

CRIANÇAS VÍTIMAS DE QUEIMADURAS: UM ESTUDO SOBRE A DEPRESSÃO*

Vera Lúcia Adami Raposo do AMARAL**
Margareth Kraft BARBOSA***

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo investigar os estados depressivos de crianças vítimas de queimaduras e portadoras de seqüelas de queimaduras em áreas corporais visíveis e compará-las com um grupo de crianças que não são portadoras de seqüelas de queimaduras. Foram estudadas 36 crianças divididas em quatro grupos: O grupo de crianças queimadas do sexo masculino (6) e feminino (12) e o grupo de crianças não queimadas do sexo masculino (6) e feminino (12). Os grupos foram pareados quanto a idade, sexo, nível sócioeconômico e escolaridade. Foi aplicado a ambos os grupos a Escala de Auto-Avaliação de Depressão para Crianças (Amaral, 1989).

Os resultados indicaram que os grupos de crianças queimadas apresentaram índices mais marcantes de depressão do que os grupos de crianças não queimadas, embora em níveis não estatisticamente significantes.

A análise qualitativa mostrou que grupo de crianças queimadas se auto avaliou mais negativamente nos itens 1, 6, 9 e 23 mostrando que o "sentir-se irritado", "a preocupação com a saúde", "o medo" e "a culpa", foram os itens que apareceram com maior freqüência, dentre a gama de itens que o teste de auto-avaliação de depressão procurou avaliar.

As autoras discutem a necessidade de mais estudos na área, que venham a levantar mecanismos para lidar com a depressão nas crianças que se adaptaram razoavelmente bem às novas

(*) Este trabalho foi realizado na SOBAPAR — SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA E ASSISTÊNCIA PARA REABILITAÇÃO CRÂNIO FACIAL. Presidente Dr. Cássio M. R. do Amaral.

(**) Profª da Pós-Graduação em Psicologia Clínica — PUCAMP.

(***) Mestranda — Pós-Graduação em Psicologia Clínica — PUCAMP.

condições de portadoras de grandes seqüelas e cicatrizes devido a queimaduras, principalmente as que afetam as áreas visíveis do corpo e que estão mais expostas à análise e crítica dos demais.

INTRODUÇÃO

Crianças formam uma população de alto-risco em relação a acidentes que envolvem queimaduras (GORDON, In Artz e Col., 1979). As conseqüências médicas e psicológicas associadas à queimadura, ou seja, a hospitalização, a dor e os procedimentos médicos aversivos são devastadores (CLARKE, 1980; TARNOWSKI, RASNAKE & DRABMAN, 1987; WEST & SHUCK, 1978).

Nos Estados Unidos as estatísticas sobre o assunto são alarmantes. Um por cento da população sofre queimaduras, anualmente, e este país lidera todas as nações industrializadas em morte por queimaduras, per capita (THYGERSON, 1977). Aproximadamente dois milhões de indivíduos experienciam queimaduras que requerem cuidados médicos, dos quais cento e trinta mil indivíduos são hospitalizados para tratamento (FRIEDMAN, 1977). Recentes estudos epidemiológicos apontam que um terço dessas internações são de crianças (LUTHER & PRICE, 1981).

No Brasil não se tem notícias de estatísticas semelhantes, mas em recente relatório do Centro de Atendimento a Queimados do Hospital Geral de Paulínia/SP tem-se que 33,3% dos pacientes internados no período de cinco meses eram crianças menores de dez anos.

Entretanto, todos esses números não são suficientes para mostrar os profundos efeitos físicos e psicológicos que uma queimadura grave causa em uma criança.

Estudos a respeito de crianças que sofreram queimaduras têm focado vários aspectos, desde o momento crítico do acidente, à fase de internação e todos os problemas que envolvem a readaptação da criança ao seu meio social normal.

Diversos fatores têm sido apontados como responsáveis pela readaptação da criança, tanto do ponto de

vista psicológico como social, sendo que, dentre eles, os mais importantes são: a reação dos pais e demais pessoas significantes, o grau de queimadura e desfiguramento, além das condições psicológicas anteriores ao trauma (PONDELICEK & KÖNIGOVÁ, 1982).

AMARAL (1986) apontou que crianças vítimas de queimaduras têm que lidar com o fato de terem adquirido um desfiguramento ao longo de suas vidas e conseqüentemente devem readaptar suas auto-expectativas, sua auto-imagem, entre outras adaptações que devem ser feitas.

Também, crianças vítimas de queimaduras parecem apresentar reações emocionais mais intensas do que crianças portadoras de outras deformidades faciais.

AMARAL & DEBASTIANI (1988) em um estudo com o objetivo de validar uma escala de medos para avaliar estes estados emocionais de crianças vítimas de queimaduras, observaram que, ao contrário das crianças normais, isto é, que não sofreram queimaduras, as crianças queimadas não apresentavam os medos comuns, como por exemplo, medo de morrer ou estar entre pessoas estranhas, mas apresentavam medos intensos concentrados nos elementos que envolviam a experiência de sofrer queimaduras como: álcool, fogo, água quente, botijão de gás, estar só e estar longe dos pais. Em sua discussão, os autores levantaram a hipótese de que crianças vítimas de queimaduras apresentam um comportamento mais depressivo do que fóbico, sendo talvez, a depressão, o estado emocional mais característico das crianças vítimas de queimaduras que envolveram hospitalização, dor e procedimentos médicos altamente aversivos.

De acordo com a definição clínica fornecida pela AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1969) depressão "é um estado emocional caracterizado pelo retardo nos processos psicomotor e de pensamento; por uma reação emocional depressiva, sentimentos de culpa ou auto-crítica e rebaixamento da auto-estima" (p. 36).

MILAVIC (1985) aponta que doenças crônicas ou defeitos físicos geram, na criança, reações cognitivas, sociais e emocionais, sendo a depressão uma reação, de alguma forma, esperada. Sentimentos de desespero, acompanhados de mudanças

fisiológicas, pensamentos desesperadores, rebaixamento da auto-estima, quando apresentados por uma criança, pode-se dizer que esta se encontra em depressão. A depressão na infância interfere nas funções cognitivas, emocionais e sociais e quando não tratada pode desenvolver padrões de comportamento mais resistentes à mudança.

Quando condições de imobilização, isolamento e restrições da atividade física tais como andar, vestir-se, alimentar-se e banhar-se são impostas, a criança pode apresentar comportamentos de apatia e regressão e aparecerem verbalizações de auto-culpa, sentimentos de inutilidade, que caracterizam a depressão. Todos estes comportamentos podem ser resultantes de uma longa hospitalização para tratamento de queimaduras de primeiro, segundo e terceiro graus em uma área superior a dez por cento da área corporal total.

