meses após a alta hospitalar).

5.9.1 Riscos e benefícios

A intervenção educativa proposta neste estudo não ofereceu nenhum tipo de risco aos participantes, uma vez que vários estudos que seguiram metodologia semelhante foram realizados, sem que houvesse danos aos pacientes. Todos os pacientes que participaram foram voluntários e apenas responderam aos questionários e realizaram os cuidados se assim o desejassem. Todos os cuidados foram informados para a equipe da Unidade de Queimados e não infringiram em nenhum momento quaisquer atividades ou cuidados já priorizados na mesma.

RESULTADOS

6 RESULTADOS

Dentre os 104 pacientes entrevistados na alta hospitalar (*baseline*), 71 completaram os 12 meses de seguimento do estudo. A Figura 3 mostra o fluxograma, incluindo as perdas de seguimento para o GI e o GC. Durante o período de internação, ocorreu um óbito no GI. (Figura 3). Na segunda etapa da entrevista (alta hospitalar), três pacientes (um do GI e dois do GC) saíram de alta em dia em que a pesquisadora não se encontrava na Unidade e não retornaram à consulta ambulatorial de rotina (uma semana após a alta), e um deles estava foragido da polícia. Entre seis e doze meses após alta, muitos pacientes não retornaram à Unidade após terem sido convidados por telefones, cartas e correio eletrônico. Oito desses pacientes concordaram em participar da pesquisa pelo correio (n=4), telefone (n=3) e correio eletrônico (n=1). Nenhum paciente reportou dificuldade de responder aos questionários.

Legenda: GI - grupo intervenção/GC - grupo controle

Figura 3 - Fluxograma do recrutamento e seguimentos dos pacientes, segundo grupos aleatorizados.

Dados sociodemográficos e clínicos dos participantes

As características demográficas e clínicas, dos participantes dos GI e GC, coletadas durante a internação estão apresentadas na Tabela 1. Somente para variável idade houve uma diferença estatisticamente significativa entre as médias dos participantes do GI e GC (40,3 vs 34,0) ($p=0,02$). Em ambos os grupos, houve predomínio de participantes do sexo masculino (70,0% no GI e 65,0% no GC). A média dos anos de estudo foi ligeiramente menor para o GI ($\bar{x}=7,6$; $dp=3,9$) do que para o GC ($\bar{x}=8,8$; $dp=4,0$), bem como a porcentagem de participantes empregados (72,0% vs 73,0%), desempregado (17,0% vs 18,0%), e recebendo auxílio (4,0% vs 5,5%). O GI apresentou predomínio de pessoas casadas ou vivendo com companheiro (60,4%) quando comparado ao GC (53,0%).

O local de maior ocorrência de acidentes foi o domicílio (GI=60,0% e GC=65,5%), seguido do ambiente de trabalho (GI=34,0% e GC=27,3%) em ambos os grupos. O principal agente causador foi o fogo associado ao álcool para ambos os grupos (GI=26,4% e GC=33,0%). O grupo intervenção apresentou predomínio de queimaduras causadas por fogo direto (17,0% vs 11,0%) e eletricidade (17,0% vs 7,3%) comparado ao grupo controle. Além de menor porcentagem de queimaduras causada por escaldadura (15,1%) e explosão (13,2%) comparado ao GC (18,2 e 14,5%, respectivamente).

O GI apresentou predomínio de queimaduras de segundo e terceiro grau (GI=13,2% vs GC=12,7%), maior número de cirurgias dentre os seis meses de seguimento ($\bar{x}=2,0$; $dp=2,4$, intervalo 1-10 vs. $\bar{x}=1,5$, $dp=1,3$, intervalo 1-7), maior tempo de internação ($\bar{x}=22$ dias vs $\bar{x}=19,9$), e maior número de reinternações que o grupo controle (16,3% vs 4,3%).

Até seis meses da alta hospitalar, sete pacientes do GI (16,3%) e dois (4,3%) do GC reinternaram. De seis a 12 meses de acompanhamento, apenas os participantes GI apresentaram reinternações (3; 9,3%).

Tabela 1 - Características demográficas e clínicas dos participantes durante a internação hospitalar. Ribeirão Preto, SP, 2014

Características/grupos	Grupo intervenção (53)			Grupo controle (55)			
Dados demográficos	% (n)	Média (dp)	Mediana (Mín, Máx)	% (n)	Média (dp)	Mediana (Mín, Máx)	p
Idade (anos)		40,4 (14,8)	38,5 (18,3-83,1)		34,0 (12,2)	31,0 (19,5-64,4)	0,02
Educação, anos		7,6 (3,9)	8,0 (0-16)		8,8 (4,0)	10 (0-16)	0,11
Sexo masculino	69,8(37)			65,5 (36)			0,63
Estado civil, casado/tem companheiro(a)	60,4 (32)			52,7 (29)			0,42
Status trabalhista, em cada categoria							
Empregado	71,7 (38)			72,7 (40)			0,82
Desempregado	17,0 (9)			18,2 (10)			
Recebendo auxílio	3,8 (2)			5,5 (3)			
Aposentado	7,5 (4)			3,6 (2)			
Local do acidente, em cada categoria							
Domicílio	60,4 (32)			65,5 (36)			0,74
Trabalho	34,0 (18)			27,3 (15)			
Outros	5,7 (3)			7,3 (4)			
Agente causador, em cada categoria							
Fogo associado ao álcool	26,4 (14)			32,7 (18)			0,69
Fogo direto	17,0 (9)			10,9 (6)			
Eletricidade	17,0 (9)			7,3 (4)			
Escaldadura	15,1 (8)			18,2 (10)			

Continua

Conclusão

Características/grupos	Grupo intervenção (53)			Grupo controle (55)			<i>p</i>
	% (n)	Média (dp)	Mediana (Mín, Máx)	% (n)	Média (dp)	Mediana (Mín, Máx)	
Explosão	13,2 (7)			14,5 (8)			
Contato	5,7 (3)			9,1 (5)			
Outros	5,7 (3)			7,3 (4)			
Superfície corporal queimada		13,1 (11,3)	12,0 (0,5-59,5)		12,7 (9,5)	9,5 (0,5-42,0)	0,88
Grau da queimadura, em cada categoria							
Segundo grau	69,8 (37)			80,0 (44)			
Terceiro grau	17,0 (9)			7,3 (4)			0,30
Segundo e terceiro	13,2 (7)			12,7 (7)			
Cirurgia, fez cirurgia	78,8 (41)			79,6 (43)			0,92
Fez amputação*	3,8 (2)			3,7(2)			0,97
Tempo de internação*		22,0 (18,5)	15,0 (4-97)		19,9 (12,0)	17,0 (4-76)	0,50

* 52 pacientes do grupo intervenção e 54 do grupo controle.

Valor de *p* para variáveis contínuas e categóricas, por meio dos testes t Student e qui quadrado, respectivamente

Desfechos primários- estado de saúde, autoeficácia e retorno ao trabalho

Os resultados das medidas do estado de saúde, aos seis e doze meses após a alta hospitalar, segundo a participação no GI e GC estão apresentados na Tabela 2. Como estabelecido anteriormente, a variável estado de saúde (escore total da BSHS-R) foi usado para o cálculo do tamanho amostral. Como resultado, tivemos a necessidade de 40 indivíduos em cada grupo para observar uma diferença mínima e estatisticamente significativa entre os grupos. Assim, apenas a avaliação aos seis meses possui caráter confirmatório para nossa hipótese. Considerando que o estudo foi concluído aos 12 meses com um número inferior ao esperado para ambos os grupos (GI=32 e GC=39), os resultados nesta etapa foram analisados com caráter exploratório.

Ao compararmos os valores médios (escore total e domínios da BSHS-R) não constatamos diferenças estatisticamente significantes entre os grupos, não confirmando a hipótese inicial deste estudo (Tabela 2).

As médias dos domínios apresentaram-se semelhantes entre os grupos. Aos seis meses de acompanhamento, os participantes do GI apresentaram maiores escores para os domínios *Afeto e Imagem corporal* e *Sensibilidade da pele* quando comparados ao GC. A comparação das médias dos valores em cada domínio entre os grupos não mostrou diferenças de valores estatisticamente significantes, de acordo com o teste t *Student* para amostras independentes.

Tabela 2- Comparação entre as médias das medidas do estado de saúde do GC e GI, avaliadas seis e 12 meses após a alta hospitalar. Ribeirão Preto, SP, 2011 a 2012

Estado de saúde	Seis meses		<i>p</i> *	Doze meses		<i>p</i> *
	Média (dp)			Média (dp)		
	GI (43)	GC (46)		GI (32)	GC (39)	
Escore Total (BSHS-R)	129,8 (18,5)	127,0 (22,5)	0,52	130,0 (20,3)	129,0 (23,6)	0,88
Habilidades para funções simples	4,8 (0,3)	4,8 (0,3)	0,82	4,8 (0,4)	4,9 (0,4)	0,62
Tratamento	4,4 (0,7)	4,4 (0,7)	0,62	4,4 (0,7)	4,4 (0,8)	0,96
Trabalho	4,2 (1,0)	4,2 (1,1)	0,92	4,3 (1,2)	4,4 (1,0)	0,80
Relações Interpessoais	4,2 (0,7)	4,2 (0,7)	0,90	4,4 (0,7)	4,1 (0,7)	0,20
Afeto e imagem corporal	4,1 (0,9)	3,9 (1,1)	0,29	4,0 (1,0)	4,0 (1,1)	0,60
Sensibilidade da pele	3,4 (1,1)	3,3 (1,1)	0,61	3,4 (1,2)	3,7 (1,1)	0,40

*Valores de p para os domínios e para o escore total do estado de saúde proveniente do teste t *Student* para amostras independentes.

A apresentação dos resultados para as medidas da autoeficácia percebida ao longo do estudo estão disponíveis na Tabela 3. Os valores obtidos foram semelhantes intra e intergrupos nas quatro avaliações.

Para avaliar se haveria um efeito do tempo e intervenção em relação à autoeficácia, foi realizada análise de covariância aos seis meses após a alta hospitalar, ajustada para a autoeficácia na alta. Não houve diferença estatisticamente entre os grupos ($p=0,53$) (Tabela 3).

Tabela 3- Valores de autoeficácia percebida na internação, alta, seis e doze meses após a alta hospitalar, segundo grupos de pacientes. Ribeirão Preto, SP, 2014

Desfechos	Média (dp) do Grupo		<i>p</i>
	Intervenção	Controle	
Autoeficácia (PGSE)			
Internação (n ₁ =53; n ₂ = 55)*	41,0 (5,7)	39,4 (7,6)	0,53*
Alta hospitalar (n ₁ =51; n ₂ = 53)*	41,6 (6,0)	40,7 (5,7)	
Seis meses (n ₁ =43; n ₂ = 46)*	41,3 (6,4)	40,4 (7,4)	
12 meses (n ₁ =32; n ₂ = 39)*	41,1 (6,6)	40,2 (6,9)	

* Valor de *p* da análise de covariância do efeito da intervenção aos seis meses, ajustando pela autoeficácia na alta hospitalar.

Em relação à situação trabalhista, setenta e oito participantes foram classificados como ativos no momento da internação, sendo 38 do grupo intervenção e 40 do grupo controle. Aos seis meses após a alta hospitalar, 23 participantes foram classificados como ativos do GI e 26 do GC. Aos 12 meses da queimadura, 18 do GI e 22 do GC eram ativos.

Para comparar a situação trabalhista entre os grupos de participantes, aqueles que estavam desempregados, recebendo auxílio, do lar e aposentados foram agrupados em uma categoria chamada Inativo. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação à situação trabalhista (ativo e inativo) antes da internação ($p=0,90$), aos seis ($p=0,77$) e doze meses após a alta hospitalar ($p=0,99$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Comparação da situação trabalhista dos participantes antes da queimadura, seis e doze meses após a alta, segundo grupo de pacientes. Ribeirão Preto, SP, 2014

Porcentagem em cada Categoria de Situação Trabalhista			
Tempo	Ativo	Inativo	<i>p</i> *
	% (n)	% (n)	
Antes da Internação			
Intervenção (n=53)	71,7 (38)	14,7(15)	0,90
Controle (n=55)	72,7 (40)	27,3 (15)	
Seis meses após alta			
Intervenção (n=43)	53,5 (23)	19,3 (20)	0,77
Controle (n=46)	56,5 (26)	43,5 (20)	
Doze meses após alta			
Intervenção (n=32)	56,3 (18)	43,8 (14)	0,99
Controle (n=39)	56,4 (22)	43,6 (17)	

* valor de p para teste qui quadrado.

Considerando apenas o grupo que era ativo antes do trauma por queimadura (n=78), foi realizado o teste qui quadrado para verificar se haveria uma diferença na proporção de ativos aos seis meses da alta hospitalar e não foi encontrada diferença entre os grupos intervenção e controle ($p=0,91$) (Tabela 5). Desses participantes ativos antes da queimadura, cinco (17,5%) pertencentes ao grupo intervenção e sete (13,0%) do GC não participaram da entrevista aos seis meses da alta hospitalar.

Tabela 5- Comparação da situação trabalhista, entre os grupos controle e intervenção, aos seis meses da alta hospitalar, segundo participantes que estavam trabalhando antes da internação. Ribeirão Preto, SP, 2014

Situação trabalhista/ Grupo	Intervenção % (n)	Controle N(%)	p^*
Ativo	55,0 (22)	58 (22)	0,87
Inativo	27,5 (11)	29 (11)	
Não participaram da entrevista aos seis meses	17,5 (5)	13 (7)	
Total	100 (38)	100 (40)	

*Valor de p do teste qui quadrado para diferença entre os dois grupos.

Em relação às ligações telefônicas, no período de seis meses após a alta, realizadas para os pacientes do GI, o tempo médio para a primeira, segunda e terceira ligações foi, respectivamente, de 7,5 (dp=2,5; intervalo 4-15); 15,3; (dp=5,0; intervalo 8-39); 21,4 (dp=3,6; intervalo 14-28) semanas. A duração média das ligações foi de 7,0 minutos (dp=4,0; intervalo 2-17), 7,3 (dp=3,6; intervalo 2-16) e 7,0 (dp=4,0; intervalo 2-20), para primeira, segunda e terceira ligação, respectivamente. Devido a problemas no aparelho gravador, não foi possível gravar todas as ligações telefônicas. Um dos participantes não recebeu a segunda ligação e dois não receberam a terceira ligação, pois o contato por telefone foi perdido.

Durante a primeira ligação, dos 43 participantes do GI, 38 (90,5%) relataram fazer os exercícios recomendados; 21 (55,3%) usando filtro solar; 40 (100%) creme hidratante ou ácido graxos essenciais e 7 (39%) usando malha elástica. Em relação à frequência dos exercícios fisioterápicos recomendados, 17 (42%) dos participantes referiram realizar três a cinco vezes ao dia.

Nessa primeira etapa, para um (2,3%) participante não havia sido recomendado exercícios fisioterápicos por causa da área enxertada e uso do colar cervical; para cinco participantes (11,6%) não havia sido liberado o uso do filtro solar e para três (7,0%) o uso do hidratante por que ainda estava sendo realizado curativos na área; e 25 (58,1%) não tinham recebido indicação da malha elástica.

Na segunda avaliação, dos 42 participantes, 30 (71,4%) referiram realizar os exercícios recomendados, sendo que 16 (38,1%) cumpriam essa atividade três vezes ou mais ao dia. Dezenove (46,3%) faziam uso de filtro solar e, 39 (93%), creme hidratante. Nesse período, dos 42 participantes, 22 tinham recomendação para o uso da malha elástica e 13 (59%) participantes a utilizavam, mas 20 ainda não haviam recebido prescrições médicas para seu uso. Um paciente não usava filtro solar, pois teve reação alérgica e o uso foi suspenso.

