



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Daiana Ferreira Marcelino Daniel

***COPING* NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO EM PESSOAS QUE SOFRERAM
QUEIMADURAS**

Florianópolis

2019

Daiana Ferreira Marcelino Daniel

***COPING* NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO EM PESSOAS QUE SOFRERAM
QUEIMADURAS**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Enf.^a Maria Elena Echevarría-Guanilo.

Florianópolis

2019

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

Daniel, Daiana Ferreira Marcelino

Coping no processo de reabilitação em pessoas que
sofreram queimaduras. / Daiana Ferreira Marcelino Daniel ;
orientador, Maria Elena Echevarría-Guanilo, 2019.
89 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

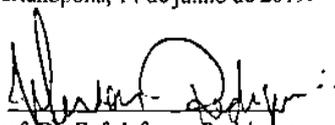
1. Enfermagem. 2. Coping. 3. Queimaduras. 4.
Reabilitação. 5. Enfermagem. I. Echevarría-Guanilo, Maria
Elena . II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Graduação em Enfermagem. III. Título.

Daiana Ferreira Marcelino Daniel

COPING NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO EM PESSOAS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS

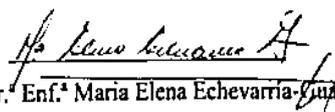
Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de "Enfermeiro" e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 14 de junho de 2019.



Prof. Dr. Enf. Jeferson Rodrigues,
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:



Prof.ª Dr.ª Enf.ª Maria Elena Echevarria-Guaniño

Orientadora e Presidente



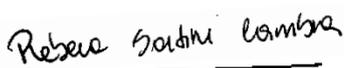
Prof.ª Dr.ª Enf.ª Luciana Fabiane Sebold

Membro Efetivo



Prof.ª Dr.ª Enf.ª Natália Gonçalves

Membro Efetivo



Enf.ª Rebeca Sartini Coimbra

Membro Substituto

Dedico este trabalho aos meus avós paternos Vaninha e Santo, por terem me criado com tanto amor, me mostrado o caminho em que devo andar e acreditar que Deus tinha/tem um propósito maior em minha vida quando eu mesma não era capaz disso. Vocês são meus grandes exemplos de amor, união e fé. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

No decorrer da Graduação em Enfermagem e no processo de elaboração deste trabalho, pessoas queridas estiveram ao meu lado. Certamente, eu não poderia finalizar essa fase da minha vida sem expressar minha gratidão e carinho a elas.

Minha eterna gratidão...

A DEUS, por ser meu melhor amigo, me sustentar com seu amor e graça todos os dias de minha vida.

Ao meu esposo Ezequiel, por ser meu amigo, me amar, me apoiar, me estimular a ir atrás dos meus sonhos e entender minha ausência nos momentos em que precisei me dedicar a graduação, e principalmente, a este trabalho.

Aos meus avós paternos, Avani e Santo, por terem me criado com tanto amor.

Ao meu amado pai Arilton, por todo amor, trabalho árduo, apoio e aquele churrasquinho de consolo aos finais de semana.

À minha querida mãe Rosimere, por me apoiar incondicionalmente e ser a pessoa que mais tem orgulho de mim.

À minha ami Débora, por entender minha ausência e recusa aos seus convites em diversos momentos desses últimos anos. A distância dificultou, porém não modificou nossa amizade. Você continua sendo minha pessoa!

As amigas que a Enfermagem-UFSC me deu, Ana Caroline, Mayara e Maria Paula. Vocês foram responsáveis pelos melhores momentos que desfrutei ao longo desses anos na universidade. Que nossa amizade dure para sempre, mesmo que estejamos em fases da vida e lugares diferentes.

À minha orientadora Maria Elena Echevarría Guanilo, pelos anos de orientação e oportunidades de crescimento pessoal e profissional, por ter compartilhado sua grande paixão comigo: o conhecimento sobre queimaduras, e por ter me acolhido em todos os momentos de ansiedade. Você é uma referência pessoal e profissional para mim!

À minha amiga Priscila J. Romanoski, por ter suportado com muita paciência meus momentos de drama e desespero, pelas caronas, conversas e aprendizado constante.

Aos colegas do grupo de pesquisa Nucron, por terem me acolhido, me proporcionado um ambiente confortável e momentos de compartilhamento do conhecimento, dos quais nunca me esquecerei.

A todos os meus Professores da graduação, por terem sido mestres construtores do que sou hoje como pessoa e profissional.

Aos profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem que me acolheram nos campos de estágio ao longo dessa graduação, vocês fazem parte da profissional que estou me tornando.

Aos pacientes que atendi ao longo da graduação, pela oportunidade de aprendizado e pelas lições de vida.

Às pessoas que sofreram queimaduras e que fizeram parte dessa pesquisa, por toda colaboração e por me ensinarem que quando se tem as pessoas certas ao nosso lado, mesmo após um trauma, é possível seguir em frente;

RESUMO

As queimaduras representam um processo de reabilitação estressante, longo e doloroso, no qual há necessidade de o indivíduo desenvolver *coping*, para adaptar-se às mudanças advindas deste trauma. Este trabalho teve como objetivo conhecer os tipos de *coping* manifestados por pessoas que sofreram queimaduras no decorrer do processo de reabilitação após alta hospitalar. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, descritivo, multicêntrico, que forma parte do macroprojeto intitulado “Queimaduras: *coping* e variáveis associadas no processo de reabilitação” e do subprojeto “Validação do *Coping With Burns Questionnaire* (CBQ) para a população Brasileira que sofreu Queimaduras”. Participaram da pesquisa, seis pessoas adultas, que estavam no período entre um mês e dois anos após alta hospitalar por queimaduras em um dos quatro centros de tratamentos especializados, de três estados brasileiros. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada por aplicativo de vídeo, de março a abril de 2019. Os dados das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo dirigida, organizados e processados no *Software Nvivo10*®. O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer de nº 3.036.217 e CAAE:67837817.0.0000.0121. Os resultados deste estudo apontaram a partir dos discursos dos participantes, que a aplicação do *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção, tiveram a finalidade de eliminar o problema ou reduzir o desconforto decorrente do mesmo. As pessoas que sofreram queimaduras utilizaram o *coping* focado no problema ao lidarem com as mudanças ocorridas na rotina diária, nas quais incluíram condutas que passaram a realizar referentes aos cuidados com a pele e cicatriz, tais como, proteção solar, hidratação da pele, uso da malha compressiva, realização de curativos e continuidade do tratamento; e também de outras condutas em que diminuíram ou deixaram de realizar, tais como, exposição solar, atividades de lazer, trabalho e exercício físico. Também foram considerados na categoria *coping* focado no problema, o comportamento preventivo de queimadura e autocuidado, tais como, continuidade no tratamento com fisioterapia e atendimento psicológico e o autocuidado com repouso e massagens. Quanto à utilização do *coping* focado na emoção, essas pessoas empreenderam aspectos direcionados ao apoio social da família, amigos e profissionais, religião, perspectiva sobre a vida, reavaliação positiva, evitação, crenças, cuidados gerais com a pele e cicatrizes e mudanças no papel do indivíduo na família e sociedade. Conclui-se que a reabilitação após alta hospitalar para pessoas vítimas de queimaduras é um período inerente à mudanças e incertezas, que pode ser percebido como positivas ou negativas. Os indivíduos queimados empregaram o *coping* focado no problema principalmente ao lidarem com as mudanças ocorridas na rotina diária e *coping* focado na emoção, que manifestou-se quando utilizaram aspectos relacionados, por exemplo, ao apoio social da família, amigos e profissionais, religião e perspectiva sobre a vida. Ressalta-se a necessidade de novos estudos referente à temática e a importância da compreensão sobre o *coping* e sua influência na reabilitação após alta hospitalar por queimaduras, uma vez que este pode ser um meio para os profissionais de saúde no planejamento e direcionamento do cuidado ao paciente.

Palavras-chave: *Coping*. Estratégias de Enfrentamento. Queimaduras. Reabilitação. Enfermagem.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Esquema visual da categorização do <i>coping</i> focado no problema.....	37
Figura 2	Esquema visual da categorização do <i>coping</i> focado na emoção.....	45
Figura 3	Esquema visual da relação entre o <i>coping</i> focado no problema e <i>coping</i> focado na emoção a partir dos resultados do estudo.....	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Caracterização dos participantes do estudo.....	37
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

COREQ - *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP/UFSC - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina

CSE - *Coping self-efficacy*

CBQ - *Coping with Burns Questionnaire*

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HU - Hospital Universitário

LILACS - Biblioteca Virtual em Saúde

NUCRON - Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCQ - *The Pain coping Questionnaire*

PUBMED/MEDLINE - United States National Library of Medicine National Institutes of Health

SBQ - Sociedade Brasileira de Queimaduras

SCIELO - *Scientific Eletronic Library Online*

SCQ - Superfície Corporal Queimada

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEPT - Transtorno de Estresse Pós-Traumático

UCL-B - *Utrecht coping List Breve*

HCFMRP-USP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto

UEL - Universidade Estadual de Londrina

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1 QUEIMADURAS	16
3.2 COPING: ASPECTOS CONCEITUAIS	17
3.3 COPING NA OCORRÊNCIA DE QUEIMADURAS E FORMAS DE AVALIAÇÃO EM PESSOAS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS	20
4 MÉTODO	23
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	23
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	23
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	24
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	24
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	26
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	26
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5.1 MANUSCRITO	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	80
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	82
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA	84
ANEXO A - CHECKLIST CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH - COREQ	85
ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA.....	86

1 INTRODUÇÃO

As queimaduras são consideradas um grave problema de saúde no mundo, uma vez que os índices de mortalidade correspondem a aproximadamente 180.000 mortes anualmente, especialmente em países subdesenvolvidos que possuem média e baixa renda, onde os programas de prevenção e os recursos de saúde são inadequados, ausentes ou estão sobrecarregados (JAGNOOR *et al*, 2018; WHO, 2018).

Estima-se que quase dois terços das queimaduras ocorram em regiões da África e Sudeste Asiático (WHO, 2018). Na Índia, mais de um milhão de pessoas sofrem queimaduras moderadas ou graves todos os anos. Já nas regiões rurais do Nepal, as queimaduras são consideradas o segundo tipo de lesão mais comum, correspondendo a 5% das incapacidades físicas (WHO, 2018). Mesmo sendo um país desenvolvido, nos Estados Unidos, as queimaduras são consideradas umas das principais causas de morte e lesões não intencionais (AMERICAN BURNS ASSOCIATION, 2018). Cerca de dois milhões de pessoas sofrem queimaduras anualmente nesse país, com uma taxa de 96,8% de sobrevivência (CARTWRIGHT, 2019) e calcula-se que entre 2011 e 2015 aproximadamente 480.000 pessoas necessitaram de tratamento especializado por queimaduras (AMERICAN BURNS ASSOCIATION, 2018).

No Brasil, embora os dados estatísticos sobre queimaduras sejam escassos, estima-se que aconteçam em torno de um milhão de acidentes anualmente por este tipo de trauma. Dentre estes, cerca de 100.000 vítimas requerem atendimento hospitalar e aproximadamente 2.500 evoluem para óbito, tendo como principal causa lesões por queimaduras (TAKINO *et al*, 2016).

Ainda, as queimaduras contribuem para um importante impacto socioeconômico nos países afetados como Estados Unidos da América, Noruega, África do Sul e Brasil, uma vez que o atendimento hospitalar e os cuidados com as lesões por queimaduras têm um alto custo, comumente os recursos familiares são comprometidos, ocorre a perda da renda financeira por afastamento das atividades laborais e os cuidados são prolongados devido à deformidades e traumas emocionais (WHO, 2018). No Brasil, as pessoas que sofrem queimaduras são assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e estima-se um gasto de aproximadamente 55 milhões de reais anualmente para o tratamento destes pacientes (COSTA; SILVA; SANTOS, 2015).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), dentre a população adulta, o sexo masculino é o mais frequente afetado por queimaduras, principalmente no ambiente laboral, enquanto o sexo feminino é o mais afetado no ambiente doméstico (WHO, 2018). Entretanto, para ambos os sexos, os agentes causais considerados mais frequentes são a chama direta e os líquidos superaquecidos (MORAES L. *et al*, 2016).

Além disso, as queimaduras são descritas como uma das principais causas de morbidade, que envolve estresse por internação prolongada e alteração estética e funcional, o que frequentemente dá margem a estigmatização e exclusão social, deixando suas vítimas não só com sequelas físicas, mas também psíquicas (WHO, 2018).

Diante da ocorrência do trauma há ativação de estímulos estressantes, extrínsecos ou intrínsecos, reais ou percebidos, que ativa o chamado “sistema de estresse” causando respostas adaptativas a situação vivenciada (HÖKERBERG, 2010). Desta forma, frente a queimadura e o período de reabilitação doloroso e estressante, compreende-se que essas pessoas utilizam o *coping*.

O *coping* é uma palavra de origem inglesa adotada no Brasil para descrever, de modo geral, as respostas cognitivas e comportamentais dos indivíduos frente às situações de estresse, nas quais precisam dispor de capacidade para avaliar os eventos, positivos ou negativos, e desenvolver estratégias para adaptarem-se à novas mudanças (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; LAZARUS; FOLKMAN, 1984; PEREIRA, BRANCO, 2016). Por não fazer parte do vocabulário português, e conseqüentemente não haver uma palavra literal que possa representar com exatidão a complexidade deste termo, optou-se por não o traduzir. Logo, a palavra *coping* pode significar “enfrentamento”, “confronto”, “lidar com” ou “adaptar-se à”.

O trauma por queimadura é um evento estressor e suas conseqüências levam as pessoas afetadas a necessitarem de estratégias adaptativas para lidarem com os novos desafios oriundos no período de reabilitação, sejam eles de ordem física como a presença de cicatrizes visíveis ou patológicas e limitações funcionais, de ordem social devido às alterações nas relações pessoais e no trabalho ou de ordem emocional ocasionada por mudança na autoimagem. Alterações nesses aspectos podem interferir na qualidade de vida das pessoas que sofreram queimaduras, portanto o uso do *coping* é necessário para um ajustamento psicológico positivo (SIDELI *et al*, 2017).

A elaboração deste estudo é justificada pela importância de aprofundar o conhecimento sobre o uso de estratégias de *coping* frente às situações de estresse, causada

pelo adoecimento e traumas, uma vez que este desempenha um papel significativo na adaptação psicobiológica e de qualidade de vida das pessoas.

Existe uma lacuna no conhecimento com relação ao *coping* e pessoas que sofreram queimaduras, no qual poderiam se beneficiar do *coping* no processo de reabilitação, principalmente no Brasil. Também, por ser um dos temas de interesse da autora, que atuou, ao longo da graduação em Enfermagem pela UFSC, como bolsista de extensão em uma unidade de tratamento de queimaduras de um hospital no sul do Brasil, do Projeto intitulado: “Prevenção de acidentes e estratégias para o cuidado-autocuidado no processo de reabilitação após queimaduras”, e é integrante do grupo de pesquisa - Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica (NUCRON), cujo interesse é o desenvolvimento de projetos de pesquisa, extensão e ensino direcionados a pessoas em condições crônicas, e no qual detém o macroprojeto “Queimaduras: *coping* e variáveis associadas no processo de reabilitação” coordenado pela Profa. Dra. Maria Elena Echevarría-Guanilo e desenvolvido desde 2017, de onde derivou o subprojeto “Validação do *Coping With Burns Questionnaire* (CBQ) para a população brasileira que sofreu queimadura”, do qual o Trabalho de Conclusão de Curso forma parte.

Assim, pretende-se responder a seguinte questão norteadora: De que forma é manifestado o *coping* focado no problema e o *coping* focado na emoção no processo de reabilitação após alta hospitalar em pessoas que sofreram queimaduras?

2 OBJETIVO

Conhecer o *coping* manifestado por pessoas que sofreram queimaduras no decorrer do processo de reabilitação após alta hospitalar.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Na busca de maior conhecimento sobre o *coping* e queimaduras, e com intuito de apresentar evidências científicas que possam fundamentar o presente estudo, foi realizada uma ampla busca de literatura, a qual contribui em todas as etapas de construção e desenvolvimento do estudo.

Para a elaboração da revisão de literatura aqui apresentada, a busca abrangeu estudos publicados nos últimos dez anos nas principais bases de dados de pesquisa em saúde:

Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS), *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED/MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), e SCOPUS Info Site; além de uma busca nas principais revistas especializadas na temática: BURNS e Revista Brasileira de Queimaduras (RBQ), que mesmo indexada na base de dados LILACS, ainda não permite a consulta *online* do número total de artigos publicados, justificando assim a inclusão desses periódicos à parte. Os descritores, palavras-chave e operador booleano utilizado foram: *burns AND coping*; *burns AND adaptation psychological*; *queimaduras AND coping*; e *queimaduras AND adaptação psicológica*. Para melhor discussão e compreensão, esta revisão de literatura foi organizada em três categorias temáticas: 1) O processo de recuperação após trauma por queimaduras; 2) *Coping*: aspectos conceituais; 3) *Coping* na ocorrência de queimaduras e formas de avaliação em pessoas que sofreram queimaduras.

3.1 O PROCESSO DE RECUPERAÇÃO APÓS TRAUMA POR QUEIMADURAS

As queimaduras são traumas causados à pele e/ou ao tecido orgânico por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos, que ao entrarem em contato, direta ou indiretamente, com os tecidos de revestimento do corpo humano, ocasionam dano parcial ou total a pele e seus anexos, e ao atingirem camadas mais profundas, danificam também, tecido celular subcutâneo, músculos, tendões e ossos (ANTONIOLLI, 2014; RYBARCZYK *et al*, 2016; SBQ, 2014).

A gravidade da lesão por queimadura não é determinada apenas pela profundidade, no qual é classificada em primeiro grau ou espessura superficial, segundo grau ou de espessura parcial e terceiro grau ou de espessura total, é também fundamental levar em consideração aspectos como a extensão total da queimadura (calculada como Superfície Corporal Queimada - SCQ), tipo de agente causal e sua temperatura, período de exposição ao agente e local do corpo atingido (ANTONIOLLI *et al*, 2014; BRASIL, 2012b; SBQ, [200-]). Além disso, ao acrescentar outros fatores como idade, sexo, etnia e dor têm-se uma combinação que pode predispor a má reabilitação física, social e psicológica e também, piora do estado geral de saúde desses indivíduos (GONÇALVES *et al*, 2011).

Em pessoas que sofrem queimaduras graves, o processo de reabilitação principalmente no primeiro ano após acidente, é estressante e na maioria das vezes traumático, em vista que

esses pacientes comumente vivenciam grande impacto físico e psicológico em longo prazo (BOSMANS *et al*, 2015; DAHL *et al*, 2016).

O trauma físico com os quais esses pacientes se deparam podem ser significativos e determinantes para sua recuperação. Durante a fase aguda, pessoas que sofrem queimaduras vivenciam a ameaça à vida, as situações de intensa dor devido ao manejo da lesão, incluindo a troca de curativo, cuidados de higiene e conforto, procedimentos cirúrgicos e exercícios fisioterapêuticos dolorosos (BOSMANS *et al*; COSTA; SILVA; SANTOS, 2015).

Após a hospitalização, o processo de recuperação físico e psicológico se torna ainda mais desafiador, uma vez que esses pacientes precisam lidar com sequelas geradas pelo trauma, que podem ser cicatrizes fisiológicas visíveis ou patológicas (cicatrizes hipertróficas e queloides) e rigidez articular, que como consequência, provocam alterações funcionais, na percepção da autoimagem corporal e na sexualidade, dificuldades nas interações sociais e familiares, no exercício laboral e redução na qualidade de vida (COSTA; SILVA; SANTOS, 2015; BOSMANS *et al*, 2014; GONÇALVES *et al*, 2014; SCHIAVON *et al*; 2014; SIMONS *et al*, 2016).

Além disso, estudos recentes afirmam que pessoas que sofrem queimaduras, por serem confrontados com mudanças excessivas em um nível físico, emocional e social durante o processo de recuperação, possuem maior risco para desenvolvimento de psicopatologias como o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, transtornos de personalidade e intelectuais, além de maior risco para abuso de substâncias psicoativas (ANDREWS *et al*, 2010; BALAN *et al*, 2015; COSTA; SILVA; SANTOS, 2015; BOSMANS *et al*, 2015; DAHL *et al*, 2016; JAGNOOR *et al*, 2018).

Assim, compreende-se que devido à complexidade do cuidado a estes pacientes, é essencial que além dos recursos adequados ao atendimento, a equipe multidisciplinar esteja preparada para identificar as dificuldades ao longo do processo de reabilitação e a oferecer uma assistência integral e holística, com o intuito de minimizar as sequelas comumente acarretadas pelas queimaduras (ANTONIOLLI, 2014; COSTA; SILVA; SANTOS, 2015; JAGNOOR *et al*, 2018).

3.2 COPING: ASPECTOS CONCEITUAIS

O termo *coping* vem sendo estudado há muitos anos por autores conceituados na área da psicologia e que possuem diferentes posições teóricas e metodológicas de acordo com suas

filiações epistemológicas distintas, tais como, Folkman e Lazarus, Rudolph, Denning e Weisz (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; FROESELER; MONTEIRO; MANSUR-ALVES, 2018; NASCIMENTO; NUNES, 2010). Embora, encontre-se estudos sobre *coping* relacionados a diversas áreas de conhecimento, incluindo queimaduras, desenvolvidos no Brasil (ALVAREZ *et al*, 2016; CASTRO *et al*, 2016; DONATTI *et al*; MUSSUMECI, 2017; FROESELER; MONTEIRO; MANSUR-ALVES, 2018; PINHO *et al*, 2017; PONCIANO; 2017), ainda não há um consenso referente à tradução do termo *coping* e o mesmo não foi incluído ao dicionário português brasileiro. De maneira ampla, o *coping* é entendido como o conjunto das estratégias adotadas pelas pessoas com o objetivo de se adaptarem a situações adversas, ou seja, refere-se aos esforços empregados por estas para enfrentarem situações estressoras (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Neste estudo, serão adotados os conceitos de *coping* trazido por uma das principais visões sobre o tema, a perspectiva cognitivista de Lazarus e Folkman (1984). Nesta perspectiva, o *coping* é conceituado como esforços, cognitivo e comportamental, empreendidos pelos indivíduos com a finalidade de lidar com demandas específicas, que podem ser internas ou externas, geradas por situações estressantes, e que sobrecarregam ou excedem as capacidades/recursos pessoais (LAZARUS & FOLKMAN, 1984). Esta definição estabelece que o *coping* contempla ações propositais que podem ser adquiridas, avaliadas, utilizadas e descartadas, portanto, não são consideradas respostas do subconsciente (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Para determinar quais os recursos necessários para lidar com uma situação adversa, pode-se fazer uma avaliação cognitiva. Neste processo, o indivíduo avalia conforme sua percepção, a influência social, as estratégias de enfrentamento disponíveis e o nível de estresse que a situação pode gerar. No momento em que a estratégia utilizada pelo indivíduo for eficaz, o estresse possivelmente será superado, podendo assim afirmar que foi encontrado um modo de adaptar-se à determinada situação. Caso a estratégia utilizada seja ineficaz, é necessário haver uma reavaliação e alteração na estratégia empregada até que o problema seja resolvido ou que o indivíduo atinja seu nível máximo de exaustão (LAZARUS E FOLKMAN, 1984; HIRSCH, *et al*, 2015).

