

A AUTO-ESTIMA DE PACIENTES AMBULATORIAIS COM QUEIMADURAS*

SELF-ESTEEM OF CLINIC PATIENTS WITH BURNS

LA AUTO ESTIMA DE PACIENTES AMBULATORIALES CON QUEMADURAS

Milena Froes da Silva¹
Maria Júlia Paes da Silva²

A proposta deste trabalho foi caracterizar os pacientes queimados, atendidos em ambulatório, quanto às variáveis idade, sexo, tempo de queimadura, número e local de queimadura; avaliar sua auto-estima e correlacioná-la com as variáveis supramencionadas. O estudo é descritivo, exploratório, correlacional, desenvolvido com uma amostra de 80 pacientes atendidos no Ambulatório de Sequelas de Queimaduras do HC-FMUSP, no período de fevereiro e março de 2002. As entrevistas abordaram a auto-estima dos pacientes e verificou-se que 15 (18.75%) pacientes apresentaram baixa auto-estima, 26 (32.50%) média auto-estima e 39 (48.75%) alta auto-estima e que os pacientes do sexo masculino apresentaram maiores escores de auto-estima.

PALAVRAS-CHAVE: Auto-estima. Auto-imagem. Queimadura

The proposal of this work was to characterize outpatients with burns according to the variables of age, sex, burn time, number and place of burn; and to evaluate their self-esteem and to correlate it with the variables mentioned. The study is descriptive, explorative and correlational, developed with a sample of 80 patients treated in the Clinic of Burn Sequels of the HC-FMUSP in the period of February and March of 2002. The interviews dealt with the self-esteem of the patients and it was observed that 15 (18.75%) patients displayed low self-esteem, 26 (32.50%) average self-esteem and 39 (48.75%) high self-esteem, and that male patients displayed higher scores of self-esteem.

KEY WORDS: *Self-esteem. Self-image. Burn.*

La propuesta de este trabajo fue caracterizar los pacientes quemados, atendidos en consulta externa, en cuanto a las variables edad, sexo, tiempo de quemadura, número y local de la quemadura; evaluar su autoestima y correlacionarla con las variables mencionadas. El estudio es descriptivo, exploratorio, correlacional, desarrollado con una muestra de 80 pacientes atendidos en consulta externa del área de Secuelas de Quemaduras del Hospital Das Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (HC-FMUSP) en el período de febrero y marzo del 2002. Las entrevistas abordaron la autoestima de los pacientes verificándose que 15 (18.75%) presentaron baja autoestima, 26 (32.50%) media autoestima y 39 (48.75%) alta autoestima y que los pacientes del sexo masculino presentaron mayores escores de autoestima.

PALABRAS CLAVE: *Autoestima. Autoimagen. Quemadura.*

* Parte de um trabalho maior intitulado: "A auto-estima e o não verbal dos pacientes com alterações físicas visíveis", financiado pelo CNPq.

¹ Aluna do 4º semestre de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

² Professora Livre-Docente do Depto de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

As queimaduras são alterações teciduais conseqüentes do excesso de energia calórica (MARIANE, 1996). Esses acidentes são freqüentes em nosso meio e Russo (1967) afirma que são acidentes eminentemente domésticos, ocorrendo quase sempre no interior da própria casa e nas horas em que são mais intensas as atividades nas cozinhas. Tal aspecto é observado também em outros países intensamente industrializados.

Os agentes mais comumente causadores de queimaduras são as substâncias inflamáveis e os líquidos aquecidos. O diagnóstico preciso quanto à extensão e profundidade da lesão apresenta alguma dificuldade ao primeiro exame. Russo (1967) ressalta que é importante saber se as lesões atingiram parcial ou totalmente a derme, pois na primeira eventualidade, as queimaduras seriam superficiais (1º ou 2º grau) e, na segunda, seriam profundas (3º grau); acrescenta ainda que, de um modo geral, a presença de hiperemia e vesícula indica queimadura superficial (1º e 2º grau) e a presença de necrose ou carbonização, queimaduras profundas (3º grau).

Na prática, contudo, isto nem sempre acontece. No atendimento emergencial, segundo Russo (1967), podemos observar vesículas em queimaduras profundas (agente de pequena intensidade calórica atuando por longo período de tempo) ou, então, necroses secas em queimaduras superficiais (agente de grande intensidade calórica atuando por um curto período de tempo). A atuação do calor sobre a pele produz uma série de alterações locais, que resultam no aparecimento de dor, perda local de líquidos, destruição dos tecidos e infecção.