Na terceira avaliação, vinte e dois (51,2%) participantes relataram realizar os exercícios, sendo que 11 (52%) com frequência de três ou mais séries ao dia e 17 (41,5%) faziam uso do protetor solar, 35 (81,4%) do hidratante e 13 (45%) da malha elástica. Para 14 participantes não tinha sido recomendado a malha elástica e para dois também não estava liberado o uso de filtro solar.

Desfechos secundários - ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e satisfação com a intervenção

Os valores das medidas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, segundo os grupos, coletados em quatro momentos distintos (internação, alta hospitalar, seis e 12 meses após a alta), estão apresentados na Tabela 6.

Na internação, os participantes do grupo intervenção apresentaram maiores médias de ansiedade ($\bar{x}=8,3$, $dp=4,0$) e depressão ($\bar{x}=5,5$, $dp=4,3$) comparadas aos do grupo controle ($\bar{x}=7,8$, $dp=4,0$; $\bar{x}=4,7$, $dp=3,5$, respectivamente) e as diferenças não foram estatisticamente significantes. Ao longo das avaliações, os participantes do GI apresentaram menos sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático quando comparados aos do GC.

Apesar de o principal interesse deste estudo ser a avaliação dos desfechos após seis meses da alta hospitalar, também, foi utilizado o teste t de Student para comparar as médias dessas variáveis aos 12 meses da alta. Aos seis meses da alta, a ansiedade foi estatisticamente menor para os participantes do GI ($p=0,03$), enquanto a depressão não o foi ($p=0,48$). Os participantes do GC apresentaram valores maiores para o estresse pós-traumático quando comparados aos do GI ($p=0,02$).

Tabela 6- Valores das medidas de ansiedade, depressão e impacto do evento, segundo os grupos, na internação, alta, seis e doze meses após a alta hospitalar. Ribeirão Preto, SP, 2014

Desfechos	Média (DP) do Grupo		<i>p</i> **
	Intervenção	Controle	
Ansiedade (HADS)			
Internação (n ₁ =53; n ₂ =55)*	8,3 (4,0)	7,8 (4,0)	0,55
Alta hospitalar (n ₁ =51; n ₂ =53)*	5,6 (3,3)	6,1 (3,8)	0,48
Seis meses (n ₁ =43; n ₂ =46)*	4,6 (3.5)	6,7 (5,0)	0,03
12 meses (n ₁ =32; n ₂ =39)*	5,7 (4,2)	6,4 (5,0)	0,50
Depressão (HADS)			
Internação (n ₁ =53; n ₂ =55)*	5,5 (4,3)	4,6 (3,5)	0,28
Alta hospitalar (n ₁ =51; n ₂ =53)*	3,1 (3,2)	3,8 (3,3)	0,21
Seis meses (n ₁ =43; n ₂ =46)*	3,8 (4,1)	4,4 (4,4)	0,48
12 meses (n ₁ =32; n ₂ =39)*	2,8 (3,1)	4,3 (4,0)	0,93
Impacto do Evento (IES)			
Escore total			
Internação (n ₁ =53; n ₂ =55)*	74,5 (29,7)	79,1 (32,4)	0,44
Alta hospitalar (n ₁ =51; n ₂ =53)*	66,8 (31,2)	71,3 (34,0)	0,48
Seis meses (n ₁ =43; n ₂ =46)*	49,5 (35,3)	69,2 (39,5)	0,02
12 meses (n ₁ =32; n ₂ =39)*	47,4 (33,0)	62,2 (37,0)	0,08
Pensamentos intrusivos			
Internação (n ₁ =53; n ₂ =55)*	28,0 (17,4)	32,4 (19,7)	0,22
Alta hospitalar (n ₁ =51; n ₂ =53)*	21,4 (17,9)	27,0 (20,5)	0,15
Seis meses (n ₁ =43; n ₂ =46)*	14,4 (17,6)	28,2 (21,9)	0,002
12 meses (n ₁ =32; n ₂ =39)*	14,5 (17,5)	24,4 (19,5)	0,03
Reações de evitação			
Internação (n ₁ =53; n ₂ =55)*	46,5 (16,4)	46,7 (18,4)	0,94
Alta hospitalar (n ₁ =51; n ₂ =53)*	45,3 (18,2)	44,4 (18,4)	0,79
Seis meses (n ₁ =43; n ₂ =46)*	35,0 (21,8)	41,0 (20,0)	0,18
12 meses (n ₁ =32; n ₂ =39)*	33,0 (19,3)	37,9(21,1)	0,31

*n₁=número de observações no grupo intervenção; n₂=número de observações no grupo controle.

**Valores de *p* para teste t Student para amostras independentes.

Na análise desses resultados, não foi realizada a ANOVA em razão do grande número de perdas em ambos os grupos aos 12 meses da alta hospitalar. No entanto, foram demonstradas as médias para cada grupo, em cada momento de avaliação, para o conjunto de pacientes com dados completos (Figuras 4 e 5) e realizado os testes t Student para cada período. Exceto para a depressão, os participantes do GI apresentaram melhores resultados que os do GC aos seis meses após a alta hospitalar.

* Número de observações para o GI (n=31) e GC (n=38) que completaram as quatro avaliações.

Figura 4- Valores observados para as variáveis ansiedade e depressão obtidas por meio da HADS.

* Número de observações para o GI (n=31) e GC (n=38) que completaram as quatro avaliações.

Figura 5- Medidas das subescalas da IES- reações de evitação e pensamentos intrusivos, por grupo e tempo de avaliação, para todos os participantes que completaram as quatro avaliações.

Em relação à avaliação da aceitabilidade e satisfação do modelo educativo, foi possível o contato com 28 participantes do grupo intervenção que finalizaram a entrevista aos seis meses, sendo que 20 (71,4%) eram do sexo masculino. Possivelmente, o contato com todos os participantes tenha sido inviabilizado pelo tempo transcorrido da alta hospitalar (um a dois anos) e pelo fato de que houve 21 perdas ao longo do estudo. Nessa etapa, o tempo médio da duração das ligações foi de 13 minutos ($dp=4,0$; intervalo 7- 24).

O modelo educativo para o autocuidado foi composto por três etapas: 1) levantamento, discussão sobre as dúvidas dos cuidados a serem realizados em casa, 2) discussão das dúvidas por meio de um material no computador e folhetos ilustrativos e 3) ligações telefônicas.

A maioria dos participantes (12; 43%) escolheu a terceira etapa do modelo educativo - ligações telefônicas- como a que eles mais gostaram ou como a mais significativa, seguida da primeira (9; 32%) e da segunda (7; 25%) etapas.

A terceira etapa do modelo foi mencionada como “útil, importante, agradável, boa, eficiente, confortável” por todos os 12 respondentes. Sete (58,3%) disseram que as ligações telefônicas para reforço “auxiliaram muito” a esclarecer as dúvidas quanto ao cuidado no domicílio e que a quantidade de ligações foi “suficiente”. Nove reportaram que a duração da ligação para reforçar e motivar os cuidados foi “totalmente suficiente”.

O conteúdo discutido na primeira etapa do modelo, durante a internação hospitalar, foi considerado “importante”, as explicações dadas pela pesquisadora “muito adequadas”, e a duração das discussões “suficiente”, para cinco dos participantes que a escolheram. A maneira como as dúvidas foram levantadas pela pesquisadora foi considerada “muito adequada” ou “adequada” por igual número de participantes ($n=4$). Um participante reportou que não se lembrava da maneira como a pesquisadora levantou as dúvidas. Cinco (56%) se sentiram “muito satisfeitos” e quatro (44%) “satisfeitos” com os conhecimentos adquiridos nessa etapa do modelo.

A segunda etapa do modelo, para a entrevista, foi dividida em duas partes: a primeira, incluindo orientações usando imagens no computador e, a segunda, os folhetos ilustrativos. Os resultados dessas etapas foram distribuídos no Quadro 2. Antes de começar as perguntas, pediu-se que os pacientes elencassem três assuntos abordados que mais gostaram ou acharam mais úteis (dentre aqueles que eles tinham visto). O mais citado foi o uso da malha elástica, seguido da massagem, exercícios fisioterápicos e proteção solar.

De maneira geral, as imagens no computador e os folhetos educativos foram bem avaliados pelos participantes. Grande parte dos participantes disse que o material facilitou o aprendizado, bem como, a maneira que a pesquisadora conduziu a discussão/esclarecimento.

Todos os pacientes que escolheram essa etapa referiram que os folhetos foram úteis, importantes, agradáveis, bons e eficientes.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	N (%)
Parte 1- Imagens no computador		7
Conteúdo permitiu esclarecer as dúvidas dos cuidados	“concordo”	4 (57,1)
Conteúdo foi fácil de entender	“concordo muito”	4 (57,1)
O material utilizado tornou mais fácil entender os cuidados da queimadura	“muito”	5 (71,4)
O material foi adequado	“muito adequado”	4 (57,1)
O material auxilia no tratamento	“auxilia muito”	5 (71,4)
Duração dos encontros	“totalmente suficiente”	6 (85,7)
Local dos encontros	“muito adequado”	4 (57,1)
A maneira como a pesquisadora explicou os cuidados foi clara e facilitou a compreensão	“concordo”	6 (85,7)
Parte 2- Folhetos		7
As informações e as ilustrações contidas nos folhetos	“muito adequadas”	5 (71,4)
A estrutura (tamanho de letras e figuras, cores, formato)	“muito adequado”	3 (43)
	“adequado”	3 (43)
Folhetos para educação de pacientes	“muito adequados”	4 (57,1)

Quadro 2- Distribuição das respostas referentes à segunda etapa do Modelo Educativo-imagens no computador e folhetos ilustrativos

Em relação a possíveis mudanças no programa educativo, na primeira etapa, um paciente sugeriu não fazer perguntas que não correspondiam à sua realidade. Possivelmente, esse paciente se referiu aos questionários utilizados durante o estudo como, por exemplo, o do impacto do evento. Não foram sugeridas mudanças para as outras etapas e um paciente relatou que não se lembrava para poder sugerir algo.

Quando questionados se participariam novamente do estudo, os motivos alegados foram que não tinham tempo (n=2) e moravam muito longe da Unidade (n=1). Os outros dezoito sujeitos participariam novamente porque o estudo auxiliou no cuidado, estavam satisfeitos, consideraram interessante, importante, prático, bom, sentiram-se úteis e seria bom ajudar no projeto.

Um paciente disse que precisava de mais incentivo para os cuidados, outro sugeriu retirar a parte escrita (folhetos) e manter apenas o telefone, justificando que muitos não gostam de ler, o que torna a parte escrita cansativa. Ainda, dois participantes relataram que se deveria diminuir o tempo de espera para fazer o estudo e simplificar as questões.

Vinte participantes relataram que continuariam os cuidados em casa e apenas um paciente disse que houve pontos negativos na intervenção.

DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

Como esperado, o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes deste estudo assemelha-se ao apresentado na literatura internacional e nacional. As vítimas de queimaduras são predominantemente do sexo masculino, com idade na faixa entre 18 e 65 anos para os adultos (AL-SHAQSI; AL-KASHMIRI; AL-BULUSHI, 2013; BALAN; OLIVEIRA; TRASSI, 2009; GONÇALVES et al., 2012; IQBAL; SAAIQ; ALI, 2013), e vivem em países em desenvolvimento, como, por exemplo, Serra Leoa, com poucos anos de escolaridade (WONG et al., 2014). O nível instrucional é importante fator para o entendimento de medidas de prevenção, bem como para o desenvolvimento do autocuidado. Neste estudo, a média de anos de educação dos participantes foi aproximadamente de oito anos em ambos os grupos.

O domicílio é o local de maior ocorrência dos acidentes (ALBORNOS et al., 2013; BALAN; OLIVEIRA; TRASSI, 2009; GONÇALVES et al., 2012; IQBAL; SAAIQ; ALI, 2013), seguido do ambiente de trabalho (ALBORNOS et al., 2013; GONÇALVES et al., 2012; IQBAL; SAAIQ; ALI, 2013) e o principal agente causador é o fogo (associado ou não a agentes inflamáveis) (ALBORNOS et al., 2013), seguido da escaldadura e eletricidade (ALBORNOS et al., 2013; AL-SHAQSI; AL-KASHMIRI; AL-BULUSHI, 2013; IQBAL; SAAIQ; ALI, 2013). As condições de moradia e dos equipamentos da casa, baixa renda e baixo nível de instrução de familiares também estão relacionados a acidentes, acometendo principalmente crianças ou pessoas dependentes de cuidados (VENDRUSCULO et al., 2010).

Em relação aos dados clínicos deste estudo, a SCQ variou de 0,5 a 60% e grande parte das vítimas apresentou queimaduras de segundo grau. Semelhante a esses resultados, na região de Minas Gerais, no Brasil, Paquistão e Omã a média de SCQ foi de 20,8% e de 11%, respectivamente (AL-SHAQSI; AL-KASHMIRI; AL-BULUSHI, 2013; IQBAL; SAAIQ; ALI, 2013; MONTES; BARBOSA; SOUSA NETO, 2011).

Para ambos os grupos, o tempo médio de internação variou de quatro a 97 dias e a maioria (79%) foi submetida a procedimentos cirúrgicos, como desbridamentos e enxertias, e oito (4%) necessitaram de amputações de membros. A média de cirurgias por paciente foi de 1,5 para o GC e duas para o GI. Resultados semelhantes foram encontrados por autores australianos em relação ao sexo (75% masculino), número médio de cirurgias (1), proporção de pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos (97%), e maior número de pessoas apresentando queimaduras de segundo grau (WASIAK et al., 2014).

Os participantes do GI tiveram maior número de reinternação (16,3%) do que os do GC (4,3%). Isso pode ser explicado devido à presença de queimaduras mais profundas (30% foram classificadas como terceiro grau e mista) e maior porcentagem de SCQ, caracterizando-se como queimaduras mais graves, as quais podem levar a maior tempo de reabilitação, incluindo, reinternações para novas abordagens das sequelas.

O aumento da sobrevivência das vítimas de grandes queimaduras tem contribuído para mudanças nos conceitos dos pesquisadores e clínicos da área sobre a importância do tratamento e do cuidado. Com o avanço da medicina para tratamento agudo e o aumento de vítimas de queimaduras graves de volta ao domicílio, o foco para o tratamento do paciente queimado é nos cuidados em casa e na reabilitação dessa vítima à sociedade (STAVROU et al., 2014), com níveis funcionais e sociais iguais ou próximos aos que elas apresentavam antes do trauma. Conhecer os resultados da consequência do trauma, como a percepção do estado de saúde físico e mental, e a relação das variáveis envolvidas nesse processo é importante para o levantamento de hipóteses e questionamentos sobre possíveis ações para diminuir o sofrimento físico e psíquico e auxiliar no retorno às atividades habituais.

No presente estudo, em relação ao estado de saúde avaliado pela BSHS-*Revised*, os participantes do GI apresentaram melhores valores para os domínios *Afeto/Imagem corporal*, *Sensibilidade da pele* e para o escore total da escala comparados aos participantes do GC. Mas, ao contrário do que se esperava, não houve diferença estatisticamente significativa entre as medidas de estado de saúde para GI e GC.