LAZARUS (1968) definiu depressão como uma experiência subjetiva, envolvendo desalento interior, desespero, miséria e desânimo. Para fugir às armadilhas da subjetividade SKINNER (1953) definiu depressão como uma queda geral no repertório comportamental de um indivíduo. FERSTER (In Krasner e Ulmann, 1965) considerou difícil determinar, através da mera observação do comportamento, se um homem que se move e age vagarosamente está "deprimido" ou meramente movendo-se com lentidão. Descritivamente, pacientes deprimidos expressam uma gama de sentimentos de pesar e pensamentos pessimistas e respondem pouco a vários tipos de estimulação.

Torna-se difícil separar depressão de ansiedade, uma vez que depressão é freqüentemente uma consequência da ansiedade, que esporadicamente pode ser intensa e prolongada.

WOLPE & LAZARUS (1966) tentaram diferenciar ansiedade da depressão e salientaram que em geral estes dois repertórios podem ter antecedentes diversos.

FERSTER (In Krasner e Ulmann, 1965) descreveu diversos fatores que aumentam a depressão como mudanças ambientais, castigo e mudanças nos esquemas de reforços e contingências. Mas, para este autor a característica essencial da pessoa deprimida é a freqüência reduzida da emissão de um comportamento positivamente reforçado.

Alguns autores diferenciam depressão endógena de depressão exógena, definindo a primeira como sendo doença geneticamente transmitida e a segunda sendo resultante de fatores psicológicos e/ou ambientais.

LETTNER e colaboradores (In LETTNER & RANGÉ, 1988) fizeram uma revisão das diferentes posições teóricas acerca da depressão e verificaram que os principais fatores causais foram focalizados na perda do reforçamento positivo (FERSTER, LAZARUS, BURGESS & LEWINSOHN); perda da eficácia do reforço (COSTELO, LEWINDOHN, LAZARUS); baixa taxa de reforçamento contingente (LEWINSOHN & COSTELO); crença na inabilidade de controle (SELIGMAN); esquemas de punição (FERSTER & LAZARUS); distorção do pensamento e percepção (BECK, FERSTER & LAZARUS); reforçamento positivo para o comportamento depressivo — ganho secundário (LAZARUS, LEWINSOHN, BURGESS).

Outro fator bastante discutido a respeito da depressão infantil refere-se à depressão na família. Para MILAVIC (1985) crianças que têm pelo menos um dos pais com problema de depressão parecem estar mais propensas a desenvolver uma doença depressiva do que crianças que têm pais sãos, pois, mesmo quando esta predisposição não seja transmitida geneticamente, é possível a criança identificar os comportamentos dos pais ou de quem deles cuida e imitá-los, tornando-se deprimidos.

SANDLER & JOFFE (1965) descrevem vários traços (índice de HAMPSTEAD) que observados em qualquer idade, permitem determinar a reação depressiva. Os autores detectaram combinações de alguns destes traços num grupo numeroso de casos: (1) crianças que parecem tristes, deprimidas, sem que manifestem queixa alguma e parecendo, mesmo, que não estão conscientes de sua situação; (2) crianças que demonstram certo retraimento e pouco interesse pelas coisas, manifestando este estado de forma momentânea ou prolongada; (3) crianças descritas como descontentes, raramente satisfeitas e com pouca capacidade para o prazer; (4) crianças que dão a impressão de se sentir rejeitadas ou não amadas, demonstrando que estão prontas a abandonar os objetos que são a causa de sua decepção; (5) crianças que dispostas a aceitar ajuda ou consolo, e mesmo quando os pedem, parecem aceitá-los manifestando decepção e descontenten-

tamento; (6) uma tendência a regredir a uma passividade, fato que se observou, sobretudo em crianças que já haviam realizado tentativas reais para se adaptar; (7) insônia e outros problemas com o sono; (8) atividades auto-eróticas ou outras atividades repetitivas; (9) finalmente os terapeutas constataram, habitualmente, uma dificuldade maior em manter um relacionamento duradouro com a criança nesses momentos.

Para NISSEN (1971) quando os sintomas são classificados segundo sua freqüência, os mais comuns são as dificuldades de relacionamento, a angústia, a inibição, a falta de segurança, a agressividade, a enurese, a insônia, o mutismo e a onicofagia.

O estado depressivo pode ser também confirmado quando a criança elabora sua autocrítica de forma exagerada, quando expressa sentimentos inadequados, dificuldade para dormir e temor exagerado da morte. A perturbação mais freqüente na sintomatologia depressiva seria uma imagem negativa de si mesma.

SANDLER & JOFFE (1965) depois de estudos de crianças em psicoterapia, descreveram aquilo que chamaram de resposta afetiva depressiva de base, nas crianças estudadas. Essa resposta é similar a outra manifestação desagradável de base: a ansiedade. Na verdade, assim como a ansiedade, o comportamento depressivo pode ser de curta ou de longa duração, de intensidade maior ou menor, aparecendo em qualquer estágio do desenvolvimento. Representa, em determinadas circunstâncias, uma resposta afetiva normal e apropriada, passando a faixa da anormalidade quando aparece em circunstâncias não apropriadas, persistindo durante um lapso de tempo demasiado, não chegando, a criança, a superá-la.

Os autores insistem, sobretudo, na natureza biológica de base do sofrimento e do seu oposto, o bem estar. Quando se fala em "perda do objeto", isso se refere, realmente, à perda do estado de bem-estar implícito, psicológica e biologicamente.

Ainda de acordo com esta teoria, na resposta depressiva existe um estado de privação — resignação — que pode aparecer imediatamente depois da perda do bem-estar, ou em seguida a esforços obstinados para restaurar o estado desejado. Se a criança se sente impotente frente ao sofrimento, e não pode

descarregar sua agressão, então, esta agressão acumulada e não descarregada pode reforçar o estado doloroso, de tal forma que a criança é conduzida, por força das circunstâncias, a um estado de resignação sem saída.

Um dos maiores problemas visualizados pelos estudiosos da depressão, em criança, é o diagnóstico. Na verdade, o recente interesse na depressão infantil exacerbou a confusão sobre a nosologia desta desordem (CYTRYN & COL, 1980).

AMARAL e DEBASTIANI (1988) & NERI (1987) discutem que, dado ao estágio da pesquisa psicológica clínica atual no Brasil, tem-se grande dificuldade em encontrar instrumentos de diagnósticos, que possuam boa validade e fidedignidade, para nossa população, o que dificulta a própria investigação de distúrbios específicos de comportamento, quer na população adulta, quer na infantil.

