



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIA E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO

DELICIO APARECIDO DURSO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA QUEIMADURAS EM IDOSOS

PALMAS – TO
2025

DELCIO APARECIDO DURSO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA QUEIMADURAS EM IDOSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde (PPGECS) da Universidade Federal do Tocantins. Foi avaliada para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo orientador e pela Banca Examinadora.

Orientador(a): Prof. Dr. Luiz Sinésio Silva Neto

PALMAS – TO

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

D966e Durso, Delcio Aparecido.
 Educação em saúde para queimaduras em idosos. / Delcio
 Aparecido Durso. – Palmas, TO, 2026.
 56 f.

 Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do
 Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-
 Graduação (Mestrado) em Ensino em Ciências e Saúde, 2026.
 Orientador: Luiz Sinésio Silva Neto

 1. Educação em saúde. 2. Pessoa Idosa. 3. Autocuidado. 4.
 Queimaduras. I. Título

CDD 372.35

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FOLHA DE APROVAÇÃO

DELCIO APARECIDO DURSO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA QUEIMADURA EM IDOSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde (PPGECS). Foi avaliada para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo orientador e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: 01/ 09/ 2025

Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente
 LUIZ SINÉSIO SILVA NETO
Data: 22/01/2026 11:16:26-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Luiz Sinésio Silva Neto, UFT

Documento assinado digitalmente
 FERNANDO RODRIGUES PEIXOTO QUARESMA
Data: 07/01/2026 15:45:45-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Fernando Peixoto Rodrigues Quaresma, UFT

[Assinatura Qualificada] Assinado de forma digital por [Assinatura Qualificada] Sílvia Clara Laurido da Silva
Sílvia Clara Laurido da Silva Dados: 2026.01.07 16:36:23 Z

Profa. Dra. Sílvia Clara Laurido da Silva, Escola Superior de Educação e Ciências Sociais - Instituto Politécnico de Leiria

Palmas, 2025

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, saúde e força que me sustentaram em cada etapa desta caminhada acadêmica e pessoal.

À minha família, pelo amor incondicional, paciência e apoio constante, que foram alicerces fundamentais para que eu pudesse prosseguir, mesmo diante dos desafios.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Luiz Sinésio Silva Neto, pela orientação competente, pelo incentivo, pela confiança depositada e pela inspiração que vai além do campo acadêmico, motivando-me a buscar sempre a excelência e o compromisso com o ser humano.

À Professora Nélia Osório, coorientadora atenta e generosa, que me acompanhou com sabedoria e sensibilidade ao longo desta jornada. Seu apoio constante, suas orientações precisas e sua confiança foram essenciais para que este trabalho se tornasse realidade. Levo comigo não apenas o conhecimento transmitido, mas também o exemplo de dedicação e humanidade, que inspiram além da academia.

À Ana, meu braço direito em cada passo desta jornada. Sua dedicação, paciência e generosidade tornaram o caminho do mestrado mais leve e possível. Sou grato(a) por cada gesto, cada palavra e cada momento compartilhado.

Ao corpo docente e aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciência e Saúde (PPGECS/UFT), pelos ensinamentos, pela partilha de saberes e pelo convívio enriquecedor, que ampliaram meus horizontes e consolidaram meu crescimento profissional e pessoal.

Aos acadêmicos da Universidade da Maturidade – UMA, pela confiança e pelo carinho demonstrados. Vocês foram fonte de inspiração e razão deste trabalho.

Aos amigos que caminharam ao meu lado durante o mestrado, pela amizade, compreensão e incentivo, tornando a jornada mais leve e significativa.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho — seja com palavras de incentivo, gestos de apoio, parcerias ou ensinamentos —, meu sincero muito obrigado.

RESUMO

O envelhecimento da população global traz diversos desafios à saúde dos idosos, incluindo o aumento de doenças crônicas e problemas ósseos. No Brasil, a população idosa deve mais do que dobrar até 2050, destacando a necessidade de estratégias de prevenção e cuidados específicos para essa faixa etária. As queimaduras são um problema significativo, associado a alta morbidade e mortalidade, além de impactarem a qualidade de vida dos idosos. O objetivo deste projeto é verificar a associação entre as oficinas de educação em saúde com autocuidado, autoeficácia e nível de conhecimento sobre queimaduras em idosos. dando ênfase no nível socioeconômico dos idosos, avaliar o autocuidado e a autoeficácia no manejo de queimaduras, e medir o nível de conhecimento sobre prevenção e tratamento de queimaduras. Trata-se de um estudo quase-experimental, sem grupo controle, utilizando testes antes e depois das intervenções. A amostra será composta por pessoas idosas selecionados na Universidade da Maturidade (UMA) da UFT. Como resultado futuro o estudo visa melhorar a autoeficácia e o autocuidado, reduzindo a incidência de queimaduras e melhorando a qualidade de vida dos idosos. Espera-se que o projeto não apenas melhore a saúde mental e física dos participantes da UMA, mas também sirva como modelo para outras comunidades e programas de educação em saúde, contribuindo para a formulação de políticas públicas eficazes na promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Palavras-chave: Educação em saúde; Pessoa Idosa; Autocuidado; Queimaduras;

ABSTRACT

The aging global population presents various health challenges for the elderly, including an increase in chronic diseases and bone problems. In Brazil, the elderly population is expected to more than double by 2050, highlighting the need for specific prevention and care strategies for this age group. Burns are a significant issue, associated with high morbidity and mortality, and they adversely affect the quality of life of the elderly. This project aims to investigate the association between health education workshops focusing on self-care, self-efficacy, and the level of knowledge about burns in the elderly, emphasizing the socioeconomic status of the elderly. It seeks to evaluate self-care and self-efficacy in burn management and measure the level of knowledge about burn prevention and treatment. This quasi-experimental study, without a control group, will use pre- and post-intervention tests. The sample will consist of elderly individuals selected from the Universidade da Maturidade (UMA) at UFT. The methodology aims to improve self-efficacy and self-care, reducing the incidence of burns and enhancing the quality of life of the elderly. It is expected that the project will not only improve the mental and physical health of UMA participants but also serve as a model for other communities and health education programs, contributing to the formulation of effective public policies in promoting active and healthy aging.

Keywords: Health education; Health of the elderly; Self-care; Interventions to prevent burns;

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 - Já sofreu queimadura?	27
Figura 2 - Familiar/amigo já sofreu queimadura?	28
Figura 3 - Tipo de queimadura	28
Figura 4 - Ferro exposto a crianças?	28
Figura 5 - Localização do botijão.....	29
Figura 6 - Cabos de panela	29
Figura 7 - Tipo de tomadas	29
Figura 8 - Uso de extensões/pino T	30
Figura 9 - Manuseio elétrico descalço/molhado	30
Figura 10 - Armazenamento de inflamáveis	30
Figura 11 - Inflamáveis identificados?	31
Figura 12 - Armazenamento de ácidos	31
Figura 13 - Ácidos identificados?	31
Figura 14 - Participa de fogueiras?	32
Figura 15 - Fogueiras próximas de risco?	32
Figura 16 - Uso de fogos de artifício	32
Figura 18 - Proteção solar/chapéu	33
Figura 19 - Exposição ao sol 10h–16h sem proteção.....	33
Figura 20 - Autoeficácia (Pré e Pós-teste).....	36
Figura 21 - Escala ASA (Pré e Pós-teste)	37
 Quadro 1 - Registro fotográfico das atividades educativas	 24

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 - Intervenções/metodologia a ser aplicada	25
Tabela 2 - Respostas do questionário socioeconômico.....	26
Tabela 3 - Respostas do questionário sobre os riscos de queimaduras	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASA – *Appraisal of Self-care Agency Scale*

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DF – Distrito Federal

HBM – *Health Belief Model* (Modelo de Crenças em Saúde)

IFRC – *International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*

ISBI – International Society for Burn Injuries

OMS – Organização Mundial da Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFT – Universidade Federal do Tocantins

UMA – Universidade da Maturidade

LISTA DE SÍMBOLOS

% – Porcentagem

p – Nível de significância estatística (p-valor)

< – Menor que

– Maior que

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	14
2.1. Objetivo Geral	14
2.2. Objetivos Específicos	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1. Educação em saúde e autocuidado da Pessoa Idosa	14
3.2. Educação em Saúde na prevenção de queimaduras na terceira idade	16
3.3. Educação em saúde e prevenção de queimaduras em idosos: bases teóricas e modelos de intervenção	18
4. METODOLOGIA	21
4.1. Desenho do Estudo	21
4.2. Amostra	21
4.3. Local do estudo e Período de coleta	22
4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	22
4.5. Cuidados Éticos	22
4.6. Instrumentos	23
4.6.1. Questionário socioeconômico	23
4.6.2. Autocuidado <i>Appraisal of Self-care Agency Scale (ASA)</i>	23
4.6.3. Questionário sobre risco de queimaduras	23
4.7. Intervenções/Oficinas	24
4.8. Análise estatística	25
4.9. Impacto social	25
5. RESULTADOS	26
6. DISCUSSÃO	37
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	48
APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO DE PESQUISA SOBRE RISCO DE QUEIMADURAS	50
ANEXO I - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO	51
ANEXO II- <i>APPRAISAL OF SELF-CARE AGENCY SCALE (ASA)</i>	52
ANEXO III - PESQUISA SOBRE RISCO DE QUEIMADURAS	54

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem sido uma das mais significativas transformações demográficas contemporâneas, levando a um aumento expressivo no número de idosos e alterando a dinâmica das demandas em saúde, bem-estar e políticas públicas (Wu et al., 2023). Essa transição é acompanhada por um crescimento relativo dos agravos relacionados a acidentes domésticos, como as queimaduras, que adquirem maior relevância em idades mais avançadas (Sen et al., 2020).

Em estudos epidemiológicos, observa-se que idosos representam uma parcela crescente dos casos de queimaduras e consequente hospitalizações, frequentemente provocadas por escaldamentos e chamas dentro do ambiente domiciliar, cenário que coloca em evidência vulnerabilidades específicas dessa faixa etária (Wu et al., 2023). Adicionalmente, a resposta fisiológica das queimaduras em idosos difere substancialmente da dos adultos jovens, com maior morbidade, mortalidade e complexidade no manejo clínico (Jeschke, 2015).

A gravidade das queimaduras em idosos é potencializada por alterações intrínsecas da pele — como afinamento, perda de elasticidade e menor capacidade de regeneração — e por comorbidades como neuropatias, doenças cardiovasculares e demência, que tanto aumentam a probabilidade de acidentes quanto dificultam a recuperação (American College of Surgeons, 2016).

Além disso, dados epidemiológicos apontam que pessoas dos 65 aos 74 anos são mais afetadas por escaldamentos, sobretudo as mulheres, muitas vezes causados por água quente, panelas ou velas. Por outro lado, homens mais velhos são vítimas de queimaduras por gasolina, sistemas de aquecimento e fogo doméstico (Sen et al., 2020). Essas diferenças de gênero e faixa etária sugerem a necessidade de estratégias de prevenção específicas e direcionadas.

Em cenários como na China, uma análise retrospectiva de 15 anos em mais de 2.500 pacientes idosos revelou que a maior parte das queimaduras ocorreu em casa, com escaldamentos e queimaduras por chamas sendo predominantes. O tratamento inicial foi precário — com apenas 8,5% submetidos a resfriamento e a maioria recebendo cuidados inadequados ou remédios caseiros — e os fatores como área corporal afetada, lesões por inalação e condições preexistentes (como doenças pulmonares ou Alzheimer) se mostraram associados à mortalidade (Wu et al., 2023).

Nesse contexto, a prevenção torna-se fundamental. Programas educativos bem estruturados, que levem ao aumento da percepção de risco e ao fortalecimento do autocuidado, têm potencial de reduzir significativamente a incidência e a gravidade das queimaduras (Atiyeh, 2009). Pressupõe-se que a educação preventiva, aliada a modificações ambientais e adaptações comportamentais, seja mais eficaz que intervenções meramente clínicas após o evento.

Intervenções comunitárias focadas em idosos devem abranger recomendações como o controle da temperatura de aquecimento de água, adoção de velas elétricas no lugar das de chama aberta, práticas de cozimento mais seguras, além de evitar o uso de gasolina e outros líquidos inflamáveis e alertar sobre o risco de queimar enquanto se usa oxigênio (American College of Surgeons, 2016).

Ainda, campanhas educativas com materiais visuais e palestras têm o potencial de melhorar o conhecimento, alterar comportamentos em relação ao manuseio de líquidos quentes e promover princípios de autocuidado, principalmente entre indivíduos com redução sensorial ou cognitiva (Tan, 2004). Contudo, tais iniciativas requerem delimitação quanto ao público, à frequência e à linguagem adequada ao público idoso.

Apesar do reconhecimento da necessidade de prevenção, os programas eficazes ainda são escassos, sobretudo no Brasil, sendo essenciais ações educativas integradas que não apenas transmitam informação, mas que estimulem a autoeficácia e adaptem recomendações à rotina dos idosos.

Nesse sentido, intervenções em espaços como a Universidade da Maturidade (UMA), da UFT, poderiam ser espaços ideais para implementação de oficinas educativas sobre prevenção de queimaduras. A UMA tem se destacado por promover o envelhecimento ativo, valorizando o protagonismo dos idosos e integrando educação à saúde e convivência social.