Para os participantes de ambos os grupos, o domínio mais afetado, ou seja, o que apresentou piores valores foi o *Sensibilidade da pele* aos seis e 12 meses após a alta hospitalar. A cicatrização completa da pele queimada pode demorar mais de um ano e geralmente, a região afetada se apresenta mais sensível a temperaturas altas ou baixas. Autores encontraram que, com mais de dois anos após a alta, vítimas de queimaduras chinesas ainda apresentavam piores percepções do estado de saúde para os domínios *Trabalho*, *Imagem corporal* e *Sensibilidade ao calor*, avaliados pela versão BSHS-*Brief* (XIE et al., 2012).

Como o Brasil é um país tropical, com altas temperaturas quase o ano todo, os pacientes apresentam dificuldades de se expor ao sol ou fazer atividades ao ar livre. Todos os pacientes foram orientados sobre cuidados mínimos com a pele, como hidratação, proteção solar com filtro e roupas adequadas e não exposição ao sol. Além disso, o uso da malha elástica aumenta a sensação de calor e a perspiração, afetando inclusive a adesão ao tratamento (MACINTYRE; BAIRD, 2006; RIPPER et al., 2009). Intervenções educativas

para o autocuidado na fase de reabilitação têm sido descrita na literatura como eficazes para melhorar a adesão ao uso da malha elástica (LO et al., 2010).

Em um estudo com vítimas de queimaduras adultas, realizado na Coreia, a intervenção consistiu em cuidado com a pele, por meio de massagens e curativo oclusivo, realizados por uma enfermeira treinada ou cuidador primário em casa, composta por três sessões na semana, com duração de 30 minutos cada, por três meses. Os cuidadores foram instruídos a auxiliarem na hidratação diária da cicatriz e quando o paciente retornava à Unidade para o estudo, os enfermeiros reforçavam esse cuidado. Foi, ainda, entregue um folheto sobre o autocuidado. Três meses após a avaliação inicial e intervenção, os autores não encontraram diferença estatisticamente significativa entre o grupo intervenção o controle para o estado de saúde e depressão, comparado entre grupo e com a medida *baseline* do estudo (ROH; SEO; JANG, 2010).

Em outro estudo, no qual se comparou o estado de saúde entre pacientes com queimaduras e sem a lesão antes e após uma intervenção de exercício físico para força e resistência, os autores descreveram que, antes da intervenção, os pacientes com queimaduras tiveram pior percepção do estado de saúde avaliado pela BSHS-B e pelo SF-36 do que o grupo sem queimaduras. Ambos os grupos melhoraram a percepção do estado de saúde, avaliado pelo SF-36, após a intervenção; entretanto, não foi estatisticamente significativa a diferença entre eles. O grupo de pacientes com queimaduras apresentou melhora significativa apenas para o domínio Trabalho após a intervenção e, os autores encontraram que quanto maior o comprometimento funcional, pior a percepção do estado de saúde (GRISBROOK et al., 2012).

Embora haja controvérsias, de maneira geral, tem sido descrito na literatura que as vítimas de queimaduras com menor (KOLJONEN et al., 2013) ou maior gravidade (WASIAK et al., 2014; XIE et al., 2012) apresentam melhora dos resultados de estado de saúde e/ou QVRS ao longo do processo de reabilitação (WASIAK et al., 2014; KOLJONEN et al., 2013; XIE et al., 2012).

Wasiak et al. (2014), com o objetivo de avaliar os preditores do estado de saúde aos 12 meses após a alta hospitalar, por meio das escalas BSHS-*Brief* e SF-36, encontraram que, aos 12 meses da queimadura, os pacientes reportaram pior estado de saúde, principalmente para o componente físico do SF-36, quando comparados à situação prévia ao acidente. Entretanto, esses valores aos 12 meses do trauma não foram estatisticamente diferentes de resultados apresentados pela população australiana comparada. A idade mais avançada foi preditora para pior percepção do estado de saúde para todas as medidas (componentes Mental e Físico e

estado de saúde total da BSHS) e ser do sexo feminino foi preditor para as medidas do componente físico e BSHS.

Outros autores avaliaram os resultados funcionais e psicológicos de pacientes com idade acima de 55 anos. Eles descreveram que houve melhora considerável para o componente físico entre a alta hospitalar e seis meses após, e que os valores foram mantidos entre seis, 12 e 24 meses após alta. O grupo com idade mais jovem (55-64 anos) apresentou melhora mais significativa durante a reabilitação. Após dois anos da alta hospitalar, os resultados para o componente físico foram semelhantes à percepção do estado de saúde prévio ao trauma (KLEIN et al., 2011).

Assim como no presente estudo, as vítimas de queimaduras têm apresentado resultados satisfatórios de estado de saúde físico ao longo da reabilitação, inclusive com melhora considerável entre seis e 12 meses. Durante o primeiro ano após a alta hospitalar, as consultas de retorno com a equipe de saúde tendem a ser mais frequentes, pelo processo de restauração da pele, o que pode influenciar na melhora física dos pacientes. Como não houve diferença da percepção de estado de saúde entre os participantes do GI e GC neste estudo, esse pode não ser o melhor desfecho a ser avaliado no tipo de intervenção testada. As alterações na estrutura e função da pele e em diferentes partes do corpo são, muitas vezes permanentes, de tal forma que colocam a pessoa que sofreu queimaduras em condição de cronicidade. Os cuidados com a pele cicatrizada demandam tempo e dedicação e nem sempre produzem os resultados esperados. Intervenções que promovam o autocuidado, nesses casos, podem provocar mudanças ínfimas nos sinais e sintomas e insuficientes para provocar mudanças no estado de saúde. De maneira geral, os participantes deste estudo não apresentaram características de queimaduras graves, as quais se sabe que levam a maior número de incapacidades e pior percepção do estado de saúde e, talvez por isso, não foi observada melhora na percepção do estado de saúde para o grupo intervenção.

Na área da reabilitação de vítimas de queimaduras, poucas intervenções têm sido testadas a fim de avaliar o impacto que elas teriam no estado de saúde durante a fase de reabilitação. A comparação da avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, estado de saúde e qualidade de vida na fase de reabilitação pode ser difícil devido às inúmeras variáveis que podem influenciar essa comparação.

Os resultados de autoeficácia percebida avaliada em quatro momentos distintos do período de recuperação e reabilitação das vítimas de queimaduras também não apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre os grupos, embora o GI tenha apresentado maior média que o GC. Os participantes dos dois grupos apresentaram média alta para

autoeficácia na primeira fase de avaliação e mantiveram essa média ao longo do tempo. Um estudo com pacientes revascularizados, realizado no Brasil, testou um programa educativo com seguimento por telefone sobre a autoeficácia, utilizando a mesma escala genérica do presente estudo. A autora não detectou diferença estatisticamente significativa para a autoeficácia entre o grupo que recebeu a intervenção e o grupo que recebeu os cuidados da rotina, aos seis meses da alta hospitalar. Da mesma forma que neste estudo, a escala genérica pode ser um fator importante para esses resultados, uma vez que não é sensível à população estudada (FURUYA, 2013).

Wallis et al. (2006) investigaram os aspectos emocionais e os recursos utilizados por vítimas de queimaduras em até seis meses da alta hospitalar. O grupo de participantes do estudo apresentou níveis de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático elevados, assim como os de autoeficácia, otimismo e apoio social. Houve correlação forte entre a medida de autoeficácia e de apoio social. Os autores apontaram que em momentos de crises psicológicas há ativação máxima dos recursos de enfrentamento, como melhora da autoeficácia, otimismo e percepção de apoio social (WALLIS et al., 2006). Futuros estudos podem ser realizados a fim de avaliar os mecanismos de enfrentamento e autoeficácia e sua possível relação com o estado de saúde mental e físico no processo de reabilitação.

Indicadores fisiológicos e afetivos influenciam a percepção da autoeficácia (BANDURA, 1977). Neste estudo, a ansiedade, depressão e estresse pós-traumático tiveram seus valores reduzidos em relação ao *baseline* durante o processo de reabilitação, para os participantes de ambos os grupos, apesar de não estatisticamente significativa. A diminuição desses sintomas pode ter contribuído para alterar a percepção de autoeficácia.

Outro objetivo deste estudo foi avaliar o retorno ao trabalho entre os grupos. O retorno ao trabalho é um atributo importante na reabilitação das vítimas de queimaduras, pois reflete a reintegração à sociedade (FALDER et al., 2009) e está relacionado a melhor percepção do estado de saúde ou da qualidade de vida (COSTA et al., 2008; DYSTER-AAS; KILDAL; WILLEBRAND, 2007).

Ao contrário do que se esperava, a hipótese deste estudo de que os participantes do GI apresentariam maior proporção de retorno ao trabalho do que os do grupo controle não foi comprovada, uma vez que não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,77$) entre os grupos aos seis meses da alta hospitalar. O retorno ao trabalho talvez não seja uma variável sensível à mudança pelo modelo educativo testado neste trabalho, uma vez que o retorno às atividades laborais envolve outras variáveis como, por exemplo, ser empregado com registro em carteira, tempo de retorno e limitação funcional.

Embora grande parte dos indivíduos deste estudo voltasse a trabalhar ao longo do primeiro ano após a alta hospitalar, queimaduras em uma população jovem ou na faixa etária produtiva em relação ao trabalho, como na amostra deste estudo, podem levar a repercussões sociais, como aposentadoria precoce, mudança de funções na empresa, a qual pode não trazer satisfação à pessoa; e um longo tempo recebendo auxílio para a recuperação, o que pode diminuir a renda familiar e, conseqüentemente, o consumo de bens e materiais. Futuros estudos com ênfase no retorno ao trabalho podem ser feitos, considerando variáveis psicossociais (estado de saúde mental prévio ao trauma) relacionadas ao trabalho (carga horária de trabalho, ação na justiça, mudança de função na empresa, tempo de afastamento) e sequelas do trauma (presença ou não de sequelas visíveis e funcionais).

Conforme discutido anteriormente, os dados clínicos das vítimas de queimaduras e a melhora ou não do estado de saúde ou qualidade de vida divergem na literatura em relação ao longo do processo de reabilitação. Vários estudos transversais e longitudinais têm descrito que, ao longo do tempo, a vítima se recupera fisicamente (KOLJONEN et al., 2013; RICCI et al., 2014; XIE et al., 2012; WASIAK et al., 2014;), mas que ainda apresenta sequelas as quais afetam a percepção do estado de saúde. Alguns autores apontam que pior percepção do estado de saúde mental pode perdurar por mais de dois anos do trauma (XIE et al., 2012), e que o estado mental prévio ao trauma, idade mais avançada e maior proporção de queimaduras profundas por SCQ são preditores do estado mental aos 12 meses da queimadura (WASIAK et al., 2014).

De maneira geral, os principais sintomas manifestados pelas vítimas de queimaduras, durante a fase aguda e crônica da reabilitação, são: ansiedade, depressão e estresse pós-traumático. Ainda na fase aguda, alguns pacientes podem manifestar pensamentos intrusivos, indicando início do estresse pós-traumático. No presente estudo, como desfechos secundários, comparou-se o estado de saúde mental entre os grupos e nos períodos avaliados, por meio das escalas de Ansiedade e Depressão Hospitalar e Impacto do evento, a qual tem duas subescalas: Pensamentos intrusivos e Reações de evitação.

Os níveis de sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático na primeira avaliação deste estudo, durante a primeira semana de internação, apresentaram-se elevados para ambos os grupos. Durante esse período, o paciente passa por diversos procedimentos, ficando longe de familiares, em um ambiente estranho à sua realidade, com pessoas não significativas, o que pôde levar ao aumento desses sintomas. Os sentimentos de medo, raiva e a sensação de ausência de poder sobre sua vida são comuns nesse período. O apoio psicológico, por meio de informações sobre o tratamento e rotina da Unidade, terapias de

relaxamento, medicamentos podem auxiliar na diminuição ou no alívio de sintomas (BLAKENEY et al., 2008), contribuindo para melhor adaptação no futuro.

Neste estudo, observa-se que esses sintomas foram diminuídos na alta hospitalar, período que seria esperado grande ansiedade para o retorno ao domicílio, depressão pelo estado físico atual e estresse pós-traumático pelo acidente e procedimentos na internação. Apesar de os membros do grupo controle apresentarem maiores valores para ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, nesse período, comparados aos do GI, eles também tiveram redução desses sintomas. Esse fato pode estar relacionado ao atendimento psicológico que todos os pacientes recebiam na Unidade pela psicóloga e terapeuta ocupacional. Entretanto, o GI apresentou menores valores para essas variáveis, sugerindo que já em um primeiro momento da intervenção educativa (que incluiu o levantamento de dúvidas e esclarecimento dos cuidados a serem realizados em casa) pode ter contribuído para a diminuição desses sintomas.

Os participantes do grupo intervenção apresentaram maiores médias para ansiedade e depressão do que os do grupo controle na internação. Houve redução da ansiedade e do estresse pós-traumático ao longo dos seis meses da internação, indicando que, possivelmente, a ansiedade e o estresse pós-traumático poderiam ser desfechos mais adequados para avaliar o Modelo educativo testado. A atenção dirigida ao grupo intervenção, com telefonemas, demonstração de preocupação com o outro, de conhecimento de seus problemas e a motivação para o autocuidado, pode ter contribuído para a diminuição da ansiedade e estresse pós-traumático. Resultados semelhantes foram encontrados para ansiedade em um estudo realizado com vítimas de queimaduras na fase de reabilitação em Taiwan, o qual teve o objetivo de avaliar o impacto de um programa educativo com multimídia sobre o conhecimento, ansiedade e adesão ao uso da malha elástica. Os autores descreveram que os níveis de ansiedade dos pacientes diminuíram, quando comparados com as medidas antes e após intervenção, e que houve diferença entre os grupos intervenção e controle (LO et al. 2010).

O estresse pós-traumático neste estudo foi avaliado pela escala Impacto do Evento desenvolvida por Horowitz, Wilner e Alavarez, em 1979, sendo a mais utilizada para avaliar o impacto do evento em resposta a um trauma. Assim como neste estudo, outros autores encontraram que, na internação, aproximadamente 77% dos pacientes tinham sintomas de estresse pós-traumático, principalmente pontuando para a subescala de pensamentos intrusivos (EHMER-AL-IBRAN et al., 2013). Pensamentos intrusivos são pensamentos incontroláveis ou revivências do trauma, como *flashbacks*, sonhos vividos, sentimento e

podem ser desencadeados por algum estímulo parecido com a situação do trauma (FIGUEIRA; MENDLOWICZ, 2003), por exemplo, o cheiro do álcool líquido utilizado para limpar as mobílias do hospital remete ao acidente com álcool e fogo. Os pensamentos intrusivos, avaliados pela IES, são caracterizados por frases como “eu penso sem querer na maneira como fui queimado” ou “cada lembrança traz de volta as sensações de estar me queimando”, podendo levar ao aumento do nível de ansiedade.

Aos seis meses da alta hospitalar, os participantes do grupo controle apresentaram maior estresse pós-traumático ($p=0,02$) do que os do grupo intervenção, sendo que a diferença de média pode estar relacionada aos pensamentos intrusivos ($p=0,002$). Autores de um estudo realizado na Nova Zelândia, com vítimas de queimaduras em média cinco anos após a internação, descreveram que os participantes reportavam ansiedade, depressão, mas principalmente, estresse pós-traumático, com pensamentos intrusivos e evitação (REEVE et al., 2011).

Pensamentos de evitação correspondem à tentativa de diminuir o sofrimento causado pelos pensamentos intrusivos. A vítima pode ter mudança de comportamento, evitando falar no assunto, visitar locais que poderiam lembrar o ocorrido (FIGUEIRA; MENDLOWICZ, 2003) e, no instrumento utilizado neste estudo, as vítimas de queimaduras manifestam a evitação por frases como “eu tento não pensar no momento em que estava me queimando” ou “eu tento não falar sobre o assunto: sofrer queimaduras”.