Em termos de instrumentos de diagnósticos de depressão infantil, na literatura internacional, tem-se encontrado alguns instrumentos que parecem ter boa validade e fidelidade (CYTRYN & COL. 1980; BECK & COL. 1961; ZUNG & DURHAM 1965; PONZNANSKI & COL. 1970; CARLSON & CANTWELL 1980; LEFKOWITZ & TESINY 1980; PONZNANSKI & COL' 1979; & KNESEVICH & COL. 1977; entre outros).

No Brasil, GONGORA (1984) fez um estudo com uma escala de depressão para adultos, contendo 108 itens e tendo aplicabilidade restrita em crianças, principalmente por causa do número excessivo e complexidade dos itens.

AMARAL (1989) desenvolveu um instrumento, cuja validade e fidedignidade foi testada em um estudo piloto, e dado os índices adequados apresentados pelo instrumento, uma pesquisa de validação com uma população maior está sendo realizada.

O instrumento foi desenvolvido através de um levantamento na literatura corrente internacional dos instrumentos de diagnóstico do comportamento depressivo em crianças, mais freqüentemente utilizados em pesquisas.

Dentre os instrumentos de língua inglesa levantou-se os de HAMILTON, 1960; BECK & COL., 1961;

ZUNG & DURHAM, 1965; PONZNANSKI & COL., 1970; KNESEVICH & COL., 1977; PONZNANSKI & COL., 1979; CARLSON & CANTWELL 1980; CYTRYN & COL., 1980; LEFKOWITZ & TESINY, 1980, e dentre os instrumentos nacionais o de GONGORA (1984).

Os instrumentos foram traduzidos e todos foram analisados por três juízes, que de acordo com os critérios de diagnóstico descritos no manual do DSM-III (1978) para este quadro, julgaram os itens mais pertinentes para o diagnóstico da depressão infantil.

O instrumento final obtido contém 27 itens e se refere a uma auto-avaliação de reações fisiológicas, comportamentais e afetivo-emocionais.

Os demais instrumentos analisados, ou eram muito extensos ou não avaliavam essas três dimensões.

Em resumo, a investigação dos estados depressivos de crianças queimadas, utilizando-se de instrumentos de medida com bom índice de validade e fidedignidade é de máxima relevância em nosso meio.

O estudo dos estados depressivos da criança vítima de queimaduras podem gerar condutas efetivas de orientação de pais e professores, assim como de tratamento preventivo de problemas mais complexos de comportamento.

A presente pesquisa faz parte de uma linha de pesquisa que objetiva investigar os estados emocionais das crianças vítimas de queimaduras com implicações à prática clínica de médicos pediatras, cirurgiões plásticos, assistentes sociais, enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogos, educadores e pais.

Este trabalho é resultado de hipóteses levantadas no artigo de AMARAL & DEBASTIANI (1988) que investigaram os medos das crianças queimadas.

Portanto, os objetivos da presente investigação foram:

- Comparar crianças vítimas de queimaduras com seus pares normais quando estes se auto-avaliam através de uma escala de depressão para crianças;
- Analisar qualitativamente a escala a fim de verificar as características específicas dos dois grupos.

MÉTODO

Sujeito

Foram sujeitos da presente pesquisa 36 crianças divididas em quatro grupos. A idade de todas as crianças variou entre 8 e 12 anos, sendo de ambos os sexos, de nível sócioeconômico médio-baixo para baixo.

As crianças que constituíram o grupo de crianças queimadas eram portadoras de seqüelas de queimaduras em partes expostas do corpo (rosto e/ou tronco e/ou braços e/ou pernas e/ou mãos e/ou pés). Todas essas crianças foram atendidas no programa de reabilitação do Departamento Hospitalar de Cirurgia Plástica Crânio Facial da SOBRAPAR – Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para Reabilitação Crânio Facial, em Campinas, São Paulo.

As crianças do grupo de não queimadas foram selecionadas ao acaso, de acordo com o critério de pareamento com o grupo de crianças queimadas, segundo sexo, idade, nível sócioeconômico e nível de escolaridade, na E.E.P.G. Francisco Glicério, na cidade de Campinas, Estado de São Paulo.

O procedimento para seleção dos sujeitos do grupo de crianças queimadas foi realizado através da análise das fichas de inscrição na SOBRAPAR e selecionados os que, dentre as fichas mais recentes, preenchiam os requisitos quanto à idade, sexo, local e extensão da queimadura.

Os sujeitos do grupo de crianças não queimadas foram selecionadas da seguinte forma: Após contacto inicial na Escola (EEPG) através da Direção, foi explicado a ela o objetivo da presente pesquisa. Após a permissão dada pela Diretoria da Escola, foram selecionadas as classes de 2ª a 5ª séries. Através do método de pareamento entre os sujeitos, foram escolhidas ao acaso as crianças que deveriam formar o grupo de controle.

O grupo de crianças queimadas foi constituído por dois grupos, o G.Q.F. (grupo queimados feminino) com 12 crianças do sexo feminino, com características sócioeconômicas já descritas, de nível de escolaridade normal, freqüentando classes do 1º grau; e o G.Q.M (grupo queimados masculino), composto por 6 sujeitos do sexo masculino, com as mesmas características descritas para o G.Q.F.

O grupo de não queimados feminino (G.C.F.) foi composto por 12 crianças do sexo feminino, não portadoras de seqüelas de queimaduras, havendo correspondência de idade, sexo, nível sócioeconômico e de escolaridade com o grupo queimados feminino.

O grupo de não queimados masculino (G.C.M.) foi composto por 6 crianças do sexo masculino com as mesmas características e condições acima descritas para o G.C.F.

Material

O instrumento utilizado foi a Escala de "Auto-Avaliação de Depressão para Crianças" (Amaral, 1989). Trata-se de um instrumento, como se pode ver no Quadro 1, contendo 27 itens, com uma auto-avaliação das reações fisiológicas, afetivo-emocionais e comportamentais, exigindo uma resposta tridimensional do sujeito.