A realização de oficinas de autocuidado e prevenção de queimaduras nesse contexto pode fomentar não apenas a conscientização individual, mas também o compartilhamento de saberes entre pares, ampliando o alcance do aprendizado e incentivando o empoderamento coletivo.

Ao integrar teoria e prática em ambiente acolhedor, as oficinas podem reforçar conhecimentos sobre primeiros socorros, ambientações domésticas seguras e

atitudes preventivas que reduzam a exposição a riscos, sobretudo na residência — principal cenário de acidentes em idosos (Wu et al., 2023).

Estudos apontam que os idosos muitas vezes negligenciam primeiros cuidados após queimaduras, recorrendo a tratamentos ineficazes ou buscando tardiamente ao atendimento de urgência, o que agrava o prognóstico e eleva os custos clínicos e sociais (Wu et al., 2023; Lanham, 2020).

Portanto, investir em prevenção e capacitação, alinhando educação, ambiente e autocuidado, pode reduzir o impacto das queimaduras em idosos, tanto na saúde quanto na economia do sistema.

Assim, este estudo tem por objetivo verificar a associação entre a participação em oficinas de educação em prevenção de queimaduras, autocuidado e autoeficácia em idosos participantes da UMA, no Polo Palmas (TO), e os níveis desses desfechos.

Este enfoque visa contribuir com evidenciação local de práticas educativas direcionadas, adaptadas ao público idoso e potencialmente replicáveis em políticas públicas de saúde preventiva.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Verificar a associação entre a participação em oficinas de educação em saúde sobre prevenção de queimaduras e os níveis de autocuidado, autoeficácia e conhecimento dos idosos participantes da Universidade da Maturidade – Polo Palmas (TO).

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever o perfil socioeconômico das pessoas idosas participantes do estudo.
- Avaliar o nível de autocuidado das pessoas idosas em relação à prevenção e ao tratamento de queimaduras.
- Avaliar a autoeficácia das pessoas idosas no manejo de queimaduras.
- Avaliar o nível de conhecimento das pessoas idosas sobre a prevenção e o tratamento de queimaduras.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Educação em saúde e autocuidado da Pessoa Idosa

O envelhecimento ativo está associado à visão do idoso como um participante engajado e contínuo em aspectos socioeconômicos, espirituais e culturais, e não apenas à atividade física; visa prolongar a expectativa de vida com qualidade, independentemente da idade (OMS, 2015/2005). Entre as intervenções que buscam empoderar o indivíduo em relação à sua saúde, destaca-se a educação em saúde, definida como um processo de construção de conhecimento em saúde, com o objetivo de permitir que a população se aproprie do tema, aumentando a autonomia no autocuidado (FALKENBERG et al., 2014).

O autocuidado é definido como a realização de atividades voltadas para a manutenção da vida, saúde e bem-estar, realizadas pelo próprio indivíduo em benefício próprio. Seu principal objetivo é capacitar o idoso a realizar ações pertinentes à sua saúde, ajustando as informações às características relacionadas à idade, experiências de vida, valores, cultura, recursos financeiros, gênero e nível educacional (OREM, 2013).

Nesse contexto, para que um idoso seja considerado ativo, é essencial avaliar características de autonomia, grau de independência e funcionalidade. Dessa forma, todas as estratégias e políticas públicas para fomentar o autocuidado visam aprimorar, manter e recuperar essas características fundamentais (BRASIL, portaria 2006 / lei 1994).

Consequentemente, as ações de educação em saúde direcionadas ao autocuidado precisam de metodologias que atendam à complexidade do processo de envelhecimento e que sejam adequadas às necessidades das pessoas idosas, com tempo apropriado, boa assimilação do conteúdo e clara compreensão (BARCELOS, 2020).

O aprendizado é uma atividade humana permanente e universal, e as oportunidades educacionais devem ser equitativas, independentemente da idade e do nível de formação (GADOTTI, 2016; CALADO et al., 2020). Embora aproximadamente 80% das pessoas que atingem a velhice nunca tenham experimentado perda de memória, há hipóteses na literatura que sugerem uma correlação entre o aumento da idade e maiores dificuldades cognitivas na capacidade de processar e distinguir novas informações, sejam elas relevantes ou não (OKIMURA, 2005; FARIA, 2000).

Teoriza-se que o nível de compreensão dos idosos está relacionado ao menor acesso educacional recebido ao longo da vida, o que também influenciaria a

capacidade intelectual (FARIA, 2000). Estudos epidemiológicos envolvendo idosos evidenciaram uma menor performance na memória lógica desses indivíduos. Entre os fatores contribuintes estão o menor nível de escolaridade e uma maior preferência por experiências vividas, divergindo de indivíduos mais escolarizados, que têm maior capacidade de pensamento concreto e imediato. Isso afeta o processo de gerenciamento da própria saúde (OLIVEIRA, 1999; ELIAS, ELIAS, D'AGOSTINHO, WOLF, 1997; SANTOS, 1999).

As oportunidades educacionais são vistas como ótimas auxiliares no processo de melhoria da independência, autoconfiança, compreensão e comunicação das próprias experiências, redução da dependência, além de beneficiar o bem-estar físico e emocional, podendo manter ou estimular a mudança de hábitos de vida (OKIMURA, 2005). Benefícios como recuperação da autoestima, envolvimento em novas ocupações, redução da ociosidade e superação de doenças como a depressão podem ser alcançados por meio de estratégias educacionais baseadas em metodologias que estimulem e motivem a participação ativa do idoso (OKIMURA, 2005; GOLDMAN, 1999).

Dessa forma, estratégias de educação em saúde devem focar na descentralização do conhecimento, aproximando-se da realidade familiar com base nas necessidades, no modo de pensar e viver do idoso, modificando sua realidade social e política para que ele possa tomar decisões sobre sua saúde. Essas atividades são realizadas por profissionais de saúde por meio de estratégias de diálogo reflexivo entre o profissional e o cliente, gerando conscientização sobre a saúde e a percepção de ser um participante ativo na transformação de sua vida (MALLMANN et al., 2015).

Estratégias de educação em saúde focadas na saúde do idoso podem incluir atividades em grupo ou individualizadas, com a opção de limitar ou não o número de participantes e um tempo estimado de 50 a 60 minutos para cada sessão. Além disso, é interessante acompanhar a evolução do processo educativo ao longo das intervenções, levando em consideração o contexto e o interesse do idoso, para ajustar as abordagens e aumentar o despertar das atitudes de autocuidado (RIBEIRO et al., 2022).

3.2. Educação em Saúde na prevenção de queimaduras na terceira idade

A educação em saúde é uma ferramenta importante para a promoção do bem-estar e a prevenção de doenças, especialmente entre populações vulneráveis, como

os idosos. Na terceira idade, a prevenção de queimaduras é particularmente importante devido à maior fragilidade da pele e à diminuição da capacidade de resposta a acidentes. Este referencial teórico aborda a importância da educação em saúde para a prevenção de queimaduras em idosos, destacando estratégias eficazes e a relevância desse enfoque no contexto da promoção de saúde (Brasil, 2013).

O envelhecimento traz consigo diversas mudanças fisiológicas que aumentam a vulnerabilidade dos idosos a queimaduras. A pele torna-se mais fina, menos elástica e com menor capacidade de regeneração. Além disso, muitos idosos podem apresentar condições crônicas que afetam a mobilidade, a sensibilidade e a capacidade cognitiva, aumentando o risco de acidentes domésticos e, consequentemente, de queimaduras (Ferreira & Santos, 2015).

A educação em saúde é definida como um conjunto de atividades educativas que visam à promoção da saúde e à prevenção de doenças, capacitando os indivíduos a adotarem comportamentos saudáveis. No contexto da prevenção de queimaduras na terceira idade, a educação em saúde envolve a disseminação de informações sobre os riscos de queimaduras, as medidas preventivas e as ações imediatas em caso de acidente (Silva & Rocha, 2017).

As estratégias de educação em saúde para idosos incluem a realização de programas de informação e sensibilização, como palestras, workshops e campanhas de conscientização sobre os riscos de queimaduras e formas de prevenção. Esses programas devem ser adaptados às necessidades e limitações dos idosos, utilizando linguagem clara e recursos visuais (Brasil, 2013). Além disso, é importante a capacitação de cuidadores e familiares, treinando-os sobre a prevenção de queimaduras, incluindo a identificação de riscos no ambiente doméstico e a implementação de medidas de segurança (Silva & Rocha, 2017).

O desenvolvimento de materiais educativos, como folhetos, cartilhas e vídeos educativos que abordem de forma prática e acessível as principais medidas preventivas contra queimaduras, também é essencial (Ferreira & Santos, 2015). A adaptação do ambiente doméstico para torná-lo mais seguro, como a instalação de dispositivos de segurança em cozinhas e banheiros e a remoção de fontes de risco, é uma medida preventiva eficaz (Brasil, 2013). A utilização de aplicativos e plataformas digitais para a disseminação de informações e orientações sobre prevenção de

queimaduras permite que os idosos acessem o conteúdo de forma prática e contínua (Silva & Rocha, 2017).

Estudos demonstram que programas de educação em saúde podem reduzir significativamente a incidência de queimaduras em idosos (Silva & Rocha, 2017). Através da informação e do empoderamento, os idosos tornam-se mais conscientes dos riscos e das medidas preventivas, contribuindo para um ambiente doméstico mais seguro e uma maior qualidade de vida (OMS, 2005).

A educação em saúde é uma estratégia fundamental para a prevenção de queimaduras na terceira idade. Ao promover a conscientização e capacitar tanto os idosos quanto seus cuidadores, é possível reduzir os riscos de acidentes e melhorar a qualidade de vida dessa população (Brasil, 2013). Investir em programas educativos, materiais didáticos e na adaptação dos ambientes domésticos são ações essenciais para a proteção dos idosos contra queimaduras (Ferreira & Santos, 2015).

3.3. Educação em saúde e prevenção de queimaduras em idosos: bases teóricas e modelos de intervenção

A prevenção de queimaduras em pessoas idosas exige um arcabouço que integre ciência clínica, educação em primeiros socorros e teorias de mudança de comportamento. Diretrizes internacionais recentes enfatizam que a educação em primeiros socorros deve ser construída sobre evidências clínicas e princípios pedagógicos capazes de gerar comportamentos seguros e sustentáveis no cotidiano (IFRC, 2020). Em termos práticos, isso significa articular conteúdos técnicos (o que fazer) com estratégias educacionais (como ensinar para aquele público) e com adaptação ao contexto sociocultural local (IFRC, 2020).

Nesse mesmo sentido, Saha, Singh e Singhal (2022) destacam que educar para o primeiro atendimento em queimaduras envolve mais do que transmitir “passos corretos”: é lidar com barreiras motivacionais, crenças e experiências passadas do aprendiz. Os autores defendem que a abordagem educativa deve ser contextualizada (por exemplo, hábitos de cozinha, fontes de calor no domicílio, uso de aquecedores) e orientada por objetivos comportamentais claros (Saha; Singh; Singhal, 2022). Tal perspectiva reforça a necessidade de oficinas que promovam prática guiada, feedback imediato e simulações curtas, compatíveis com o perfil de aprendizagem de adultos e idosos (Saha; Singh; Singhal, 2022).

A literacia em primeiros socorros e a percepção de risco são determinantes para o autocuidado, mas frequentemente insuficientes em populações diversas. Estudos recentes apontam lacunas de conhecimento específico sobre primeiros cuidados em queimaduras (ex.: resfriar com água corrente por 10–20 minutos e evitar substâncias caseiras) e mostram que intervenções educativas curtas, com material audiovisual, elevam o conhecimento de forma rápida (Papachristodoulou et al., 2023; Moore et al., 2022). Esses dados sustentam a inclusão, nas oficinas, de módulos objetivos sobre o que fazer/não fazer na primeira hora do evento (Papachristodoulou et al., 2023; Moore et al., 2022).

Do ponto de vista comportamental, modelos teóricos ajudam a converter conhecimento em prática. O Modelo de Crenças em Saúde (HBM) tem sido aplicado com sucesso a intervenções de prevenção de acidentes e queimaduras, ao trabalhar percepções de suscetibilidade, severidade, benefícios, barreiras e autoeficácia (Moridi et al., 2021; Tajiki et al., 2021). Em intervenções ancoradas no HBM, observa-se melhora de comportamentos preventivos e de conhecimentos específicos, sugerindo que oficinas devem ir além de “informar”, atuando sobre crenças e confiança para agir (Moridi et al., 2021; Tajiki et al., 2021).

Evidências mais recentes em prevenção de queimaduras reforçam esse raciocínio: revisão de intervenções preventivas em queimaduras indica que teorias como o HBM auxiliam a instalar e manter comportamentos seguros, pois tornam mais provável que pessoas se engajem em condutas de prevenção quando percebem risco e acreditam na eficácia de suas ações (Salt et al., 2025). Assim, oficinas com idosos devem incorporar componentes para reconfigurar percepções (ex.: perigos da água fervente, cabos de panela, extensões elétricas) e treinar respostas simples e eficazes (Salt et al., 2025).