Semelhante aos dados deste trabalho, em estudo realizado por enfermeiras na Coreia, no qual testou o efeito de uma intervenção para cuidados com a pele, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes para depressão entre participantes que receberam a intervenção e aqueles que receberam os cuidados usuais, antes e após a intervenção (ROH; SEO; JANG, 2010). Entretanto, avaliações sobre depressão em vítimas de queimaduras, bem como de outras variáveis da saúde mental, são determinantes para conhecer e entender a percepção do estado de saúde. Grande parte dos pacientes tratados em um centro de reabilitação para cirurgias reparadoras, após sete anos do trauma, apresentou sintomas leves de depressão, sendo que a funcionalidade física e a insatisfação com a imagem corporal foram associadas a maiores níveis de depressão (THOMBS et al., 2007).

Em relação à satisfação e à aceitabilidade da intervenção educativa, os pacientes apresentaram-se satisfeitos em relação ao conteúdo abordado. As etapas do modelo educativo se complementaram e foram importantes para atingir diferentes pessoas e contextos.

Contrariamente ao que aqui se esperava, a etapa do computador e folhetos educativos não representou a primeira escolha dos participantes e, sim, a etapa das ligações telefônicas.

Dessa forma, pode-se inferir que as ligações telefônicas podem auxiliar melhor os cuidados em casa, quando comparadas à entrega dos folhetos ilustrativos e, possivelmente, reduzem a ansiedade. A etapa *um* do programa, como segunda escolha dos participantes, também foi uma surpresa, visto que já havia passado muito tempo da internação.

Em relação ao comentário de um paciente que sugeriu não fazer perguntas que não correspondiam à sua realidade, possivelmente ele se referiu aos questionários, utilizados durante o estudo, como, por exemplo, o do impacto do evento, ansiedade e depressão. A sugestão para diminuir o tempo de espera para o estudo veio ao encontro da situação vivida por outro paciente, o qual participou de dois estudos ao mesmo tempo, sendo que, em um deles, foi necessário aguardar mais de uma hora. Além disso, os pacientes ficavam no ambulatório para fazer as entrevistas, visto que, muitas vezes, era necessário aguardar a finalização das consultas médicas para se ter uma sala disponível.

Os pacientes reportaram que continuariam os cuidados em casa e não apontaram aspectos negativos do Modelo Educativo. Esse dado deve ser avaliado com atenção, pois ao realizar o acompanhamento do paciente por mais de um ano, criou-se vínculo e alguns apresentavam laços afetivos com os pesquisadores. Dessa forma, ao não obter qualquer avaliação negativa em relação à atividade educativa, pode-se inferir que os pacientes respondiam o que o pesquisador considerava bom. A desejabilidade social pode ser um aspecto importante a ser investigado em outros estudos, uma vez que, as atividades na Unidade podem ter provocado também um sentimento de utilidade e inclusão. Isso pode explicar as respostas obtidas na primeira pergunta geral “se o senhor (a) fosse convidado a participar novamente deste estudo, o senhor participaria? Por quê?”, para a qual obtiveram-se várias respostas confirmando que “participariam porque é bom ajudar e se sentir útil”. Avaliar a aceitabilidade de uma intervenção faz parte do processo de estudos clínicos (SIDANI, 2011), e a avaliação da satisfação dos participantes fornece subsídios para os ajustes e para melhorá-la (ZANETTI et al., 2007).

7.1 Limitações do estudo

Em relação aos desfechos, a ausência do cálculo amostral para o desfecho de autoeficácia é um dos limites deste estudo, embora seja justificada pela ausência de estudos que poderiam embasar o cálculo do tamanho da amostra no momento de elaboração do projeto. Os resultados deste estudo podem auxiliar no cálculo amostral de outros. A avaliação

da autoeficácia, por meio de uma escala genérica, pode ter contribuído para a não detecção de alguma diferença entre os grupos. Para futuros estudos, uma medida mais acurada da percepção da autoeficácia para vítimas de queimaduras é necessária.

Outra limitação importante é o grande número de perdas, o qual impossibilitou realizar análises confirmatórias aos 12 meses da alta hospitalar. O perfil clínico e sociodemográfico dos participantes que não continuaram o estudo foi semelhante ao dos pacientes que fizeram o acompanhamento. Entretanto, muitas perdas ocorreram porque os pacientes moravam em outro estado, o que dificultava o retorno aos agendamentos ambulatoriais e a mudança de número telefônico.

CONCLUSÕES

8 CONCLUSÕES

Os pacientes que participaram do Modelo educativo para o autocuidado durante a fase de reabilitação e receberam seguimento por telefone não apresentaram melhores resultados para o estado de saúde, avaliado por meio da BSHS-Revised, proporção de retorno ao trabalho e autoeficácia percebida quando comparados aos participantes que receberam o cuidado usual.

Aos seis meses da alta hospitalar, esses pacientes apresentaram melhores resultados para ansiedade e estresse pós-traumático quando comparados ao grupo que recebeu informações sobre os cuidados a serem realizados no domicílio pela equipe da Unidade de Queimados

O modelo educativo foi avaliado pelos pacientes como importante para o processo de reabilitação, sendo que a etapa das ligações telefônicas, a mais bem avaliada.

Dessa forma, podemos concluir que o Modelo testado neste estudo foi importante para redução dos problemas mentais causados pelo trauma, como ansiedade e estresse pós-traumático.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS²

ABRAHAM, C.; SHEEREN, P. The health belief model. In: CONNER, M.; NORMAN, P. (Eds.). **Predicting health behavior: research and practice with social cognitive models**. 2nd ed. New York: Open University Press, 2005. chap. 2, p. 28-80.

ADCOCK, R. J.; BOEVE, S. A.; PATTERSON, D. R. Psychologic and emotional recovery. In: CARROUGHER, G. J. **Burn care and therapy**. St. Louis: Mosby, 1998. p. 329-57.

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. 1980.

_____. Overview. In: AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1998. p. 99.

ALBORNOZ, C. R. et al. Sociodemographic/clinical characteristics and outcomes of patients admitted to the National Burn Center of Chile. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 141, n. 2, p. 181-6, 2013.

AL-SHAQSI, S.; AL-KASHMIRI, A.; AL-BULUSHI, T. Epidemiology of burns undergoing hospitalization to the National Burns Unit in the Sultanate of Oman: a 25-year review. **Burns**, Guildford, v. 39, n. 8, p. 1606-11, Dec. 2013.

AMERICAN BURN ASSOCIATION. **Guidelines for the operation of burn center**. 2006. Disponível em: <<http://www.ameriburn.org/Chapter14.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2013.

BALAN, M. A. J.; OLIVEIRA, L. F.; TRASSI, G. Características das vítimas de queimaduras atendidas em unidade de emergência de um hospital escola do noroeste do paran. **Cincia Cuidado e Sade**, Maring, v. 8, n. 2, p. 169-175, 2009.

BAKER, C. P. et al. Relationships between the Quality of Life Questionnaire (QLQ) and the SF-36 among young adults burned as children. **Burns**, Guildford, v. 34, n. 8, p. 1163-8, Dec. 2008.

BANDURA, A. **Principles of behavior modification**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969.

_____. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.

² De acordo com a Associao Brasileira de Normas Tcnicas. NBR 6023.

_____. Health promotion by Social Cognitive means. **Health Education & Behavior**, v. 31, n. 2, p. 143-64, 2004.

BARTHOLOMEW, K. L. et al. **Planning health promotion programs: an intervention mapping approach**. 3rd ed. Texas: Jossey-Bass, 2011.

BECKER, T. A. C. **O acompanhamento por telefone como estratégia de intervenção de enfermagem no processo de aplicação de insulina no domicílio**. 2010. 133 f. Ribeirão Preto. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

BECKER, M. H.; ROSENSTOCK, M. (Eds.). **Health care and human behavior**. London: Academic Press, 1984.

BLALOCK, S. J.; BUNKER, B. J.; DEVELLIS, R. F. Measuring health status among survivors of burn injury: revisions of the Burn Specific Health Scale. **Journal of Trauma**, Baltimore, v. 36, n. 4, p. 508-15, 1994.

BLAKENEY, P. E. et al. Psychosocial care of persons with severe burns. **Burns**, Guildford, v. 34, n. 4, p. 433-40, 2008.

BRENNAN, D. M. E. A. et al. A blueprint for telerehabilitation guidelines-October 2010. **Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association**, Larchmont, v. 17, n. 8, p. 662-5, Oct. 2011.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos de humor em enfermarias de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, p. 355-363, 1995.

BOWDEN, M. L.; THOMSON, P. D.; PRASAD, J. K. Factors influencing return to employment after a burn injury. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 70, n. 10, p. 772-4, Oct. 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. **Morbidade hospitalar do SUS por causas externas, por local de internação**. 2014. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fiuf.def>>. Acesso em: 04 abr. 2014.

BRYANT, R. A. Predictors of post-traumatic stress disorder following burns injury. **Burns**, Guildford, v. 22, p. 89-92, 1996.

BRYCH, S. B. et al. Time off work and return to work rates after burns: systematic review of the literature and a large two-centers series. **Journal of Burn Care Rehabilitation**, Lake Forest, v. 22, n. 6, p. 401-5, 2001.

CALTRAN, M. P. et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes queimados: revisão integrativa de literatura. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE QUEIMADURAS, 7., 2010, Porto de Galinhas. **Anais...** Porto de Galinhas: Sociedade Brasileira de Queimaduras, 2010. p. 50.

CAMPOS, A. C. L.; BORGES-BRANCO, A.; GROTH, A. K. Cicatrização de feridas. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 51-8, 2007.

CARDENAS, M. P.; SIMONS-MORTON, B. G. The effect of anticipatory guidance on mothers' self-efficacy and behavioral intentions to prevent burns caused by hot tap water. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 21, n. 3, p. 117-23, 1993.

CARLUCCI, V. D. et al. A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 21-8, mar. 2007.

CHO, H.; SANDS, L. P.; WILSON, K. M. Predictors of summer sun safety practice intentions among rural high school Students. **American Journal of Health Behavior**, Star City, v. 34, n. 4, p. 412-9, 2010.

CIOFI-SILVA, C. L. et al. The life impact of burns: the perspective from burn persons in Brazil during their rehabilitation phase. **Disability and Rehabilitation**, London, v. 32, n. 6, p. 431-7, 2010.

COSTA M. C. et al. Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em reabilitação de queimaduras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 252-9. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_13.pdf> Acesso em: 06 jan. 2010.

CRISOSTOMO, M. R.; SERRA, C.; GOMES, D. R. Epidemiologia das queimaduras. In: GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; PELLON, M. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 31-5.

DAHL, O.; WICKMAN, M.; WENGSTRÖM, Y. Adapting to life after burn injury-reflections on care. **Journal of Burn Care & Research**, Hagerstown, v. 33, n. 5, p. 595-605, Sep.-Oct. 2012.

DAVYDOW, D. S.; KATON, W. J.; ZATZICK, D. F. Psychiatric morbidity and functional impairments in survivors of burns, traumatic injuries, and ICU stays for other critical illnesses: a review of the literature. **International Review of Psychiatry**, Abingdon, v. 21, n. 6, p. 531-8, Dec. 2009.

DELGADO, J. et al. Risk factors for burns in children: crowding, poverty, and poor maternal education. **Injury Prevention**, London, v. 8, n. 1, p. 38-41, 2002.

DYSTER-AAS, J.; KILDAL, M.; WILLEBRAND, M. Return to work and health-related quality of life after burn injury. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Stockholm, v. 39, n. 1, p. 49-55, Jan. 2007.

ECHEVARRIA-GUANILO, M. E. et al. Reliability and validity of the Impact of Event Scale (IES): version for Brazilian burn victims. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 20, p. 1588-97, 2011.

EHMER-AL-IBRAN et al. Post-traumatic stress disorder in patients with acute burn injury. **The Journal of the Pakistan Medical Association**, Karachi, v. 63, n. 7, p. 888-92, 2013.

EI-BADAWY, A.; MABROUK, A. R. Epidemiology of childhood burns in the burn unit of Ain Shams University in Cairo, Egypt. **Burns**, Guildford, v. 24, n. 8, p. 728-32, 1998.

ESSELMAN, P. C. et al. Burn rehabilitation: state of the science. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, Baltimore, v. 85, n. 4, p. 383-413, Apr. 2006.

ESSELMAN, P. C.; KOWALSKE, K. J. Preface: burn rehabilitation. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America**, Philadelphia, v. 22, n. 2, p. xiii-xv, May 2011.

FALDER, S. et al. Core outcomes for adult burn survivors: a clinical overview. **Burns**, Guildford, v. 35, n. 5, p. 618-41, 2009.

FERRAZ, F. E. A. et al. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n. 8, p. 607-10, set.-out. 2005.

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

FIGUEIRA, I.; MENDLOWICZ, M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, p. 12-6, 2003. Suplemento 1.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Belief, attitude, intention, and behavior**: an introduction to theory and research. Reading: Addison-Wesley, 1975.

FURUYA, R. K. **Programa educativo com seguimento por telefone para pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea**: ensaio clínico controlado e aleatorizado. 2013. 111 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

FURUYA, R. K. et al. Original research: telephone follow-up for patients after myocardial revascularization: a systematic review. **The American Journal of Nursing**, Philadelphia, v. 113, n. 5, p. 28-31, 2013.

GAMELLI, R. L. Who will follow? **Journal of Burn Care & Research**, Hagerstown, v. 27, n. 1, p.1-7, Jan.-Feb. 2006.

GLANZ, K.; RIMER, B. R.; LEWIS, F. M. **Health behavior and health education: theory, research and practice**. 3rd. San Francisco: Jossey-Bass, 2002.

GODIN, G.; VÈZINE, L. A. I.; BÉLANGER-GRAVEL, A. Les theories du changement: la théorie sociale cognitive. In: GODIN, G. (Ed.). **Les comportements dans le domaine de la santé: comprendre pour mieux intervenir**. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal, 2012. chap. 2, p. 42-48.

GONÇALVES, N. et al. Satisfação e aceitabilidade de vítimas de queimaduras que participaram de um programa educativo na fase de reabilitação: estudo piloto. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 295-324, 2013.

GONÇALVES, A. C. et al. Caracterização de pacientes atendidos em um serviço de queimados e atitudes no momento do acidente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 866-72, out.-dez. 2012.

GREEN, L. W. et al. **Health education planning: a diagnostic approach**. Mountain View: Mayfield, 1980.

GRISBROOK, T. L. et al. Exercise training to improve health related quality of life in long term survivors of major burn injury: a matched controlled study. **Burns**, Guildford, v. 38, n. 8, p. 1165-73, 2012.

GRITZ, E. R. et al. Effects of a preschool staff intervention on children's sun protection: outcomes of sun protection is fun! **Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education**, Thousand Oaks, v. 34, n. 4, p. 562-77, 2007.

GRUNFELD, E. A. What influences university students' intentions to practice safe sun exposure behaviors. **The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine**, New York, v. 35, n. 6, p. 486-92, 2004.

HAWKES, A. L. et al. A randomised controlled trial of a theory-based intervention to improve sun protective behaviour in adolescents ('you can still be HOT in the shade'): study protocol. **BMC Cancer**, London, v. 12, n. 1, p. 1-13 2012.

HECKMAN, C. J. et al. Beliefs and intentions for skin protection and UV exposure in young adults. **American Journal of Health Behavior**, Star City, v. 35, n. 6, p. 699-711, 2011.

HECKMAN, C. J. et al. Psychosocial correlates of sunburn among young adult women. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 9, n. 6, p. 2241-51, 2012.