Quadro 1

ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO PARA CRIANÇAS

Coloque um X no quadrinho abaixo da resposta que você achar certa para explicar o que você está sentindo:

1. EU ME SINTO SEMPRE IRRITADO.

SIM ÀS VEZES NÃO

2. EU ME SINTO CANSADO PARA FAZER QUALQUER COISA.

SIM ÀS VEZES NÃO

3. EU TENHO VONTADE DE FICAR SEMPRE DEITADO.

SIM ÀS VEZES NÃO

4. EU ME SINTO TRISTE.

SIM ÀS VEZES NÃO

5. EU TENHO SENTIDO DOR DE CABEÇA.
SIM ÀS VEZES NÃO
6. EU ESTOU PREOCUPADO COM A MINHA SAÚDE.
SIM ÀS VEZES NÃO
7. EU SINTO FRAQUEZA NO MEU CORPO.
SIM ÀS VEZES NÃO
8. EU TENHO DESMAIADO ULTIMAMENTE.
SIM ÀS VEZES NÃO
9. EU SEMPRE TENHO MEDO DE ALGUMA COISA.
SIM ÀS VEZES NÃO
10. EU SEMPRE SINTO QUE VOU SER CASTIGADO.
SIM ÀS VEZES NÃO
11. EU TENHO VONTADE DE MORRER.
SIM ÀS VEZES NÃO
12. EU TENHO CHORADO OU TENHO TIDO SEMPRE VONTADE DE CHORAR.
SIM ÀS VEZES NÃO
13. EU PREFIRO BRINCAR SEMPRE SOZINHO.
SIM ÀS VEZES NÃO
14. EU ME ACHO UM(A) MENINO(A) MAU.
SIM ÀS VEZES NÃO
15. EU NÃO TENTO NOVAMENTE QUANDO EU PERCO.
SIM ÀS VEZES NÃO
16. EU DURMO SEMPRE EM SALA DE AULA.
SIM ÀS VEZES NÃO
17. EU SEMPRE ACHO QUE NÃO SEI FAZER AS COISAS.
SIM ÀS VEZES NÃO
18. EU ME PREOCUPO MUITO COM AS COISAS.
SIM ÀS VEZES NÃO
19. EU ACHO QUE OS OUTROS NÃO GOSTAM DE MIM.
SIM ÀS VEZES NÃO

20. EU ME SINTO SEMPRE ABORRECIDO.

SIM ÀS VEZES NÃO

21. EU SEMPRE SINTO QUE ESTOU FAZENDO ALGUMA COISA ERRADA.

SIM ÀS VEZES NÃO

22. EU NÃO GOSTO DE MIM.

SIM ÀS VEZES NÃO

23. EU ACHO QUE SOU CULPADO QUANDO QUALQUER COISA ACONTECE DE ERRADO NA MINHA CASA.

SIM ÀS VEZES NÃO

24. EU PERDI MEU INTERESSE PELAS PESSOAS E NÃO LIGO PARA NINGUÉM.

SIM ÀS VEZES NÃO

25. EU ME ACHO FEIO.

SIM ÀS VEZES NÃO

26. EU TENHO DIFICULDADE PARA DORMIR.

SIM ÀS VEZES NÃO

27. EU NÃO SINTO VONTADE DE COMER.

SIM ÀS VEZES NÃO

Além da escala, foi utilizado lápis e borracha, para o preenchimento das respostas à escala.

Procedimento

Os sujeitos do grupo de crianças queimadas foram chamados ao Ambulatório da SOBRAPAR e solicitados e responderem à Escala.

Como esses procedimentos são rotineiros para as crianças que estão em processo de Reabilitação e sendo atendidos nos Setores Interdisciplinares da SOBRAPAR, não há estranheza por parte dos sujeitos e/ou de seus responsáveis.

A Escala foi aplicada pelo pesquisador, individualmente, na sala do Setor de Psicologia. A sala mede 2,50m

por 3,00m, possui uma mesa, três cadeiras, um armário de ferro, uma mesinha baixa, uma maca e uma escadinha com dois degraus para acesso à maca.

A Escala era lida pelo pesquisador para a criança e marcada na própria folha do teste a resposta dada pela criança. A aplicação da Escala só era iniciada após o pesquisador ter lido as instruções que consta do teste e ter garantido a compreensão da tarefa por parte da criança.

Este mesmo procedimento de aplicação da Escala foi utilizado para o grupo de controle, isto é, para os grupos de crianças não queimadas.

A aplicação se deu em uma sala, na própria EEPG — Escola Estadual de Primeiro Grau.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A fim de se estudar a depressão em crianças queimadas e compará-las com um grupo de crianças normais, procurou-se inicialmente classificar as crianças em três níveis face à depressão. Para tal considerou-se a pontuação das respostas da seguinte forma:

- Não indica depressão (até 9 pontos)
- Indica leve depressão (de 10 a 20 pontos)
- Indica marcante depressão (mais de 20 pontos)

Para a fixação dos limites acima, partiu-se das pontuações obtidas pelos grupos não queimados nos dois instrumentos e procedeu-se da seguinte forma:

Inicialmente, ordenou-se os sujeitos conforme os pontos crescentes e procurou-se incluir nas categorias mais baixas e mais elevadas 25% deles (4,5 sujeitos), tendo-se optado por 4 sujeitos em cada categoria (22,2%), restando 10 sujeitos para a categoria do meio (55,6%);

O escore do 4º sujeito foi considerado o escore mais elevado da primeira categoria e o do 14º sujeito o mais elevado da segunda categoria.

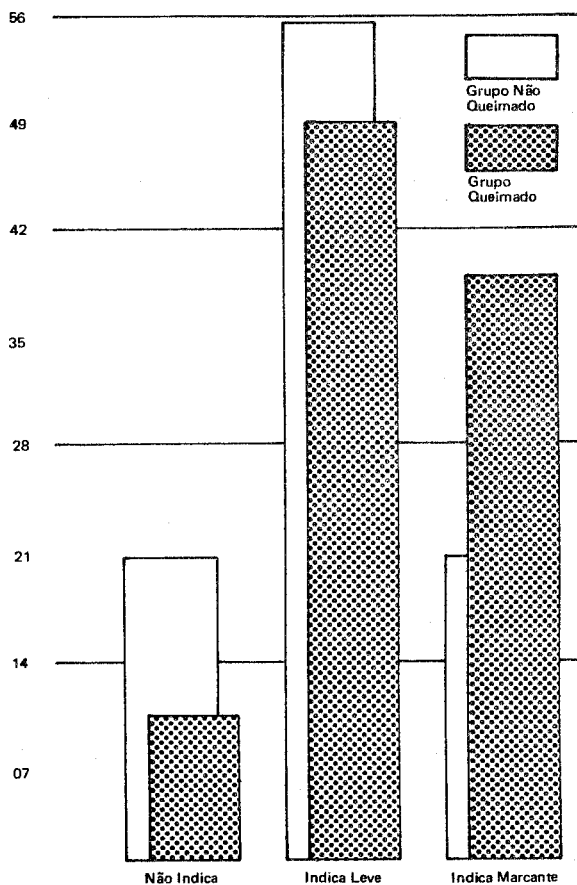


Figura 1: Porcentagem obtida por ambos os grupos, nas categorias: Não indica, indica leve e indica marcante.

A forma de correção da escala foi assim estabelecida:

SIM	=	2 pontos
ÀS VEZES	=	1 ponto
NÃO	=	0 ponto
Total possível de SIM	=	54
Total ÀS VEZES	=	27
Total NÃO	=	0

Quanto mais próximo a 54 pontos, mais índices de depressão a criança apresenta.

