

**Universidade do Vale do Rio dos Sinos**

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

**Mestrado em Psicologia Clínica**

**Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Pacientes Vítimas de Queimaduras**

Aluna: Letícia Galery Medeiros, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (bolsista  
PROSUP-CAPES)

Orientadora: Professora. Dra. Rosa Martins de Almeida, Universidade do Vale do Rio dos  
Sinos (UNISINOS)

Co-orientador: Prof. Dr. Christian Haag Kristensen, Pontifícia Universidade Católica do  
Rio Grande do Sul (PUC-RS)

**Universidade do Vale do Rio dos Sinos**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia**  
**Mestrado em Psicologia Clínica**

**Relatório Final de Mestrado**

**Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Pacientes Vítimas de Queimaduras**

Aluna: Letícia Galery Medeiros, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (bolsista  
PROSUP-CAPEIS)

Orientadora: Professora. Dra. Rosa Martins de Almeida, Universidade do Vale do Rio dos  
Sinos (UNISINOS)

Co-orientador: Prof. Dr. Christian Haag Kristensen, Pontifícia Universidade Católica do  
Rio Grande do Sul (PUC-RS)

## AGRADECIMENTOS

*A meus pais*

*Pelo incentivo e apoio em todos os momentos.*

*A meu irmão*

*Pela amizade e companheirismo.*

*Ao professor Christian Haag Kristensen e à professora Rosa Maria Martins de Almeida*

*Pela direção firme e segura ao longo desse trabalho.*

O relatório final da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, desenvolvido na Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, intitulada: “Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Pacientes Vítimas de Queimaduras”, é composto por uma apresentação do tema da pesquisa de mestrado, ou seja, a investigação da incidência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático em pacientes vítimas de queimaduras e por dois artigos científicos.

O primeiro artigo consiste de uma revisão ampla da literatura, que visou apresentar os principais estudos realizados com pacientes vítimas de queimaduras no Brasil e no mundo. Foram encontrados poucos estudos nacionais, principalmente com interface com a Psicologia. Os estudos estrangeiros apresentam investigações sobre as conseqüências psicológicas após os acidentes com queimaduras, apontando a depressão e os transtornos de ansiedade, principalmente o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), como os principais achados. Estes estudos também avaliaram a influência do tratamento e das conseqüências do acidente no desenvolvimento destes transtornos psicológicos.

O segundo artigo é composto dos dados coletados onde são demonstrados os resultados da investigação empírica. A pesquisa consistiu de um estudo descritivo tanto quanto aos objetivos como aos procedimentos. Buscou-se verificar a presença de TEPT e depressão nos pacientes vítimas de queimaduras; atendidos no Hospital Municipal de Pronto Socorro de Porto Alegre (RS), entre os meses de março a junho de 2007. Os dados apontam um elevado índice de TEPT na população investigada. Não foi encontrada correlação entre o TEPT e as características do ferimento. Os resultados confirmam a importância em desenvolver-se uma técnica de tratamento específica para tratamento dos pacientes com TEPT.

Os artigos serão encaminhados para publicação em revistas distintas; por este motivo, apresentam diferentes formatações, respeitando as normas de cada revista.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	06
Justificativa.....	08
Objetivos.....	09
Geral.....	09
Específicos.....	09
MÉTODO.....	09
Delineamento.....	09
Participantes.....	10
Procedimentos de pesquisa.....	10
Procedimentos éticos.....	11
Coleta de dados.....	11
Análise dos dados.....	12
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
ANEXOS.....	31
Anexo A.....	31
Anexo B.....	32
Anexo C.....	34
Anexo D.....	35

## INTRODUÇÃO

No Brasil, não há dados estatísticos que possam comprovar o número de acidentes por queimaduras, no entanto estima-se que, em média, por ano aconteçam 1.000.000 de acidentes, dos quais, aproximadamente 100.000 procuram atendimento médico e cerca de 2.500 pessoas morrem tendo como causa direta ou indireta as lesões por queimaduras (Crisóstomo, Serra, & Gomes, 2004; Gomes, Serra & Pellon, 1995; Nasi, 2005). As lesões por queimaduras encontram-se entre os tipos de traumas mais dolorosos e nos últimos anos, avanços no atendimento às vítimas aumentaram a expectativa de vida destes pacientes mas, lamentavelmente, ainda não os poupam de experiências traumáticas e dolorosas (Altier et al., 2002; Frenay, 2001; Latarjet, 2002). Geralmente, a dor do paciente queimado está relacionada às atividades específicas do tratamento tais como a limpeza da ferida, o desbridamento, a troca de curativos e a fisioterapia (Hurren, 1995; Latarjet & Chonière, 1995; Rossi et al., 2000).

O grau do dano causado por uma queimadura é extenso, sendo que a lesão física é caracterizada por um ferimento e perda de pele (Alvarenga, 1981; Artz, Moncrief & Pruit, 1980; Crisóstomo, Serra & Gomes, 2004). As conseqüências desta lesão freqüentemente são cicatrizes que podem causar deformidade e limitações funcionais (Franulic & González, 2000; Gilboa, 2001; Hurren, 1995). O dano psicológico é igualmente considerável, pois há efeitos do trauma original que podem deixar marcas persistentes após o acidente. Mas também ocorrem profundas alterações psicológicas conseqüentes ao desfiguramento e às limitações funcionais (Franulic et al., 1996; Hurren, 1995; Kildal et al., 2004).

As respostas emocionais apresentadas por pacientes com queimaduras durante o período de hospitalização têm sido foco de estudos (Altier, Malefant, Forget & Chonière, 2002; Hurren, 1995; Partridge & Robinson, 1995; Patterson et al., 1993; Zor et al., 2005). Patterson et al. (1993) realizou uma revisão da literatura onde foram investigadas as três

principais áreas de concentração no estudo dos aspectos psicológicos dos pacientes vítimas de queimaduras, sendo elas: as características pré-mórbidas, as reações psicológicas no período de hospitalização e as da fase de reabilitação. Este estudo sustenta que a população que sofre ferimentos com queimaduras apresentam comportamentos que os predispõe a acidentes. Reações emocionais como medo, ansiedade, angústia e até comportamentos psicóticos têm sido observadas, seguidas pela manifestação de sintomas depressivos na fase de hospitalização (Altier et al., 2002; Kalmolz et al., 2002; Königová, 1992; Loncar, Brás & Mockovic, 2006). As reações emocionais, acrescidas das manifestações de dor secundárias às lesões ou aos procedimentos tornam o cuidado destes pacientes extremamente estressantes para a equipe, similar aos cuidados em uma equipe de unidade intensiva. Após a alta hospitalar, as investigações centraram-se na análise desde poucos meses até muitos anos após o acidente. Patterson et al. (1993) observou que o primeiro ano após a hospitalização é considerado pelos pacientes um período crítico, tendo sido relatadas reações emocionais piores do que aquelas apresentadas durante a internação hospitalar (Patterson et al., 1993).

Desta forma, a importância em reconhecer e estudar os estados emocionais em pacientes vítimas de queimaduras tem sido muito enfatizada (Franulic, Gonzalez, Trucco, & Vallejos, 1996; Malt, 1983; Partridge & Robinson, 1995; Tarrier, Gregg, Edwards & Dunn, 2005; Tedstone, Tarrier & Faraher, 1998; Van Loey & Van Son, 2003; Willebrand et al., 2004). Apesar de muitos pacientes recuperarem-se dos efeitos agudos do trauma, da ansiedade e da depressão após a alta hospitalar, uma proporção significativa desenvolve tardiamente sintomas pós-traumáticos (Blank, 1992; Bryant, 1996; El hamaoui et al., 2002; Van Loey et al., 2003; Willebrand, Anderson & Ekselius, 2004; Yanagawa et al., 2005).

Ferimentos por queimaduras são considerados um acontecimento traumático suficientemente severo para ser definido como um evento estressor na etiologia do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Este transtorno é caracterizado pelo DSM-

IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) como um conjunto persistente de reações incluindo a revivência, a evitação, o entorpecimento e sintomas persistentes de excitabilidade aumentada, secundário à experiência de um evento estressor traumático. O TEPT acarreta prejuízos psicossociais importantes tais como sentimentos de medo e ansiedade, que podem aparecer sob a forma de sintomas de depressão e comportamento adicto (por exemplo, abuso de álcool) (Haum et al., 1995; Keane & Barlow, 2002; Keane, Marshall & Casey, 2006).

Em uma reação de enfrentamento normal, o paciente experiencia um certo número de estados psicológicos (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação) durante o processo de elaboração do trauma (Altier et al., 2002; Kildal et al., 2004; Willebrand, Anderson & Ekselius, 2004). Quando ocorre uma falha nesse processo, podem surgir desordens psicológicas ou um comportamento psicótico (Franulic & González, 2000; Hurren, 1995; Willebrand et al., 2005; Yanagawa et al., 2005).

### **Justificativa**

No Hospital Municipal de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS), entre os meses de fevereiro de 2005 a fevereiro de 2006, foram atendidos 2.743 casos de queimaduras; dentre estes 221 foram internados e 19 foram a óbito. Entre 2002 e 2004, verificou-se que a média de internações hospitalares por queimaduras no HPS foi de 268 internações por ano, com uma média anual de 32 óbitos (Nasi, 2005).

Estima-se que 22 a 45% dos pacientes com queimaduras após a hospitalização venham a desenvolver o TEPT (Altier, Malefrant, Forget & Chonière, 2002; Blank, 1992; Bryant, 1996; El hamaoui et al., 2002; Franulic & González, 2000; Gilboa, 2001; Hurren, 1995; Lawrence & Fauerback, 2003; Patridge & Robinson, 1995; Patterson et al., 1993) um percentual significativamente maior do que aquele identificado na população geral (American Psychiatric Association, 2002). Além dos pacientes que manifestam o transtorno, outro grupo expressivo – em torno de 29% – apresenta uma forma subclínica de

TEPT, com predomínio de comportamentos evitativos (Keane, Marshall & Casey, 2006; Mylle & Maes, 2002). Notavelmente, a incidência de TEPT ocorre predominantemente aos doze meses após o acidente do que durante a hospitalização (Altier et al., 2002; Bryant, 1996; Gilboa, 2001; Hurren, 1995).

Pela importância da reabilitação e qualidade de vida dos pacientes vítimas de queimaduras faz-se necessário, tão cedo quanto possível, iniciar um trabalho em colaboração com a equipe de profissionais do HPS para avaliação dos sinais e sintomas de TEPT. A partir do diagnóstico deste transtorno, será possível desenvolver uma abordagem mais precisa junto aos pacientes vítimas de queimaduras, incluindo estratégias de prevenção do TEPT e planos de tratamento específicos.

## **Objetivos**

### **Objetivo geral**

O presente estudo visou investigar a ocorrência de TEPT em pacientes vítimas de queimaduras de ambos os sexos.

### **Objetivos específicos**

Do estudo foram:

Identificar a prevalência do TEPT em pacientes vítimas de queimaduras internados no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre;

Identificar a especificidade e curso dos sintomas pós-traumáticos;

Avaliar a presença de sintomas de depressão e ansiedade.

## **MÉTODO**

### **Delineamento**

A presente investigação se caracterizou por ser uma pesquisa descritiva quanto aos objetivos e, quanto aos procedimentos, um delineamento *ex post facto*.

## **Participantes**

A população foi constituída por pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, de níveis sócio-econômicos e locais de procedência variados, vítimas de queimaduras graves, que internaram na Enfermaria de Queimados do Hospital Municipal de Pronto Socorro de Porto Alegre, no período de março a junho de 2007. Este conjunto de participantes, desta forma selecionados, constituiu uma amostra por conveniência – especificamente, uma amostra consecutiva. Dos 30 pacientes que apresentaram os critérios de inclusão, um foi a óbito, um foi transferido para outro hospital, três encontravam-se sedados e um recusou-se a participar do estudo. Participaram efetivamente do estudo 24 pacientes (15 homens e 9 mulheres). Os critérios de exclusão utilizados para este estudo foram os seguintes: idade inferior a 18 anos, pacientes sedados e recusa em participar do estudo.

## **Procedimentos da Pesquisa**

Para a realização do presente estudo foi necessária a autorização por escrito do médico responsável pela enfermaria de queimados do HPS, do psiquiatra responsável pelo serviço de saúde mental do HPS e da psicóloga responsável pelo programa de residência em psicologia hospitalar do HPS. Posteriormente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – SMS.

Os pacientes foram contatados após ter passado 30 dias do acidente. A grande maioria já havia recebido alta hospitalar e compareceram à consulta de revisão com a equipe médica. Aqueles que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a tomar parte no estudo através de contato e explicação verbal dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios (conforme Resolução 016/2000 do conselho Federal de Psicologia e Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde - referente à ética na

pesquisa com seres humanos). Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente e pesquisador, as entrevistas foram realizadas no ambulatório de queimados, onde o paciente aguardava a consulta de retorno pós-alta. Os instrumentos foram lidos pela pesquisadora uma vez que alguns pacientes encontravam-se impossibilitados de manipular o material. Os instrumentos foram aplicados aleatoriamente, não respeitando uma ordem pré-estabelecida para evitar viés de seqüência de aplicação. A coleta dos dados foi realizada na sala de espera da enfermaria de queimados, que fica localizada no quinto andar do HPS.

### **Procedimentos Éticos**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Estando o projeto em conformidade com os requisitos éticos, foi classificado como aprovado na sessão do dia 10/10/2006, número do processo N<sup>o</sup>.001.038744.06.6. Todos os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), sendo este lido e assinado.

### **Coleta de dados**

A entrevista teve início com o preenchimento de uma ficha de dados sócio-demográficos (Anexo B). Após foi utilizado o *Screen for Posttraumatic Stress Symptoms* (SPTSS) (Anexo C), que é um instrumento de rastreio para sintomas de estresse pós-traumático desenvolvido originalmente por Carlson (2001) na forma de uma triagem breve e de auto-relato, composta de 17 itens apresentados na primeira pessoa do singular. Neste estudo foi empregada a versão em português desenvolvida por Kristensen (2005). Para rastreio de sintomas de depressão e ansiedade foi utilizado o Inventário Beck de Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI), respectivamente. O BDI

consiste de uma escala de auto-relato com 21 itens de múltipla escolha apresentados na forma de afirmativas e destinados a medir a gravidade de depressão em adultos e adolescentes (Beck & Steer, 1993 a; tradução e adaptação brasileira: Cunha, 2001). O BAI consiste em uma escala de auto-relato com 21 itens na forma de descrições de sintomas de ansiedade a serem classificados em uma escala de 4 pontos (Beck & Steer, 1993 a; tradução e adaptação brasileira: Cunha, 2001).

### **Análise dos dados**

Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Excel (versão 10.26). A análise dos dados consistiu em procedimentos descritivos para a variável de interesse (estresse pós-traumático) e para as variáveis sócio-demográficas, envolvendo propriedades de distribuição, medidas de tendência central e medidas de dispersão ou variabilidade. Considerando o aspecto exploratório do estudo, os dados são apresentados em termos de frequências observadas. A estatística inferencial consistiu em cálculos de diferenças entre médias (teste de Friedman) e cálculos correlacionais (coeficiente de correlação para postos – Spearman e coeficiente de correlação produto-momento – Pearson). Todos os cálculos foram realizados no programa SPSS for Windows (**versão 10.0**).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram deste estudo 24 pacientes adultos, com idade variando entre 19 e 64 anos ( $Med = 39,0$ ;  $DP = 13,5$ ), distribuídos em relação ao sexo conforme segue: 15 homens (62,5%) e 9 mulheres (37,5%). Por se tratar de um serviço de referência no Estado do Rio Grande do Sul, um percentual expressivo dos participantes (62,5%) residia fora da região metropolitana de Porto Alegre e possuía, em sua maioria empregos e/ou ocupações variadas. O grupo caracterizou-se, ainda, pela baixa escolaridade, visto que 74% desta

amostra de adultos nem sequer entrou no Ensino Médio. Quanto ao estado civil, os indivíduos distribuíram-se da seguinte forma: casados ( $n = 14$ ), solteiros ( $n = 6$ ), viúvos (as) ( $n = 3$ ) e separados/divorciados ( $n = 1$ ); e 75% dos participantes tinha filhos (as) (TABELA 1).