HINTZE, J. L. **PASS (Power Analysis and Sample Size Software)**: 2008 user's guide. Kaysville: National Council for Social Studies, 2008.

HOROWITZ, M.; WILNER, N.; ALVAREZ, W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. **Psychosomatic Medicine**, Hagerstown, v. 41, n. 3, p. 209-18, 1979.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed. 2003.

IQBAL, T.; SAAIQ, M.; ALI, Z. Epidemiology and outcome of burns: early experience at the country's first national burns centre. **Burns**, Guildford, v. 39, n. 2, p. 358-62, Mar. 2013.

JAMES, A. S. et al. Psychosocial correlates of sun-protective practices of preschool staff toward their students. **Health Education Research**, Oxford, v. 17, n. 3, p. 305-14, 2002.

KILDAL, M.; ANDERSON, G.; GERDIN, B. Health status in Swedish burn patients. Assessment utilising three variants of the Burns Specific Health Scale. **Burns**, Guildford, v. 28, p. 639-45, 2002.

KIRKMAN, S. M. et al. A telephone-delivered intervention for patients with NIDDM. **Diabetes Care**, New York, v. 17, p. 840-6, 1994.

KLEIN, M. B. et al. Functional and psychosocial outcomes of older adults after burn injury: results from a multicenter database of severe burn injury. **Journal of Burn Care Research**, Hagerstown, v.32, n.1, Jan-Feb, p.66-78, 2011.

KOLJONEN, V. et al. Health-related quality of life of hospitalized patients with burns-comparison with general population and a 2-year follow-up. **Burns**, Guildford, v.39, n.3, May, p.451-7, 2013.

KNOBLOCH, K.; RENNEKAMPFF, H. O.; VOGT, P. M. Cell-phone based multimedia messaging service (MMS) and burn injuries. **Burns**, Guildford, v. 35, n. 8, p. 1191-3, Dec. 2009.

LAWRENCE, J. W.; FAUERBACH, J.; MUNSTER, A. Early avoidance of traumatic stimuli predicts chronicity of intrusive thoughts following burn injury. **Behavior Research and Therapy**, Oxford, v. 34, p. 643-6, 1996.

LO, S. F. et al. The effectiveness of multimedia education programs on knowledge anxiety and pressure garment compliance in patients undergoing burns rehabilitation in Taiwan: an experimental study. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 19, n. 1-2, p. 129-37, 2010.

LUSZCZYNSKA, A.; SCHWARZER, R. Social cognitive theory. In: CONNER, M.; NORMAN, P. (Eds.). **Predicting health behavior: research and practice with social cognitive models**. 2nd ed. New York: Open University Press, 2005. chap. 4, p. 127-68.

MACINTYRE, L.; BAIRD, M. Pressure garments for use in the treatment of hypertrophic scars-a review of the problems associated with their use. **Burns**, Guildford, v. 32, n. 1, p. 10-5, 2006.

MANTOVANI, M. F. et al. As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 7, dez. 2011.

MCWILLIAMS, T. L.; GILROY, F.; WOOD, F. M. The successes and challenges of providing a paediatric burns service by telehealth in Western Australia. **Journal of Telemedicine and Telecare**, London, v. 13, p. 63- 4, 2007. Supplement 3.

MISTIAEN, P.; POOT, E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for post discharge problems in patients discharged from hospital to home. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 2, p. CD004510, 2006.

MOI, A. L.; GJENGEDAL, E. Life after burn injury: striving for regained freedom. **Qualitative Health Research**, Newbury Park, v. 18, n. 12, p. 1621-30, Dec. 2008.

MONTES, S. F.; BARBOSA, M. H.; SOUSA NETO, A. L. Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um Hospital de Ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 369-73, 2011.

MOHR, D. C. et al. Behavioral intervention technologies: evidence review and recommendations for future research in mental health. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 35, n. 4, p. 332-8, Jul.-Aug. 2013.

NASCIMENTO, L. S. G.; GUTIERREZ, M. G. R.; DE DOMENICO, E. B. L. Programas educativos baseados no autogerenciamento: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 7, jun. 2010.

NAUGHTON, M. J.; SHUMAKER, S. A. The case for domains of function in quality of life assessment. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 12, p. 73-80, 2003. Supplement 1.

NEUBECK, L. et al. Telehealth interventions for the secondary prevention of coronary heart disease: a systematic review. **European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation**, London, v. 16, n. 3, p. 281-9, 2009.

NOBLE, J.; GOMEZ, M.; FISH, J. S. Quality of life and return to work following electrical burns. **Burns**, Guildford, v. 32, n. 2, p. 159-64, Mar. 2006.

OLIVEIRA, D. L. L. C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 1, p. 185-8, 2011.

OSTER, C.; WILLEBRAND, M.; EKSELIUS, L. Burn-specific health 2 years to 7 years after burn injury. **Journal of Trauma Acute Care Surgery**, Hagerstown, v. 74, n. 4, p. 1119-24, 2013.

PALLUA, N.; KÜNSEBECK, H. W.; NOAH, E. M. Psychosocial adjustments 5 years after burn injury. **Burns**, Guildford, v. 29, n. 2, p. 143-52, Mar. 2003.

PARKER, E. M. et al. Fire and scald burn risks in urban communities: who is at risk and what do they believe about home safety? **Health Education Research**, Oxford, v. 28, n. 4, p. 599-611, 2013.

PAKERSON, G., JR. et al. Disease-specific versus generic measurement of health-related quality of life in insulin-dependent diabetic patients. **Medical Care**, Philadelphia, v. 31, n. 7, p. 629-39, 1993.

PARROTT, R. et al. Communicating about youth's sun exposure risk to soccer coaches and parents: a pilot study in Georgia. **Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education**, Thousand Oaks, v. 26, n. 3, p. 385-95, 1999.

PAVONI, V. L. et al. Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care unit. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, London, v. 18, p. 24, 2010.

PECK, M. D. Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. **Burns**, Guildford, v. 37, n. 7, p. 1087-100, Nov. 2011.

POMERANCE, J. Return to work in the setting of upper extremity illness. **The Journal of Hand Surgery**, St. Louis, v. 34, n. 1, p. 197-41, 2009.

PRESTES, M. A.; LOPES JUNIOR, S. L. C. Gravidade da lesão e indicadores para internação hospitalar. In: LIMA JUNIOR, E. M. N.; NOVAES, F. N.; PICCOLO, N. S.; SERRA, M. C. V. F. (Eds.). **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008. p. 49-52.

QUINN, T.; WASIAK, J.; CLELAND, H. An examination of factors that affect return to work following burns: a systematic review of the literature. **Burns**, Guildford, v. 36, n. 7, p.1021-6, Nov. 2010.

RACELIS, M. C.; LOMBARDO, K.; VERDIN, J. Impact of telephone reinforcement of risk reduction education on patient compliance. **Journal Vascular Nursing**, Frederick, v. 16, n. 16, p. 20, 1998.

REEVE, J. et al. Functional and psychological outcomes following burn injury: reduced income and hidden emotions are predictors of greater distress. **Journal of Burn Care & Research**, Hagerstown, v. 32, n. 4, p. 468-74, 2011.

RICCI, H. et al. Assessment of the health status in Brazilian burn victims five to seven months after hospital discharge. **Burns**, Guildford, v. 40, n. 4, p. 616-23, Jun. 2013.

RICHARD, R. L. et al. A clarion to recommit and reaffirm burn rehabilitation. **Journal of Burn Care & Research**, Hagerstown, v. 29, n. 3, p. 425-32, May-Jun. 2008.

RINGO, Y.; CHILONGA, K. Burns at KCMC: epidemiology, presentation, management and treatment outcome. **Burns**, Guildford, v. 40, n. 5, p. 1024-9, 2014.

RIPPER, S. et al. Adherence to pressure garment therapy in adult burn patients. **Burns**, Guildford, v. 35, n. 5, p. 657-64, Aug. 2009.

ROOTER, J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. **Psychological Monographs**, Washington, v. 80, n. 609, p. 1-28, 1966.

ROH, Y. S.; SEO, C. H.; JANG, K. U. Effects of a skin rehabilitation nursing program on skin status, depression, and burn-specific health in burn survivors. **Rehabilitation Nursing: the official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses**, Evanston, v. 35, n. 2, p. 65-9, 2010.

ROSSI, L. A. et al. Cultural meaning of quality of life: perspectives of Brazilian burn patients. **Disability and Rehabilitation**, London, v. 31, n. 9, p. 712-9, 2009.

RYAN P.; SAWIN, K. J. The Individual and Family Self-Management Theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. **Nursing Outlook**, St. Louis, v. 57, n. 4, p. 217-25, Jul.-Aug. 2009.

SAFFLE, J. R. et al. Return to work as a measure of outcome in adults hospitalized for acute burn treatment. **Journal of Burn Care & Rehabilitation**, Lake Forest, v. 17, n. 4, p. 353-61, Jul.-Aug. 1996.

SAGRAVES, S. G. et al. A collaborative systems approach to rural burn care. **Journal of Burn Care & Research**, Hagerstown, v. 28, n. 1, p. 111-4, 2007.

SANCHEZ, J. L. et al. Socio-economic cost and health-related quality of life of burn victims in Spain. **Burns**, Guildford, v. 34, n. 7, p. 975-81, Nov. 2008.

SCHWARZER, R.; JERUSALEM, M. Generalized Self-Efficacy Scale. In: WEINMAN, J.; WRIGHT, S.; JOHNSTON, M. **Measures in health psychology**: a user's portfolio. Causal and control beliefs. Windsor: NFER-NELSON, 1995. p. 35-7.

SCHULZ, K. F. et al. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 152, n. 11, p. 726-32, 2010.

SERGHIOU, M.; COWAN, A.; WHITEHEAD, C. Rehabilitation after a burn injury. **Clinics in Plastic Surgery**, Philadelphia, v. 36, n. 4, p. 675-86, 2009.

SHANI, E. et al. What picture is worth a thousand words? A comparative evaluation of a burn prevention programme by type of medium in Israel. **Health Promotion International**, Eynsham, v. 18, n. 4, p. 361-71, 2003.

SHEPPARD, N. N. et al. Prognostic scoring systems in burns: a review. **Burns**, Guildford, v. 37, n. 8, p. 1288-95, Dec. 2011.

SHIVELY, M. J. et al. Effect of patient activation on self-management in patients with heart failure. **Journal of Cardiovascular Nursing**, Frederick, v. 28, n. 1, p. 20-34, 2012.

SIDANI, S.; BRADEN, C. J. Overview of evaluation of interventions. In: _____. **Design, evaluation, and translation of nursing interventions**. Chichester: John Wiley and Sons, 2011. chap. 11, p. 149-62.

SIMONDS, S. Health education in the mid-1970s: state of the art. In: PREVENTIVE Medicine USA. New York: Prodist, 1976.

SLIWA, J. A.; HEINEMANN, A.; SEMIK, P. Inpatient rehabilitation following burn injury: patient demographics and functional outcomes. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Chicago, v. 86, n. 10, p. 1920-3, Oct. 2005.

SMITH, K. W.; AVIS, N. E.; ASSMANN, S. F. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 8, n. 5, p.447-59, Aug. 1999.

SOUZA, I.; SOUZA, M. A. Validação da Escala de Auto-eficácia Geral Percebida. **Revista Universidade Rural: Série Ciências Humanas**, Seropédica, v. 26, n. 1-2, p. 12-17, jan.- dez. 2004.

STAVROU, D. et al. Health related quality of life in burn patients- a review of the literature. **Burns**, Guildford, 2014. In press.

STUCHI, R. A. G. et al. A reabilitação do paciente vítima de queimadura. **Programa de Atualização**, Brasília, v. 6, p. 25-50, 2011.

TAAL, L. A.; FABER, A. W. The Burn Specific Pain Anxiety Scale: introduction of a reliable and valid measure. **Burns**, Guildford, v. 23, n. 2, p. 147-50, 1997.

TANTTULA, K.; VUOLA, J.; ASKO-SELJAVAARA, S. Return to employment after burn. **Burns**, Guildford, v. 23, n. 4, p. 341-4, Jun. 1997.

THOMBS, B. D. et al. Depression in burn reconstruction patients: symptom prevalence and association with body image dissatisfaction and physical function. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 29, n. 1, p. 14-20, 2007.

TURK, E. et al. Use of telemedicine and telephone consultation in decision-making and follow-up of burn patients: Initial experience from two burn units. **Burns**, Guildford, v. 37, n. 3, p. 415-9, May 2011.

TURNER, L. R.; MERMELSTEIN, R. J. Psychosocial characteristics associated with sun protection practices among parents of young children. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v. 28, n. 1, p. 77-90, 2005.

VALE, M. J.; JELINEK, M. V.; BEST, J. D. COACH study group. Coaching patients on Achieving Cardiovascular Health. How many patients with coronary heart disease are not achieving their risk-factor targets? Experience in Victoria 1996-1998 versus 1999-2000. **The Medical journal of Australia**, Sydney, v. 176, n. 5, p. 211-5, 2002.

VALE, M. J. et al. COACH Study Group. Coaching patients On Achieving Cardiovascular Health (COACH): a multicenter randomized trial in patients with coronary heart disease. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 163, n. 22, p. 2775-83, 2003.

VENDRUSCULO, M. T. et al. Queimaduras em ambiente doméstico: características e circunstâncias do acidente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2010.

XIE, B. et al. Evaluation of long term health-related quality of life in extensive burns: a 12-year experience in a burn center. **Burns**, Guildford, v.38, n.3, May, p.348-55, 2012.

WALLIS, H. et al. Emotional distress and psychosocial resources in patients recovering from severe burn injury. **Journal of Burn Care & Research**, Hagerstown, v. 27, n. 5, p. 734-41, Sep.-Oct. 2006.

WALLSTON, K. A.; WALLSTON, B. S. Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In: SANDERS, G. S.; SULS, J. (Eds.). **The social psychology of health and illness**. Hillsdale: Erlbaum, 1982. p. 65-65.

WASIAK, J. et al. Predictors of health status and health-related quality of life 12 months after severe burn. **Burns**, Guildford, v. 40, n. 4, p. 568-74, 2014.

WERNECK, G. L.; REICHENHEIM, M. E. Paediatric burns and associated risk factors in Rio de Janeiro, Brazil. **Burns**, Guildford, v. 23, n. 6, p. 478-83, 1997.

WETTA-HALL, R. et al. Preparing for burn disasters: evaluation of a continuing education training course for pre-hospital and hospital professionals in Kansas. **Journal of Burn Care & Research**, Hagerstown, v. 28, n. 1, p. 97-104, 2007.

WONG, E. G. et al. Burns in Sierra Leone: a population-based assessment. **Burns**, Guildford, v. 22, n. 4, p. S0305-4179, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Burns**. Apr. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/index.html>>. Acesso em: 26 de abr. 2014.

_____. **Telemedicine**: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. Geneva: WHO, 2010. p. 88. (Global Observatory for eHealth Series, 2). Disponível em: <http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf?ua=1>. Acesso em: 02 mar. 2014.

YODER, L. H.; NAYBACK, A. M.; GAYLORD, K. The evolution and utility of the burn specific health scale: A systematic review. **Burns**, Guildford, v. 36, n. 8, p. 1143-56, Dec. 2010.

ZANETTI, M. L. et al. Satisfação do paciente diabético em seguimento em um programa de educação em diabetes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 583-589, 2007.

ZAPATA, D. M.; ESTRADA, A. Quality of life related to the health of the people affected by burns after the healing. **Biomedica**, Bogotá, v. 30, n. 4, p. 492-500, Oct.-Dec. 2010.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 67, p. 361-70, 1983.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A- Carta convite para participação em estudo

Olá, Senhor (a) _____.