Nessa lógica, Lazarus e Folkman (1984) propõem um modelo que subdivide o *coping* em duas grandes categorias a partir da sua funcionalidade: o *coping* focado na emoção e o *coping* focado no problema. O *coping* focado na emoção, diz respeito a esforços dirigidos a um nível somático e/ou emocional que objetiva reduzir a sensação desagradável gerada por uma situação estressora. Por exemplo, fumar, tomar um medicamento, assistir um filme, fazer

exercícios, pensar positivamente, entre outros. O *coping* focado no problema refere-se a esforços que visam modificar/acabar com a situação que deu origem ao estresse. Nesse caso, a ação de *coping* pode ser direcionada a uma fonte interna ou externa. Exemplos de quando o *coping* focado no problema é direcionado para uma fonte externa de estresse, têm-se ações como negociar para resolver um conflito interpessoal ou buscar apoio prático de outras pessoas, já o *coping* direcionado à fonte interna, inclui ações mentais para redefinir o elemento estressor (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; FROESLER; MONTEIRO; MANSUR-ALVES, 2018).

Ainda, o modelo transicional de Folkman e Lazarus envolve quatro conceitos principais: (a) *coping* como um processo de interação entre o indivíduo e o ambiente; (b) *coping* como gerenciamento da situação estressora e não necessariamente o controle da mesma; (c) *coping* como um processo de avaliação, ou seja, como ele é percebido e representado cognitivamente por cada indivíduo; e (d) *coping* como um processo em que indivíduos empreendem esforços cognitivos e de comportamento para gerenciamento (reduzir, minimizar ou tolerar) das demandas que surgem da sua interação com o meio (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Assim, tal conceito se refere ao *coping* como um processo de interação entre indivíduo e ambiente, logo, depende de características subjetivas do sujeito, ambientais e sociais.

Como já descrito, o *coping* vêm sendo estudado há muitos anos pela área da psicologia em todo o mundo. No Brasil, especialmente na área da saúde, os achados sobre o *coping* estão relacionados às doenças crônicas e outras situações de saúde, como ter o vírus da imunodeficiência humana /síndrome de imunodeficiência adquirida - HIV/AIDS (PINHO *et al*, 2017), câncer de mama (ANDOLHE; GUIDO; BIANCHI, 2009; CASTRO *et al*, 2016), endometriose (DONATTI *et al*, 2017), lesão medular e paraplegia (ALVAREZ *et al*, 2016), enfermagem no ambiente acadêmico, (HIRSCH *et al*, 2015), ambiente laboral dos profissionais da saúde (ANTONIOLLI, *et al*, 2018; NEGROMONTE, ARAÚJO; GUIDO, 2011), entre outros. Quanto ao trauma por queimaduras, embora apenas um estudo foi encontrado e teve como objetivo estudar diretamente a manifestação do *coping* em pessoas que sofreram queimaduras no período inicial da reabilitação (um mês após alta hospitalar) (SIDELI *et al*, 2017), os achados refletem a escassez de estudos e mencionam a importância de se estudar e/ou associar o *coping* à pessoas que sofreram queimaduras em distintas situações, tais como, no processo de reabilitação como um fator biopsicossocial associado (GONÇALVES *et al*, 2011), relacionado à alterações na sexualidade após queimaduras

(DAHL *et al*, 2016), relacionado ao TEPT e insatisfação com a imagem corporal, e associado a qualidade de vida dessas pessoas (ROTHMAN *et al*, 2016).

Estudos como os citados, mostram a necessidade e a relevância da temática, uma vez que oportunizam conhecimento e instrumentos para os profissionais utilizarem na reabilitação de seus pacientes, como também, para as pessoas que vivenciam o trauma, sejam eles pacientes, acadêmicos, profissionais, familiares, entre outros. Além disso, conhecer estratégias de enfrentamento resolutivas minimiza o efeito do estresse, facilita a aceitação e resolução de seu problema ou doença, promovendo melhorias na qualidade de vida (MATURANA, VALLE, 2014).

3.3 COPING NA OCORRÊNCIA DE QUEIMADURAS E FORMAS DE AVALIAÇÃO EM PESSOAS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS

As pessoas que sofrem queimaduras comumente apresentam danos à saúde física e psicossocial (BOSMANS *et al*, 2014). Dentre as queixas mais frequentes por esses indivíduos estão a dor, disfunção sexual, alteração na percepção da autoimagem corporal devido às cicatrizes, dificuldade na interação social e problemas psicológicos, como sintomas depressivos, TEPT, alteração no estado mental e transtorno de abuso de substâncias seis meses após a lesão (ROTHMAN *et al*, 2016).

A imagem corporal é considerada um aspecto importante para as pessoas que sofreram queimaduras, uma vez que as cicatrizes deixadas pelo trauma podem afetar sua autopercepção corporal e conseqüentemente sua qualidade de vida. Pessoas com queimaduras que possuem percepções negativas de seu corpo apresentam manifestações de enfrentamento mais disfuncionais, como autculpabilização e autodistração, uma vez que essas pessoas passam a se culparem ou se responsabilizarem pela ocorrência do acidente com queimaduras e as conseqüências decorrentes deste, como por exemplo a alteração da imagem corporal, e também, a usarem meios de distração como forma de evitar pensar e\ou encarar a mudança na imagem corporal (ROTHMAN *et al*, 2016). Como resultado, os recursos cognitivos e comportamentais que tentam reduzir o sofrimento psicológico como a autculpabilização, autodistração e outras estratégias de enfrentamento disfuncionais, podem promover a melhora das distorções da imagem corporal nesses indivíduos e conseqüentemente aumentar sua a qualidade de vida (ROTHMAN *et al*, 2016).

Em estudo que contou com a participação de 186 pessoas que sofreram queimaduras e que estavam sendo acompanhadas em um Centro de Tratamento de Queimaduras no Paquistão, estudou-se através da percepção destes a relação entre o ajuste social com queimaduras e sua reabilitação psicossocial, e os autores mostraram que as cicatrizes geram impacto negativo na socialização dessas pessoas, quando comparadas com a população que não sofreu queimadura, que há grande dificuldade de interação dessas pessoas com outros membros da sociedade, que pessoas que sofreram queimaduras com cicatrizes sentem vergonha de estar na sociedade, são ofendidas pela sociedade e que as queimaduras levam à perda da rede social. Além disso, os autores enfatizam que os problemas psicológicos acarretados por queimaduras, desânimo, perda de rede social e luto relacionado à desfiguração ocorrem frequentemente e em algumas condições levam à morte social (SIRAJUD *et al*, 2015).

Nesse contexto, para lidar com problemas gerados por este trauma têm-se as estratégias de *coping*, que desempenham um importante papel na forma como as pessoas administram essas situações, uma vez que sem estratégias adequadas, as pessoas que possuem visão negativa do próprio corpo, podem ter, por exemplo, dificuldades quanto ao ajuste psicossocial, autoestima e depressão. Além disso, Rothman *et al* (2016) descreve a existência de estratégias adaptativas e evitativas nas situações de queimaduras.

Nas estratégias adaptativas para o enfrentamento, têm-se habitualmente o apoio social, que é associado a resultados mais positivos para a reabilitação e percebido através do uso de amigos e familiares, apoio profissional e de colegas, a aceitação das lesões e a espiritualidade/crenças religiosas. Nas estratégias evitativas para o enfrentamento, são envolvidos recursos cognitivos e comportamentais utilizados para negar, minimizar ou suprimir propositadamente os sentimentos/experiências angustiantes e estressantes, e geralmente, estão relacionados a um aumento do sofrimento psicológico, depressão, TEPT e adaptação negativa (ROTHMAN *et al*, 2016; SIDELI *et al*, 2017).

Desta forma, por saber que existem diferentes tipos de *coping* e que podem influenciar as reações psicológicas no indivíduo após uma queimadura, estes serão descritos com maior profundidade durante o estudo em questão.

Para a avaliação do *coping* em pessoas que sofreram queimaduras, na literatura identificam-se instrumentos específicos e genéricos. Como instrumento específico foi identificado o *Coping with Burns Questionnaire* (CBQ), único instrumento de medida autorrelatado para avaliar o *coping* nessa população, mas que ainda não foi validado para o português. Entretanto, este instrumento encontra-se em processo de validação para o Brasil

pelo subprojeto do qual o presente estudo forma parte. A versão original do CBQ é formada por 33 itens organizados em seis subescalas, que avaliam suporte emocional (itens 3, 13, 20); otimismo/resolução de problemas (itens 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11); evitação/ prevenção (itens 6, 10, 14, 15, 16, 19, 25); reavaliação/ ajuste (itens 17, 18, 22, 23, 24, 27, 29, 30); autocontrole (12, 26, 31); e ações instrumentais (21, 28, 32, 33). O resultado sugere que pessoas com pontuação baixa estão em maior risco e que podem se beneficiar de mecanismos para aumentar o *coping* (WILLEBRAND *et al*, 2001).

Além do CBQ, outros instrumentos que avaliam o *coping* são encontrados, porém, estes não são específicos para pessoas que sofreram queimaduras, são estes: *Coping Self-Efficacy* (CSE-7) que avalia *coping* autoeficaz na recuperação de TEPT relacionado a diferentes traumas (BOSMANS *et al*, 2014; 2015); *Utrecht Coping List Breve* (UCL-B), tem a finalidade de avaliar o *coping*, a partir de características gerais (BOSMANS *et al*, 2015); *The Pain Coping Questionnaire* (PCQ) proposto para medir o *coping* em situações de dor em crianças e adolescentes, avaliado a partir de três subescalas: (a) abordagem: busca de informações, resolução de problema, apoio social e afirmações positivas; (b) distração comportamental; e (c) evasão focado na emoção, relacionado à manifestação irrestrita de emoção e ausência de sensação de regulação na dor (REID; GILBERT; MCGRATH, 1998) e *The Brief COPE*, avalia o *coping* frente a situações estressantes (BRASILEIRO *et al*, 2012).

Destaca-se que os estudos identificados, tiveram como base para a obtenção de dados a aplicação de instrumentos específicos e genéricos, seguindo delineamento quantitativo, isto é, tendo a intenção de avaliação por meio de medidas (pontuações) de *coping* (ANDREWS *et al*, 2010; BRASILEIRO, 2012; BOSMANS *et al*, 2014, 2015; RIMMER *et al*, 2015; BAUMSTARCK *et al*, 2017; GARCÍA *et al*, 2018). Este tipo de abordagem exige o uso da lógica, objetividade, dedução e mensuração de números e estatísticas através de instrumentos para descrever a experiência humana (GERHARD; TET; SILVEIRA, 2009).

Por outro lado, poucos estudos sobre *coping*, principalmente com pessoas que sofreram queimaduras, utilizaram a abordagem qualitativa (AVELINO *et al*, 2014; MARTINS *et al*, 2014; LUZ *et al*, 2016; ANTONIOLLI *et al*, 2018; CARVALHO-FILHA *et al*, 2018). Nesta abordagem, as informações obtidas não são perceptíveis ou captáveis em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 2013).

Em razão disso, esta é a abordagem que forma parte do macroprojeto, uma vez que se considera relevante a complementação de informações quantitativas (Validação do CBQ) e qualitativas (compreensão do *coping*) sobre a temática de *coping* no processo de reabilitação de pessoas que sofreram queimaduras. Isto porque, a abordagem qualitativa permite a

descrição da vivência da realidade e de fenômenos que não podem ser reduzidos à apenas variáveis, como a compreensão dos significados das percepções humanas, o subjetivo, os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais das relações, e também devido à inexistência de mais estudos sobre *coping* com esse tipo de delineamento, optou-se por usar a abordagem qualitativa no atual trabalho (MINAYO, 2013).

4 MÉTODO

Neste capítulo são descritas as etapas que foram percorridas para alcançar o objetivo do estudo. Para o aprimoramento do manuscrito, utilizou-se como norteador o *Check List Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)* (anexo B) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo é de abordagem qualitativa, exploratório, descritivo. As abordagens qualitativas, empregadas inicialmente em estudos da Antropologia e Sociologia têm como finalidade trabalhar aspectos da realidade que não podem ser quantificados, ou seja, abrangem os diversos significados atribuídos pelos sujeitos aos fatos, às práticas, crenças, aspirações, relações e fenômenos sociais (GERHARD; TET; SILVEIRA, 2009; MINAYO, 2013).

A pesquisa exploratória busca investigar algum objeto de estudo utilizando métodos, critérios e técnicas, a fim de oferecer informações e construir hipóteses sobre ele. Enquanto a pesquisa descritiva tem como finalidade o levantamento de dados e justificar os mesmos através da observação, registro e análise dos fenômenos (GERHARD; TET, SILVEIRA, 2009).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente foi realizado em quatro centros de tratamento de queimados de três estados brasileiros, sendo estes:

- Estado de São Paulo / SP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (UE-HCFMRP-USP);

- Estado do Paraná / PR - Hospital Universitário de Londrina – Universidade Estadual de Londrina (HU-UEL);
- Estado do Paraná / PR - Hospital Universitário Evangélico de Curitiba – (HUEC);
- Estado de Santa Catarina / SC - Hospital Municipal São José de Joinville.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para a seleção de pacientes, foram utilizados os seguintes critérios definidos no protocolo do subprojeto do CBQ:

- ✓ Critérios de inclusão: estar entre o primeiro e segundo ano após ter recebido alta hospitalar do tratamento por queimaduras (mínimo de um mês e máximo de 2 anos após alta); encontrar-se em acompanhamento ambulatorial ou que tenha sido internado para realização de cirurgia reparadora; ter idade entre 18 e 70 anos; falar português; possuir computador fixo ou móvel (*notebook, tablet, celular*); possuir acesso à internet fixa ou móvel; saber ou contar com ajuda para utilizar um meio de comunicação digital: *Skype®*, *WhatsApp®*, *Hangouts®* ou *Facetime®*
- ✓ Critérios de exclusão: estar em tratamento agudo de queimaduras; ter diagnóstico médico ou psicológico que implique em alterações de humor em estado agudo, por exemplo, depressão e ansiedade com alterações importantes após a ocorrência da queimadura ou esquizofrenia, cujos diagnósticos constem no prontuário médico, tentativa de suicídio, detentos ou presidiários.

Participaram do estudo seis adultos, homens e mulheres, dos centros de tratamento participantes. Para chegar a esse número de participantes consultou-se intencionalmente a lista de pessoas incluídas no subprojeto, bem como o instrumento de caracterização da amostra dos participantes (Apêndice B), que eram naquele momento da pesquisa um total 34. A partir dessa, aplicaram-se os critérios de inclusão e exclusão, chegando-se a 20 potenciais participantes, as quais foram convidadas a participar do estudo. Com estas pessoas, tentou-se contato até três vezes por ligação telefônica e/ou mensagens de texto via WhatsApp®. Das pessoas as quais se conseguiu contato (um total de onze pessoas), aceitaram participar do projeto seis.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), o primeiro contato com os participantes aconteceu no ato da coleta de dados do subprojeto de Validação do CBQ nos centros de tratamento de queimados. Neste primeiro momento, os participantes que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão foram convidados a participar da pesquisa e no caso de aceite, foram orientados através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), quanto aos objetivos do estudo, explicando que haveria um segundo momento da pesquisa, na qual este projeto faz parte. Nesse momento foi assinado o TCLE e preenchido o Instrumento de Caracterização da Amostra (Apêndice B).

Para iniciar a coleta de dados deste estudo, entrou-se em contato com os possíveis participantes pelo telefone e/ou WhatsApp®, apresentou-se novamente os objetivos do estudo, lembrando do seu direito de não participação ou de deixar de participar a qualquer momento, bem como questões de sigilo referente aos dados. Com os indivíduos que aceitaram participar, foi agendada conforme disponibilidade dos mesmos, uma data e horário para a entrevista por vídeo via internet.

A coleta de dados foi realizada por uma única pesquisadora, a autora do trabalho em questão, e ocorreu no período de março a abril de 2019, por meio de entrevista semiestruturada por vídeo online através do aplicativo de escolha do participante, tais como *Skype®*, *WhatsApp®*, *Hangouts®* e *Facetime®*, dado que os participantes se encontravam distantes da pesquisadora e localizados em outras cidades ou estados do país, por se tratar de um estudo multicêntrico. Ainda, simultâneo a entrevista por vídeo gravou-se o áudio da chamada em gravador simples para consecutiva transcrição e análise, conforme consentimento dos participantes. Além disso, foram realizados registros sobre aspectos observados ao longo da entrevista, como manifestação de tristeza, alegria, entre outros.

Justifica-se a utilização da internet, bem como de aplicativos digitais, como meio para o desenvolvimento da entrevista devido à pesquisa em saúde, de modo geral, poder ser beneficiada com a utilização dessas tecnologias. Ainda, estratégias como estas têm se tornado cada vez mais comum na atualidade, e que representam uma possibilidade de diminuir custos, alcançar uma população alvo principalmente quando o acesso físico a ela é difícil, lidar com assuntos polêmicos ou sensíveis, além da comodidade e facilidade para os sujeitos, garantia do anonimato e maior controle do pesquisador (APOSTÓLICO, EGRY, 2013). Além do mais, a pesquisadora compreende que fazer uso de tecnologias não exclui o dever de manter a postura ética e profissional e as atitudes frente às consequências do seu uso.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Anteriormente ao início da coleta de dados, foi realizada uma entrevista teste com um paciente que sofreu queimaduras e que fazia acompanhamento ambulatorial em um hospital geral de referência, e que não fez parte do grupo de participantes deste estudo, dado que não seguia os critérios de inclusão do estudo. A realização desta entrevista permitiu o aprimoramento das perguntas da entrevista e conferiu à entrevistadora maior segurança para executar a coleta de dados.

A partir de então, para a coleta de dados realizada utilizou-se os seguintes instrumentos:

1) Instrumento de caracterização dos participantes: além do instrumento de caracterização da amostra de pessoas incluídas no subprojeto Validação do CBQ, foi organizado pela autora um roteiro de perguntas para a coleta de dados demográficos, tais como, nome, idade, estado civil, moradia, entre outros, as quais foram utilizadas como diálogo introdutório para estabelecer relacionamento com o paciente antes das perguntas norteadoras da entrevista (Apêndice C).

2) Roteiro de perguntas norteadoras da entrevista: Após deu-se início à entrevista semiestruturada, na qual foi utilizado um roteiro de perguntas elaboradas previamente pela autora, tendo como principal questão norteadora para tal: “Após ocorrência da queimadura, o que mudou na sua vida?”

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Estudo derivado do macroprojeto intitulado: Queimaduras: *coping* e variáveis associadas no processo de reabilitação, do qual um dos objetivos corresponde ao subprojeto intitulado: “Validação do *Coping With Burns Questionnaire* (CBQ) para a população brasileira que sofreu queimadura”, que recebeu aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em 23 de novembro de 2018, sob o parecer nº 3.036.217 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 7837817.0.0000.0121 (Anexo-B).

Os objetivos do estudo foram apresentados aos participantes e as dúvidas esclarecidas, após a concordância foi assinado pelo pesquisador e pelo participante o TCLE (APÊNDICE A) apresentado em duas vias. A todos os participantes foi oferecida a oportunidade de

esclarecimento de dúvidas relacionadas ao estudo e a total liberdade para desistir da pesquisa a qualquer momento, se assim o desejasse.

A aplicação obedeceu às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde (BRASIL, 2012a), que trata sobre os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, e os princípios éticos contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2017, Resolução COFEN no 564/2017, Capítulo II no que diz respeito aos deveres (artigos 57 e 58) e Capítulo III, no que diz respeito às proibições (artigos 95 e 98) (COFEN, 2017).

Os dados foram armazenados como arquivo digital em computador de uso apenas da pesquisadora e integrantes do macroprojeto bem como arquivo impresso, pelo prazo de cinco anos. Após o tempo estipulado, os arquivos digitais serão eliminados e os impressos incinerados.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados do presente estudo foram analisados por análise de conteúdo dirigida segundo Hsieh e Shannon (2005). A análise de conteúdo dirigida ocorre com o pesquisador tendo uma forte influência informada sobre a temática. Assim, o pesquisador pode encontrar mais evidências que sejam de apoio baseados em conceito ou teoria pré-estabelecida. Essa abordagem possibilita apoiar e estender uma teoria pois torna explícita a realidade de que o pesquisador tem conhecimento, a qual a análise acontece com códigos pré-determinados (HSIEH E SHANNON, 2005). Para essa análise adotou-se o conceito de *coping* proposto por Lazarus e Folkman (1984), sendo pré-estabelecidas as categorias de codificação inicial: *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção.

De acordo com estes autores, a análise de conteúdo dirigida adota um processo mais estruturado e dedutivo, porém permite novas descobertas (HSIEH, SHANNON, 2005).

Embora a análise de dados tenha ocorrido de forma dinâmica e contínua, para melhor explicação, ela foi operacionalizada nas seguintes etapas:

Pré exploração - Identificação de categorias iniciais: Nesta primeira etapa, após realizada, gravada e transcritas as entrevistas para o programa *Microsoft Word 2013*, iniciou-se a leitura e codificação dos dados, buscando os códigos pré-determinados inicialmente conforme teoria de Lazarus e Folkman (1984), “*coping* focado no problema” e “*coping*

focado na emoção”, a partir do objetivo da pesquisa, que é descrever os tipos de *coping* manifestados por pessoas que sofreram queimaduras no decorrer do processo de reabilitação após alta hospitalar. Para a formação das principais categorias e subcategorias, foram destacadas as unidades de análise (palavras ou frases que permitisse compreender as ideias mencionadas e pudessem relacioná-las ao objetivo), tais como, mudanças relacionadas ao trabalho e na rotina quanto aos cuidados e atividades que passou ou deixou de fazer após alta hospitalar por queimaduras, as alterações nos relacionamentos e vínculos familiares e de amizade, a presença da dor, prevenção de queimaduras, uso da fé, questões emocionais relacionadas às mudanças, entre outras.

Seleção de unidades de registros - codificação: Esta etapa consistiu na exportação das entrevistas para o software *Nvivo10*, o qual ajudou no gerenciamento dos dados, permitindo o processo de identificação da relevância das palavras, frases e ideias encontradas, classificação, agregação, codificação e comparação dos significados de acordo com a teoria de *coping* proposto por Lazarus e Folkman (1984) e o objetivo do estudo. Uma vez que as categorias “*Coping* focado no problema e *Coping* focado na emoção” já haviam sido pré-determinadas a partir do objetivo, o Software *Nvivo10* foi utilizado para a leitura e destaque das falas e ideias e a criação e organização das subcategorias (definidos nesse programa como “nós”), o que permitiu ao final da análise agrupar e organizar visualmente todos os dados codificados para elaboração dos resultados.

