

ATITUDES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO PACIENTE QUEIMADO: ELABORAÇÃO E TESTE DE FIDEDIGNIDADE DE UM INSTRUMENTO*

Fatima Aparecida Emm Faleiros Souza

Isabel Amélia Costa Mendes

José Aparecido da Silva

Desenvolveu-se um instrumento de Medida de Atitudes dos Profissionais de enfermagem em relação ao Paciente Queimado. Cento e noventa e quatro (194) itens agrupados em subescalas, declarativos de atitudes favoráveis e desfavoráveis frente ao paciente queimado foram analisados quanto à validade aparente e de conteúdo. Após essa análise psicométrica, cento e setenta (170) itens compuseram a escala definitiva. O coeficiente de fidedignidade calculado pelo método da divisão por metades, variou de 0,61 a 0,82 para as diferentes subescalas. A fidedignidade da escala total foi de 0,92.

UNITERMOS: Queimaduras, escalonamento em categorias, análise psicométrica

Introdução

Uma análise global da literatura existente sobre o paciente queimado demonstra maior

**Este trabalho constitui parte da Dissertação de Mestrado defendida em 1989 pela primeira autora, sendo a mesma Docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP.*

Endereço para correspondência:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Campus Universitário – Monte Alegre

Av. Bandeirantes, 3900

14040-902 - Ribeirão Preto – SP

enfoque em torno do aspecto físico, deixando-se muitas vezes de ser ressaltada a importância dos aspectos psicossociais deste paciente enquanto pessoa.

O conhecimento dos problemas fisiopatológicos das queimaduras, juntamente com o conhecimento dos problemas psicossociais que os pacientes queimados enfrentam, são essenciais para a melhoria da qualidade da assistência prestada e conseqüente satisfação do pessoal de Enfermagem.

No dizer BROWN et al.⁶, “enquanto existe considerável literatura sobre as conseqüências fisiopatológicas e tratamento cirúrgico de injúrias por queimaduras, menos atenção tem sido dada ao estudo do ajustamento psicossocial à queimadura”.

Se pensarmos na situação de atendimento do paciente queimado, percebemos que a mortalidade tem diminuído em outros países, em conseqüência do aumento do número de unidades especializadas. Na medida em que a capacidade de preservar a vida tem melhorado, torna-se muito importante o desafio de ajudar o paciente e família a adaptarem-se ao estresse psicológico do trauma inesperada do estilo e qualidade de vida (SHENKMAN, STECHMILLER¹⁷, SUTHERLAND¹⁸).

Em nosso meio, porém, não tem ocorrido aumento suficiente de unidades de queimados. É crucial a preocupação ainda pela possibilidade de atendimento e sobrevivência, uma vez que as chances de tratamento especializado são escassas; entretanto, é preciso que a atenção seja voltada também para a melhoria da qualidade de vida do paciente durante a sua reintegração na sociedade.

O compromisso de melhorar a qualidade de vida do paciente queimado é uma tarefa árdua, cujos atributos fundamentais são a dedicação e a perseverança na assistência a ele prestada. Para tal, é preciso entendê-lo enquanto pessoa, com peculiares muito especiais conseqüentes à situação traumática vivenciada.

A partir de reflexões sobre a condição de estar queimado, entendemos que necessário se faz que as pessoas que lidam com o paciente partam do pressuposto de que as queimaduras graves ocorrem em segundos, mas podem deixar seqüelas para a vida toda, incapacitando o indivíduo ou desfigurando-o irreversivelmente, explicando-se dessa maneira os problemas psicossociais que este enfrenta durante toda a sua vida.

Contribuiremos para a melhoria da qualidade de vida do paciente queimado, na medida em que nossa atitude em relação a ele venha ao encontro à terapêutica, proporcionada pela equipe de enfermagem e outros profissionais, permitindo assim que a adaptação seja menos agressiva.