Somos do Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de Vida, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Tentamos entrar em contato com o (a) senhor (a) via telefone, mas como não conseguimos, estamos enviando esta carta para convidá-lo (a) a participar da nossa pesquisa sobre Avaliação do estado de saúde de vítimas de queimaduras após alta hospitalar, realizada no Ambulatório de Queimados na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas, e seria de grande ajuda a sua participação. Para isso acontecer, caso o (a) senhor (a) queira participar, poderemos marcar algum dia no Ambulatório da Unidade de Queimados, no mesmo lugar que o (a) senhor (a) tem retorno; o dia fica a seu critério, é só me responder para agendarmos, os telefones estão abaixo ou se preferir envie uma carta com a sua resposta. A pesquisa levará em torno de 40 minutos, será feita por uma das pesquisadoras responsáveis, com privacidade e as respostas serão mantidas em sigilo, o (a) senhor (a) não terá custo e não irá interferir no seu tratamento. Caso o (a) senhor (a) precise de ajuda, como transporte, para poder nos encontrar, providenciaremos. Será de grande satisfação para nós a sua participação.

Desde já, agradecemos.

Natália Gonçalves

Contatos:

Telefone: 016- 36023402 (Natália Gonçalves).

Destinatário: GIRQ – Departamento de Enfermagem Geral e Especializada

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida dos Bandeirantes, 3900, Monte alegre - Ribeirão Preto, SP – Brasil.

CEP: 14040-902

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Paciente

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS SUJEITOS DA PESQUISA

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Dra Rosamary Aparecida Garcia Stuchi
e profa Dra Lidia Aparecida Rossi

PROMOTOR DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

PROJETO DE PESQUISA: “Seguimento por telefone após alta hospitalar: modelo educativo para o autocuidado para pacientes que sofreram queimadura”

O (A) Senhor(a) e um membro da sua família, que participará do seu cuidado após a alta, estão sendo convidados a participar como voluntários de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar um Modelo educativo para o autocuidado para pessoas queimadas. Caso o (a) senhor (a) concorde em participar, será realizado um sorteio para determinar em qual grupo do estudo deverá participar: – Grupo 1- pessoas que receberão informações através do programa educativo que estará sendo avaliado que incluirá informações sobre o seu tratamento durante a internação e após a alta por telefone durante seis meses ou Grupo 2 – pessoas que receberão as informações de acordo com o que já está programado na Unidade de Queimados. Em qualquer um dos grupos que o (a) senhor (a) estiver participando poderemos esclarecer suas dúvidas. Este estudo permitirá conhecer se o programa que está sendo testado fornece melhores resultados ou não. Se o (a) senhor (a) concordar em participar, em qualquer um dos grupos que estiver, será convidado a responder algumas perguntas sobre o seu cuidado e suas respostas serão gravadas com um gravador, se o (a) senhor (a) concordar. Levará aproximadamente 60 minutos para responder as perguntas. A recusa em participar não trará mudanças no seu tratamento, tendo liberdade para deixar de responder as perguntas que possam lhe causar algum incomodo ou constrangimento, deixando-as em branco. Caso o (a) senhor (a) tenha alguma limitação nas mãos que torne difícil responder as perguntas, poderá pedir à pesquisadora responsável que assinale a resposta que o (a) senhor (a) escolher. Dependendo do grupo que estiver iremos telefonar para sua residência, no horário que escolher. **Informamos ao senhor(a) que as conversas por telefone serão gravadas, caso o senhor(a) concorde.** Esses telefonemas, não demorarão mais que dez minutos e, nestas ocasiões, esclareceremos suas duvidas e gravaremos nossa conversa se o senhor (a) concordar. Serão oferecidos esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e o (a) senhor (a) estará livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, não sendo identificado em momento algum. A participação no estudo não acarretará custos para o (a) senhor (a), não trará riscos e o (a) Sr (a) não receberá qualquer compensação financeira. Em caso de dúvidas poderá chamar a pesquisadora responsável, Dra Rosamary Aparecida Garcia Stuchi ou a Profa. Dra. Lidia Aparecida Rossi no telefone ou endereço abaixo.

Eu, _____ RG _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e **modificar** minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora responsável me certificou de que todos os dados desta pesquisa, permanecerão no anonimato, ou seja, não permitirão que eu seja identificado (a). E que esta pesquisa poderá ser apresentada em eventos científicos (congressos, jornadas), revistas técnicas e científicas, mas eu não serei identificado (a).

- Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Tenho ciência do exposto acima e desejo participar do estudo, sendo minha contribuição na busca da melhora do atendimento a pacientes que possam encontrar-se futuramente em situação semelhante à minha.

Assinatura do Paciente

Profa Dra Lúcia Aparecida Rossi

Dra Rosamary Aparecida Garcia Stuchi

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14049-902 Ribeirão Preto - SP

Telefones: (16) 36023402 e (16) 3602-3398 (recados)

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido- paciente

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS SUJEITOS DA PESQUISA
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Natália Gonçalves e Lidia Aparecida Rossi

PROMOTOR DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

PROJETO DE PESQUISA: “Avaliação do estado de saúde de vítimas de queimaduras e seu impacto no retorno ao trabalho”

Senhor(a) que sofreu o acidente com queimadura, está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa que tem como objetivos de descrever as características do acidente por queimaduras e características sociodemográficas; comparar o estado de saúde, considerando as avaliações realizadas no momento da alta hospitalar, seis e 12 meses após a ocorrência da queimadura, com o retorno ao trabalho. Caso o (a) senhor (a) concorde em participar, será realizado uma entrevista com quatro questionários com duração de aproximadamente 40 minutos. A recusa em participar não trará mudanças no seu tratamento, tendo liberdade para deixar de responder as perguntas que possam lhe causar algum incômodo ou constrangimento, deixando-as em branco. Caso o (a) senhor (a) tenha alguma dificuldade que torne difícil responder as perguntas, poderá pedir à pesquisadora responsável que assinala a resposta que o (a) senhor (a) escolheu. Serão oferecidos esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e o (a) senhor (a) estará livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, não sendo identificado em momento algum. A participação no estudo não acarretará custos para o senhor, não trará riscos e não receberá qualquer compensação financeira. Caso o Sr (a) necessite, ou forem agendados retornos fora da rotina, durante os retornos seis e 12 meses após a alta hospitalar, será oferecido auxílio para o transporte para que você venha ao hospital (passes de ônibus ou o valor da passagem). Em caso de dúvidas poderá chamar a pesquisadora responsável, Natália Gonçalves ou a Profa. Dra. Lidia Aparecida Rossi no telefone ou endereço abaixo.

Eu, _____ RG _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora responsável me certificou de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

- Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa (estes gastos se referem aos transportes até o hospital como foi informado no termo de consentimento).

- Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Tenho ciência do exposto acima e desejo participar do estudo, sendo minha contribuição na busca da melhora do atendimento a pacientes que possam encontrar-se futuramente em situação semelhante à minha.

Assinatura do Paciente

Data da entrevista

Lídia Aparecida Rossi

Natália Gonçalves

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14049-902 Ribeirão Preto - SP

Telefones: (16) 36023402 e (16) 3602-3398 (recados)

APÊNDICE D- Orientação para alta

O uso da Malha Elástica

A malha elástica é uma roupa de tecido elástico usada nos locais onde foram queimados e enxertados.

Mas porque utilizar a malha?

Ela irá auxiliar no processo de cicatrização, diminuindo as retrações (repuxar) e diminuir os quelóides (calombo) deixando a pele mais lisa.

Como usar a malha elástica

A malha indicada pela equipe e feita sob medida. Para começar a usar, é preciso que você não esteja mais com curativo e sem nenhuma bolha ou ferida.

Como conservar a malha elástica?

Lavar com água fria e sabão
Não esfregar com escova
Não torcer
Deixar secar na sombra
Não passar ferro

UNIDADE DE QUEIMADOS

TERAPIA OCUPACIONAL

ORIENTAÇÃO PARA ALTA

Este manual irá oferecer algumas instruções para orientá-lo nas suas atividades após a alta hospitalar.

Nosso objetivo é garantir o seu bem estar e o de seus familiares.

Higiene

É comum as pessoas sentirem medo de lavar a pele cicatrizada, mas é importante tomar um banho diário, com água e sabão, protegendo o curativo com saco plástico.

Alimentação

Você poderá comer qualquer tipo de alimento. E deve ingerir muita água. É muito importante para sua recuperação.

Cuidados com os locais queimados

Com curativo

- Não molhar
- Não sujar (terra, fezes, urina)
- Proteger com saco plástico durante o banho

Sem o curativo

- Não coçar para evitar novas feridas
- Colocar apenas as pomadas e cremes orientados pelo médico e enfermeiro da unidade

Sempre use o protetor solar

Não fique exposto ao sol

Assim, você previne as manchas.

Atividade Física

Pratique exercícios leves. Inicialmente eles podem causar dor, por isso realize de maneira lenta. Eles são importantes para manutenção da saúde e prevenção de deformidades.

APÊNDICE E- Folders ilustrativos para o autocuidado no domicílio

EXERCÍCIOS

Faça os exercícios regularmente e de maneira frequente.

As vezes a gente acha difícil encontrar tempo, mas lembre-se que realizá-lo é muito importante para você!

Por que realizar exercícios:

- Melhoram a movimentação
- Ajudam o sangue a circular melhor no local
- Auxiliam no processo de cicatrização
- Você se sentirá mais disposto!

EXERCÍCIOS

Para:

TELEFONES:
GIRQ: 3602-3402
HC: 3602- 1140

ORIENTAÇÃO:

[illegible]

EXERCÍCIOS PARA AS MÃOS

Seqüência dos exercícios:

Por que realizar exercícios:

- Melhoram a movimentação
- Ajudam o sangue a circular melhor no local
- Auxiliam no processo de cicatrização
- Você se sentirá mais disposto!

ORIENTAÇÃO:

Por que realizar exercícios:

- melhoram a movimentação;
- ajudam o sangue a circular melhor no local;
- auxiliam no processo de cicatrização;
- e você se sentirá mais disposto!

EXERCÍCIOS PARA OS OMBROS

Sequência dos exercícios:
Sem Bastão

**CONVÍVIO
FAMILIAR**

TELEFONES

GIRQ: 3602-3402

HC: 3602-1140

CONVÍVIO FAMILIAR

Com a família podemos compartilhar muitos momentos de diálogo, interação, cooperação, carinho, dedicação, aceitação e também lazer!

É muito importante que você não se isole, não se sinta sozinho. Porque existem muitas pessoas se preocupando e torcendo por você!

IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA

O amor dos familiares nos faz sentir mais seguros e amparados, nas mais diversas situações.

Em situações de mudanças, temos muitas incertezas, inseguranças, medos, e precisamos de tempo para nos adaptar a uma nova realidade.

Compartilhe com sua família seus medos e necessidades.

E deixe a vida seguir para a frente!

Convívio social

TELEFONES
GIRQ: 3602-3402
HC: 3602-1140

Todos nós necessitamos de afeto, relacionamento e aceitação!	As pessoas do seu convívio não ficam pensando o tempo todo nas suas cicatrizes.	Faça isso também!
Criar um ambiente agradável a nossa volta depende muito da nossa postura diante dos acontecimentos!		Não se isole tenha uma atitude positiva diante da vida!

Evite pensamentos negativos!

Tenha atitudes que o estimulem a seguir em frente!

MALHA

O uso da malha poderá ser de longa duração, porque a cicatriz vai modificando lentamente. É importante que você esteja preparado!

MALHA

Para:

TELEFONES
GIRQ: 3602-3402
HC: 3602-1140

ORIENTAÇÕES:

Como conservar a malha:

- a malha deverá ser lavada com água fria e sabão;
- não poderá ser utilizada es-cova ou esfregá-la no tanque;
- não deverá ser torcida para retirar o excesso de água;
- deverá ser secada na som-bra;
- não deverá ser usado ferro para passá-la.

COMO COLOCAR A MALHA:

SEQUÊNCIA:

Por que usar a malha:

- ajuda a evitar cicatrizes e outras feridas na pele.
- auxilia na circulação do san-gue que leva os alimentos e oxigênio aos tecidos.
- mantém uma pressão ade-quada e constante nas áreas em fase de cicatrização.
- prevenindo a hipertrofia do tecido (cicatriz aumentada).

NÃO ESQUEÇA:

É muito importante você
hidratar a sua pele!

Antes de sair de casa:

Pare, Pense e Use

Um Filtro solar!!!!

Hidratação e
Proteção Solar

Para:

TELEFONES

GIRQ: 3602-3402

HC: 3602-1140

HIDRATAÇÃO	ORIENTAÇÃO:	PROTEÇÃO SOLAR
Ajuda a hidratar sua pele	<ul style="list-style-type: none"> - Antes de passar o hidratante, a pele deve estar limpa, sem sujidade 	Ao se expor ao sol, não se esqueça de usar o protetor solar e hidratar sempre a sua pele!
Auxilia na cicatrização!	<ul style="list-style-type: none"> - importante utilizar lubrificantes sem perfume, sem álcool com a pele limpa de 2 a 3 vezes ao dia 	
	<ul style="list-style-type: none"> - use o protetor solar .

APÊNDICE F- Roteiro para acompanhamento telefônico

Paciente:

Data:

Semana após a alta:

() 1. ____ semanas () 2. ____ semanas () 3. ____ semanas

Resumo da história do paciente: _____

Para Análise:

Número de tentativas.....

Ligação Início.....Ligação Final.....

Motivo de Recusa.....

Considerações da Conversa.....

Instruções iniciais ao Enfermeiro educador (EE):

- Antes de iniciar a conversa com o paciente, SEMPRE esteja com a ficha de acompanhamento do paciente para identificar quais foram às orientações que foram dadas, qual o diagnóstico médico, qual a extensão da queimadura, qual foi o tratamento indicado.
- Faça as anotações na ficha após a ligação telefônica.
- Fique atento ao tom da voz (apatia, euforia), ou verbalização de desânimo ou emissão expressões que denotem aspectos depressivos.

EE: Bom dia (boa tarde) meu nome é..... eu faço parte do projeto XXXX (EERP-USP – Unidade de Queimados) eu poderia falar com o (a) (nome do paciente)? Muito obrigado(a)! Se o paciente não estiver perguntar qual o melhor horário para encontrá-lo. Se o paciente estiver, seguir para próxima pergunta.

EE: Olá. Eu telefonei para saber como você está passando e se esse é um bom momento para podermos conversar? (se a resposta for não, perguntar qual o melhor horário para falar com ele (a). – anotar a resposta. Dizer que ligará no horário que ele (a) referiu ser o melhor. E agradecer.

Se sim, lembrá-lo que a conversa será gravada. E dar continuidade a conversa.

EE: O que o senhor tem feito para cuidar da sua queimadura (ou das suas cicatrizes).

Se a resposta for:

() SIM, tenho realizado os exercícios – Parabenizar o Paciente (PARABÉNS!!!) e perguntar:

Quantas vezes?_____ (anotar o número de vezes)

() SIM, tenho utilizado o filtro solar,
Incentivar o paciente a manter o uso e perguntar, quantas vezes?____

() SIM, tenho usado o hidratante
Se sim, verificar em que momentos (encorajá-lo a manter a aplicação do hidratante após o banho, antes da colocação da malha, utilizando conforme prescrito pelo médico).

() SIM, tenho colocado a malha, Muito bem, que bom!!! Em que momento você está colocando a malha? Que horário (s) você retira?

Se a resposta for:

() NÃO ESTOU REALIZANDO EXERCÍCIOS.

Perguntar o que o (a) está impedindo de realizar? Anotar a resposta.