Após ter feito a classificação de ambos os grupos no instrumento, foi feita a distribuição dos sujeitos nas diversas categorias de depressão, o que pode ser visto na Tabela 1, onde é indicada a percentagem obtida por cada grupo.

Tabela 1: Percentagem obtida pelos sujeitos do grupo queimados e de não queimados na Escala de Auto-Avaliação de Depressão para crianças.

ÍNDICES \ GRUPOS	GRUPO	
	NÃO QUEIMADO	QUEIMADO
DEPRESSÃO		
Não indica	22,2	11,1
Indica leve	55,6	50,0
Indica marcante	22,2	38,9
BASE	18	18

A Figura 1 mostra mais claramente que as crianças queimadas tendem a ser mais deprimidas que as do grupo de crianças não queimadas (38,9% e 22,2% respectivamente indicam marcante depressão).

A Tabela 2 a seguir apresenta o tratamento estatístico dos dados dos grupos não queimados e queimados, bem com estes resultados por sexo em cada grupo.

Tabela 2: Média e desvio padrão da auto-avaliação de depressão para os quatro grupos: G. Q. M. / G. Q. F. e G. C. M. /G. C. F.

GRUPOS	TESTE	AUTO-AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO	
	MEDIDAS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Grupo não queimado (N = 18)			
Grupo queimado (N = 18)			
Sexo feminino (N = 12)			
Grupo não queimado			
Grupo queimado			
Sexo masculino (N = 6)			
Grupo não queimado			
Grupo queimado			

Foi feito o teste "t" de Student, onde as diferenças observadas entre os grupos queimados e não queimados se mostraram estatisticamente significantes: quando se comparou o grupo não queimados com o grupo queimados o $t_{3,4} = 1,475$; $p > 0,10$; quando se comparou os grupos femininos de não queimados e queimados o $t_{2,2} = 1,236$; $p > 0,10$; e quando se comparou os grupos masculinos de não queimados e queimados o $t_{1,0} = 0,103$; $p > 0,10$.

Embora o Grupo Queimados tenha apresentado níveis mais intensos de Depressão que o Grupo de Não Queimados, estas diferenças não se mostraram estatisticamente significantes, ao nível $\alpha = 0,05$, não se podendo afirmar que estas diferenças existam nos universos de onde foram retiradas as amostras. Isto pode ser atribuído, também, ao tamanho da amostra, ou ao fato de que crianças queimadas se apresentam mais depressivas mas não o suficiente para que, quando comparadas ao grupo de controle, as diferenças sejam estatisticamente significantes.

Este resultado pode falar a favor de uma recuperação razoável da criança queimada, assim como de uma relativa adaptação às novas circunstâncias.

Dado ao fato de que as crianças queimadas apresentaram níveis mais intensos de Depressão do que o grupo de não queimados, uma análise qualitativa dos itens foi considerada interessante, no sentido de verificar onde estão os picos de depressão.

Foi considerada, para esta análise, a soma total de pontos brutos para cada grupo. Considerou-se como pico de depressão os itens que tiveram pontuação acima de 5 e pontuação baixa os itens que apareceram com 0 a 1 ponto.

No Grupo Queimado Masculino, como pode ser visto na figura 2, os itens que apareceram com maior pontuação foram 1, 5, 6, 9, 18 e 23 (Eu me sinto sempre irritado, Eu tenho sentido dor de cabeça, Eu estou preocupado com minha saúde, Eu sempre tenho medo de alguma coisa, Eu me preocupo muito com as coisas e Eu acho que eu sou culpado quando qualquer coisa acontece de errado na minha casa) e os com menor pontuação foram os itens de número 8, 11, 16, 24 e 27 (Eu tenho desmaiado ultimamente, Eu tenho vontade de morrer, Eu durmo sempre em sala de aula, Eu perdi meu interesse pelas pessoas e não ligo para ninguém e Eu não sinto vontade de comer).

No Grupo de Não Queimados masculino, como pode ser observado na figura 3, os itens que obtiveram maior pontuação foram 4, 5, 6, 9, 17, 18, 21 e 23 (Eu me sinto triste, Eu tenho sentido dor de cabeça, Eu estou preocupado com a minha saúde, Eu sempre tenho medo de alguma coisa, Eu sempre acho que não sei fazer as coisas, Eu me preocupo muito com as coisas, eu sempre sinto que estou fazendo alguma coisa errada, Eu acho que sou culpado quando qualquer coisa acontece de errado na minha casa); e os itens que obtiveram menor pontuação foram 3, 8, 11, 13, 16, 19, 20, 22, 24 e 25 (Eu tenho vontade de ficar sempre deitado, Eu tenho desmaiado ultimamente, Eu tenho vontade de morrer, Eu prefiro brincar sozinho, Eu durmo sempre em sala de aula, Eu acho que os outros não gostam de mim, Eu me sinto sempre aborrecido, Eu não gosto de mim, Eu perdi meu interesse pelas pessoas e não ligo para ninguém e Eu me acho feio).

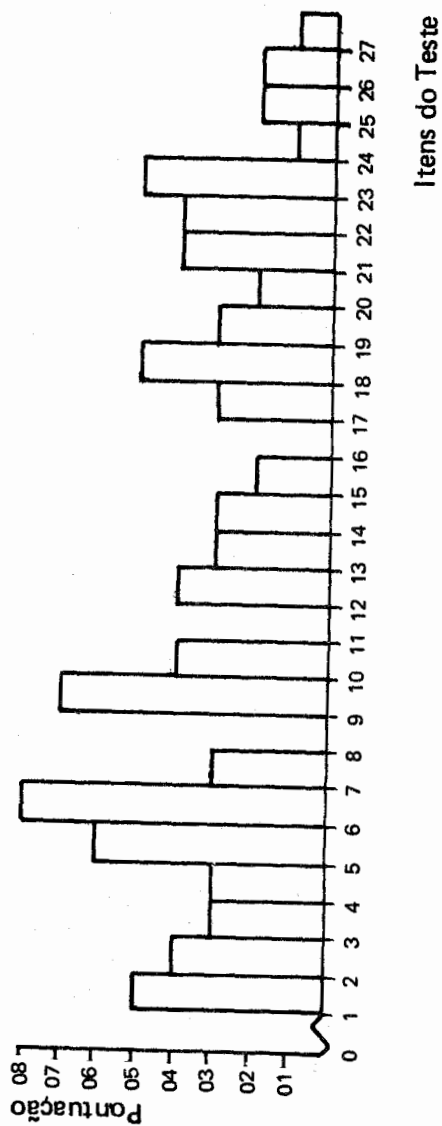


Figura 2: Pontuação bruta obtida nos itens do teste, do grupo queimados masculino (N = 6).

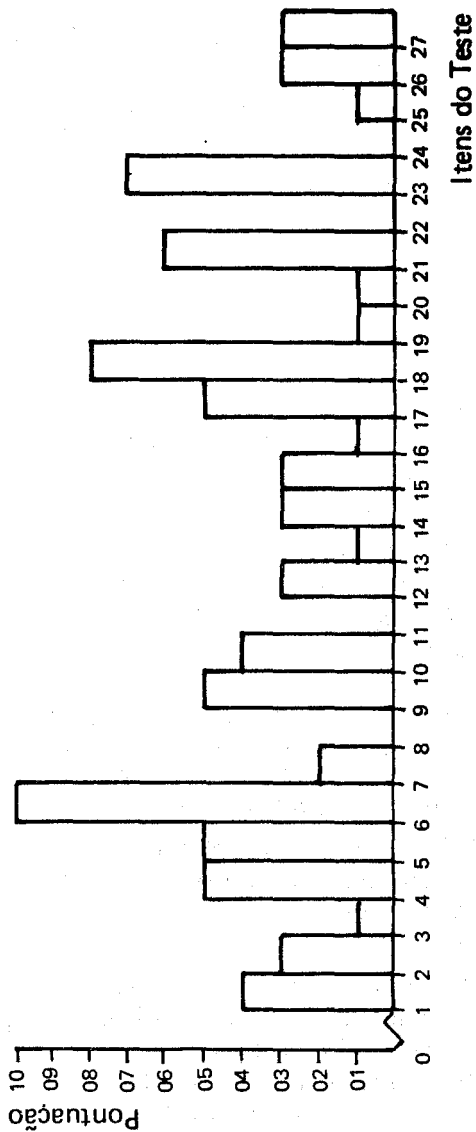


Figura 3: Pontuação bruta obtida nos itens do teste, do grupo não queimados masculino (N =6).

Analisando e comparando o Grupo de Sujeitos Queimados com o Grupo de Não Queimados, observa-se que em ambos os grupos o item de maior pico é o 6 que se refere à preocupação com a saúde. Este dado pode merecer duas análises: uma se refere ao nível sócioeconômico do grupo. O fato de pertencerem a um extrato social mais baixo, favorece a má alimentação e cuidados deficitários de higiene, o que pode acarretar constantes problemas de saúde. No caso do grupo de queimados, os sujeitos têm um critério de realidade que os fazem provavelmente preocupados com sua saúde física. Por outro lado, o próprio instrumento, como um todo, pode ter provocado algumas tendências de resposta. Embora a aplicação do instrumento tenha sido feita de forma individualizada, e tomando-se os devidos cuidados no entendimento prévio da tarefa referida pelo teste, este mostra-se inadequado em alguns itens (15, 17, 22 e 27) que possuem a negativa em seu conteúdo, o que pode tornar difícil a compreensão. A análise de limitação do instrumento é válida para todo o estudo.

Entretanto, embora se faça a análise desta possível limitação do instrumento, é interessante apontar que se pode verificar intensa discriminação entre os itens, o que indica que houve compreensão por parte dos sujeitos, da tarefa e conteúdo do teste.

Também, observa-se nos dois grupos o que parece ser uma "preocupação" generalizada, assim como "culpa" quando algo não vai bem em casa. Talvez sejam estes os sentimentos que caracterizem mais a depressão infantil.

Não parece ser característica da depressão, nos grupos estudados, a "vontade de morrer," a "perda de interesse pelas pessoas e coisas," assim como sintomas físicos, como perda de apetite e sono.

Por outro lado, a "dor de cabeça" parece ser o sintoma somático mais referido pelos dois grupos, podendo isto ser indício de forte tensão muscular.

No grupo de não queimados, os itens menos referidos são os que se referem também à auto-estima e às relações sociais, itens que, embora pouco pontuados, aparecem com índices diferentes de 0 e 1 no grupo queimados. Isto indica que, embora sem muita ênfase, o grupo queimados considera estes itens em suas respostas.

Com relação à análise qualitativa dos grupos queimados e de não queimados feminino, as respostas foram pontuadas tomando a contagem bruta de pontos. Considerou-se como indício alto de depressão os itens que tiveram pontuação superior a 11 e como os itens que tiveram indício baixo de depressão os que tiveram pontuação inferior a 2 uma vez que o N dos grupos femininos foi de 12 sujeitos.

Como se pode ver na figura 4, o Grupo Queimado feminino teve como pontuação mais alta os itens 1, 4, 5, 6, 9, 12, 18, 20, 21 e 23 (Eu me sinto sempre irritado, Eu me sinto triste, Eu tenho sentido dor de cabeça, Eu estou preocupado com minha saúde, Eu sempre tenho medo de alguma coisa, Eu tenho chorado e tenho tido sempre vontade de chorar, Eu me preocupo muito com as coisas, Eu me sinto sempre aborrecido, Eu sempre sinto que estou fazendo alguma coisa errada, Eu acho que sou culpado quando qualquer coisa acontece de errado na minha casa) e como pontuação mais baixa os itens 8 e 16 (Eu tenho desmaiado ultimamente e Eu durmo sempre em sala de aula).

Uma análise interessante é feita quando se verifica que os sujeitos do grupo queimados feminino apresentam um número maior de itens de depressão do que o grupo queimados masculino e do que os grupos de não queimados.

Desta forma, parece que o grupo feminino demonstra indício maior de depressão do que o grupo masculino de crianças queimadas, estando isto em concordância com a literatura em geral sobre o assunto, que aponta apresentarem as mulheres maior comportamento de depressão do que os homens. (BECK, 1982).

Nos itens de pico de depressão, as meninas queimadas apontam os mais altos índices nos itens "Eu tenho sentido dor de cabeça" e "Eu tenho chorado ou tenho tido sempre vontade de chorar", o que indica da mesma forma que para o grupo masculino a tensão muscular, e aqui mais especificamente o "chorar", um comportamento mais tipicamente "feminino" e mais socialmente aceitável nas mulheres do que nos homens.

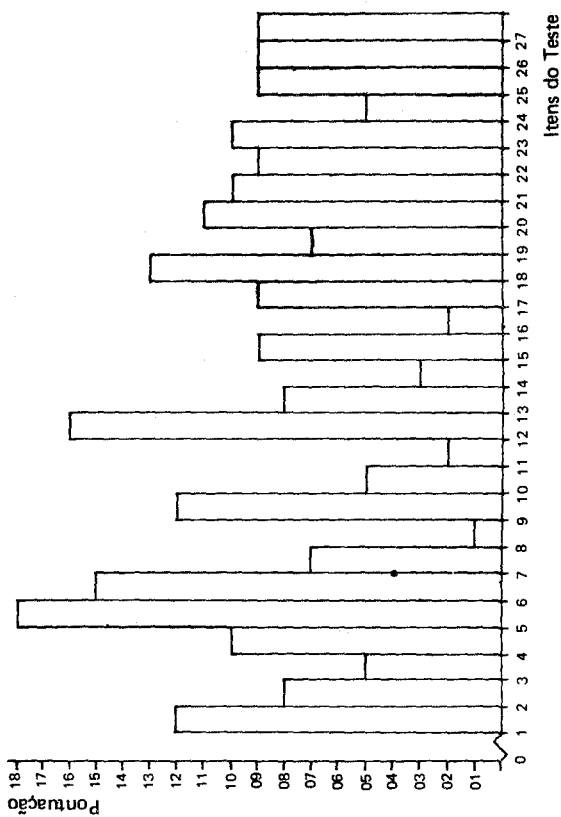


Figura 4: Pontuação bruta obtida nos itens do teste, do grupo queimado feminino (N = 12).

Por outro lado, um "aborrecimento generalizado" e a sensação de "ser culpado" aparece nos três grupos, indicando que, talvez, as práticas educacionais utilizadas pelas famílias estejam dando S^ds para que as crianças tenham este tipo de resposta emocional.

Com relação às respostas do grupo de não queimados feminino, como se pode ver na figura 5, o número de itens de pico de depressão é bem menor, sendo eles os itens 5, 6, 12 e 18 (Eu tenho sentido dor de cabeça, Eu estou preocupado com a minha saúde, Eu tenho chorado ou tenho tido sempre vontade de chorar, Eu me preocupo muito com as coisas) e os itens de baixo índice de depressão são em maior número, ou seja, os itens 2, 7, 8, 14, 15 e 16 (Eu me sinto cansado para fazer qualquer coisa, Eu sinto fraqueza no meu corpo, Eu tenho desmaiado ultimamente, Eu me acho uma menina má, Eu não tento novamente quando eu perco, Eu durmo sempre em sala de aula).

É interessante apontar que o grupo não queimados feminino parece ser o que indica menor depressão, sendo que o sintoma físico de "dor de cabeça", a "preocupação com as coisas" e o "chorar" os comportamentos que mais aparecem.

Verificando os itens comuns aos dois grupos de crianças queimadas, aparecem os itens 1, 6, 9 e 23, mostrando que o sentimento de "irritação", a "preocupação com a saúde", o medo e a "culpa" aparecem como a tônica maior dentro a gama de itens que o teste de auto-avaliação de depressão procurou avaliar.

O sentimento de "irritação" é de alguma forma compreensível e esperado, uma vez que a queimadura é extremamente desagradável e desconfortável e nos diversos estágios de cicatrização o prurido é grande e muitas vezes inevitável.

A preocupação com a saúde deve ser uma constante, uma vez que o tratamento das cicatrizes é longo e doloroso.

Crianças na idade das que foram alvo no presente estudo, tendem a se sentir culpadas quando um problema de saúde as atinge (NAGER, 1978), gerando a crença de que estão sendo castigadas por algo que fizeram de errado. O medo pode ser, por outro lado, a conseqüência da culpa, no sentido de temer ser novamente punido por outro comportamento inadequado que proventura venha a emitir.

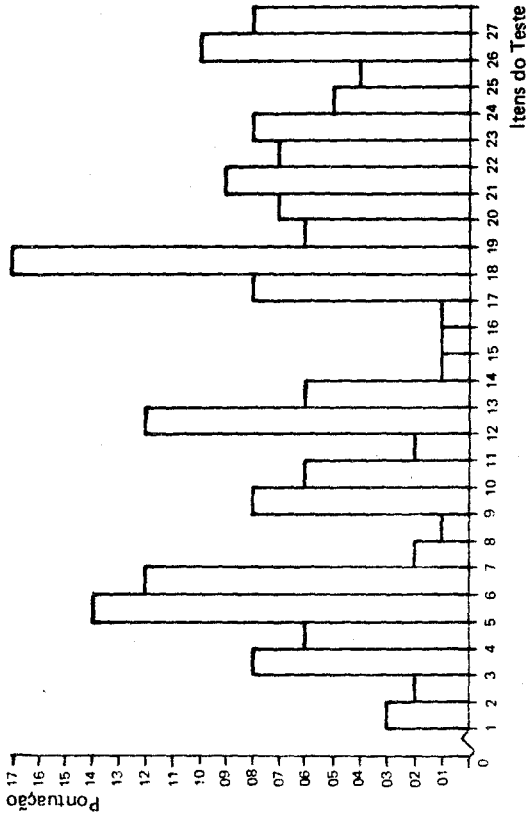


Figura 5: Pontuação bruta obtida nos itens do teste, no grupo não queimado feminino (N = 12).

Mais estudos na área deverão ser realizados, principalmente utilizando-se de outros instrumentos e com um número maior de sujeitos para replicar os dados aqui obtidos.

Estudos que procurem investigar o mecanismo que crianças usam para lidar com a depressão deveriam ser levados a efeito. A experiência clínica tem apontado para o fato de que determinadas crianças adaptam-se relativamente bem às novas condições de serem portadoras de grandes seqüelas e cicatrizes devido a queimaduras, principalmente quando parte visíveis do corpo são afetadas, enquanto outras não reagem igualmente bem.

Estes dados poderiam fornecer importantes informações ao clínico que se propõem a ajudar as crianças que não apresentam a mesma habilidade ao lidar com a depressão.

Tais pesquisas são muito importantes na medida que contribuem para o aprimoramento das técnicas psicoterápicas utilizáveis na reabilitação de pacientes portadores de seqüelas de queimaduras.

CONCLUSÃO

Crianças vítimas de queimaduras parecem ser mais depressivas do que as crianças do grupo "normal" mas não a nível estatisticamente significantes.

As auto-avaliações que foram mais evidenciadas foram o "sentimento de irritação", a "preocupação com a saúde", o "medo" e a "culpa". Poder-se-ia dizer que a irritação seja esperada, uma vez que a queimadura é extremamente desconfortável e no estágio de cicatrização a sensação de coceira é grande e muitas vezes inevitável.

A "culpa" é provavelmente resultado da crença de um castigo por algum comportamento indesejável e o "medo" pode estar associado à expectativa de futuras punições por outros comportamentos indesejáveis.

A "preocupação com a saúde" provavelmente é resultante da experiência de sofrer queimadura que envolveu hospitalização, dor e procedimentos médicos altamente aver-sivos.

SUMMARY

The present study aimed to investigate the depressive states in children who suffered burn and who had burns sequelae in visible body areas and to compare with children, without burns sequelae. It was studied 36 children divided into four groups. The male burned group (6) and the female burned group (12) and the male not burned group (6) and the female not burned group (12). The groups were pared in terms of sex, age, sócio-economic level and school level. "The Self-Evaluation depression scale for children" (Amaral, 1989) was applied to the groups.

The results pointed out that the groups of burned children showed deep indexes of depression than the group of not burned children, although this indexes are not statistically significant.

The qualitative analysis showed that the subjects of the group of burned children evaluated themselves less positively in the itens number 1, 6, 9 and 23 showing that the fellings of irritation, preoccupation with their heath, the fear and the guilty appear more frequently between the itens of the test.

The authors discussed the need of more studies in that area, which could point out the individual mecanisms to cope with depression.

These finding could help the children who didn't cope with the depression. The authors conclude that there are children who can adapt well with big burns sequelae, including that ones in the visible body areas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, V. L. A. R. **Vivendo com uma face atípica: influência da deformidade facial, no auto e hetero-conceitos e na realização acadêmica de crianças de 6 a 12 anos.** Tese de Doutorado defendida no Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 1986.
- AMARAL, V. L. A. R. **Uma Escala de Auto-Avaliação de Depressão para Crianças.** Pesquisa realizada e em fase de preparação para publicação, 1989.

- AMARAL, V. L. A. R.; DEBASTIANI, A. L. C. R. Produção e Análise de uma Escala para Avaliação de medo em crianças vítimas de queimaduras. *Estudos de Psicologia*, 5 (1), 126-158, 1988.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (2nd ed.), Washington, D. C.: Author, 1969.
- BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F. & EMERY, G. *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1982.
- BECK, A. T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBANGH, J. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571, 1961.
- CARLSON, G. A. & CANTWELL, D. P. A survey of depressive symptoms, syndrome and disorder in a child psychiatric population. *Journal of Child Psychiatric and Psychology*, 21, 19-25, 1980.
- CLARKE, A. M. Thermal injuries: The care of the whole child. *Journal of Trauma*, 20, 823-829, 1980.
- CYTRYN, L. MCKNEY, D. H.; BUNNEY, W. F. Diagnosis of Depression in children: a reassessment. *American Journal of Psychiatry*, 137(1) 22-25, 1980.
- DMS III. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. (3rd ed.), Washington, D. C., American Psychiatric Association, 1978.
- FERSTER, C. B. Classification of behavioral pathology. In L. KRASNER & L. P. ULMANN (eds), *Research in behavior modification*, New York, Holt Rinehart and Wiston, 1965.
- FERSTER, C. B. A Functional analysis of depression. *American Psychologist* 28, 857-870, 1973.
- FRIEDMAN, E. Burn care in U. S. hospitals – How much? How good?. *Hospitals*, 51, 53-58, 1973.
- GONGORA, M. A. N. Construção de um instrumento brasileiro para avaliar depressão. *Estudos de Psicologia*, 1(2) 7-30, 1984.

- GORDON, M. S. Nursing care of the burned child, In C. P. ARTZ, J. A. MONTCRIEF & B. A. PRESITT (eds.), *Burns: A team approach*, Philadelphia, Saunders, (pp. 390-409), 1979.
- HAMILTON, N. A. rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23 56-61, 1960.
- KNESEVICH, J. W.; BIGGS, J. T.; CLAYTON, P. J.; ZIEGLER, V. E.; Validity of the Hamilton Rating Scale for Depression. *British Journal of Psychiatry*. 131, 49-52, 1977.
- LAZARUS, A. A. Learning theory and the treatment of depression. *Behavior Research and Therapy*, 6, 83-89, 1968.
- LEFKOWITZ, M. M.; TESSINY, E. P. Assessment of childhood Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*., 48, 43-50, 1980.
- LETTNER, H. W.; SHINOHARA, H. O. & LANNA, G. C. Depressão: In: H. W. LETTNER; B. RANGÉ (eds.), *Manual de Psicoterapia Comportamental*, São Paulo, Manole, 1988.
- LUTHER, S. L. & PRICE, J. H. Burns and their psychological effects on children. *The Journal of School Health*, 32, 419-422, 1981.
- MILAVIC, G. Do Chronicallle III and handicapped Children become depressed? *Developmental Medicine & Child Neurology*, 27, 675-685, 1985.
- NAGERA, H. Children's Reaction to Hospitalization and Illness. *Child Psychiatry and Human Development*, 9(1), 3-19, 1978.
- NERJ, A. I inventário Sheppard para Medida de Atitudes em Relação à Velhice e sua Adaptação para o português. *Estudos de Psicologia*, 3(1,2) 23-42, 1987.
- NISSEN, G. *Depressive Syndrome in Kindes-und jundendalter*. Berlim Springer Verlag, 1971.
- PONDELICEK, I. & KONIGOVĀ, R. Psychological aspects of pediatric burns. *Acta Chirurgical Plastica*, 24, 249-254. 1982.

- POZNANSKI, E. O.; COOK, S. C.; CARROL, B. J. A Depression Rating Scale for Children. *Pediatrics*, 64(4) 442-450, 1979.
- POZNANSKI, E.; ZRULL, J. P.; MICH, A. A. Childhood Depression Clinical Characteristics of overly depressed children. *Archives of General Psychiatry*, 23, 8-15, 1970.
- SANDLER, J.; JOFFE, W. G. Notes on Childhood depression. *International Journal of Psychoanalysis*, 46, 88-96, 1965.
- SKINNER, B. F. *Science and Human Behavior*. New York, McMillan, 1953.
- TARNOWSKI, K. J.; RASNAKE, L. K. & DRABMAN, R. S. Behavioral Assessment and treatment of Pediatric Burn Injuries: A Review *Behavior Therapy*, 18 (4), 47-441, 1987.
- THYGERSON, A. L. *Acidents and disaters*. Enghehood Cliffs, N. J. Prentice Hall, 1977.
- WEST, D. A. & SHUCK, J. M. Emotional problems of the severely burned patient. *Surgical Clinics of North America*, 58, 1189-1204, 1978.
- WOLPE, J. & LAZARUS, A. A. *Behavior Therapy Techniques*. Oxford, Pergamon Press, 1966.
- ZUNG, W. W.; DURHAM, N. C. A self-rating depression scale, *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70, 1965.

NOTA: Este trabalho só foi realizado graças à concessão da bolsa de estudos, na Modalidade Aperfeiçoamento tipo B, pelo CNPq, através do processo nº 821212/88-5.
As autoras agradecem o apoio.