Tabela 1. *Características sócio-demográficas*

<b>Características</b>	<b>(N=24)</b>
<b>Idade**</b>	38,78 ±13,5
<b>Escolaridade*°</b>	
1º grau incompleto	7 (29,2)
1º grau completo	10 (41,7)
2º grau incompleto	1 (4,2)
2º grau completo	3 (12,5)
3º grau incompleto	2 (8,3)
<b>Estado civil**</b>	
Solteiro(a)	6 (25,0)
Casado(a)	14 (58,3)
Viúvo(a)	3 (12,5)
Separado/divorciado	1 (4,2)

\*n(%); \*\*Média±desvio padrão; °Perdidos n(%)

° Escolaridade 1 (4,2)

Entre os pacientes avaliados, a maior parte sofreu queimaduras na própria residência (54,2%) ou no local de trabalho (33,3%), sendo que um paciente sofreu queimaduras por agressão, um como decorrência de acidente de trânsito e um como decorrência de tentativa de suicídio. A grande maioria dos pacientes sofreu queimaduras por chama (83%), embora três pacientes (12,5%) tenham sido vítimas de choque elétrico e um paciente (4,2%) tenha se queimado em uma máquina industrial a vapor, de uma lavanderia comercial (TABELA 2).

Entre os pacientes internados, 12 estavam utilizando alguma medicação psiquiátrica e 16 pacientes estavam sendo medicados com morfina (TABELA 2). A morfina é utilizada rotineiramente nos pacientes internados, sendo aplicada antes dos procedimentos de limpeza da ferida, para prevenir a dor e para tratamento da dor da queimadura, durante o

curso da internação. A dor do paciente queimado tem sido descrita como aguda e severa num primeiro momento, seguido às queimaduras, e mais tarde contínua, com a exacerbação diminuindo gradualmente (Loncar, Brás & Mockovic; 2006; Mersky, 1986; Swinkels-Meewisse et al., 2003). Perry, Heidrich e Ramos (1981) relataram que 84% dos pacientes estudados referiram sentir dor severa durante os procedimentos terapêuticos apesar de receberem morfina rotineiramente. Os procedimentos terapêuticos, menos que a própria queimadura, são citados como a maior causa de dor intensa (Chonière et al., 1989; Szyfelbein, Osgood, & Carr, 1985).

Tabela 2. *Características do acidente, uso de medicação psiquiátrica e morfina*

<b>Características</b>	<b>(N=24)</b>
<b>Circunstâncias do acidente*</b>	
Acidente doméstico	13 (54,2)
Acidente de trabalho	8 (33,3)
Agressão	1 (4,2)
Tentativa de suicídio	1 (4,2)
Acidente de trânsito	1 (4,2)
<b>Agente causador da queimadura*</b>	
Chama	20 (83,3)
Choque elétrico	3 (12,5)
Outros	1 (4,2)
<b>Uso de medicação psiquiátrica* °</b>	
Sim	12 (50,0)
Não	10 (41,7)
<b>Uso de morfina* °</b>	
Sim	16 (66,7)
Não	5 (20,8)

\*n(%); °Perdidos N(%)

° Uso de medicação psiquiátrica 2 (8,3) ° Uso de morfina 3 (12,5)

O tempo de internação variou de um dia a três meses. A literatura informa que o período de hospitalização varia geralmente entre uma semana a vários meses, dependendo do grau da queimadura e das complicações médicas (Franulic et al., 1996; Patterson, 1990; Patterson, 1987).

A extensão da área de superfície corporal total (TBSA, do inglês *total body surface area*) queimada, neste grupo de pacientes, variou entre 5% a 63% (TABELA 3). Apesar da variabilidade na extensão da TBSA queimada no grupo investigado, em termos médios, os pacientes sofreram queimaduras em 21,52% da TBSA ( $Med = 15,0\%$ ;  $DP = 16,71\%$ ) (TABELA 3). Tem sido apontado na literatura que aproximadamente 25% dos pacientes que sofrem queimaduras severas (média de 35% de TBSA queimada) – e que requerem hospitalização – experimentam transtornos mentais a longo prazo (Gilboa, 2001; Wiechman et al., 2001; Willebrand et al., 2004; Willebrand et al., 2006). Por outro lado, Blumenfield et al. (1987) e Königová (1992) descreveram que pacientes com pequenos ferimentos também podem desenvolver profundas complicações psicológicas e emocionais. Entre os pacientes avaliados, a maior parte sofreu queimaduras de 2º grau (50,0%), seguido da combinação de ferimentos de 2º e 3º grau (37,5%), sendo que dois pacientes sofreram queimaduras de 1º e 2º grau (8,3%), e um apresentou os três graus simultaneamente (4,2%) (TABELA 3).

Tabela 3. *Características da queimadura*

<b>Características da queimadura</b>	<b>(n=24)</b>
<b>Extensão da queimadura**</b>	21,52 ± 16,71
<b>Extensão da queimadura***</b>	15,00 (11,00 – 27,00)
<b>Grau da queimadura*</b>	
2º grau	12 (50,0)
1º e 2º graus	2 (8,3)
2º e 3º graus	9 (37,5)
1º, 2º e 3º graus	1 (4,2)

\*n(%); \*\*Média±desvio padrão; \*\*\*Mediana (1º - 3º quartis)

Os sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão foram avaliados pelo SPTSS, BAI e BDI, cujos escores são descritos na Tabela 4. Em relação à sintomatologia pós-traumática, os escores variaram entre 0 e 135 pontos ( $M = 57,78$ ;  $DP = 35,44$ ), apresentando uma distribuição normal (TABELA 4), conforme o teste de Shapiro-

Wilk [ $S-W(23) = 0,98; p = 0,85$ ]. Através do SPTSS foi possível visualizar os escores de cada um dos “clusters” ou subescalas de sintomas que compõem a síndrome. Entre os agrupamentos de sintomas, o que obteve escore médio mais elevado foi o agrupamento de excitabilidade aumentada (*arousal*). Na seqüência ficou o agrupamento de evitação e entorpecimento da responsividade geral e, com escore médio mais baixo, o agrupamento de revivência. Através do procedimento de Anova de Friedman, verificou-se que a diferença entre as médias dos agrupamentos de sintomas não foi significativa [ $\chi^2(2, 23) = 0,29; p = 0,86$ ].

Em relação à sintomatologia de estresse pós-traumático, verificou-se variabilidade nos escores do SPTSS entre os pacientes investigados. A média do grupo de pacientes apresentou escore de 57,8 pontos, sugerindo sintomas pós-traumáticos relevantes, dos quais o agrupamento de sintomas de excitabilidade aumentada foi aquele mais evidente. Estes resultados sugerem que a queimadura induz a uma série de alterações psicológicas. Consistente com estudos prévios, a prevalência do TEPT em nosso levantamento foi de 47,8% utilizando um ponto de corte = 3,5. A prevalência de TEPT em vítimas de queimaduras varia entre 8 a 45 % (El hamaoui et al., 2002; Lawrence & Fauerback, 2003; Yu & Dimsdale, 1999). Roca (1992) relatou que 22% dos pacientes com queimaduras apresentaram TEPT, enquanto Patterson (1993) encontrou 29% de TEPT em uma amostra com vítimas de queimaduras. Em nosso estudo, ao empregarmos um ponto de corte = 5,0, associado a maior especificidade diagnóstica, verificamos a presença de sintomas compatíveis com o diagnóstico de TEPT em 21,7% da amostra, muito próxima aos resultados da literatura internacional. Quanto ao estudo do padrão da sintomatologia pós-traumática, Patterson et al. (1993) acompanharam 54 pacientes queimados admitidos consecutivamente para sintomas de TEPT, onde 63% dos pacientes relataram memórias intrusivas e recorrentes sobre o evento da queimadura, mas somente 30% preencheram todos os critérios para o diagnóstico de TEPT. Em nosso estudo, 47,8% dos participantes

assinalaram recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas (de forma significativa), 21,7% relataram ter sonhos aflitivos e recorrentes, e 34,8% relataram sofrimento psicológico intenso e reatividade fisiológica quando da exposição a indícios internos ou externos associados ao evento traumático.

A análise dos itens individuais do SPTSS permitiu verificar o perfil de sintomas pós-traumáticos entre os participantes. O escore médio mais elevado foi atribuído ao sintoma de evitação cognitiva (esforços no sentido de evitar pensamentos associados ao trauma,  $M = 6,70$ ), seguido por dificuldades em adormecer ou permanecer dormindo ( $M = 5,09$ ), evitação comportamental (esforços no sentido de evitar atividades associadas ao trauma,  $M = 4,52$ ) e incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma ( $M = 4,30$ ). Ainda que o agrupamento de sintomas com média mais alta tenha sido o de excitabilidade aumentada, verificou-se o predomínio de sintomas de evitação entre aqueles mais apontados pelos pacientes queimados.

Em relação aos sintomas de ansiedade mensurados no BAI, foi possível obter escores válidos para a totalidade dos participantes, variando entre 0 e 32 pontos. Conforme os pontos de corte indicados por Cunha (2001), foram identificados sintomas de ansiedade de moderados a graves em 25% dos participantes ( $n = 6$ ). Os sintomas com escore médio mais elevado foram: suor (não devido ao calor;  $M = 1,58$ ), sensação de calor ( $M = 1,33$ ), incapaz de relaxar ( $M = 1,13$ ), medo de que aconteça o pior ( $M = 1,08$ ) e aterrorizado ( $M = 1,04$ ) (TABELA 4). Entre os pacientes investigados não foram verificadas associações significativas entre as variáveis de queimadura (extensão e grau) e as variáveis de sintomas, à exceção da associação entre a extensão da queimadura e o BAI. Da mesma forma, Gilboa (2001) verificou que a sintomatologia ansiosa não está associada ao tamanho da queimadura ou ao tempo decorrido desde a queimadura.

Os sintomas de depressão foram mensurados através do *BDI* em 20 pacientes. Neste grupo foi possível verificar sintomas de depressão moderados a graves em 30% dos

participantes ( $n = 6$ ). Os sintomas mais intensos foram: preocupações somáticas ( $M = 1,10$ ), irritabilidade ( $M = 1,05$ ), distúrbios do sono ( $M = 0,93$ ), tristeza ( $M = 0,83$ ) e insatisfação/anedonia ( $M = 0,81$ ) (TABELA 4). Estudos anteriores revelaram que a depressão moderada ocorre em 23% a 61% dos pacientes queimados (Franulic & González, 2000; Loncar, Brás & Mockovic, 2006), enquanto a depressão severa ocorre em 19% a 30% (Wiechman et al., 2001; Chonière et al., 1989). Franulic (1996) e Wallace e Lees (1988) descreveram que pacientes com fortes sintomas depressivos, no momento em que deixam o hospital, tendem a apresentar maiores complicações durante sua fase de reabilitação e sua subsequente adaptação. Portanto, ressalta-se a importância do manejo psicológico dos pacientes quando ainda estão internados no hospital. Os níveis de ansiedade e depressão também foram medidos por Loncar (2006), através do Inventário Beck de Ansiedade e Depressão cujos resultados demonstraram que um número significativo de pacientes apresentou sintomatologia de ansiedade e depressão.

Tabela 4. *Escores Médios (e Desvio Padrão) para o SPTSS, BAI e BDI*

<b>Instrumentos avaliadores</b>	<b>Média ± Desvio padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mediana (Q<sub>1</sub> – Q<sub>3</sub>)</b>
SPTSS	57,78 ± 35,44	0	135	58,00 (29,00 – 83,00)
Revivência	3,19 ± 3,17	0	10	
Evitação	3,45 ± 1,90	0	7	
Excitabilidade	3,54 ± 2,60	0	9	
BAI	15,33 ± 8,93	0	32	14,50 (9,25 – 19,75)
BDI	12,50 ± 10,31	0	41	10,00 (5,25 – 20,00)

A hipótese correlacional sobre a associação entre a extensão, grau da queimadura e sintomas pós-traumáticos, ansiosos e depressivos foram verificadas através do cálculo do coeficiente de correlação para pontos de Spearman ( $\rho$ ), com teste de significância monocaudal. Não foram observadas correlações significativas entre as variáveis de queimadura (extensão e grau) e as variáveis de sintomas, à exceção da associação entre

extensão da queimadura e o BAI [ $r(23) = 0,45; p < 0,05$ ]. O SPTSS apresentou elevada correlação com o BAI [ $r_s(23) = 0,61; p < 0,001$ ] e com o BDI [ $r_s(19) = 0,66; p < 0,001$ ], assim como a correlação observada entre o BAI e o BDI alcançou significância estatística [ $r_s(20) = 0,40; p < 0,05$ ]. Na literatura em geral, o desenvolvimento de complicações psicológicas e emocionais tem sido descrito em pacientes que sofrem tanto queimaduras leves como severas (Altier et al., 2002; Franulic & González, 2000; Gilboa, 2001). A literatura também informa que o TEPT não está associado com a severidade da queimadura (El hamaoui et al., 2002; Kildal, Anderson & Gerdin, 2002). Este dado é consistente com relatos prévios de que o dano físico é um pobre fator preditivo de TEPT em populações lesadas (Green, 1994).

Em seu estudo original, Carlson observou uma boa consistência interna para o SPTSS ( $\alpha = .91$ ) e correlações bi-variadas item-total entre  $r = 0,49$  e  $r = 0,75$  ( $p < 0,001$ ). Também foram fornecidos dados sobre validade referente a critérios ou, especificamente, validade concorrente, incluindo dados sobre sensibilidade e especificidade para o diagnóstico do TEPT a partir de diferentes pontos de corte no SPTSS. Por exemplo, utilizando a *Structured Interview for Post Traumatic Stress Disorder* (SI-PTSD) (Davidson, Smith, & Kudler, 1989, citado em Carlson, 2001) em um ponto de corte = 5, o SPTSS apresentou sensibilidade = .85 e especificidade = .73. Utilizando um ponto de corte = 3,5, o SPTSS apresentou sensibilidade = .95 e especificidade = .50. Em relação aos pacientes queimados para os quais foi possível avaliar com o SPTSS ( $n = 23$ ), utilizando um ponto de corte = 3,5 verificou-se a presença de sintomas compatíveis com o diagnóstico de TEPT em 47,8% da amostra. O emprego do ponto de corte = 5,0 resultou na detecção de sintomas compatíveis com o diagnóstico de TEPT em 21,7% da amostra ( $n = 5$ ). Quando este subgrupo de cinco pacientes foi comparado àqueles 17 restantes, observou-se que os pacientes com provável diagnóstico de TEPT apresentavam

queimaduras com graus mais profundos, mais sintomas de depressão e mais sintomas de ansiedade, ainda que tenham tido menor extensão de TBSA queimada.

Neste trabalho, o TEPT mostrou-se positivamente correlacionado com BAI e BDI. A ansiedade e a depressão são descritas como os dois distúrbios psicológicos mais comuns após acidentes com queimaduras, sendo que comumente ocorrem juntos, com índices de prevalência entre 25% a 65% em um ano ou mais após a queimadura (Altier et al., 2002; Franulic & González, 2000; Gilboa, 2001; Kildal et al., 2004). Muitos relatos indicam que àqueles sintomas diminuem com o tempo, especialmente um ano após a queimadura (Franulic & González, 2000; Van Loey & Van Son, 2003; Yanagawa et al., 2005). Uma exceção foi apresentada por Ward et al. (1987) que observou aumento com o tempo na depressão clinicamente significativa. Entretanto, estes autores também relataram que a psicopatologia pré-mórbida foi o melhor indicador de depressão pós-queimadura, sugerindo que para muitos pacientes de suas amostras, a depressão pós-queimadura seria mais uma continuação de uma condição pré-mórbida e crônica do que uma seqüela das queimaduras. A relação existente entre as características físicas da queimadura, a ansiedade e a depressão não ficou clara. Um estudo encontrou que a ansiedade e a depressão aumentavam quando havia lesão de mãos e face (Chang & Herzog, 1976), enquanto dois outros (El hamaoui, 2002; Franulic & González, 2000; Yu & Dimsdale, 1999) não encontraram nenhuma relação entre ansiedade ou depressão com TBSA queimada e cicatrizes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo é a primeira investigação sobre a presença do Transtorno de Estresse Pós-Traumático em pacientes vítimas de queimaduras realizada no Hospital Municipal de Pronto Socorro de Porto Alegre. Este estudo demonstrou que o TEPT permanece uma entidade clínica negligenciada e sub-diagnosticada pelas equipes de saúde. Não há como negar, todavia, que o grande mérito da introdução do TEPT, ao longo de quase um século de debates, está em reconhecer e legitimar a condição clínica essencialmente derivada do trauma psicológico (apesar do componente individual e constitucional, sem o qual nenhuma reação aconteceria), sendo essa condição não intrinsecamente temporária, admitindo-se sua perpetuação e cronicidade.