A autoeficácia ocupa papel central nessa engrenagem. Pesquisas de educação em primeiros socorros mostram que métodos ativos (simulações breves, prática repetida, cenários) aumentam conhecimento e autoeficácia, com retenção de até 12 meses (Avau et al., 2022). Em paralelo, estudos sobre autoeficácia em primeiros socorros demonstram que atitudes positivas e “compromisso” com a tarefa mediam a confiança para agir, sustentando o uso de técnicas pedagógicas que reforcem prontidão, senso de competência e segurança para intervir (Yu; Li, 2021).

No campo específico de segurança contra incêndios no domicílio a literatura de intervenções domiciliares oferece elementos práticos. Uma revisão sistemática e metanálise mostrou que programas de segurança no lar podem melhorar conhecimento e alguns comportamentos relacionados à prevenção, especialmente quando combinam educação + medidas facilitadoras (ex.: instalação de equipamentos, inspeção em casa) (Senthilkumaran et al., 2019). Esses resultados inspiram oficinas que articulem conteúdo (riscos, condutas) com planos de ação para mudanças no domicílio do idoso.

Mais recentemente, abordagens de *Intervention Mapping* vêm sendo aplicadas para construir programas de segurança contra incêndios específicos para idosos. Karemaker (2024) descreve um percurso que parte de diagnóstico participativo, define determinantes comportamentais prioritários (controle percebido, atitude e eficácia de resposta) e entrega um programa interativo com tarefas práticas, discussão em grupo e metas de mudança em casa (Karemaker, 2024). Essa sistematização é especialmente útil para planejar oficinas com objetivos, métodos e métricas claros.

A avaliação do programa *Fire Safety at Home* em idosos mostrou efeitos positivos em três de quatro comportamentos-alvo (ex.: uso de extensões/“benjamins”, limpeza de filtro da secadora, carregamento seguro de dispositivos), além de ganhos em atitude e percepção de risco — reforçando a pertinência de focar comportamentos específicos e seus determinantes (Karemaker, 2025). Corolário prático: oficinas precisam transformar recomendações genéricas em tarefas concretas que o idoso consegue executar e acompanhar.

Embora o foco seja prevenção, padrões e diretrizes de cuidado em queimaduras também informam o conteúdo educativo. As *ISBI Practice Guidelines* sintetizam recomendações sobre avaliação, manejo e primeiros cuidados, oferecendo um referencial consistente para padronizar mensagens em oficinas (Ahuja et al., 2016). Para idosos, que tendem a piores desfechos e maior complexidade clínica, alinhar a mensagem educativa ao consenso clínico reforça segurança e coerência do material (Ahuja et al., 2016).

No plano pedagógico, há movimento global por padrões educacionais e cursos multimodais que combinem teoria, prática e simulação. Em ensino de queimaduras, iniciativas como o *SIMline* mostram ganhos de “*hard*” e “*soft skills*”, além de algoritmos de manejo e simulações em escala real (Dumprobst et al., 2025). Embora voltada a

profissionais, a lógica pedagógica, é transferível para oficinas comunitárias com idosos, com simplificação e foco em prevenção e primeiros cuidados.

Por fim, experiências em tele-educação/tele-reabilitação após queimaduras sugerem que formatos híbridos expandem acesso e podem sustentar a manutenção de comportamentos ao longo do tempo (Bayuo et al., 2024). Em um programa transitório de telerreabilitação, observou-se melhoria de qualidade de vida, o que sinaliza utilidade de *follow-ups remotos* para revisar conteúdos, reforçar autoeficácia e monitorar a aplicação das medidas preventivas no domicílio do idoso (Bayuo et al., 2024).

4. METODOLOGIA

4.1. Desenho do Estudo

Tratou-se de um estudo quase-experimental, caracterizado por um delineamento de pesquisa sem grupo controle. Foram realizados pré e pós-testes, com a comparação dos resultados obtidos antes e depois das intervenções estabelecidas (Santos, 2007). Esse tipo de estudo buscou minimizar possíveis vieses na avaliação de pesquisas que utilizaram desenhos não randomizados. As diretrizes adotadas enfatizaram o relato das teorias e a descrição das condições de intervenção e de comparação com maior clareza nos relatos. Tal procedimento contribuiu para uma melhor compreensão da conduta, das descobertas e do grau de semelhança ou diferença em relação a outros estudos da área (Des Jarlais et al., 2004).

4.2. Amostra

O estudo teve início com um grupo de 80 idosos matriculados na Universidade da Maturidade. Contudo, no momento da tabulação dos dados, a amostra final contabilizou 52 participantes. Essa redução ocorreu devido a diferentes fatores: desligamento de alguns participantes do programa, mudança de cidade, perda de contato durante o acompanhamento e um caso de óbito registrado no período. Situação semelhante é relatada em estudos longitudinais e de intervenção com idosos, nos quais perdas amostrais são frequentes por motivos como limitações de saúde, alterações no local de residência e falecimento (SANTOS et al., 2021; COSTA et al., 2020).

Ao todo, participaram 52 idosos, sendo 47 mulheres (90,4%) e 5 homens (9,6%). Essa predominância feminina reflete o perfil observado na maioria dos programas de educação voltados à terceira idade, nos quais as mulheres apresentam maior adesão e permanência, motivadas por fatores como busca de socialização, interesse por práticas preventivas e maior engajamento em atividades coletivas (NERI; CACHIONI, 2020; SILVA et al., 2019). Em estudos sobre educação e envelhecimento, esse fenômeno tem sido interpretado como resultado de diferenças de gênero na percepção de autocuidado e na valorização das interações sociais, aspectos que contribuem para a manutenção da saúde e qualidade de vida na velhice.

4.3. Local do estudo e Período de coleta

O estudo foi desenvolvido na Universidade da Maturidade (UMA/UFT), instituição vinculada à Universidade Federal do Tocantins, no campus de Palmas – TO.

4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos neste estudo indivíduos com idade superior a 45 anos, capazes de responder aos questionários, dispostos a comparecer a todas as oficinas educativas e devidamente matriculados no projeto Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins. Como critérios de exclusão, adotaram-se os seguintes: não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; ausência em dois ou mais encontros; não participação no pré e pós-teste; e solicitação de exclusão do grupo de estudo.

4.5. Cuidados Éticos

De acordo com a Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012), este estudo apresenta como benefícios a melhora do autocuidado na prevenção e primeiros socorros em casos de queimaduras, o aumento da autoeficácia para agir de forma segura, o desenvolvimento de hábitos domésticos mais seguros e a melhoria da qualidade de vida dos participantes. Entre os riscos, incluem-se possível desconforto durante as atividades, constrangimento ao relatar experiências pessoais, risco mínimo de quebra de sigilo e eventual exposição a doenças infecciosas, como a Covid-19. Para minimizar esses riscos, foram adotadas medidas como explicação prévia das atividades, garantia de sigilo e anonimato, respeito ao ritmo dos participantes e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com cópia ao participante.

4.6. Instrumentos

4.6.1. Questionário socioeconômico

O questionário socioeconômico foi estruturado para avaliar informações de identificação e caracterização dos participantes, incluindo nome, idade, estado civil, telefone, data de nascimento, sexo, escolaridade, renda familiar, número de pessoas que residiam na mesma casa e situação ocupacional (Anexo I).

4.6.2. Autocuidado *Appraisal of Self-care Agency Scale (ASA)*

A Escala ASA (Anexo II) foi utilizada para avaliar as capacidades de autocuidado dos participantes. Trata-se de um instrumento aplicado em adultos em diferentes condições de saúde, investigando aspectos relacionados ao desenvolvimento, operabilidade e adequação do autocuidado, bem como alterações decorrentes de doenças ou desvios de saúde. A escala é composta por 24 itens, distribuídos em três subcategorias: (1) disposições e capacidades fundamentais; (2) componentes de poder; e (3) operações de autocuidado, que representam o limite entre capacidade e ação. Cada item foi pontuado de 1 a 5, totalizando um escore entre 24 e 120 pontos, com a seguinte classificação: péssimo (24–39), ruim (40–55), regular (56–71), bom (72–87), muito bom (88–103) e ótimo (104–120) (Silva; Kimura, 2002; Damásio; Koller, 2013).

4.6.3. Questionário sobre risco de queimaduras

O questionário sobre risco de queimaduras (Anexo III) teve como objetivo avaliar fatores de risco e práticas cotidianas relacionadas à ocorrência de queimaduras, além de promover a conscientização preventiva na população idosa (Rev Bras Queimaduras, 2014). Foram coletados dados demográficos e comportamentais que permitiram identificar grupos mais vulneráveis e hábitos que aumentavam a probabilidade de acidentes, como manuseio de líquidos quentes, uso de equipamentos elétricos e armazenamento inadequado de produtos inflamáveis. Durante a aplicação, o instrumento também atuou como ferramenta educativa, estimulando os participantes a refletirem sobre comportamentos de risco e incentivando a adoção de medidas preventivas simples, como o uso de protetores em tomadas e a manutenção segura de equipamentos domésticos.

4.7. Intervenções/Oficinas

As intervenções educativas foram realizadas em quatro oficinas temáticas, com duração média de 60 minutos cada, ministradas de forma expositiva e dialogada, incluindo demonstrações práticas e uso de materiais visuais.

As ações educativas foram estruturadas em quatro oficinas temáticas, cada uma com foco específico e fundamentação teórica alinhada às necessidades do público-alvo. A Oficina 1 abordou o reconhecimento dos diferentes tipos de queimaduras, discutindo suas principais causas e apresentando estratégias de prevenção adaptadas ao contexto doméstico, com exemplos práticos baseados na realidade dos participantes. A Oficina 2 concentrou-se nos procedimentos corretos de primeiros socorros, enfatizando condutas respaldadas por evidências científicas e alertando sobre práticas inadequadas que podem agravar o quadro clínico.

Já a Oficina 3 tratou dos cuidados com a pele, destacando a importância da hidratação, da integridade cutânea e da proteção contra agentes térmicos e químicos, além de instruir sobre produtos e métodos adequados para cada faixa etária. Por fim, a Oficina 4 discutiu os riscos associados ao uso inadequado de medicamentos, explorando sua relação com acidentes térmicos e fornecendo orientações sobre práticas seguras de armazenamento e manuseio, com ênfase na leitura correta de rótulos e no descarte responsável.

Quadro 1 - Registro fotográfico das atividades educativas



Todas as oficinas foram planejadas para estimular a participação ativa, promover o compartilhamento de experiências e reforçar a autoeficácia dos idosos na prevenção e no manejo inicial de queimaduras.

Tabela 1 - Intervenções/metodologia a ser aplicada

Item	Tema/procedimento	Objetivo	Duração
1ª	Aplicação do questionário socioeconômico + risco de queimaduras + ASA+ TCLE	Encontro em grupo, aplicação individualizada.	45 a 60 minutos
2ª	Oficina 1: Reconhecimento e Prevenção de Queimaduras	Ensinar os idosos a identificar diferentes tipos de queimaduras e como preveni-las.	45 a 60 minutos
3ª	Oficina 2: Primeiros Socorros para Queimaduras	Ensinar técnicas de primeiros socorros específicos para queimaduras.	45 a 60 minutos
4ª	Oficina 3: Cuidados com a Pele para Prevenção de Queimaduras	Promover cuidados com a pele para prevenir queimaduras e manter a saúde da pele em idosos.	45 a 60 minutos
5ª	Oficina 4: Educação sobre Riscos e Prevenção no Uso de Medicamentos	Ensinar sobre os riscos de queimaduras químicas e reações adversas no uso de medicamentos.	45 a 60 minutos
6ª	Reaplicação do questionário socioeconômico + risco de queimaduras + ASA	Encontro em grupo, aplicação individualizada.	45 a 60 minutos

Fonte: Elaboração própria

4.8. Análise estatística

Os dados foram coletados por meio de formulários eletrônicos (Google Forms) e posteriormente tabulados no próprio sistema e exportados para análise no software Jamovi. As variáveis foram expressas em frequência absoluta e relativa, bem como em mediana e intervalo interquartil (25%–75%). Para a comparação das variáveis dependentes e independentes, foi utilizado o teste de Wilcoxon. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$ (5%).

4.9. Impacto social

O projeto buscou não apenas melhorar a saúde mental das pessoas idosas participantes da Universidade da Maturidade (UMA), vinculada à Universidade Federal do Tocantins (UFT), mas também servir como modelo para outras comunidades e programas de educação em saúde. A disseminação dos resultados e da metodologia adotada poderá contribuir significativamente para a formulação de políticas públicas mais eficazes na promoção do envelhecimento ativo e saudável (Osório, 2023).

5. RESULTADOS

Entre os 52 idosos participantes, houve predominância feminina, com 47 mulheres (78,33%) e 5 homens (8,33%). A maioria era aposentada (48,33%), seguida por aposentados que ainda trabalham (23,33%), donas de casa (16,67%) e pensionistas (11,67%).

Quanto ao estado civil, 30% eram viúvos, 26,67% casados, 23,33% divorciados e 20% solteiros. Em escolaridade, 33,33% tinham ensino médio, 23,33% ensino superior, 20% ensino fundamental de 5ª a 8ª série, 16,67% de 1ª a 4ª série, e apenas 3,33% possuíam especialização ou não estudaram.