Construção/interpretação teórica: Nesta última fase, aconteceu a interpretação dos dados, que deu um sentido as categorias e subcategorias, produto das etapas anteriores, a partir do previsto no referencial teórico inicialmente adotado, possibilitando compará-las a outras referências para elaboração dos resultados e discussão final. Ou seja, nesta etapa, ocorreu a interpretação das categorias e subcategorias, que serão apresentadas nos resultados do manuscrito abaixo e discutidas de acordo com a teoria de Lazarus e Folkman (1984).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa são apresentados a seguir na forma de manuscrito, de acordo com a normativa para apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Graduação em Enfermagem da UFSC.

5.1 MANUSCRITO

PRESENÇA DE *COPING* NA RECUPERAÇÃO PESSOAS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS

RESUMO

Objetivo: Conhecer o *coping* manifestado por pessoas que sofreram queimaduras no decorrer do processo de reabilitação após alta hospitalar. **Método:** Estudo qualitativo, exploratório, descritivo, multicêntrico, que utilizou para o processo analítico dos dados a análise de conteúdo dirigida. Participaram do estudo seis pacientes adultos que estavam entre o primeiro e segundo ano após alta hospitalar por queimaduras em um dos quatro centros de tratamentos de queimados de três estados brasileiros. Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada por aplicativo de vídeo disponível ao paciente. Os dados foram coletados de março a abril de 2019 após aprovação de Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. **Resultados:** Foi identificado o uso do *coping* focado no problema por pessoas que sofreram queimaduras a partir dos aspectos: mudanças ocorridas na rotina diária e comportamento preventivo de queimadura. Enquanto o *coping* focado na emoção foi direcionado a aspectos, como, apoio social, religião, perspectiva sobre a vida, reavaliação positiva, evitação, crenças, cuidados gerais. **Conclusão:** O *coping* focado no problema ou na emoção é manifestado no processo de recuperação dependendo dos aspectos que demandam uma resposta; e ambos refletem como as pessoas lidam com as mudanças decorrentes da queimadura.

Palavras-chave: *Coping*. Estratégias de Enfrentamento. Pesquisa Qualitativa. Queimaduras. Reabilitação. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As queimaduras são consideradas um importante problema de saúde pública. A nível mundial causam cerca de 180.000 mortes anualmente e geram de forma permanente ou em longo prazo, sequelas físicas e/ou psicológicas, as quais podem comprometer a autoimagem corporal, a estética e a autonomia dos pacientes devido a deformidades importantes e limitantes, além de redução da capacidade funcional para atividades da vida diária e laboral (JAGNOOR *et al*, 2018; WHO, 2018; NESTOR, TURRA, 2014).

Apesar da escassez dos dados estatísticos sobre queimaduras no Brasil, estima-se que aconteçam anualmente em torno de um milhão de acidentes por queimaduras. Desses, aproximadamente 100.000 vítimas necessitam de atendimento hospitalar, enquanto cerca de 2.500 vão a óbito devido às lesões por este tipo de trauma (TAKINO *et al*, 2016).

Dentre a população adulta atingida por este trauma, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018), o sexo masculino é frequentemente o mais afetado no contexto laboral, enquanto o sexo feminino é mais afetado no ambiente doméstico. Mesmo com essas diferenças, para ambos os sexos, os agentes causais de queimaduras mais frequentes são a chama direta e os líquidos superaquecidos (MORAES L. *et al*, 2016).

Comumente, o processo de reabilitação da pessoa que sofreu queimaduras grave é estressante e traumático, em vista de que esses pacientes experienciam grande impacto físico, funcional e psicossocial no decorrer do processo de reabilitação e por longo tempo (BOSMANS *et al*, 2015, DAHL *et al*, 2016). Durante a fase de recuperação aguda, podem vivenciar ameaça à vida, dor relacionada ao manejo da lesão, como trocas de curativos, cuidados de higiene e conforto, procedimentos cirúrgicos e exercícios fisioterapêuticos dolorosos (BOSMANS *et al*, 2015; COSTA; SILVA; SANTOS, 2015).

Após alta hospitalar, esses pacientes precisam lidar com as sequelas geradas pelo trauma, tais como, cicatrizes fisiológicas ou patológicas; rigidez articular, as quais provocam alterações funcionais, na percepção da autoimagem corporal e na sexualidade; alterações no seu papel enquanto indivíduo, nas interações sociais e familiares e nas atividades laborais; e consequente redução da qualidade de vida (BOSMANS *et al*, 2014; GONÇALVES *et al*, 2014; COSTA; SILVA; SANTOS, 2015; SCHIAVON *et al*, 2014; SIMONS *et al*, 2016).

Além disso, pessoas que sofreram queimaduras, possuem risco elevado para desenvolvimento de psicopatologias como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, transtornos de personalidade e intelectuais, e abuso de substâncias psicoativas (ANDREWS *et al*, 2010; BALAN *et al*, 2015; COSTA; SILVA; SANTOS, 2015; BOSMANS *et al*, 2015; DAHL *et al*, 2016; JAGNOOR *et al*, 2018), resultando ser formas de lidar com a nova realidade.

Frente à vivência do trauma por queimadura e o período doloroso físico-emocional de reabilitação, ocorre a ativação de estímulos estressantes que fazem o indivíduo avaliar seus recursos e gerar respostas com a finalidade de adaptar-se a situação experienciada: *coping* (MORAES F. *et al*, 2016; SCHIAVON *et al*, 2014).

O *coping*, termo inglês adotado no Brasil, é utilizado para descrever as respostas mentais e comportamentais dos indivíduos que visam lidar com o fator de estresse em

distintas situações (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998, LAZARUS; FOLKMAN, 1984; PEREIRA, BRANCO, 2016).

No presente estudo adotou-se como norte conceitual a teoria cognitivista de Lazarus e Folkman (1984), na qual se apresenta *coping* como sendo esforços cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, que podem ser internas ou externas, resultantes das situações estressantes (LAZARUS & FOLKMAN, 1984). Nesse sentido, Lazarus e Folkman (1984) subdivide o *coping* em duas categorias: o *coping* focado no problema, relacionado a esforços com a finalidade de modificar a situação que originou o estresse ou acabar com a fonte estressora; e o *coping* focado na emoção, referente aos esforços voltados a um nível emocional visando a redução da sensação desagradável em uma situação de estresse (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; FROESELER; MONTEIRO; MANSUR-ALVES, 2018).

Como já descrito, por ser um evento estressor que deixa marcas biopsicossociais, as queimaduras levam as pessoas afetadas a necessitarem de estratégias de enfrentamento a fim de lidarem com os problemas advindos do trauma ao longo do período de reabilitação. Alterações nesses âmbitos podem interferir na qualidade de vida das pessoas que sofreram queimaduras, portanto o uso do *coping* é fundamental para um ajustamento psicológico adaptativo (SIDELI *et al*, 2017).

Diante desse contexto, por compreender que o *coping* desempenha um importante papel na reabilitação da pessoa que sofreu queimaduras, foi delineado o presente estudo buscando responder à seguinte questão norteadora: De que forma é manifestado o *coping* focado no problema e o *coping* focado na emoção no processo de reabilitação após alta hospitalar em pessoas que sofreram queimaduras? Para tanto, o objetivo traçado deste estudo foi conhecer o Coping manifestado por pessoas que sofreram queimaduras no decorrer do processo de reabilitação após alta hospitalar.

Por fim, justifica-se a elaboração do atual estudo pela importância do conhecimento sobre o *coping* frente a influência significativa do mesmo na adaptação psicobiológica e de qualidade de vida das pessoas afetadas por queimaduras; por existir uma lacuna no conhecimento com relação ao *coping* e pessoas que sofreram queimaduras, no qual poderiam se beneficiar de estratégias adaptativas no processo de reabilitação pós queimaduras, principalmente no Brasil.

MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa, exploratório, descritivo, que utilizou o *Check List Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007) como norteador de sua estrutura.

Participaram deste estudo, seis pessoas adultas, homens e mulheres, que sofreram queimaduras e que foram atendidas em um dos quatro centros de tratamento de queimaduras em três estados do Brasil: São Paulo/SP, Londrina/PR - Curitiba/PR e Santa Catarina/SC. Para a seleção dos participantes foram considerados os seguintes critérios definidos no subprojeto de validação da CBQ: **Critérios de inclusão:** estar entre o primeiro e segundo ano após ter recebido alta hospitalar do tratamento por queimaduras (mínimo de um mês após alta hospitalar); encontrar-se em acompanhamento ambulatorial ou que tenha sido internado para realização de cirurgia reparadora; ter idade entre 18 e 70 anos e falar português. Para a realização da entrevista: possuir computador, fixo ou móvel (*notebook, tablete* ou celular); possuir acesso à *internet* fixa ou móvel; saber utilizar ou contar com ajuda para utilizar um meio de comunicação digital: *Skype®*, *WhatsApp®*, *Hangouts®* ou *Facetime®*; e **Critérios de exclusão:** estar em tratamento agudo de queimaduras; ter diagnóstico médico ou psicológico que implique em alterações de humor em estado agudo, por exemplo, depressão e ansiedade com alterações importantes após a ocorrência da queimadura ou esquizofrenia cujos diagnósticos constem no prontuário médico, tentativa de suicídio ou serem indivíduos em regime prisional fechado, aberto ou semiaberto.

A escolha dos participantes se deu a partir da lista de pessoas incluídas na coleta de dados do subprojeto “Validação do *Coping with Burns Questionnaire* (CBQ) para a população brasileira que sofreu queimadura”, um total de 34 pessoas. O número de participantes foi definido após análise dos instrumentos de caracterização da amostra de pessoas que participaram do subprojeto. Foram identificadas 20 potenciais participantes que atendiam os critérios propostos no estudo. Com estas, tentou-se contato até três vezes por ligação telefônica (primeira escolha) e mensagens de texto via *WhatsApp®* (segunda escolha). Das que se conseguiu contato (um total de onze pessoas), aceitaram participar do estudo seis.

A coleta de dados ocorreu no período de março a abril e seguiu as seguintes etapas: 1) Posteriormente a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, foi realizado o primeiro contato com os participantes através do subprojeto de Validação do CBQ no momento da coleta de dados nos centros de tratamento de queimados, onde foram esclarecidos os objetivos do estudo aos pacientes explicando que haveria um segundo momento da pesquisa, na qual este projeto faz parte, e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); 2)

Através dos instrumentos de caracterização da amostra de pessoas que participaram do subprojeto Validação do CBQ, foram selecionados os pacientes (conforme critérios de inclusão e exclusão). Ao entrar em contato pelo telefone e/ou WhatsApp® com os participantes, foi lembrado sobre os objetivos do estudo e o direito de não participação ou de deixar de participar a qualquer momento e esclareceu dúvidas pertinentes. Com os participantes que aceitaram participar foi agendada, conforme disponibilidade dos mesmos, uma data e horário para a entrevista via internet; 3) A coleta de dados, se deu por meio de entrevista semiestruturada por vídeo online, através do aplicativo de escolha do participante, podendo ser Skype®, WhatsApp®, Hangouts® e Facetime®. Utilizou-se estes recursos, pois os participantes eram de centros distribuídos no Brasil. Ainda, simultâneo a entrevista por vídeo gravou-se o áudio da chamada em gravador simples, com devida autorização do paciente, para consecutiva transcrição e análise.

A entrevista semiestruturada realizada foi dividida em dois momentos:

- 1) Aplicação de roteiro elaborado com perguntas contendo dados demográficos, tais como, nome, idade, estado civil, moradia, entre outros, as quais foram utilizadas como diálogo introdutório visando estabelecer relacionamento com o paciente antes das perguntas norteadoras da pesquisa (Apêndice C);
- 2) Após deu-se início à entrevista semiestruturada por vídeo online, na qual foi utilizada a segunda parte do roteiro de perguntas (Apêndice C), tendo como questão norteadora para tal: “Após ocorrência da queimadura o que mudou na sua vida? ”.

Os dados do presente estudo foram analisados sob a ótica da análise de conteúdo dirigida segundo Hsieh e Shannon (2005) e orientados pelo referencial teórico de Lazarus e Folkman (1984), sendo pré-estabelecidas as categorias de codificação inicial: *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção. A análise de dados em questão seguiu um processo estruturado e dedutivo (HSIEH, SHANNON, 2005). Ela seguiu as seguintes etapas: **Pré exploração- Identificação de categorias iniciais:** na qual, após realizadas, gravadas e transcritas as entrevistas, foi iniciada a leitura na íntegra das mesmas e a codificação dos dados, buscando os códigos pré estabelecidos pela teoria de Lazarus e Folkman (1984), “*coping* focado no problema” e “*coping* focado na emoção”, a partir do objetivo da pesquisa; e definidas as unidades de análise (palavras e frases dos participantes relacionadas ao objetivo) para a formação das principais categorias e subcategorias, como por exemplo, mudanças relacionadas ao trabalho e na rotina quantos aos cuidados e atividades que passou ou deixou de fazer após alta hospitalar por queimaduras, as alterações nos relacionamentos e vínculos familiares e de amizade, a presença da dor, prevenção de queimaduras, uso da fé,

questões emocionais relacionadas às mudanças, entre outras; **Seleção de unidades de registros - codificação:** que consistiu no processo de identificação final das categorias e subcategorias, a partir da agregação, categorização e codificação das unidades de análise ou significados de acordo com o conceito de *coping* proposto por Lazarus e Folkman (1984) e o objetivo do estudo. Para o gerenciamento dos dados nesse processo, utilizou-se o software *Nvivo10*, que a partir da leitura e destaque das falas e ideias, facilitou a criação e organização das subcategorias (definidos nesse programa como “nós”), permitiu a clara visualização das categorias e subcategorias codificadas para interpretação e elaboração dos resultados; e **Construção/Interpretação teórica:** onde se realizou a interpretação dessas categorias e subcategorias como resultados deste estudo relacionando-as ao referencial teórico inicialmente adotado.

Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados com base nas diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos definidos pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde (BRASIL, 2012a), como também na Resolução COFEN no 564/2017, que dispõem sobre Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017). O estudo recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 3.036.217 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 7837817.0.0000.0121 (Anexo-B).

RESULTADOS

Os resultados foram estabelecidos em temas, categorias e subcategorias a partir do processo analítico das entrevistas, precedido da caracterização dos participantes.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Foram entrevistadas seis pessoas adultas, quatro do sexo feminino e dois masculinos, que sofreram queimaduras e faziam acompanhamento terapêutico nos seguintes centros de tratamento em três estados brasileiros: E4 - Ribeirão Preto/SP; E3, E5, E6 - Londrina/PR; E1 - Curitiba/PR; E2 - Joinville/SC. No tocante à idade, os participantes apresentaram entre 22 e 52 anos. Quanto ao estado civil, dentre eles, dois eram casados, dois eram solteiros e dois eram divorciados. No que se refere ao período de reabilitação após alta hospitalar, o tempo mínimo foi de um mês e o máximo de um ano e sete meses.

Relacionado à ocupação dos participantes antes do acidente por queimadura e após alta hospitalar por queimadura, dois deles retornaram as mesmas ocupações após um mês (E3, E4), enquanto aos demais, dois foram aposentados de suas atividades laborais (E1, E5), um ficou desempregado (E2) e um foi afastado temporariamente do trabalho (E6). Quanto ao local do corpo queimado, os participantes apresentaram queimaduras nas seguintes regiões: pés (E4), mãos (E1, E3), membros inferiores (E5), membros superiores (E1, E5, E6), nádegas (E2, E5), inguinal (E2), dorso (E2, E6), tórax (E2, E6), face (E6), crânio (E1). Sobre o tipo de aplicativo utilizado para a realização da entrevista por vídeo online, todos os participantes optaram pelo uso do WhatsApp® devido a facilidade, sendo que apenas um referiu utilizar também o Skype, porém escolheu o aplicativo anteriormente citado.

A análise dos dados, através da análise de conteúdo dirigida, contemplou duas categorias pré-estabelecidas pelo referencial adotado: *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção. Foram identificados diferentes aspectos referentes à experiência das pessoas que sofreram queimaduras e se encontravam no processo de reabilitação após alta hospitalar, e estabelecida as subcategorias (Figuras 1 e 2).

Quadro 1 - Caracterização dos participantes do estudo.

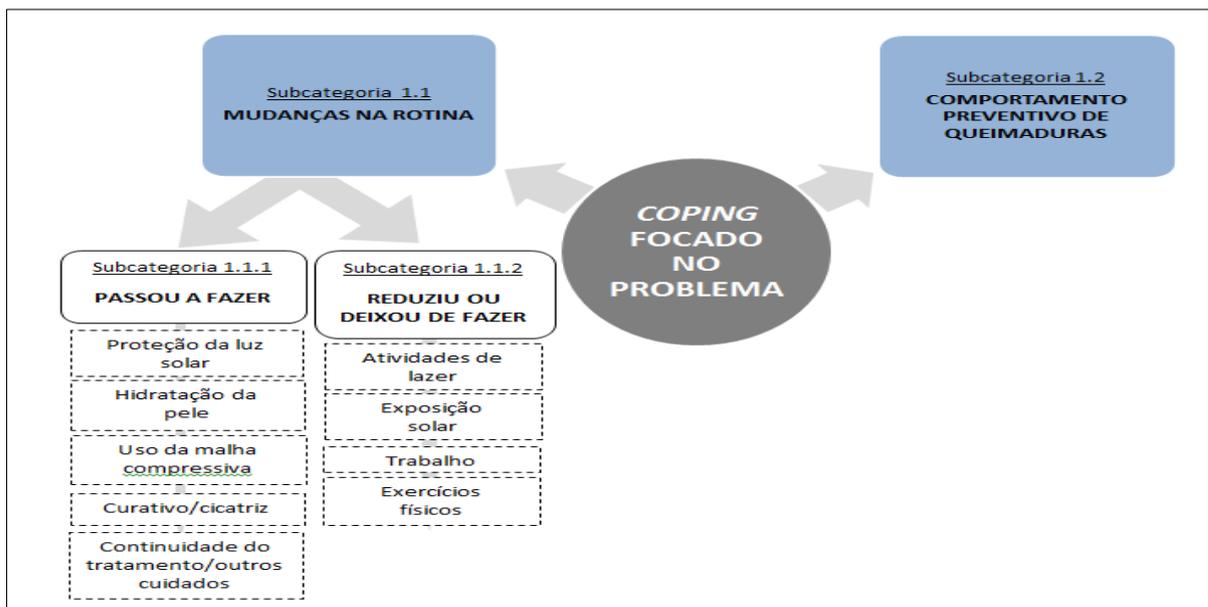
Identificação	Centro de tratamento de queimados (cidade/ Estado)	Idade (anos)	Sexo	Tempo de reabilitação após alta hospitalar	Estado civil	Ocupação antes da queimadura	Ocupação após alta hospitalar por queimadura	Local do corpo queimado	Aplicativo utilizado na entrevista
E1 E2	Curitiba/PR	35	M	1 ano e 7 meses	Casado	Motorista	Aposentado	Mãos, crânio	<i>WhatsApp</i>
E2	Joinville/SC	24		7 meses	Solteiro	Auxiliar de cozinha	Desempregado	Tórax, dorso, inguinais e nádega.	
E3	Londrina/PR	22	F	1 mês	Solteira	Estudante iniciando o estágio remunerado	Estudante estagiária com remuneração	Membros superiores	
E4	Ribeirão Preto/ SP	52		4 meses	Divorciada	Cabeleireira	Cabeleireira	Pés	
E5	Londrina/PR	40		11 meses	Casada	Auxiliar de cozinha	Aposentada	Dorso, glúteo, e membros inferiores e superiores	
E6		26		1 ano e 1 mês	Divorciada	Auxiliar de cozinha	Afastada	Face, Tórax, Membro superior direito, e coxa.	

Legenda: (E=Entrevistado); (M ou F= masculino ou feminino) / Fonte: Elaborado pela autora, 2019

CATEGORIA 1- COPING FOCADO NO PROBLEMA

Na categoria *coping* focado no problema, todos os resultados descritos a partir da fala do participante entrevistado são de cunho comportamental. Logo, foram identificadas duas subcategorias (Figura-1): 1) Mudanças na rotina, na qual os indivíduos citam aspectos das mudanças ocorridas na rotina diária quanto a cuidados com a pele e cicatriz que passaram a fazer no período de reabilitação após alta hospitalar por queimadura, tais como, proteção solar, hidratação da pele, uso da malha compressiva, cuidados com o curativo/cicatriz, continuidade do tratamento e outros cuidados, e também as mudanças causadas por restrições, as quais envolveram comportamentos e atividades, como, exposição solar, atividades de lazer, trabalho e exercício físico; e 2) Comportamento preventivo de queimaduras, que referem-se às atitudes de prevenção de queimaduras empregadas pelos indivíduos após o acidente.

Figura 1- Esquema visual da categorização do *coping* focado no problema.



Fonte: Elaborada pela autora, Florianópolis, 2019.

SUBCATEGORIA 1.1 - MUDANÇAS NA ROTINA

Nesta subcategoria, os participantes discorreram sobre suas experiências quanto às mudanças enfrentadas no período de reabilitação a partir da adesão de novos cuidados e comportamentos; bem como, às restrições frente à nova condição de saúde nas respectivas subcategorias: “Passou a fazer” e “Reduziu a frequência em que fazia ou deixou de fazer”.

1.1.1 - Passou a fazer

Os dados apontam que as mudanças na rotina que exigiram adesão a novos hábitos realizadas na reabilitação após alta hospitalar encontram-se todas relacionadas aos cuidados com a pele e a cicatriz. Na sequência, serão apresentados os tópicos identificados nos discursos dos participantes e estabelecidos nesta subcategoria, conforme mostrado anteriormente na figura 1.

Estas mudanças foram relacionadas a cuidados de **proteção da luz solar**. Todos os participantes descreveram ter adotado após a queimadura rotinas diárias de proteção através do uso de filtro solar, sendo que alguns referiram também proteger a pele da luz solar e seus raios ultravioletas (UV) através do uso de roupas e malhas UV. Ainda, alguns participantes apontaram que esses cuidados diários com a luz solar e a proteção da pele não existiam antes do acidente, e que, embora sejam considerados cuidados difíceis, eram reconhecidos como importantes para a nova condição.

“[...] mudou bastante coisa, principalmente o cuidado com sol, com a pele, [...] o tratamento, passar bastante protetor [...] estou tendo mais cuidado agora. Antes era tudo mais fácil, "largadão””. (E1)

“Hoje em dia já tenho que me resguardar um pouco mais [...] andar com duas camisas, protetor solar [...]”. (E2)

“Eu não me atentava muito assim ao sol e a proteção de pele, e agora é totalmente diferente, [...] ando com blusa daquelas UV, [...] tenho usado aquela luva que tem proteção UV [...]”. (E3)

“De manhã eu passo [...] protetor solar. [...] Eu comprei uma luva, um par de luvas, e eu cortei e usei, [...] passava protetor sessenta e a meia também era cinquenta”. (E4)

“Eu uso protetor [...] e quando eu saio que bate o sol no carro, eu cubro com pano as queimaduras”. (E5)

“Eu era vaidosa, mas não era aquela vaidosa de passar protetor solar e aquelas coisas assim. Hoje em dia o protetor solar tem que ser a primeira coisa que eu passo. Porque o protetor solar não deixou manchar tanto meu rosto. Então é automático, eu acordo de manhã e passo protetor solar”. (E6)

Em relação à **hidratação da pele**, os participantes apresentaram narrativas que confirmam o uso diário do hidratante e a criação de uma nova rotina para manter o cuidado com a pele e a cicatriz.