Uma melhora na qualidade de vida dos pacientes vítimas de queimaduras está ainda na dependência de um diagnóstico precoce e de intervenções terapêuticas específicas para o TEPT, visto que mesmo na presença de cuidados psicológicos e psiquiátricos realizados pela equipe de saúde mental do HPS, a prevalência de sintomatologia pós-traumática foi elevada entre os pacientes estudados.

Atualmente, os estudos sobre transtornos de ansiedade em pacientes queimados estão mais elaborados metodologicamente. Os melhores estudos têm usado grandes amostras, pacientes admitidos consecutivamente, critérios diagnósticos padronizados, e testagens repetidas. As limitações do presente estudo se referem, principalmente, ao tamanho reduzido da amostra, ao uso de instrumentos pouco adequados às características da população investigada. Ainda assim, a prevalência da sintomatologia pós-traumática, ansiosa e depressiva sugere que o sofrimento psicológico entre os pacientes estudados é intenso. Investigações futuras são necessárias para estabelecer os fatores de risco para TEPT, permitindo assim intervenções mais precoces e eficazes.

## REFERÊNCIAS

- Altier, N., Malefrant, A., Forget, R., & Choinière, M. (2002). Long-term adjustment in burn victims: a matched-control study. *Psychological Medicine*, 32, 677-685.
- Alvarenga, P.E.T. (1981). Queimados: estudo de 149 casos. *Medicina*, 14,29-33.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4<sup>a</sup>.ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Artz, C.P., Moncrief, J.A., & Pruitt, B.A. (1980). *Queimaduras*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Blank, A.S. (1992). The longitudinal course of posttraumatic stress disorder. In: J.R.T. Davidson, & E.B. Foa, Editors, *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Blumenfield, M., & Reddish, P. (1987). Identification of psychologic impairment in patients with mild-moderate thermal injury: small burn, big problem. *General Hospital Psychiatry*, 9, 142-146.
- Bryant, R.A. (1996). Predictors of posttraumatic stress disorder following burns injuries. *Burns*, 22, 89-92.
- Carlson, E.B. (2001). Psychometric study of a brief screen for PTSD: Assessing the impact of multiple traumatic events. *Assessment*, 8, 431-441.
- Choinière, M., Melzack, R., Rondeau, J., Girard, N., & Paquin, M.J. (1989). The pain of burns: characteristics and correlates. *Journal of Trauma*, 29, 1531-1539.
- Crisóstomo, M.R., Serra, M.C., & Gomes, D.R. (2004). *Epidemiologia das Queimaduras*. In E. Maciel, M.C. Serra, & D.R. Gomes. *Tratado de Queimaduras* (pp. 31-36). São Paulo: Atheneu.
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- El hamaoui, Y., Yaalaoui, S., Chihabeddine, K., Boukind, E., & Moussaoui, D. (2002). Post-traumatic stress disorder in burned patients. *Burns*, 28, 647-650.
- Franulic, A., & González, X. (2000). Adaptación psicológica y social del paciente quemado: seguimiento a 6 meses. *Boletín Científico Asociación Chilena de Seguridad*.
- Franulic, A., Gonzalez, X., Trucco, M., & Vallejos, F. (1996). Emotional and psychosocial factors in burn patients during hospitalization. *Burns*, 22, 8, 618-622.
- Frenay, M-C.; Faymonville, M-E.; Devlieger, S.; Albert, A. & Vanderkelen, A. (2001). Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomized study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns*, 27, 793-799.
- Gilboa, D. (2001). Long-term psychosocial adjustment after burn injury. *Burns*, 27, 335-341.
- Gomes, D.R., Serra, M.C., & Pellon, M.A. (1995). *Queimaduras*. Reinventor: Rio de Janeiro.
- Green, B.L. (1994). Psychological research in traumatic stress: an update. *Journal of Trauma and Stress*, 7, 341-362.
- Haum, A., Perbix, W., Hack, H.J., Stark, G.B., Spilker, G., & Doehn, M. (1995). Alcohol and drug abuse in burn injuries. *Burns*, 3, 21, 194-199.
- Hurren, J.S. (1995). Rehabilitation of the burned patient: James Laing Memorial Essay for 1993. *Burns*, 21, 116-126.
- Kamolz, L.P., Andel, H., Schidtke, A., Valentini, D., Meissl, G., & Frey, M. (2002). Treatment of patients with severe burn injury: the impact of schizophrenia. *Burns*, 29, 49-53.
- Keane, T.; M., Marshall, A. D., & Casey, T. T. (2006). Posttraumatic Stress Disorder: Etiology, Epidemiology and Treatment Outcome. *Annual Review Clinical Psychological* 2, 161-197.

- Keane, T.M., & Barlow, D.H. (2002). Posttraumatic stress disorder. In: D.H. Barlow (Ed.), *Anxiety and Its Disorder (2<sup>nd</sup> ed.)* (pp 418-453). New York: Guilford.
- Kildal, M., Willebrand, M., Anderson, G., Gerdin, B., & Ekselius, L. (2004). Personality characteristics and perceived health problems after burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation, 25*, 228-235.
- Kildal, M., Anderson, G., & Gerdin, B. (2002). Health status in Swedish burn patients. Assessment utilizing three variants of the Burn Specific Health Scale. *Burns, 28*, 639-645.
- Königová, R. (1992). The psychological problems of burned patients. The Rudy Hermans Lecture. *Burns, 18*, 189-199.
- Kristensen, C. H., Parente, M. A. M. P., & Kaszniak, A. W. (2005). Transtorno de estresse pós-traumático: Critérios diagnósticos, prevalência e avaliação. Em R. M Caminha (Org.), *Transtornos do estresse pós-traumático (TEPT): Da neurobiologia à terapia cognitiva* (pp. 15-35). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lawrence, J.W., & Fauerback, J.A. (2003). Personality, coping, chronic stress, social support e PTSD symptoms among adult burn survivors: a path analysis. *Journal of Care and Rehabilitation, 24*, 63-72.
- Latarjet, J. (2002). The management of pain with dressing changes in patients with burns. *Ewma Journal, 2, 2*, 5-9.
- Loncar, Z., Bras, M., & Mockovic, V. (2006). The relationships between burn pain, anxiety and depression. *Collegium Antropologicum, 30*, 319-325.
- Malt, U. (1983). Long-term psychosocial follow-up studies of burned adults: review of the literature. *Burns, 6*, 190-197.
- Mersky, D.M. (1986). Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain, Supplement, 3*, 543-544.

- Mylle, J., & Maes, M. (2002). Partial Posttraumatic Stress Disorder revisited. *Journal of Affective Disorders*, 78, 37-48.
- Nasi, L.A. (2005). *Tratamento Inicial do Grande Queimado*. Porto Alegre: Artmed.
- Partridge, J., & Robinson, E. (1995). Psychological and social aspects of burns. *Burns*, 21, 6, 453-457.
- Patterson, D.R., Everett, J.J., Bombardier, C.H., Questad, K.A., Lee, V.K., & Marvin, J.A. (1993). Psychological effects of severe burn injuries. *Psychological Bulletin*, 113, 326-378.
- Patterson, D.R. (1990). A descriptive summary of New Jersey's 1985 burn population. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 11, 565-572.
- Patterson, D.R. (1987). Psychologic management of the burn patient. *Topics in Acute Care and Trauma Rehabilitation*, 1, 25-39.
- Perry, S., Heidrih, G., & Ramos, E. (1981). Assessment of pain in burn patients. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 2, 322-326.
- Rossi, L.A.; Barruffini, R.C.; Garcia, T.R. & Chianca, T.C.M. (2000). Queimaduras: características dos casos tratados em um hospital escola em Ribeirão preto (SP), Brasil. *Ver Panam Salud Publica*, 4, 6, 401-408.
- Szyfelbein, S.K., Osgood, P.F., & Carr, D.B. (1985). The assessment of pain and plasma B-endorphin immuno-activity in burned children. *Pain*, 22, 173-182.
- Swinkels-Meewisse, J., Roelofs, J., Verbeek, A.L., Oostensdorp, R.A., & Vlaeyen, J.W. (2003). Fear of movement/(re)injury, disability and participation in acute low back pain. *Pain*, 105, 371-379.
- Tarrier, N., Gregg, L., Edwards, J., & Dunn, K. (2005). The influence of pre-existing psychiatric illness on recovery in burn injury patients: the impact of psychosis and depression. *Burns*, 31, 45-49.

- Tedstone, J.E. Tarrier, N., & Faragher, E.B. (1998). An investigation of the factors associated with an increased risk of psychological morbidity in burn-injured patients. *Burns*, 24, 407-415.
- Van Loey, N.E.E., Maas, C.J.M., Faber, A.W., & Taal, L.A. (2003). Predictors of chronic posttraumatic stress symptoms following burn injury: results of a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 4, 361-369.
- Van Loey, N. E., & Van Son, M. J. (2003). Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: Epidemiology and management. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4, 245-272.
- Wallace, L.M., & Lees, J.A. (1988). A psychological follow-up study of adult patients discharged from a British burn unit. *Burns*, 14, 39-45.
- Ward, H.W.; Moss, R.L.; Darko, D.F.; Berry, C.C.; Anderson, J.; Kolman, P.; Green, A.; Nielsen, J.; Klauber, M.; Wachtel, T.L. & Frank, H. (1987). Prevalence of post burn depression following burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 8, 294-298.
- Wiechman, S.A., Ptacek, J.T., Patterson, D.R. et al. (2001). Rates, trends and severity of depression after burn injuries. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 22, 417-424.
- Willebrand, M., Anderson, G., Kildal, M., Gerdin, B., & Ekselius, L. (2006). Injury-related fear-avoidance, neuroticism and burn specific health. *Burns*, 32, 408-415.
- Willebrand, M., Anderson, G., & Ekselius, L. (2004). Prediction of psychological health after an accidental burn. *The Journal of Trauma*, 57, 367-374.
- Willebrand, M., Low, A., Dyster-Aas, J., Kildal, M., Anderson, G., & Ekselius, L. et al. (2004). Pruritus, personality traits and coping in long-term follow-up of burn injured patients. *Acta Dermatologica Venerea*, 184, 375-380.
- Yanagawa, Y., Saitoh, D., Sakamoto, T., & Okada, Y. (2005). Unfavorable outcome of burn patients with Neuropsychiatric disorders. *Tohoku Journal of Medicine*, 205, 241-245.

Yu, B.H. & Dimsdale, J.E. (1999). Posttraumatic stress disorder in patients with burn injuries. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 20, 426-433.

Zor, F., Deveci, M., Bozkurt, M., Dikkatli, S., Duman, H., & Sengezer, M. (2005). Psychological evaluation of self-inflicted burn patients: suicide or parasuicide? *Burns*, 31, 1, 178-181.

## ANEXOS

### **Anexo A. Termo de consentimento livre e esclarecido**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ES CLARECIDO**

Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Pacientes Queimados

FUI CONVIDADO A LER O MATERIAL QUE SEGUE PARA GARANTIR QUE FUI INFORMADO DA NATUREZA DESTA PESQUISA E DE COMO PARTICIPAREI DELA, SE EU CONSENTIR EM FAZER ISTO. AO ASSINAR ESTE TERMO, INDICAREI QUE EU TEREI SIDO INFORMADO E DEI MEU CONSENTIMENTO.

#### **OBJETIVOS**

Eu estou sendo convidado a participar voluntariamente no projeto de pesquisa acima intitulado. O objetivo deste projeto é investigar a ocorrência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em pacientes queimados internados no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS). Os objetivos específicos são identificar a prevalência do TEPT em pacientes queimados internados em um Hospital de Pronto Socorro; identificar os sintomas pós-traumáticos; identificar a presença de outros transtornos mentais; medir a presença de sintomas de depressão e ansiedade; descrever os estilos de enfrentamento empregados pelos pacientes queimados; descrever a percepção de apoio social destes pacientes.

#### **CRITÉRIO DE SELEÇÃO**

Eu fui convidado a participar porque fui vítima de queimaduras graves, as quais exigiram minha internação na Enfermaria de Queimados do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, lá permanecendo por mais de trinta dias.

#### **PROCEDIMENTOS**

Se eu consentir em participar, eu serei solicitado a consentir com o seguinte: Durante aproximadamente uma hora e quinze minutos, o pesquisador me fará uma série de perguntas correspondentes aos seguintes questionários: a) um breve questionário com dados sociais; b) um breve questionário sobre o acidente e o tratamento; c) um teste para checar sinais de ansiedade; d) um teste para checar sinais de depressão; e) a um teste para checar sintomas de TEPT; f) uma entrevista sobre sinais e sintomas de outros transtornos; g) um breve questionário sobre modos de enfrentamento e h) um breve questionário sobre a percepção de rede apoio social. Os resultados destes instrumentos serão analisados e os casos que apresentarem sinais da presença de alguma condição clínica serão encaminhados para avaliação psiquiátrica/psicológica na rede de saúde do município e serviços de atendimento ambulatorial especializados.

#### **RISCOS**

Fui informado de que poderei interromper a entrevista em qualquer momento, sem conseqüências para mim. Estou consciente de que algumas questões relacionadas à verificação do meu estado de humor atual podem desencadear sentimentos desagradáveis. Também há a possibilidade de que algumas questões de triagem presentes na entrevista estruturada possam desencadear sentimentos desagradáveis em mim ou aitar recordações do meu acidente.

#### **BENEFÍCIOS**

Fui informado que os benefícios de participar deste estudo é a possibilidade de detectar precocemente possíveis transtornos psiquiátricos e/ou psicológicos e ser encaminhado para serviços de saúde mental da rede de saúde do município. Caso esteja internado na Enfermaria de Queimados, receberei atendimento do serviço de saúde mental do hospital.

#### **CONFIDENCIALIDADE**

Todas as informações sobre mim presentes neste estudo serão mantidas confidenciais e será garantido sigilo absoluto sobre estas.

### **CUSTOS AOS PARTICIPANTES E COMPENSAÇÕES**

Não há custos aos participantes neste estudo. As entrevistas durarão aproximadamente 75 minutos e serão realizadas na seqüência do atendimento médico no Hospital de Pronto Socorro.

### **CONTATOS**

Eu posso obter informações adicionais através do contato com o investigador principal, Christian H. Kristensen, no telefone (51) 3591.1122 ramal 1233 ou com a residente Letícia Galery Medeiros, no telefone (51) 9139.0327 ou diretamente no Serviço de Psicologia do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, telefone (51) 3289.7743. Também poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre através do telefone (51) 3289.2785, caso sinta necessidade de outros esclarecimentos.

### **AUTORIZAÇÃO**

Eu fui informado dos objetivos e da justificativa desta pesquisa de forma clara e detalhada. Recebi informações sobre cada procedimento no qual estarei envolvido, dos desconfortos ou riscos previstos, tanto quanto dos benefícios esperados. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Além disso, sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, face a estas informações.

---

Assinatura do Participante Data

---

Nome do Participante (legível)

### **DECLARAÇÃO DO INVESTIGADOR**

Eu expliquei cuidadosamente ao participante a natureza deste projeto de pesquisa. Assim, no melhor de meu julgamento, certifico que a pessoa que está assinando este Termo compreende claramente a natureza, procedimentos, benefícios e riscos envolvidos na sua participação e que sua assinatura é legalmente válida.