Na renda familiar, 50% recebiam até um salário-mínimo, 35% de um a dois salários, e 15% acima de dois salários-mínimos. Sobre a moradia, 25% viviam apenas com o cônjuge, 20% sozinhos, 16,67% com cônjuge e filhos, 13,33% com filhos e netos, 11,67% apenas com netos e 13,33% com outros familiares.

A maioria tinha acesso à internet (83,33%). Esses dados traçam o perfil socioeconômico e tecnológico do grupo, servindo de base para direcionar as ações educativas às suas necessidades.

Tabela 2 - Respostas do questionário socioeconômico

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem (%)
Sexo	Mulheres	47	78,33
	Homens	5	8,33
Situação Ocupacional	Aposentado	29	48,33
	Dona de casa	10	16,67
	Pensionista	7	11,67
	Aposentado/trabalha	14	23,33
Estado Civil	Casado	16	26,67
	Solteiro	12	20
	Viúvo	18	30
	Divorciado	14	23,33
Escolaridade	1ª a 4ª série do Ensino Fundamental	10	16,67
	5ª a 8ª série do Ensino Fundamental	12	20
	Ensino Médio	20	33,33
	Ensino Superior	14	23,33
	Especialização	2	3,33
	Não estudou	2	3,33
Renda Familiar	Até 1 salário-mínimo	30	50
	De 1 a 2 salários-mínimos	21	35
	Acima de 2 salários-mínimos	9	15

	Sem renda	0	0
Mora com quem	Apenas cônjuge	15	25
	Cônjuge e filhos	10	16,67
	Filhos e netos	8	13,33
	Mora sozinho	12	20
	Netos	7	11,67
	Outros	8	13,33
Acesso à internet	Sim	50	83,33
	Não	10	16,67

A análise do questionário sobre risco de queimaduras revelou aspectos importantes relacionados ao histórico pessoal, à presença de fatores de risco no domicílio e a práticas culturais e de lazer que podem aumentar a exposição a acidentes térmicos.

Dos participantes, 41,7% (n=25) relataram já ter sofrido algum tipo de queimadura, enquanto 58,3% (n=35) nunca passaram por essa experiência. Além disso, 66,7% (n=40) afirmaram que familiares ou amigos próximos já sofreram queimaduras, indicando que, mesmo quando não vivida diretamente, a experiência é comum no círculo social dos idosos. Entre os tipos de queimaduras, as térmicas foram as mais frequentes (50%, n=30), seguidas das elétricas (8,3%, n=5), químicas (6,7%, n=4) e por radiação (1,7%, n=1). Esses dados corroboram estudos como o de Smolle et al. (2017), que apontam as queimaduras térmicas, especialmente por líquidos aquecidos, como as mais comuns em ambientes domésticos e entre idosos.

Figura 1 - Já sofreu queimadura?

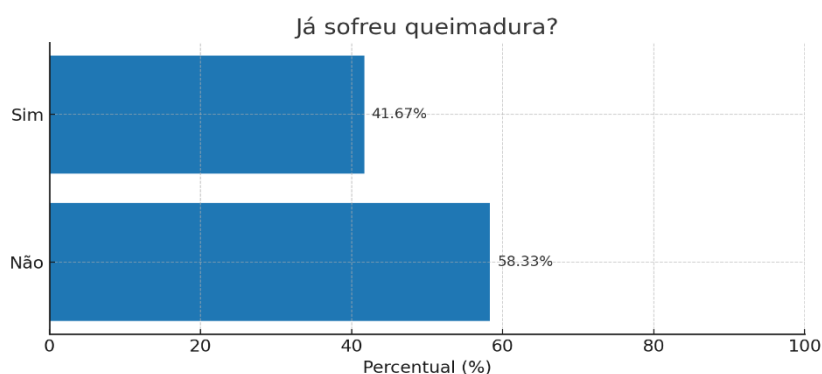


Figura 2 - Familiar/amigo já sofreu queimadura?

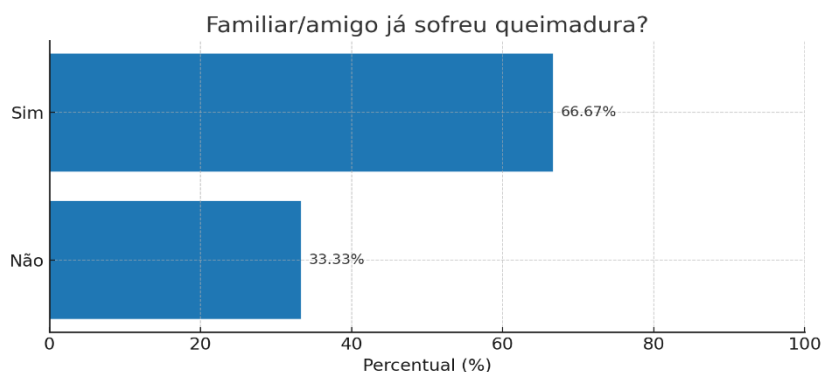
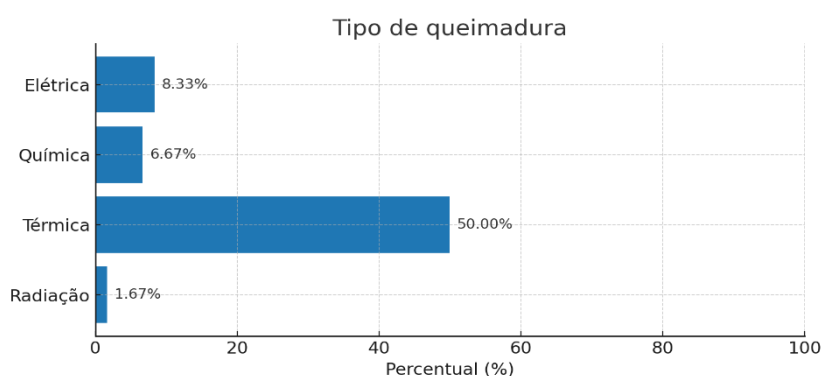


Figura 3 - Tipo de queimadura



Embora a maioria (83,3%, n=50) mantenha o ferro de passar roupas fora do alcance de crianças, 16,7% (n=10) admitiram deixá-lo em local acessível, o que representa risco significativo. Quanto ao botijão de gás, 41,7% (n=25) o armazenavam dentro de casa (exposto ou guardado), 33,3% (n=20) fora de casa e 16,7% (n=10) possuíam sistema encanado. A posição dos cabos de panela também mostrou atenção parcial à prevenção: 70% (n=42) afirmaram deixá-los voltados para dentro do fogão, enquanto 30% (n=18) mantêm para fora, aumentando o risco de derramamentos e queimaduras, conforme alertam Ferreira e Santos (2015).

Figura 4 - Ferro exposto a crianças?

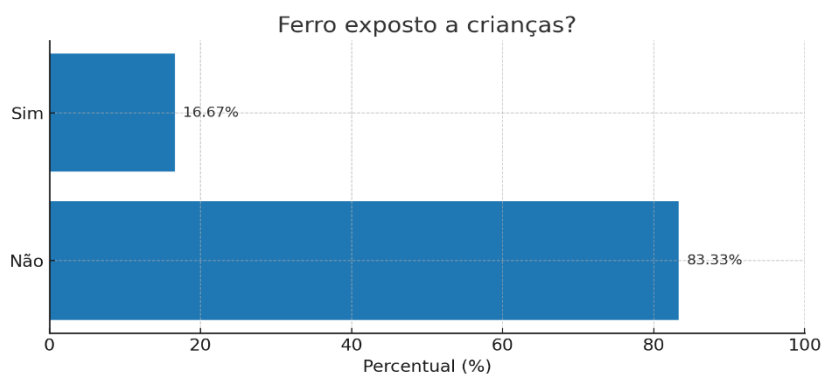


Figura 5 - Localização do botijão

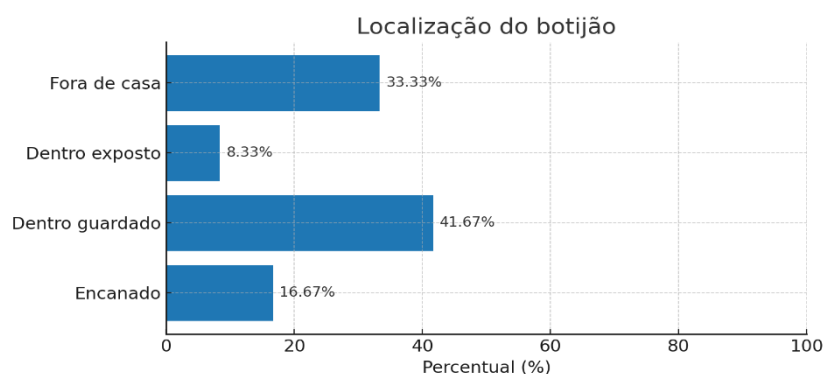
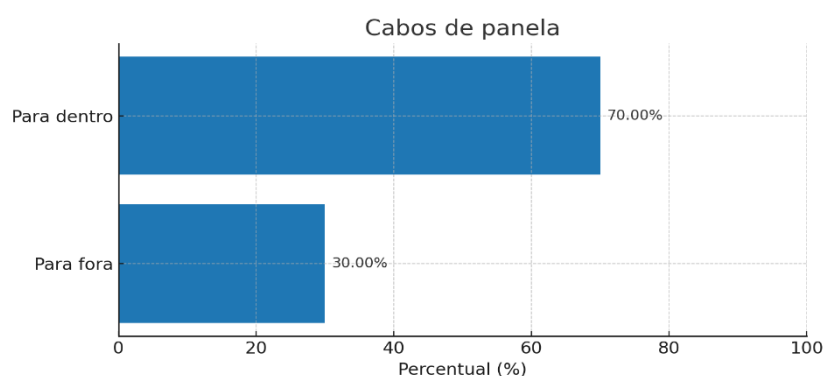


Figura 6 - Cabos de panela



No que se refere à instalação elétrica, 33,3% (n=20) possuíam tomadas altas, 25% (n=15) baixas com protetor e 41,7% (n=25) baixas sem proteção — esta última condição é apontada por Silva e Rocha (2017) como fator de risco direto para acidentes domésticos. O uso de extensões e “pinos T” foi relatado por 46,7% (n=28) dos idosos, e 25% (n=15) admitiram manusear aparelhos elétricos descalços ou molhados, comportamento de alto risco para choques e queimaduras elétricas.

Figura 7 - Tipo de tomadas

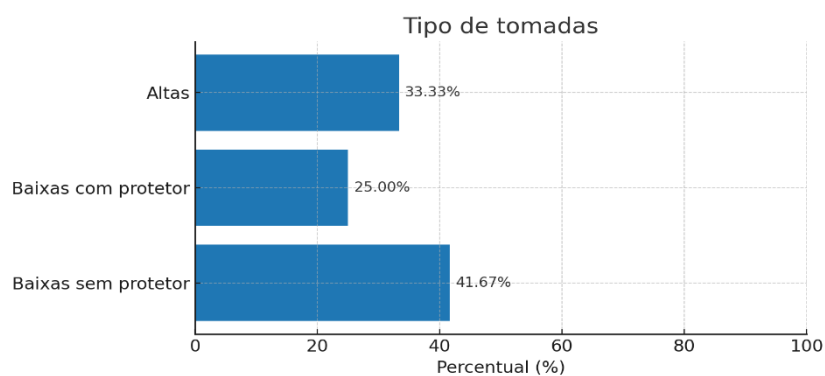


Figura 8 - Uso de extensões/pino T

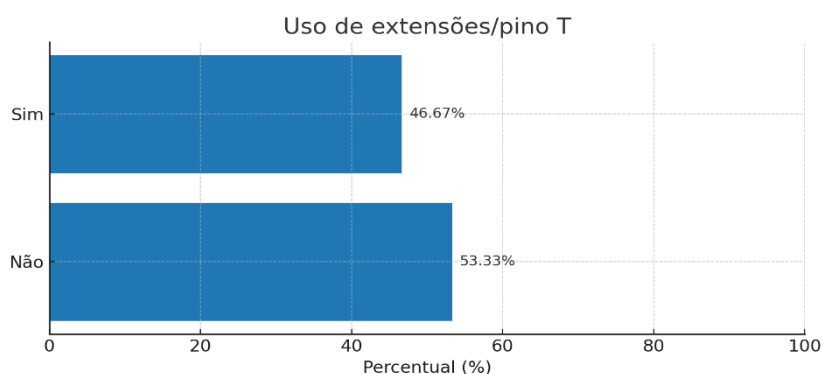
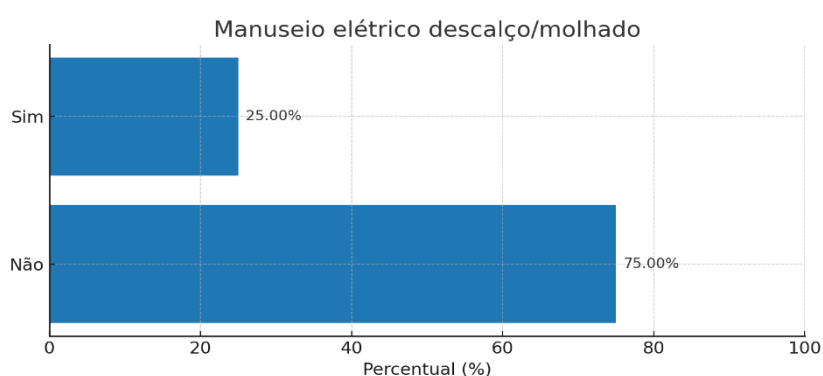


Figura 9 - Manuseio elétrico descalço/molhado



Quanto ao armazenamento de inflamáveis, 50% (n=30) mantinham esses produtos separados em locais elevados, enquanto 6,7% (n=4) os guardavam junto com alimentos e 13,3% (n=8) junto com produtos de limpeza. Apesar de 66,7% (n=40) informarem que os inflamáveis estão devidamente identificados, 33,3% (n=20) não adotam essa prática. Situação semelhante foi observada para produtos ácidos: 58,3% (n=35) armazenam em locais elevados, mas 21,7% (n=13) não usam esses produtos e 16,7% (n=10) os mantêm em locais baixos, acessíveis.