“Hoje em dia já tenho que me resguardar um pouco mais, mais cuidados [...] hidratante [...]”. (E2)

“Eu tenho que acordar um pouco mais cedo para passar todos os cremes [...] eu estou usando um creme de AGE [...]”. (E3)

“Parece que a pele está ressecada, sabe? Mas eu passo protetor solar, [...] Para dormir todo dia a noite, eu passo um óleo de girassol e de manhã eu passo X (hidratante)” (E4);

“[...] eu uso X (hidratante).”. (E5).

“[...] Tive que ser mais vaidosa ainda, [...] é protetor solar [...] creme, hidratante X que eles me indicaram é direto” (E6).

Outro cuidado bastante mencionado foi a utilização de malha compressiva, em que os participantes descreveram como se sentiam com o uso e o que faziam para lidar com o prurido, desconforto comum nas pessoas que sofrem queimaduras, e que de acordo os participantes o uso da mesma contribuía com a intensificação de alguns desconfortos, tais como o prurido.

“É muito bom (fazer uso da malha compressiva) por um lado, o negócio é só que é muito quente, fica abafado [...]”. (E1)

“A coceira [...] com ela ou sem ela (malha compressiva), é demais, demais. Só que eu reparei que a coceira aumentou um pouco com a malha. A coceira aumentou e não tem muito o que fazer. Não dá para meter a unha porque vai estragar o negócio. É controlar, psicologicamente, é meditar, é rezar, e está funcionando. [...] Não tem muito o que fazer. O médico diz que eu tenho que usar, e eu fico com ela.”. (E2)

“[...] tenho usado a malha também [...] eu me sinto bem. Acho que as pessoas que ficam incomodadas [...] E eu estou bem tranquila, me sinto confortável usando ela. [...] Coceira eu sinto. Eu passo a mão bem de leve em cima, ou eu pego um creme e passo também, porque dá uma leve "coçadinha". Onde foi mais fundo sinto bastante coceira [...] quando estou com a malha, dou uma “esfregadinha” assim maior, porque passa um pouco. (E3)

“Tem a malha, que eu uso também [...] no começo quando eu vim do hospital eu sentia uma coceira que eu não aguentava [...] Mas eu fui fazendo o tratamento, a limpeza, os cuidados certos que o médico pediu em casa, a lavagem, o banho correto, e passamos os remédios [...] Nossa, graças a Deus, eu não sinto coceira.”. (E5)

“É bem difícil. Tem dia que eu consigo trabalhar com ela (malha), mas tem dia que é extremamente calor na cozinha, é impossível. Eu até vou com ela, mas chega no meio do expediente e eu tenho que tirar. [...] É

apertado demais e tem que ser assim, né? Então eu aprendi a me conformar”. (E6)

Sobre o **curativo** e **cicatriz**, optou-se por unir esses temas uma vez que os cuidados com o curativo promovem a recuperação da pele e influenciam no aspecto da cicatriz. Acerca disso, percebeu-se que os depoimentos eram voltados aos cuidados com a pele de modo geral, e que os participantes fizeram da malha compressiva e do protetor solar um aliado no cuidado visando a melhora das cicatrizes.

“[...] tenho usado aquela luva que tem proteção UV por cima da malha, muito protetor [...] e bastante pomada agora pra ajudar na cicatrização. Então, foram cuidados mais com a parte da cicatriz. Cuidado de beleza, não muito.”. (E3)

“[...] tive que usar a pomada sulfadiazina de prata [...] eu mesma fazia os curativos depois que eu saí do hospital.”. (E4)

“[...] graças ao protetor solar não deixou manchar tanto meu rosto, [...] passo pela massagem, que diz que ia ser bom pra pele, pra soltar mais, eu comecei a me alimentar saudável, ser mais saudável, tomar mais suco natural de cenoura e de beterraba que seria bom pra pele, comecei a tomar colágeno, comecei a me cuidar mais.”. (E6)

Outro participante, no entanto, referiu como cuidados com a cicatriz o hábito de encobri-la/protegê-la com roupas e ter feito uso outro produto com o objetivo de promover a cicatrização das lesões por queimadura.

“[...] uma simples camisa tampa a cicatriz e como eu não posso me expor ao sol, então não ando sem camisa. [...] eu cicatrizei algumas coisas do meu corpo com babosa [...]”. (E2)

A respeito da **continuidade do tratamento por queimaduras**, grande parte das mudanças referidas foram relacionadas a nova rotina para realização de fisioterapia, enquanto as demais foram direcionadas ao acompanhamento psicológico e ao autocuidado (massagens, banhos, utilização de malha de algodão e repouso). Justifica-se a descrição da fisioterapia e massagem como continuidade do tratamento devido a intenção de destacar como comum esse processo na reabilitação, após alta hospitalar por queimaduras, no entanto, entende-se essas medidas na nova rotina como cuidados com a pele que visam melhorar a cicatriz e assim diminuir qualquer retração causada pela mesma.

“[...] eu tenho sessões de terapia toda terça e quinta, uma vez por mês tenho que estar no Hospital [...] e sempre estudando, focado na fisioterapia”. (E2)

“[...] ela (médica) me passou a fisioterapia para fazer em casa, para não dar retração no pé, [...] faço massagem nos pés, [...] Fiquei de repouso, com os pés para cima bastante tempo [...] eu segui bem à risca o que eles pediram. [...] como eu trabalho com cabelo, e cai muito cabelo em cima, eu coloco uma meia normal, uma meia preta. Eu corto os dedos dela e uso uma polaina, normal, mas é de algodão”. (E4)

“Estou fazendo a fisioterapia, [...] faço a drenagem [...] faço pilates, [...] ficar com o pé para cima, [...], quando eu deito relaxa bem, os banhos relaxam bastante também”. (E5)

“[...] Eu fiz uma cirurgia reparadora em fevereiro por uma queiloide. Eu faço ainda o meu acompanhamento no HU (Hospital Universitário), vou lá e fico lá ainda um tempo [...] uma fisioterapeuta conseguiu pra mim atendimento em ambulatório [...] eu fui em quatro consultas psicológicas.”. (E6)

1.1.2- Reduziu a frequência em que fazia ou deixou de fazer

Nesta subcategoria, os dados são relativos às mudanças na rotina direcionadas às restrições comportamentais, quanto ao lazer, exposição solar, trabalho e práticas de exercícios físico no decorrer do processo de reabilitação após alta hospitalar.

Sobre reduzir a frequência em que faziam ou evitavam as atividades de lazer, os depoimentos mostraram que os participantes se restringiram devido à presença da dor no início do processo de reabilitação:

“[...] no começo sim (evitava sair e/ou realizar atividades de lazer), porque eu ainda sentia dor. Então, às vezes alguns amigos falavam “ah, vamos sair e tal”, e eu “ainda não, estou com dor”, então acho que não era muito a hora”. (E3)

“[...] Sai todo dia. Só não sai quando eu estava com muita dor, porque o pé inchou muito” (E4).

A respeito das restrições quanto à **exposição solar**, todos os participantes descreveram evitar o contato direto em atividades ao sol como algo que deixou de fazer após a queimadura, atribuindo isso a um cuidado prescrito pelo profissional de saúde a ser executado diante da nova condição.

“[...] agora tenho que me cuidar muito. Antes eu ia na piscina, agora tenho que ter mais cuidado com o sol, com água e "coisarada". (E1)

“[...] futebol, skate, trabalho... acho que é isso [...] eu nunca fiquei tanto dentro de casa na minha vida, igual eu fico hoje [...] Faço uma visita ou outra e dou uma volta a noite, porque com esse sol de 40 graus...se tem uma coisa que eu estou fazendo é respeitar as ordens médicas, evitar sol, evitar tudo. [...] Única parte ruim é essa de não se expor ao sol, tem algumas restrições, eu não posso fazer coisas que fazia antes. Eu morava a beira da praia. Hoje em dia já tenho que me resguardar um pouco mais”. (E2)

“[...] Só não pude ficar exposta ao sol né, por conta do pé, mas de fazer alguma (atividade) não”. (E4)

“Com as mudanças do acidente, a enfermeira X estava me falando que seriam dois anos sem sol e tudo [...] estou tomando um complemento vitamínico só de vitamina D e outras assim, por conta do sol agora que é bem diminuído”. (E6)

“Eu não fico exposta ao sol [...]”. (E5)

“Olha, eu evito bastante (o sol) [...] eu tenho medo de manchar (a pele)”. (E6)

No **tocante ao trabalho**, os indivíduos mencionaram terem sido afetados pela queimadura ao precisar parar com suas atividades laborais no período de internação. Alguns deles retornaram após alguns meses de afastamento, enquanto outros se aposentaram.

“Para mim afetou bastante no trabalho [...] então, me aposentei e abandonei de lado agora”. (E1)

“Sim (trabalhava), era autônomo [...] Ainda não consegui encaixar um serviço. Devido à fisioterapia, médico, tudo, eu não tenho muito tempo assim pra trabalhar [...]”. (E2)

“Eu ia começar a trabalhar [...] Eu ia começar um estágio, [...] e eu sofri o acidente, então não consegui começar. Eu até expliquei minha situação pra empresa e eles seguraram a minha vaga. Hoje, eu consegui estagiar, mas até eu me recuperar, foi num prazo de um mês do que era o previsto para começar”. (E3)

“Eu estou "encostada" (aposentada) por causa do acidente. Eu trabalhava no X, um hotel em X. E eu trabalhava na cozinha lá.”. (E5)

“Eu trabalhava (antes do acidente) num restaurante. Eu continuei na mesma empresa. Eu voltei a trabalhar [...] fiquei sete meses (sem trabalhar)”. (E6)

Acerca da prática de **exercícios físicos**, participante referiu ter diminuído a frequência em que fazia e/ou deixado de praticar tais atividades após a queimadura, destacando a perda de força como justificativa:

“[...] não que eu não esteja mais fazendo, mas eu fazia bastante exercício, fazia pilates, tudo, e por conta do acidente estava bem aberta as feridas, não tinha como eu ficar fazendo, e também a mão chegou a ficar bastante limitada em questão de força [...] Mas eu fazia pilates, e daí eu precisei parar por conta do acidente, mas agora estou retomando devagarinho”. (E3)

SUBCATEGORIA 1.2- COMPORTAMENTO PREVENTIVO DE QUEIMADURAS

Os depoimentos dos participantes indicaram mudanças no comportamento e estabelecimento de atitudes direcionadas à prevenção de novos acidentes, a partir do desenvolvimento da consciência das situações de risco para queimaduras, destacando assim a importância do conhecimento de prevenção para adultos e crianças:

“[...] eu foco muito nas crianças. Porque as crianças olham as minhas pernas [...] A hora que eu chego falo “você está vendo as minhas pernas? Você quer saber o que é isso? e elas dizem “eu quero” É óleo fervendo que caiu na minha perna, então quando a sua mãe estiver fazendo uma comida, fritando uma coxinha para você, fritando alguma coisa, você não chega perto do fogão, [...] porque olha o óleo que caiu em mim quente. “Está vendo o que aconteceu?” Então eu dou toda aquela explicação para os pais e quem pergunta”. (E5)

“[...] eu comecei a tomar mais cuidado. Quando eu estou cuidando eu falo para as crianças “saíam de perto da panela de pressão””. (E6)

Enquanto outro ao ser perguntado sobre o que mudou na sua vida após a ocorrência das queimaduras, o mesmo logo respondeu:

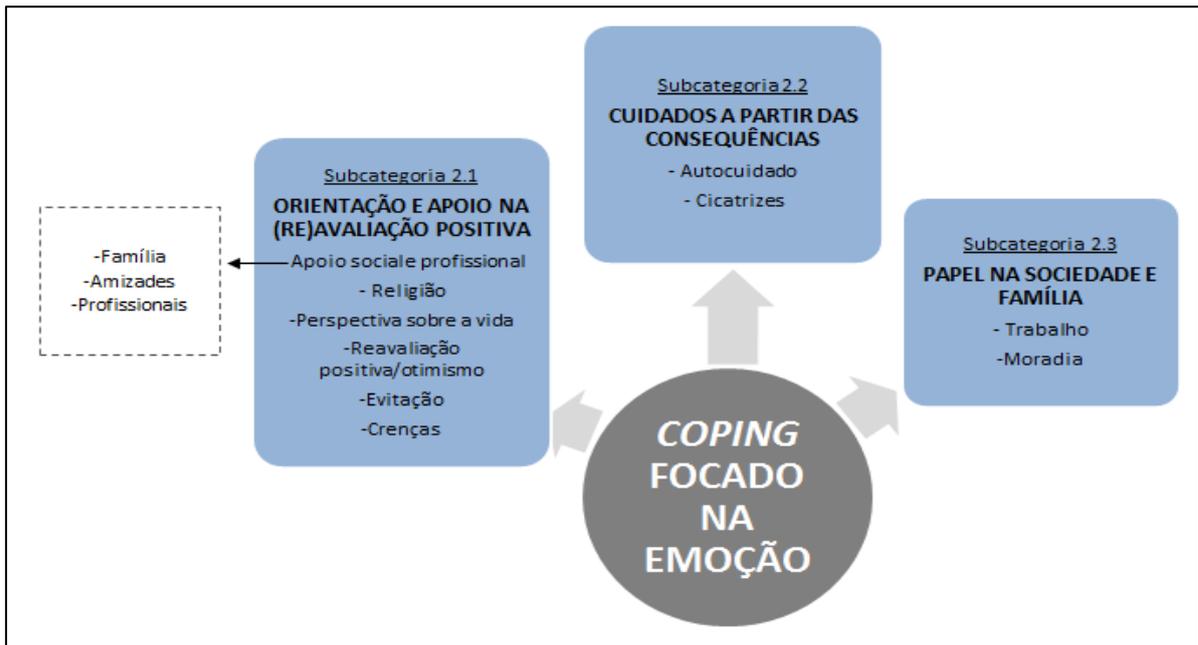
“A precaução, com panelas, com essas coisas”. (E2)

COPING FOCADO NA EMOÇÃO

Na categoria *coping* focado na emoção, os resultados descritos decorrentes dos depoimentos são todos de cunho emocional. Logo, foram identificadas três subcategorias (Figura-2): 1) Orientação e Apoio na (Re) avaliação Positiva, que correspondem aos aspectos emocionais subjetivos, tais como, apoio social e profissional, religião, perspectiva sobre a

vida, reavaliação positiva/otimismo, evitação e crenças; 2) Cuidados a partir das consequências, que se referem aos aspectos emocionais em relação aos cuidados gerais e as cicatrizes vivenciadas pelos indivíduos que sofreram queimaduras ao longo do processo de reabilitação após alta hospitalar; e 3) Papel na Família e Sociedade, que são os fatores emocionais relacionados ao indivíduo enquanto membro da família e da sociedade.

Figura 2- Esquema visual da categorização do *coping* focado na emoção.



Fonte: Elaborada pela autora, Florianópolis, 2019.

SUBCATEGORIA 2.1 - ORIENTAÇÃO E APOIO NA (RE) AVALIAÇÃO POSITIVA

Nesta subcategoria, os participantes relataram sobre suas experiências e respostas emocionais propriamente ditas quanto ao apoio social recebido pela família, amigos e profissionais, a fé através da religião, a mudança na perspectiva sobre a vida, a reavaliação positiva/otimismo no momento das dificuldades, o comportamento de evitação e as crenças ao longo do processo de reabilitação após alta hospitalar por queimadura.

O **apoio social e profissional** está direcionado aos vínculos, apoio e relações entre os participantes e seus familiares, amigos e profissionais de saúde que os atenderam no decorrer da reabilitação.

Todos os participantes referiram mudanças positivas nos relacionamentos e vínculos familiares, uma vez que segundo as falas, receberam apoio emocional e prático dos seus familiares após o acidente com queimadura.

“[...] estamos mais unidos agora, mais unidos [...] vou mais ao parque, mais atenção com eles”. (E1)

“[...] o apoio na recuperação é fundamental, tanto no hospital, quanto da família. Faz muita, muita diferença. E por mais que tenha sido um trauma, foi muito bom, porque aproximou muito a minha família com outras famílias amigas [...] toda atenção que dão é sempre muito bem-vinda, porque você fica num momento de fragilidade total. Você fica “nossa, o que aconteceu?” [...] minha família deu um apoio muito grande” (E3).

“Foi bom (o acidente) porque uniu bem a família. Um acidente acaba até unindo uma família, porque ninguém espera. [...] Todo mundo cuida de você, te dá mais atenção [...] o meu esposo cuidou muito de mim, ele e minha filha. [...] lá no hospital ele ia me visitar demais, e aqui em casa também, os cuidados, o carinho, da minha filha mais velha, do meu esposo comigo, todos os cuidados que eles tiveram comigo, está trocando as fraldas, está curando as feridas da queimadura, tudo como o médico pediu, aquela atenção, me dava banho, me levava no banheiro.” (E5)

“[...] Eles (filhos) faziam cartinha de escola, falavam que me amavam. Isso matava qualquer dor, qualquer coisa [...] antes do acidente eu tinha meu lado também meio egoísta, fazia três anos que eu não via nem meu pai por briga pouca, sabe? [...] Minha família no começo ficou muito unida, bem preocupada. Mas acabou que cada um foi viver sua vida [...], mas eles mudaram bastante. Nós fazemos mais almoços juntos, aproveitamos mais”. (E6)

Para os participantes, os vínculos de amizade se mostraram mutáveis e foram considerados um aspecto importante ao longo do processo de reabilitação, dado que vínculos foram fortalecidos, fazendo com que os sujeitos se sentissem queridos e tivessem a disposição apoio emocional e prático das amizades após o acidente.

“[...] eu converso mais frequentemente agora com eles (amigos).” (E1)

“A amizade só fortaleceu mais, porque todos eles se preocupam, estão sempre querendo saber como está tudo. A única coisa é que foi a distância. [...] Os vínculos ficaram melhores ainda. [...] hoje em dia a gente tem mais contato pelo celular [...] só fico mandando mensagem, só converso por mensagem. [...], mas a gente conversa. Tem pessoas que mantenho o contato via Facebook, WhatsApp”. (E2)

“[...] As clientes e amigas me ligaram também, iam lá visitar, me fizeram engordar de tanto comer doce. Diziam “Isso é bom pra cicatrizar, come doce.””. (E4)

“[...] todo mundo me conhece aqui na cidade, derivado dos doces que eu faço. Então a cidade toda se impactou com meu acidente [...]

ficaram todos comovidos. Onde eu passo todo mundo quer ver como é que estou”. (E5)

“Algumas (amizades) me deixou achando que eu não ia passar por isso, que eu não ia ficar forte. Mas outras me acolheram assim de um jeito que se tornou irmão. Chorou comigo, se importou comigo. E outras que eu vi que era tanto faz. Então mudou bastante.”. (E6)

Os participantes julgaram como significante e elogiaram o atendimento e o apoio emocional que receberam dos profissionais na instituição de tratamento durante a internação hospitalar e na continuidade do tratamento por queimaduras no decorrer da reabilitação após alta hospitalar:

“[...] Fui para o Hospital X, é um hospital referência, tratamento de ótima qualidade assim. Melhor do que se eu estivesse em um hospital particular”. (E2)

“[...] o apoio na recuperação é fundamental, tanto no hospital, quanto da família. Faz muita, muita diferença [...] o contato que a gente tem dentro do hospital é muito bacana, traz uma amizade muito legal [...] eu era um pouco mais fechada e todo o tratamento que eu recebi lá no X (Hospital), foi muito incrível. As pessoas são muito carinhosas lá, te tratam com muito amor, e assim, nunca te viram”. (E3)

“[...] fui muito bem tratada no hospital [...] A única coisa que eu acho, é que todo o hospital deveria ser tratado como na ala dos queimados, não tem coisa mais linda no mundo do que o tratamento que eles dão. É sensacional, sensacional. Desde a moça que varre o chão até o médico superior. São, boníssimos.” (E4)

“[...] eu fui bem tratada lá (hospital), os profissionais de lá são excelentes. Nossa, nós nos sentimos muito bem, nos ajudam bastante”. (E5)

“Os enfermeiros dos hospitais também (ajudaram), [...] os médicos, [...] eu tive acompanhamento com fisioterapeutas que me acompanharam desde o dia do acidente. [...] me ajudou muito aquelas pessoas dentro do hospital e dentro da minha casa. Me ajudou bastante, porque já sabiam como lidar, já sabiam da minha história.” (E6)

A respeito da **religião**, embora as concepções sobre fé e crenças religiosas sejam diferentes entre os participantes, elas foram apontadas pelos indivíduos como fundamental para o enfrentamento da queimadura e seu processo de reabilitação.

Neste sentido, após a queimadura, o novo hábito de voltar a frequentar a ritos religiosos, foi considerado uma mudança importante e positiva para um participante:

[...] na parte de religiosa, eu estou indo mais a igreja agora, frequentando mais os cultos [...] eu ia muito pouco antes”. (E1)

Outros participantes atribuíram a vida e a melhora de sua condição de saúde à um milagre e\ou obra da fé e de sua divindade:

“[...] eu tatuei um terço na costela, do lado esquerdo, e por incrível que pareça a queimadura queimou peito, costas, tudo, mas ela desvia inteirinho do terço tatuado na costela. [...] Eu acredito que (a fé) melhorou, pois praticamente eu tive uma nova chance. [...] a única coisa que eu fiz foi me apegar cada vez mais a Deus, agradecer por aquele momento, porque não tem muito que fazer.” (E2)

“Eu sou um milagre de Deus e de Jesus. Eu estou viva pela misericórdia dele e de Jesus. [...] era para eu ter morrido todos os dias quando eu estava na UTI, eu ia morrer. E para Deus não, para Deus era vida, pra Jesus era vida. Eles estavam comigo o tempo todo na UTI, do meu lado”. (E5)

Ainda, outros remetem o uso da fé e do comportamento religioso como um meio para não se deixar abater, conseguir alívio emocional, repensar o que é importante para si frente às dificuldades e obter esperança de resolução do problema através do tempo e da ajuda de Deus.