A equipe de enfermagem tem uma atuação importante no atendimento ao queimado, pois, de acordo com Mariane (1996), o atendimento da vítima de queimaduras graves se faz em clima de tensão, próprio às circunstâncias do acidente, decorrente da dor, do medo do paciente e dos familiares, onde a iminência de morte é intuitiva. Segundo Silva (1991), fazer Enfermagem é, de uma determinada maneira, o reflexo das

próprias crenças, sentimentos, pensamentos e conhecimentos enquanto pessoa, e o primeiro passo é encontrar em si mesmo o sentido da interpretação corpo, afeto, pensamento e espírito, para tentar aprender com e junto daqueles que vamos ter que tratar o real sentido dos cuidados que vão ser prestados.

Entendendo que *o fazer* em Enfermagem é a junção entre a realização de uma terapia proposta a determinada patologia e a percepção do sujeito cuidado enquanto ser físico, mental, afetivo e espiritual, enfatizamos que o cuidador-enfermeiro deve estar atento às alterações mais sutis que o paciente apresentar. Essas alterações, muitas vezes, passam desapercibidas na rotina do trabalhador de Enfermagem.

Como já foi descrito, o paciente queimado – objeto de estudo deste trabalho – apresenta complicações não só de origem orgânica. Paiva (1997) ressalta que a queimadura causa danos que envolvem desde pequenas lesões cutâneas, até distúrbios fisiológicos e psicológicos, este último desencadeado no momento do trauma. Firmino (1996 apud PAIVA, 1997) afirma que a agressão à pele leva o indivíduo a experimentar a dor psíquica e mental; sua auto-imagem é lesada bruscamente e a turbulência emocional não pode ser evitada, principalmente quando a queimadura atinge regiões que comprometem a estética, a função mecânica, ou ambas.

Quando falamos de auto-imagem, referimo-nos à forma como cada um se vê no seu “espelho interior”. Segundo Penna (1988), o estudo do processo de formação da auto-imagem ou do autopercepto revela-se sob dois aspectos diferentes: o primeiro, relativo primordialmente ao campo do psicólogo, centraliza-se no modo como cada um se apreende e forma sua própria imagem; o segundo, intensamente estudado no domínio da antropologia filosófica, estuda o modo como histórica e culturalmente o homem se percebeu e se percebe enquanto espécie, discriminando-se ou não do conjunto dos seres que compõem o mundo.

Sapountzi-Krepia et al (2001) também afirmam que a imagem do corpo é uma imagem conceitual, uma parte do autoconceito, e envolve atitudes que o ser experimenta como pertencendo ao corpo, habilidades e emissão do poder físico, como também noções sobre feminilidade e masculinidade. Doenças orgânicas que afetam a estrutura do corpo podem alterar sua imagem, e as reações a tais alterações são influenciadas pelo tipo de tratamento e padrões de desenvolvimento, como também pela família e atitudes culturais. Os autores referem que as reações do corpo frente à mudança da imagem estão relacionadas com a natureza dessa alteração e com o significado dessas mudanças para a pessoa; os pacientes respondem às perdas de modo pessoal e a família, amigos e, principalmente, os profissionais da saúde podem ajudá-los a aceitar essa imagem do corpo, agora modificada.

Baseados nisto, entendemos que uma possível alteração da auto-imagem pode desencadear sentimentos negativos no indivíduo que a vivencia, o que afeta a sua auto-estima, desencadeando sentimentos de inferioridade, complexos e insegurança.

Quando ocorre o comprometimento estético, como no queimado, a repercussão tenderá a ser mais negativa ainda, pois o corpo perfeito, saudável e atraente forma a tríade do belo na nossa sociedade atual, na qual a valorização do sujeito, muitas vezes, caminha junto com sua beleza. Diante dessa insatisfação com a auto-imagem, o queimado poderá apresentar, também, baixa auto-estima, como afirma Maslow (1970, p. 45):

[...] a satisfação da necessidade de auto-estima leva o indivíduo a sentir-se confiante (no seu valor, força, capacidade e adequação), mais útil e necessário ao mundo. A não satisfação produz no indivíduo um sentimento de inferioridade, fraqueza e impotência. A persistência desses sentimentos desencadeará fracassos na sua trajetória ou processos patológicos variados [...]