Daí a crucial importância de atitudes frente a esse paciente, abordando-o como ser único, que o leve a uma adaptação menos agressiva, com suporte adequado fornecido também pelo pessoal de Enfermagem, uma vez que durante sua permanência média de cinquenta a sessenta dias no hospital, encontra-se sob assistência de Enfermagem nas vinte e quatro horas do dia.

Essa atitude, portanto, deve ser condizente com a realidade dos problemas adaptativos que os pacientes queimados manifestam. A este respeito cabe mencionar a posição de RODRIGUES¹⁵. “Se um profissional de saúde é incapaz de fornecer uma assistência adequada quando ignora fatos e princípios primordiais, ele também não fornecerá tal atendimento se não apresentar as atitudes que o levam a utilizar, de maneira apropriada e judiciosa, os conhecimentos e técnicas adquiridas”.

Importa registrar aqui a definição de RODRIGUES¹⁴, sobre atitude, selecionada dentre várias levantadas na literatura: “uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, que predispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a esse objeto”.

No levantamento bibliográfico, verificamos que alguns autores (BORLAND⁴, BOSWICK JUNIOR⁵, TRINGALI¹⁹, IVESON-IVESON⁹, JONES et al.¹⁰) citam apenas algumas variáveis relacionadas à adaptação do paciente queimado e atitudes isoladas frente à queimadura e problemas psicossociais, sem alguma sistematização; além disso, não há estudos que tentem explorar as atitudes dos profissionais frente a esse aspecto.

Apenas encontramos dois trabalhos referentes à elaboração de escalas, nos quais é feita uma abordagem à auto-percepção que o paciente tem frente a situação de estar queimado, que diz respeito às suas limitações e preocupações (BLADES et al³, MUNSTER et al¹²).

Concordamos com GILSON et al⁷, quando afirmam que o desenvolvimento de métodos para avaliar os serviços prestados à saúde é uma das prioridades de pesquisa. Decorrente dessa prioridade surge a possibilidade de ser utilizado como instrumento de medida uma escala de atitudes, uma vez que essa pode fornecer indicadores práticos e válidos do nível da qualidade da assistência prestada, e ser muito utilizada na avaliação periódica referente aos resultados dessa assistência. Vale ressaltar que as escalas de atitudes apresentam um resultado total que indica a direção e intensidade da atitude do indivíduo para com uma categoria de estímulos (ANASTASI¹).

A partir dessas considerações pode-se supor que um Instrumento de Medida de Atitudes dos Profissionais de enfermagem Frente ao Paciente Queimado, envolvendo suas atitudes frente à queimadura, à saúde física, psicológica e social desse paciente, resultante de análise psicométrica, pode constituir-se numa importante fonte para o aprimoramento da assistência a ele prestada.

Essa escolha fundamentou-se na compreensão de que o conhecimento, a mensuração e a posterior análise das atitudes dos profissionais de Enfermagem possam fornecer subsídios para ajudar na promoção de mudanças ou desenvolvimento de atitudes adequadas desse pessoal, que atuando junto ao paciente possa favorecer sua reabilitação para uma vida social digna a que todo ser humano tem direito.

Com base no exposto, propomo-nos inicialmente atingir os seguintes objetivos:

- Elaborar uma ESCALA DE MEDIDA DE ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO PACIENTE QUEIMADO, com fundamentação teórica de Percepção de Pessoa, segundo HASTORF, SCHNEIDER e POLEFKA⁸.
- Testar a fidedignidade da ESCALA DE MEDIDA DE ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO PACIENTE QUEIMADO.

Metodologia

A partir dos objetivos propostos no presente estudo, foram constituídas duas etapas distintas: elaboração e aplicação do instrumento.

1ª Etapa: ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA DE ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO PACIENTE QUEIMADO.

O instrumento como um todo constou de dois conjuntos de informações. O primeiro conjunto foi elaborado de forma que possibilitasse a coleta de informações sobre alguns aspectos pessoais, da formação e atividades profissionais da população amostral.

O segundo conjunto, ou seja, a escala constou de itens contendo declarações verbais das atitudes dos profissionais de Enfermagem com base em atributos do paciente queimado – ESCALA DE ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO PACIENTE QUEIMADO (EAPE).