“[...] você acaba acreditando para você se firmar, [...] para seguir e levantar a cabeça. Porque é uma hora que você precisa, senão você se deixa cair e é mais complicado. Parece que fica mais penoso.” (E3)

“(A fé ajudou) em todos os sentidos [...] eu acho que nós só temos que agradecer a Deus pela vida que temos, independe de estar bom ou estar ruim.” (E4)

“[...] Tudo é uma etapa, você vai aprendendo a cada dia que vai passando. É difícil, é difícil a recuperação. Mas Deus é bom, Jesus é bom, e nós vamos indo com Deus e Jesus na frente.” (E5)

“Eu enxerguei o além. Tem que enxergar o além. Graças a Deus, tudo ia passar, eu coloquei isso na cabeça “isso aqui vai passar”.” (E6)

Por outro lado, um participante apresentou sentimento de incompreensão quanto ao motivo de ter sofrido o trauma por queimadura, uma vez que é considerado bom sujeito, entendendo a queimadura como uma punição divina indevida.

“[...] A gente tenta entender o motivo, o porquê. Igual eu estava conversando com a minha mãe, eu falei “nunca fiz nada de errado, sempre trabalhei, sempre tudo o que eu conquistei foi com meu suor”,

então não tinha aquele real motivo “o cara é bandido, mereceu!”, “ah, é assassino, mereceu!”. Já eu não, sempre trabalhei” (E2)

Ainda, depoimentos sugeriram que após o acidente ocorreram mudanças na **perspectiva sobre a vida**, ou seja, na forma em como estes percebem a si mesmos e a vida a partir do acidente com queimaduras.

“[...] eu tinha metas, eu tinha planos, [...] e do nada, literalmente da noite pro dia, eu sou obrigada a sair de lá (antiga cidade) e largar tudo que eu tinha [...] mas o importante é a pessoa ter calma, paciência [...] eu acho que a calma, a paciência, o trabalhar muito a respiração, eu aprendi lá no hospital a trabalhar a respiração, [...] e saber que com o tempo passa, nada é eterno, nada vai te incomodar a vida inteira.” (E2)

“[...]dá uma impotência, porque você perde o controle da vida. Você está com tudo planejado e de repente você vê que não faz mais sentido nenhum tudo que você planejou. [...] Antes as pequenas coisas eu dava muito valor, mas parece que agora eu dou mais ainda. E parece que um pouco menos ligada à aparência nós acabamos ficando também. [...] Não que tenha sido boa a experiência, mas ensinou bastante para nós, é um olhar bem diferente para a vida mesmo”. (E3)

“Eu acho que na vida mesmo nos momentos bons e nos momentos ruins, nós só temos agradecer, por ter saúde, por ter uma filha, por ter uma casa onde morar, por ter um bom trabalho, por ter bons clientes, por ter bons profissionais. [...] Eu tenho um lema de vida que nós só temos que agradecer sim, tanto nas horas boas, quanto nas horas ruins. Elas passam.” (E4)

“[...] o meu modo de pensar, [...] as vezes a pessoa está focada muito na vaidade. [...] Então ela se esquece de que quando ela passa por uma situação dessas, [...] Deus está dando uma nova oportunidade de vida pra ela. Ela está podendo viver, está com a família, tem fé em Deus, ela vai voltar a andar, ela vai ter sequelas, mas ela está viva.” (E5)

“Mudei por dentro como pessoa, porque antes do acidente eu tinha meu lado meio egoísta também. A maneira de lidar com as situações em si, tentar filtrar coisa boa da coisa ruim [...] Querendo ou não a gente passa por situações difíceis que acabam nos mudando como pessoa”. (E6)

Também se identificou **reavaliação positiva/ otimismo** sobre o acidente e suas consequências entre os participantes apresentarem pensamentos de positividade e esperança quanto a melhora do problema:

“[...] hoje eu me conformo, [...] eu entendo que tenho um tempo para me capacitar melhor, para assim que melhorar voltar a todo vapor de novo, só que com mais inteligência, com mais experiência.” (E2)

“[...]É estranho, porque está tudo bem e de repente de uma hora pra outra não está. Então eu pensava assim “dos males foi o menor ter que parar e não poder voltar né”, eu pensava assim “vai ficar tudo bem, eu vou me curar agora e breve eu volto a fazer o que eu fazia né”, então acho que foi uma forma de lidar um pouco com o psicológico nessa questão”. (E3)

“[...]Eu procurei enxergar daqui a uns anos, que os médicos falavam que não ia ficar assim e eu foquei nisso [...] A dor não é pra sempre. [...] Foi um processo assim que eu tive que ter muita esperança e olhar lá na frente, porque se eu focasse no agora eu estava surtada, sabe?”. (E6)

Participantes mostraram, através dos depoimentos, subestimarem o seu problema comparando-o aos de outra pessoa, além de alegarem não terem sido afetados pelo acidente, visto que não ficou com uma sequela ou problema mais grave:

“Mas acredito assim que não interferiu muito. Já ouvi relatos de muita gente que ficou com trauma. Mas para mim não afetou muito”. (E2)

“[...] a família continua igual, o que aconteceu com meu "pai foi bem mais feio, eu fiquei um pouco mais assim de canto né”. [...] (A queimadura) podia ser pior, eu poderia ter perdido um dedo, poderia ter perdido uma mão, alguma coisa. Então você fica "não tem problema nenhum”. [...]na hora eu fiquei “Meu Deus, vai ficar uma cicatriz muito grande”, mas só o fato de eu não ter quebrado, eu não ter sei lá perdido, porque foi bem feio mesmo. Então você acaba não ligando.” (E3)

Os mesmos também apresentaram comportamento e pensamento de **evitação** em algum momento da reabilitação após alta hospitalar:

“[...] não é que eu não sinta à vontade de ir pra praia, é que eu prefiro me prevenir, do que eu ir lá e acabar ocorrendo alguma doença. [...] Então eu prefiro esperar esse tempinho aqui, a hora que eu melhorar de vez eu volto com minha vida normal.” (E2)

“Eu tentava viver um dia de cada vez para não ficar pensando “Meu Deus, eu podia estar estagiando” e ficar pensando nas “Ns” possibilidades que poderiam ter ocorrido se não fosse o acidente. [...] Sabia que não conseguiria retomar o que eu estava querendo fazer, então que a melhor coisa seria eu me curar pra eu conseguir retomar [...] a gente tenta não abalar o psicológico, não pensar muito, mas é

um pouco difícil, porque abala. Mas eu achei que a melhor forma seria focando no tratamento para ser o mais rápido e menos doloroso possível também.” (E3)

“Eu continuei trabalhando, mas depois que eu queimei o pé [...] começou a inchar muito, e mesmo assim eu trabalhei até uma quarta-feira na hora do almoço. Depois fui ao posto, o médico me afastou o restante do feriado [...] entre esse meio tempo, eu fiquei com muita dificuldade, mas eu ia trabalhar todos os dias”. (E4)

Além disso, participantes aludiram sobre diferentes **crenças** pessoais quanto ao tratamento da ferida e a repercussão positiva do seu acidente:

“Eu cicatrizei algumas coisas do meu corpo com babosa, que o médico não recomendou, mas minha vó recomendou, eu acreditei e passei”. (E2)

“[...] o meu pai mudou também [...] ele precisou fazer uma ressonância por conta da queda e descobriu um nódulo na suprarrenal [...] Ele nunca iria achar esse nódulo, foi por um acaso. Então mudou muita coisa, foi incrível. ” (E3)

SUBCATEGORIA 2.2- CUIDADOS A PARTIR DAS CONSEQUÊNCIAS

Nesta subcategoria, os participantes relataram sobre reações emocionais em relação aos cuidados adotados e as cicatrizes consequentes das queimaduras ao longo da reabilitação após alta hospitalar.

Quanto aos aspectos emocionais relacionados ao **autocuidado**, um participante descreveu ser cansativo manter a execução diária dos cuidados e como tenta lidar, ao pensar que estes devem ser realizados por um tempo determinado:

“É cansativo por um lado, mas eu sei que é para o meu próprio bem. Então, às vezes você não tem vontade. Você olha ali e “ah, deixa isso pra lá”, mas aí ao mesmo tempo você já pensa “não, espera aí”[...] igual eu coloco na cabeça, é melhor eu cuidar esse um ano, um ano e pouco aqui, do que eu pegar uma coisa mais grave, um câncer de pele ou alguma coisa e ter que me cuidar o resto da vida. Isso eu já me foquei bastante”. (E2)

Em relação às **cicatrizes**, os participantes trouxeram opiniões divergentes. Alguns deles referiram não se preocupar com as marcas na pele, dado que não sofreram a perda de um membro do corpo ou tiveram sequelas maiores que pudessem prejudicar de forma

funcional suas atividades, enquanto outros, utilizando desse pensamento preferem ser otimistas reduzindo assim o desconforto que a cicatriz causaria:

“[...] Eu levo/trato normal. [...] no meu caso não interferiu em nada. Não perdi nenhum membro, nem um dedo, nada. A princípio aqui é só um dedo que não fechou aqui [...], mas somente isso, não interfere. Posso andar até de moto. Comecei a andar agora esses dias de moto. Para mim não mudou nada.” (E1)

“[...] tem hora que você fica pensando “é, nossa, estava tudo bem e de repente ganhei uma bela de uma cicatriz”. Dá uma abalada, mas quando você vê assim, foi só uma cicatriz. Podia ser pior, poderia ter perdido um dedo, poderia ter perdido uma mão, alguma coisa. Então você fica “não tem problema nenhum”. Então você acaba não ligando”. (E3)

Ainda, participante mencionou não se incomodar com a cicatriz por ter se acostumado, enquanto outro, disse que mesmo não se importando com ela prefere não mostrar à algumas pessoas por ser extensa e interpretar que se trata de uma imagem forte.

“Todo mundo que me conhece e em todos os lugares que eu ia perguntavam o que era [...] Não me incomodei não. Acho que essas coisas não incomodam. Aconteceu mesmo, então perguntar vão perguntar, mas não ligo de falar não.” (E4)

“Já me acostumei. Agora minha nova tatuagem é essa aqui. [...] uma simples camisa tampa a cicatriz, e como eu não posso me expor ao sol, então não ando sem camisa. A única coisa que eu evito é com criança [...] porque eu acho estranho assim, eu acho uma imagem muito forte, meio pesada”. (E2)

Outro entrevistado declarou não ter problemas quanto à presença das cicatrizes, mostrando auto aceitação e associando à crença religiosa:

“Então a pessoa foca muito assim, ‘ai meu rosto, meu braço, minhas pernas não vão mais ser a mesma coisa’, ‘minha vida acabou’, não, Deus te deu mais uma oportunidade de vida. E eu fiquei com sequela [...] eu me aceitei do jeito que eu estou, do jeito que eu sou. E não gosto de vestir vestido longo lá nos pés, eu gosto de mostrar as minhas marcas para todo mundo”. (E5)

Um participante, com exceção às falas dos demais, mencionou ter mudado a forma de se vestir como uma estratégia para encobrir suas cicatrizes e vontade de voltar à condição que tinha (aparência) antes da queimadura:

“[...] Eu comecei a usar mais blusa, calça, [...] eu me visto, eu me arrumo, mas eu acabei meio que optando por isso [...] tem dia que eu estou super otimista, estou super animada, estou super feliz, super grata, tipo “ah, tá dando tudo certo”. Mas tem dia que eu me olho e falo “nossa, meu deus do céu, que roupa que eu visto hoje?”, “O que eu faço?” [...] Tem dia que eu queria voltar a ser como antes, mas não tem como, então eu fui me adaptando, roupa aqui, cabelo ali e vou levando.”(E6)

Ainda, o mesmo participante justificou a razão de evitar expor suas cicatrizes, uma vez que as mesmas geram curiosidade:

“[...] Não é bom. Porque a maioria é por curiosidade, né? Não é questão, de tipo assim, “eu quero saber para te ajudar”. Daí acaba tocando numa parte da minha vida que é íntima, né? Coisas que eu passei. É diferente.” (E6)

SUBCATEGORIA 2.3- PAPEL NA SOCIEDADE E FAMÍLIA

Nesta subcategoria, os participantes contaram sobre as reações emocionais provocadas pelas mudanças no trabalho e na moradia.

No que diz respeito ao **trabalho**, participantes revelaram que por ser algo significativo, mesmo estando afastados das atividades laborais por ordens médicas, trabalharam neste período:

“Por enquanto nós abandonamos. Vamos ver, a vontade é grande de viajar. Principalmente quando se trata de caminhão, a gente gosta muito, ama a profissão. Até sente no coração assim, e volta e meia eu vou viajar, até porque a gente não aguenta ficar só em casa também.” (E1)

“[...] (não parei de trabalhar) nem no acidente. Continuei trabalhando. Me afastei só 15 dias. Eles (médicos) me afastaram [...] quinze dias. Mas eu fiquei em casa só uma semana, porque eu não dei conta. Certinho, a hora que começou a desinchar eu comecei a andar normal.” (E3)

Outro participante citou as dificuldades encontradas por não poder trabalhar após sofrer queimaduras e o desejo de voltar rapidamente às atividades laborais, uma vez que aspectos econômicos eram de sua responsabilidade:

“Ah, acho que essa é pior parte, de não poder trabalhar, não ter minha renda igual. Eu sempre me mantive, sempre paguei minhas contas,

sempre corria atrás. [...] hoje em dia eu dependo cem por cento da minha mãe. [...] não consegui encaixar um serviço, mas a minha intenção é o mais breve possível”. (E2)

No tocante à **moradia**, um participante necessitou deixar a cidade de origem e sua casa devido aos cuidados que precisou receber, passando a morar com a mãe, assim descreveu as dificuldades para lidar emocionalmente com isto:

“Foi bem difícil, no dia que eu saí de lá (cidade onde morava) eu até pensei três vezes antes de vim. [...] do nada, literalmente da noite pro dia, eu sou obrigada a sair de lá e largar tudo que eu tinha. Larguei casa mobiliada, larguei tudo para trás. Porque não tinha como eu trazer essas coisas pra cá. Não tem nem onde eu guardar. [...] Eu morava sozinho. [...] (Fui morar com a mãe) devido aos cuidados necessários, por também não poder trabalhar, por todos os cuidados que precisava e não tinha condições de eu me manter sozinho em casa. [...] É complicado assim, nós perdemos muito da liberdade. Eu saí de casa cedo. Saí de casa com 16 anos. Então ter que voltar assim... claro que eu entendo que o motivo é um acidente, ocorreu um imprevisto, não vai ser para o resto da vida. Mas é complicado, você depender dos pais novamente. [...] Larguei casa mobiliada, larguei tudo pra trás. Porque não tinha como eu trazer essas coisas pra cá” (E2)

DISCUSSÃO

No presente estudo, procurou-se descrever os tipos de *coping* manifestados pelas pessoas que sofreram queimaduras no processo de reabilitação após alta hospitalar segundo o referencial de Lazarus e Folkman (1984).

A partir dos relatos dos participantes, percebe-se que na população adulta ambos os sexos são atingidos por queimaduras, embora entre os participantes do presente estudo, o sexo feminino tenha predominado. Ainda que este tipo de trauma atinja todas as faixas etárias, este estudo corrobora com outros ao descrever que dentre a população adulta pessoas que se encontram na faixa etária de 19 a 59 anos são os mais atingidos, sendo esta considerada a população economicamente ativa (COSTA *et al*, 2017).

Tratando-se de uma análise de conteúdo dirigida à luz dos pressupostos teóricos de Hsieh e Shannon (2005) e do referencial teórico de Lazarus e Folkman (1984), entre as falas dos participantes foram identificadas estratégias de enfrentamento a partir do *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção.

Após um evento estressor como o trauma por queimadura, os indivíduos avaliam a situação de estresse, se esta for reconhecida como inalterável, os sujeitos utilizam mais o *coping* focado na emoção. Caso a situação seja reconhecida pelos sujeitos como alterável, estes fazem mais uso do *coping* focado no problema (PEREIRA; BRANCO, 2016).

A reabilitação após alta hospitalar de pessoas que sofreram queimaduras, é um processo que pode durar de meses a anos após alta da internação hospitalar. Esse processo envolve não apenas a pessoa queimada, mas também a abordagem de uma equipe multiprofissional, a família, amigos e pessoas próximas do seu convívio social. Além disso, esse período traz consigo mudanças de ordem física, psicológica e social, que podem comprometer a qualidade de vida de pessoas que sofreram queimaduras, a qual exige adaptação à nova realidade (P.JUNIOR; VIEIRA; ALVES; 2010 PROCTER, 2010; ECHEVARRÍA-GUANILO *et al*, 2016).

Nesse sentido, para recuperar o bem-estar, manter o equilíbrio emocional e melhorar a qualidade de vida, os indivíduos utilizam o *coping* focado no problema ou *coping* focado na emoção, uma vez que avaliam seus recursos pessoais e buscam formas de enfrentamento que sejam adequadas ao propósito, o qual pode modificar o problema tentando adaptar-se ou apenas reduzir o desconforto provocado por ele, respectivamente (ANTONIOLLI *et al*, 2018).

Entretanto, salienta-se que mesmo sendo distintas, as estratégias focadas no problema ou na emoção complementam-se podendo ser empreendidas ao mesmo tempo, embora o indivíduo acabe por utilizar mais a um do que ao outro em determinadas situações (MORAES F. *et al*; PEREIRA; BRANCO, 2016).

As queimaduras além de refletidas na pele do sujeito traumatizado alteram seu estilo de vida ao afetar negativamente no retorno às atividades que habitualmente eram realizadas (CIOFI-SILVA *et al*, 2010).

As mudanças provenientes deste tipo de trauma costumam exigir dos indivíduos queimados atenção diária como os relacionados aos cuidados com a pele (hidratação e medidas de proteção solar, necessidade de exercícios de alongamento e outros cuidados com a cicatriz e continuidade no tratamento) e também, com as restrições nas atividades da vida diária e em termos de trabalho, viagens, lazer e prática em atividades físicas (CIOFI-SILVA *et al*, 2010; MORAES L *et al*, 2016).

Os resultados do presente estudo mostraram que após as mudanças na rotina provocadas pelas queimaduras, todos os participantes passaram a realizar cuidados com a pele, que incluíam o uso diário de filtro solar e malhas (roupas) como proteção da luz solar; uso de hidratantes de pele; utilização da malha compressiva; realização de técnicas de

massagem na lesão e de distração (meditação e reza), e uso de produtos para diminuição do prurido, que é bastante comum no processo de cicatrização, porém, muitas vezes intenso entre as pessoas que sofreram queimaduras; e continuidade na realização dos curativos. Todos esses cuidados tiveram a intenção de melhorar as lesões por queimaduras, eliminando assim o problema, e por isso caracteriza-se como *coping* focado no problema.

A respeito da continuidade do tratamento terapêutico e outros cuidados, a fisioterapia foi a mais destacada entre os participantes. Enquanto outros cuidados, tais como acompanhamento psicológico, repouso, massagem, realização de exercícios e drenagem linfática foram citadas pontualmente. Isso se deve ao fato de que pacientes queimados comumente ficam com sequelas físicas e debilitantes, portanto é essencial que estes sejam acompanhados pelo profissional fisioterapeuta para auxiliar no restabelecimento da funcionalidade física e na redução e/ou prevenção de sequelas físicas (cicatrices anormais e contraturas que impedem movimento) e também psicológicas a partir da lesão por queimadura (OLIVEIRA *et al*, 2015). Portanto, subentende-se que ao buscar a intervenção deste profissional e realizar os exercícios com a finalidade de resolução do problema, o indivíduo queimado esteja utilizando estratégias de *coping* focadas no problema.

Ainda, alguns dos participantes reduziram a frequência em que realizavam ou deixaram de realizar atividades de lazer, principalmente as que envolviam a exposição ao sol, enquanto outros necessitaram de afastamento das atividades laborais e da prática de exercícios físicos devido às restrições físicas ao longo da recuperação.

Procter (2010) em seu estudo, afirma que os cuidados e restrições vivenciados por pessoas que sofreram queimaduras têm por objetivo a melhora das lesões, prevenção de sequelas físicas e consequentes alterações psicossociais que podem decorrer do trauma. O evitar a exposição solar e a adoção de condutas, tais como, o uso de roupas mais fechadas, chapéus/bonés e protetores solares são fundamentais para esses sujeitos, principalmente no período inicial de cicatrização da ferida, em que a pele está em formação, mais sensível, ressecada e pretende-se evitar alterações nas cicatrizes (PROCTER, 2010).

Uma vez que as lesões em processo de cicatrização, a depender de fatores como profundidade da lesão e da extensão dos danos às estruturas da pele, podem ficar ressecadas, rígidas, se tornarem irregulares ou patológicas (cicatriz hipertrófica e quelóide) e formarem contraturas, pessoas que sofreram queimaduras frequentemente fazem massagem com hidratantes de pele, cremes ou óleos, que além da hidratação da pele, promovem o alinhamento do tecido cicatricial em formação. A massagem com produtos hidratantes de pele também ajuda a reduzir o prurido, que é um problema comum decorrente do processo de

cicatrização, do desenvolvimento de cicatrizes patológicas e do uso da malha compressiva (ANDRADE; LIMA; ALBUQUERQUE; PROCTER, 2010).

Para prevenção e tratamento de cicatrizes hipertróficas em lesões profundas, pessoas que sofreram queimaduras utilizam, com forma de tratamento, a malha compressiva. Esse tipo de vestimenta tem como função reduzir a formação de cicatrização patológica no período de reabilitação pós queimaduras ao exercer pressão contínua sobre as áreas cicatrizadas e enxertadas, podendo ser necessário seu uso por até dois anos ou após identificação de melhora do tecido cicatricial, o que exige reavaliação por profissionais regularmente para reajustes (ITAKUSSU *et al*, 2014).

Situações como as relatadas geram nas pessoas necessidades de resposta, isto é, formas de enfrentamento para o problema, ou seja, *coping* focado no problema, visto que passam a apresentar adaptações concretas frente aos problemas advindos do trauma por queimadura, executando de forma intencional ações com o objetivo de resolvê-los.

Importante lembrar, que a identificação prévia de problemas que podem ser vivenciados pelas pessoas que sofreram queimaduras no decorrer do processo de reabilitação, em especial após alta hospitalar como no presente estudo, permitiriam que a equipe multiprofissional de saúde, principalmente a de enfermagem, pudesse planejar e direcionar os cuidados e ações desses sujeitos para a alta hospitalar a partir da internação, tendo em vista a obtenção de resultados mais efetivos frente aos problemas consequentes do trauma por queimadura. Assim, condutas como estas, auxiliariam os sujeitos a lidarem com as mudanças habituais desta fase da reabilitação da forma mais adequada possível (ECHEVARRÍA-GUANILO *et al*, 2016).

Outro aspecto focado no problema que foi encontrado em três discursos diferentes, estão direcionados ao desenvolvimento da consciência e atitudes práticas preventivas quanto aos fatores de risco de queimadura pós trauma por parte dos sujeitos. Não foram encontradas referências na literatura sobre essa temática, no entanto, entende-se essas atitudes como estratégias voltadas para a redução ou a eliminação do problema.

Em relação ao *coping* focado na emoção, uma questão observada no estudo foi que todos os participantes referiram ter recebido e considerado significativo o apoio social recebido de outras pessoas, sejam elas parte da família, amigos ou profissionais da equipe de saúde. Assim, percebeu-se que o apoio proveniente de pessoas próximas, com relação familiar e de amizade, foi considerado um aspecto positivo na recuperação dos sujeitos entrevistados, em vista de que a sua existência facilitou a adesão ao tratamento por auxiliar na continuidade do cuidado e autocuidado no ambiente domiciliar e favoreceu o amparo emocional e afetivo.