A boa auto-estima reflete o julgamento implícito da nossa capacidade ao lidar com os desafios da vida, e nos faz sentir confiantemente adequados a ela, isto é, competentes e merece-

dores da felicidade. Desenvolver a nossa auto-estima é expandir nossa capacidade de ser feliz. Quanto maior ela for, maiores serão as nossas possibilidades de manter relações saudáveis, em vez de destrutivas; mais inclinados estaremos a tratar os outros com respeito, benevolência e boa vontade. Branden (1995) afirma que a auto-estima, seja qual for o nível, é uma experiência íntima; reside no cerne do nosso ser. É o que *eu* penso e sinto sobre mim mesmo, não o que o *outro* pensa ou sente sobre mim. Quando avaliamos sua verdadeira natureza, vemos que ela não é competitiva ou comparativa. Uma de suas características saudáveis, é que ela é o estado da pessoa que não está em guerra consigo mesma ou com os outros.

O mesmo autor refere que há duas palavras que descrevem bem o que podemos fazer para elevar a nossa auto-estima, gerando maior autoconfiança e auto-respeito; são elas: *viver* e *conscientemente*. Para tal, é necessário usarmos adequadamente a nossa consciência e isto é um ato de escolha. Viver conscientemente significa estarmos cientes de tudo o que afeta os nossos atos, propósitos, valores e metas, e comportarmos de acordo com o que vemos e sabemos. As implicações disto são pensar com clareza, ter respeito pela realidade e pela verdade, ser independente, assumir os riscos adequados, ser honesto, viver no presente, encarar a autoconfrontação, ter vontade de ver e corrigir enganos (BRANDEN, 1995).

Se a essência do viver conscientemente é o respeito pelos fatos e pela realidade, a auto-aceitação é o teste final. Quando aceitamos determinadas coisas não significa que gostamos, pois *aceitar* não implica em *gostar*, mas sim vivenciar, sem negação, que um fato é um fato. As pessoas sempre falam sobre como é difícil aceitar os próprios defeitos, porém alguém deveria falar sobre como é difícil aceitar as próprias virtudes. A maior implicação disto é que muitos poderão dizer: *Se eu aceitar o fato de que gosto de mim, terei de me comportar de forma diferente!* Ou: *Se eu aceitar o fato de que gosto de mim, terei de permanecer demasiado consciente!*

Quando se é incapaz de viver conscientemente, o nível mais profundo e mais primitivo do ser tende a voltar-se contra nós, gerando sofrimento no âmago da nossa auto-estima.

Branden (1995) afirma que as mentiras mais devastadoras para a nossa auto-estima não são tanto as que *contamos*, mas as que *vivemos*. Vivemos uma mentira quando distorcemos a realidade da nossa experiência ou a verdade do nosso ser. Estou vivendo uma mentira quando finjo um amor que não sinto; quando finjo uma indiferença que não sinto; quando me mostro mais do que sou; quando digo que estou zangado, mas na verdade estou com medo; quando finjo estar desamparado; quando nego e escondo minha excitação com a vida; quando finjo uma cegueira que nega minha consciência; quando rio e quero chorar; quando sou delicado com todo mundo menos com aqueles a quem digo amar; quando finjo arrogância; quando deixo meu silêncio concordar com convicções das quais não compartilho. Uma boa auto-estima exige congruência – o que significa que o eu interior está de acordo com o eu manifesto no mundo – quando a comunicação verbal é coerente e complementar ao não-verbal expresso.

Viver com autenticidade não significa dizer compulsivamente a verdade, não significa revelar todos os pensamentos ou sentimentos, independente do contexto, mas reconhecê-los em nós. É necessário enfatizar que a autenticidade se expressa grandemente em pessoas com elevada auto-estima, e estas conseguem amigos melhores e mais confiáveis, porque elas inspiram as outras pessoas a corresponderem à sua autenticidade (HAPPÉ, 1997).

De acordo com Branden (1995), o crescimento da auto-estima confere ao indivíduo projeção do prazer no rosto, no mover e no falar; capacidade de receber e oferecer elogios; maior abertura às críticas; espontaneidade; harmonia; flexibilidade; maior domínio dos sentimentos de insegurança e ansiedade. Mesmo no nível físico, o indivíduo apresenta mudanças visíveis como: olhos mais brilhantes, vivos; musculatura da face, maxilar e ombros mais relaxados; braços e mãos tenderão a

ficarem mais graciosos; postura ereta e bem balanceada e caminhar determinado.