Figura 10 - Armazenamento de inflamáveis

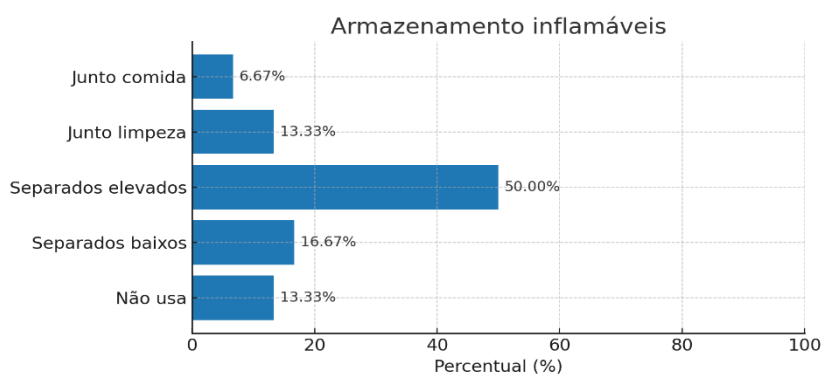


Figura 11 - Inflamáveis identificados?

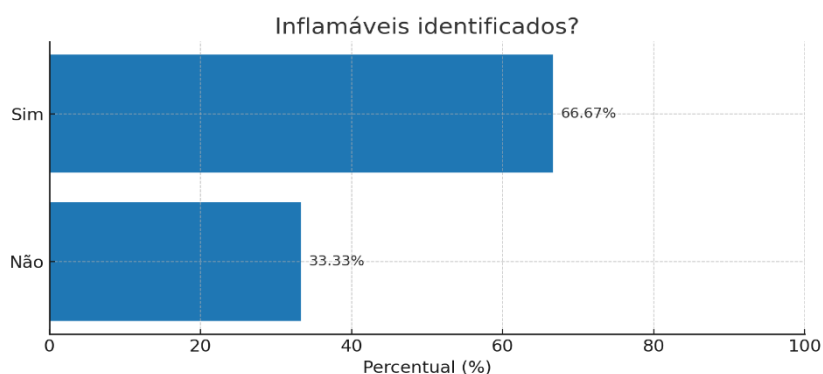


Figura 12 - Armazenamento de ácidos

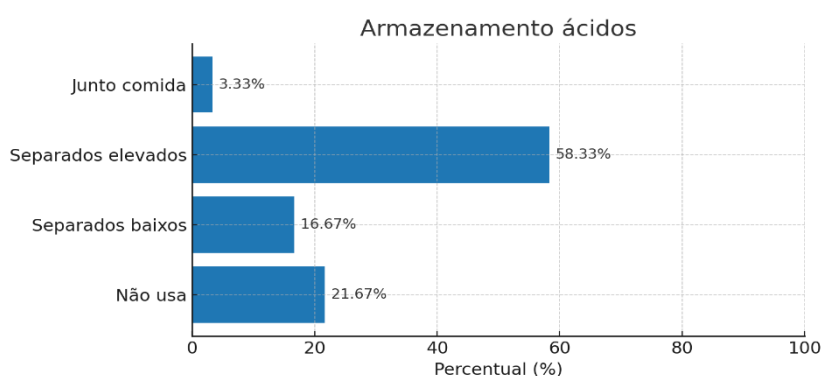
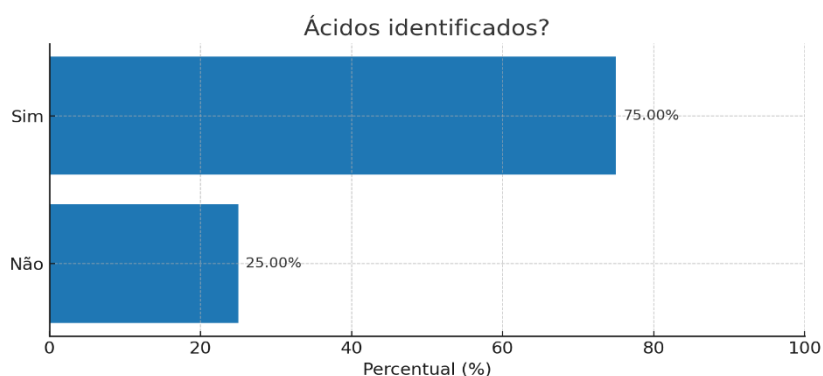


Figura 13 - Ácidos identificados?



A participação em fogueiras, tradicional em festas juninas, foi relatada por 30% (n=18) dos participantes, sendo que 27,8% (n=5) destes admitiram proximidade com riscos como matas, produtos inflamáveis e fios elétricos. Quanto ao uso de fogos de artifício, 16,7% (n=10) relataram uso por adultos com supervisão segura, 5% (n=3) indicaram supervisão insegura e 3,3% (n=2) afirmaram uso indistinto por adultos e crianças, cenário que aumenta a probabilidade de acidentes, conforme evidenciado por Wu et al. (2023).

Figura 14 - Participa de fogueiras?

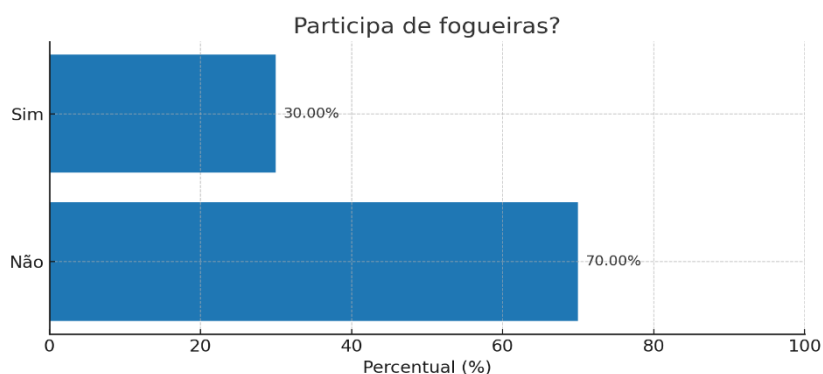
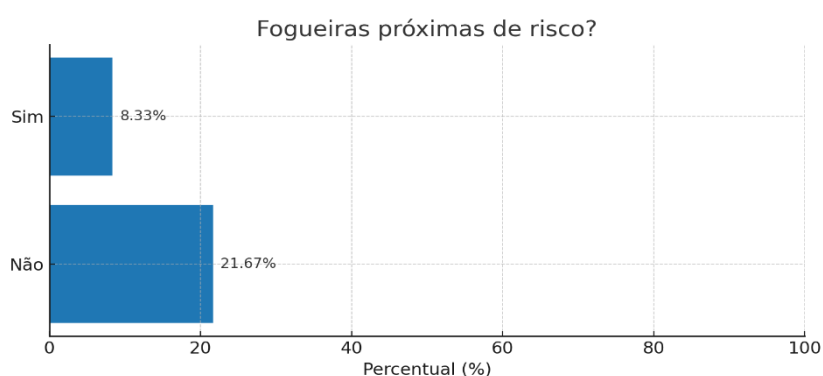


Figura 15 - Fogueiras próximas de risco?



Por outro lado, 83,3% (n=50) dos participantes relataram utilizar medidas de proteção contra a radiação solar, como o uso de protetor solar ou chapéu de aba larga. No entanto, 13,3% (n=8) ainda se expõem ao sol entre 10h e 16h sem qualquer forma de proteção, período em que a radiação ultravioleta atinge níveis mais elevados, o que potencializa o risco de queimaduras solares e danos cumulativos à pele. Esse comportamento, segundo Oliveira et al. (2021) e Silva et al. (2019)..

Figura 16 - Uso de fogos de artifício

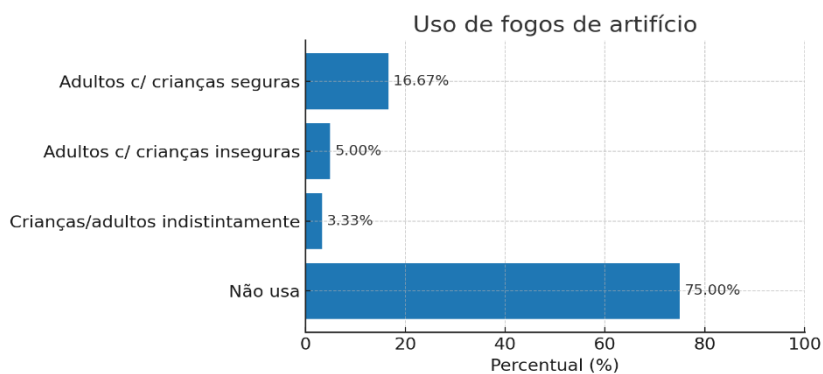


Figura 17 - Proteção solar/chapéu

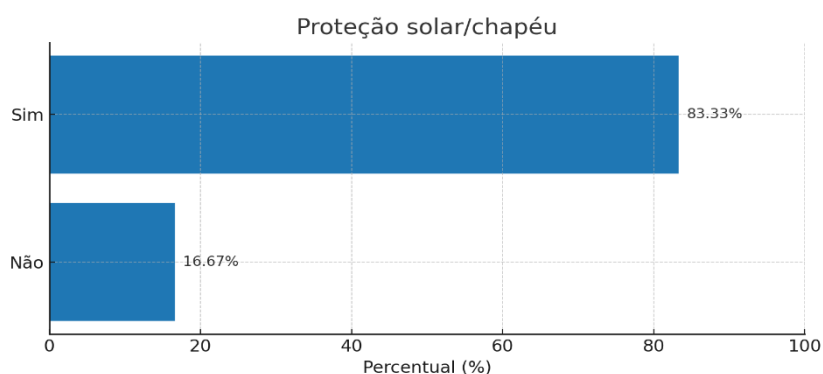
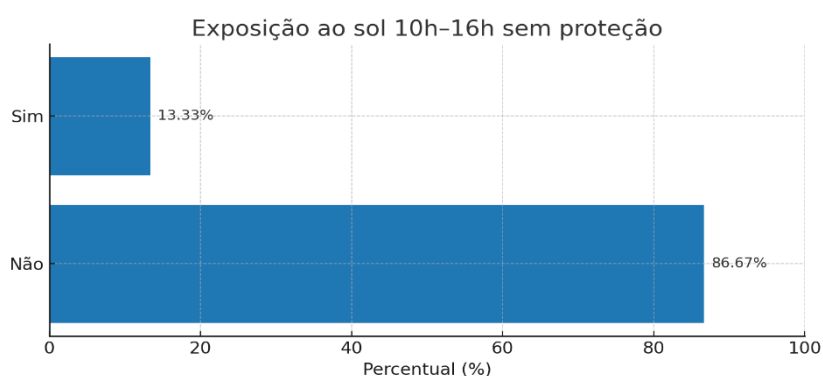


Figura 18 - Exposição ao sol 10h–16h sem proteção



Esses dados reforçam que, embora haja conhecimento e práticas seguras entre parte dos idosos, comportamentos e condições de risco ainda são frequentes, especialmente no manejo de equipamentos domésticos, armazenamento de inflamáveis e participação em práticas culturais com potencial para queimaduras. Conforme defendem Mallmann et al. (2015) e Ribeiro et al. (2022), intervenções educativas precisam ser adaptadas ao contexto sociocultural e cotidiano dos idosos, abordando diretamente os riscos identificados e estimulando mudanças comportamentais sustentáveis.