---

Assinatura da Residente Colaboradora Data

## **Anexo B - Ficha de Dados Sócio-Demográficos**

Nome: No do prontuário:  
Idade: Sexo:  
Endereço: Bairro:  
Telefone: Cidade: Estado:  
Escolaridade: Atividade profissional:  
Estado Civil: Filhos:  
Data da internação:  
Circunstâncias do acidente:  
Agente causador da queimadura:  
Localização da queimadura:  
Grau da queimadura:  
Extensão da queimadura:  
Medicações utilizadas:  
Internações anteriores:  
Doenças prévias:  
Tratamentos realizados:

### Anexo C - PTSS

No espaço em branco antes de cada pergunta, coloque um número para dizer o quanto cada coisa tem acontecido com você durante as últimas duas semanas. Use a escala abaixo para decidir qual número colocar no espaço em branco. Coloque “0” se você nunca teve a experiência durante as últimas duas semanas, e coloque “10” se isto estava sempre acontecendo com você ou se aconteceu todos os dias durante as últimas duas semanas. Se aconteceu algumas vezes, mas não todos os dias, coloque um dos números entre “0” e “10” para mostrar o quanto.

(nunca) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (sempre)

- \_\_\_ 1. Eu não tenho vontade de fazer coisas que eu gostava de fazer.
- \_\_\_ 2. Eu não consigo lembrar muito de coisas ruins que aconteceram comigo.
- \_\_\_ 3. Eu me sinto afastado e isolado de outras pessoas.
- \_\_\_ 4. Eu tento não pensar sobre coisas que me lembram de algo ruim que aconteceu comigo.
- \_\_\_ 5. Eu me sinto entorpecido. Eu não sinto emoções tão fortemente quanto costumava sentir.
- \_\_\_ 6. Eu tenho dificuldades em me concentrar sobre coisas ou prestar atenção em algo por um longo período de tempo.
- \_\_\_ 7. Eu tenho dificuldade em pensar sobre o futuro e em acreditar que viverei até uma idade avançada.
- \_\_\_ 8. Eu me sinto muito irritável e perco o meu controle.
- \_\_\_ 9. Eu evito fazer coisas ou estar em situações que possam me lembrar de algo terrível que aconteceu comigo no passado.
- \_\_\_ 10. Eu estou muito alerta ao ambiente que me cerca e nervoso sobre o que está acontecendo ao meu redor.
- \_\_\_ 11. Eu me encontro repetidamente lembrando de coisas ruins que me aconteceram, mesmo quando não quero pensar sobre elas.
- \_\_\_ 12. Eu fico sobressaltado ou surpreso muito facilmente e “pulo” quando eu ouço um som repentino.
- \_\_\_ 13. Eu tenho sonhos ruins sobre coisas terríveis que me aconteceram.
- \_\_\_ 14. Eu fico muito perturbado quando algo me lembra de alguma coisa ruim que me aconteceu.
- \_\_\_ 15. Eu tenho dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo.
- \_\_\_ 16. Quando algo me lembra de alguma coisa ruim que me aconteceu, me sinto trêmulo, suado, nervoso e meu coração bate realmente rápido.
- \_\_\_ 17. De repente eu sinto como se estivesse de volta ao passado, em uma situação ruim na qual já estive, e é como se isto estivesse acontecendo tudo de novo.

SPTSS versão 1.0 Copyright ? 1993 por Eve Carlson, Ph.D.

Traduzido e adaptado por Christian H. Kristensen

## **Anexo D. Produção Bibliográfica**

### **1. Artigo teórico**

**Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Pacientes Vítimas de Queimaduras: uma revisão da literatura**

**Posttraumatic Stress Disorder in Burned Patients**

**Letícia Galery Medeiros <sup>I</sup>; Christian Haag Kristensen <sup>II</sup>; Rosa Maria Martins de Almeida <sup>III</sup>**

I Mestranda em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil

II Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil

III Pós-Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil

## **RESUMO**

Atualmente, há um crescente interesse no estudo das seqüelas psicológicas em vítimas de queimaduras. A vítima de queimaduras graves inicia seu processo de recuperação na internação hospitalar, o qual segue após a alta hospitalar. Muitas vezes torna-se um processo longo e doloroso, trazendo ao paciente não só seqüelas físicas como emocionais. Este artigo faz uma revisão da literatura dos últimos dez anos com a finalidade de examinar quais são os danos psicológicos mais comuns apresentados por indivíduos que sofrem acidentes com queimaduras. Os transtornos mais citados foram depressão e os transtornos de ansiedade, entre estes o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), muitas vezes, ocorrendo juntos. Sendo o TEPT uma entidade nova e pouco conhecida, são necessárias mais pesquisas na área para conhecimento de seu curso e definição de um tratamento adequado.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, não há dados estatísticos que possam comprovar o número de acidentes por queimaduras. No entanto, estima-se que, em média, por ano aconteçam 1.000.000 de acidentes, dos quais, aproximadamente 100.000 procuram atendimento médico e cerca de 2.500 pessoas morrem tendo como causa direta ou indireta as lesões por queimaduras<sup>1,2,3</sup>. As lesões por queimaduras encontram-se entre os tipos de traumas mais dolorosos e nos últimos anos, avanços no atendimento às vítimas aumentaram a expectativa de vida destes pacientes mas, lamentavelmente, ainda não os poupam de experiências traumáticas e dolorosas<sup>4,5,6</sup>. Geralmente, a dor do paciente queimado está relacionada às atividades específicas do tratamento tais como limpeza da ferida, desbridamento, troca de curativos e fisioterapia<sup>7,8,9</sup>.

O grau do dano causado por uma queimadura é extenso e a lesão física é caracterizada por um ferimento e perda de pele<sup>10,11,12</sup>. As conseqüências desta lesão, freqüentemente, são cicatrizes que podem causar deformidade e limitações funcionais<sup>12,13,8</sup>. O dano psicológico é igualmente considerável, pois há os efeitos do trauma original que podem deixar marcas persistentes após o acidente, mas também ocorrem profundas alterações psicológicas conseqüentes do desfiguramento e das limitações funcionais<sup>14,8,15</sup>.

As respostas emocionais apresentadas por pacientes com queimaduras durante o período de hospitalização têm sido foco de estudos<sup>16,8,17,18,19</sup>. Inicialmente, reações emocionais como medo, ansiedade, angústia e até comportamentos psicóticos têm sido observadas, seguidas pela manifestação de sintomas depressivos. As reações emocionais, acrescidas das manifestações de dor secundárias às lesões ou aos procedimentos tornam o cuidado destes pacientes extremamente estressante para a equipe, similar aos cuidados em uma equipe de unidade intensiva<sup>16,20,21,22</sup>.

A importância de reconhecer e de estudar as variáveis psicológicas dos pacientes vítimas de queimaduras tem sido enfatizada<sup>14,23,17,24,25,26,27</sup>. Apesar de muitos pacientes

recuperarem-se dos efeitos agudos do trauma, da ansiedade e da depressão após a alta hospitalar, uma proporção significativa desenvolve tardiamente sintomas pós-traumáticos<sup>28,29,30,31,32,33</sup>.

Ferimentos por queimaduras são considerados um acontecimento traumático suficientemente severo para ser classificado como um evento estressor na etiologia do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Este transtorno é caracterizado pelo DSM-IV-TR<sup>34</sup> como um conjunto persistente de reações incluindo a revivência, a evitação e o entorpecimento, e sintomas persistentes de excitabilidade aumentada, secundário à experiência de um evento estressor traumático.

Para ter uma idéia do número de pessoas que sofrem esse tipo de problema, somente no Hospital Municipal de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS), por exemplo, entre os meses de fevereiro de 2005 a fevereiro de 2006, foram atendidos 2.743 casos de queimaduras; dos quais 221 foram internados e 19 foram a óbito. Entre 2002 e 2004, verificou-se que a média de internações hospitalares por queimaduras no HPS foi de 268 internações por ano, com uma média anual de 32 óbitos<sup>3</sup>.

Estima-se que 22 a 45% dos pacientes com queimaduras após a hospitalização venham a desenvolver o TEPT<sup>16,28,29,30,12,13,8,35,17,18</sup>, um percentual significativamente maior do que aquele identificado na população geral<sup>34</sup>. Além dos pacientes que manifestam o transtorno, outro grupo expressivo – em torno de 29% – apresenta uma forma sub-clínica de TEPT, com predomínio de comportamentos evitativos<sup>35,36</sup>. Notavelmente, a incidência de TEPT ocorre com maior prevalência aos doze meses após o acidente do que durante a hospitalização<sup>16,29,13,8</sup>.

O TEPT é uma entidade que tem sido negligenciada pelas equipes de saúde e conseqüentemente sub-diagnosticada. Pela importância da reabilitação e qualidade de vida dos pacientes vítimas de queimaduras faz-se necessário, tão cedo quanto possível, iniciar um trabalho em colaboração com a equipe de profissionais do HPS para avaliação dos

sinais e sintomas de TEPT. A partir do diagnóstico deste transtorno, seria possível desenvolver uma abordagem mais precisa junto aos pacientes queimados, incluindo estratégias de prevenção do TEPT e planos de tratamento específicos.

### **Fisiopatologia das Queimaduras**

O conceito de queimadura é bastante amplo, porém, basicamente, é uma lesão em tecidos orgânicos decorrentes de um trauma de origem térmica<sup>10</sup>. A queimadura pode variar desde uma pequena bolha ou flictena até formas mais graves capazes de desencadear um grande número de respostas sistêmicas proporcionais à extensão e profundidade destas lesões<sup>1</sup>.

A pele íntegra constitui um dos mais importantes elementos de proteção do organismo humano dos agentes de agressão ambiental<sup>1</sup>. O objetivo do tratamento da injúria térmica é a restauração dos tecidos lesados, seja por cicatrização ou por auto-enxertia<sup>1</sup>. O tecido inviável é o maior inimigo do paciente queimado e a sua remoção deve ser o objetivo do cirurgião durante o tratamento. A cada curativo o cirurgião deve retirar a maior quantidade possível de tecido necrótico, fazendo uso de escova, bisturi ou tesoura, e para tal não há necessidade de anestesia desde que o paciente esteja sedado adequadamente<sup>1</sup>. A sedação baseia-se na associação de um agente sedativo benzodiazepínico, com propriedade amnésica (midazolam) e um opiáceo (morfina ou meperidina), para se obter um nível aceitável de analgesia e sedação, mantendo o paciente cooperativo e participante do curativo (hipnoanalgesia)<sup>1</sup>.

### **Classificação das Queimaduras**

Na lesão térmica, dois fatores irão influenciar diretamente o prognóstico: a profundidade da lesão e a extensão de superfície corporal queimada. Quanto mais profunda e mais extensa, pior será o prognóstico de sobrevivência deste paciente<sup>1</sup>.

Determinar o grau da queimadura significa determinar a profundidade do trauma térmico na pele. Considera-se lesão de primeiro grau aquela que atinge a camada mais externa da pele, a epiderme. A região atingida encontra-se hiperemiada (avermelhada) e

edemaciada (inchada). A lesão de segundo grau atinge tanto a epiderme como parte da derme, poupando uma parte desta. No caso de acometimento total da epiderme, consideramos queimadura de espessamento total ou de terceiro grau. O reconhecimento da lesão de segundo grau é simples, pois a característica clínica mais marcante é a formação das bolhas ou flictenas. Na lesão de terceiro grau, não há capacidade de regeneração do tecido, havendo necessidade de enxertia para reparação da lesão<sup>1</sup>.

O cálculo da superfície corporal queimada será de importância fundamental não só para o prognóstico do paciente queimado como também durante todo o tratamento. O cálculo é relativamente simples, sendo utilizada uma tabela de uso internacional, o esquema de Lund-Browder (EUA, 1944). A particularidade de exatidão utilizada nesta tabela é a proporcionalidade de algumas regiões em relação à idade do paciente queimado. Um outro esquema muito utilizado e de fácil memorização é a regra dos nove. Esta regra atribui valor igual a nove ou a múltiplos de nove às partes atingidas, nove para cada membro superior, nove para a cabeça, 18 para cada membro inferior, 18 para cada face do tronco e um para genitália<sup>1</sup>.

### **Conseqüências das Queimaduras**

A percepção das conseqüências após a queimadura é resultante da interação entre as seqüelas físicas e as características psicossociais<sup>22,33,37</sup>. A recuperação após uma queimadura severa envolve tanto aspectos físicos quanto aspectos psicológicos<sup>13</sup>. Exemplos comuns de sintomas somáticos após queimaduras graves são dor e parestesias<sup>38</sup>, pruridos<sup>32</sup> e perda da mobilidade<sup>39</sup>, sendo que muitos destes podem se tornar problemas de saúde crônicos<sup>40</sup>. As conseqüências da lesão são cicatrizes que podem causar deformidade e limitações funcionais.

Uma breve descrição sobre o contexto da clínica e do tratamento dos pacientes hospitalizados por queimaduras facilitará o entendimento das reações psicológicas destes. O período de hospitalização varia geralmente entre uma semana a vários meses,

dependendo do grau da queimadura e das complicações médicas. Este período pode ser dividido em duas fases: a fase de cuidados intensivos, tipicamente passado na unidade de cuidados intensivos (UTI) e o estágio de recuperação da fase aguda, que ocorre quando o paciente está clinicamente estável e apto a iniciar a reabilitação na enfermaria<sup>41</sup>. A fase crítica é caracterizada por uma instabilidade sobre os resultados, e no caso das queimaduras, por um grande esforço pela sobrevivência<sup>42</sup>. É nesta fase onde ocorrem repetidos procedimentos de emergência e severas reações psicológicas a estressores, como anóxia, desequilíbrio eletrolítico, infecções e edema<sup>41</sup>. Alguns pacientes estão clinicamente estáveis e sua sobrevivência não é tratada por muito tempo, então são geralmente conduzidos à fase de recuperação aguda. Nesta fase, os pacientes não percebem o tratamento de forma tão intrusiva, apesar de continuarem com procedimentos como enxertias, cirurgias plásticas, desbridamentos e técnicas de reabilitação. Estes procedimentos ocorrem num contexto de muita tensão devido aos impactos físicos e psicológicos<sup>41</sup>.

### **Fatores Prévios que Interferem nas Conseqüências das Queimaduras**

Tem sido claramente demonstrado em inúmeros estudos que pacientes vítimas de queimaduras iniciam seu processo de reabilitação com algumas desvantagens psicológicas<sup>13,31,43,33</sup>. Há uma incidência alta de distúrbios psiquiátricos prévios (20-40%)<sup>24</sup> e problemas como uso abusivo de álcool (15-30%)<sup>44</sup>. Há também um aumento na incidência de problemas orgânicos incluindo demência, retardo mental e epilepsia. Estes podem tornar o paciente mais vulnerável a queimaduras e menos aptos a reagir adequadamente em face de um acidente. Conseqüentemente, sob a influência de um estresse psicológico, pode haver uma recaída na condição psiquiátrica anterior<sup>20</sup>. Tarrier<sup>24</sup> relatou que pacientes com diagnóstico de transtorno psiquiátrico prévio à queimadura ficam significativamente mais tempo internados no hospital, levam mais tempo na recuperação das enxertias e suas queimaduras levam mais tempo para cicatrizar do que

pacientes que não apresentam transtornos prévios. Ainda não está claro se o aumento no tempo de internação e de cicatrização foi resultado de dificuldades comportamentais, de manejo ou ainda devido aos efeitos do estresse imunológico ou psicológico como sugerido por Kamolz et al.<sup>20</sup>. Além disso, ainda não está claro se é a condição pré-existente que persiste ou se a doença pré-existente facilita o desenvolvimento de um transtorno de ajustamento nos pacientes vítimas de queimaduras. Possivelmente, a combinação de todos os fatores resulte numa recuperação mais lenta e tempo de internação mais prolongado comparado aos pacientes com iguais queimaduras, mas sem transtorno pré-existente<sup>16</sup>. Os transtornos psiquiátricos podem estar associados com estilos de vida pouco saudáveis, tais como: presença de dietas pobres, tabagismo, pouca atividade física<sup>45</sup> e necessidade de uso de medicações psicotrópicas, que podem inibir a recuperação e a cicatrização tecidual normal<sup>20</sup>.

## **A Dor**

Devido à dor que frequentemente ocupa um lugar significativo no ajustamento psicológico do paciente vítima de queimadura, esta variável merece discussão. A dor do paciente queimado tem sido descrita como aguda e severa num primeiro momento, seguido às queimaduras e mais tarde contínua, com a exacerbação diminuindo gradualmente<sup>7</sup>. Perry, Heidrich e Ramos<sup>46</sup> relataram que 84% dos pacientes que foram estudados referiram sentir severa dor durante os procedimentos terapêuticos apesar de receberem morfina rotineiramente. Os procedimentos terapêuticos, mais que a própria queimadura, são a maior causa de dor intensa<sup>39,47</sup>.