Desta forma, a capacidade de adaptação ao mundo real se torna mais interessante e lucrativa – o bem-estar interior nos proporciona momentos inesquecíveis. Isto tudo mostra o quanto a boa auto-estima recupera o indivíduo, tornando-o capaz de *caminhar com seus próprios pés*, a passos largos e seguros. Se proporcionarmos às pessoas uma oportunidade para que possam desenvolver a sua boa auto-estima, conseqüentemente a visualização da sua *auto-imagem* será positiva, já que ela não estará mais em guerra consigo mesma ou com o mundo.

A assistência de enfermagem deverá estar fundamentada na percepção do indivíduo tal como ele se vê – sua imagem corporal. A responsabilidade dos profissionais de saúde é de vital importância no restabelecimento do doente e do seu amor próprio, para que ele prossiga na sua jornada de vida.

Queremos auxiliar na promoção da conscientização de que é dever do enfermeiro a valorização da boa auto-estima em pacientes que tenham alteração da auto-imagem. Segundo Duarte Júnior (1991), o belo, ao longo da história, sempre simbolizou algum objeto, cena ou situação que agradasse aos olhos, porém o ato de compreensão e de atuação, fundada numa forma teórica, configura um todo harmônico equilibrado, que também é percebido como belo. Assim, reforçamos que a elevação da auto-estima não depende da beleza que é refletida no espelho, mas da forma como ela é vista neste mesmo espelho.

Como afirma o escritor Fernando Pessoa (1967 apud DUARTE JÚNIOR, 1991, p. 2): “[...] a beleza é o nome de qualquer coisa que não existe/ que dou às coisas em troca do agrado que me dão.” Andrade e Angerami (2001) afirmam que o conceito de auto-estima tem sido estudado e considerado como um importante indicador de saúde mental. Lembram da necessidade de aplicação de instrumentos precisos que permitam avaliar a necessidade de auto-estima de cada indivíduo; e que o uso de

escalas como forma de investigação tem sido crescente na Enfermagem, possibilitando uma aplicabilidade prática.

Há um método de avaliação da medida do sentimento de auto-estima proposto por José Augusto Dela Coleta e Marília Dela Coleta (1996). Este método consiste no uso de uma escala, validada no Brasil, que nos permite, baseados em afirmações referentes a acontecimentos da vida diária, estabelecer graus de adequação à auto-estima. Fundamentadas nesta escala, propusemo-nos a desenvolver este trabalho.

Uma das autoras deste trabalho frequenta a Liga de Queimaduras do Ambulatório de Cirurgia Plástica e Seqüelas de Queimaduras do HC-FMUSP; diante da escassez de trabalhos nesta linha e dos poucos dados estatísticos que caracterizem a população atendida, consideramos que a pesquisa pode auxiliar aos demais profissionais de saúde a entender melhor essa clientela.

OBJETIVOS DO ESTUDO

Diante da problemática exposta, temos como objetivos neste trabalho:

Caracterizar os pacientes queimados, atendidos em ambulatório, quanto às variáveis idade, sexo, tempo de queimadura, número e local da queimadura.

Avaliar a auto-estima desses pacientes.

Correlacionar a auto-estima dos pacientes com as variáveis supramencionadas.

METODOLOGIA

O estudo realizado foi do tipo descritivo, exploratório, correlacional, com abordagem quantitativa. Foi descritivo, pois apresentou sistematicamente as características do fenômeno em questão, do tipo exploratório, por buscar maiores informações sobre determinado assunto, e correlacional, por investigar o efeito de um fator sobre outro ou outros fatores (MARTINS, 1994). A abordagem foi do tipo quantitativa, por avaliar os dados estatisticamente.

O estudo foi realizado na cidade de São Paulo e nossa população alvo consistiu de 80 pessoas adultas, de ambos os sexos, atendidas pelo Ambulatório de Seqüelas de Queimaduras do HC-FMUSP.

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelas Comissões de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em julho de 2001 e fevereiro de 2002, respectivamente. Após aprovação pelas Comissões de Ética, os pacientes foram abordados individualmente, no Ambulatório, durante os meses de fevereiro e março de 2002, quando iam para suas consultas e, após esclarecimento dos seus objetivos, os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 196 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

Foi assegurado o esclarecimento de todas as dúvidas que pudessem existir sobre a pesquisa e que o participante poderia retirar sua participação a qualquer momento, sem prejuízo do seu tratamento. Esclarecido ainda que o informante não seria identificado e que os dados que poderiam revelá-lo individualmente não seriam divulgados em qualquer relatório ou publicação. As entrevistas abordaram a auto-estima dos pacientes, avaliada pela escala de José Augusto Dela Coleta e Marília Dela Coleta (1996), que é constituída de 15 afirmações do tipo certo-errado, as quais, a partir de um gabarito, resultam num escore de auto-estima do paciente, que pode variar de 0 a 15 pontos. Além do Escore de Auto-Estima (AE), coletou-se as variáveis de interesse: Idade, Sexo, Tempo de Queimadura, Número e Local de Queimadura. Os procedimentos estatísticos adotados foram:

- *Intervalos de Confiança de 95%*, usados para estimar médias e porcentagens reais de alguns eventos de interesse do estudo;
- Os Coeficientes de *Correlação Ordinal de Spearman* e *Linear de Pearson*, usados na avaliação da existência de dependência entre AE e as variáveis quantitativas do estudo;

• Os *Teste de Mann Whitney* para amostras independentes, usado na avaliação da dependência entre a AE e as variáveis qualitativas dicotômicas do estudo;

• O *Teste Qui Quadrado* foi usado para avaliar a significatividade da associação entre as variáveis nominais do estudo. Quando, no estudo de variáveis dicotômicas, mais de 20% das frequências esperadas foi inferior a cinco, a associação foi avaliada através do *Teste Exato de Fisher*.

Neste estudo, toda correlação, associação ou diferença cujo P-Value foi inferior a 0,05 foi

considerada estatisticamente significativa (BERQUÓ; SOUZA; GOTLIED, 1981).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 exibe a distribuição dos pacientes, agrupados por nível da AE, segundo as variáveis Idade, Sexo, Local, Tempo de Queimadura e Número de Queimaduras. Convém ressaltar que as classificações de auto-estima equivalem a uma pontuação de 0 a 5 para baixa AE, 6 a 10 para média AE e de 11 a 15 para alta AE.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DA IDADE, SEXO, LOCAL, TEMPO E NÚMERO DE QUEIMADURAS DOS PACIENTES SEGUNDO O NÍVEL DA AE. SÃO PAULO, 2002.

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO							
	Pac c/ Baixa AE		Pac c/ Média AE		Pac c/ Alta AE		Global	
	n	%	n	%	n	%	N	%
IDADE								
15 a 29	8	53.33	12	46.15	18	46.15	38	47.50
30 a 44	4	26.67	7	26.92	16	41.03	27	33.75
45 a 59	2	13.33	6	23.08	4	10.26	12	15.00
60 a 74	1	6.67	0	0.00	0	0.00	1	1.25
75 a 90	0	0.00	1	3.85	1	2.56	2	2.50
Media (DP)	33.20(13.6)		35.23(15.18)		32.20(13.31)		33.37(13.88)	
IC 95%	33.20± 7.54		35.23±6.13		32.20 ± 4.31		33.37 ± 3.08	
Variação	19 a 64		15 a 76		15 a 88		15 a 88	
SEXO	n	%	n	%	n	%	N	%
Feminino	12	85.71	18	69.23	24	60.00	54	67.50
Masculino	2	14.29	8	30.77	16	40.00	26	32.50
LOCAL DE QUEIM.	n	%	n	%	n	%	N	%
Face	7	15.22	12	13.04	11	9.73	30	11.95
Pescoço	7	15.22	11	11.96	17	15.04	35	13.94
Tórax	9	19.57	15	16.30	19	16.81	43	17.13
Cabeça	0	0.00	2	2.17	7	6.19	9	3.59
Abdome	6	13.04	12	13.04	15	13.27	33	13.15
Dorso	2	4.35	7	7.61	7	6.19	16	6.37
MMSS*	12	26.09	16	17.39	27	23.89	55	21.91
MMII**	3	6.52	12	13.04	8	7.08	23	9.16
Pelve	0	0.00	5	5.43	2	1.77	7	2.79
TEMPO (ANOS)	n	%	n	%	n	%	N	%
0.06 a 10.05	10	66.67	14	53.85	21	53.85	45	56.25
10.06 a 20.05	2	13.33	5	19.23	9	23.08	16	20.00
20.06 a 30.05	3	20.00	3	11.54	5	12.82	11	13.75
30.06 a 40.05	0	0.00	4	15.38	3	7.69	7	8.75
40.06 a 47.00	0	0.00	0	0.00	1	2.56	1	1.25
Media (DP)	10.70(8.16)		12.49(11.77)		12.03(12.31)		11.94(11.35)	
IC 95%	10.70±4.52		12.49±4.75		12.03± 3.99		11.94 ± 2.53	
Variação	2 a 26		0.42 a 38		0.06 a 47		0.06 a 47	
N.QUEIMADURAS	n	%	n	%	n	%	N	%
< 2	3	20.00	5	19.23	11	28.21	19	23.75
2 a 4	10	66.67	12	46.15	23	58.97	45	56.25
5 a 7	2	13.33	8	30.77	3	7.69	13	16.25
> 7	0	0.00	1	3.85	2	5.13	3	3.75
Media(DP)	3.07(1.48)		3.54(2.08)		2.89(1.89)		3.13(1.89)	
IC 95%	3.06±0.82		3.54±0.84		2.89±0.61		3.13±0.42	
Variação	1 a 6		1 a 9		1 a 8		1 a 9	