O apoio de profissionais dos serviços de saúde se mostrou como uma importante fonte a proximidade físico e emocional e na prestação do cuidado para estes sujeitos durante o processo de reabilitação após alta hospitalar, o que ajudou no enfrentamento das diversas mudanças vivenciadas. Por outro lado, restrições ao convívio social, familiar e de pessoas próximas pode dificultar a vivência neste momento de transformações pós queimaduras (MORAES L. *et al*, 2016).

Uma vez que as estratégias focadas no problema e/ou na emoção podem ser empreendidas ao mesmo tempo (MORAES F. *et al*, 2016), entende-se que os indivíduos do presente estudo utilizaram tais estratégias, com maior ênfase na emoção, visto que mesmo ao receberem o auxílio prático das pessoas de sua rede de apoio, manifestaram de forma emocional o quão importante foi a sua rede de apoio para não se deixarem abalar naquele período, onde apresentam-se as dificuldades e incertezas com a nova condição.

Baillie, Sellwood e Wisely (2014) observaram que indivíduos que sofreram queimaduras ficaram mais otimistas e com pré-disposição para lidar melhor com o trauma, devido ao apoio social recebido. Ainda, outros autores (MORAES *et al*, (2016), afirmaram que o apoio social no processo de reabilitação é um aspecto importante, pois colabora para a não manifestação de problemas psicológicos, tais como, ansiedade, depressão e estresse pós-traumático.

No tocante a religião, todos os entrevistados relataram que professar uma religião, ter fé em Deus, pensar positivo e possuir gratidão foram fundamentais para o enfrentamento e a vivência do trauma por queimadura em todo o período de reabilitação; desde o momento em que ocorreu o acidente até o então experienciado no após alta hospitalar. No entanto, um deles embora tenha referido a fé como algo positivo, apresentou fala de incompreensão do motivo de ter sofrido a queimadura, sugerindo-se a si mesmo, que o trauma pudesse ser um castigo divino.

Foch, Silva e Enumo (2017) apontam que a Religião/Espiritualidade influenciam no *coping* de pessoas que sofreram traumas, e é mencionado na literatura antiga como *coping* religioso, por se referir aos comportamentos e crenças religiosas apresentados pelos indivíduos com a finalidade de prevenir, aliviar ou facilitar a resolução de problemas.

Além disso, os autores definem que a religião faz parte do sistema de crenças e práticas que controlam a forma como os indivíduos percebem e lidam com as circunstâncias difíceis da vida e classifica o *coping* religioso/espiritual em: positivo, quando inclui comportamentos de busca do apoio/suporte espiritual, resolução dos problemas em colaboração com Deus, redefinição do estressor de forma benevolente, busca ajuda/conforto

na literatura e instituição religiosa, busca perdoar e ser perdoado, ora pelo bem-estar, busca ajuda de uma autoridade espiritual ou membro religioso, entre outras; e negativo, quando os pensamentos e atitudes geram consequências prejudiciais à saúde física e mental por conter questionamento da existência, do amor e dos atos de Deus, sentir insatisfação em relação a Deus ou à instituição religiosa, duvidar dos poderes de Deus para interferir na situação estressora, incumbir a Deus a resolução dos problemas e crer em um Deus punitivo (FOCH; SILVA; ENUMO, 2017).

Referente à perspectiva sobre a vida, os resultados da pesquisa mostraram que todos os participantes mencionaram ter ocorrido mudanças positivas na forma em como eles percebem a si mesmos e a vida a partir do acidente com queimadura. De igual modo, estudo que avaliou o crescimento pós-traumático (mudanças positivas após um trauma) em adultos queimados aponta que pessoas no pós trauma por queimaduras passaram a compreender os verdadeiros valores, reafirmaram aspectos importantes da vida, criaram uma nova filosofia de vida ou relato a partir da gratidão da sobrevivência, da raridade e da fragilidade da vida (MARTIN *et al.*, 2017).

Moraes F, *et al.*, (2016) refere que a reavaliação positiva/otimismo, foi uma das estratégias focadas na emoção (*coping* focado na emoção), manifestado pela aceitação e por sentimentos positivos e de esperanças em relação a recuperação do acidente por queimadura, durante o período de reabilitação após alta hospitalar. Ela é considerada como a aceitação da realidade, em que os sujeitos se concentram em aspectos positivos ou buscam encontrar outros que atenuem a situação estressora, com a finalidade de modificar o estado emocional.

Pode-se dizer que essa estratégia consiste no redimensionamento do estressor a partir da modificação do estado emocional para reduzir o desconforto causado por ele (MORAES F. *et al.*, 2016). Assim, ainda que essa estratégia não esteja buscando resolver o problema diretamente, ela permite que o indivíduo obtenha um equilíbrio emocional antes de utilizar outra estratégia mais adaptativa (MORAES F. *et al.*, 2016).

Um estudo com 23 profissionais de Enfermagem que atuavam em unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica, e que buscou identificar as estratégias de *coping* empreendidas pelos mesmos utilizando o Inventário de Estratégias de *coping* (IEC) de Lazarus e Folkman, concluiu que a segunda estratégia mais utilizada pelos trabalhadores foi a reavaliação positiva, perdendo apenas para as estratégias de autocontrole, o que mostra quão importante é esse tipo de estratégia para os sujeitos (MORAES F. *et al.*, 2016). Embora se trate de um estudo com profissionais, os resultados não são distantes dos manifestados pelos participantes deste estudo, uma vez que os mesmos apresentaram estratégias e reavaliação positiva.

Quando se descreve atributos emocionais como apoio social, reavaliação positiva e otimismo, é comum pensar na resiliência, uma variável relacionada a qualidade de vida e enfrentamento, definida a grosso modo como a capacidade do indivíduo de se recuperar de um trauma e/ou situação estressora ou adaptar-se a mudanças (ABRAMS et al, 2018). Estudo que avaliou a resiliência em pacientes queimados na recuperação (ABRAMS et al, 2018) aponta que os fatores de proteção resilientes aumentam positivamente os mecanismos de enfrentamento dos indivíduos e diminuem o enfrentamento mal-adaptativo, evitando respostas extremas de estresse que podem resultar em transtornos mentais.

Também no período de reabilitação após alta hospitalar, os indivíduos utilizaram estratégias evitativas, focadas na emoção, ao apresentarem comportamento de esquiva por não fazerem repouso quando prescrito pelo médico, ao se restringirem de determinadas atividades por achar que esta poderia gerar complicações à sua situação em saúde, e também, ao usarem a distração para não pensar no evento traumático e nas consequentes mudanças.

As estratégias de evitação/esquiva/fuga são focadas na emoção e voltadas para escapar e/ou evitar o confronto com o problema e tem como objetivo a redução do desconforto provocado por ele (PEREIRA; BRANCO; MORAES F. *et al*, 2016; SANTOS, 2013;) e estão relacionadas a um estado emocional negativo após o trauma, baixo uso de estratégias de enfrentamento mais adaptativas, e portanto, um pior estado de saúde principalmente saúde psicossocial, a autculpa, autodistração, negação, desengajamento comportamental e uso de substâncias (DAHL *et al*, 2016; MARTIN *et al*, 2017).

Acredita-se também, que essas estratégias possam reduzir o sofrimento em curto período, mas são ineficazes em longo período (MARTIN *et al*, 2017). Além disso, pessoas que usam estratégias evitativas/esquiva e/ou fuga geralmente enfrentam maior dificuldade para se ajustar após a queimadura por não possuírem acesso a outras estratégias de enfrentamento (DAHL *et al*, 2016), o que demonstra a necessidade de se conhecer e estudar as estratégias de *coping* .

Quanto às crenças, dois dos participantes indicaram utilizar crenças pessoais populares relacionadas ao tratamento da ferida e a repercussão positiva do seu acidente como uma estratégia de enfrentamento. Percebe-se que embora tivessem o objetivo de modificar o problema, essas estratégias foram fortemente direcionadas à um nível emocional, em vista que a fala de um dos sujeitos deixou claro a estima pelo conhecimento da avó em comparação a do seu médico ao indicar o uso da babosa no cuidado das lesões. Enquanto isso, outro sujeito focou de forma racional/emocional na repercussão positiva que o acidente com queimaduras

teve na saúde do seu pai, uma vez que, no atendimento, devido ao acidente por queimaduras, foi descoberto um nódulo suprarrenal no pai, o qual pode ser tratado a partir desse momento.

Quanto aos cuidados gerais consequentes do trauma por queimadura, um dos pacientes queixou-se de cansaço e da falta de vontade para realizar diariamente os cuidados necessários, no entanto, referiu compreender a importância destes para a melhora da sua condição. Analisando este aspecto emocional dos cuidados, percebe-se que devido ao sujeito não conseguir extinguir o problema neste momento, este passou a utilizar estratégias de *coping* focados na emoção como o pensamento positivo, com o propósito de reduzir o desconforto (MORAES F. *et al*, 2016).

Outro aspecto importante da população que sofreu queimaduras, é que após o trauma, o aparecimento de cicatrizes e consequentes alterações na imagem corporal advindas das sequelas são comuns (ROTHMAN *et al*, 2016). No entanto, diferentemente de outros estudos que apontam como frequente as repercussões psicológicas relacionadas à alteração na percepção da imagem corporal e estratégias de enfrentamento disfuncionais (ECHEVARRÍA-GUANILO *et al*, 2012; MARTIN *et al*, 2017; ROTHMAN *et al*, 2016), a maioria dos indivíduos desta pesquisa mencionaram não se importar ou aceitar suas cicatrizes como resultado da queimadura, uma vez que não tiveram sequelas maiores. Essa perspectiva pode estar relacionada ao fato de que dependendo da extensão das cicatrizes, de sua localização anatômica e exposição corporal, ocasionam maior ou menor desconforto ao indivíduo e influenciam nas estratégias utilizadas (ECHEVARRÍA-GUANILO *et al*, 2012).

Em exceção aos demais, um dos entrevistados expressou sentir em determinados momentos dificuldades para aceitar suas cicatrizes, e por isso, evita exibi-las utilizando roupas mais fechadas, uma vez que não gosta de receber questionamentos e olhares curiosos.

Estudos descrevem essa concepção como comum entre os indivíduos queimados, uma vez que por gerar insatisfação, desconforto ou até mesmo constrangimento sob olhares curiosos, estes fazem mudanças no hábito ao se vestir, e passam a esconder suas marcas utilizando como principal mecanismo o uso de roupas que ocultem o local do trauma, como uma tentativa de melhorar a aparência física e amenizar os sentimentos depreciativos (ECHEVARRÍA-GUANILO *et al*, 2012; MORAES L. *et al*, 2016).

Outra questão de destaque, é o fato de que possuir cicatrizes extensas e em locais de maior visibilidade, como mãos e face, pode fazer com que indivíduos que sofreram queimaduras tenham maior dificuldade de aceitação da nova imagem corporal (ECHEVARRÍA-GUANILO *et al*, 2012) e aumente a chance do desenvolvimento de depressão (GONÇALVES *et al*, 2011).

Ainda, sobre estratégias de enfrentamento relacionadas aos desafios sociais causadas por cicatrizes, em estudo com 17 pessoas adultas que tinham cicatrizes visíveis, as apontadas como mais utilizadas foram as estratégias focadas na emoção, sendo definidas como ativas as que incluíam a reavaliação positiva, humor, mudança pessoal e gratidão, e as evitativas, como esquivar de ter contato com olho no olho, manter uma linguagem corporal fechada, utilizar malhas compressivas e outras roupas para esconder as cicatrizes (MARTIN *et al*, 2017).

Devido às sequelas de ordem físicas, funcionais e psicossociais geradas pelo trauma, as pessoas queimadas podem ter a posição e o papel na sociedade e na família afetados negativamente. Como consequência disso, estes acabam se ausentando por um período de tempo da escola e/ou do trabalho, e muitos deles sentem dificuldades em retornar às atividades laborais que ocupavam antes do acidente, além de terem problemas em compreender seu papel enquanto membro da família e provedor da renda familiar (ECHEVARRÍA-GUANILO *et al*, 2016; SCHIAVON *et al*, 2014).

Referente ao trabalho, todos os participantes foram afetados negativamente ao precisar se afastar das atividades laborais, porém alguns regressaram após o período indicado de repouso para a realização dos cuidados. Dois dos entrevistados apresentaram dificuldades em se afastar de suas ocupações laborais, referindo ter voltado em algum momento a realizá-las para reduzir a saudade, mesmo quando contraindicado.

Diferentemente do restante do grupo, um dos sujeitos apresentou em sua fala vivenciar dificuldades em regressar ao trabalho por ainda estar em acompanhamento terapêutico, e também, por suas restrições quanto a exposição solar. Ainda, o mesmo referiu como prejudicial as mudanças na moradia e na renda própria após o acidente. E este, também demonstrou ter planos para o retorno das atividades desempenhadas anteriormente.

Principalmente no primeiro ano, após a alta hospitalar, grande parte das pessoas que sofreram queimaduras apresentam alterações no seu papel social e nos relacionamentos interpessoais. Isto é evidenciado pelo afastamento das atividades laborais e na percepção de mudanças nos relacionamentos com pessoas próximas em virtude das cicatrizes e mudanças corporais resultante das queimaduras (CIOFI-SILVA *et al*, 2010).

Semelhantemente ao exposto, um estudo com 44 pessoas que sofreram queimaduras, que se encontrava entre seis meses e um ano de reabilitação após alta hospitalar, aponta que dentre as mudanças causadas por este tipo de trauma, tem-se a alteração no trabalho e consequente impacto negativo nos relacionamentos pessoais e na renda familiar. O mesmo associa a ocorrência de mudanças no trabalho principalmente com a localização anatômica da queimadura (se está em local mais visível) e a Superfície Corporal Queimada (SCQ) (se é

extensa), em vista que dificultam a realização das atividades laborais por interferir na perda da funcionalidade e autoimagem (CIOFI-SILVA *et al*, 2010).

Em contrapartida, outro estudo com pacientes que sofreram queimaduras no ambiente laboral, destaca como fatores facilitadores do retorno às atividades laborais após o acidente o apoio social, a motivação, vontade de vencer e o desejo e elaboração de planos para o retorno ao trabalho (SCHIAVON *et al*, 2014).

Em vista disso, compreende-se que as estratégias utilizadas pelos participantes foram todas focadas na emoção, uma vez que visavam reduzir o desconforto emocional causado pelas alterações no seu papel social.

Quanto à dor, embora não tenha aparecido nos discursos dos participantes como um aspecto que exigiu estratégias de enfrentamento nesta fase mais tardia do processo de reabilitação após alta hospitalar, foi possível identificá-la como uma lembrança negativa para os sujeitos. Futuros estudos podem abordar esta temática, de forma que possa ser explorada a dor como variável preditiva para complicações emocionais e físicas.

A dor decorrente da queimadura é um aspecto subjetivo do indivíduo frequentemente associado à lesão, ansiedade e à realização de procedimentos dolorosos, como banhos, troca de curativos, procedimentos cirúrgicos e fisioterapia. Além disso, para a pessoa queimada, a dor é um dos fatores preditores para uma má reabilitação física, social e psicológica (GONÇALVES *et al*, 2011; ECHEVARRÍA-GUANILO, 2009).

Assim, as situações de dor aguda podem influenciar previamente na manifestação do *coping* ao longo da reabilitação após alta hospitalar, seja ele focado no problema ou na focado na emoção, embora comumente na fase aguda o paciente utilize estratégias mais focadas na emoção, como por exemplo, buscar distração, usar a evitação ou fazer reavaliação positiva no enfrentamento (ECHEVARRÍA-GUANILO, 2009).

Autores relatam que não são todos os indivíduos com queimaduras extensas que manifestam alterações de ordem psicológica e/ou física e/ou sociais. Às vezes, as mudanças podem ser mais sentidas fisicamente, o que leva o paciente a ter necessidade de exercitar o *coping* focado no problema, ou psicologicamente, quando este não encontra ferramentas para resolução do problema físico e utiliza o *coping* focado na emoção, a fim de redução do desconforto ocasionado por elas (ECHEVARRÍA *et al*, 2016).

Assim, conclui-se que as pessoas que sofreram queimaduras podem empreender mais ao *coping* focado no problema do que ao *coping* focado na emoção a depender da demanda e/ou situação, ou ainda, os dois concomitantemente como mostrado para melhor compreensão na figura-3.

Figura 3. Esquema visual da relação *Coping* focado no problema e *Coping* focado na emoção a partir dos resultados do estudo.



Fonte: Elaborada pela autora, Florianópolis, 2019.

Por fim, acredita-se que os aspectos mencionados pelos participantes precisam ter continuidade no aprofundamento do seu estudo, a fim de melhorar a compreensão sobre o impacto que essas mudanças causam na vida das pessoas que sofreram queimaduras, na forma como estas influenciam no enfrentamento e como a equipe multidisciplinar pode contribuir para o tratamento.

Logo, devido ao *coping* ser um processo que é avaliado, condicionado e determinado pela interação do sujeito e ambiente, suas vivências e experiências, considera-se que este pode ser aprendido e que as estratégias podem ser adaptativas ou não. Diante disso, percebe-se que a utilização de diferentes estratégias de *coping*, sejam elas focadas no problema ou na emoção, pode favorecer o paciente queimado. Para isso, é fundamental que os profissionais da saúde conheçam e sejam instrumentalizados sobre a temática a fim de possibilitar desde a reabilitação no âmbito hospitalar, alternativas de estratégias que sejam efetivas para o enfrentamento dos estressores que seguem a reabilitação após alta hospitalar, considerando as características pessoais de cada indivíduo.

Portanto, as condutas realizadas por parte da equipe multiprofissional de saúde, principalmente da enfermagem que acompanha a maior parte do tempo o paciente durante a hospitalização, devem se focadas na promoção da reabilitação, prevenção de complicações de qualquer ordem e na potencialização das avaliações positivas sobre aspectos como qualidade de vida e formas de enfrentamento (ECHEVARRÍA *et al*, 2016).

Aponta-se como dificuldades deste estudo o tamanho da amostra, o qual também se justifica por se tratar de uma população distinta, dificultando a inclusão de maior número de participantes e o pequeno número de estudos recentes abordando *coping* em pacientes queimados. Por tal razão, destaca-se a necessidade de futuros estudos com maior número de participantes abordando a temática.

Como limitação do estudo, tem-se o tempo discrepante após alta hospitalar entre os participantes, que foi entre um mês a dois anos após a alta. Pessoas que sofreram queimaduras enfrentam as mudanças físicas, principalmente as alterações negativas na imagem corporal, e as reações de outras pessoas devido as desfigurações em um período mais tardio na reabilitação pós alta hospitalar (SIDELI, *et al*, 2017), com isso entende-se que o *coping* empreendido por uma pessoa na reabilitação com um mês após alta hospitalar pode diferir de quem está há mais de um ano neste processo. Entretanto, cabe destacar que na análise das falas dos participantes diferenças marcantes não foram identificadas.

CONCLUSÃO

A reabilitação após alta hospitalar em pessoas que sofreram queimaduras é um período inerente a mudanças e incertezas, que pode ser percebido como positivas ou negativas, a depender da profundidade, extensão e local das lesões, da visibilidade das cicatrizes, das sequelas físicas e psicossociais, mudanças na qualidade de vida, e principalmente, dos recursos pessoais de *coping* que os sujeitos dispõem para lidarem com o problema.

Os indivíduos queimados empregam o *coping* focado no problema principalmente ao lidarem com as mudanças ocorridas na rotina diária. Dentre estas, em que os indivíduos passaram a realizar, incluíam os cuidados com a pele (proteção solar, hidratação da pele, uso da malha compressiva/prurido, realização de curativos e cuidados com a cicatriz), enquanto aquelas em que deixaram de realizar incluíam a (exposição solar, atividades de lazer, trabalho e exercício físico). Além disso, aspectos referentes ao comportamento preventivo de queimadura e as condutas de continuidade do tratamento e o autocuidado pelos indivíduos, foram também considerados *coping* focado no problema.

O *coping* focado na emoção manifesta-se em aspectos relacionados ao apoio social da família, amigos e profissionais, religião, perspectiva sobre a vida, reavaliação positiva, evitação, crenças, cuidados gerais com a pele e cicatrizes e mudanças no papel do indivíduo na família e sociedade, como meio para lidar com os problemas provenientes do trauma.

Os participantes empreenderam o *coping* focado no problema e o *coping* focado na emoção concomitantemente em algum momento da reabilitação após alta hospitalar, por exemplo, ao realizar cuidados com o curativo e cicatrizes. Entretanto, são estratégias que se complementam, e os indivíduos, dependendo do estímulo, utilizam mais a um do que ao outro, mudando conforme o decorrer do processo e dos aspectos que demandam de uma resposta.

Como contribuição deste estudo para o conhecimento, tem-se a descrição e discussão de estratégias comumente utilizadas por pessoas vítimas de queimaduras ao longo do processo de reabilitação após alta hospitalar, que podem auxiliar os profissionais de saúde a reconhecer precocemente as dificuldades enfrentadas por essas pessoas ao longo da reabilitação, e assim planejar, direcionar e otimizar os cuidados que serão realizados no período após alta no momento da hospitalização, a fim de favorecer um *coping* mais adaptativo aos sujeitos e melhor qualidade de vida.

Em relação à utilização do aplicativo WhatsApp® como instrumento de comunicação para a realização da entrevista na coleta de dados, constatou-se que este é uma ferramenta tecnológica eficaz e de baixo custo que pode beneficiar ainda mais as pesquisas em saúde por facilitar a aproximação entre o pesquisador e o entrevistado instantaneamente, em qualquer lugar e hora.

Ressalta-se que a quantidade dos estudos encontrados sobre o *coping* relacionado a queimaduras, e discutidos neste trabalho, chama a atenção para a escassa produção de evidências nesta área do conhecimento, o que configura uma fragilidade e reflete a importância de se estudar mais a fim de melhorar o cuidado com a pessoa que sofreu queimadura.

Ainda, entende-se que por ser um estudo qualitativo, o tamanho da amostra não se mostra como uma limitação para este estudo, dado que se alcançou o objetivo proposto, no entanto, sugere-se novos estudos com uma amostra mais representativa como algo a ser melhorado.

REFERÊNCIAS

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

ANDRADE A.G; LIMA C.F; ALBUQUERQUE A.K.B. Efeitos do laser terapêutico no processo de cicatrização das queimaduras: uma revisão bibliográfica. **Rev Bras Queimaduras**. Goiânia-GO, v.9, n.1, p.21-30. 2010. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/how-to-cite/29/pt-BR>. Acesso em: 22 mai. 2019.