## **Seqüelas Psicológicas**

Existem boas evidências sobre o número de seqüelas psicológicas decorrentes das queimaduras<sup>18,814,16,30,40</sup>. Uma queimadura induz efeitos psicológicos devido a uma série de razões. Em primeiro lugar, é geralmente através de um evento traumático que a queimadura ocorre. Em segundo lugar, há os efeitos do trauma físico e da internação

hospitalar<sup>5</sup>. Finalmente, há as conseqüências estéticas e funcionais das cicatrizes. O impacto psicológico depende de uma série de fatores, tais como: estado emocional prévio, personalidade, habilidade de lidar com situações novas, condição psiquiátrica subjacente, ajuste psicológico prévio, influência da própria lesão; incluindo extensão, severidade, áreas atingidas e presença de dor<sup>16,24</sup>. A capacidade psicológica prévia de adaptação tem sido descrita como o melhor preditor da subsequente capacidade de adaptação do que a severidade da lesão<sup>16,24</sup>. Embora tenha sido determinado que a presença de sintomas está relacionada ao tamanho da queimadura, Franulic e González<sup>12</sup> descreveram que os pacientes com pequenos ferimentos também estão sujeitos a desenvolver profundas complicações psicológicas e emocionais. Há as conseqüências do trauma original e as alterações psicológicas conseqüentes ao desfiguramento e às limitações funcionais<sup>38,48</sup>.

Os sintomas psicológicos mais comuns são delírio, seguido por ansiedade (especialmente transtorno de estresse pós-traumático), depressão e vários problemas de comportamento<sup>49,27,50,26</sup>. Alguns autores descreveram o processo de ajustamento em termos globais para facilitar a compreensão dos vários graus de psicopatologia. Dois estudos descritivos recentes sugerem que um pobre ajustamento e complicações psiquiátricas ocorrem em 50% a 65% dos pacientes queimados hospitalizados<sup>4,51</sup>. Nos dois estudos, a dificuldade de ajustamento esteve relacionada com psicopatologias pré-mórbidas e a área total de corpo queimada (TBSA). O tipo e a freqüência das complicações variam de acordo com o estágio de recuperação<sup>14</sup>.

### **Depressão e Ansiedade**

Os problemas psiquiátricos mais freqüentemente encontrados em pacientes após acidentes com queimaduras são a depressão e o TEPT<sup>22,32,26,25</sup>.

A literatura (*DSM- IV-R*) classifica a depressão de acordo com sua gravidade, em leve, moderada ou grave. Estudos revelam que a depressão leve ocorre em 58% dos pacientes queimados<sup>16</sup>, a depressão moderada ocorre em 23% a 61% dos pacientes

queimados<sup>22</sup>, e a prevalência de depressão severa ocorre em 19% a 30%<sup>50</sup>. A severidade da depressão correlaciona-se ao suporte empregado para o manejo da dor<sup>22</sup> e a problemas familiares ou conjugais<sup>17</sup>. Observações de caso sugerem que o aumento nos sintomas depressivos está associado ao tempo de internação superior a um mês<sup>7</sup> e involuções médicas<sup>26</sup>. Em relação à depressão, empregando uma medida de rastreio de sintomas depressivos comumente utilizada, como o Inventário Beck de Depressão (BDI), Jimenez et al.<sup>52</sup> observaram, no período de um mês após a alta hospitalar que 28% dos pacientes vítimas de queimadura estavam moderadamente deprimidos e 26% estavam severamente deprimidos. Neste mesmo estudo, 43% dos pacientes ainda apresentavam sintomas de depressão moderada à grave aos dois anos após a alta hospitalar. Loncar et al.<sup>22</sup> em seu estudo, entrevistou setenta pacientes duas semanas após o trauma, onde os níveis de ansiedade e depressão foram medidos através do Inventário Beck de Ansiedade e Depressão. Os resultados demonstraram que um número significativo de pacientes apresentou sintomatologia de ansiedade (27%) e depressão (30%). Altos índices de ansiedade e depressão foram associados a altas taxas de dor. O percentual de área corporal queimada esteve associado com os escores de dor, ansiedade e depressão. Estima-se que, em geral, a prevalência de depressão entre os pacientes queimados varie entre 13 a 23%<sup>2</sup>, sugerindo a necessidade de investigação diagnóstica desta patologia entre as vítimas de queimaduras.

A prevalência dos sintomas de ansiedade parecem decrescer através do tempo de permanência no hospital, de 47% dos pacientes que ficam ansiosos durante a primeira semana para 13% na quarta semana<sup>50</sup>. Sintomas de ansiedade auto-relatados em pacientes queimados são comparáveis com os relatados por pacientes clínicos e cirúrgicos, mas menos severos do que aqueles relatados pelos pacientes psiquiátricos<sup>16</sup>. Neste estudo, somente 27% dos 33 pacientes tiveram escores de ansiedade, no State-Trait Anxiety

Inventory, maiores do que os pacientes neuropsiquiátricos. A ansiedade mostrou-se significativamente correlacionada com a persistência da dor<sup>16</sup>.

Dois estudos avaliaram pacientes queimados para TEPT. Perry, Heidrich, e Ramos<sup>46</sup> descreveram que 41% dos 104 pacientes hospitalizados por queimaduras fecharam critério para TEPT pelo DSM-III. Comparando com pacientes sem esta síndrome, pacientes com TEPT sentem mais dor, apresentam maiores áreas de queimaduras, e expressam mais culpa sobre a causa do acidente mesmo que não tenham sido diretamente responsáveis pela sua queimadura. Pacientes com TEPT são mais propensos a desenvolverem delírio. Patterson et al.<sup>18</sup> acompanharam 54 pacientes queimados, admitidos consecutivamente, para sintomas de TEPT. 63% dos pacientes relataram memórias intrusivas e recorrentes sobre o evento da queimadura, mas somente 30% fecharam todos os critérios do DSM-III-R para TEPT. O TEPT mostrou-se positivamente correlacionado com TBSA, tempo de internação e sexo feminino. Recentes trabalhos têm mostrado, inclusive, a necessidade de ajustar o TEPT ao caso de pacientes queimados, aludindo ao conceito de “estresse traumático crônico”, que faria referência não só à experiência da queimadura como também à experiência constante de dor, ao difícil período de hospitalização e tratamento e ao temido encontro com seu meio após alta<sup>52</sup>.

O delírio e as reações psicóticas transitórias são descritos juntos, pois estas síndromes são clinicamente similares e podem possuir causas semelhantes. Moderada desorientação, confusão, ilusões ou alucinações podem representar condições funcionais causadas por super estimulação do sensorio, por privação sensorial, privação de sono ou devido ao choque dos eventos extremamente ameaçadores<sup>38</sup>. O delírio e as reações psicóticas podem ser vistos como mecanismos de defesa psicológicos de adaptação durante uma fase de estresse intenso<sup>35</sup>. Distintas mudanças no estado mental, entretanto, são mais comuns como resultantes de causas fisiológicas, como infecções, abstinência de álcool ou complicações metabólicas<sup>44</sup>. Há uma grande variação nos relatos sobre a incidência de

delírio em pacientes queimados. Os estudos descritivos mais recentes relatam faixas de delírio em torno de 30% a 57%<sup>25,26,52</sup>. O delírio está associado às fases iniciais da recuperação, grandes TBSA e idade avançada<sup>4</sup>.

Investigações sobre os efeitos a longo-prazo dos ferimentos por queimaduras envolvem períodos de avaliação que variam de uns poucos meses a muitos anos após a hospitalização. A presença de sintomas psiquiátricos e de fatores psicossociais de adaptação tem sido avaliado em distintos períodos de evolução, durante a hospitalização, na alta, e em evoluções posteriores de seguimento<sup>8,12</sup>. Estes últimos apontaram as conseqüências psicopatológicas, funcionais e ocupacionais das queimaduras, no médio e longo prazo. É comumente observado, entretanto, que o primeiro ano após a hospitalização é, psicologicamente, um período no qual os pacientes reportam maiores disfunções<sup>49,52</sup>. Durante este primeiro ano, os pacientes continuam lidando com estressores secundários, como memórias do acidente, tensão familiar ou alterações na rotina diária causadas pelas seqüelas decorrentes das queimaduras. A ansiedade e a depressão comumente ocorrem juntos<sup>12,16,30,37</sup>, com índices de prevalência entre 25% a 65% em um ano ou mais após as queimaduras<sup>53</sup>. Uma exceção foi apresentada por Ward et al.<sup>54</sup> onde observou que ocorre um aumento com o tempo na depressão clinicamente significativa. Entretanto, estes autores também relataram que a psicopatologia pré-mórbida foi o melhor indicador de depressão pós-queimadura, sugerindo que para muitos pacientes de suas amostras, a depressão pós-queimadura seria mais uma continuação de uma condição pré-mórbida e crônica do que uma seqüela das queimaduras. Um estudo encontrou que a ansiedade e a depressão aumentavam quando havia lesão de mãos e face<sup>49</sup>, enquanto dois outros<sup>30,50</sup> não encontraram nenhuma relação entre ansiedade ou depressão com TBSA e deformidades. Gilboa<sup>13</sup> acrescentou que problemas psiquiátricos pós-queimaduras estiveram negativamente relacionados à perda de consciência e ausência de memórias do trauma. Isto sugere que diminuição da preocupação e recordação de circunstâncias do evento estressor

pode proporcionar um efeito protetor contra o desenvolvimento de seqüelas psicológicas adversas.

Franulic et al.<sup>14</sup> desenvolveram um estudo de seguimento com pacientes com área de superfície corporal queimada de 20% (TBS) e que necessitaram internação hospitalar. Os pacientes foram avaliados na alta, no 3º mês e no 6º mês após a alta com o Questionário Tridimensional de Personalidade de Cloninger, Escalas de Hamilton de Depressão e Ansiedade, GHQ-30 e Questionário de Adaptação Psicossocial. Um total de doze pacientes cumpriu todos os requisitos de ingresso no estudo; 9 deles apresentaram durante a hospitalização algum diagnóstico psiquiátrico segundo o DSM-IV. Ao término do seguimento dois deles apresentaram TEPT e uma paciente, fobia a fogo.

Muitos pacientes com queimaduras podem esperar carregar marcas evidentes de seu acidente, as quais têm implicações emocionais, psicológicas, sociais e econômicas. Keane, Marshall e Casey<sup>35</sup> descreveram a forma como pacientes com fortes sintomas depressivos, no momento em que deixam o hospital, tendem a apresentar maiores complicações durante sua fase de reabilitação e sua subsequente adaptação. Portanto, ressalta-se a importância do manejo psicológico dos pacientes quando ainda estão internados no hospital.

A duração da internação após a queimadura tem diminuído muito nos últimos anos, devido ao aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, da analgesia, do controle das infecções e dos sistemas nutricionais. Entretanto, em contraste com os variados motivos para internação, os pacientes queimados podem não estar tão ansiosos para irem para casa. A unidade de queimados e todo o hospital tornam-se um local de conforto e de acolhimento no qual as cicatrizes e os ferimentos não são objetos de curiosidade, comentários ou perguntas. O mundo fora do hospital, do qual o paciente vê-se isolado, comporta-se de forma diversa. Burges e Holmstrom<sup>56</sup> observaram que 52% dos pacientes que obtiveram altas hospitalares relataram que gostariam de ter recebido algum tipo de aconselhamento

antes e após a alta. A equipe como um todo precisa concentrar-se em providenciar um suporte emocional, aconselhamento prático e continuidade dos cuidados para os pacientes que deixam à unidade de queimados. O confronto com as cicatrizes após a queimadura pode não causar muito impacto até o paciente ir para casa. Sem os funcionários da unidade de queimados e as constantes visitas, a casa pode parecer um local quieto em demasia. A crença da equipe profissional da unidade de queimados é de que a maioria dos pacientes queimados será permanentemente afligida por deficiências funcionais, incluindo transtornos psicológicos<sup>18</sup>.

### **Transtorno de Estresse Pós-Traumático**

Keane et al.<sup>35</sup> em uma revisão da literatura sobre TEPT relataram que somente após a I e II Guerra Mundial os estudos sobre o sofrimento psicológico dos combatentes de guerra e dos sobreviventes dos campos de concentração marcaram o início dos estudos sobre os efeitos negativos da exposição a traumas. Porém o impacto psicológico de outros eventos traumáticos recebeu reconhecimento na revisão da literatura quando Ann Burgess (1974) observou o impacto do estupro em mulheres<sup>56</sup>.

Na atualidade, o Manual Estatístico e Diagnóstico de Desordens Psiquiátricas (DSM-IV-TR)<sup>34</sup> define TEPT como necessariamente provindo de um evento em que a pessoa foi exposta a uma grave ameaça ou morte, experimentando sentimentos de medo, desamparo ou horror. Três grupos de sintomas definem o transtorno, sendo eles o agrupamento da revivência, evitação, excitabilidade aumentada. Somando-se às recorrentes e intrusivas recordações e sonhos sobre o evento, o grupo das revivências inclui sofrimento e reações psicológicas à exposição a insinuações sobre o trauma ou a episódios de *flashback* em que experiencia a no mínimo uma parte do trauma.

Desde que o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) foi introduzido como uma categoria nosológica no Manual Estatístico e Diagnóstico para Transtornos Mentais, terceira edição<sup>57</sup>, pesquisas têm sido realizadas sobre a epidemiologia do TEPT e sobre a

validade dos critérios diagnósticos. Apesar da edição revisada<sup>58</sup> e da nova edição<sup>59</sup> o conceito de TEPT continua um tema de debate. Uma questão acordada foi o limiar de critérios mínimos do número de sintomas que devem estar presentes para um diagnóstico positivo. De acordo com o DSM-III-R e o DSM-IV, o TEPT é definido como uma síndrome, seguida a um evento traumático (critério A), que apresenta no mínimo um sintoma de intrusão (critério B), três de evitação e sintomas de entorpecimento (critério C), e dois sintomas de hiperexcitação (critério D). Estes sintomas devem persistir por no mínimo um mês (critério E). De acordo com o DSM-IV, a intensidade dos sintomas deve ser suficiente para causar significativo prejuízo clínico no funcionamento da vítima em pelos menos um importante aspecto da vida (critério F). A decisão por esta regra restringiu o número de vítimas uma vez que nem todos preenchem todos os critérios, embora eles possam sofrer de sintomas de TEPT. Ao em vez de resolver este problema, alguns autores<sup>36,31,60</sup> propuseram a concepção de TEPT Parcial (TEPTP) ou TEPT Sub-Clínico. Apesar das altas prevalências dessa síndrome terem sido relatadas, esta concepção não foi aceita pelo DSM-IV. O transtorno de ajustamento no DSM-IV é o equivalente próximo dessa condição. Uma das formas de definir o transtorno de ajustamento é que é uma condição com um evento traumático subliminar (critério A) ou com uma resposta subliminar (B à E).

A prevalência do TEPT na população em geral, entretanto, pode variar conforme a operacionalização dos estudos. Revisando a literatura, dois principais perfis podem ser encontrados. O primeiro, assume que ao menos um dos sintomas deve estar presente para cada critério B, C e D. Por exemplo, Weiss et al.<sup>60</sup> consideram que ao menos dois sintomas pertencentes ao critério C devem estar presentes. O segundo perfil de TEPT considera que a combinação de dois dos três critérios B, C e D devem estar presentes. Deve ser enfatizado que não é sempre claro se o critério E e F continuam sendo usados no diagnóstico do TEPT. Por exemplo, Koss, Koss e Woodruff<sup>61</sup> consideram as formas BC e

BD. Parson<sup>62</sup> usam sete classes de TEPT: B, C, D, BC, BD, CD e uma inespecífica para os que são compostos por números de sintomas que não satisfazem nenhum critério (exemplo, dois sintomas de C e um de D).