* mmss = membros superiores ** mmii = membros inferiores

O exame da Tabela 1 sugere, para a variável *Idade*, predominância de pacientes com faixa etária de 15 a 29 anos nos três níveis de auto-estima estudados, a saber, 53.33% no grupo de pacientes com baixa auto-estima, 46.15% no grupo de média auto-estima, 46.15% no grupo de alta auto-estima e 47.50% no conjunto dos pacientes; com variações respectivamente dadas por, 19 a 64, 15 a 76, 15 a 88 e 15 a 88, e médias, respectivamente dadas, por 33.20(DP=13,6), 35.23(DP=15.18), 32.20(DP=13,31) e 33.37(DP=13.88). O exame dos intervalos de confiança de 95% sugere não haver diferença estatisticamente significativa entre as médias citadas.

Quanto à variável *Sexo*, pode ser observado (a despeito de prever evidência de que a média de AE dos homens supera a média das mulheres) predomínio de mulheres em todas os níveis de auto-estima (85.71% para baixa AE, 69.23% para média AE e 60.00% para alta AE). Tal resultado sugere a concentração dos valores de AE masculino nos limites superiores de cada nível.

Na variável *Local da Queimadura*, vemos que MMSS (membros superiores) e tórax são os locais mais comumente citados entre todos os outros, com 21.91% das citações para MMSS e 17.13% para o tórax. Mesmo em relação à auto-estima, encontramos as maiores porcentagens para essas regiões também, como podemos observar no grupo de pacientes com baixa auto-estima (26.09% MMSS e 19.57% tórax), no grupo com média auto-estima (17.39% MMSS e 16.30% tórax) e no grupo com alta auto-estima (23.89% MMSS e 16.81% tórax).

A variável *Tempo de Queimado* mostra-nos que o tempo médio de queimadura dos pacientes varia de 0.06 a 10.05 anos (56.25%); isto também se aplica aos diferentes níveis de auto-estima, com citação de 66.67% nos pacientes com baixa auto-estima, 53.85% nos pacientes com média auto-estima e 53.85% nos pacientes com alta auto-estima; com variações respectivamente dadas por, 2 a 26, 0.42 a 38, 0.06 a 47 e 0.06 a 47, e médias, respectivamente dadas por, 10.70 (DP=8.16), 12.49 (DP=11.77), 12.03 (DP=12.31) e 11.94 (DP=11.35). De acordo com a análise dos intervalos de confiança de 95%, não há diferença estatisticamente significativa entre as médias citadas.

Na última variável desta tabela, trabalhamos com o *Número de Queimaduras* e pudemos observar que a maioria dos pacientes apresentam entre 2 a 4 locais queimados (45 pacientes=56.25%). Isto se mantém para os pacientes com baixa auto-estima (66.67%), com média auto-estima (46.15%) e com alta auto-estima (58.97%). As variações são, respectivamente, 1 a 6, 1 a 9, 1 a 8 e 1 a 9. As médias, respectivamente dadas, são 3.07 (DP=1.48), 3.54 (DP=2.08), 2.89 (DP=1.89) e 3.13 (DP=1.89). Mais uma vez, a análise dos intervalos de confiança de 95% sugerem não existir diferença estatisticamente significativa entre as médias citadas acima. A Tabela 2 exhibe a distribuição dos escores de auto-estima (AE), que variam de 0 a 15 pontos.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE DE AE DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBOLATÓRIO DE SEQUELAS DE QUEIMADURAS. SÃO PAULO, 2002.