Tabela 3 - Respostas do questionário sobre os riscos de queimaduras

Pergunta	Resposta	n	%
Já sofreu queimadura?	Sim	25	41,67
Já sofreu queimadura?	Não	35	58,33
Familiar/amigo já sofreu queimadura?	Sim	40	66,67
Familiar/amigo já sofreu queimadura?	Não	20	33,33
Tipo de queimadura	Elétrica	5	8,33
Tipo de queimadura	Química	4	6,67
Tipo de queimadura	Térmica	30	50
Tipo de queimadura	Radiação	1	1,67
Ferro exposto a crianças?	Sim	10	16,67

Ferro exposto a crianças?	Não	50	83,33
Localização do botijão	Fora de casa	20	33,33
Localização do botijão	Dentro exposto	5	8,33
Localização do botijão	Dentro guardado	25	41,67
Localização do botijão	Encanado	10	16,67
Cabos de panela	Para dentro	42	70
Cabos de panela	Para fora	18	30
Tipo de tomadas	Altas	20	33,33
Tipo de tomadas	Baixas com protetor	15	25
Tipo de tomadas	Baixas sem protetor	25	41,67
Uso de extensões/pino T	Sim	28	46,67
Uso de extensões/pino T	Não	32	53,33
Manuseio elétrico descalço/molhado	Sim	15	25
Manuseio elétrico descalço/molhado	Não	45	75
Armazenamento inflamáveis	Junto comida	4	6,67
Armazenamento inflamáveis	Junto limpeza	8	13,33
Armazenamento inflamáveis	Separados elevados	30	50
Armazenamento inflamáveis	Separados baixos	10	16,67
Armazenamento inflamáveis	Não usa	8	13,33
Inflamáveis identificados?	Sim	40	66,67
Inflamáveis identificados?	Não	20	33,33
Armazenamento ácidos	Junto comida	2	3,33
Armazenamento ácidos	Separados elevados	35	58,33
Armazenamento ácidos	Separados baixos	10	16,67
Armazenamento ácidos	Não usa	13	21,67
Ácidos identificados?	Sim	45	75
Ácidos identificados?	Não	15	25
Participa de fogueiras?	Sim	18	30
Participa de fogueiras?	Não	42	70
Fogueiras próximas de risco?	Sim	5	8,33
Fogueiras próximas de risco?	Não	13	21,67
Uso de fogos de artifício	Adultos c/ crianças seguras	10	16,67
Uso de fogos de artifício	Adultos c/ crianças inseguras	3	5
Uso de fogos de artifício	Crianças/adultos indistintamente	2	3,33
Uso de fogos de artifício	Não usa	45	75
Proteção solar/chapéu	Sim	50	83,33
Proteção solar/chapéu	Não	10	16,67
Exposição ao sol 10h–16h sem proteção	Sim	8	13,33
Exposição ao sol 10h–16h sem proteção	Não	52	86,67

A avaliação da autoeficácia dos participantes antes e após a realização das oficinas educativas evidenciou um avanço expressivo na confiança e na capacidade

percebida para prevenir e manejar situações de risco relacionadas a queimaduras. No pré-teste, a média do escore de autoeficácia indicava um nível moderado de confiança, com respostas que revelavam conhecimento parcial sobre condutas seguras, mas também incertezas quanto à aplicação prática dessas ações no cotidiano.

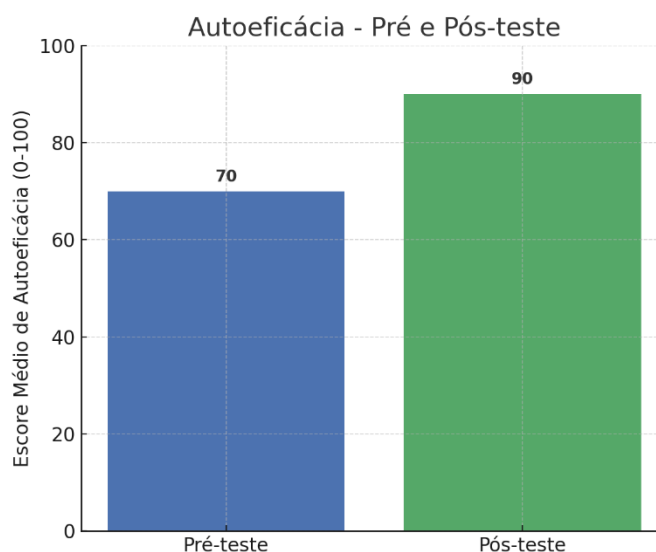
Após a intervenção, os resultados do pós-teste apontaram para um aumento significativo no escore médio, evidenciando uma elevação do nível de autoeficácia para a categoria alta. Esse incremento refletiu não apenas uma melhor compreensão teórica dos procedimentos de prevenção e primeiros socorros, mas também maior segurança na execução dessas práticas, resultado que pode ser atribuído ao caráter prático e participativo das oficinas, nas quais foram realizadas demonstrações, simulações e discussões em grupo.

Os dados deste estudo corroboram a teoria social cognitiva de Bandura (1997), segundo a qual a autoeficácia é um determinante central para a adoção de novos comportamentos, pois influencia diretamente a motivação, o esforço e a persistência na execução das ações. Nesse sentido, os participantes passaram a relatar maior disposição para implementar mudanças em seu ambiente doméstico, como reorganização da cozinha, uso correto de equipamentos e armazenamento seguro de substâncias inflamáveis, bem como maior confiança para agir em situações emergenciais, como o atendimento inicial em casos de queimadura.

Estudos prévios, como os de Moridi et al. (2021) e Tajiki et al. (2021), também demonstram que intervenções educativas estruturadas, quando alinhadas ao contexto cultural do público-alvo, têm potencial para ampliar significativamente a autoeficácia, resultando em mudanças comportamentais sustentáveis. No presente estudo, o uso de recursos visuais, a linguagem acessível e o diálogo aberto entre educador e participantes favoreceram a internalização das informações e o fortalecimento da percepção de competência individual.

Assim, o aumento observado na autoeficácia pós-intervenção sugere que as oficinas educativas não apenas elevaram o conhecimento, mas também proporcionaram aos idosos maior autonomia e segurança para agir de forma preventiva, confirmando o papel central das estratégias educativas na promoção da saúde e na redução do risco de queimaduras na população idosa.

Figura 19 - Autoeficácia (Pré e Pós-teste)



A aplicação da Escala de Avaliação das Capacidades de Autocuidado (ASA) permitiu mensurar o impacto das oficinas educativas na promoção do autocuidado entre os idosos participantes. No pré-teste, a média do escore total foi de 82 pontos, enquadrando-se na classificação “Bom” segundo os parâmetros da escala. Esse resultado inicial indica que, antes da intervenção, os participantes já apresentavam comportamentos favoráveis ao autocuidado, embora com potencial de aprimoramento, especialmente no que se refere à adoção sistemática de práticas preventivas.

Após a realização das oficinas, o pós-teste revelou uma elevação da média para 96 pontos, alcançando a classificação “Muito Bom”. Essa variação absoluta de 14 pontos corresponde a um incremento relativo de 17,07% em relação ao valor inicial, evidenciando avanço consistente nas competências de autocuidado. Esse ganho sugere que a intervenção educativa contribuiu para ampliar não apenas o conhecimento, mas também a autoeficácia, entendida como a confiança do indivíduo em sua capacidade de realizar ações benéficas para a própria saúde (BANDURA, 1997).

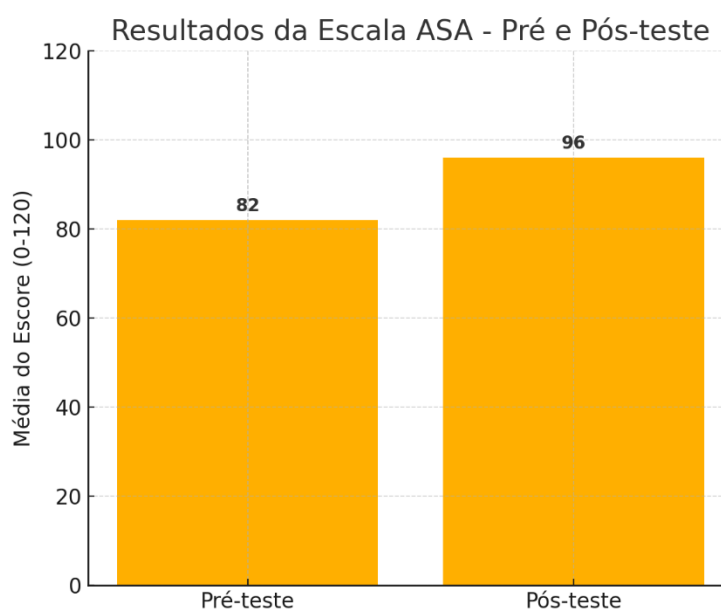
O fortalecimento do autocuidado identificado nesta pesquisa está em consonância com estudos que apontam a eficácia de estratégias educativas participativas e dialógicas para promover mudanças comportamentais duradouras na população idosa (MALLMANN et al., 2015; RIBEIRO et al., 2022). Tais resultados confirmam que a aprendizagem em saúde, quando vinculada à realidade sociocultural

do público-alvo, favorece a assimilação do conteúdo e a adoção prática das orientações recebidas (FALKENBERG et al., 2014).

Além disso, conforme proposto por Orem (2013) na Teoria do Autocuidado, a capacidade de identificar necessidades, planejar e executar ações preventivas é um elemento central para a manutenção da saúde, especialmente no envelhecimento. Nesse sentido, o aumento do escore médio observado neste estudo indica que as oficinas não apenas transmitiram informação, mas estimularam o desenvolvimento de habilidades cognitivas, atitudinais e comportamentais que sustentam o autocuidado a longo prazo.

Esses dados reforçam a importância da continuidade e ampliação de programas educativos voltados para a população idosa, considerando que o fortalecimento das capacidades de autocuidado pode reduzir a ocorrência de agravos à saúde, promover maior autonomia e melhorar a qualidade de vida.

Figura 20 - Escala ASA (Pré e Pós-teste)



6. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo demonstram que as oficinas educativas sobre prevenção de queimaduras promoveram melhorias significativas no autocuidado e na autoeficácia dos idosos participantes. Esse achado reforça o papel das intervenções de caráter participativo e contextualizado, como preconizado por Barbosa e Neto (2021), que defendem a educação em saúde como prática dialógica, capaz de transformar comportamentos e ampliar a autonomia dos sujeitos,

especialmente na velhice. A melhora nos escores de autocuidado e autoeficácia observada no pós-teste indica não apenas aquisição de conhecimento, mas também mudanças nas atitudes e na percepção de competência para agir preventivamente.

A análise do perfil socioeconômico dos participantes revelou predominância do sexo feminino, escolaridade variada e concentração de renda em faixas mais baixas. Esse panorama é compatível com estudos nacionais (Miranda et al., 2016; IBGE, 2023), que apontam a feminização da velhice e destacam que mulheres idosas tendem a buscar com maior frequência espaços de socialização e aprendizagem, como a UMA. Neila Osório Barbosa (2020) ressalta que a presença feminina majoritária nesses programas é uma oportunidade estratégica para fomentar redes de cuidado e solidariedade, pois elas frequentemente assumem papéis de cuidadoras dentro e fora da família.

Os dados sobre risco de queimaduras no ambiente doméstico evidenciaram vulnerabilidades importantes, como armazenamento inadequado de inflamáveis, uso de extensões elétricas e cabos de panela posicionados de forma insegura. Esses fatores são amplamente reconhecidos na literatura como causas recorrentes de acidentes domésticos entre idosos (Wu et al., 2023; Ferreira & Santos, 2015). Neto et al. (2019) argumentam que a educação preventiva deve ir além da transmissão de informações, incorporando estratégias de modificação ambiental e prática supervisionada para que as mudanças sejam incorporadas à rotina de forma duradoura.

A elevada prevalência de queimaduras térmicas relatada pelos participantes (50% dos casos entre aqueles que já se queimaram) é consistente com dados de Smolle et al. (2017) e Daronch et al. (2023), que identificam líquidos aquecidos como principais agentes etiológicos em idosos. Essa constatação reforça a pertinência do foco das oficinas em situações do cotidiano, como manipulação de panelas, preparo de alimentos e uso de equipamentos domésticos, aspectos também defendidos por Barbosa e colaboradores (2022) como prioritários na educação para a saúde do idoso.

A melhora expressiva na média da Escala ASA, passando de “Bom” para “Muito Bom”, indica que os idosos não apenas absorveram o conteúdo, mas internalizaram as práticas de autocuidado. Orem (2013), na Teoria do Autocuidado, enfatiza que o desenvolvimento dessas capacidades envolve três dimensões: habilidades, motivação e apoio social. As oficinas atenderam a essas três dimensões, promovendo

conhecimento técnico, encorajamento individual e interação em grupo. Neto et al. (2020) destacam que a vivência coletiva potencializa a adesão às práticas preventivas por meio da troca de experiências e do reforço positivo entre pares.

A autoeficácia, avaliada antes e depois das intervenções, apresentou aumento significativo, o que, segundo a Teoria Social Cognitiva de Bandura (1997), é determinante para a adoção e manutenção de comportamentos de saúde. Intervenções que combinam teoria e prática, como as realizadas neste estudo, são eficazes para elevar a percepção de competência, aspecto essencial para que o idoso se perceba como agente ativo na prevenção de riscos. Estudos recentes (Moridi et al., 2021; Tajiki et al., 2021) confirmam que esse tipo de abordagem reduz a probabilidade de recaída para comportamentos inseguros.

A experiência da UMA, relatada por Barbosa e Neto (2021), já havia mostrado resultados positivos na promoção do envelhecimento ativo, com ganhos em autonomia, saúde mental e integração social. O presente estudo acrescenta evidências de que tais programas também podem atuar de forma efetiva na prevenção de acidentes domésticos, desde que o conteúdo seja adaptado às necessidades reais do público. A integração entre teoria e prática, defendida por esses autores, foi determinante para que os participantes aplicassem no dia a dia o que aprenderam nas oficinas.