Usando duas bases de dados, *PsycLIT e Medline*, entre 1997 e 2007, foram encontradas 26 referências ao TEPT, 14 deles referindo-se a trauma seguido a acidentes de carro ou a queimaduras severas. Dependendo da definição do TEPT, a incidência varia entre 2,8% após acidentes de carro<sup>5</sup> a 86,5% em pessoas seriamente queimadas<sup>53</sup>.

Pessoas com TEPT são mais vulneráveis ao divórcio, reportam dificuldades na educação de seus filhos, se envolvem mais em brigas com companheiros, experimentam depressão e outros problemas psicológicos, relatam pobre satisfação com a vida e problemas de saúde física, se envolvem mais em problemas com o Sistema Legal, aprendem menos e mudam com frequência de emprego<sup>53,63,64</sup>. Estes dados sugerem que o TEPT é um grave problema de saúde pública, e reforça a importância de esforços na intervenção e prevenção.

Inicialmente, quando foi descrito no DSM-III, o TEPT foi considerado um transtorno raro, e eram considerados eventos traumáticos os eventos estressores que estavam fora do espectro normal das experiências humanas<sup>58</sup>. Desde que o TEPT foi incorporado à nomenclatura diagnóstica, estudos epidemiológicos têm documentado alta prevalência de exposições a eventos traumáticos na população em geral e confirmado que o TEPT ocorre seguido a uma ampla série de extremos eventos de vida. Uma das mais importantes considerações, é que consistentes achados indicam que apesar da exposição a eventos traumáticos ser muito comum, o desenvolvimento de TEPT é raro. A elucidação dos fatores responsáveis por explicar o motivo pelos quais porque algumas pessoas desenvolvem TEPT enquanto outras expostas a situações similares não, talvez possam informar ou elucidar as chaves das variáveis envolvidas na etiologia dessa condição.

Fauerbach e Lawrence<sup>35</sup>, revisando a literatura, identificaram a prevalência de TEPT entre 8 a 45% dos pacientes queimados. A dor foi referida por todos os pacientes e relatada como insuportável por 58.3%. A depressão apareceu em 55% do levantamento, sendo que a análise dos dados mostrou que há uma relação significativa entre idade e TEPT. O tempo de internação dos pacientes com TEPT foi mais longo (142,7 dias) do que os sem TEPT (103,1 dias). Em adição, foi encontrada relação significativa entre TEPT e depressão. Um alto escore de ansiedade significou presença de TEPT. Nenhuma relação ficou estabelecida entre TEPT e gênero, nível de escolaridade ou severidade da queimadura. A prevalência de TETP neste estudo foi de 23.3%, onde a prevalência de TEPT em vítimas de queimaduras variou entre 8 a 45%. Van Driel e Op den Velde<sup>65</sup> relataram que 22% dos pacientes queimados apresentam TEPT. Patterson et al.<sup>18</sup> constataram que 29% de TEPT eram diagnosticados em pacientes vítimas de queimaduras. Neste estudo, o TEPT esteve significativamente relacionado com a idade, depressão e baixo nível social. Por outro lado, não foi encontrada nenhuma relação significativa entre TEPT e gênero, nível de educação, tempo de internação e severidade da queimadura. Noble, Gomez e Fish<sup>66</sup> também relataram não haver nenhuma relação significativa entre TEPT, a severidade da queimadura e o tempo de internação. Neste estudo houve mais depressão no grupo com TEPT, com altos escores representando intensos sintomas de depressão. Estes dados são consistentes com os que foram relatados por Kildal et al.<sup>8</sup>.

No estudo de Fauerbach et al.<sup>67</sup>, encontramos um número considerável de vítimas que apresentaram síndrome subliminar (8,7%) ou parcial (60,7%) de TEPT. De um ponto de vista clínico, parece razoável aceitar somente as síndromes parciais que satisfizeram o critério F porque somente estas podem necessitar de tratamento profissional. 16,7% de todos os sujeitos sofreram de síndromes parciais e ao mesmo tempo preencheram o critério F, apesar de nenhum destes ter satisfeito o critério de tempo E. Assim, o grupo relatou a síndrome parcial e distúrbios clinicamente significativos no funcionamento psicossocial

num período menor do que a presença dos sintomas (em menos de um mês). Existem algumas evidências de que a síndrome subliminar ou parcial do TEPT difere do TEPT. O TEPT apresenta um modelo sintomatológico típico (BC e BD) diferindo do TEPTP. Noble, Gomez e Fish<sup>66</sup> mostraram que o TEPT e o TEPTP usam diferentes mecanismos de defesa. Por exemplo, ambos usam projeção, somatização e conversão, mas as vítimas de TEPTP usam mais repressão, negação e *splitting*<sup>66</sup>. Vinte e oito pacientes (43,1%) tinham história psiquiátrica prévia: dependência de álcool (n=9), transtornos do humor (n=7), transtornos crônicos psicossomáticos (n=1), transtorno de personalidade (n=2), esquizofrenia (n=1), transtorno de ansiedade generalizada (n=1), tentativa de suicídio (n=1) e epilepsia (n=1). A média da área total queimada foi de 16,9%, com valores entre 1 e 70%. Trinta (46,2%) pacientes tiveram envolvimento da face. Razões para referir foram: queimaduras causadas por tentativa de suicídio, sete (10,8%); síndrome de dependência de álcool ou heroína, oito (13,5%); e transtornos do comportamento, 50 (75,6%).

### **Considerações Finais**

O dano causado por uma queimadura é extenso e além das seqüelas físicas (dor, pruridos e cicatrizes), há os danos psicológicos, consideravelmente preocupantes. Neste estudo foi possível conhecer os tipos de transtornos psicológicos que acometem os pacientes que sofrem de queimaduras. A depressão e os transtornos de ansiedade encontraram-se entre as patologias mais citadas. O TEPT apareceu como o transtorno de ansiedade mais comum, com uma prevalência significativa entre os pacientes avaliados. No Brasil, há uma carência de estudos sobre os aspectos psicológicos entre pacientes vítimas de queimaduras. Foram encontrados apenas três estudos brasileiros, um da Universidade de São Paulo, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Rossi et al., 1998), um do Hospital Municipal de Andaraí (RJ) e um do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Nenhum destes estudos faz referências aos aspectos psicológicos dos pacientes vítimas de queimaduras o que torna este estudo pioneiro no

país. Sendo assim, sugere-se que sejam realizados mais estudos sobre a recuperação dos pacientes vítimas de queimaduras no Brasil, para auxiliar esta população no processo de recuperação e reabilitação, buscando minimizar as seqüelas emocionais.

### **Referências Bibliográficas**

1. Gomes, D.R., Serra, M.C. & Pellon, M.A. (1995). *Queimaduras*. Reinventer: Rio de Janeiro.
2. Crisóstomo, M.R., Serra, M.C. & Gomes, D.R. (2004). *Epidemiologia das Queimaduras*. In Maciel, E.; Serra, M.C. & Gomes, D.R. *Tratado de Queimaduras*. P. 31-36. São Paulo: Atheneu.
3. Nasi, L.A. (2005). *Rotinas em Pronto Socorro*. Porto Alegre: Artmed.
4. Altier, N., Malefant, A., Forget, R. & Chonière, M. (2002). Long-Term adjustment in burn victims: a matched-control study. *Psychological Medicine*, 32, 677-685.
5. Frenay, M-C., Faymonville, M-E., Devlieger, S., Albert, A. & Vanderkelen, A. (2001). Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomized study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns*, 27, 793-799.
6. Latarjet, J. (2002) The management of pain with dressing changes in patients with burns. *Ewma Journal*, 2, 2, 5-9.
7. Latarjet, J. & Chonière, M. (1995). Pain in burn patients. *Burns*, 21, 344-348.
8. Huren, J.S. (1995). Rehabilitation of the burned patient: James Laing Memorial Essay for 1993. *Burns*, 21, 116-126.
9. Rossi, L.A.; Barruffini, R.C.; Garcia, T.R. & Chianca, T.C.M. (2000). Queimaduras: características dos casos tratados em um hospital escola em Ribeirão preto (SP), Brasil. *Ver Panam Salud Publica*, 4(6), 401-408.
10. Alvarenga, P.E.T. (1981). Queimados: estdo de 149 casos. *Medicina*, 14, 29-33.

11. Artz, C.P., Moncrief, J.A. & Pruit, B.A. (1980). *Queimaduras*. Rio de Janeiro: Interamericana.
12. Franulic, A. & González, X. (2000). Adaptación psicológica y social del paciente quemado: seguimiento de 6 meses. *Boletín Científico Asociación Chilena de Seguridad*.
13. Gilboa, D. (2000). Long-term psychosocial adjustment after burn injury. *Burns*, 27, 335-341.
14. Franulic, A., González, X., Trucco, M. & Vallejos, F. (1996). Emotional and psychosocial factors in burn patients during hospitalization. *Burns*, 22, 618-622.
15. Kildal, M., Willebrand, M., Anderson, G., Gerdin, B. & Ekselius, L. (2004). Personality characteristics and perceived health problems after burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 25, 228-235.
16. Altier, N., Malefant, A., Forget, R. & Chonière, M. (2002). Long-term adjustment in burn victims: a matched-control study. *Psychological Medicine*, 32, 677-685.
17. Partridge, J. & Robinson, E. (1995). Psychological and social aspects of burns. *Burns*, 21, 453-457.
18. Patterson, D.R., Everett, J.J., Bombardier, C.H., Questad, K.A., Lee, V.K. & Marvin, J.A. (1993). Psychological effects of severe burn injuries. *Psychological Bulletin*, 113, 326-378.
19. Zor, F., Deveci, M., Bozkurt, M., Dikkatli, S., Duman, H. & Sengezer, M. (2005). Psychological evaluation of self-inflicted burn patients: suicide or parasuicide? *Burns*, 31, 1, 178-181.
20. Kamolz, L.P., Andel, H., Schmidtke, A., Valentini, D., Meissl, G. & Frey, M. (2002). Treatment of patients with severe burn injury: the impact of schizophrenia. *Burns*, 29, 49-53.

- 21 Königová, R. (1992). The psychological problems of burned patients. The Rudy Hermans Lecture. *Burns*, 18, 189-199.
- 22 Loncar, Z., Bras, M. & Mickovic, V. (2006). The relationships between burn pain, anxiety and depression. *Collegium Antropologicum*, 30, 319-325.
- 23 Malt, U. (1983). Long-term psychosocial follow-up studies of burned adults: review of the literature. *Burns*, 6, 190-197.
- 24 Tarrier, N., Gregg, L., Edwards, J. & Dunn, K. (2005). The influence of pre-existing psychiatric illness on recovery in burn injury patients: the impact of psychosis and depression. *Burns*, 31,1, 45-49.
- 25 Tarrier, N., Gregg, L., Edwards, J. & Dunn, K. (2005). The influence of pre-existing psychiatric illness on recovery in burn injury patients: the impact of psychosis and depression. *Burns*, 31,1, 45-49.
- 26 Van Loey, N.E. & Van Son, M.J. (2003). Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4, 4, 245-272.
- 27 Willebrand, M., Low, A., Dyster-Aas, J., Kildal, M., Anderson, G. & Ekselius, L. (2004). Pruritus, personality traits and coping in long-term follow-up of burn injured patients. *Acta Dermatologica Venéreo*, 184, 375-380.
- 28 Blank, A.S. (1992). The longitudinal course of posttraumatic stress disorder. In: J.R.T. Davidson & E.B. Foa, Editors, *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*, American Psychiatric Press, Washington, DC.
- 29 Bryant, R.A. (1996). Predictors of post-traumatic stress disorder following burns injury. *Burns*, 22, 2, 89-92.
- 30 El hamaoui, Y., Yaakoui, S., Chihabeddine, K., Boukind, E. & Moussaoui, D. (2002). Post-traumatic stress disorder in burned patients. *Burns*, 28, 647-650.

- 31 Van Loey, N.E. & Van Son, M.J. (2003). Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4, 4, 245-272.
- 32 Willebrand, M., Anderson, G. & Ekselius, L. (2004). Prediction of psychological health after an accidental burn. *The Journal of Trauma*, 57, 367-374.
- 33 Yanagawa, Y., Saitoh, D., Sakamoto, T. & Okada, Y. (2005). Unfavorable outcome of burn patients with neuropsychiatric disorders. *Tohoku J. Exp. Med.*, 205, 241-245.
- 34 American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4a. ed. Ver.). Porto Alegre: Artmed.
- 35 Lawrence, J.W. & Fauerback, J.A. (2003). Personality, coping, chronic stress, social support e PTSD symptoms among adult burn survivors: a path analysis. *Journal of Care and Rehabilitation*, 24, 63-72.
- 36 Keane, T.M.; Marshall, A.D. & Casey, T.T. (2006). Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 161-197.
- 37 Mylle, J. & Maes, M. (2002). Partial Posttraumatic Stress Disorder revisited. *Journal of Affective Disorders*, 78, p. 37-48.
- 38 Fried, R.G., Gupta, M.A. & Gupta, A.K. (2005). Depression and skin disease. *Dermatol Clin*, 23, 657-664.
- 39 Malefant, A., Forget, R., Papillon, J., Amsel, R., Frigon, J.Y. & Chonière, M. (1996). Prevalence and characteristics of chronic sensory problems in burn patients. *Pain*, 67, 493-500.
- 40 Taal, L.A. & Faber, A.W. (1997). Dissociation as a predictor of psychopathology following burns injury. *Burns*, 23, 400-403.

- 41 Kildal, M., Anderson, G. & Gerdin, B. (2002). Health status in Swedish burn patients. Assessment utilizing three variants of the Burn Specific Health Scale. *Burns*, 28, 639-645.
- 42 Patterson, D.R. (1987). Psychologic management of the burn patient. *Topics in Acute Care and Trauma Rehabilitation*, 1, 25-39.
- 43 Avni, J. (1980). The severe burns. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 10, 57-77.
- 44 Ferreira, A.A., Schlüter, B., Gusmão, F.M., Gomes, D.R., Guimarães, L.M., Serra, M.C., Silva, D.N. & Nazina, F.L. (2004). Perfil de Queimaduras no Estado do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 4, 5-9.
- 45 Haum, A., Perbix, W., Häck, H.J., Stark, G.B., Spilker, G. & Doehn, M. (1995). Alcohol and drug abuse in burn injuries. *Burns*, 21, 194-199.
46. McCreadie, R., Macdonald, E., Blacklock, C., Tilak-Singh, D., Wiles, D. & Paterson, D. (1998). Dietary intake of patients in Nithsdale, Scotland: case control study. *Br Med J*, 317, 784-785.
- 47 Perry, S., Heidrich, G. & Ramos, E. (1981). Assessment of pain in burn patients. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 2, 322-326.
- 48 Camargo, C.L. & Xavier, E.A. (2000). Lesions caused by burns: the violence to children and adolescents. *Online Brazilian Journal of Nursing* (OBJN\_ISSN 1676-4285), 2,1, 2003 [Online].
- 49 Swinkels-Meewisse, J., Roelofs, J., Verbeek, A.L., Oostendorp, R.A. & Vlaeyen, J.W. (2003). Fear of movement/(re)injury, disability and participation in acute low back pain. *Pain*, 105, 371-379.
- 50 Williams, E. & Griffiths, T. (1991). Psychological consequences of burn injury. *Burns*, 17, 478-480.

- 51 Wiechman, S.A.; Ptacek, J.T.; Patterson, D.R. et al. (2001). Rates, trends and severity of depression after burn injuries. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 22, 417-424.
- 52 Franulic, A., Gonzalez, X., Trucco, M. & Vallejos, F. (1996). Emotional and psychosocial factors in burn patients during hospitalization. *Burns*, 22, 8, 618-622.
- 53 Jimenez, J.P.P.; Bajo, G.J.G.; Castillo, J.J.L.; Salvador-robert, M. & Torres, V.G. (1994). Psychiatric consultation and post-traumatic stress disorder in burned patients. *Burns*, 20(6), 532-536.
- 54 Yu, B.H. & Dimsdale, J.E. (1999). Posttraumatic stress disorder in patients with burn injuries. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 20, 426-433.
- 55 Ward, H.W., Moss, R.L., Darko, D.F., Berry, C.C., Anderson, J., Kolman, P., Green, A., Nielsen, J., Klauber, M., Wachtel, T.L. & Frank, H. (1987). Prevalence of post burn depression following burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 8, 294-298.
- 56 Andreasen, N.J.C., Norris, A.S. & Hartford, C.E. (1971). Incidence o long-term psychiatric complications in severely burned adults. *Annals of Surgery*, 174, 785-793.
- 57 Burgess, A.W. & Holmstrom, L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131, 981-986.
- 58 American Psychiatric Association. (1980). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (3<sup>a</sup>. ed.). Porto Alegre, Artmed.
- 59 American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>rd</sup> ed. rev.). Washington, DC: Author.
- 60 American Psychiatric Association. (1994). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4<sup>a</sup>. ed.). Porto Alegre, Artmed.