VARIÁVEL		DISTRIBUIÇÃO	
Escore de AE	n	%	
0 a 5	15	18.15	
6 a 10	26	32.50	
11 a 15	39	48.75	
Média(DP)	9.91(3.74)		
IC 95%	9.91 ± 0.83		
Varição	1 a 15		

Nesta tabela, agrupamos os pacientes de acordo com a pontuação alcançada por cada um (baseados na classificação de auto-estima). Assim, aqueles que apresentam um escore que varia entre 0 a 5 pontos (18.75%) encontram-se no grupo de baixa AE, de 6 a 10 pontos no grupo de média AE (32.05%) e de 11 a 15 pontos no grupo de alta AE (48.75%). A variação do escore é de 0 a 15, com média de 9.91 (DP=3.74). Podemos concluir, então, que a maioria dos pacientes entrevistados (48.75%) apresentam um alto escore de auto-estima.

Na análise das respostas obtidas durante as entrevistas, percebemos uma diferença em relação à concordância ou não com as frases da escala validada por José Augusto Dela Coleta e Marília Dela Coleta (1996) nas afirmações 11 (“Há coisas em mim que eu gostaria de mudar, se fosse possível”) e 12 (“Sinto necessidade de reconhecimento e aprovação dos meus atos”); portanto, fizemos um teste para ver se havia relação ou diferença significativa entre as respostas dadas e a auto-estima dos pacientes, que se encontra na Tabela 3.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS DAS RESPOSTAS ÀS AFIRMAÇÕES 11 E 12, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DA AE . SÃO PAULO, 2002.

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO							
	Pac c/ Baixa AE		Pac c/ Média AE		Pac c/ Alta AE		Global	
Res11	n	%	n	%	n	%	n	%
Erro	14	93.33	23	88.46	23	58.97	60	75.00
Acerto	1	6.67	3	11.54	17	41.03	20	25.00
Res12								
Erro	14	93.33	19	73.08	15	38.46	48	60.00
Acerto	1	6.67	7	26.92	24	61.54	32	40.00

A análise da Tabela 3 mostra-nos que os pacientes com maiores escores de auto-estima apresentaram maior porcentagem de acertos nas questões 11 e 12 (41.03% e 61.54%, respectivamente), quando comparados aos pacientes com média e baixa auto-estima, o que pode significar que pessoas com alto nível de auto-estima estão satisfeitas consigo mesmas, ou seja, não têm a necessidade de mudar algo em si mesmas e não

sentem a necessidade de que outras pessoas reconheçam os seus atos, como são as afirmações propostas. Branden (1995) ressalta que o indivíduo com boa auto-estima possui maior capacidade de lidar com os desafios da vida, sentindo-se mais confiantemente adequado a ela.

A Tabela 4 exhibe os coeficientes de correlação entre as variáveis quantitativas do estudo.

TABELA 4 – CORRELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS DE INTERESSE¹ PARA TODOS OS PACIENTES DO ESTUDO. SÃO PAULO, 2002.

	AE	Idade	T Queim	N Queim
AE	1.00			
Idade	0.01	1.00		
T Queimada	-0.04	0.03	1.00	
N. Queimados	-0.05	-0.01	-0.14	1.00
Sexo (1=M)	0.25*	-0.31*	-0.22*	0.06
Resp11 (1=ac)	0.47*	0.09	0.08	-0.16
Resp12 (1=ac)	0.46*	-0.16	0.01	-0.11

* Correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

¹A correlação entre as variáveis quantitativas e qualitativas dicotômicas, foram avaliadas pelo Teste de Mann Whitney.

O exame dos resultados contidos na Tabela 4 sugere correlação positiva estatisticamente significativa entre AE e sexo, à resposta da afirmação 11 e resposta à afirmação 12; sugere correlação negativa estatisticamente significativa entre idade e sexo e entre tempo de queimadura e sexo. Assim, há evidência estatística de que pacientes do sexo masculino, que não têm necessidade de mudança pessoal (questão 11) e de reconhecimento pessoal (questão 12), tendem a apresentar maiores escores de AE; há também evidência de que pacientes do sexo masculino tendem a apresentar menores idades e menores tempos de queimadura, nesse ambulatório.

O Teste Qui Quadrado não mostrou evidência de associação estatisticamente significativa entre o sexo e a necessidade de mudança pessoal (questão 11), ou a necessidade de reconhecimento pessoal (questões 12) ($p > 0,05$) e tampouco entre as necessidades de mudança e reconhecimento (questões 11 e 12) ($p > 0,05$).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos que os pacientes atendidos no Ambulatório de Sequelas de Queimaduras do HC-FMUSP possuem idade variando de 15 a 88 anos, com maior incidência na faixa de 15 a 29 anos (47.50%); que 54 pacientes (67.50%) são do sexo feminino e 26 (32.50%) do sexo masculino;

que o local de queimadura mais freqüente são os MMSS (21.91%) seguido do Tórax (17.13%); que o tempo de queimadura apresentado varia de 0.06 a 47 anos, tendo como média 0.06 a 10.05 anos (56.05%) e que o número de queimaduras por paciente varia entre 2 a 4 locais (56.25%).