ANDREWS, R.M. *et al.* The impact of personality and *coping* on the development of depressive symptoms in adult burns survivors. **Burns**. [S.I.] v. 36, n. 1, p. 29–37. Febr.2010. Available from: [https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179\(09\)00399-4/fulltext](https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179(09)00399-4/fulltext). Access on: 25 may. 2018.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D.R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estud. Psicol (natal)**, Natal, v. 3, n. 2, p. 273-94, dez/1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 maio de 2018.

ANTONIOLLI, L *et al.* Estratégias de *coping* da equipe de enfermagem atuante em centro de tratamento ao queimado. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre-RS v.39, 2018. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/79530/46516> Acesso em: 22 maio. 2018.

APOSTÓLICO, M.R; EGRY, E.Y. Uso da internet na coleta de dados primários na pesquisa em Enfermagem **Rev Bras Enferm**, Brasília-DF. v. 66, n.6, p. 949-55. nov-dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/21.pdf>. Acesso em: 24 maio. 2018.

BAILLIE, S. E.; SELLWOOD, W.; WISELY, J. A. Post-traumatic growth in adults following a burn. **Burns**, v. 40, n. 6, p. 1089-1096, sept. 2014. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030541791400148X?via%3Dihub#bib0150>. Access on 28 Jul. 2017.

BALAN, M.A.J. *et al.* Validação de um instrumento de investigação de conhecimento sobre o atendimento inicial ao queimado. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p.373-381, abr-jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00373.pdf. Acesso em: 22 abr. 2018.

BOSMANS, M.W.G. *et al.* Construct validity of the trauma-related *coping* self-efficacy scale (CSE-7). **European Journal of Psychological Assessment**. 2014.

BOSMANS, M.W.G *et al.* *coping* with burns: the role of *coping* self-efficacy in the recovery from traumatic stress following burn injuries. **J Behav Med**, [S.I.], v 38, n. 4, p. 645-651. Aug. 2015. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10865-015-9638-1#citeas>. Access on: 25 may 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: DF, 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2018.

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**. v.32, n. 6, p. 431–37, jul.

2010. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20113190>. Access on: 18 may. 2019.

COFEN. Resolução Cofen nº 0564, de 2017. **Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasil: Brasília, 06 nov. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 22 maio 2018.

COSTA, G.O.P; SILVA, J.A; SANTOS, A.G. Perfil clínico e epidemiológico das queimaduras: evidências para o cuidado de enfermagem. **Ciência & Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 8, n. 3, p. 146- 155. Set-dez, 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/21360>. Acesso em: 12 abr. 2018.

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

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E. **Validação da "Burns Specific Pain Anxiety Scale- BSPS" e da "Impact of Event Scale- IES" para brasileiros que sofreram queimaduras**. 2009. 185 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <https://bdpi.usp.br/item/001797192>. Acesso em: 22 mai. 2019.

ECHEVARRÍA-GUANILO M.E. *et al.* Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde no primeiro ano após a queimadura. **Esc Anna Nery**. v.20, n. 1, p. 155-66, jan-mar.2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0155.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2019.

ECHEVARRÍA-GUANILO M.E. *et al.* Visibilidade das cicatrizes de queimaduras percebida pelos pacientes durante o primeiro ano de reabilitação. **Rev Bras Queimaduras**, Goiânia-GO, v.11, n. 3, p. 120-124, 2012;

FOCH, G.F.L; SILVA, A.M.B; ENUMO, S.R.F. *Coping* religioso/espiritual: uma revisão sistemática de literatura (2003-2013). **Arq. bras. psicol.** Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 53-71, 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 18 maio 2019.

FROESLER, M.V.G; MONTEIRO, A.C. P; MANSUR-ALVES, M. Estresse e *coping* de Árbitros de Futebol no Teste Físico FIFA. **Psicol. cienc. prof. [online]**, Brasília, v. 38, n.1, 102-115. Jan/Mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932018000100102&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 mai 2018.

GONÇALVES, N *et al.* Fatores biopsicossociais que interferem na reabilitação de vítimas de queimaduras: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 622-630, June.2011. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Access on: 26 may. 2018.

GONÇALVES, N *et al.* Sexuality in burn victims: An integrative literature review. **Burns**, [S.I.], v. 40, n. 4, p. 552-61. June, 2014. Available from: [https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179\(13\)00366-5/fulltext](https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179(13)00366-5/fulltext). Access on: 25 may 2018.

HSIEH, HF; SHANNON, S. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. **Qualitative health research**. v.15, n.9, p.1277-88. Dec. 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/7561647_Three_Approaches_to_Qualitative_Content_Analysis. Acesso em: 09 abr. 2019.

ITAKUSSU E.Y *et al.* Elaboração de vídeo educativo sobre uso da malha compressiva após queimadura. **Rev Bras Queimaduras**. Goiânia-GO, v.13, n. 4, p. 236-39. 2014. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/details/225/pt-BR/elaboracao-de-video-educativo-sobre-uso-da-malha-compressiva-apos-queimadura> Acesso em: 22 mai. 2019.

JAGNOOR, J *et al.* Rehabilitation practices for burn survivors in low and middle income countries: A literature review. **Burns**, v. 44, n. 5, p.1052-64. August 2018. Available from: [https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179\(17\)30555-7/fulltext?code=jbur-site](https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179(17)30555-7/fulltext?code=jbur-site). Access on: 25 may 2018

P. JÚNIOR, G.F; Vieira, A.C.P ; Alves. G.M.G. Avaliação da qualidade de vida de indivíduos queimados pós alta hospitalar. **Rev Bras Queimaduras**. Goiânia- GO, v. 9, n.4, p.140-145. 2010. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/details/50/pt-BR/avaliacao-da-qualidade-de-vida-de-individuos-queimados-pos-alta-hospitalar>. Acesso em 20 maio 2019.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Coping and adaptation**. In: Gentry. W.D. (ed) Hand Book of Behavioral Medicine New York: The Guilford Press, 1984.p. 282-325.

MARTIN, L *et al.* Posttraumatic growth after burn in adults: An integrative literature review. **Burns**. v.43, p 454-70. 2017. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417916303977#bib0095>. Access on: 18 may. 2019.

MORAES F. *et al.* Estratégias de *coping* utilizadas por trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva neonatal. **REME - Rev Min Enferm**. Minas Gerais, v. 20, p. 1-7, 2016. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1102#>. Acesso em: 18 mai 2019.

MORAES, L.P. *et al.* Apoio social e qualidade de vida na perspectiva de pessoas que sofreram queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**, Goiânia-GO, v.15, n.3, p.142-7, 2016. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/309/pt-BR/apoio-social-e-qualidade-de-vida-na-perspectiva-de-pessoas-que-sofreram-queimaduras>. Acesso em: 12 abr. 2018.

MORAES, P. S *et al.* Perfil das internações de crianças em um centro de tratamento para queimados. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 598-603, set. 2014. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n3/pdf/v16n3a14.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.

NESTOR, A; TURRA, K. Perfil epidemiológico dos pacientes internados vítimas de queimaduras por agentes inflamáveis. **Rev Bras Queimaduras**, Goiânia-GO, v.13, n. 1, p.

44-50, 2014. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/186/pt-BR>. Acesso em: 20 maiO 2019

OLIVEIRA T.M. *et al.* Fisioterapia em grande queimado: relato de caso em centro de tratamento de queimados na Amazônia brasileira. **Rev Bras Queimaduras**. v.14, n.4, p.285-89. 2015. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/details/279/pt-BR/fisioterapia-em-grande-queimado--relato-de-caso-em-centro-de-tratamento-de-queimados-na-amazonia-brasileira> Acesso em: 18 mai. 2019

PEREIRA, T. B; BRANCO, V. L. R. As estratégias de *coping* na promoção à saúde mental de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. **Rev Psic e Saúde**, Campo Grande- MS, v. 8, n. 1, p. 24-31, jan/jun, 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v8n1/v8n1a04.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2018.

PINHO, C.M *et al.* *Coping* religioso e espiritual em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Rev Bras de Enfermagem [internet]**, v. 70, n. 2, p. 410-417, mar-abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/0034-7167-2015-0170&pid=S0034-71672017000200392&pdf_path=reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0392.pdf&lang=pt. Acesso em: 25 mai 2018.

PROCTER, F. Rehabilitation of the burn patient. **Indian J Plast Surg**, v. 43, p.101–13. Sep. 2010. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3038404/>. Access on: 22 may. 2019

ROTHMAN, D.J *et al.* *coping* styles and quality of life in adults with burn. **Burns**, [S.I.], v.42, n.5, p. 1105-10. Aug. 2016. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417916000826>. Access on: 20 may. 2018.

SCHIAVON, V.C *et al.* Reabilitação e retorno ao trabalho após queimaduras ocupacionais. **R. Enferm. Cent. O. Min**, Minas Gerais, v. 4, n.1, p. 929-39. Jan-abr, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/495/568>. Acesso em: 25 mai. 2018

SIMONS, M *et al.* Patient experiences of burn scars in adults and children and development of a health-related quality of life conceptual model: A qualitative study. **Burns**, [S.I.], v. 42, n. 3, p. 620-32, may.2016. Available from: [https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179\(15\)00400-3/fulltext](https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179(15)00400-3/fulltext).Access on: 25 may. 2018.

TAKINO, M.A *et al.* Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras admitidos em centro de tratamento de queimados. **Rev. Bras. Queimaduras**, Goiânia-GO, v.15, n.2, p. 74-79, 2016. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/297>. Acesso em: 12 abr. 2018.

TONG, A; SAINSBURY, P; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**. v.19, n.6: p. 349 - 57, dec. 2007. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966> .Access on: 22 may. 2019.

WHORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **Burns**. [S.I.], 2018. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>. Access on: 05 Apr 201

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho se mostrou um processo desafiador, uma vez que as queimaduras e o *coping* são temáticas complexas, de grande relevância e com uma escassa produção de estudos e evidências.

Além disso, com a elaboração teórica deste estudo pude aprofundar o conhecimento sobre queimaduras, concebido ao longo da graduação em enfermagem e em participação de projetos e grupo de pesquisa sobre doenças crônicas, e também me aproximar dos conceitos de *coping* e sua aplicação na população que sofreu este tipo de trauma.

Durante a pesquisa, foram identificados poucos estudos que relacionassem o *coping* e as queimaduras, o que caracteriza uma dificuldade para a discussão dos dados, porém destaca o ineditismo do mesmo. A contribuição dos resultados está em poder somar aos escassos estudos sobre a temática a possibilidade de descrever as estratégias de enfrentamento e sua influência sobre as repercussões do trauma, destacando a importância de o profissional de saúde conhecer essa temática para o cuidado de pessoas que sofreram queimaduras.

Uma vez que as queimaduras geram repercussões biopsicossociais na pessoa vítima de queimaduras, que podem ser transitórias ou permanentes, positivas ou negativas, alinhado ao fato de que neste estudo a amostra foi significativamente pequena (outra dificuldade encontrada), acredita-se que é necessário ainda mais pesquisas e discussões, a fim de compreender-se detalhadamente sobre o impacto que essas mudanças causam na vida destas e em como o *coping* pode ser empreendido na recuperação do trauma de forma que leve a uma adaptação adequada.

Baseado nos resultados discutidos, cabe destacar que fatores como idade, crenças, apoio social, experiências prévias, ocupação no momento do acidente, extensão, local do corpo atingido e visibilidade da lesão, entre outros, interferem na escolha do *coping* utilizado, se focado no problema ou focado na emoção, para lidar com o processo de reabilitação pós queimaduras. Assim entende-se que estes fatores devem ser considerados de forma individual em cada paciente no momento da avaliação profissional.

A equipe de enfermagem, enquanto integrante da equipe multiprofissional e contato direto e contínuo ao paciente, contribui em todo processo de reabilitação de pessoas que sofreram queimaduras. No cuidado a esses pacientes, a enfermagem deve priorizar o auxílio aos sujeitos e seus familiares quanto precisam lidar com as alterações corporais decorrentes do trauma e as possíveis dificuldades psicossociais e limitações em atividades diárias que

realizava antes do acidente; justificar o porquê isso acontece e estimular o uso de estratégias que o ajude a enfrentar adequadamente os problemas com os quais irá se deparar após a alta hospitalar.

Portanto, conhecer sobre as queimaduras e a aplicabilidade do *coping*, identificar os problemas e os recursos individuais que o paciente dispõe e realizar orientações efetivas, devem ser condutas dos profissionais de enfermagem que precisam ser iniciadas durante o período de internação, com a finalidade de ajudar o paciente a lidar com algumas situações que ele poderá vivenciar fora do ambiente hospitalar.

Por fim, espera-se que a partir deste estudo, as pessoas desenvolvam interesse em estudar e publicar novos trabalhos sobre a temática *coping* e queimaduras, e que os cuidados a pessoas vítimas deste trauma sejam direcionados e individualizados considerando os aspectos discutidos que permeiam o processo de reabilitação, contribuindo assim para uma recuperação positiva e com maior melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS, TE *et al.* Resiliency in burn recovery: a qualitative analysis . **Social Work in Health Care** . v. 57, n. 9, p.774-793. 2018. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00981389.2018.1503213>. Access on: 19 jun.
- ALVAREZ, A.B. *et al.* Imagem corporal de paraplégicos: o enfrentamento das mudanças na perspectiva de pessoas com lesão medular [Body image in paraplegics: *coping* with changes from the perspective of people with spinal cord injury]. **Rev Enferm: UERJ**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. e16125, jul. 2016. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/16125/23126>. Acesso em: 25 maio. 2018.
- AMERICAN BURN ASSOCIATION. Burn Injury Fact Sheet . Feb, 2018. Available from: https://ameriburn.org/wp-content/uploads/2017/12/nbaw-factsheet_121417-1.pdf. Access on: 15 jun. 2019.
- ANDOLHE, R; GUIDO, L.A; BIANCHI, E.R.F. Stress e *coping* no período perioperatório de câncer de mama. **Rev. Esc Enferm: USP**. São Paulo. v. 43, n. 3, p. 711-20. Set.2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a30v43n3.pdf> Acesso em: 25 mai 2018.
- ANDRADE A.G; LIMA C.F; ALBUQUERQUE A.K.B. Efeitos do laser terapêutico no processo de cicatrização das queimaduras: uma revisão bibliográfica. **Rev Bras Queimaduras**. Goiânia-GO, v.9, n.1, p.21-30. 2010. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/how-to-cite/29/pt-BR>. Acesso em: 22 mai. 2019.
- ANDREWS, R.M. *et al.* The impact of personality and *coping* on the development of depressive symptoms in adult burns survivors. **Burns**. [S.I.] v. 36, n. 1, p. 29–37. Febr.2010. Available from: [https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179\(09\)00399-4/fulltext](https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179(09)00399-4/fulltext). Access on: 25 may. 2018.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D.R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estud. Psicol (natal)**, Natal, v. 3, n. 2, p. 273-94, dez/1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 maio de 2018.
- ANTONIOLLI, L. **Coping e Estresse no trabalho da equipe de Enfermagem de um Centro de Tratamento de Queimados**. 2014. 82 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Enfermagem, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas\RS.
- ANTONIOLLI, L *et al.* Estratégias de *coping* da equipe de enfermagem atuante em centro de tratamento ao queimado. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre-RS v.39, 2018. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/79530/46516> Acesso em: 22 maio. 2018.
- APOSTÓLICO, M.R; EGRY, E.Y. Uso da internet na coleta de dados primários na pesquisa em Enfermagem **Rev Bras Enferm**, Brasília-DF. v. 66, n.6, p. 949-55. nov-dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/21.pdf>. Acesso em: 24 maio. 2018.

AVELINO, DC *et al.* Trabalho de Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial: estresse e estratégias de *coping* **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, RS, v.4, n.4.p.718-726. Out-dez. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14163/pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

BAILLIE, S. E.; SELLWOOD, W.; WISELY, J. A. Post-traumatic growth in adults following a burn. **Burns**, v. 40, n. 6, p. 1089-1096, sept. 2014. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030541791400148X?via%3Dihub#bib0150>. Access on 28 jul. 2017.

BALAN, M.A.J. *et al.* Validação de um instrumento de investigação de conhecimento sobre o atendimento inicial ao queimado. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p.373-381, abr-jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00373.pdf. Acesso em: 22 abr. 2018.

BOSMANS, M.W.G. *et al.* Construct validity of the trauma-related *coping* self-efficacy scale (CSE-7). **European Journal of Psychological Assessment**. 2014.

BOSMANS, M.W.G *et al.* *coping* with burns: the role of *coping* self-efficacy in the recovery from traumatic stress following burn injuries. **J Behav Med**, [S.I.], v 38, n. 4, p. 645-651. Aug. 2015. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10865-015-9638-1#citeas>. Access on: 25 may 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: DF, 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf. Acesso em: 22 maio 2018.

BRASILEIRO, S.V. *et al.* **Adaptação transcultural e propriedades psicométricas do COPE breve em uma amostra brasileira**. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde), Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2012. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/3351/5/Disserta%20C3%A7%C3%A3%20-%20Sarah%20Vieira%20Brasileiro%20-%202012.pdf>. Acesso em 25 May 2018.

BAUMSTARCK, K *et al.* Assessment of coping: a new French four-factor structure of the brief COPE inventory. **Health Qual Life Outcomes**. v.15, n. 1: p. 8. Jan. 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28077139>. Access on: 25 may 2018

CARTWRIGHT, S *et al.* Burn survivors injured as children exhibit resilience in long-term community integration outcomes: A life impact burn recovery evaluation (LIBRE) study. **Burns**. v. 45, n. 5,p. 1031-1040, August, 2019. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417918304832>.Access on: 15 jun. 2019

CARVALHO-FILHA F.S.S. *et al.* Coping e estresse familiar e enfrentamento na perspectiva do transtorno do espectro do autismo. **Rev. Cient. Sena Aires, GO**, v.7, n.1, p. 23-30. Jan-jun. 2018. Disponível em:

<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/300/210>. Acesso em: 19 fev. 2019

CASTRO, E.K.K *et al.* Percepção da Doença e Enfrentamento em Mulheres com Câncer de Mama. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília, v. 32, n. 3. nov. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000300203&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 maio 2018.

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**. v.32, n. 6, p. 431–37, jul. 2010. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20113190>. Access on: 18 may. 2019.

COSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM-COFEN. Resolução Cofen nº 0564, de 2017. **Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasil: Brasília, 06 nov. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 22 maio 2018.

COSTA C.F *et al.* Perfil de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: uma revisão integrativa. **REAS, Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, v. 8, p. 624-32. 2017. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/reas57.pdf>. Acesso em: 22 mai.2019.

COSTA, G.O.P; SILVA, J.A; SANTOS, A.G. Perfil clínico e epidemiológico das queimaduras: evidências para o cuidado de enfermagem. **Ciência & Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 8, n. 3, p. 146- 155. Set-dez, 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/21360>. Acesso em: 12 abr. 2018.

DAHL O *et al.* Early assessment and identification of posttraumatic stress disorder, satisfaction with appearance and coping in patients with burns. **Burns, [S.I.]** v. 4 2, n.8, p. 1678-85, december. 2016. Available from: [https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179\(16\)30364-3/fulltext](https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179(16)30364-3/fulltext). Access on: 25 May. 2018.

DONATTI, L. *et al.* Pacientes com endometriose que utilizam estratégias positivas de enfrentamento apresentam menos depressão, estresse e dor pélvica. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 65-70, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v15n1/pt_1679-4508-eins-15-01-0065.pdf. Acesso em: 20 mai. 2018.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E. **Validação da "Burns Specific Pain Anxiety Scale- BSPS" e da "Impact of Event Scale- IES" para brasileiros que sofreram queimaduras**. 2009. 185 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <https://bdpi.usp.br/item/001797192>. Acesso em: 22 mai. 2019.

ECHEVARRÍA-GUANILO M.E. *et al.* Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde no primeiro ano após a queimadura. **Esc Anna Nery**. v.20, n. 1, p. 155-66, jan-mar.2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0155.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2019.

ECHEVARRÍA-GUANILO M.E. *et al.* Visibilidade das cicatrizes de queimaduras percebida pelos pacientes durante o primeiro ano de reabilitação. **Rev Bras Queimaduras**, Goiânia-GO, v.11, n. 3, p. 120-124, 2012;

FOCH, G.F.L; SILVA, A.M.B; ENUMO, S.R.F. *Coping* religioso/espiritual: uma revisão sistemática de literatura (2003-2013). **Arq. bras. psicol.** Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 53-71, 2017 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 18 maio 2019.

FROESLER, M.V.G; MONTEIRO, A.C. P; MANSUR-ALVES, M. Estresse e *coping* de Árbitros de Futebol no Teste Físico FIFA. **Psicol. cienc. prof. [online]**, Brasília, v. 38, n.1, 102-115. Jan/Mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932018000100102&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 mai 2018.

GARCÍA, F.E *et al.* Psychometric properties of the Brief-COPE for the evaluation of *coping* strategies in the Chilean population. **Psicol Refl. Crít.** v. 31, n.22. p.2-11, dez.2018. Available from: <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0102-3> Access on: 15 feb. 2019.

GERHARD, T.E; SILVEIRA, D.T [org]; **Métodos de Pesquisa**. Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.120 p. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 20 maio 2018

GUIDO, L.A *et al.* Estresse, *coping* e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1434-1439. Dez.2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 mai. 2018.

GONÇALVES, N *et al.* Fatores biopsicossociais que interferem na reabilitação de vítimas de queimaduras: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 622-630, June.2011. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Access on: 26 may. 2018.

GONÇALVES, N *et al.* Sexuality in burn victims: An integrative literature review. **Burns**, [S.I.], v. 40, n. 4, p. 552-61. June, 2014. Available from: [https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179\(13\)00366-5/fulltext](https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179(13)00366-5/fulltext). Access on: 25 may 2018.

HIRSCH, C.D *et al.* Estratégias de *coping* de acadêmicos de enfermagem diante do estresse universitário. **Rev Bras. Enfermagem**, Brasília-DF, v.68, n.5, p.783-90, set-out .2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0783.pdf> Acesso em: 23 mai. 2018.

HÖKERBERG, Y.H.M. Demanda e controle no trabalho e hipertensão arterial: validade dimensional e meta-análise. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Rio de Janeiro, 2010, 256 f. Tese (Doutorado em saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-601513>. Acesso em 30 abr. 2019.

HSIEH, HF; SHANNON, S. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. **Qualitative health research**. v.15, n.9, p.1277-88. Dec. 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/7561647_Three_Approaches_to_Qualitative_Content_Analysis. Acesso em: 09 abr. 2019.

ITAKUSSU E.Y *et al.* Elaboração de vídeo educativo sobre uso da malha compressiva após queimadura. **Rev Bras Queimaduras**. Goiânia-GO, v.13, n. 4, p. 236-39. 2014. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/details/225/pt-BR/elaboracao-de-video-educativo-sobre-uso-da-malha-compressiva-apos-queimadura> Acesso em: 22 mai. 2019.