Explicar a importância de fazer o exercício físico.

() NÃO TENHO UTILIZADO O FILTRO SOLAR,

Perguntar o que o (a) está impedindo de utilizar? Ou por que não está utilizando o filtro solar.
Anotar a resposta.

Explicar a importância de proteger a pele do sol.

() NÃO TENHO USADO O HIDRATANTE,

Perguntar o que o (a) está impedindo de utilizar o hidratante? Anotar a resposta.

Reforçar a importância da utilização do hidratante para a pele.

() NÃO TENHO COLOCADO A MALHA,

Perguntar o que está impedindo de colocar? Anotar a resposta.

Explicar a importância do uso da malha para a cicatrização.

EE: Você está conseguindo tomar os medicamentos prescritos pelo seu médico?

Se sim, muito bem, continue assim mesmo!

Se não, identificar os motivos, e solicitar para ele conversar com o seu médico.

EE: Posso voltar a ligar para você em xxx semanas?

EE: Há alguma coisa que você (sr (a)) queira me perguntar? Ou existe alguma coisa que eu possa fazer para o senhor (a), você agora?

[illegible]

APÊNDICE G- Acompanhamento durante a internação: planejamento do cuidado

Paciente: n. _____

Item Educativo	Data:		
Itens a ser modificados	Data da realização	Dificuldades	Nova proposta / resolução
Convívio social			
Convívio familiar			
Auto imagem			
Cicatrização			
Cicatrizes			
Uso de Malha			
Exercícios			
Massagem			
Lazer			
Prurido			
Silicone			

APÊNDICE H- Formulário caracterização sociodemográfica e clínica- parte A**FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS****Caracterização dos participantes**

Entrevista nº: _____ Iniciais: _____ Registro: _____

Data da entrevista: _____

Data de nascimento: _____

Sexo: _____

Estado civil:

() 1- casado (a) () 2- solteiro (a) () 3- viúvo (a) () 4- separado (a)

() 5- união consensual

Pessoa significativa (grau de parentesco; sexo; idade):

Endereço:

Telefone:

Melhor horário para ligação:

Nacionalidade:

Cidade de procedência (onde mora):

Anos de estudo até a entrevista.

Estudante antes da Queimadura: () Sim () Não

Empregado antes da queimadura: () Sim () Não Há quanto tempo:

Trabalho - Situação antes da queimadura:

() 1. ativo

() 2. aposentadoria por idade

() 3. aposentadoria por invalidez

() 4. aposentadoria especial

() 5. aposentadoria por tempo de contribuição

() 6. recebendo auxílio-acidente

() 7. recebendo auxílio-doença

() 8. seguro desemprego

() 7. do lar

() 8. Desempregado

Trabalho – profissão/ocupação:

Descrição do tipo de vínculo:

Renda Familiar Total: _____

Renda individual: _____

Data do Acidente:

Data da internação:

Tempo de internação na unidade:

Cirurgia agendada: () sim () não. Quando?

Agente causador: () água quente () óleo quente () álcool () fogo

() álcool + fogo () gasolina () eletricidade () explosão () outros

Breve história do acidente: _____

Tipo de Acidente: AD() AT() TH()

Dados relativos à queimadura

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

Modelo de boneco para cálculo da área queimada.

Área	Valores padrão(%)	Valores obtidos (%)		
		1º	2º	3º
Cabeça	7			
Pescoço	2			
Tronco Anterior	13			
Tronco posterior	13			
Nádega direita	2,5			
Nádega esquerda	2,5			
Genitália	1			
Braço direito	4			
Braço esquerdo	4			
Antebraço direito	3			
Antebraço esquerdo	3			
Mão direita	2,5			
Mão esquerda	2,5			
Coxa direita	9,5			
Coxa esquerda	9,5			
Perna direita	7			
Perna esquerda	7			
Pé direito	3,5			
Pé esquerdo	3,5			
Total (%)				

APÊNDICE I- Formulário caracterização sociodemográfica e clínica- parte B**FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS- PARTE-B (na alta hospitalar)****Caracterização dos participantes**

Entrevista nº: _____ Iniciais: _____ Registro: _____

Data da entrevista: _____

Trabalho - Situação atual:

☐ 1. ativo☐ 2. aposentadoria por idade☐ 3. aposentadoria por invalidez☐ 4. aposentadoria especial☐ 5. aposentadoria por tempo de contribuição☐ 6. recebendo auxílio-acidente☐ 7. recebendo auxílio-doença☐ 8. seguro desemprego☐ 7. do lar☐ 8. desempregado

Ação na justiça referente ao trabalho depois da queimadura:

Dados da Internação:

Data da última cirurgia:

Número de cirurgias até a data da entrevista:

Debridamento: Sim ☐ Não ☐ _____

Número de debridamentos até a data da entrevista:

Enxertia: Sim ☐ Não ☐ _____

Número de enxertias até a data da entrevista:

Amputação: Sim ☐ Não ☐ Membro:Alta definitiva: ☐ Sim ☐ Não

Tempo de internação na unidade:

Cirurgia agendada: ☐ sim ☐ não. Quando?Tipo de enxerto: Espessura total ☐ Espessura parcial expandido ☐Espessura parcial Laminar ☐ Retalho: Sim ☐ Não ☐ Tipo: _____

Área doadora:

APÊNDICE J- Formulário caracterização sociodemográfica e clínica- parte C**PARTE C- (6 e 12 meses após a queimadura)****Caracterização dos participantes**

Entrevista nº.: _____ Iniciais: _____ Registro: _____

Data da entrevista: _____

Estado civil:

() 1- casado (a) () 2- solteiro (a) () 3- viúvo (a) () 4- separado (a)

() 5- união consensual

Pessoa significativa (grau de parentesco; sexo; idade):

Endereço:

Telefone:

Melhor dia e horário para ligação:

Escola- situação atual:

Trabalho - Situação atual: É a mesma de antes da queimadura: Sim () Não ()

() 1. ativo

() 2. aposentadoria por idade

() 3. aposentadoria por invalidez

() 4. aposentadoria especial

() 5. aposentadoria por tempo de contribuição
acidente

() 6. recebendo auxílio-

() 7. recebendo auxílio-doença

() 8. seguro desemprego

() 7. do lar

() 8. desempregado

Descrição do tipo de vínculo:

Ocupação no trabalho:

Renda Familiar Total: _____ Renda individual: _____

Data do retorno ao trabalho:

Dados da Internação:

Data da última cirurgia:

Número de cirurgias até a data da entrevista:

Debridamento: Sim () Não () _____

Número de debridamentos até a data da entrevista:

Enxertia: Sim () Não () _____

Número de enxertias até a data da entrevista:

Amputação: Sim () Não () Membro:

Alta definitiva: () Sim () Não

Quantas internações em 6/ 12 meses:

Tempo de internação na unidade:

Cirurgia agendada: () sim () não. Quando?

APÊNDICE L- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Especialistas**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****ESCLARECIMENTOS AOS MEMBROS DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS****PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Natália Gonçalves e Lidia Aparecida Rossi**PROMOTOR DA PESQUISA:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP**PROJETO DE PESQUISA:** “Avaliação do estado de saúde de vítimas de queimaduras e seu impacto no retorno ao trabalho”

Por gentileza, gostaríamos de solicitar que o senhor realizasse a validação do conteúdo e aparência do conteúdo do material que iremos utilizar para a realização de uma pesquisa que tem como objetivos de descrever as características do acidente por queimaduras e características sociodemográficas; comparar o estado de saúde, físico e mental considerando as avaliações realizadas no momento da alta hospitalar, seis, 12 e 18 meses após a ocorrência da queimadura segundo o retorno ao trabalho; e correlacionar as avaliações do IES com o BSHS-R. Caso o (a) senhor (a) concorde em participar, deverá avaliar os itens que compõem os instrumentos quanto à validação de conteúdo e aparência. O (a) senhor (a) levará aproximadamente 20 minutos para responder as perguntas. Por favor, durante sua avaliação considere se o conteúdo do material é suficiente para responder aos objetivos propostos por este trabalho, se alguma alteração deve ser realizada e se a forma de apresentação é adequada. As respostas a essas questões acima poderão ser feitas no verso dessa folha e as alterações sugeridas poderão ser feitas no próprio instrumento. Sua participação será na qualidade de assessor emitindo sua opinião e não como sujeito do estudo. Os resultados deste estudo nos permitirão verificar se o retorno ao trabalho interfere no estado de saúde. O (a) senhor (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento e não será identificado em momento algum. A participação no estudo não acarretará custos para o senhor, não trará riscos e não receberá qualquer compensação financeira. Em caso de dúvidas poderá chamar as pesquisadoras responsáveis Natália Gonçalves; Profa. Dra. Lidia Aparecida Rossi no telefone ou endereço abaixo. Obrigada pela sua colaboração.

Eu _____, RG _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Especialista

Lídia Aparecida Rossi

Natália Gonçalves

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14049-902 Ribeirão Preto - SP

Telefones: (16) 36023402 e (16) 3602-1140 (recados)

APÊNDICE M- Questionário de satisfação e aceitabilidade de um Modelo Educativo para Reabilitação de Vítimas de Queimaduras

(Gonçalves, N.; Gallani, MC.; Rossi, L.A., 2012)

Bom dia/boa tarde/ boa noite.

Meu nome é.... . Fui convidada pelo Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de Vida, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, para entrevistá-lo após o término de sua participação no estudo que teve como objetivo testar uma intervenção educativa para ajudá-lo no processo de reabilitação após o trauma da queimadura e com isso contribuir para seu estado de saúde com seis meses após a alta hospitalar. O objetivo desta entrevista é conhecer sua opinião sobre a esta intervenção educativa que foi realizada durante os primeiros seis meses após sua alta do hospital.

Sua opinião sobre as atividades que foram desenvolvidas é muito importante para os autores da pesquisa, que têm como objetivo ajudar os pacientes que sofreram o trauma de queimadura a retomarem sua vida da melhor maneira possível. Assim, gostaríamos de saber o que o senhor (a) identifica como pontos positivos e também como pontos negativos da intervenção.

Sua opinião sincera é grande valor para os pesquisadores. Suas críticas e sugestões serão importantes para que os pesquisadores possam melhorar a intervenção e ajudar ainda mais outros pacientes que venham a passar pela mesma situação que o senhor (a) viveu após o trauma da queimadura. Todos os seus comentários, sejam eles positivos ou negativos, serão muito bem-vindos e serão considerados na reformulação do programa educativo.

Como entrevistadora, sou uma pessoa totalmente neutra neste processo de avaliação. Assim, sinta-se totalmente à vontade para expressar sua opinião. Esta ligação será gravada e seu nome não será revelado durante a análise das suas respostas.

Farei algumas perguntas para o senhor (a), com algumas opções de respostas. Caso o senhor (a) fique em dúvida em alguma questão, podemos repeti-la.

A intervenção foi composta das seguintes etapas:

- 1) Primeira etapa: durante a internação, o pesquisador discutiu com o senhor(a) sobre suas dúvidas em relação aos cuidados, consequências da queimadura e possíveis complicações para o tratamento em casa.
- 2) Segunda etapa: Ainda na internação, mas já próximo da alta hospitalar, o pesquisador fez as orientações necessárias de acordo com as dúvidas que o senhor(a) apresentou sobre os cuidados necessários para casa, usando imagens no computador e entregando alguns folhetos com textos e imagens sobre os cuidados a serem tomados em casa.
- 3) Terceira etapa: as três ligações telefônicas de acompanhamento.

Qual destas etapas o (a) senhor (a) gostou mais ou achou mais importante?

Anotar a resposta do paciente:

Primeira etapa		Se esta foi a escolha do paciente, vá para o item 1.
Segunda etapa		Se esta foi a escolha do paciente, vá para o item 2.
Terceira etapa		Se esta foi a escolha do paciente, vá para o item 3.

1) Se o paciente gostou mais da primeira etapa, prosseguir a entrevista a partir daqui:

O senhor escolheu a primeira etapa, realizada durante a internação. Nesta etapa foram discutidas suas dúvidas em relação aos cuidados, consequências da queimadura e possíveis complicações para o tratamento em casa.

- 1) O conteúdo discutido com o pesquisador, suas dúvidas em relação aos cuidados, consequências da queimadura e possíveis complicações para o tratamento em casa durante a internação, teve qual importância para o senhor(a)?

1	2	3	4	5	
Nem um pouco importante	Pouco importante	Não fez diferença	Importante	Muito importante	Não me lembro

- 2) O quão o(a) senhor(a) se sentiu satisfeito com o conhecimento adquirido nesta primeira etapa ou com a explicação sobre suas dúvidas?

1	2	3	4	5	
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Não fez diferença	Satisfeito	Muito Satisfeito	Não me lembro

- 3) A maneira como suas dúvidas foram levantadas pela pesquisadora foi:

1	2	3	4	5	
Muito inadequada	Um pouco adequada	Não fez diferença	Adequada	Muito adequada	Não me lembro

- 4) As explicações dadas para suas dúvidas foram:

1	2	3	4	5	
Muito inadequada	Um pouco adequada	Não fez diferença	Adequada	Muito adequada	Não me lembro

- 5) A duração destes encontros, ou seja, o tempo para discutir sobre suas dúvidas e os cuidados para casa durante a internação, foi:

1	2	3	4	5	
Insuficiente	Um pouco insuficiente	Não fez diferença	Suficiente	Totalmente suficiente	Não me lembro

- 6) O senhor(a) teria alguma sugestão a ser feita em relação a esta etapa ou gostaria de falar mais alguma coisa?

Registro da resposta do paciente:

7) Se esta etapa pudesse ser refeita, o senhor (a) mudaria alguma coisa ? O que? Por que ?

Registro da resposta do paciente:

2) Se o paciente gostou mais da segunda etapa, direcionar as seguintes perguntas:

Então, com relação à segunda etapa da intervenção, que foi sobre as orientações necessárias de acordo com as dúvidas que o senhor(a) apresentou sobre os cuidados com a queimadura em casa, usando imagens no computador e entregando alguns folhetos com textos, ainda durante a internação ou na alta hospitalar.

Em relação aos itens do material educativo, qual o senhor(a) mais gostou? Escolha três dos itens abaixo, por ordem de importância:

	Classificação
Função da Pele e Processo de cicatrização	
Queimadura	
Cicatrizes	
Exercícios de fisioterapia	
Proteção solar	
Hidratação	
Massagem	
Prurido	
Silicone (se utilizou)	
Malha elástica (se utilizou)	
Convívio familiar (se foi abordado)	
Convívio social (se foi abordado)	
Autoimagem (se foi abordado)	
Lazer (se foi abordado)	

Destes três itens que o (a) senhor(a) escolheu, ou seja (repetir as três opções que ele/ela escolheu):

1) O conteúdo que foi discutido nesta etapa com o(a) senhor(a) permitiu esclarecer suas dúvidas e ajudou o(a) senhor (a) a entender os cuidados a serem tomados.

1	2	3	4	5	
Não concordo	Não concordo muito	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito	Não me lembro

2) Foi fácil para o(a) senhor(a) entender o conteúdo do material que lhe foi apresentado (texto e imagens).

1	2	3	4	5	
Não concordo	Não concordo muito	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito	Não me lembro

3) O material utilizado para explicar os cuidados a serem tomados tornou mais fácil para o(a) senhor (a) entender os cuidados da queimadura:

1	2	3	4	5	
Quase nada	Um pouco	Não fez diferença	Bastante	Muito	Não me lembro

4) Considerando o material que foi utilizado nesta fase para educação de pacientes que sofreram queimaduras, o(a) senhor(a) avalia que ele é:

1	2	3	4	5	
Nem um pouco adequado	Um pouco adequado	Não fez diferença	Adequado	Muito Adequado	Não me lembro

5) Quanto o(a) senhor(a) acha que este material educativo auxilia/ajuda no tratamento de pacientes que sofreram queimadura no primeiro ano após a alta hospitalar?