Quanto à auto-estima, percebemos que 15 pacientes (18.75%) apresentam baixa auto-estima, 26 pacientes (32.50%) média auto-estima e 39 pacientes (48.75%) alta auto-estima; que a única correlação positiva estatisticamente foi com o sexo, pois de acordo com as porcentagens apresentadas na Tabela 4, os pacientes do sexo masculino apresentam os maiores escores de auto-estima, ou seja, as maiores pontuações obtidas encontram-se neste grupo.

Esses achados nos surpreenderam, pois inferimos que talvez pacientes com queimaduras na face pudessem apresentar mais baixa auto-estima; porém, hoje entendemos que o tempo de queimado, o tipo de acompanhamento feito após o incidente e o apoio familiar recebido, podem minimizar esse fato, fazendo com que a pessoa reaprenda a gostar de si mesma apesar da alteração física.

É importante ressaltar que percebemos, durante as entrevistas, coerência e espontaneidade dos pacientes na maneira de responder às questões formuladas, pois estávamos atentas ao

não-verbal expresso e, como Branden (1995) afirma, estas são algumas das características das pessoas com boa auto-estima, ou seja, projeção de prazer no rosto, no mover e no falar; capacidade de oferecer e receber elogios; maior abertura às críticas; espontaneidade; harmonia; flexibilidade; maior domínio dos sentimentos de insegurança e ansiedade.

Desta forma, entendemos que uma boa auto-estima exige congruência – o que significa que o eu interior está de acordo com o eu manifesto no mundo (BRANDEN, 1995).

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Denise; ANGERAMI, Emília Luígia Saporiti. A auto-estima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou palato. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 9, n. 6, p. 37-41, 2001.
- BERQUÓ, Elza Salvatori; SOUZA, José Maria Pacheco; GOTLIED, Sabina Lea Davidson. **Bioestatística**. São Paulo: EPU, 1981.
- BRANDEN, Nataniel. **Auto-estima**: como aprender a gostar de si mesmo. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996. Suplemento.
- DELA COLETA, José Augusto; DELA COLETA, Marília Ferreira. **Escala para medida de atividade e outras variáveis psicossociais**. São Paulo: EERP-USP, 1996.
- DUARTE JÚNIOR, João Francisco. **O que é beleza**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- FIRMINO, J. Contribuições da psicologia ao paciente queimado. In: GOMES, D.O.; SERRA, M.C.; PELLON, M.A. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. Citado por PAIVA, Sirliane de Souza. **Paciente queimado**: o primeiro atendimento em um serviço público de emergência. São Paulo, 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- HAPPÉ, Robert. **Consciência é a resposta**. São Paulo: Talento, 1997.
- MARIANE, Urio. Bases para tratamento das queimaduras na fase aguda. In: BIROLINI, Dário; UTIYAMA, Edivaldo; STEINMAN, Eliana. **Cirurgia de emergência**. São Paulo: Atheneu, 1996.
- MARTINS, Gilberto de Andrade. **Manual para elaboração de monografias e dissertações**. São Paulo: Atlas, 1994.
- MASLOW, Abraham Harold. Motivation and personality. In: _____. **A theory of human motivation**. 2. ed. New York: Harper & How, 1970. p. 35-58.
- PAIVA, Sirliane de Souza. **Paciente queimado**: o primeiro atendimento em um serviço público de emergência. São Paulo, 1997. 84 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- PENNA, Antonio Gomes. A dimensão histórico-cultural do processo de produção da auto-imagem no homem. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 3-10, 1988.
- PESSOA, F. **Obras Completas de Fernando Pessoa**. 7. ed. Lisboa: Ática, 1967. 6 v. Citado por DUARTE JÚNIOR, João Francisco. **O que é beleza**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- RUSSO, Ary do Carmo. **Tratamento das queimaduras**. São Paulo: Sarvier, 1967.
- SAPOUNTZI-KREPIA, Despina et al. Perceptions of body image, happiness and satisfaction in adolescents wearing a Boston brace for scoliosis treatment. **Journal Advanced Nursing**, Oxford, v. 35, n. 5, p. 683-690, 2001.
- SILVA, Maria Júlia Paes. Percebendo os sentimentos de maneira não-verbal. **Revista Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 128-132, 1991.