JAGNOOR, J *et al.* Rehabilitation practices for burn survivors in low and middle income countries: A literature review. **Burns**, v. 44, n. 5, p.1052-64. August 2018. Available from: [https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179\(17\)30555-7/fulltext?code=jbur-site](https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179(17)30555-7/fulltext?code=jbur-site). Access on: 25 may 2018

P. JÚNIOR, G.F; Vieira, A.C.P; Alves. G.M.G. Avaliação da qualidade de vida de indivíduos queimados pós alta hospitalar. **Rev Bras Queimaduras**. Goiânia- GO, v. 9, n.4, p.140-145. 2010. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/details/50/pt-BR/avaliacao-da-qualidade-de-vida-de-individuos-queimados-pos-alta-hospitalar>. Acesso em 20 maio 2019.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Coping and adaptation**. In: Gentry. W.D. (ed) Hand Book of Behavioral Medicine New York: The Guilford Press, 1984.p. 282-325.

LIMA, I.C.V. *et al.* Uso do aplicativo Whatsapp no acompanhamento em saúde de pessoas com HIV: uma análise temática. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p 1-5, 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000300202&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 maio de 2019.

LUZ, K.R *et al.* Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília-DF, v. 69, n. 1, p. 67-71, Feb. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100067&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Fev. 2019.

MARTIN, L *et al.* Posttraumatic growth after burn in adults: An integrative literature review. **Burns**. v.43.- 454-70. 2017. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417916303977#bib0095>. Access on: 18 may. 2019.

MARTINS, J.T *et al.* Sentimientos experimentados por el equipo de enfermería de un centro de tratamiento de quemaduras. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 522-526, Sept. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452014000300522&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 fev. 2019

MATURANA, A.P.P.M.; VALLE, T.G.M. Estratégias de enfrentamento e situações estressoras de profissionais no ambiente hospitalar. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v.12, n.2, p.02-23, dez. 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167774092014000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 mai. 2018.

MORAES F. *et al.* Estratégias de *coping* utilizadas por trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva neonatal. **REME - Rev Min Enferm.** Minas Gerais, v. 20, p. 1-7, 2016. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1102#>. Acesso em: 18 mai 2019.

MORAES, L.P. *et al.* Apoio social e qualidade de vida na perspectiva de pessoas que sofreram queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**, Goiânia-GO, v.15, n.3, p.142-7, 2016. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/309/pt-BR/apoio-social-e-qualidade-de-vida-na-perspectiva-de-pessoas-que-sofreram-queimaduras>. Acesso em: 12 abr. 2018.

MORAES, P. S *et al.* Perfil das internações de crianças em um centro de tratamento para queimados. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 598-603, set. 2014. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n3/pdf/v16n3a14.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. Cap. 11. 407p

MUSSUMECI, A.A; PONCIANO, E.L.T. Estresse, *coping* e experiências emocionais: uma análise das respostas de enfrentamento do casal. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 33-49, jul. 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2017000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 maio 2018.

NASCIMENTO, C.M; NUNES, S. O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da psiconcologia. **Rev de Psicologia**. Londrina-PR, v. 13, n. 19, p. 91-102. 2010. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/viewFile/2519/2411> Acesso em: 20 mai. 2018.

NEGROMONTE, M.R.O; ARAÚJO, T.C.C.F. Impact of the clinical management of pain: evaluation of stress and *coping* among health professionals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 238-244, Apr. 2011. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200003&lng=en&nrm=iso. Access on: 26 may. 2018.

NESTOR, A; TURRA, K. Perfil epidemiológico dos pacientes internados vítimas de queimaduras por agentes inflamáveis. **Rev Bras Queimaduras**, Goiânia-GO, v.13, n. 1, p. 44-50, 2014. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/186/pt-BR>. Acesso em: 20 maio 2019

OLIVEIRA T.M. *et al.* Fisioterapia em grande queimado: relato de caso em centro de tratamento de queimados na Amazônia brasileira. **Rev Bras Queimaduras**. v.14, n.4, p.285-89. 2015. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/details/279/pt-BR/fisioterapia-em->

grande-queimado--relato-de-caso-em-centro-de-tratamento-de-queimados-na-amazonia-brasileira Acesso em: 18 mai. 2019

PEREIRA, T. B; BRANCO, V. L. R. As estratégias de *coping* na promoção à saúde mental de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. **Rev Psic e Saúde**, Campo Grande- MS, v. 8, n. 1, p. 24-31, jan/jun, 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v8n1/v8n1a04.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2018.

PINHO, C.M *et al.* *Coping* religioso e espiritual em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Rev Bras de Enfermagem [internet]**, v. 70, n. 2, p. 410-417, mar-abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/0034-7167-2015-0170&pid=S0034-71672017000200392&pdf_path=reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0392.pdf&lang=pt. Acesso em: 25 mai 2018.

PROCTER, F. Rehabilitation of the burn patient. **Indian J Plast Surg**, v. 43, p.101–13. Sep. 2010. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3038404/>. Access on: 22 may. 2019

REID, G. J.; GILBERT, C. A.; MCGRATH, P. J. The pain *coping* questionnaire: preliminar validation. **Pain**, [S.I.], v. 76, n. 1, p. 83-96, may.1998. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9696461>. Access on 22 may 2018.

RIMMER, R.B, *et al.* The reported pain coping strategies of pediatric burn survivors-does a correlation exist between coping style and development of anxiety disorder. **J Burn Care Res.** v. 36, n. 2, p.336-343, mar-abr 2015. Available from: <https://academic.oup.com/jbcr/article-abstract/36/2/336/4568791?redirectedFrom=fulltext> Access on: 15 may. 2018.

ROTHMAN, D.J *et al.* *coping* styles and quality of life in adults with burn. **Burns**, [S.I.], v.42, n.5, p. 1105-10. Aug. 2016. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417916000826>. Access on: 20 may. 2018.

RYBARCZYK, M.M *et al.* Prevention of burn injuries in low- and middle-income countries: A systematic review. **Burns**, [S.I.], v. 42, n. 6, p. 1183-92. september, 2016. Available from: [http://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179\(16\)30077-8/fulltext](http://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179(16)30077-8/fulltext) Access on: 22 Apr. 2018

SANTOS, M.P. **Aplicativo WhatsApp® como tecnologia de promoção da saúde sexual de adolescentes escolares.** 2017. 77f. Dissertação (Mestrado) – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Mestrado Acadêmico em Enfermagem; Redenção, 2017. Disponível em: <http://www.repositorio.unilab.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/630/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Marks%20Passos%20Santos.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Acesso em: 17 mai. 2019.

SANTOS, Q.N; Estratégia de enfrentamento (*coping*) da família ante um membro familiar hospitalizado: uma revisão de literatura brasileira. **Mudanças – Psicologia da Saúde.** v. 21,n. 2, p. 40-47, jul-dez. 2013. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/downloadSuppFile/3894/366> . Acesso em: 17 mai. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADOS- SBQ. **Queimaduras: conceito e classificação.** Brasília-DF, [200-]. Disponível em: <http://sbqueimaduras.org.br/queimaduras-conceito-e-causas/>. Acesso em: 22 abr. 2018

SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADOS- SBQ. **Queimaduras é a quarta maior causa de morte entre as crianças,** Brasília-DF, 2014. Disponível em <http://sbqueimaduras.org.br/queimaduras-sao-a-quarta-maior-causa-de-morte-entre-as-criancas/>. Acesso em 22 abr. de 2018

SCHIAVON, V.C *et al.* Reabilitação e retorno ao trabalho após queimaduras ocupacionais. **R. Enferm. Cent. O. Min,** Minas Gerais, v. 4, n.1, p. 929-39. Jan-abr, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/495/568>. Acesso em: 25 mai. 2018

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

SIMONS, M *et al.* Patient experiences of burn scars in adults and children and development of a health-related quality of life conceptual model: A qualitative study. **Burns,** [S.I.], v. 42, n. 3, p. 620-32, may.2016. Available from: [https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179\(15\)00400-3/fulltext](https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179(15)00400-3/fulltext).Access on: 25 may. 2018.

SIRAJUD, D *et al.* Rehabilitation and social adjustment of people with burns in society. **Burns,** [S.I.], v.41, n.1, p.106-09. Febr.2015. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417914001612>. Access on: 25 may. 2018.

TAKINO, M.A *et al.* Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras admitidos em centro de tratamento de queimados. **Rev. Bras. Queimaduras,** Goiânia-GO, v.15, n.2, p. 74-79, 2016. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/297>. Acesso em: 12 abr. 2018.

TONG, A; SAINSBURY, P; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care.** v.19, n.6: p. 349 - 57, dec. 2007. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>. Access on: 22 may. 2019.

WILLEBRAND, M. et al. Development of the *coping* with burns questionnaire. **Personality and Individual Differences,** v. 30, n. 6, p. 1059-1072, apr. 2001. Available from: https://www.researchgate.net/publication/222691481.Development_of_the_coping_with_burns_questionnaire. Access on: 25 Mai 2018.

WHORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **Burns.** [S.I.], 2018. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>. Access on: 05 Apr 2018.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal De Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Ao assinar este documento estou afirmando meu consentimento em participar da pesquisa intitulada “*COPING WITH BURNS QUESTIONAIRE (CBQ): VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA*” que será coordenada pela Profa. Dra. Maria Elena Echevarría Guanilo e desenvolvido pela doutoranda Priscila Juceli Romanoski. A pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) e ao Núcleo de Estudos em Condição Crônica de Saúde (NUCRON/UFSC).

Estou ciente que fui convidado para participar de uma pesquisa que o objetivo geral é “Avaliar *coping* e fatores que podem influenciar este construto em pessoas adultas que sofreram queimaduras” e os objetivos específicos são divididos em duas fases: 1ª Fase compreende validar o *Coping with Burns Questionnaire (CBQ)* na versão brasileira e a 2ª Fase compreende avaliar *coping* e sua relação com variáveis resiliência, qualidade de vida, ansiedade, depressão, apoio social e aspectos sociodemográficos. Também estou ciente que posso ser convidado, via contato telefônico, para participar de um segundo momento da pesquisa, na qual será agendado dia e horário para entrevista por *Skype, WhatsApp, Hangouts* ou *Facetime*, conforme preferência e familiaridade de uso. Neste caso, estou ciente e autorizo que a entrevista será gravada por meio de gravador digital e posteriormente transcrita para fins da pesquisa.

Minha colaboração será respondendo algumas perguntas através de instrumentos/escalas sobre a injúria da queimadura ou fatores que podem influenciar de alguma maneira na minha condição de saúde. A pesquisadora irá me entrevistar respeitando minha disponibilidade e os locais de minha preferência para a condução da entrevista. Estou esclarecido de que as informações da entrevista mantêm o sigilo e anonimato. As informações dessas entrevistas somente serão utilizadas no propósito da pesquisa. O estudo está pautado na Resolução 466/2012 de acordo com o Conselho Nacional de Saúde e será respeitada a minha disponibilidade, disposição física e psicoemocional em todas as etapas de participação.

Essas informações serão somente utilizadas em publicações em livro, artigos científicos ou divulgação em eventos de caráter científico, mas sem que seu nome ou qualquer outra informação que o (a) identifique seja revelado.

Fui informado de que a pesquisa não me trará ônus e terei garantia de ressarcimento a indenização diante de eventuais danos ou custos decorrentes da mesma. Nas entrevistas podem ocorrer desconfortos e lembranças dolorosas em relação a algumas perguntas, mas estou ciente de que posso me negar a responder ou desistir a qualquer momento. Terei direito a receber assistência física, mental ou emocional se a participação no estudo provocarem alguma necessidade.

Fui também informado que a pesquisa trará como contribuição a construção de um instrumento para avaliar *coping* que diz respeito ao enfrentamento diante da injúria da queimadura. Esse instrumento poderá ajudar os profissionais da saúde e as pessoas que sofreram queimaduras no cuidado pós trauma.

Assinarei este documento, que terá duas vias, sendo que uma ficará comigo e outra ficará com a pesquisadora principal. Em caso de dúvida em relação ao estudo, antes ou

durante seu desenvolvimento, ou se desistir de fazer parte dele, entrarei em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Maria Elena Echevarria Guanilo, no endereço: Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem. Campus Universitário – Trindade, Florianópolis/SC - CEP: 88.040-900, ou telefone: (48) 8845687, ou e-mail: elena_meeg@hotmail.com ou com a pesquisadora principal, Priscila Juceli Romanoski, no mesmo endereço, ou telefone: (48) 99294870, ou e-mail: priscila.romanoski@gmail.com. Ou ainda, com o pesquisador responsável da instituição ao qual meus dados estão vinculados. Neste caso os contatos são:

- Hospital Evangélico de Curitiba – HEC – Centro de Tratamento de Queimados - Curitiba/Paraná. Pesquisadora Responsável Maristela Dal Ry Baechtold Campos. E-mail: maristelabae@bol.com.br Telefone: (41)98835-2511

- Hospital das Clínicas da Faculdade Regional de Medicina de Ribeirão Preto – HC -FMRP, da Universidade de São Paulo/ USP – Ribeirão Preto / São Paulo. Pesquisadora Responsável Adriana da Costa Gonçalves. E-mail: drianacg_18@hotmail.com Telefone: (16)3623-5019

- Hospital Universitário de Londrina – HU/UEL – Centro de Tratamento de Queimados – Londrina / Paraná. Pesquisadora Responsável Elisângela Flauzino Zampar. E-mail: elisangelaflauzino@hotmail.com Telefone: (43)3337-7580

- Hospital Municipal São José de Joinville – Centro de Tratamento de Queimados - HMSJ/Joinville/SC. Pesquisador Responsável Ivonei Bittencourt E-mail: ivonei22@yahoo.com.br Telefone: (47)9193-7545

Destaca-se que o projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC através de Parecer Nº 3.036.217, CAAE 7837817.0.0000.0121. Telefone (48) 3721-6094 - endereço: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara). Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 902, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400.

Desde já agradecemos a sua participação.

Eu _____, declaro através deste instrumento meu consentimento para participar como sujeito da pesquisa: **“COPING WITH BURNS QUESTIONNAIRE (CBQ): VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA”** e que estou ciente de seus objetivos, método, potenciais riscos, incômodos e benefícios que a pesquisa pode acarretar, bem como, do direito de desistir a qualquer momento, sem penalização alguma e/ou prejuízo no meu tratamento.

Nome _____

Assinatura _____ RG: _____

_____, ____ de _____ de 201__

Pesquisador responsável pela coleta de dados



Pesquisadora responsável



Pesquisadora principal

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Instrumento adaptado de Echevarría-Guanilo (2005)

1. IDENTIFICAÇÃO N° _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: Fem () Masc ()

Religião: Católico () Evangélico () Espírita ()

Outras religiosidades () _____

Sem religião ()

Situação conjugal: Solteiro () Casado (a) /união estável () Viúvo () Divorciado ()

Outros () _____

Escolaridade: Nunca estudou ()

Estudou até: Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo ()

Ensino médio incompleto () Ensino médio completo ()

Ensino superior incompleto () Ensino superior completo ()

Ocupação anterior: _____

Ativo economicamente: Não possui trabalho remunerado () Possui trabalho remunerado

() Aposentado ou pensionista () Não estuda () Estudante com bolsa de estudos ()

Estudante sem bolsa de estudos ()

Nacionalidade: _____

Procedência: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Rede social: _____

2. DADOS DA INTERNAÇÃO

Data da internação: ____/____/____

Tempo do acidente em _____ anos _____ meses

Tempo de internação _____

Diagnóstico principal: _____

Agente Etiológico: _____

Superfície Corporal Queimada (SCQ): $\leq 20\%$ () $> 20\%$ ()

Localização da queimadura: _____

Satisfação com a aparência das cicatrizes: Satisfeito () Pouco satisfeito () Não satisfeito ()

Breve história do acidente:

Complicações da doença:

3. DADOS SOBRE A ENTREVISTA

Data: ____/____/____

Hora do início: _____

Hora do término: _____

Tempo de preenchimento do CBQ: _____

Observações:

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. PERGUNTAS INTRODUTÓRIAS:

- a) Qual seu nome?
- b) Qual sua idade?
- c) Qual seu estado civil?
- d) Segue a alguma religião?
- e) Se casado (o) ou divorciado, há quanto tempo?
- f) Você mora com quantas pessoas?
- g) Qual grau de parentesco das pessoas com as quais você mora?
- h) Antes do acidente, você sempre morou com as mesmas pessoas? Se houveram mudanças, o que aconteceu?
- i) Qual sua escolaridade?
- j) Você trabalhava antes do acidente? Se sim, em qual ocupação?
- k) E atualmente, qual sua profissão ou ocupação?
- l) Quando você se queimou? Me fale sobre o acidente com queimadura.
- m)

2. PERGUNTA NORTEADORA: “Após ocorrência da queimadura o que mudou na sua vida?”

- a) Mudou algo em relação à rotina? Se sim, o que?
- b) Mudou algo em relação à família? Se sim, o que?
- c) Mudou algo em relação aos amigos? Se sim, o que?
- d) Mudou algo em relação ao trabalho? Se sim, o que?
- e) Me fale como você se sentiu com as mudanças
- f) Se nada mudou, me conte o porque você acha que nada mudou?

ANEXO A - CHECKLIST CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH - COREQ

A. Tong et al.

Table 1 Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: COPING WITH BURNS QUESTIONNAIRE (CBQ): VALIDAÇÃO DA VERSÃO

Pesquisador: MARIA ELENA ECHEVARRÍA GUANILO

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 67837817.0.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.036.217

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda com o seguinte teor no formulário da plataforma Brasil(PB): "A necessidade do estudo ser multicêntrico é determinante para validação de um instrumento que será usado em todo território nacional e a inclusão das instituições se justifica por serem referências no tratamento de pacientes queimados. Assim, esperando o parecer favorável agradecemos a atenção que possa ser dada para aprovação e andamento da pesquisa. Atenciosamente." Em carta da emenda a pesquisadora informa o que de fato solicita: "Pelo presente, vimos solicitar a inclusão de três instituições participantes (estudo multicêntrico), cujos centros de tratamento de queimados são considerados referência nacional e formarão parte da pesquisa, sendo estas: - Hospital Universitário Hemocentro Regional de Londrina HU/UEL – Unidade de Queimados -Londrina /Paraná. Responsável: Elisângela Flauzino Zampar. - Hospital das Clínicas da Faculdade Regional de Medicina de Ribeirão Preto – HC -FMRP, da Universidade de São Paulo/ USP – Ribeirão Preto / São Paulo. Responsável Adriana da Costa Gonçalves - Hospital Municipal São José de Joinville – Santa Catarina, o qual conta com autorização prévia, no entanto agora solicita-se a inclusão como instituição participante tendo como responsável Ivonei Bittencort."

Objetivo da Pesquisa:

Já avaliados.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.036.217

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já avaliados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora adicionou as cartas de aceites institucionais das três novas instituições autorizando a pesquisa nos termos da resolução 466/12.

O cronograma foi ajustado prevendo a coleta de dados dos novos participantes após aprovação na plataforma Brasil.

Os TCLEs foram ajustados para prever possíveis contatos telefônicos, entrevista por Skype ou outras modalidades via web. As assinaturas aos TCLEs serão obtidas pelos pesquisadores de cada centro, integrados ao projeto nesta emenda.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/SH/UFSC tomou ciência da emenda e recomenda sua aprovação pelo colegiado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1020257_É1.pdf	08/11/2018 00:11:50		Aceito
Outros	Autorizacao_institucional_Curitiba.pdf	08/11/2018 00:08:03	MARIA ELENA ECHEVARRÍA GUANILO	Aceito
Outros	Carta_resposta_emenda01.docx	08/11/2018 00:05:09	MARIA ELENA ECHEVARRÍA GUANILO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_atualizado08_11_2018.docx	07/11/2018 23:56:25	MARIA ELENA ECHEVARRÍA GUANILO	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.036.217

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_atualizado.docx	07/11/2018 23:55:59	MARIA ELENA ECHEVARRÍA GUANILO	Aceito
Outros	Carta_Emenda01_15_10_2018.docx	15/10/2018 18:49:58	MARIA ELENA ECHEVARRÍA GUANILO	Aceito
Outros	Cronograma_reajustado_15_10_2018.docx	15/10/2018 18:46:29	MARIA ELENA ECHEVARRÍA GUANILO	Aceito
Outros	EMENDA_MACROPROJETO.pdf	07/10/2018 22:43:10	MARIA ELENA ECHEVARRÍA GUANILO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	28/04/2017 14:58:27	MARIA ELENA ECHEVARRÍA GUANILO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_institucional.pdf	28/04/2017 14:56:45	MARIA ELENA ECHEVARRÍA GUANILO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Compromisso_etico_pesquisador.docx	28/04/2017 14:56:30	MARIA ELENA ECHEVARRÍA GUANILO	Aceito
Orçamento	orcamento_CEP.docx	28/04/2017 14:49:38	MARIA ELENA ECHEVARRÍA GUANILO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_28_04_2017.docx	28/04/2017 14:47:09	MARIA ELENA ECHEVARRÍA GUANILO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 23 de Novembro de 2018

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DISCIPLINA: INT 5182- TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de autoria da aluna **Daiana Ferreira Marcelino Daniel**, intitulado: “COPING NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO EM PESSOAS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS” integra as atividades curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Trata-se de uma temática relevante, atual e original que forma parte do macroprojeto “Queimaduras: *coping* e variáveis associadas no processo de reabilitação” coordenado pela Profa. Dra. Maria Elena Echevarría-Guanilo e desenvolvido desde 2017, de onde derivou o subprojeto “Validação do *Coping With Burns Questionnaire (CBQ)* para a população brasileira que sofreu queimadura”, do qual o Trabalho de Conclusão de Curso forma parte.

A realização desse estudo sucede à trajetória da autora como bolsista de extensão do Projeto intitulado: “Prevenção de acidentes e estratégias para o cuidado-autocuidado no processo de reabilitação após queimaduras”, na participação no grupo de pesquisa - Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica (NUCRON), e na participação nas atividades do macroprojeto, com o qual foi possível que a aluna vivencia-se o acompanhamento hospitalar em uma unidade de queimados referência. O objetivo do estudo foi conhecer o *coping* manifestado por pessoas que sofreram queimaduras no decorrer do processo de reabilitação após alta hospitalar.

Destaca-se que a aluna participou ativamente das fases de construção do projeto, coleta de dados, organização e análises dos dados e escrita final do relatório de pesquisa dos casos acompanhados pela mesma. Destaca-se o compromisso e responsabilidade da aluna em todas as etapas e pactuações com o orientador e com os participantes, demonstrando empenho, competência e dedicação, visando, em todo momento, aprofundar o conhecimento científico e o rigor científico necessários para o alcance do seu objetivo de pesquisa. Trabalho cuidadosamente estruturado, com linguagem objetiva e clara seguindo os princípios éticos.

Os resultados do estudo, conforme orientado, são apresentados no formato de manuscrito, o qual apresenta informações relevantes, que contribuirão significativamente para o avanço do conhecimento relacionado à prática da enfermagem no atendimento a pessoas que sofreram queimaduras atendidas em ambiente ambulatorial.

Florianópolis, 2 de julho 2019.

Prof. Dr. Maria Elena Echevarría Guanilo
 Professora do Departamento de Enfermagem
 Universidade Federal de Santa Catarina