O fato de 83,3% dos participantes possuírem acesso à internet e 80% demonstrarem interesse em ações on-line indica um cenário favorável para integrar estratégias presenciais e remotas de educação em saúde. Essa disponibilidade tecnológica, embora não alcance todos, permite o acompanhamento contínuo das práticas preventivas, conforme apontam Bayuo et al. (2024) ao analisar programas híbridos de reabilitação e prevenção. Neto et al. (2022) acrescentam que, quando adaptados às necessidades dos idosos, os recursos digitais ampliam o alcance das ações educativas e fortalecem a retenção do conteúdo.

A análise dos fatores de risco reforça que, mesmo em um grupo engajado em atividades de promoção da saúde, persistem comportamentos inseguros e condições ambientais inadequadas. Isso corrobora Ribeiro et al. (2022), que destacam a necessidade de abordagens contínuas, com reforço periódico das orientações, para que as mudanças se consolidem. No contexto da UMA, Barbosa e Neto (2020)

defendem a educação permanente como estratégia central, permitindo revisitar e aprofundar os temas ao longo do tempo.

Os resultados também revelaram forte presença de práticas culturais associadas ao risco, como a participação em fogueiras e o uso de fogos de artifício. Essas manifestações, enraizadas no contexto cultural, exigem estratégias de prevenção que respeitem as tradições, mas modifiquem comportamentos de risco. De acordo com Karemaker (2024), a adaptação cultural das intervenções é essencial para garantir adesão e efetividade, o que foi observado neste estudo ao se discutir alternativas seguras para manter as tradições.

A melhoria dos escores de autoeficácia pós-intervenção também pode ser explicada pelo componente prático das oficinas, que incluíram simulações e demonstrações. Avau et al. (2022) destacam que métodos ativos elevam a retenção do conhecimento e aumentam a confiança para agir, mesmo meses após a intervenção. Essa abordagem é coerente com a metodologia já aplicada por Neto e colaboradores (2018) em outros programas da UMA, onde a prática supervisionada foi determinante para resultados positivos em saúde.

O presente estudo reforça a importância de considerar o perfil socioeconômico na formulação das estratégias educativas. Idosos com menor escolaridade e renda tendem a apresentar lacunas de conhecimento e barreiras para adotar práticas seguras, conforme observado por Faria (2000) e confirmado por Okimura (2005). No entanto, Barbosa e Neto (2021) demonstram que, quando a educação em saúde é contextualizada e utiliza linguagem acessível, essas barreiras podem ser superadas, como evidenciado na evolução dos participantes deste estudo.

Outro aspecto relevante é que a socialização proporcionada pelas oficinas favoreceu o engajamento e a motivação dos idosos. Segundo Gadotti (2016), a aprendizagem coletiva fortalece vínculos, cria senso de pertencimento e amplia o impacto das ações educativas. Essa dimensão social foi destacada por Neila Osório Barbosa em diversos trabalhos, ressaltando que a educação em saúde, quando associada à convivência, atua também como fator protetivo para a saúde mental e física.

Embora os resultados indiquem melhorias significativas, é importante reconhecer que algumas práticas inseguras persistiram no pós-intervenção, como o uso de extensões e pinos T e o armazenamento inadequado de produtos perigosos.

Isso sugere que, conforme apontado por Senthilkumaran et al. (2019), mudanças comportamentais completas podem exigir intervenções mais longas e acompanhamentos periódicos. No contexto da UMA, isso reforça a pertinência de integrar módulos de reforço nas atividades regulares.

Em síntese, os resultados confirmam a eficácia das oficinas na promoção do autocuidado e da autoeficácia para a prevenção de queimaduras, corroborando a importância das estratégias educativas participativas e adaptadas ao contexto sociocultural. Ao mesmo tempo, apontam para a necessidade de continuidade das ações e de um acompanhamento longitudinal para consolidar e ampliar os ganhos obtidos. O estudo alinha-se às proposições de Barbosa e Neto (2021), que defendem a educação permanente e integrada como eixo central para o envelhecimento ativo e seguro.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou que as oficinas educativas realizadas com idosos da Universidade da Maturidade (UMA) foram eficazes na promoção do autocuidado, no fortalecimento da autoeficácia e na prevenção de riscos de queimaduras no ambiente doméstico. Os resultados evidenciaram um avanço significativo entre o pré e o pós-teste tanto na Escala ASA quanto nas medidas de autoeficácia, confirmando que intervenções estruturadas, dialógicas e culturalmente adaptadas têm potencial para gerar mudanças concretas no comportamento e na percepção de competência dos participantes.

A caracterização socioeconômica dos idosos revelou um perfil majoritariamente feminino, com diversidade de escolaridade e predominância de rendas mais baixas, o que, segundo a literatura, pode representar vulnerabilidade social e aumentar a exposição a riscos ambientais. Entretanto, a participação ativa nas oficinas, aliada à metodologia participativa, mostrou-se capaz de superar barreiras relacionadas à escolaridade e à limitação de recursos, permitindo que os conhecimentos adquiridos fossem assimilados e incorporados à prática cotidiana.

A análise do questionário de risco de queimaduras evidenciou comportamentos e condições domésticas que favorecem a ocorrência de acidentes, mas também mostrou disposição dos idosos para modificar tais práticas após a intervenção. O incremento observado na autoeficácia reforça o pressuposto de Bandura (1997) de que a confiança na própria capacidade é elemento central para a adoção e manutenção de novos hábitos.

As oficinas, ao integrarem teoria e prática, alcançaram não apenas a transmissão de conhecimento, mas também o empoderamento dos idosos para agir de forma preventiva. A experiência confirmou o que Barbosa e Neto (2021) defendem em seus estudos: a educação em saúde, quando concebida como tecnologia social e construída em diálogo com os participantes, é capaz de promover o envelhecimento ativo, a autonomia e a segurança.

Embora os resultados tenham sido positivos, algumas práticas inseguras persistiram no pós-teste, indicando que a mudança de hábitos requer processos contínuos e acompanhamento longitudinal. Assim, recomenda-se que a temática da prevenção de queimaduras seja incorporada de forma permanente ao calendário de

atividades da UMA, com reforço periódico das orientações e integração com outras ações de promoção da saúde.

Por fim, o estudo contribui para a ampliação das evidências sobre a eficácia das tecnologias sociais aplicadas à educação em saúde de idosos, reforçando a importância de estratégias contextualizadas, participativas e sustentáveis. Os dados também oferecem subsídios para políticas públicas voltadas à prevenção de acidentes domésticos na população idosa, demonstrando que iniciativas como a da UMA podem ser replicadas e adaptadas a diferentes contextos, fortalecendo a rede de proteção e cuidado à pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

- AHUJA, R. B. et al. ISBI **Practice Guidelines for Burn Care**. *Burns*, v. 42, n. 5, p. 953-969, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.05.013>.
- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **National Burn Repository 2016: Report of data from 2006-2015**. Chicago: American College of Surgeons, 2016.
- ATiyeh, B. S. Burn **prevention mechanisms and outcomes: Pitfalls, failures and successes**. *Burns*, v. 35, n. 2, p. 181-193, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2008.05.015>.
- AVAU, B. et al. **Effectiveness of First Aid Education in the General Population: A Systematic Review**. *Resuscitation*, v. 173, p. 106-118, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.12.011>.
- BARBOSA, N. O.; NETO, L. S. S. **Universidade da Maturidade: Tecnologia Social de Inclusão e Promoção da Saúde do Idoso**. Palmas: EDUFT, 2021.
- BARCELOS, C. R. S. **Educação em saúde e idosos: caminhos para o autocuidado**. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 23, n. 4, p. 115-132, 2020.
- BANDURA, A. **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: Freeman, 1997.
- BAYUO, J. et al. **Tele-rehabilitation after burn injury: Impact on quality of life and self-care**. *Burns*, v. 50, n. 1, p. 34-44, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2023.08.004>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CALADO, A. et al. **Aprendizagem ao longo da vida e envelhecimento ativo**. *Revista Portuguesa de Educação*, v. 33, n. 2, p. 123-142, 2020.
- COSTA, M. et al. **Perdas amostrais em estudos longitudinais com idosos: desafios metodológicos**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 3, p. 1093-1102, 2020.
- DAMÁSIO, B. F.; KOLLER, S. H. **Validity and reliability of the Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R) in Brazil**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 21, n. 3, p. 708-715, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300018>.
- DARONCH, L. S. et al. **Burns in the elderly: epidemiological profile and prevention**. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 22, n. 3, p. 167-174, 2023.
- DES JARLAIS, D. C. et al. **Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement**. *American Journal of Public Health*, v. 94, n. 3, p. 361-366, 2004.

DUMPROBST, N. et al. **Simulation-based burn education: Outcomes from the SIMline program.** *Burns*, v. 51, n. 1, p. 45-54, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2024.07.003>.

ELIAS, M. F.; ELIAS, P. K.; D'AGOSTINO, R. B.; WOLF, P. A. **Role of age, education, and gender on cognitive performance in the Framingham Heart Study: community-based norms.** *Experimental Aging Research*, v. 23, n. 3, p. 201-235, 1997.

FALKENBERG, M. B. et al. **Educação em saúde: conceitos e proposições para o cotidiano.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 1, p. 119-125, 2014.

FARIA, J. B. **Aprendizagem e envelhecimento: relações possíveis.** *Revista Kairós Gerontologia*, v. 3, n. 1, p. 35-52, 2000.

FERREIRA, J. F.; SANTOS, F. L. **Queimaduras em idosos: prevenção e cuidados.** *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 14, n. 2, p. 87-93, 2015.

GADOTTI, M. **Educação e aprendizagem ao longo da vida.** São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2016.

GOLDMAN, S. N. **Educação e envelhecimento: caminhos para a qualidade de vida.** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 2, n. 1, p. 45-54, 1999.

IBGE. **Indicadores de população idosa.** Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023.

IFRC – INTERNATIONAL FEDERATION OF RED CROSS AND RED CRESCENT SOCIETIES. **International first aid and resuscitation guidelines.** Geneva: IFRC, 2020.

JESCHKE, M. G. **Pathophysiologic response to burn injury.** *Annals of Surgery*, v. 261, n. 2, p. 270-284, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000761>.

KAREMAKER, A. **Intervention Mapping for fire safety in the elderly.** *Safety Science*, v. 169, p. 106-120, 2024.

KAREMAKER, A. Fire **Safety at Home: Evaluation of behavioural outcomes.** *Safety Science*, v. 172, p. 108-121, 2025.

LANHAM, N. S. **Delayed presentation in elderly burn patients.** *Burns*, v. 46, n. 4, p. 876-882, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2019.09.013>.

MALLMANN, D. G. et al. **Educação em saúde como estratégia para promoção da saúde do idoso.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 6, p. 1171-1178, 2015.

MIRANDA, G. M. D. et al. **O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras.** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MOORE, K. et al. **Improving first aid knowledge for burns through short interventions.** *Burns*, v. 48, n. 5, p. 1123-1130, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2021.10.008>.

MORIDI, G. et al. **Effectiveness of Health Belief Model-based interventions for burn prevention.** *Burns*, v. 47, n. 6, p. 1357-1366, 2021.

- NERI, A. L.; CACHIONI, M. **Educação e envelhecimento: evidências no Brasil.** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 23, n. 1, e200002, 2020.
- OKIMURA, T. **Educação de idosos: práticas e reflexões.** São Paulo: Cortez, 2005.
- OLIVEIRA, A. S. C. **Aprendizagem e memória no idoso.** São Paulo: EPU, 1999.
- OREM, D. E. **Nursing: Concepts of practice.** 6. ed. St. Louis: Mosby, 2013.
- OSÓRIO, N. **O papel da Universidade da Maturidade na promoção do envelhecimento ativo.** *Revista Brasileira de Gerontologia*, v. 26, n. 2, p. 1-12, 2023.
- PAPACHRISTODOULOU, M. et al. **First aid for burns: Knowledge gaps and educational needs.** *Burns*, v. 49, n. 3, p. 765-773, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2022.08.010>.
- RIBEIRO, T. S. et al. **Educação em saúde com idosos: estratégias e resultados.** *Revista Kairós Gerontologia*, v. 25, n. 1, p. 9-28, 2022.
- SALT, H. et al. **Burn prevention in older adults: A review.** *Burns*, v. 51, n. 4, p. 723-735, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2024.08.002>.
- SAHA, A.; SINGH, P.; SINGHAL, P. **Contextualizing first aid training for burns.** *International Journal of Community Medicine and Public Health*, v. 9, n. 5, p. 2014-2021, 2022.
- SANTOS, A. S. et al. **Desafios metodológicos em estudos longitudinais com idosos.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 5, p. 1903-1914, 2021.
- SANTOS, J. V. **Pesquisa quase-experimental: conceito e aplicações.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 31, n. 3, p. 312-318, 2007.
- SENTHILKUMARAN, S. et al. **Home fire safety interventions for the elderly: A systematic review and meta-analysis.** *Safety Science*, v. 120, p. 758-770, 2019.
- SILVA, A. M.; KIMURA, A. F. **Tradução e adaptação para o português da Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA).** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 36, n. 1, p. 66-76, 2002.
- SILVA, J. M. C.; ROCHA, R. M. **Prevenção de queimaduras em idosos: papel da educação em saúde.** *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 16, n. 3, p. 181-188, 2017.
- SMOLLE, C. et al. **Epidemiology of burn injuries in the elderly.** *Burns*, v. 43, n. 2, p. 442-450, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.09.014>.
- TAJIKI, H. et al. **Health Belief Model-based educational intervention for burn prevention.** *Burns*, v. 47, n. 5, p. 1109-1117, 2021.
- TAN, A. **Burn prevention: An education strategy.** *Burns*, v. 30, n. 1, p. 86-89, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2003.08.010>.
- UNITED NATIONS. **World population ageing 2019.** New York: United Nations, 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WU, Y. et al. ***Epidemiology and outcomes of burns in older adults: A 15-year retrospective study.*** *Burns*, v. 49, n. 1, p. 105-115, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2022.07.004>.