- 61 Weiss, D.S., Marmar, C.R., Schlenger, W.E. & Fairbank, J.A. (1992). The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans. *Journal of Trauma and Stress*, 5, 365-376.
- 62 Koss, M.P., Koss, P.G. & Woodruff, W.J. (1991). Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archive International of Medicine*, 151, 342-347.
- 63 Parson, E.R. (1990). Posttraumatic demoralization syndrome. *Journal Contemporary Psychotherapy*, 20, 17-33.
- 64 Roca, R.P., Spence, R.J. & Munster, A.M. (1992). Posttraumatic adaptation and distress among adult burn survivors. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1234-1238.
- 65 Powers, P.S., Cruse, C.W., Daniels, S. & Stevens, B. (1993). Post-traumatic stress disorder in patients with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 15, 147-153.
- 66 Van Driel, R. C. & Op den Velde, W. (1995). Myocardial infarction and posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma Stress*, 8, 151-159.
- 67 Noble, J., Gomez, M. & Fish, J. (2006). Quality of life and return to work following electrical burns. *Burns*, 32, 159-164.
- 68 Fauerbach, J.A., Lawrence, J.W., Schmidt Jr., C.W.; Munster, A.M. & Costa, P.T. (2000). Personality predictors of injury-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous Mental Distress*, 188, 510-517.

## **2. Artigo dos resultados**

# **ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM VÍTIMAS DE QUEIMADURAS**

Letícia Galery Medeiros

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Christian Haag Kristensen

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Rosa Maria Martins Almeida

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

## Resumo

Há um crescente interesse no estudo das conseqüências emocionais de pacientes vítimas de queimaduras. O objetivo deste estudo foi identificar a presença do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, depressão e ansiedade em pacientes vítimas de queimaduras internados no Hospital Municipal de Pronto Socorro de Porto Alegre (RS, Brasil). Os pacientes foram avaliados quanto ao TEPT, utilizando-se o *Screen for Posttraumatic Stress Symptoms* (SPTSS) e quanto à ansiedade e à depressão, através do Inventário Beck de Ansiedade e Depressão, respectivamente. Os resultados demonstraram que a prevalência do TEPT, ansiedade e depressão entre as vítimas de queimaduras estão dentro dos parâmetros encontrados na literatura. Estes achados indicam que esta população merece mais atenção, com o propósito de se definirem tratamentos específicos para a prevenção do Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Palavras-chave: adultos, ansiedade, depressão, queimados, evento traumático

## Introdução

Em todo o mundo as queimaduras continuam a provocar graves problemas clínicos, econômicos, psicológicos e sociais. Nos Estados Unidos, as queimaduras são a causa principal de morte acidental, onde o número de anos produtivo perdido em decorrência desse problema queimaduras é maior que o perdido devido às seqüelas do câncer, doença cardíaca e acidentes vasculares cerebrais (Hafen, Karren, & Frandsen, 2002). As queimaduras são causas de sérios problemas de saúde pública (como por exemplo depressão e dependência química), especialmente nos países em desenvolvimento, incluindo-se o Brasil (Cruvinel, Queiroz, Recife, & Markus, 2005; De-Souza, Manço, Marchesan & Greene, 2002; Gosh & Bharat, 2000). Por outro lado, o tratamento e a reabilitação de pacientes vítimas de queimaduras têm sofrido uma melhora significativa nos últimos 25 anos, onde o foco das pesquisas deslocou-se da mortalidade para a morbidade (Munster, 1999).

As queimaduras podem constituir-se em lesões complexas, pois além do dano aos tecidos causado pela queimadura propriamente dita, uma lesão desse tipo pode prejudicar o equilíbrio corporal normal de fluidos e eletrólitos, a temperatura, o equilíbrio térmico, a função articular, a habilidade manual e a aparência física. A gravidade de uma queimadura é determinada pelos seguintes fatores: grau da queimadura, extensão da área de superfície corporal total (TBSA, do inglês *total body surface área*) queimada, gravidade da lesão, local da queimadura, complicações associadas (como condições físicas e mentais preexistentes) e idade da vítima (Hafen, Karren, & Frandsen, 2002). As queimaduras são classificadas de acordo com o grau de lesão causado à pele e tecidos subjacentes, sendo denominadas queimaduras de primeiro, segundo e terceiro grau. A maior parte das queimaduras apresenta uma combinação destas classificações. Parte da pele pode apresentar queimadura de primeiro grau; parte, de segundo grau e outra parte, de terceiro grau. A queimadura de primeiro grau envolve somente a epiderme (camada externa da

pele) caracterizada por dor e presença de vermelhidão. A queimadura de segundo grau envolve a camada da epiderme e da derme, e é caracterizada por bolhas, inchaço e dor. Já as queimaduras de terceiro grau envolvem todas as camadas da pele, assim como gordura subcutânea, músculos e ossos; esse tipo de queimadura se caracteriza por pele ressecada, curtida e carbonizada. Há dois métodos para se calcular a porcentagem do corpo que sofreu queimaduras: a Regra dos Nove e o Método de Superfície Palmar. A Regra dos Nove divide o corpo em regiões: cabeça e pescoço (9%), parte posterior do tronco (18%), parte anterior do tronco (18%), cada extremidade superior (9%), cada extremidade inferior (18%) e genitália externa (1%). O método da superfície palmar é uma alternativa para se fazer o mesmo cálculo. A palma da mão da vítima é igual à aproximadamente 1% da superfície corporal, independente da idade. Pode-se calcular a superfície queimada comparando-se sua extensão com o tamanho da palma da vítima (Hafen, Karren, & Frandsen, 2002).

Sobreviventes de queimaduras graves atravessam um longo processo de reabilitação física com dor, pruridos, cicatrizes, repetidas cirurgias e, em alguns casos, seqüelas permanentes. Ser vítima de um acidente com queimaduras é um evento traumático grave que pode desencadear transtornos psiquiátricos (Willebrand, Norlund, Kildal, Gerdin, Ekselius & Anderson; 2002).

Os problemas psicológicos mais freqüentemente encontrados em pacientes vítimas de queimaduras são: a depressão e o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (Bryant, 1996). Em uma amostra de pacientes avaliados um mês após acidente com queimaduras, verificou-se grau moderado de depressão em 28% dos pacientes, e depressão grave em 26% dos pacientes (Wiechman, Ptacek, & Patterson; 2001). O TEPT é definido no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) como uma resposta sintomática a um evento estressor envolvendo três agrupamentos: (a) revivência, (b) evitação e entorpecimento e (c) excitabilidade aumentada. O evento é experimentado com resposta de

intenso medo, impotência ou horror, gerando sofrimento significativo e/ou prejuízo funcional com a manutenção de sintomas por mais de um mês. A prevalência do TEPT ao longo da vida tem sido estimada em 6,8% da população geral (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005), apresentando alguma variabilidade conforme o instrumento empregado para a avaliação do transtorno (ver discussão em Kristensen, Parente, & Kaszniak, 2005). No entanto, em pacientes vítimas de queimaduras, a prevalência do TEPT varia entre 9% a 35%, quando os pacientes são avaliados entre dois a quatro meses após a queimadura (Yu & Dimsdale, 1999).

O objetivo do presente estudo foi identificar a prevalência de sintomas de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático em pacientes vítimas de queimaduras, internados no Hospital Municipal de Pronto Socorro de Porto Alegre (RS, Brasil).

## Método

### *Delineamento*

A presente investigação caracterizou-se por ser uma pesquisa descritiva quanto aos objetivos e, quanto aos procedimentos, um delineamento *ex post facto*.

### *Participantes*

Participaram deste estudo 24 pacientes adultos, com idade entre 19 e 64 anos (*Med* = 39,0 anos; *DP* = 13,5), distribuídos em relação ao sexo conforme segue: 15 homens (62,5%) e 9 mulheres (37,5%). Por se tratar de um serviço de referência no Estado do Rio Grande do Sul, um percentual expressivo dos participantes (62,5%) residia fora da região metropolitana de Porto Alegre e possuía, em sua maioria empregos e/ou ocupações variadas. O grupo caracterizou-se, ainda, pela baixa escolaridade, visto que 74% desta amostra de adultos nem sequer entrou no Ensino Médio. Quanto ao estado civil, os indivíduos distribuíram-se da seguinte forma: casados (*n* = 14), solteiros (*n* = 6), viúvos (as) (*n* = 3) e separados/divorciados (*n* = 1); e 75% dos participantes tinha filhos (as).

### *Instrumentos*

Foi utilizado o *Screen for Posttraumatic Stress Symptoms* (SPTSS), que é um instrumento de rastreio para sintomas de estresse pós-traumático desenvolvido originalmente por Carlson (2001) na forma de uma triagem breve e de auto-relato, composta de 17 itens apresentados na primeira pessoa do singular. Neste estudo foi empregada a versão em português desenvolvida por Kristensen (2005). Para rastreio de sintomas de depressão e ansiedade foi utilizado o Inventário Beck de Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI), respectivamente. O BDI consiste de uma escala de auto-relato com 21 itens de múltipla escolha apresentados na forma de afirmativas e destinados a medir a severidade de depressão em adultos e adolescentes (Beck & Steer, 1993a; tradução e adaptação brasileira: Cunha, 2001). O BAI consiste em uma escala de auto-relato com 21 itens na forma de descrições de sintomas de ansiedade a serem classificados em uma escala de 4 pontos (Beck & Steer, 1993b; tradução e adaptação brasileira: Cunha, 2001).

### *Procedimentos*

Transcorridos ao menos 30 dias do acidente que provocou a queimadura, os pacientes foram contatados quando retornavam à consulta de revisão com a equipe médica, visto que a maioria já havia recebido alta hospitalar. Aqueles que preencheram os critérios de inclusão (homens e/ou mulheres vítimas de acidentes com queimaduras) foram convidados a fazer parte do estudo através de contato e explicação verbal dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios (conforme Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia e Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde – referente à ética na pesquisa com seres humanos). Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente e pesquisador, as entrevistas foram realizadas no Ambulatório de Queimados do HPS. Os instrumentos foram lidos pela pesquisadora uma vez que alguns pacientes encontravam-se impossibilitados de manipular o material de avaliação.

### *Análise de dados*

Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Excel (versão 10.26). A análise dos dados consistiu em procedimentos descritivos para as variáveis de interesse (sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão) e para as variáveis sócio-demográficas, envolvendo propriedades da distribuição, medidas de tendência central e medidas de dispersão ou variabilidade. Considerando o aspecto descritivo do estudo, os dados são apresentados em termos de frequências observadas. A estatística inferencial consistiu em cálculos de diferenças entre médias (Anova de Friedman) e cálculos correlacionais (coeficiente de correlação para postos de Spearman). Todos os cálculos foram realizados no programa SPSS for Windows (versão 10.0), e foi adotado um grau de significância de  $p < 0,05$ .

### Resultados

Entre os pacientes avaliados, a maior parte sofreu queimaduras na própria residência (54,2%) ou no local de trabalho (33,3%), sendo que um paciente sofreu queimaduras por agressão, um como decorrência de acidente de trânsito e um como decorrência de tentativa de suicídio. A grande maioria dos pacientes sofreu queimaduras por chama (83%), embora três pacientes (12,5%) tenham sido vítimas de choque elétrico e um paciente (4,2%) tenha se queimado em uma máquina industrial a vapor de uma lavanderia comercial. O tempo de internação variou de um dia a três meses. Entre os pacientes internados, 12 estavam utilizando alguma medicação psiquiátrica e 16 pacientes estavam sendo medicados com morfina. A morfina é utilizada rotineiramente nos pacientes internados, sendo aplicada antes dos procedimentos de limpeza da ferida, para prevenir a dor e para tratamento da dor da queimadura, durante o curso da internação. A extensão da área de superfície corporal total (TBSA, do inglês *total body surface área*) queimada, neste grupo de pacientes, variou entre 5% a 63%. Em termos médios, os pacientes sofreram

queimaduras em 21,52% da TBSA ( $Med = 15,0\%$ ;  $DP = 16,71\%$ ). A Tabela 1 apresenta a variabilidade dos graus de queimadura em cada região corporal verificado nos participantes deste estudo.

[INSERIR TABELA 1]

Os sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão foram avaliados pelo SPTSS, BAI e BDI, cujos escores são descritos na Tabela 2. Em relação à sintomatologia pós-traumática, os escores variaram entre 0 e 135 pontos ( $M = 57,78$ ;  $DP = 35,44$ ), apresentando uma distribuição normal, conforme o teste de Shapiro-Wilk [ $S-W(23) = 0,98$ ;  $p = 0,85$ ]. Através do SPTSS foi possível visualizar os escores de cada um dos “clusters” ou agrupamentos de sintomas que compõem a síndrome. Entre os agrupamentos de sintomas, aquele com escore médio mais elevado foi o agrupamento de excitabilidade aumentada (*arousal*), seguido pelo agrupamento de evitação e entorpecimento da responsividade geral e, com escore médio mais baixo, o agrupamento de revivência. Através do procedimento de Anova de Friedman, verificou-se que a diferença entre as médias dos agrupamentos de sintomas não foi significativa [ $\chi^2(2, 23) = 0,29$ ;  $p = 0,86$ ].

[INSERIR TABELA 2]

A análise dos itens individuais do SPTSS permitiu verificar o perfil de sintomas pós-traumáticos entre os participantes. A maior frequência foi atribuída ao sintoma de evitação cognitiva (esforços no sentido de evitar pensamentos associados ao trauma,  $M = 6,70$ ), seguido por dificuldades em adormecer ou permanecer dormindo ( $M = 5,09$ ), evitação comportamental (esforços no sentido de evitar atividades associadas ao trauma,  $M = 4,52$ ) e incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma ( $M = 4,30$ ). Ainda que o agrupamento de sintomas mais prevalente tenha sido o de excitabilidade aumentada, verificou-se o predomínio de sintomas de evitação entre aqueles mais apontados pelos pacientes queimados.

Em relação aos sintomas de ansiedade mensurados no BAI, foi possível obter escores válidos para a totalidade dos participantes, variando entre 0 e 32 pontos. Conforme os pontos de corte indicados por Cunha (2001), foram identificados sintomas de ansiedade de moderados a graves em 25% dos participantes ( $n = 6$ ). Os sintomas com escore médio mais elevado foram: suor (não devido ao calor;  $M = 1,58$ ), sensação de calor ( $M = 1,33$ ), incapaz de relaxar ( $M = 1,13$ ), medo de que aconteça o pior ( $M = 1,08$ ) e aterrorizado ( $M = 1,04$ ).

Os sintomas de depressão foram mensurados através do BDI em 20 pacientes. Neste grupo, foi possível verificar sintomas de depressão moderados a graves em 30% dos participantes ( $n = 6$ ). Os sintomas mais intensos foram: preocupações somáticas ( $M = 1,10$ ), irritabilidade ( $M = 1,05$ ), distúrbios do sono ( $M = 0,93$ ), tristeza ( $M = 0,83$ ) e insatisfação/anedonia ( $M = 0,81$ ).

A hipótese correlacional sobre a associação entre a extensão, grau da queimadura e sintomas pós-traumáticos, ansiosos e depressivos foram verificadas através do cálculo do coeficiente de correlação para pontos de Spearman ( $\rho$ ), com teste de significância monocaudal. Não foram observadas correlações significativas entre as variáveis de queimadura (extensão e grau) e as variáveis de sintomas, à exceção da associação entre extensão da queimadura e o BAI [ $r(23) = 0,45$ ;  $p < 0,05$ ]. O SPTSS apresentou elevada correlação com o BAI [ $r_s(23) = 0,61$ ;  $p < 0,001$ ] e com o BDI [ $r_s(19) = 0,66$ ;  $p < 0,001$ ], assim como a correlação observada entre o BAI e o BDI alcançou significância estatística [ $r_s(20) = 0,40$ ;  $p < 0,05$ ].

[INSERIR TABELA 3]

Em seu estudo original, Carlson (2001) observou uma boa consistência interna para o SPTSS ( $\alpha = .91$ ) e correlações bi-variadas item-total entre  $r = 0,49$  e  $r = 0,75$  ( $p < 0,001$ ). Também foram fornecidos dados sobre validade referente a critérios ou, especificamente, validade concorrente, incluindo dados sobre sensibilidade e especificidade para o

diagnóstico do TEPT a partir de diferentes pontos de corte no SPTSS. Por exemplo, utilizando a *Structured Interview for Post Traumatic Stress Disorder* (SI-PTSD); (Davidson, Smith, & Kudler, 1989, citado em Carlson, 2001) em um ponto de corte = 5, o SPTSS apresentou sensibilidade = .85 e especificidade = .73. Utilizando um ponto de corte = 3,5, o SPTSS apresentou sensibilidade = .95 e especificidade = .50. Neste estudo, em relação aos pacientes queimados para os quais foi possível avaliar com o SPTSS ( $n = 24$ ), utilizando um ponto de corte = 3,5 verificou-se a presença de sintomas compatíveis com o diagnóstico de TEPT em 47,8% da amostra. O emprego do ponto de corte = 5,0 resultou na detecção de sintomas compatíveis com o diagnóstico de TEPT em 21,7% da amostra ( $n = 5$ ). Quando este subgrupo de cinco pacientes foi comparado àqueles 17 restantes, observou-se que os pacientes com provável diagnóstico de TEPT apresentavam queimaduras com graus mais profundos, mais sintomas de depressão e mais sintomas de ansiedade, ainda que menor extensão de TBSA queimada.

### Discussão

O objetivo deste estudo foi identificar a presença do transtorno de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade em pacientes vítimas de queimaduras internados no Hospital Municipal de Pronto Socorro de Porto Alegre.

Apesar da variabilidade na extensão da TBSA queimada no grupo investigado, em termos médios os pacientes sofreram queimaduras em 21,52% da TBSA. Tem sido apontada na literatura que aproximadamente 25% dos pacientes que sofrem queimaduras severas (média de 35% de TBSA queimada) – e que requerem hospitalização – desenvolvem transtornos mentais ao longo prazo (Gilboa, 2001; Wiechman et al., 2001; Willebrand et al., 2004; Willebrand et al., 2006).

Em relação à sintomatologia de estresse pós-traumático, verificou-se variabilidade nos escores do SPTSS entre os pacientes investigados. O grupo estudado de pacientes

apresentou escore de 57,8 pontos, sugerindo sintomas pós-traumáticos relevantes, dos quais o agrupamento de sintomas de excitabilidade aumentada foi aquele mais evidente. Estes resultados sugerem que a queimadura induz a uma série de alterações psicológicas. Consistente com estudos prévios, a prevalência do TEPT em nosso levantamento foi de 47,8% utilizando um ponto de corte = 3,5. A prevalência de TEPT em vítimas de queimaduras varia entre 8 a 45 % (El hamaoui et al., 2002; Lawrence & Fauerback, 2003; Yu & Dimsdale, 1999). Roca (1992) relatou que 22% dos pacientes com queimaduras apresentaram TEPT, enquanto Patterson (1990) encontrou 29% de TEPT em uma amostra com vítimas de queimaduras. Em nosso estudo, ao empregarmos um ponto de corte = 5,0, associado a maior especificidade diagnóstica, verificamos a presença de sintomas compatíveis com o diagnóstico de TEPT em 21,7% da amostra, muito próxima aos resultados da literatura internacional. Quanto ao estudo do padrão da sintomatologia pós-traumática, Patterson et al. (1993) acompanharam 54 pacientes queimados admitidos consecutivamente para sintomas de TEPT, onde 63% dos pacientes relataram memórias intrusivas e recorrentes sobre o evento da queimadura, mas somente 30% preencheram todos os critérios para o diagnóstico de TEPT. Em nosso estudo, 47,8% dos participantes assinalaram recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas (de forma significativa), 21,7% relataram ter sonhos aflitivos e recorrentes, e 34,8% relataram sofrimento psicológico intenso e reatividade fisiológica quando da exposição a indícios internos ou externos associados ao evento traumático.

Foram identificados sintomas de ansiedade moderados a graves em 25% dos participantes investigados e sintomas de depressão moderados a graves em 30% dos participantes. Estudos anteriores revelam que a depressão moderada ocorre em 23% a 61% dos pacientes queimados (Franulic & González, 2000; Loncar, Brás & Mockovic, 2006), enquanto a depressão severa ocorre em 19% a 30% (Wiechman et al., 2001; Chonière et al., 1989).

Entre os pacientes investigados, não foram verificadas associações significativas entre as variáveis de queimadura (extensão e grau) e as variáveis de sintomas, à exceção da associação entre a extensão da queimadura e o BAI. Da mesma forma, Gilboa (2001) verificou que a sintomatologia ansiosa não está associada ao tamanho da queimadura ou ao tempo decorrido desde a queimadura.

Neste trabalho, o TEPT mostrou-se positivamente correlacionado com BAI e BDI. A ansiedade e a depressão são descritas como os dois distúrbios psicológicos mais comuns após acidentes com queimaduras. Estes sintomas comumente ocorrem juntos, com índices de prevalência entre 25% a 65% em um ano ou mais após a queimadura (Altier et al., 2002; Franulic & González, 2000; Gilboa, 2001; Kildal et al., 2004). Alguns relatos indicam que os sintomas diminuem com o tempo, especialmente um ano após a queimadura (Franulic & González, 2000; Van Loey & Van Son, 2003; Yanagawa et al., 2005). Uma exceção foi apresentada por Ward et al., (1987) que observaram aumento com o tempo na depressão clinicamente significativa. Entretanto, estes autores também relataram que a psicopatologia pré-mórbida foi o melhor indicador de depressão pós-queimadura, sugerindo que para muitos pacientes de suas amostras, a depressão pós-queimadura seria mais uma continuação de uma condição pré-mórbida e crônica do que uma seqüela das queimaduras. A relação entre características físicas da queimadura e ansiedade e depressão não foram claras. Um estudo encontrou que a ansiedade e a depressão aumentavam quando havia lesão de mãos e face (Chang & Herzog, 1976), enquanto dois outros (El hamaoui, 2002; Franulic & González, 2000; Yu & Dimsdale, 1999) não encontraram nenhuma relação entre ansiedade ou depressão com TBSA queimada e cicatrizes.

#### Considerações Finais

O TEPT é uma entidade clínica freqüentemente negligenciada e mal diagnosticada pelas equipes de atenção primária à saúde. Uma melhora na qualidade de vida dos

pacientes vítimas de queimaduras está ainda na dependência de um diagnóstico precoce e de intervenções terapêuticas específicas para este transtorno, visto que mesmo na presença de cuidados psicológicos e/ou psiquiátricos, a prevalência de sintomatologia pós-traumática foi elevada entre os pacientes estudados.

Atualmente, os estudos sobre transtornos de ansiedade em pacientes queimados estão mais elaborados metodologicamente. Os melhores estudos têm usado amostras mais significativas, pacientes admitidos consecutivamente, critérios diagnósticos padronizados, e testagens repetidas. As limitações do presente estudo se referem, principalmente, ao tamanho reduzido da amostra, à dificuldade na captação de sujeitos e a perda de dados por mau preenchimento dos instrumentos. Ainda assim, a prevalência da sintomatologia pós-traumática, ansiosa e depressiva sugere que o sofrimento psicológico entre os pacientes estudados é intenso. Investigações futuras são necessárias para esclarecer os fatores de risco para TEPT, permitindo assim intervenções mais precoces e eficazes; estudos longitudinais também podem auxiliar na definição do curso do Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

## Referências

- Altier, N., Malefrant, A., Forget, R. & Choinière, M. (2002). Long-term adjustment in burn victims: a matched-control study. *Psychological Medicine*, v. 32, p. 677-685.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed.; Texto Revisado). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993a). *Beck Depression Inventory: Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993b). *Beck Anxiety Inventory: Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bryant, R.A. (1996). Predictors of post-traumatic stress disorder following burns injury. *Burns*, v. 22 (2), p 89-92.
- Carlson, E. B. (2001). Psychometric study of a brief screen for PTSD: Assessing the impact of multiple traumatic events. *Assessment*, v. 8, p. 431-441.
- Chang, F.C. & Herzog, B. (1976). Burn morbidity: A follow-up study of physical and psychological disability. *Annals of Surgery*, v. 183, p. 34-37.
- Choinière, M., Melzack, R., Rondeau, J., Girard, N. & Paquin, M.J. (1989). The pain of burns: Characteristics and correlates. *Journal of Trauma*, v. 29, p. 1531-1539.
- Cruvinel, S.S., Queiroz, D.M., Recife, F.E.D. & Markus, J. (2005). Epidemiologia de pacientes queimados atendidos no Hospital de Clínicas da Universidade de Uberlândia no período de 2000-2001. *Biosciency. Journal*, v. 21, (1), p. 9-13.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- De-Souza, D.A., Manço, A.R.X., Marchesan, W.G. & Greene, L.J. (2002). Epidemiological data of patients hospitalized with burns and other traumas in some cities in the southeast of Brazil from 1991 to 1997. *Burns*, v. 28, p. 107-114.

- El hamaoui, Y., Yaalaoui, S., Chihabeddine, K., Boukind, E. & Moussaoui, D. (2002). Post-traumatic stress disorder in burned patients. *Burns*, v. 28, p. 647-650.
- Franulic, A. & González, X. (2000). Adaptación psicológica y social del paciente quemado: seguimiento a 6 meses. *Boletín Científico Asociación Chilena de Seguridad*.
- Frenay, M-C., Faymonville, M-E., Devlieger, S., Albert, A. & Vanderkelen, A. (2001). Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomized study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns*, v. 27, p. 793-799.
- Gilboa, D. (2001). Long-term psychosocial adjustment after burn injury. *Burns*, v. 27, p. 335-341.
- Gosh, A. & Bharat, H. (2000). Domestic burns prevention and first aid awareness in and around Jamshedpur, India: strategies and impact. *Burns*, v. 26, p. 605-608.
- Hafen, B.Q., Karren, K.J. & Frandsen, K.J. (2002). *Guia de Primeiros Socorros para Estudantes*. Editora Manole, São Paulo.
- Hurren, J.S. (1995). Rehabilitation of the burned patient: James Laing Memorial Essay for 1993. *Burns*, v. 21, p. 116-126.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, v. 62, p. 617-627.
- Kildal, M., Willebrand, M., Anderson, G., Gerdin, B. & Ekselius, L. (2004). Personality characteristics and perceived health problems after burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, v. 25, p. 228-235.
- Klein, R.M. & Charlton, J.E. (1980). Behavioral observation and analysis of pain behavior in critically burned patients. *Pain*, v. 9, p. 27-40.

- Kristensen, C. H. (2005). *Estresse pós-traumático: Sintomatologia e funcionamento cognitivo*. Tese de Doutorado não-publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Kristensen, C. H., Parente, M. A. M. P. & Kaszniak, A. W. (2005). Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Critérios diagnósticos, prevalência e avaliação. Em R. M. Caminha (Org.), *Transtornos do Estresse Pós-Traumático (TEPT): Da neurobiologia à terapia cognitiva* (pp. 15-35). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Latarjet, J. (2002). The management of pain with dressing changes in patients with burns. *Ewma Journal*, v. 2, (2), p. 5-9.
- Lawrence, J.W. & Fauerback, J.A. (2003). Personality, coping, chronic stress, social support e PTSD symptoms among adult burn survivors: a path analysis. *Journal of Care and Rehabilitation*, v. 24, p. 63-72.
- Loncar, Z., Bras, M., & Mockovic, V. (2006). The relationships between burn pain, anxiety and depression. *Collegium Antropologicum*, v. 30, p. 319-325.
- Munster, A.M. (1999). Measurements of quality of life: then and now. *Burns*, v. 25, p. 25-28.
- Patterson, D.R., Everett, J.J., Bombardier, C.H., Questad, K.A., Lee, V.K. & Marvin, J.A. (1993). Psychological effects of severe burn injuries. *Psychological Bulletin*, v. 113, p. 326-378.
- Patterson, D.R. (1990). A descriptive summary of New Jersey's 1985 burn population. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, v. 11, p. 565-572.
- Roca, R., Spence, R. & Munster, A. (1992). Post-traumatic adaptation and distress among adult burn survivors. *Annual Journal of Psychiatry*, v. 149, p. 1234-1238.
- Rossi, L.A., Barruffini, R.C., Garcia, T.R. & Chianca, T.C.M. (2000). Queimaduras: características dos casos tratados em um hospital escola em Ribeirão preto (SP), Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v.4, (6), 401-408.

- Van Loey, N. E. & Van Son, M. J. (2003). Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: Epidemiology and management. *American Journal of Clinical Dermatology*, v. 4, p. 245-272.
- Ward, H.W., Moss, R.L., Darko, D.F., Berry, C.C., Anderson, J., Kolman, P., Green, A., Nielsen, J.; Klauber, M.; Wachtel, T.L. & Frnk, H. (1987). Prevalence of post burn depression following burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, v. 8, p. 294-298.
- Wiechman, S.A., Ptacek, J.T. & Patterson, D.R. (2001). Rates, trends and severity of depression after burn injuries. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, v. 22, p. 417-424.
- Willebrand, M., Anderson, G., Kildal, M., Gerdin, B. & Ekselius, L. (2006). Injury-related fear-avoidance, neuroticism and burn specific health. *Burns*, v. 32, p. 408-415.
- Willebrand, M., Anderson, G., & Ekselius, L. (2004). Prediction of psychological health after an accidental burn. *The Journal of Trauma*, v. 57, p. 367-374.
- Willebrand, M., Norlund, F., Kildal, M., Gerdin, B., Ekselius, L. & Anderson, G. (2002). Cognitive distortions in recovered burn patients: the emotional Stroop task autobiographical memory test. *Burns*, v. 28, (5), p. 465-471.
- Yu, B.H. & Dimsdale, J.E. (1999). Posttraumatic stress disorder in patients with burn injuries. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, v. 20, p. 426-433.

Tabela 1. *Características do acidente, uso de medicação psiquiátrica e morfina*

<b>Características</b>	<b>(n=24)</b>
<b>Circunstâncias do acidente*</b>	
Acidente doméstico	13 (54,2)
Acidente de trabalho	8 (33,3)
Agressão	1 (4,2)
Tentativa de suicídio	1 (4,2)
Acidente de trânsito	1 (4,2)
<b>Agente causador da queimadura*</b>	
Chama	20 (83,3)
Choque elétrico	3 (12,5)
Outros	1 (4,2)
<b>Uso de medicação psiquiátrica* °</b>	
Sim	12 (50,0)
Não	10 (41,7)
<b>Uso de morfina* °</b>	
Sim	16 (66,7)
Não	5 (20,8)

\*n(%); °Perdidos n(%)

° Uso de medicação psiquiátrica 2 (8,3) ° Uso de morfina 3 (12,5)

Tabela 2. *Escores Médios (e Desvio Padrão) para o SPTSS, BAI e BDI*

<b>Instrumentos avaliadores</b>	<b>Média ± Desvio padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mediana (Q<sub>1</sub> – Q<sub>3</sub>)</b>
SPTSS	57,78 ± 35,44	0	135	58,00 (29,00 – 83,00)
Revivência	3,19 ± 3,17	0	10	
Evitação	3,45 ± 1,90	0	7	
Excitabilidade	3,54 ± 2,60	0	9	
BAI	15,33 ± 8,93	0	32	14,50 (9,25 – 19,75)
BDI	12,50 ± 10,31	0	41	10,00 (5,25 – 20,00)

Tabela 3: *Análises de correlações significativas*

<b>Variáveis</b>	<b>Coefficiente de correlação*</b>	<b>p(value)</b>
Extensão x BAI	0,45	P<0,05
SPTSS x BAI	0,61	P<0,001
SPTSS x BDI	0,66	P<0,001

\*Coeficiente de correlação de Spearman