Elaboração dos itens da ESCALA DE ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO PACIENTE QUEIMADO (EAPE)

A elaboração da escala foi resultante:

- a) da seleção de uma série de afirmativas adaptadas das escalas validadas, citadas abaixo. Cumpre mencionar que as duas primeiras foram traduzidas para o português por uma tradutora brasileira, que residiu durante quatro anos nos Estados Unidos da América. São elas:
 - COMMUNITY HEALTH ORIENTATION SCALE (CHOS), desenvolvida por MURPHY¹³.

- THE ABREVIATED BURN – SPECIFIC HEALTH SCALE, desenvolvida por MUNSTER, HOROWITZ e TUHAHL¹².
- OPINIÕES SOBRE A DOENÇA MENTAL, desenvolvida por RODRIGUES¹⁵.

b) da elaboração de outras afirmações a partir da nossa experiência junto ao paciente queimado e do suporte teórico que fundamentou a elaboração dos itens da escala com um todo, sendo esse o de Percepção de Pessoa segundo HASTORF et al⁸.

Em sua forma inicial, a escala continha cento e noventa e quatro (194) itens apresentados sob uma estrutura de tipo Likert, cujas alternativas foram:

A = CONCORDO TOTALMENTE; B = CONCORDO; C = INCERTO, MAS PROVAVELMENTE CONCORDO; D = INCERTO, MAS PROVAVELMENTE DISCORDO; E = DISCORDO e F = DISCORDO TOTALMENTE.

Após a elaboração dos itens da escala, partimos para a elaboração das subescalas.

Elaboração das subescalas

Feita a listagem dos itens das declarações verbais relacionadas ao paciente queimado, sentimos a necessidade de agrupá-los, de forma que ficassem reunidos os itens referentes a determinado aspecto, possibilitando a compreensão destes pelos indivíduos que iriam respondê-los.

Assim, em sua forma original, a escala continha sete subescalas, quais sejam, atitudes frente à: queimadura, saúde física, atividades físicas, imagem corporal, saúde psicológica, saúde social e preocupações com a saúde em geral do paciente.

Além disso, a subescala referente às atitudes frente à saúde física do paciente, foi subdividida em: desempenho de papéis e autocuidado..

Essas denominações das Subescalas supracitadas foram adaptadas da escala THE ABREVIATED BURN – SPECIFIC HEALTH SCALE, desenvolvida por MUNSTER, HOROWITZ e TUHAHL¹².

Após a elaboração da escala, iniciamos a validação aparente e de conteúdo.

- Validação subjetiva: Aparente e de Conteúdo.

O número total de sujeitos convidados a fazer as validações aparentes e de conteúdo foi de seis juízas, sendo o grupo composto por profissionais atuantes numa unidade especializada em tratamento de pacientes queimados de um hospital geral de grande porte, em uma cidade do interior paulista, sendo:

- Uma médica psiquiátrica; Uma enfermeira – diretora de serviço de Enfermagem; Uma

- enfermeira-chefe e três enfermeiras.

As juízas convidadas a fazer as validações aparentes e de conteúdo foram instruídas, individual e verbalmente, para que julgassem o instrumento, de modo a verificarem a clareza das afirmações, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento, além de concordarem ou não quanto à retirada, acréscimo ou modificações de itens.

Não foi estipulada uma percentagem mínima de concordância entre as juízas para manutenção de cada item do instrumento, uma vez que decidimos proceder à validação das sugestões de cada juíza posteriormente à validação. Desse modo as sugestões seriam acatadas ou não por nós, dependendo da avaliação global. As reformulações foram feitas durante as entrevistas com as juízas.

Após esta etapa, partimos para a aplicação da escala, com o objetivo de testar sua fidedignidade.

2ª Etapa: APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA DE ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO PACIENTE QUEIMADO PARA O TESTE DE FIDEDIGNIDADE.

- Sujeitos

A população amostral que participou do trabalho, foi composta pelos profissionais de Enfermagem que exercem suas atividades na unidade supracitada, sendo que essa perfeitamente um total de vinte e cinco componentes.

Esse pessoal de Enfermagem, de acordo com a função que exerce, é agrupado em categorias, sendo que cinco são enfermeiros, quinze são auxiliares de Enfermagem e cinco são atendentes de Enfermagem.

- Método

Antecedendo a aplicação do instrumento na população amostral, fez-se necessário o treinamento dos quatro aplicadores que nos auxiliaram na coleta de dados. Esses aplicadores foram orientados de modo a não interferir, de maneira alguma, nas respostas dadas pelos sujeitos às alternativas dos itens da escala a ser aplicada.

Após esse treinamento, aplicaram-se individualmente as escalas aos sujeitos. Não consideramos essas aplicações um teste piloto e sim como definitiva para o teste de fidedignidade, uma vez que os seis primeiros sujeitos a responderem aos itens da escala, não

apresentaram dúvidas em relação à aparência e conteúdo da mesma. Em seguida, realizamos o teste de fidedignidade da escala.

Resultados

Para apresentação dos resultados, consideramos as duas etapas distintas:

1ª Etapa: ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA DE ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO PACIENTE QUEIMADO.

- Análise descritiva

a) Elaboração dos itens da Escala de Atitudes dos Profissionais de Enfermagem em relação ao Paciente Queimado (EAPE).

Foi obtida uma escala constando de cento e noventa e quatro (194) itens para a forma inicial da mesma.

Analisando as eliminações posteriores dos itens da escala pelas juízas que validaram-na em sua forma aparente e de conteúdo, a mesma passou a contar com cento e setenta (170) itens**.

b) Validação subjetiva: Aparente e de Conteúdo.

A partir de sugestões decorrentes da validação aparente e de conteúdo, fizemos algumas reformulações no instrumento, as quais citaremos a seguir.

No primeiro conjunto do instrumento acrescentamos um item nos dados pessoais, relacionado ao tempo de trabalho dos profissionais de enfermagem na unidade de queimados, uma vez que concordamos com a sugestão de uma juíza, pois o tempo de trabalho afeta diretamente a atitude em relação ao paciente queimado.

Após concordarmos com a sugestão de uma juíza, essas duas subdivisões citadas no parágrafo anterior, foram eliminadas, assim como as denominações das subescalas: ATITUDES FRENTE ÀS ATIVIDADES FÍSICAS DO PACIENTE, ATITUDES FRENTE À IMAGEM

***Para obtenção da escala na íntegra, entrar em contato com a primeira autora*

CORPORAL DO PACIENTE, ATITUDES FRENTE ÀS PREOCUPAÇÕES COM A SAÚDE EM GERAL DO PACIENTE, uma vez que o conteúdo dos itens estava contido nas subescalas restantes, quais sejam:

- ATITUDES FRENTE À QUEIMADURA, ATITUDES FRENTE A SAÚDE FÍSICA DO PACIENTE, ATITUDES FRENTE À SAÚDE PSICOLÓGICA DO PACIENTE e ATITUDES FRENTE À SAÚDE SOCIAL DO PACIENTE.

Dessa maneira, algumas afirmações da escala inicial foram remanejadas, ora devido ao fato de algumas denominações das subescalas terem sido eliminadas, ora devido ao fato de que consideramos algumas afirmações mais pertinentes à outra subescala, que não aquela considerada inicialmente.

Com base nessa validação feita pelas juízas, foram eliminadas trinta e duas (32) afirmações, uma vez que algumas foram consideradas de sentido repetitivo e outras não pertinentes ao paciente queimado.

A escala já validada e reformulada à luz das sugestões das juízas, consta de cento e setenta (170) afirmações e, apesar de manter sua abrangência, tornou-se mais clara e objetiva, facilitando assim a compreensão desta. Considerando então a escala em condições de ser aplicada, o instrumento foi reproduzido para tal, visando o teste de fidedignidade.

2ª Etapa: APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA DE ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO PACIENTE QUEIMADO.

O total de sujeitos incluídos nesta etapa foi de 25, sendo que 5 (20%) são enfermeiros(as), 15 (60%) auxiliares de Enfermagem e 5 (20%) atendentes de Enfermagem.

A aplicação desse instrumento teve a finalidade de através da análise dos dados colhidos em todos os itens da escala, determinar o coeficiente de fidedignidade, sendo que optamos pelo método de divisão por metades, através do Coeficiente de Correlação Produto – Momento de Pearson(r) e posterior correção pela fórmula de Spearman-Brown (r total).

Para tal dividimos a escala em metades, sendo uma composta de itens pares e a outra de itens ímpares.

Foram estabelecidos escores para as respostas dadas pelos sujeitos às alternativas dos itens, sendo que a alternativa A obteve escore 6, a B escore 5 a C escore 4 a D escore 3 a E escore 2 e a F escore 1.

TABELA 1 – SOMATÓRIA DOS ESCORES OBTIDOS NAS RESPOSTAS FORNECIDAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, PARA AS ALTERNATIVAS REFERENTES AOS ITENS PARES E ÍMPARES DAS SUBESCALAS: 1 – ATITUDES FRENTE À QUEIMADURA, 2 – ATITUDES FRENTE À SAÚDE FÍSICA DO PACIENTE, 3 – ATITUDES FRENTE À SAÚDE PSICOLÓGICA DO PACIENTE E 4 – ATITUDES FRENTE A SAÚDE SOCIAL DO PACIENTE E ESCALA TOTAL (170 ITENS)

SUJEITOS	SUB ESCALA 1			SUB ESCALA 2			SUB ESCALA 3			SUB ESCALA 4			ESCALA TOTAL		
	Itens Pares	Itens Ímpares	TOTAL	Itens Pares	Itens Ímpares	TOTAL	Itens Pares	Itens Ímpares	TOTAL	Itens Pares	Itens Ímpares	TOTAL	Itens Pares	Itens Ímpares	TOTAL
1	31	35	66	34	43	77	128	139	267	78	99	177	274	316	590
2	43	41	84	42	54	96	166	169	335	93	108	201	344	372	716
3	32	23	55	33	44	77	129	137	266	80	93	173	274	297	571
4	37	29	66	40	46	86	134	144	278	84	90	174	295	309	604
5	35	38	73	42	51	93	158	159	317	85	85	170	320	333	653
6	37	46	83	51	54	105	167	173	340	90	103	193	345	376	721
7	42	36	78	37	48	85	168	185	353	100	115	215	367	384	691
8	42	34	76	40	52	92	159	165	324	99	113	212	340	364	704
9	44	32	76	37	55	92	169	165	334	94	112	206	344	364	708
10	36	38	74	37	47	84	122	131	253	76	101	177	271	317	588
11	33	33	66	34	48	82	145	157	302	91	96	187	303	334	637
12	37	39	76	39	55	94	159	155	314	90	96	186	325	345	670
13	39	36	75	37	44	81	149	159	308	92	99	191	317	338	655
14	37	31	68	37	44	81	146	149	295	91	99	190	311	323	634
15	33	36	69	38	53	91	149	157	306	100	106	206	320	352	672
16	27	25	52	31	47	78	159	151	310	79	103	182	296	326	622
17	41	32	73	44	56	100	155	170	325	92	98	193	332	356	688
18	37	32	69	41	52	93	148	146	294	84	101	185	310	331	641
19	37	45	84	40	57	97	179	173	352	104	118	222	360	393	753
20	27	25	52	39	43	82	135	144	279	57	87	144	258	299	557
21	35	31	66	46	51	97	156	163	319	84	108	192	321	353	674
22	38	25	63	33	40	73	140	145	285	79	89	168	290	308	598
23	40	40	80	40	49	89	170	165	335	100	114	214	350	368	718
24	38	33	71	44	52	96	150	147	297	93	105	198	325	337	662
25	41	39	80	45	49	94	139	156	295	96	101	197	321	345	666
Média	36,76	34,15		39,25	49,35		151,16	156,16		88,43	101,56		314,12	341,60	
Desvio Padrão	4,48	6,00		4,61	4,69		14,80	12,96		10,20	8,92		26,79	26,48	
r _{pi}	0,44			0,58			0,88			0,70			0,86		
r total	0,61			0,73			0,94			0,82			0,92		

SOMATÓRIA MÁXIMA DOS ESCORES

SUB ESCALA 1 – 108 SUB ESCALA 2 – 126 SUB ESCALA 3 – 462 SUB ESCALA 4 – 324 SUB ESCALA TOTAL – 1.020

Conforme observamos na TABELA 1, houve em grande parte dos resultados, semelhança entre os somatórios dos escores obtidos nos itens ímpares e pares das subescalas e escala total (170 itens).

Partimos então para cálculo do Coeficiente de Correlação Produto – Momento de Pearson, que segundo ANASTASI¹, é o mais comum para cálculo da estimativa e fidedignidade da escala. Esse coeficiente leva em conta não apenas a posição do indivíduo no grupo, mas também a quantidade de seu desvio, acima ou abaixo da média do grupo (Para detalhes ver BERQUÓ² et al.).

Esses coeficientes de correlação r_{pi} calculados entre os escores obtidos nas respostas dos itens pares (p) e itens ímpares (i), para cada uma das quatro (4) subescalas e escala total (170 itens) variam de 0,44 a 0,88, conforme TABELA 1.

ANASTASI¹ refere que a correlação das metades dá apenas a fidedignidade da metade do teste, uma vez que o mesmo foi dividido e a correlação é calculada entre dois conjuntos de resultados, cada um dos quais se baseia em apenas metade dos itens. Para estimarmos a influência que a diminuição do teste em seu coeficiente de precisão, fizemos a correção deste através da fórmula de Spearman-Brown (r total), uma vez que esta envolve a duplicação do tamanho do teste.

Esses coeficientes de correlação corrigidos variaram de 0,61 a 0,94 (ver TABELA 1), sendo todas essas correlações significantes ($p < 0,01$). Portanto apesar dos itens serem separados em pares e ímpares, os observadores mostraram consistência interna nas estimativas de respostas às alternativas dos itens (Para detalhes ver KNAPP¹¹).

Existe assim tendência elevada para que os escores obtidos nas respostas dos itens pares (variável 1), sejam maiores a medida que aumentam os escores obtidos nos itens ímpares (variável 2), demonstrando a equivalência de amostragem dos itens.

Os resultados obtidos nesse estudo permitem planejar estudos futuros para o aprimoramento da escala, uma vez que esta é uma etapa preliminar, havendo porém necessidade de outras validações, para que esta possa ser padronizada e utilizada pelos profissionais que lidam com paciente queimado.

Para tal, propomos a realização de um procedimento de validação objetiva, como a concorrente e a preditiva.

Considerações Gerais

Considerando que a nossa finalidade, enquanto agentes de saúde, é assistir ao paciente, imprescindível se faz que essa assistência, considerando-se a singularidade do homem enquanto pessoa.

Cumpre-nos destacar que o planejamento das ações de Enfermagem só será pertinente em sua amplitude, se for fundamentado numa metodologia assistencial, a qual possibilite maior conhecimento do paciente e sua participação ativa no próprio cuidado. Consideramos que trabalhar com as atitudes favoráveis dos profissionais que lidam com esse paciente seja um caminho adequado para alcançar esse fim.

Um perfil das atitudes dos profissionais de Enfermagem, resultante da aplicação da escala construída no presente estudo, pode ser meio de se operacionalizar uma etapa

metodológica de educação, no que diz respeito à avaliação do domínio afetivo, uma vez que possibilita o diagnóstico da situação, através da análise das atitudes dos componentes dessa equipe profissional no que tange à prática de Enfermagem.

A partir dessa avaliação diagnóstica a necessidade de um programa de educação continuada se faz presente, devendo ser de forma organizada, possibilitando intervenções resultantes de avaliações formativas e somativas que sejam realistas, pertinentes ao processo de adaptação do paciente queimado, enquanto pessoa em fase de reabilitação.

A fim de que tal programa de educação continuada atinja o compromisso de buscar subsídios para a maximização da qualidade de assistência, a equipe multiprofissional precisa conhecer e compreender esses resultados, levantados a partir da aplicação da escala aqui proposta reconhecendo para tal que a comunicação se faz imprescindível.

Os componentes da equipe de Enfermagem estimularão o autocuidado na medida em que compreenderem a percepção que têm da sua própria pessoa e do paciente queimado, uma vez que o comportamento que uma pessoa tem em relação a outra, influencia o comportamento que essa Segunda tem em relação a primeira.

Destacamos aqui a presença da enfermeira, cuja potencialidade de liderança favorece uma contribuição especial, no sentido de serem detectados por ela problemas referentes a atitudes negativas dos elementos da equipe e serem propostas soluções que minimizem os agravos passíveis de interferir no processo adaptativo desse paciente.

É sabido que muitas variáveis interferem no processo adaptativo da pessoa. Uma dessas variáveis importantes pode ser a atitude dos profissionais frente ao paciente. Tais atitudes influenciam o comportamento dos pacientes queimados, o que demonstra a necessidade de se atentar para atitudes adequadas na assistência prestada.

Como uma abordagem inicial a essas variáveis citadas acima, desenvolvemos um instrumento no presente estudo, o qual consideramos de fácil compreensão, cuja aplicação permite o registro sistemático de dados enquanto ocorrem. Relacionados às atitudes dos profissionais de Enfermagem em relação ao paciente queimado.

Apesar do procedimento de validação aparente e de conteúdo ser considerado de caráter não estatístico, foi de grande contribuição para a elaboração da escala, a qual através das sugestões obtidas pelas juízas, tornou-se mais clara e objetiva.

Em estudos futuros, complementando esta etapa iniciada, processos de validação concorrente e preditiva deverão ser executados para que se possa validar estatisticamente a escala proposta.

A análise das subescalas e escala total pelo método da correlação das metades, permitiu verificarmos a confiabilidade das mesmas, uma vez que as correlações entre os itens pares e ímpares foram elevadas, demonstrando sua consistência interna de maneira a comprovar que, se essa for repetida em várias ocasiões, obteremos o mesmo resultado.

Consideramos que esse estudo preliminar leva a implicações futuras para a Enfermagem, no que tange a pesquisa também, uma vez que estudos metodológicos dessa natureza têm sido raros.

Entendemos que a Enfermagem brasileira está à procura de algo novo, em fase de mudanças, e o significado integral do ser humano parece ser o caminho mais abrangente atualmente. No entanto, para isso ser viável, há necessidade de modificações profundas no ensino e na prática, testando-se novos métodos e técnicos de abordagem do homem em todas suas dimensões.

Talvez essa união de força e potencialidades buscadas encontrem respostas num estudo metodológico dessa natureza, que possa contribuir para acelerar esse processo de mudanças que caminha em direção à autonomia tão almejada por nós enfermeiros, facilitando assim o processo de tomada de decisões cada vez mais competente para com o paciente, família e equipe de saúde.

Entendemos que estar queimando significa estar vivenciando uma das mais devastadoras experiências de vida, no sentido de que se está vivendo, e de repente, bruscamente se vê interrompido por uma catástrofe denominada queimadura.

O carinho, a reflexão, a proposta de responsabilidade compartilhada pelos agentes de saúde podem e precisam minimizar o sofrimento desses pacientes queimados, e para tal, consideramos a compreensão de ser uma pessoa um dos caminhos para a competência de um cuidado individualizado, norteado pela percepção de um homem o menos fragmentado possível em seu aspecto biopsicossociais.

In this study it was developed an instrument for measuring the Attitudes of Nursing Professionals toward patients with Burns. 194 items into subscales, expressing favorable and unfavorable attitudes toward patients with burns, were analyzed their apparent and context validity. Following this psychometric analysis 170 items were selected to compose the definitive scale. The coefficient estimated by the split – half method for the different subscales ranged from 0,61 to 0,81. The confiability coefficient of the total scale was equal to 0,92.

UNITERMS: Burns, division into categories, psychometric analysis

En este trabajo fue desarrollado un instrumento de medida de Actitudes de los Profesionales de Enfermería con Ocupación frente al Paciente Quemado. Ciento y noventa y cuatro (194) ítems, agrupados en subescalas, declarativos de actitudes favorables y desfavorables hacia al paciente quemado fueron analizados cuanto a la validez aparente y de contenido. Después de ese análisis psicométrica, ciento y setenta (170) ítems

formaron la escala definitiva. El enfoque de fidedignidad calculado por el método de división por mitades ha variado de 0,61 a 0,82 para las diferentes subescalas. La fidedignidad de la escala total fue de 0,92.

UNITERMOS: Quemaduras, escalonar en categorías, análisis psicométrica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ANASTASI, A. Testes psicológicos. 2. Ed. São Paulo: EPU, 1977. 798 p.
02. BERQUIÓ, E. S., SOUZA, J. M. P., GOTLIEB, S. L. D. Bioestatística. São Paulo: EPU, 1981. 350 p.
03. BLADES, B., MELLIS, N., MUNSTER, M. A burn specific health scale. **J. Trauma**, v. 22, p. 872-5, 1982.
04. BORLAND, G. A family affair. **Nurs. Mirror**, v. 154, p. 4-6, 1982
05. BOSWICK JUNIOR, J. A. Comprehensive rehabilitation in burns after burn injury. **SURG. CLIN. NORTH AMÉRICA**, v. 87, p. 159-66, 1987.
06. BROWN, B et al. Gender differences adjustment to a burn injury. **Res. Nurs. Health**, v. 11, p. 23-30, 1988.
07. GILSON, B. S. et al. **The sickness impact profile**: development of an Outcome Measure of Health Care. *American Public Health*, v. 65, p. 1304-10, 1975.
08. HASTORF, A. H., SCHNEIDER, D. J., POLEFKA, J. **Percepção de pessoa**. São Paulo: Edgard Blücher, 1973. 113 p.
09. IVESON-IVESON, J. Burns a continuing battle. **Nurs. Mirror**, v. 151, p. 31-2, 1980.
10. JONES, C. A., THOLEND, D., FELLER, I., DUNLAP, K. Nurse retention in burn care: a report of 14 years experience. **Heart & Lung**. v. 10, p. 295-308, 1981.

11. KNAPP, R. G. Basic statistics for nurses. New York: Wiley Medical Publication, 1978. 308 p.
12. MUNSTER, A. M. HOROWITZ, G. L., TUDHAL, L. A. The abbreviated burn specific health scale. **J. Trauma**, Preston St. Baltimore, v. 27, p. 425-8, 1987.
13. MURPHY, M. J. The development of a community health orientation scale. **Am. J. Public Health**, v. 65, n. 12, p. 1293-7, 1975.
14. RODRIGUES, A. **Psicologia social**. 12. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1988. 485 p.
15. RODRIGUES, C. R. C. **Atitudes frente à doença mental**: estudo transversal de uma amostra de profissionais da saúde. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, 1983.
16. RUSSO, A. C. Cirurgia plástica. In: Clínica Cirúrgica Alipio Corrêa Netto. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 1988.
17. SHENKMAN, B. STECHMILLER, J. Patient and family perception of projected functioning after discharge from a burn unit. **Heart & Lung**, St. Louis, v. 16, p. 490-6, 1987.
18. SUTHERLAND, S. Burned adolescents description of their coping strategies. **Heart & Lung**, St. Louis, v. 17, p. 150-7, 1988.
19. TRINGALI, R. The role of the psychiatric nurse consultant on a burn unit. **ISSUES MENTAL HEALTH NURS.**, Washington, v. 4 n. 1, p. 17-24.