YU, H.; LI, X. ***Self-efficacy and first aid performance in burn scenarios.*** *Burns*, v. 47, n. 4, p. 912-920, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.12.002>.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar do projeto de pesquisa Educação em Saúde para Queimaduras em Idosos, sob a responsabilidade do pesquisador Delicio Aparecido Durso. O projeto Promover a conscientização e a adoção de medidas preventivas contra queimaduras em pessoas idosas, visando reduzir a incidência desses acidentes e promover uma melhor qualidade de vida para essa população. A pesquisa se justifica pela necessidade de compreender melhor os hábitos, conhecimentos e práticas relacionadas à prevenção de acidente relacionados a queimaduras nessa faixa etária. Será possível identificar lacunas de conhecimento, comportamentos de risco e necessidades específicas dos idosos em relação à prevenção de queimaduras. Com base nas respostas obtidas, será possível desenvolver estratégias mais eficazes e direcionadas para promover a conscientização e a adoção de medidas preventivas, contribuindo assim para a redução da incidência de queimaduras e para a melhoria da qualidade de vida dessa população. O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação se dará por meio de entrevista semiestruturada por meio de questionário e serão realizadas de forma presencial com um tempo estimado de 30 minutos. Os dados levantados serão tabulados via google forms para uma visualização mais clara com gráficos e tabelas. Caso você fique cansado pelas perguntas do questionário ou sinta-se constrangido ou desconfortável, é possível interromper a entrevista a qualquer momento, e remarcar para outra data em que você esteja se sentindo melhor. Risco leve: exposição dos dados que será controlado com sigilo; invasão de privacidade; tempo destinado para o entrevistado responder o questionário e cansaço. Os riscos serão minimizados ao garantir a confidencialidade dos dados e a não violação e integridade dos documentos. Além disso, a aplicação do questionário será realizada por um profissional da área da saúde. A qualquer tempo, os participantes poderão ter acesso ao pesquisador principal para quaisquer esclarecimentos e informações sobre a pesquisa. Os resultados da pesquisa estarão acessíveis aos participantes do estudo na atividade em grupo no final das atividades e sempre que tiverem interesse. Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou qualquer dado, material ou registro que indique sua participação no estudo não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Ao entrevistado garante-se a plena liberdade em participar da pesquisa, de recusar se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa podem ser: Cansaço, aborrecimento ao responder questionários, podendo apresentar também desconforto, medo de não saber responder ou vergonha ao responder às perguntas, constrangimento, inibição, receio de revelar informações, exposição,

medo, vergonha. As medidas adotadas serão: Garantir o sigilo em relação às suas respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos. Garantir o acesso em um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante, obtenção de informações, apenas no que diz respeito às necessárias para a pesquisa. Garantir explicações necessárias para responder às questões. Garantir ao participante a liberdade de se recusar a ingressar e participar do estudo, sem penalização alguma por parte dos pesquisadores. Garantir ao participante de pesquisa o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento.

Acompanhamento e assistência: A qualquer tempo, os participantes poderão ter acesso ao pesquisador principal para quaisquer esclarecimentos e informações sobre a pesquisa. Os resultados da pesquisa estarão acessíveis aos participantes do estudo na atividade em grupo no final das atividades e sempre que tiverem interesse.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e Indenização: A participação do projeto é voluntária, sendo que não há qualquer forma de remuneração e ajuda de custo pela participação. Não haverá nenhum tipo de custo para o participante. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Delcio Aparecido Durso, na Universidade da Maturidade - UMA/UFT no telefone 21 99671-8475, disponível inclusive para ligação a cobrar, e no e-mail delcio.durso@uft.edu.br. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Tocantins - UFT. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (63) 3229-4023 ou do e-mail cep_uft@uft.edu.br, horário de atendimento: segundas e terças-feiras, das 14h às 17h e quartas e quintas-feiras, das 9h às 12h. O CEP/UFT se localiza na Universidade Federal do Tocantins - UFT, resolução 466/12, item 4.3 e/ou 510/16, artigo 17.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Participante

Pesquisador Responsável

Delcio Aparecido Durso

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO DE PESQUISA SOBRE RISCO DE QUEIMADURAS

PESQUISA SOBRE RISCO DE QUEIMADURAS

1. IDENTIFICAÇÃO:

- 1) Sexo: () masculino () feminino
- 2) Idade: _____
- 3) Profissão: _____
- 4) Estado civil: () solteiro () casado () divorciado () viúvo
- 5) Cor: () branco () pardo () negro () amarelo () indígena
- 6) Religião: () católico () protestante ou evangélico () espírita () sem religião () outra _____
- 7) Escolaridade: () Não estudou () Da 1ª a 4ª série do ensino fundamental () Da 5ª a 8ª série do ensino fundamental () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo

2. QUEIMADURAS EM GERAL:

1. Você já sofreu alguma queimadura? () sim () não
2. Algum familiar ou amigo próximo já sofreu queimadura? () sim () não
3. Se SIM, para as anteriores, qual o tipo da queimadura?
() Elétrica () Química () Térmicas () Radiação
4. Qual foi ou seria a sua atitude diante de uma queimadura?

3. RISCO PARA OCORRÊNCIA DE QUEIMADURAS:

1. Quando se usa o ferro de engomar em sua casa, ao término, fica exposto em locais de fácil acesso as crianças?
() sim () não
2. Onde fica localizado botijão de gás na sua casa?
() Fora de casa () Dentro de casa exposto () Dentro de casa "guardado" () encanado
3. Ao cozinhar, os cabos de suas panelas ficam:
() Para o lado de dentro do fogão () Para o lado de fora do fogão
4. As tomadas da sua casa são:
() Altas () Baixas, com uso de protetor () Baixas, sem uso de protetor
5. Quantos aparelhos são ligados em uma única tomada? _____
6. Em sua casa, são usadas extensões/ pino T's? () Sim () Não
7. Você costuma manusear aparelhos ligados à eletricidade descalço(a) ou molhado(a)? () sim () não
8. Os produtos inflamáveis são guardados em qual local?
() Junto com a comida () Junto com os produtos de limpeza () Separados em locais elevados
() Separados em locais baixos () Não usa
9. Os produtos inflamáveis são identificados? () sim () não
10. Os produtos ácidos (sonda cáustica/ ácido muriático) são guardados em qual local?
() Junto com a comida () Separados em locais elevados () Separados em locais baixos () Não usa
11. Os produtos ácidos (sonda cáustica/ ácido muriático) são identificados? () sim () não
12. Nas festas de São João, você costuma fazer ou participar de fogueiras? () Sim () Não
13. Caso SIM, essas fogueiras ficam próximas de matas, produtos inflamáveis, fios elétricos e ventanias? () Sim () Não
14. Em sua família os fogos de artifício, quando são usados:
() São manipulados por adultos e as crianças ficam a uma distância segura
() São manipulados por adultos e as crianças não ficam a uma distância segura
() São manipulados indistintamente por crianças e adultos
() Não usa
15. Os membros de sua família, principalmente as crianças, quando se expõem ao sol:
() Usam protetor solar/chapéu () Não se protegem
16. Quando você vai para a praia costuma ficar exposto ao sol entre 10 horas e 16 horas sem nenhuma proteção?
() sim () não

ANEXO I - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO		
Data da avaliação: ____/____/____	DN: ____/____/____	Idade: ____
Nome: _____		
Sexo: () M () F	Estado civil: _____	Tel. () _____
Você mora com quem? () Apenas cônjuge () Cônjuge e filhos () Filhos e netos () Mora sozinho () Netos () Outros		
Situação ocupacional atual? () Aposentado () Dona de casa () Pensionista () Aposentado/trabalha		
Qual seu nível de escolaridade? () Da 1ª à 4ª série do Ensino Fundamental (antigo primário) () Da 5ª à 8ª série do Ensino Fundamental (antigo ginásio) () Ensino Médio (antigo 2º grau) () Ensino Superior () Especialização () Não estudou		
Faixa de renda () Até 1 salário mínimo () De 1 a 2 salários mínimos () >2 salários mínimos () Sem renda		
Você tem acesso à internet? () Sim () Não		

ANEXO II- APPRAISAL OF SELF-CARE AGENCY SCALE (ASA)

ESCALA PARA AVALIAR AS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO (ASA)					
Itens	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1- Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
2- Geralmente vejo se tudo aquilo que faço para manter minha saúde está certo.	1	2	3	4	5
3- Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema.	1	2	3	4	5
4- Procuro manter limpo e saudável o lugar onde vivo.	1	2	3	4	5
5- Quando necessário, tomo novas providências para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
6- Sempre que posso, cuido de mim.	1	2	3	4	5
7- Procuro as melhores maneiras de cuidar de mim.	1	2	3	4	5
8- Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene.	1	2	3	4	5
9- Procuro alimentar-me de maneira a manter meu peso certo.	1	2	3	4	5
10- Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.	1	2	3	4	5
11- Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia-a-dia.	1	2	3	4	5
12- Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar	1	2	3	4	5
13- Geralmente durmo o suficiente para me sentir descansado.	1	2	3	4	5
14- Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para esclarecer aquilo que não entendo.	1	2	3	4	5

15- De tempos em tempos examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.	1	2	3	4	5
16- Antes de tomar um remédio novo procuro informar-me se ele causa algum mal-estar.	1	2	3	4	5
17- No passado, mudei alguns dos meus antigos costumes para melhorar minha saúde.	1	2	3	4	5
18- Normalmente tomo providências para manter minha segurança e a de minha família.	1	2	3	4	5
19- Costumo avaliar se as coisas que faço para manter-me saudável têm dado bom resultado.	1	2	3	4	5
20- No meu dia-a-dia, geralmente encontro tempo para cuidar de mim mesmo	1	2	3	4	5
21- Se tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para resolvê-lo.	1	2	3	4	5
22- Procuro ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4	5
23- Sempre acho tempo para mim mesmo.	1	2	3	4	5
24- Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo cuidar-me como gostaria.	1	2	3	4	5

ANEXO III - PESQUISA SOBRE RISCO DE QUEIMADURAS**QUEIMADURAS EM GERAL**

Você já sofreu alguma queimadura?

() sim () não

Algum familiar ou amigo próximo já sofreu queimadura?

() sim () não

Se SIM, para as anteriores, qual o tipo da queimadura?

() Elétrica () Química () Térmicas () Radiação

Qual foi ou seria a sua atitude diante de uma queimadura?

RISCO PARA OCORRÊNCIA DE QUEIMADURAS:

Quando se usa o ferro de engomar em sua casa, ao término, fica exposto em locais de fácil acesso as crianças?

() sim () não

Onde fica localizado botijão de gás na sua casa?

() Fora de casa () Dentro de casa exposto () Dentro de casa “guardado” () encanado

Ao cozinhar, os cabos de suas panelas ficam:

() Para o lado de dentro do fogão () Para o lado de fora do fogão

As tomadas da sua casa são:

() Altas () Baixas, com uso de protetor () Baixas, sem uso de protetor

Quantos aparelhos são ligados em uma única tomada? _____

Em sua casa, são usadas extensões/ pino T's?

() Sim () Não

Você costuma manusear aparelhos ligados à eletricidade descalço(a) ou molhado(a)?

() sim () não

Os produtos inflamáveis são guardados em qual local?

() Junto com a comida () Junto com os produtos de limpeza () Separados em locais elevados () Separados em locais baixos () Não usa

Os produtos inflamáveis são identificados?

() sim () não

Os produtos ácidos (soda cáustica/ ácido muriático) são guardados em qual local?

☐ Junto com a comida ☐ Separados em locais elevados ☐ Separados em locais baixos ☐ Não usa

Os produtos ácidos (soda cáustica/ ácido muriático) são identificados?

☐ sim ☐ não

Nas festas de São João, você costuma fazer ou participar de fogueiras?

☐ Sim ☐ Não

Caso SIM, essas fogueiras ficam próximas de matas, produtos inflamáveis, fios elétricos e ventanias?

☐ Sim ☐ Não

Em sua família os fogos de artifício, quando são usados:

- ☐ São manipulados por adultos e as crianças ficam a uma distância segura
- ☐ São manipulados por adultos e as crianças não ficam a uma distância segura
- ☐ São manipulados indistintamente por crianças e adultos
- ☐ Não usa

Os membros de sua família, principalmente as crianças, quando se expõem ao sol:

☐ Usam protetor solar/chapéu ☐ Não se protegem

Quando você vai para a praia costuma ficar exposto ao sol entre 10 horas e 16 horas sem nenhuma proteção?

☐ sim ☐ não