1	2	3	4	5	
Não auxilia em nada	Auxilia um pouco	Não fez diferença	Auxilia	Auxilia Muito	Não me lembro

6) A duração desses encontros, ou seja, o tempo utilizado durante a internação para esclarecer suas dúvidas e os cuidados em casa, foi:

1	2	3	4	5	
Insuficiente	Um pouco insuficiente	Não fez diferença	Suficiente	Totalmente suficiente	Não me lembro

7) O local onde ocorreu este encontro foi:

1	2	3	4	5	
Muito inadequado	Um pouco adequado	Não fez diferença	Adequado	Muito adequado	Não me lembro

8) A forma como a pesquisadora explicou os cuidados a serem tomados em casa pelo(a) senhor(a) foi clara de maneira a facilitar sua compreensão:

1	2	3	4	5	
Não concordo	Não concordo muito	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito	Não me lembro

9) O senhor(a) teria alguma sugestão a ser feita em relação a esta etapa explicativa com figuras e textos no computador?

Registro da resposta do paciente:

10) O senhor(a) gostaria de dizer mais alguma coisa?

Registro da resposta do paciente:

11) Se esta etapa pudesse ser refeita, o senhor (a) mudaria alguma coisa ? O que? Por que?

Registro da resposta do paciente:

Em relação aos folhetos ilustrativos para os cuidados em casa, o(a) senhor (a) diria que:

- 1) Considerando as informações e as ilustrações contidas no folheto, o senhor avalia que o folheto como um todo é:

1	2	3	4	5	
Nem um pouco adequado	Um pouco adequado	Não fez diferença	Adequado	Muito adequado	Não me lembro

- 2) A estrutura dos folhetos (tamanho das letras e figuras, cores, formato) estava adequada?

1	2	3	4	5	
Nem um pouco adequado	Um pouco adequado	Não fez diferença	Adequado	Muito adequado	Não me lembro

- 3) Considerando os folhetos que foram utilizados nesta fase para educação de pacientes que sofreram queimaduras, o(a) senhor(a) avalia que ele são:

1	2	3	4	5	
Nem um pouco adequado	Um pouco adequado	Não fez diferença	Adequado	Muito adequado	Não me lembro

- 4) Para o senhor receber e ler os folhetos desta etapa foi:

☐ Inútil	☐ Útil
☐ Nada importante	☐ Importante
☐ Agradável	☐ Desagradável
☐ Bom	☐ Ruim
☐ Ineficiente	☐ Eficiente
☐ Cansativo	☐ Não cansativo

- 5) O senhor(a) teria alguma sugestão a ser feita em relação a esta etapa dos folhetos ilustrativos ou gostaria de falar mais alguma coisa?

Registro da resposta do paciente:

- 6) Se esta etapa pudesse ser refeita, o senhor (a) mudaria alguma coisa ? O que? Por que ?

Registro da resposta do paciente:

3)Se o paciente gostou mais da terceira etapa, prosseguir a entrevista a partir daqui:

O senhor (a) escolheu a terceira etapa, que se refere às três ligações telefônicas realizadas pelas pesquisadoras, no período após alta hospitalar.

- 1) As ligações ajudaram a esclarecer suas dúvidas quanto aos cuidados em casa?

1	2	3	4	5	
Não auxiliou em quase nada	Auxiliou um pouco	Não fez diferença	Auxiliou	Auxiliou muito	Não me lembro

- 2) A quantidade de ligações realizadas para reforçar e motivar os cuidados em casa foi:

1	2	3	4	5	
Insuficiente	Um pouco insuficiente	Não fez diferença	Suficiente	Totalmente suficiente	Não me lembro

- 3) A duração, ou seja, o tempo das ligações realizadas para reforçar e motivar os cuidados em casa, foi:

1	2	3	4	5	
Insuficiente	Um pouco insuficiente	Não fez diferença	Suficiente	Totalmente suficiente	Não me lembro

- 4) Para o (a) senhor(a), receber as ligações foi:

☐ Inútil	☐ Útil
☐ Nada importante	☐ Importante
☐ Agradável	☐ Desagradável
☐ Bom	☐ Ruim
☐ Ineficiente	☐ Eficiente
☐ Cansativo	☐ Não cansativo
☐ Confortável	☐ Desconfortável
☐ Estressante	☐ Não estressante

- 5) O senhor(a) teria alguma sugestão a ser feita em relação a esta etapa das ligações telefônicas ou gostaria de falar mais alguma coisa?

Registro da resposta do paciente:

- 6) Se esta etapa pudesse ser refeita, o senhor (a) mudaria alguma coisa ? O que? Por que ?

Registro da resposta do paciente:

Perguntas gerais:

- 1) Se o senhor fosse convidado a participar novamente deste estudo, o senhor(a) participaria?

Resposta:

SIM ☐

NÃO ☐

Por que?

Registro da resposta do paciente:

- 2) O que o senhor(a) mudaria nessa intervenção educativa, ou seja, nas três etapas educativas que o(a) senhor (a) percorreu durante o estudo, para ser mais útil para ajudar os pacientes que como o senhor passaram pelo trauma da queimadura?

Registro da resposta do paciente:

3) O senhor(a) teria interesse/estaria disposto a continuar realizando os cuidados com suas cicatrizes em casa após o estudo?

Registro da resposta do paciente:

4) Teve algum ponto negativo neste estudo, ou seja, na intervenção educativa? Por que?

Registro da resposta do paciente:

Muito obrigado por participar desta entrevista. Sua opinião será muito importante para os pesquisadores aumentarem ainda mais a qualidade do serviço prestado aos pacientes que sofreram queimaduras como senhor(a).

APÊNDICE N- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Especialistas

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Comitê de Especialistas ESCLARECIMENTOS AOS MEMBROS DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS

PESQUISADORA RESPONSÁVEL Lidia Aparecida Rossi e Natália Gonçalves

PROMOTOR DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

PROJETO DE PESQUISA: “Modelo educativo para o estímulo do autocuidado para pacientes que sofreram queimadura: seguimento por telefone após alta hospitalar”

Por gentileza, gostaríamos de solicitar que o senhor(a) realizasse a validação do conteúdo e da aparência do material que iremos utilizar para a realização de uma pesquisa que tem como objetivos adaptar um modelo educativo ministrado através de seguimento por telefone para o autocuidado de pacientes queimados e avaliar o impacto dessa intervenção no estado de saúde do paciente durante os primeiros seis meses após a alta hospitalar. Este material foi desenvolvido para avaliar a satisfação e aceitabilidade da intervenção a ser testada neste estudo. Caso o (a) senhor (a) concorde em participar, deverá avaliar os itens que compõem o instrumento quanto à validação de conteúdo e aparência. Por favor, durante sua avaliação considere se o conteúdo do material é suficiente para responder ao objetivo pelo qual ele foi elaborado, se alguma alteração deve ser realizada e se a forma de apresentação é adequada. As respostas a essas questões acima poderão ser feitas no verso dessa folha e as alterações sugeridas poderão ser feitas no próprio instrumento. Sua participação será na qualidade de assessor emitindo sua opinião e não como sujeito do estudo. O (a) senhor (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento e não será identificado em momento algum. A participação no estudo não acarretará custos para o senhor, não trará riscos e não receberá qualquer compensação financeira. A participação nesta etapa do estudo não permite que o senhor(a) seja coautor(a) deste trabalho. Em caso de dúvidas poderá chamar as pesquisadoras responsáveis Natália Gonçalves e Profa. Dra. Lidia Aparecida Rossi no telefone ou endereço abaixo. Obrigada pela sua colaboração.

Eu _____
RG _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Especialista

Lídia Aparecida Rossi

Natália Gonçalves

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14049-902

Ribeirão Preto - SP

Telefones: (16) 36023402 e (16) 3602-1140 (recados)

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A- *Burn Specific Health Scale – Revised* (Versão Adaptada)

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

Agora quanta dificuldade você tem em:	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Mais ou menos dificuldade	Muita dificuldade	Dificuldade exagerada
1. Amarrar sapatos, fazer laços, etc...	1	2	3	4	5
2. Sentar-se e levantar-se de cadeiras.	1	2	3	4	5
3. Voltar ao trabalho fazendo suas tarefas como antes.	1	2	3	4	5
4. Tomar banho sem ajuda.	1	2	3	4	5
5. Vestir-se sem ajuda.	1	2	3	4	5

Até que ponto cada uma das sentenças abaixo descrevem você agora?	Não me descreve	Descreve- me pouco	Descreve- me mais ou menos	Descreve- me bem	Descreve- me muito bem
6. Minha pele está mais sensível agora do que antes.	1	2	3	4	5
7. Eu sinto que minha queimadura incomoda outras pessoas.	1	2	3	4	5
8. As vezes, eu penso que tenho um problema emocional (tristeza, depressão, etc ...).	1	2	3	4	5
9. Minha queimadura tem causado problemas para eu fazer minhas tarefas no meu trabalho e em casa.	1	2	3	4	5

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

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

ANEXO B- Escala de auto-eficácia geral percebida

Abaixo são apresentadas algumas questões sobre como você é. Por favor faça um círculo em torno do número de 1 a 5 que indica a sua resposta em cada questão, conforme o esquema abaixo:

1. Discordo totalmente	2. Discordo na maior parte	3. Não concordo nem discordo	4. Concordo na maior parte	5. Concordo totalmente	
1. Eu sempre consigo resolver os problemas difíceis se eu tentar bastante.	1	2	3	4	5
2. Mesmo se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero.	1	2	3	4	5
3. É fácil para mim, agarrar-me aos meus objetivos e atingir as minhas metas.	1	2	3	4	5
4. Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.	1	2	3	4	5
5. Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4	5
6. Eu posso resolver a maioria dos problemas se eu investir o esforço necessário para isso.	1	2	3	4	5
7. Eu consigo manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu confio nas minhas habilidades para enfrentar essas situações.	1	2	3	4	5
8. Quando eu me confronto com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4	5
9. Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.	1	2	3	4	5
10. Eu normalmente consigo resolver as dificuldades que acontecem na minha vida.	1	2	3	4	5

ANEXO C- Escala de ansiedade e depressão hospitalar

Este questionário ajudará o seu médico, a saber, como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Nunca

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

0 () Sim, do mesmo jeito que antes

1 () Não tanto quanto antes

2 () Só um pouco

3 () Já não sinto mais prazer em nada

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

3 () Sim, e de um jeito muito forte

2 () Sim, mas não tão forte

1 () Um pouco, mas isso não me

preocupa

0 () Não sinto nada disso

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

0 () Do mesmo jeito que antes

1 () Atualmente um pouco menos

2 () Atualmente bem menos

3 () Não consigo mais

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

3 () Quase sempre

2 () Muitas vezes

1 () De vez em quando

0 () Nunca

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

0 () Nunca

1 () De vez em quando

2 () Muitas vezes

3 () Quase sempre

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

3 () Completamente

2 () Não estou mais me cuidando como deveria

1 () Talvez não tanto quanto antes

0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

3 () Sim, demais

2 () Bastante

1 () Um pouco

0 () Não me sinto assim

ANEXO D- Escala de Impacto de Evento (IES)

Instruções:

Este questionário foi formado através de 15 declarações de pessoas que sofreram queimaduras. As quais estão relacionadas ao acidente que provocou a queimadura.

Leia cuidadosamente todas as declarações. Gostaríamos que você avaliasse cada declaração quanto à intensidade de sua experiência.

Você fará isso assinalando na barra de avaliação a intensidade da reação que vivenciou.

Você colocará uma marca na barra de avaliação que vai de “Isso não descreve o que acontece comigo” até “Isso descreve bem o que acontece comigo”. A barra tem exatamente 10 unidades.

Você marcará um valor entre zero e dez na barra de intensidade.

Por exemplo: “Eu me sinto desconfortável quando eu não sei exatamente o que será feito durante o cuidado das feridas”.

Se você quiser mudar a sua resposta, circule a resposta anterior e coloque-a então no lugar desejado. Por exemplo: “Eu me sinto desconfortável quando eu não sei exatamente o que será feito durante o cuidado das feridas”.

Quando uma marca como do exemplo 1, distancia-se duas vezes mais longe do zero que a outra marca, do exemplo 2, isto quer dizer que você sente em dobro a intensidade da reação comparada com a da outra pergunta.

Exemplo 1:

Exemplo 2:

Pode ser que algumas perguntas sejam muito parecidas, mas não são realmente iguais.

Queira por favor, responder todas as perguntas, sem pular nenhuma.

As declarações a seguir são declarações que os paciente manifestaram em decorrência das queimaduras.

Assinale para cada declaração o grau de intensidade da reação que você sentiu nos últimos sete dias, incluindo hoje:

1. Eu penso sem querer no momento que eu estava queimando.

2. Quando eu penso na maneira que fui queimado ou quando sou lembrado deste momento, eu tento não ficar estressado ou nervoso.

3. Eu tento apagar as lembranças dos momentos em que me queimei.

4. Eu dificilmente consigo pegar no sono e continuar dormindo, porque as imagens e lembranças do momento que eu estava queimando passam pela minha cabeça.

5. De repente, vêm imagens na minha cabeça e tenho fortes sensações sobre o momento que eu estava queimando.

6. Eu sonho com a maneira que me queimei.

7. Eu evito coisas que me lembrem o momento da queimadura.

8. Eu tenho a sensação como se a queimadura não tivesse acontecido, como se não fosse verdade.

9. Eu tento não falar sobre o assunto: sofrer queimaduras.

10. Imagens de como me queimei me voltam ao pensamento.

11. Constantemente, algumas coisas me fazem lembrar de estar me queimando.

12. Eu sei que ainda tenho muitos sentimentos sobre sofrer queimaduras, mas não levo em consideração.

13. Eu tento não pensar no momento em que estava me queimando.

“Isso não descreve o que acontece comigo”

“Isso descreve bem o que acontece comigo”

14. Cada lembrança traz de volta as sensações de estar me queimando.

“Isso não descreve o que acontece comigo”

“Isso descreve bem o que acontece comigo”

15. Minha sensação sobre sofrer queimaduras está na verdade anestesiada.

“Isso não descreve o que acontece comigo”

“Isso descreve bem o que acontece comigo”

ANEXO E- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa- Avaliação do estado de saúde de vítimas de queimaduras e seu impacto no retorno ao trabalho

Ribeirão Preto, 25 de maio de 2010

Ofício nº 1661/2010
CEP/MGV

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **“AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE VÍTIMAS DE QUEIMADURAS E SEU IMPACTO NO RETORNO AO TRABALHO”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 308ª Reunião Ordinária realizada em 24/05/2010 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 2199/2010.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (ICH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
NATÁLIA GONÇALVES
PROFª DRª LÍDIA APARECIDA ROSSI (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO F- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa- Modelo educativo para o autocuidado para pacientes que sofreram queimadura: seguimento por telefone após alta hospitalar

Ribeirão Preto, 30 de abril de 2010

Ofício nº 1350/2010
CEP/MGV

Prezada Professora,

O trabalho intitulado **“MODELO EDUCATIVO PARA O AUTOCUIDADO PARA PACIENTES QUE SOFRERAM QUEIMADURA: SEGUIMENTO POR TELEFONE APÓS ALTA HOSPITALAR”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 306ª Reunião Ordinária realizada em 26/04/2010 e enquadrado na categoria: **APROVADO**, **bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 2207/2010.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
PROFª DRª LÍDIA APARECIDA ROSSI
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP