

UFRRJ  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**IDENTIFICAÇÃO DE SEQUELAS PSICOLÓGICAS DECORRENTES DE  
LESÕES POR QUEIMADURAS**

ODILO ARAUJO NETO

SEROPÉDICA, RJ  
2024

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**IDENTIFICAÇÃO DE SEQUELAS PSICOLÓGICAS DECORRENTES DE  
LESÕES POR QUEIMADURAS**

ODILO ARAUJO NETO

*Sob a orientação do Professor*

**Dr. Wanderson Fernandes de Souza**

Dissertação submetida como requisito parcial  
para obtenção do grau de **Mestre em  
Psicologia**, no curso de Pós-graduação em  
Psicologia.

Área de concentração: Clínica, saúde,  
educação e contemporaneidade.

Seropédica, RJ

2024

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A658i Araujo Neto, Odilo, 1996-  
Identificação de sequelas psicológicas decorrentes  
de lesões por queimaduras / Odilo Araujo Neto. -  
Amarante, 2024.  
79 f.

Orientador: Wanderson Fernandes de Souza.  
Dissertação(Mestrado). -- Universidade Federal Rural  
do Rio de Janeiro, ós-Graduação em Psicologia da  
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, 2024.

1. Sequelas psicológicas. 2. depressão. 3.  
transtorno de estresse pós- traumático. 4.  
instrumento. 5. queimaduras. I. de Souza, Wanderson  
Fernandes , 1980-, orient. II Universidade Federal  
Rural do Rio de Janeiro. ós-Graduação em Psicologia da  
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro III.  
Título.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**ODILO ARAUJO NETO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 01 de MARÇO de 2024



Documento assinado digitalmente  
**WANDERSON FERNANDES DE SOUZA**  
Data: 36/33/2024 00:54:41-0300  
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

---

**Prof.º Dr. Wanderson Fernandes de Souza**  
(Orientador)  
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro



Documento assinado digitalmente  
**ANA DEYVIS SANTOS ARAUJO JESUINO**  
Data: 36/33/2024 10:58:19-0300  
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

---

**Profa. Dra. Ana Deyvis Santos Araujo Jesuino**  
(Examinadora Externa à Instituição)  
Universidade Federal do Maranhão



Documento assinado digitalmente  
**MARIA ANDRÉIA DA NÓBREGA MARQUES**  
Data: 36/33/2024 21:04:38-0300  
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

---

**Profa. Dra. Maria Andréia da Nóbrega Marques**  
(Examinadora Externa à Instituição)  
Universidade Estadual do Piauí

Seropédica, RJ  
2024

*“Amigo, não tenha medo de erros.  
Erros são formas de fazer algo de maneira diferente,  
talvez criativamente nova.  
Amigo, não fique aborrecido por erros.  
Alegre-se por eles.  
Você teve a coragem de dar algo de si”  
Fritz Perls*

## Dedicatória

Dedico esse trabalho aos meus pais  
Maria Araujo (Rita) e Odilo Araujo  
(*In memoriam*) com amor e gratidão  
por tudo que me ensinaram.

## **Agradecimentos**

Talvez esta seja a parte mais desafiadora de redigir. Refleti e elaborei diversas vezes, e devo meus agradecimentos a inúmeras pessoas. Produzir este trabalho não foi uma tarefa solitária, mas sim de todas as pessoas que não mediram esforços para que eu pudesse alcançar este ponto.

Aos meus familiares, agradeço pela força que proporcionaram, revelando em mim uma força que eu desconhecia. Especialmente à minha Tia Irene (Morena), que desempenhou o papel materno em minha vida e sempre me incentivou a estudar. Aos meus tios Lis, Osmar (Mazim), e Célia, agradeço pelo apoio incondicional que me deu forças para superar as dificuldades.

À minha família do coração, se não fosse pelo acolhimento generoso do amor de vocês, eu não teria chegado até aqui. A Regina, obrigado por me fazer sentir acolhido e amparado. A Tatyane, por tornar a distância entre Teresina e Rio de Janeiro insignificante. E a Karine, Victor e Lúcia, por estarem sempre presentes.

Quero expressar minha gratidão a cada um dos meus amigos, que não pouparam esforços para que eu pudesse realizar esse sonho. Obrigado por não me deixarem desistir nas vezes em que cogitei, por acreditarem no meu potencial quando eu já não acreditava, especialmente Jordânia, Kleyton, Moniélem, Rawenna, Suane, Suyane, Diana, Ivina, Helena, Anastácia e todos os outros que não consigo mencionar. Vocês são fundamentais!

Aos amigos que o Rio de Janeiro me proporcionou, Gabriela, Julie, Júlio, Mônica, Patrícia, Penélope, Rebeca e Tânia, meu eterno agradecimento. Em especial, agradeço a Leila e Bruno por me receberem em sua casa com todo amor e carinho possível.

Quero estender meus agradecimentos a todos os professores que me inspiraram e incentivaram meu desejo pela academia e docência. Em particular, a Prof. Rafaella Sá, por ter notado um desconhecido (eu) nos corredores do CCS e proporcionado as experiências mais incríveis que um aluno de psicologia poderia ter. Às Prof<sup>a</sup> Ana Deyvis

e Prof<sup>a</sup>. Maria Andréia, minha eterna gratidão pela humanidade, disponibilidade, carinho e todo o suporte na construção da minha trajetória pessoal, acadêmica e profissional.

Aos meus alunos, agradeço pela energia positiva, parceria e expectativa.

Ao meu orientador, Wanderson, agradeço por me receber como um amigo, para além da orientação, por abrir as portas de sua casa, pelo cuidado, empatia e humanidade, tornando este momento mais leve. A admiração que tenho por você é imensurável. Sou grato não apenas pela oportunidade, mas por ter sido contigo! Aproveito para pedir desculpas por todas as mensagens nas sextas-feiras ou em horários como madrugada, hahahah.

Quero que saibam o quanto sou grato por tudo que fizeram por mim. Este trabalho só foi possível com a ajuda de vocês.



## RESUMO

ARAUJO NETO, Odilo. **Identificação de sequelas psicológicas decorrentes de lesões por queimaduras**. 2024. 79p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Departamento de pós-graduação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2024.

As queimaduras são lesões cutâneas decorrentes do contato direto ou indireto da pele com agentes variados, que deterioram a pele em diferentes níveis. Essas lesões afetam a vítima em todas as suas dimensões de ser. Esta dissertação teve como objetivo geral identificar sequelas psicológicas em vítimas de queimaduras. Como objetivo específico, buscou identificar, na literatura, os instrumentos utilizados com mais frequência nos últimos dez anos para verificar a sintomatologia de Depressão e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Também foi realizada a aplicação do *Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)* em um grupo de seis pessoas em um hospital do Rio de Janeiro. No **primeiro artigo**, foi realizada uma revisão sistemática de literatura, analisando doze artigos indexados na base de dados PUBMED/MEDLINE. A amostra dos estudos foi, em sua grande maioria, composta por adultos. Os instrumentos que apareceram com maior frequência para depressão foram o *Beck Depression Inventory II (BDI - II)* e para o TEPT foram as versões do *Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL)*. Observou-se nos estudos revisados que, de um modo geral, as escalas têm sido os instrumentos mais utilizados para verificação de sequelas psicológicas de queimaduras. Todos os estudos utilizaram escalas para verificação de sintomas de depressão e TEPT, o que é compreensível por serem recursos de fácil aplicação e também de fácil análise e interpretação. No **segundo artigo**, foi realizada a aplicação do *Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)* em uma pequena amostra (N=6) de pacientes em um hospital do Rio de Janeiro. Foi encontrada uma prevalência de 83,4% de depressão, variando de moderada a moderadamente grave. Os sintomas de depressão mais frequentes nesta amostra estavam relacionados ao sono e à lentidão, sugerindo que há correlação entre depressão e lesões por queimaduras. Conclui-se que a depressão é significativamente presente em vítimas de queimaduras, frequentemente apresenta sintomatologia moderada a grave, e que nessa amostra o sintoma que mais se destacou foi o relacionado ao sono.

**Palavras-chaves:** Sequelas psicológicas, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, instrumento, queimaduras.

## ABSTRACT

ARAUJO NETO, Odilo. **Identification of psychological sequelae resulting from burn injuries**. 2024. 79p. Dissertation (Master's in Psychology). Institute of Education, Postgraduate Department, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2024.

Burns are cutaneous injuries resulting from direct or indirect contact of the skin with various agents, causing damage to the skin at different levels. These injuries impact the victim across all dimensions of their being. The overall objective of this dissertation was to identify psychological sequelae in burn victims. As a specific objective, the study aimed to identify, through literature review, the instruments most frequently used in the last ten years to assess the symptomatology of Depression and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Additionally, the *Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)* was administered to a group of six individuals at a hospital in Rio de Janeiro. In the **first article**, a systematic literature review was conducted, analyzing twelve articles indexed in the PUBMED/MEDLINE database. The majority of the study sample consisted of adults. The instruments that appeared most frequently for depression were the Beck *Depression Inventory II (BDI - II)*, and for PTSD, the versions of the *Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL)*. It was observed in the reviewed studies that, overall, scales have been the most effective instruments for assessing psychological sequelae of burns. All studies used scales to assess symptoms of depression and PTSD, which is understandable due to their ease of application and analysis. In the **second article**, the *Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)* was administered, revealing a prevalence of 83.4% for depression, ranging from moderate to moderately severe. The most frequent depression symptoms in this sample were related to sleep and slowness, suggesting a correlation between depression and burn injuries. In conclusion, drawn is that depression is significantly prevalent in burn victims, often manifesting with moderate to severe symptomatology. In this sample, the symptom most prominent was related to sleep.

**Keywords:** Psychological sequelae, depression, post-traumatic stress disorder, instrument, burns.

## Sumário

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	16
2.1. Geral:	16
2.2. Específicos:	16
3. REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1. Lesões por Queimaduras	17
3.2. Depressão	19
3.3. Depressão em vítimas de queimaduras	22
3.4. Transtorno Estresse pós-traumático	24
3.5. Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de queimaduras	27
4. MATERIAIS E MÉTODOS DA DISSERTAÇÃO	30
4.1. Estrutura da dissertação	30
4.3. Participantes	30
4.4. Procedimentos	31
4.5. Instrumentos	31
4.6. Explicação sobre os artigos	32
5. ARTIGOS	33
Uma Revisão dos Instrumentos utilizados para Avaliação de Depressão e Estresse Pós Traumático em Vítimas de Queimaduras	34
Estudo de casos múltiplos utilizando o <i>Patient Health Questionnaire-9</i> (PHQ-9) em vítimas de queimaduras	54
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS GERAIS	69
ANEXO 1 – Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento – TCLE	75
ANEXO 2 – Questionário de informações Pessoais e Clínicas	76
ANEXO 3 - Patient Health Questionnaire-9 - PHQ-9	78

## 1. INTRODUÇÃO

As queimaduras resultam de agentes (por exemplo, energia térmica, química ou elétrica) capazes de produzir calor excessivo, danificando os tecidos corporais e levando à morte celular. Esses agravos podem ser classificados em três níveis: primeiro grau, segundo grau ou terceiro grau. A avaliação e categorização dos níveis de queimadura dependem da extensão e profundidade da lesão, incluindo a possível lesão pulmonar devido à inalação, além de outros fatores que determinam a gravidade do paciente (BRASIL, 2012).

Conforme a Organização Mundial da Saúde - OMS (2008), as lesões por queimaduras são consideradas uma das principais causas de comorbidades não letais. Vítimas de queimaduras não fatais podem passar por períodos extensos de hospitalização em Unidades de Terapias de Queimados – UTQ's, podendo resultar em desfiguração e incapacidade funcional, levando à estigma e rejeição. As queimaduras são um problema global de saúde pública, causando cerca de 180.000 mortes por ano, principalmente em países de baixa e média renda. Além disso, as queimaduras figuram entre as principais causas de perda de anos de vida ajustadas à incapacidade nesses países.

É crucial compreender as características das Unidades de Tratamento de Queimados (UTQ), ambientes destinados ao tratamento de pacientes com queimaduras. Essas unidades oferecem tratamento ambulatorial, exames complexos e atendimento de urgência e emergência, geralmente em ambientes isolados para evitar riscos de infecção, considerando que a maior área do corpo humano pode estar lesada. O longo período de hospitalização, combinado com o isolamento familiar, pode agravar os sintomas psíquicos (OLIVEIRA et al., 2016).

Cezar-Vaz et al. (2015) e Takejima et al. (2011) ressaltam que as lesões por queimaduras representam um grave problema de saúde pública, impactando diversas áreas da vida da pessoa, incluindo repercussões físicas, psicológicas e financeiras. Essas repercussões podem incluir dores, contrações da cicatriz, sensações de formigamento, estresse, depressão, ansiedade, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e risco de suicídio (NICOLSI et al., 2013; MEDEIROS, KRISTENSEN e ALMEIDA, 2009).

O impacto psicológico das lesões por queimaduras depende de vários fatores, como o estado emocional prévio do paciente, personalidade, habilidade de lidar com situações novas, condições psiquiátricas subjacentes e influências da lesão, como extensão, severidade e áreas afetadas. As sequelas psicológicas, como depressão e TEPT, são frequentes e podem afetar significativamente a qualidade de vida (MEDEIROS, KRISTENSEN e ALMEIDA, 2009).

Em relação às consequências sociais e financeiras, as cicatrizes podem causar dificuldades nas relações sociais e até desemprego. Financeiramente, as pessoas afetadas investem altos valores em reabilitação e tratamento. O presente estudo dará ênfase aos sintomas de depressão e TEPT, sendo essenciais para compreender o impacto psicológico nas vítimas de queimaduras (NICOLSI et al., 2013).

A depressão, caracterizada por humor triste, vazio e irritabilidade, pode surgir como uma consequência das lesões causadas por queimaduras. Estudos mostram uma correlação significativa entre queimaduras e depressão, sendo até 26% dos pacientes afetados. Além disso, o TEPT, caracterizado por sofrimento psicológico após eventos traumáticos, é comum em pessoas queimadas e seus familiares (BETT et al., 2006; NILSON et al., 2019; ZHENG et al., 2021).

Considerando o cenário atual de pandemia (pós-pandemia), vivido no Brasil, é necessário contextualizar o impacto psicológico adicional causado pelo isolamento social. Estudos indicam que o distanciamento e o isolamento social têm efeitos negativos no psiquismo das pessoas, podendo potencializar sintomas de TEPT. Além disso, as medidas de prevenção contra o vírus, como o uso de álcool, podem aumentar o risco de lesões por queimaduras, ampliando o impacto psicológico dessas ocorrências (LIMA, 2020; SILVA, ALMEIDA, PAULA, 2021).

Os resultados desta dissertação estão divididos em dois artigos. O primeiro é uma revisão da literatura sobre os instrumentos mais utilizados nos últimos dez anos para verificar sintomas de TEPT e depressão em vítimas de queimaduras. O segundo artigo é um estudo experimental utilizando o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) em vítimas de queimaduras hospitalizadas no Rio de Janeiro.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1.Geral:

Conhecer sobre a identificação de sintomas de TEPT e depressão em vítimas de queimaduras.

### 2.2.Específicos:

Identificar os instrumentos que estão sendo utilizados para verificar depressão e TEPT em vítimas de queimaduras.

Identificar frequência dos sintomas de depressão a partir da aplicação do instrumento *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) em pacientes hospitalizados devido a queimaduras.

Avaliar presença de depressão e o nível de gravidade a partir da aplicação do instrumento *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) em pacientes hospitalizados devido a queimaduras.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1. Lesões por Queimaduras

Anualmente no Brasil há cerca de 1.000.000 de casos de lesão por queimaduras, no entanto, estima-se que somente 10% das pessoas que sofrem essa lesão buscam atendimento hospitalar em decorrência das queimaduras (Brasil, 2017). Ainda segundo o Brasil (2017) dentre o número dos casos de queimaduras, aproximadamente 2.500 pessoas chegam a óbito em decorrência de lesão por queimaduras e tais óbitos ocorrem em consequência direta ou indireta dessa lesão (Sanches et al., 2016)

O estudo de Correa (2016) sobre a incidência de pacientes queimados atendidos no Hospital de Emergência na cidade de Macapá-AP, durante o ano de 2014 aponta que 60% das pessoas queimadas são do gênero masculino. Destaca que crianças possuem grande fator de risco a queimaduras, evidenciando que 39% dos atendimentos a queimados são de crianças. Contudo, a maior incidência de pacientes atendidos após queimaduras é de adultos, representando 55%. Já adolescentes e idosos ficaram na mesma posição no ranque de incidência de pacientes queimados atendidos, 3% adolescentes e 3% idosos.

No que diz respeito a discrepância em relação a maior incidência de queimaduras no gênero masculino Albuquerque et al. (2010) explicam que o ambiente no qual a pessoa realiza suas atividades diárias é um fator risco, e no caso dos homens cita a existência de trabalhos, como o de mecânico e o de soldador, que os expõem ao risco de queimaduras. Em contrapartida, ressaltam que as mulheres no desempenho das atividades domésticas fazem uso de instrumentos como fogo, álcool e produtos de limpeza, o que as expõem também ao risco de queimaduras, entretanto, 60% das queimaduras no Brasil acometem os homens.

No que tange a ocorrência de queimaduras em crianças, Correa (2016) cita que a principal causa é a ausência de vigilância pelos pais, pois, segundo a autora, quando há a vigilância adequada e a conscientização necessária dos riscos de crianças envolverem-se em queimaduras, diminui significativamente essa ocorrência.

Sobre os fatores de riscos para a ocorrência de lesões por queimaduras, sabe-se que estas são ocasionadas por agentes químicos, térmicos, elétricos e radioativos que possam produzir calor excessivo e que em contato com o corpo danifica os tecidos corporais, causado pelo contato entre o agente e tecido causando morte das células (BRASIL, 2012; BATISTA, RODRIGUES E VASCONCELOS 2011; OLIVEIRA, et al., 2013). A Sociedade Brasileira de

queimaduras (2015) aponta os seguintes fatores como principais causas de queimaduras: Líquidos superaquecidos; Combustível; Chama direta; Superfície superaquecida; Eletricidade; Agentes químicos; Agentes radioativos; Radiação solar; Frio; Fogos de artifícios.

Segundo Batista, Rodrigues e Vasconcelos (2011) às lesões por queimaduras ocorrem no tecido de revestimento cutâneo de acordo com o causador da lesão. A destruição causada pelo contato do agente com a pele poderá ser total ou parcial e pode atingir não somente a camada superficial da pele que é a epiderme, pois há casos em que camadas mais profundas da pele são atingidas, chegando até atingir órgãos e ossos.

Comumente as queimaduras são classificadas em três categorias, cada uma delas representa uma gravidade diferente, são elas: as queimaduras de primeiro grau, de segundo grau e terceiro grau. Refere-se a queimaduras de 1º grau as que atingem a camada superficial (epiderme) do corpo da pessoa e apresenta edema e muita dor, entretanto apresenta somente vermelhidão na pele e não se forma bolhas. Já as de 2º grau atingem além da epiderme uma camada mais profunda do corpo (derme) é considerada meio termo entre profunda e superficial, assim ao afetar a epiderme e parte da derme forma-se bolhas podendo ser muito dolorosa a depender do tecido que foi atingido. As de 3º grau atingem camadas mais profundas podendo atingir tecido ósseo e também órgão, a depender do agente por carbonizar a pele, entretanto, apresenta nenhuma ou quase nenhuma dor (BRASIL, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2013).

As lesões por queimaduras tornam-se um motivo de saúde pública, pois ocasionam grandes impactos em todas as dimensões da pessoa, haja visto que após queimaduras não é somente a pele que é danificada ou desconfigurada, pois há impacto diretamente no psiquismo e repercute nas relações sociais da vítima de tais lesões (BRASIL, 2017; NICOLOSI *et al.*, 2013). Sabendo, portanto, que as lesões por queimaduras são um problema de saúde pública (BRASIL, 2017; NICOLOSI *et al.*, 2013) chama atenção o risco causado pela pandemia do novo coronavírus onde número de casos de internações decorrentes de queimaduras aumentou significativamente, como mostra algumas fontes jornalísticas: O Hospital de Urgência de Teresina, por exemplo, registou dois casos de queimaduras graves em decorrência do uso de álcool durante a pandemia (PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA, 2020). Já O enfoco (2022) noticiou que em junho de 2022 que o atendimento a pessoas vítimas de queimaduras aumentou 43% em relação ao ano anterior Hospital Estadual Alberto Torres.

As seções seguintes apresentam a fundamentação teórica dos impactos de lesões por queimaduras e sequelas de depressão e de TEPT. Apresentando a definição geral de depressão,



depressão em vítimas de queimaduras. Definição geral de TEPT e TEPT em vítimas de queimadura.

### 3.2. Depressão

Depressão trata-se de um transtorno mental que afeta em torno de 300 milhões de pessoas em todo o mundo e se diferencia das oscilações normais do humor. Em 2018 a Organização Mundial da Saúde (OMS) estipulou que a depressão se tornaria hoje a principal causa de incapacidades, afetando pessoas de todas as idades (OMS, 2018). Para o Ministério da Saúde, a depressão é um grave problema de saúde que acomete boa parte da população brasileira. No Brasil, 15,5% da população é acometida pela depressão, podendo ser apresentada em qualquer fase do desenvolvimento (BRASIL, 2019). A prevalência de depressão se difere no que diz respeito ao gênero. De acordo com Brasil (2019), a depressão apresenta-se em 20% das mulheres e em 12% dos homens no decorrer de suas vidas. O DATASUS (2012) correlaciona a incidência de depressão com mortes por suicídio.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, produzido pela Associação Psiquiátrica Americana – APA (2014), classifica a depressão como transtorno de humor. A depressão é um transtorno que possui subtipos e que para ser diagnosticada precisa atender critérios específicos. As subclassificações do transtorno depressivo, em alguns casos, podem estar associadas às suas causas, como o transtorno disfórico pré-menstrual, o transtorno depressivo induzido por substância/medicamento e o transtorno depressivo devido a outra condição médica, que pode estar presente em pessoas lesionadas por queimaduras.

Beck e Alford (2011) apontam a dificuldade de conceituar depressão, visto que, a terminologia é comumente usada para indicar o sentimento de tristeza ou sintoma, uma síndrome ou um transtorno propriamente dito. Além disso, os autores discorrem que não é difícil somente conceituar a depressão, como também, concluir qual sua origem, podendo ser natural de três fatores: psicogênicos, orgânicos ou da interação entre psicogênico e orgânico.

Messias (2013) diz que antes da psiquiatria moderna a depressão era vista como melancolia, e somente com Kraepelin (1856 – 1926) a terminologia melancolia foi substituída pelo atual termo depressão, que se encontra nos manuais de classificação nosológica psiquiátrica. Contextualizando dessa forma, chama-se atenção para o emprego errôneo da terminologia “depressão” ao sentimento de tristeza.

Tristeza e alegria são sentimentos experienciados pela pessoa e são formas de “reflexos” de sentimentos humanos diante de acontecimentos comuns durante a existência. Tais reflexos podem ser compreendidos como “resposta adaptativa”. Entretanto, o diagnóstico da depressão como patologia precisa levar em consideração a reunião de sinais e sintomas, com

tempo e duração excedente a uma tristeza como reação a ocorrências adversas na vida de uma pessoa, isso distingue e classifica a depressão como doença (MESSIAS, 2013).

Carvalho, Jara e Cunha (2017, p. 02) conceituam a depressão como uma perturbação do estado do humor que afeta os interesses, vontades, capacidade cognitiva e regulação dos instintos, tendo visto que a depressão, como quadro nosológico, perdura por semanas e compila diversos sintomas, dentre eles:

Sentimentos de tristeza, vazio e aborrecimento; Sensações de irritabilidade, tensão ou agitação; Sensações de aflição, preocupação, insegurança e medos, contudo, os receios tendem a ser infundados; Diminuição da energia, fadiga e lentidão; Perda de interesse e prazer nas atividades diárias; Perturbações do apetite, do sono, do desejo sexual, e variações significativas do peso (mais frequentemente no sentido da diminuição podendo contudo ocorrer aumento); Pessimismo e perda de esperança; Sentimentos de culpa, de auto desvalorização e ruína, que podem atingir uma dimensão delirante (sem fundamento real); Alterações da concentração, memória e raciocínio; Sintomas físicos não devidos a outra doença (dores de cabeça, perturbações digestivas, dor crónica, mal estar geral); Ideias de morte e tentativas de suicídio (Carvalho, Jara e Cunha (2017, p. 02-03)

Beck e Alford (2011) e Marques (2016) categorizam os sintomas depressivos em quatro subgrupos, assim apontado como os principais sintomas da depressão, são eles: emocionais, cognitivos, motivacionais, físicos e vegetativos. Cada grupo apresenta sintomatologias específicas e, no momento de escuta da queixa principal, sua identificação auxilia no diagnóstico da depressão.

Após a lesão por queimadura a depressão pode apresentar manifestações cognitivas. Beck e Alford (2011) conceituam a manifestações cognitivas como as quais a pessoa apresenta distorções em relação a si mesmo, demarcadas por baixas autoavaliações, expectativas negativas e distorções da imagem corporal. Dentre elas, destaca a distorção da imagem corporal, sendo corriqueira na depressão quando há alguma alteração da “normalidade” na aparência física da pessoa.

As queimaduras por serem um evento potencialmente traumático e que põe em risco até mesmo a vida da pessoa, deixam diversas marcas na vida de quem foi lesionada, corriqueiramente sintomas de depressão apresentam-se após a alta médica, ou seja, tardiamente

as lesões por queimaduras ocasionam sintomas depressivos (GUIMARÃES, SILVA, ARRAIS. 2012; NILSSON et al., 2019).

Nilsson et al., (2019) destaca a importância de conhecer fatores indicativos de depressão pós-lesão por queimaduras, com isso, maximizar as possibilidades de intervenção, assim, reduzir custo e facilitar as intervenções que visem diminuir ou atenuar os sintomas, isto é, o conhecimento das causas que geram sintomas depressivos pós-lesão propicia em um melhor prognóstico e intervenções prévias.

No estudo de Al-Ali e Pervaiz (2019), realizado em um centro de queimaduras em Karachi, 32% dos 94 participantes apresentaram depressão após lesões causadas por queimaduras. No entanto, os sintomas da depressão variaram: leve representando 16%, moderado 8,5% e grave 7,4%. Os dados do estudo reforçam a necessidade de conhecer os disparadores de depressão após lesão por queimaduras para que se possa pensar em ações que minimizem os impactos psicológicos das queimaduras na vida de uma pessoa.

### 3.3. Depressão em vítimas de queimaduras

Como acima mencionado a depressão é uma das consequências decorrente de lesões por queimaduras, nesta secção será destacada a correlação entre depressão e queimaduras, assim como fatores associados apresentados na literatura.

Em um estudo realizado no Teerã com 300 pacientes de ambos os gêneros entre os anos de 2010 e 2011, com idades entre 13 e 75 anos, identificou-se que 61,3% da amostra (184 pessoas) apresentaram sintomas de depressão após lesões por queimaduras, dentre elas 74 pessoas (24,7%) apresentavam sintomatologia grave de depressão (FARIDEH AHRARI et al., 2013).

O estudo transversal realizado por Bhatti (2020) no Paquistão entre os anos de 2019 e 2020 com 225 pacientes de ambos os gêneros com idades entre 18 a 80 anos que estavam entre duas e quatro semanas após o acidente, constatou que todos os participantes apresentaram sintomas de depressão. Constatou também a correlação entre grau da queimadura com sintomatologia depressiva mais grave.

Wu et al., (2020) realizou um estudo com em Taiwan, com 484 participantes, vítimas de uma explosão de pólvora, o objetivo do estudo foi investigar reações psicológicas a longo prazo em vítimas de queimaduras, o estudo aconteceu entre 2015 a 2018, e foi observado que 13,4% da amostra ainda apresentava sintomas depressivos três anos após o acidente.

Hwang e Lim (2020) realizaram um estudo na Coreia com 179 pessoas, cujo objetivo foi verificar a sintomatologia depressiva em pacientes com queimaduras graves na fase aguda<sup>1</sup> e na reabilitação<sup>2</sup> de queimaduras. O resultado do estudo evidenciou que os pacientes da fase aguda apresentaram sintomas de depressão leve pontuando o escore médio de 15,93 no Inventário de Depressão de Beck II, enquanto que os pacientes na fase de reabilitação, o escore médio foi de 20,55, caracterizando como depressão moderada no período de reabilitação.

Ali e Pervaiz (2019) realizou um estudo descritivo no Paquistão com 94 pessoas de ambos os sexos e com idades entre 18 e 60 anos. O estudo identificou que 31,9% dos participantes apresentaram depressão que se apresentou desde sua forma leve até sua forma mais grave.

---

<sup>1</sup> Fase da queimadura onde os sintomas clínicos são nítidos e evidentes.

<sup>2</sup> Fase onde os sintomas estão menos nítidos e o paciente pode estar de alta médica.

Os estudos acima citados destacam que a depressão é uma das principais consequências das lesões por queimaduras, podendo afetar pessoas em qualquer fase do desenvolvimento, como evidenciado no estudo de Farideh Ahrari et al. (2013), que identificou depressão em adolescentes. Além disso, Ali e Pervaiz (2019) e Bhatti (2020), em suas pesquisas, observaram que a gravidade da sintomatologia depressiva apresenta correlação direta com a porcentagem da área do corpo queimada. Dessa forma, ressalta-se a importância de investigar a extensão da lesão em relação à presença de sintomas depressivos.

### 3.4. Transtorno Estresse pós-traumático

De acordo com o DSM-5-TR, o Transtorno Estresse pós-traumático, O TEPT é definido como um transtorno de ansiedade que pode se desenvolver após a exposição a um evento traumático. Geralmente, esse evento é uma situação que ameaça a vida, podendo envolver graves lesões, violência sexual, entre outros. Os sintomas do TEPT podem se manifestar isoladamente ou em conjunto, de acordo com os quatro critérios propostos (APA, 2023).

O Critério A refere-se à reexperiência do trauma, incluindo flashbacks, pesadelos ou pensamentos intrusivos relacionados ao evento traumático. O Critério B envolve a esquiva, que pode se manifestar através da evitação de lembranças, sentimentos ou situações associadas ao trauma. O Critério C aborda as alterações cognitivas e de humor, que podem incluir dificuldade de concentração, alterações de humor, sentimento de culpa ou desesperança. O Critério D diz respeito ao aumento da excitação fisiológica, evidenciado por sintomas como irritabilidade, insônia, dificuldade de concentração e reações exageradas ao susto (APA, 2023).

Holmes (2006. p.55) descreve a diferença entre o estresse e um estressor. O estresse é uma resposta emocional a um estímulo estressor. Já o estressor é qualquer evento ou estímulo que provoque ou conduza o organismo ao estresse, nesse sentido, para avaliar o evento estressor deve considerar as características do mesmo.

Ainda antes de entrar no transtorno propriamente dito é interessante compreender que o estresse pode ter características positivas e negativas, visto que, os estressores são situações que implicam o organismo de fazer novas adaptações diante da sobrecarga causada pelo estímulo estressor (HOLMES, 2006. p.55).

Compreendido que o estressor é o estímulo e, o estresse e a resposta do organismo ao estímulo, Holmes (2006) afirma que o estresse tem duas dimensões, são elas: a dimensão fisiológica e a dimensão psicológica. A dimensão fisiológica está ligada às mudanças corporais como frequência cardíaca, contração da musculatura e pressão sanguínea como uma resposta neurológica diante do estressor. Já a dimensão psicológica caracteriza-se pelas emoções enfrentadas pela pessoa, exemplo a ansiedade (HOLMES, 2006. p.55).

Após conhecer a relação psicodinâmica do estresse e suas reações no organismo, fica mais fácil a compreensão do transtorno. Nem sempre o TEPT foi classificado como transtorno de relacionado a trauma e estressores, na versão do DSM-III em 1980 o mesmo era classificado

no grupo de transtornos ansiosos, somente no DSM-5 houve essa modificação e exclusão de alguns sintomas que antes era considerados importantes para o diagnóstico, mas que se percebeu não ser tão relevante na nova organização do manual (SBARDELLOTO, et al., 2011; OSÓRIO et al., 2017).

Conhecer um pouco da história do TEPT e sua evolução ao longo da história permite que torne a compreensão dos sintomas típicos do TEPT mais congruentes. Dessa forma, os estudos sobre TEPT se iniciaram por volta da década de 70 com militares veteranos da guerra, e sua primeira nomenclatura era “neurose traumática”. Mas com os avanços dos estudos e as revisões do DSM, os critérios diagnósticos foram (re)pensados e revisados, até chegarmos aos que conhecemos nos dias atuais, assim como os critérios a terminologia foi revisada, passando de neurose traumática, para transtorno de estresse pós-traumático (SBARDELLOTO, et al., 2011. OSÓRIO et al., 2017).

No que diz respeito aos critérios diagnóstico o DSM-5 (2014) descreve 20 sintomas típicos que devem ser considerados para a classificação de um caso de TEPT, e que estão relacionados às características como: revivescência do trauma, esquiva de situações iguais ou semelhantes as traumáticas, alterações negativas do humor ou cognição e excitabilidade aumentada. Para fechar um psicodiagnóstico de TEPT, devem ser investigados a duração dos sintomas no período de trinta dias e os prejuízos causados pelos sintomas mesmo na dimensão psicossocial da pessoa (LIMA, ASSUNÇÃO e BARRETO, 2015).

Mencionado os critérios diagnósticos, leva-se em consideração as principais características e, torna-se imprescindível discorrer sobre as categorias, para que seja possível compreender sobre o TEPT. A primeira característica diz respeito à revivescência. Os sintomas são caracterizados por lembrança, pensamento, sonhos (pesadelos), sempre associados à vivência traumática (SBARDELLOTO, et al., 2011).

A segunda é conhecida como esquiva, que é atrelada a uma tentativa da pessoa de se manter protegida de situações que lhe remetem o trauma. Evitando as alterações negativas do humor, que estão associadas à crença negativa de si, dos outros e/ou do mundo. O sentimento de culpa insistente de si e/ou dos outros, e, em relação ao evento, podendo apresentar emoções negativas e incontroláveis como raiva, culpa, horror e medo. Onde pode ser possível identificar excitabilidade aumentada, que tem relação intrínseca e direta associada com os sintomas relacionados à revivescência do trauma (SBARDELLOTO, et al., 2011).



O estudo realizado por Cunha e Borges (2013) buscou saber a prevalência de TEPT na população brasileira o qual afirma que 6,5% da população pode apresentar sintomas compatíveis com TEPT. Os seus resultados foram muito além de especificar a porcentagem da população que é acometida por TEPT anualmente. Possibilita conhecer as três principais categorias de eventos estressores que levam ao diagnóstico desse transtorno.

As categorias organizam eventos de forma geral que podem desencadear o TEPT. 1) eventos intencionais que são provocados pela ação do homem, como por exemplo guerras e situações de violência sexual. 2) eventos não intencionais provocado pelo homem como o caso das lesões por queimaduras e acidentes automobilístico. 3) eventos de ordem da natureza como desabamentos, terremotos e etc., independente do tipo de evento desencadeante as autoras afirmam, que cerca de 6,5% da população possa desencadear TEPT em algum momento da vida (CUNHA E BORGES, 2013).

Diante da estimativa de que o TEPT pode afetar uma parcela significativa da população e que ele pode se desenvolver após eventos não intencionais causados pelo homem, a atenção volta-se para a compreensão do TEPT em pessoas queimadas, podendo ser resultado de um acidente ou ocorrer diante de uma provocação. Zheng *et al.*, (2021), por sua vez, apresenta que na China, a prevalência de TEPT nesse público é de 42%, um número elevado que merece atenção.

### **3.5. Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de queimaduras**

Diante da necessidade de compreender os níveis de estresse pós-traumático em sobreviventes de queimaduras no contexto brasileiro, faz-se necessário buscar na literatura essa correlação. Nesta secção do projeto, serão apresentados alguns estudos que em diversos contextos evidenciam a presença de sintomas de TEPT em pessoas que sobreviveram a lesões por queimaduras.

O estudo realizado por Bano e Naz (2020) realizado entre os anos de 2017 e 2018 no Paquistão evidenciou que mulheres que realizam atividades doméstica estão mais propensas a sofrerem lesão por queimaduras, em relação aos homens e outras mulheres que não são expostas aos agentes de risco relacionados a atividades domésticas. O estudo foi realizado com mulheres que sofreram lesão por queimadura de forma acidental e, que passaram por um período de recuperação entre 06 e 24 meses, onde percebeu que 38,1% das 200 mulheres entre 15-25 anos participantes do estudo apresentaram TEPT após a lesão. Um outro ponto relevante apresentado no estudo é que o TEPT pode desencadear problemas cognitivos, exemplo da função executiva.

Em outro cenário, o estudo realizado por Charsil, Narkpongkhun, e Chailangkarn (2020) verificou com método longitudinal 56 crianças que vivenciaram o incêndio em uma escola, os participantes eram alunos do 1º ao 6º ano na escola. O Estudo verificou os sintomas de TEPT nas crianças após 1, 6 e 12 meses após o incidente. Foi verificado que após um mês do incidente dos 56 participantes do estudo 10,7% apresentaram TEPT, quando novamente verificados entre 06 e 12 meses a taxa de TEPT aumentou de 10,7% para 12,5% dos 56 participantes. O estudo, portanto, não apresenta com clareza as especificidades e características clínicas das queimaduras nas crianças (apresenta dados somente que 17 crianças morreram em decorrência do incêndio), entrando, evidencia que a vivência de um incêndio é suficiente para desencadear TEPT.

Zheng et al. (2021) realizou um estudo na China entre os anos de 2016 e 2017 com familiares e sobreviventes de lesões por queimaduras, onde tinham no total 131 pacientes e 194 familiares com idade média entre 45 e 55 anos, o qual evidenciou que 42,0% (das 131 vítimas) e 51,0% (194 familiares) dos parentes das vítimas pontuaram os critérios diagnósticos mínimos para TEPT. O estudo também ressalta que fatores como situação socioeconômica, extensão da lesão causada por queimadura no corpo e o tempo de internação, são fatores que podem ser

precipitantes de TEPT. Ou seja, o estudo aponta a necessidade de atenção tanto para as pessoas vítimas de lesão, quanto para os familiares, pois ambas estão vulneráveis a TEPT.

Lee et al. (2019) fez um levantamento longitudinal das taxas de solicitação e aprovação seguro de saúde em decorrência de acidentes de trabalho na Coreia entre os anos de 2005 e 2014, das solicitações feitas ao seguro e ao ministério do trabalho do país 3.588 (contendo homens e mulheres, na faixa de 40-49 anos) foram em decorrência de lesões por queimaduras. O estudo verificou que as taxas de aprovação do seguro de saúde por TEPT em decorrência de lesão por queimadura foi 52,7% dos casos analisados nos 10 anos do estudo. Caracterizando o TEPT como o transtorno psiquiátrico mais comum após acidentes de trabalho ocasionado por queimaduras, seguido por transtorno depressivo não especificado e transtorno depressivo maior grave.

Yrondi et al. (2019) realizou estudo com 70 pacientes queimados, que tinham idade entre 18 e 50 anos e que tiveram cerca de 10% a 30% da área do corpo lesionada por queimadura no Paquistão no ano de 2015. O estudo revelou que independente do agente etiológico da queimadura, o TEPT torna-se uma das sequelas psicológicas de lesões por queimadura. Outros dois pontos que o estudo destaca e que potencializa ou agrava os sintomas do TEPT são: os baixos níveis de coping e resiliência, além de ser do gênero feminino em comparação aos participantes do estudo identificados com o gênero masculino.

Um outro estudo realizado no Paquistão, foi o estudo de Waqas et al (2018) realizado na província de Punjab no ano de 2016, analisou 343 participantes que estavam hospitalizados e esperando para realizar cirurgia reconstrutiva. Dos 343 participantes, 237 apresentaram sintomas compatíveis com TEPT, ou seja, 69,1% da amostra desenvolveu TEPT após a queimadura. O estudo também detectou que alguns fatores de risco para a incidência de TEPT, dentre eles a baixa escolaridade, fatores socioeconômicos, extensão da área corpórea lesionada e gênero estiveram associados aos altos níveis da sintomatologia de TEPT

Ashfaq et al. (2018) realizou um estudo transversal em Lahore, Paquistão no ano de 2015 em que participaram 80 pacientes lesionados por queimaduras. O objetivo do estudo visou correlacionar as melhoras no quadro sintomático de TEPT pós-queimadura com suporte social percebido. 63,7% da amostra foi diagnosticada com TEPT, entre os 63,7% participantes do estudo que foram diagnosticados com TEPT, a maior parte da amostra relatou não ter suporte social, portanto, considerando a ausência ou baixo suporte social como um fator potencializador dos sintomas de TEPT. Os dados encontrados no estudo de Ashfaq et al. (2018)

corroboram com os dados Waqas et al (2018) no que diz respeito ao baixo suporte social associado com níveis baixos de resiliência e coping podem agravar os sintomas de TEPT. Ao contrário, o suporte social torna-se um fator protetivo para o TEPT que é tão comum em sobreviventes de queimaduras.

Os estudos apresentados nessa secção possibilitam várias reflexões, levando a pensar em alguns fatores que potencializam os fatores risco de desenvolver TEPT após lesões por queimaduras. Dentre eles ser do gênero feminino (BANO, NAZ 2020; ZHENG et al., 2021; LEE et al., 2019; e WAQAS et al., 2018). Um outro ponto que chama atenção descrito por Charsil, Narkpongkhun, e Chailangkarn (2020) e que corrobora com a natureza etiológica do TEPT é vivência de uma situação geradora de estresse, o que supostamente é vivenciado pelo familiar de uma pessoa que sofreu lesão por queimadura Zheng et al. (2021).

O tempo de internação, extensão corpórea da lesão são consequências decorrentes de lesões por queimaduras, fazem com que o TETP tenha níveis mais elevando associados a queimaduras (YRONDI et al., 2020; ZHENG et al., 2021), quando acrescidos aos baixos níveis socioeconômicos, baixa escolarização, resiliência e suporte social, podem ser ainda mais preocupante para o desenvolvimento de TETP para os sobreviventes de queimaduras (BANO, NAZ 2020; ZHENG et al., 2021; LEE et al., 2019; WAQAS et al., 2018 e ASHFAQ et al., 2018).

## **4. MATERIAIS E MÉTODOS DA DISSERTAÇÃO**

### **4.1. Estrutura da dissertação**

Esta dissertação está dividida em dois artigos. No primeiro artigo, está descrita uma revisão sistemática da literatura sobre os instrumentos mais frequentes utilizados para verificar sequelas psicológicas de queimadura, em específico depressão e TEPT. O Segundo é um estudo de casos múltiplos utilizando o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) para verificar sintomas de depressão em vítimas de queimaduras.

Os procedimentos e processos estão descritos detalhadamente nos respectivos capítulos. Neste capítulo será fornecido um panorama geral dos métodos traçados e os resultados obtidos.

### **4.2. Descrição do método de pesquisa**

Artigo 1: É uma revisão da literatura dos últimos 10 anos, sobre os instrumentos que frequentemente são utilizados para verificar sintomas de TEPT e depressão em vítimas de queimadura. Coletou também dados sociodemográficos e clínicos dos estudos.

Artigo 2: É uma pesquisa de casos múltiplos de vítimas de queimaduras, com finalidade descritiva, visando coletar os dados sobre sintomas depressivos em vítimas de queimaduras de um grupo de pessoas hospitalizadas no Rio de Janeiro. O meio de acesso aos participantes se deu após o consentimento do Centro de Tratamento de Queimados e aplicou o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), os dados foram coletados em dezembro de 2023.

### **4.3. Dados da amostra**

Artigo 1: Foram analisados 12 artigos publicados no PUBMED/MEDLINE, os quais atenderam os critérios de inclusão do estudo. Os resultados mostraram que os instrumentos frequentemente utilizados para depressão foram *Beck Depression Inventory II* (BDI - II) e para TEPT foram as versões do *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL).

Artigo 2: Após convite do estudo nas enfermarias, foram elegíveis os pacientes com idade acima de 18 anos, vítimas de queimaduras por diversas fontes causadoras, todos de nacionalidade brasileira e que concordaram em participar de forma voluntária da pesquisa. Ao final do estudo participaram seis dos oito pacientes lá hospitalizados (um era uma criança menor de 18 anos e o outro estava entubado e sedado devido a gravidade da queimadura). A

idade dos participantes foi em média de 42,0 anos, 50% do gênero feminino e 50% do gênero masculino. Quanto às variáveis relacionadas às queimaduras 33,3% da amostra (n=2) foram vítimas de chama direta e tiveram entre 8% e 25% do corpo queimado.

#### **4.4. Procedimentos**

Artigo 1: Inicialmente foi feita a revisão sistemática da literatura para levantar os dados sobre as psicopatologias mais comuns em vítimas de queimaduras e os instrumentos utilizados para verificá-las. Buscando na base de dados PUBMED/MEDLINE. A escolha por essa base de dados deu-se por se tratar de um plataforma com artigos atuais da área da saúde. Foram analisados os dados relacionados aos instrumentos utilizados nos estudos, e características da amostra.

Artigo 2: Após realização da revisão sistemática (Artigo 1), identificando os instrumentos que frequentemente são utilizados, e com base nessas informações selecionou os instrumentos *Patient Health Questionary - 9 (PHQ-9)* por ser um instrumento breve e já validado para verificar sintomas depressivos com base nos critérios do DSM-5,ce um Questionário sociodemográfico e clínico, além disso, ser gratuito, diferente do *Beck Depression Inventory II (BDI - II)* que é teste psicológico no Brasil, não gratuito.

Após a aprovação do projeto no pelo comitê de ética e pesquisa, iniciou-se a coleta de dados. Os instrumentos foram aplicados em uma amostra de 6 pessoas de ambos os sexos. A participação teve caráter voluntário, com anuência mediante a termo de consentimento e livre esclarecimento de todos os participantes. Foi disponibilizado e-mail caso os participantes desejassem mais esclarecimentos. A descrição detalhada dos procedimentos e resultados encontra-se nos artigos a seguir.

#### **4.5. Instrumentos**

Artigo 1: Foram utilizados artigos científicos disponíveis na plataforma do PUBMED/MEDLINE.

Artigo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). construído com informações relevantes aos participantes da pesquisa, de forma a esclarecê-las e assegurar-lhes

uma participação sigilosa e segura, bem como voluntária. Foi destacado também a possibilidade de desistência da pesquisa a qualquer momento, sem acarretar nenhum prejuízo (ANEXO 1).

O Questionário de Informações Pessoais e Clínicas será utilizado para coletar dados sobre idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, além de informações sobre o tempo, o local, extensão e a gravidade da queimadura.

O *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) é um é uma escala de triagem de sintomas de depressão, balizado de acordo com os critérios de sintomas de depressão maior, que além de rastrear a sintomatologia depressiva, possibilita também o acompanhamento e inferência da intensidade dos sintomas depressivos do paciente, é uma escala composta por 9 sintomas e que produz uma pontuação que varia de 0 pontos (menor pontuação) a 27 pontos (pontuação máxima).

#### **4.6. Explicação sobre os artigos**

Esta dissertação em formato de artigos buscou responder os objetivos da pesquisa de forma sistematizada, e o resultado foi em formato de artigo publicável em revistas científicas.

**Artigo 1:** Uma Revisão dos Instrumentos utilizados para Avaliação de Depressão e Estresse Pós Traumático em Vítimas de Queimaduras

**Artigo 2:** Estudo de casos múltiplos utilizando o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) em vítimas de queimaduras.

## **5. ARTIGOS**

### **5.1. Artigo 1: Uma Revisão dos Instrumentos utilizados para Avaliação de Depressão e Estresse Pós Traumático em Vítimas de Queimaduras**



## Uma Revisão dos Instrumentos utilizados para Avaliação de Depressão e Estresse Pós Traumático em Vítimas de Queimaduras

### Resumo:

**Introdução:** A avaliação de sequelas psicológicas em pessoas queimadas aflora a questão de que uma lesão por queimadura pode desencadear sintomas psicopatológicos, e que a identificação destes, possibilita melhorar o prognóstico. **Objetivos:** O presente trabalho tem como objetivo revisar sistematicamente a literatura acerca de publicações que verificaram Depressão e Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT), extraindo desses estudos quais instrumentos têm sido utilizados para verificar estes sintomas em vítimas de queimaduras. **Método:** É um estudo de revisão sistemática da literatura. **Resultados:** Foram analisados doze artigos indexados na base de dados PUBMED/MEDLINE. A amostra dos estudos fora na grande maioria com adultos. Os instrumentos que apareceram com maior frequência para depressão foram o *Beck Depression Inventory II* (BDI - II) e para TEPT foram as versões do *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL). **Discussão:** Percebeu nos estudos revisados que de um modo geral as escalas têm sido os instrumentos mais eficazes para verificação de sequelas psicológicas de queimaduras, todos os estudos utilizaram escalas para verificação de sintomas de depressão e TEPT, o que é compreensível por serem recursos de fácil aplicação e também de fácil análise e interpretação. **Conclusão:** O estudo fornece contribuições para os profissionais de saúde que atuam com vítimas de queimaduras sobre quais instrumentos podem complementar seus trabalhos, a fim de fornecer o melhor tratamento para essas pessoas, como também contribui para pesquisas futuras na validação de algum desses instrumentos para a amostra brasileira.

**Palavras-chave:** Avaliação, Transtornos de Estresse Pós-traumáticos, Depressão e Queimaduras

### Abstract:

**Introduction:** The evaluation of psychological sequelae in burn survivors raises the question of whether a burn injury can trigger psychopathological symptoms and whether the identification of these symptoms can improve prognosis. **Objectives:** This study aims to systematically review the literature on publications investigating Depression and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), extracting information on the instruments utilized to assess these symptoms in burn victims. **Method:** It is a systematic literature review. **Results:** Twelve articles indexed in the PUBMED/MEDLINE database were analyzed. The majority of the studies focused on adults. The instruments that appeared most frequently for depression were the Beck Depression Inventory II (BDI-II), and for PTSD, the versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL). **Discussion:** The reviewed studies revealed that, in general, scales have been the most effective tools for assessing psychological sequelae of burns. All studies utilized scales to assess symptoms of depression and PTSD, which is understandable due to their ease of application and straightforward analysis and interpretation. **Conclusion:** This study provides insights for healthcare professionals working with burn victims on which instruments can complement their work, aiming to provide the best treatment for these individuals. It also contributes to future research by validating some of these instruments for the Brazilian population.

**Keywords:** Assessment, Post-Traumatic Stress Disorders, Depression, and Burns

## **Introdução:**

A avaliação de sequelas psicológicas em pessoas queimadas aflora a questão de que uma lesão por queimadura pode desencadear sintomas psicopatológicos, e que a identificação destes, possibilita melhorar o prognóstico, o que poderá minimizar o sofrimento emocional e, contribuir para uma melhor qualidade de vida dessas pessoas (Laporte e Leonardi, 2010).

As queimaduras são lesões no tecido cutâneo decorrente do contato direto ou indireto com diferentes agentes, dentre eles os mais comuns são agentes químicos, elétricos, térmicos, entre outros, esse tipo de lesão submete uma série de consequências que o atravessam em todas as suas dimensões (Medeiros, Kristensen e Almeida, 2009; Marques, Araujo Neto, 2023).

Marshall *et al.* (2020) apresenta as queimaduras como grave problema de saúde pública, em países em desenvolvimento, pois as lesões por queimaduras são uma das principais causas de morbidade e mortalidade que anualmente levam cerca de 180.000 pessoas a óbito segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Quando não letais, as lesões queimadas ocasionam nas vítimas consequências físicas, como dor, formigamento, tempo de hospitalização prolongado, procedimentos cirúrgicos e reabilitação na maioria dos casos. Entretanto, as consequências das queimaduras não são somente físicas, causam também sequelas psicológicas como medo, ansiedade, sintomas psicóticos, alteração da percepção corporal, sintomas depressivos e estresse pós-traumático são comuns em sobreviventes de queimaduras (Medeiros, Kristensen e Almeida, 2009; Laporte e Leonardi, 2010; Marques e Araujo Neto, 2023).

Em um estudo de revisão desenvolvido por Stocky *et al.*, (2022) afirma que a depressão e estresse pós-traumático são comorbidades psiquiátricas comuns após lesões por queimaduras. o estudo estima que entre 9% a 45% dos sobreviventes apresentam sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e 34% relatam sintomas de Depressão no ano seguinte a lesão. Essas e outras comorbidades psiquiátricas podem ser retroalimentadas em decorrências das comorbidade físicas, exemplo de dor, mudanças na aparência, entre outras.

Diante disso, a fim de potencializar os cuidados a sobreviventes de queimaduras, faz-se importante identificar os estudos que avaliam depressão e TEPT simultaneamente já que Stocky *et al.*, (2022) os cita como sequelas psicológicas mais comuns nesse público. Além disso, identificar também com quais recursos estão sendo realizadas as identificações da depressão e TEPT nessas pessoas.

**Objetivo:**

O presente trabalho tem como objetivo revisar sistematicamente a literatura acerca de publicações que verificaram Depressão e Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT), extraindo desses estudos quais instrumentos têm sido utilizados para verificar estes sintomas em vítimas de queimaduras.

**Método:**

Esse estudo utilizou o método de revisão sistemática, característica por ser uma abordagem ampla dentre os modos de fazer revisão, assim, possibilita o entendimento do objeto investigado (Souza, Silva e Carvalho, 2010).

O presente trabalho baseou-se no modelo processo de revisão proposto por Ganong (1987), o qual estabelece cinco passos mínimos para uma revisão, são eles: 1. Selecionar a pergunta ou tema a ser investigado, 2. estabelecer os critérios de inclusão e exclusão, 3. definição das informações a serem extraídas de cada estudo, 4. avaliação dos estudos, 5. interpretação dos resultados a redação final e apresentação da revisão.

Enquadrando os cinco passos nesse estudo: 1. Identificou a necessidade de levantar os estudos em pessoas que avaliaram Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT) e Depressão em seus participantes e qual foi o instrumento para avaliar tais constructos. Formulando a seguinte pergunta: Quais instrumentos que estão sendo utilizados para avaliar TEPT e Depressão em pessoas queimadas e quais são as características desses instrumentos?

2. Critérios de inclusão e exclusão: Artigos disponíveis na base de dados PUBMED/MEDLINE, selecionar artigos somente dessa plataforma foi um critério de inclusão, por se tratar de uma plataforma com estudos atuais da área da saúde. Utilizou os seguintes descritores “Assessment”, “Post-traumatic Stress Disorder”, “Depression” e “Burns” combinados pelo conector booleano “and”, e pesquisados no campo de descritor do assunto os artigos que tivessem a presença desses quatro descritores.

Incluíram-se neste estudo artigos, publicados nos últimos dez anos (2013-2023), que apresentaram no resumo fatores relacionados à instrumentos utilizados para verificar depressão e TEPT em vítimas de queimaduras. Foram excluídos deste estudo: artigos que não fossem sobre a população alvo (vítimas de diretas queimaduras), artigos de revisão, e artigos que não estivessem completos e disponíveis.

3. Informações extraídas dos estudos: Total da amostra, Característica sociodemográfica (País onde foi realizado, Gênero, Escolaridade), e instrumentos utilizados para avaliar depressão e TEPT.

### **Resultados:**

Foi encontrado um total de 88 artigos indexados no PUBMED/MEDLINE na busca inicial. Após aplicar o filtro de ano da publicação (2013-2023) o total de estudos caiu para 56 publicações. Destes, identificou-se que três eram revisões sistemáticas, sobrando para análise 53 publicações. Após uma triagem minuciosa, excluindo artigos que verificavam somente depressão ou somente TEPT, artigos que não abordavam o público-alvo (vítimas diretas queimados) e artigos que não estivessem completos, classificou o total de 12 artigos que enquadraram-se nos critérios de inclusão deste estudo.

O resultado dos dados extraídos dos artigos são apresentados a seguir em quadros:

O quadro 1 apresenta a distribuição dos estudos por Id do estudo, autor e ano, jornal de publicação, (Nº) total de participantes do estudo, gênero dos participantes, escolaridade dos participantes e instrumentos utilizados para verificar Depressão e Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

### **QUADRO 1**

A distribuição do ano de publicação dos artigos 8,33% (n=1) foi publicado em 2015, 33,33% (n=4) em 2016, 8,33% (n=1) em 2017, 25% (n=3) em 2018, 16,67 (n=2) em 2019, e 8,33% (n=1) em 2021. Já em relação a frequência do País o qual foi realizado o estudo, o país que apresentou a maior frequência foi a Austrália 25% (n=3), Estados Unidos da América (EUA) com 16,67% (n=2), China, Coréia, Espanha, França, Inglaterra. Reino Unido e Não Especificado foram 8,33% (n=1) de frequência.

Em relação ao jornal de publicação, 33,33% (n=4) foram publicados no *Burns: journal of the International Society for Burn Injuries*, 25% (n=3) no *Journal of burn care & research: official publication of the American Burn Association*, *Journal of Psychosomatic Research*, *The American surgeon*, *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, *Clinical psychopharmacology and neuroscience: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology* e *BMJ open*, tiveram um total de 8,33% (n=1) de frequência.

Os tamanhos da amostra foram bem diversificados, os estudos tiveram amostras que variaram de 9 participantes a 230 participantes. Em relação ao gênero dos participantes, todos foram com pessoas dos gêneros masculino e feminino. Em relação à escolaridade dos participantes, 75% (n=9) não especificou, e 25% (n=3) tinham participantes com nível de escolaridade N.A (não alfabetizados) até Sup. (Nível superior).

No total 14 instrumentos foram utilizados para avaliar os sintomas depressivos (dois estudos utilizaram mais de um instrumento para verificar depressão), dentre eles o instrumento que apresentou maior frequência entre os utilizados para avaliar depressão foi o *Beck Depression Inventory II* (BDI - II) utilizado em 42,83% (n=6) dos estudos. Seguindo do *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) com 21,41% (n=3) e em terceiro lugar foi *Hamilton Depression Scale* (HAMD) com 14,14% (n=2), o *Children's Depression Inventory* (CDI), *Depression Scale* (DASS-D) e *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) tiveram a frequência de 7,11% (n=1).

Para avaliar Transtorno do Estresse Pós-Traumático, foram também foram utilizados 15 instrumentos (três estudos utilizaram mais de um instrumento para verificar TEPT), 33,33% (n=5) foram a frequência de alguma das versões do *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL), seguidos pela versões do *Impact of Events Scale* (IES-R) com 13,33% (n=2), e em terceiro lugar a *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS) 13,33% (n=2), *Missouri Assessment of Genetics Interview for Children* (MAGIC), *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI), *Primary Care PTSD Screen* (PC-PTSD-5), *Davidson Trauma Scale* (DTS), *Trauma Screening Questionnaire* (TSQ) e *The Posttraumatic Diagnostic Scale* (PDS) tiveram a frequência de 6,67% (n=1) cada um deles.

Identificados os instrumentos utilizados nos últimos dez anos para avaliar sintomas de depressão e transtorno de estresse pós-traumático, faz-se necessário discutir sobre as características desses instrumentos, a fim de apresentar sua estrutura e como os autores e qual critério os autores dos estudos utilizaram para interpretar os resultados dos escores com vítimas de queimaduras.

## **Resultados e Discussão:**

Características dos instrumentos utilizados para verificar depressão e transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de queimaduras

Instrumentos para depressão

A *Beck Depression Inventory II* (BDI II) foi a escala de depressão que apareceu com maior frequência nos artigos revisados neste estudo (Yroni et al. (2019); Rosenberg et al., (2018); Cukor et al., (2015); Fidel-Kinori et al., (2016); Watson et al., (2018) e Cockerham, Çili, Stopa (2016). Ela é uma escala composta por 21 itens que avaliam severidade da sintomatologia depressiva no formato likert onde a pontuação varia de 0 a 3, podendo ter a pontuação total de 63 pontos. A interpretação é com base na pontuação total do instrumento, escores de 0-13 pontos indica o mínimo ou sem depressão, 14-19 depressão leve, 20-28 depressão moderada e 29-63 indica depressão grave.

O Inventário de Beck foi desenvolvido por Beck e colaboradores na década de 60, e passou por diversas revisões para se adaptar aos critérios do DSM vigente. O instrumento ganhou notoriedade em nível mundial sendo adaptado para diversas línguas. No Brasil o instrumento é amplamente utilizado por clínicos e por pesquisadores, a validação foi realizada por Cunha (2001) e hoje é um teste psicológico favorável para utilização nos mais variados contextos (Paranhos, Argimon, Lima e Werlang (2010); Anunciação, Caregnato e Silva (2019)).

O *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) foi o segundo instrumentos com maior frequência utilizado para verificar sintomas depressivos (Fassel et al., 2019; Druery et al., 2017; Watson et al., 2018), o PHQ-9, é uma escala composta por 9 itens com possibilidade de resposta de 0-3, o qual cada item pode ser respondido com 0=nenhuma vez a 3=quase todos os dias, em relação aos sintomas depressivos. O instrumento verifica sintomas de Transtorno Depressivo Maior (TDM), com base nos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5. A pontuação total do PHQ-9 varia de 0 a 27 pontos e a correção é através do escore bruto obtido na escala. Onde 0 =nenhum sintoma, 01-05 pontos representam depressão leve, 06-10 - moderado, 11-15 moderadamente grave e, acima de 16-20 - depressão grave, a versão Brasileira foi validada por Santos et al., (2013).

A *Hamilton Depression Scale* (HAMD) foi o terceiro instrumento utilizado com maior frequência para verificar sintomas de depressão em vítimas de queimaduras (Jiang et al. 2018; Hong et al., 2016) o instrumento é composto por 17 itens, com pontuação que varia de 1 a 5, podendo totalizar 85 pontos. A interpretação dos resultados é por meio do escore total obtido no instrumento, onde 1-6 é considerado sem depressão, 7-17 depressão leve, 18-24 moderadamente deprimido, acima de 25 gravemente deprimido. A *Hamilton Depression Scale*

é uma Escala amplamente utilizada em todo o mundo, no Brasil os estudos psicométricos foram conduzidos por Freire *et al.*, (2014).

Os demais estudos, utilizaram instrumentos variados para verificação da depressão que se apresentam somente uma vez, segue a descrição de cada instrumento por estudo:

O artigo de Rosenberg *et al.*, (2018) com crianças utilizou dois instrumentos, um deles foi o BDI-II e o *Children's Depression Inventory* (CDI). O CDI é caracterizado por ser uma medida de autorrelato composta por 27 itens e que avalia depressão no público entre 7-17 anos. A interpretação dos resultados é através da conversão da pontuação bruta para o *escore t*, onde pontuações mais altas sugerem maior sintomatologia depressiva.

*Depression Scale* (DASS-D) utilizada por Martin, Rea e Wood (2021) é uma de três subescala do instrumento *The Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS) que no total tem 21 itens. O estudo não apresenta mais detalhes sobre o instrumento utilizado, mas apresenta a justificativa de que o instrumento é amplamente utilizado e que é de fácil administração. No estudo de adaptação e validação do instrumento com adolescentes brasileiros, Patias *et al.*, (2016) descreve que é uma medida de mapeamento dos sintomas depressivos, que inicialmente foi construída e validada para adultos. Inicialmente tinha 42 itens, mas há uma edição revisada com 21 itens, no formato likert podendo ser respondida de 0-3, onde 0 (não se aplica a mim) e 3 (aplica-se muito a mim, ou a maior parte do tempo). Interpretação do instrumento se dá pelo escore total, quanto maior o escore maior a gravidade dos sintomas.

Por fim, a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) foi utilizada no estudo de Pfitzer *et al.*, (2016). A HADS é um instrumento com duas subescalas, configurado com 14 itens, é utilizada para triar sintomas de ansiedade e depressão. É um instrumento de autorrelato, com 7 itens para ansiedade (HADS-A) e 7 para depressão (HADS-D) a pontuação para cada item varia de 0-3 pontos, podendo cada subescala obter o máximo de 21 pontos. A interpretação dos resultados é quanto maior a pontuação obtida em cada subescala maior a gravidade dos sintomas. No Brasil este é um instrumento amplamente utilizado em diversos contextos e sua adaptação para o Brasil foi realizada por Botega, Bio, Zomignani, Garcia Júnior, Pereira em 1995, Faro (2015).

### **Instrumentos para TEPT**

Entre os instrumentos mais utilizados para verificar o Transtorno de Estresse Pós-Traumático o mais utilizado foi o *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist* (PCL) em suas variadas versões. Yroni et al., (2019) utilizou a versão “específica” *PTSD Checklist-Specific* (PCL-S), Jiang et al., (2018), Druery et al., (2017) e Pfitzer et al., (2016) utilizaram a versão para “civis” O *PTSD checklist* (PCL-Civilian), e Cukor et al., (2015) *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL) mas não especifica a versão utilizada. No Brasil, foi Osório et al., (2017) que realizaram o estudo de adaptação da versão brasileira mais recente, afirmando que existem três versões do instrumento, além da versão civil, militar e específica.

Corroborando com Osório et al., (2017), Furquim (2022) descreve que ambos os instrumentos de autorrelato, compostos por 17 itens cada, que verificam sintomatologia de TEPT com base nos critérios diagnósticos do DSM-III. Furquim (2022) afirma que a diferença entre elas é apenas na forma como se apresentam o ao evento desencadeador de estresse, a versão militar refere a experiência militar estressante, a civil a experiências estressantes do passado no geral e a versão específica, uma experiência específica, pedindo ao paciente para se recordar. A atual versão do instrumento reformulada, foi denominada como PCL-5, composta por 20 itens e baseia-se na verificação de TEPT com base nos critérios do DSM-5.

O *PTSD Checklist-Specific* (PCL-S) que também é uma escala de autorrelato do tipo Likert de 5 pontos, composta por 17 itens de cinco pontos com pontuação total variando de 17 a 85 pontos, Yroni et al., (2019), assumiu no seu estudo o ponto de corte de 45 para indicar o TEPT.

O *PTSD checklist* (PCL-C) utilizado nos estudos de Jiang et al., (2018), Druery et al., (2017) e Pfitzer et al., (2016) é uma versão do instrumento usada para civis, sendo uma medida de autorrelato, composta por 17 itens que verificam sintomas de depressão baseados nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), o utilizado no estudo foi a versão IV-TR (APA, 2000). O instrumento é composto por 17 itens, cada item pode ser pontuado de 1 a 5, onde 1= nada e 5= muito. O estudo adotou interpretação do instrumento pelo escore total, colocando o ponto de corte para TEPT de 50 pontos. Já Cukor et al., (2015) Assumiu uma pontuação de corte de 38 pontos para TEPT.

O Estudo de Fidel-Kinori et al., (2016) e Cockerham, Çili, Stopa (2016) utilizaram dois instrumentos para verificar sintomas de TEPT, Fidel-Kinori et al., (2016) usaram Davidson Trauma Scale (DTS) e Cockerham, Çili, Stopa (2016) The Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS). Entre eles o instrumento semelhante utilizado foi o *Impact of Events Scale*, (IES-R) que



é composta por 22 itens e com respostas de 1 a 4 do tipo likert, o interpreta que quanto maior a pontuação maior o nível de TEPT. Esse instrumento é uma revisão criada originalmente por Horowitz, Wilner, Alvarez (1979), com o intuito de verificar a sintomatologia pós-traumática. A versão brasileira foi adaptada por Caiuby *et al.*, (2012)

*Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS - Hong *et al.*, 2016) o estudo não apresenta detalhes sobre o instrumento, sobre a correção e sobre a interpretação dos resultados obtidos. O Estudo de Raab *et al.*, (2015) também utilizou entre os instrumentos de verificação de TEPT o CAPS, o qual o descreve como uma entrevista estruturada, que é aplicada pelo médico e visa estabelecer um diagnóstico com base nos critérios do DSM-IV. O estudo não apresenta quantos itens tem no instrumento, mas apresenta o critério de pontuação, o qual “1/2” foi a regra utilizada para os sintomas no último mês. Vale destacar que nos estudos esse instrumento é utilizado sempre com um outro para avaliar TEPT.

O *Missouri Assessment of Genetics Interview for Children* (MAGIC) é um compêndio de entrevistas clínicas para crianças que dentre elas tem uma seção que avalia TEPT com base nos critérios diagnósticos do DSM, no caso deste ab versão utilizada foi a do DSM-IV. O instrumento tem duas versões: O MAGIC- C composto por 17 itens desenvolvido para crianças de 06-12 anos e o MAGIC-A que possui 17 itens e foi desenvolvido para adolescentes entre 13 e 17 anos. O estudo não apresentou os critérios para interpretação utilizados (Rosenberg *et al.*, 2018).

*Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI) utilizado no estudo de Martin, Rea e Wood (2021) é um inventário de medida de TEPT composto por 21 itens. Assim como descrito no instrumento de depressão, o estudo não apresentou mais detalhes sobre o instrumento e a interpretação dos resultados para verificação de TEPT em queimados, entretanto, apresenta que o PTGI é um instrumento de medida bastante utilizado para traumas inclusive em traumas por queimaduras, pois tem como principal característica investigar o crescimento pós trauma.

O *Primary Care PTSD Screen* (PC-PTSD-5) é um instrumento de medida de cinco itens que podem ser respondidos com sim ou não, o instrumento verifica sintomas de TEPT com base nos critérios diagnósticos do DSM-5. O estudo adotou um ponto de corte de 3 para possibilidade de TEPT Fassel *et al.*, (2019).

O estudo de Fidel-Kinori *et al.*, (2016) utilizou dois instrumentos para verificar respostas ao estresse. Para verificar o TEPT após 30, 90 e 180 dias o Instrumento utilizado foi

e *Davidson Trauma Scale*, (DTS) que é um questionário de autorrelato do tipo likert de cinco pontos e 17 itens, o estudo não apresentou os pontos de corte para classificação de TEPT. Já o estudo de Watson et al., (2018) utilizou o *Trauma Screening Questionnaire* (TSQ) para verificar TEPT o qual é configurado por 10 itens que podem ser respondidos sim ou não, cada item, respondido sim é equivalente 1 ponto. Pontuações totais de 6 pontos ou mais são classificadas como TEPT.

Karaçetin et al., (2014) utilizou dois instrumentos para verificação de TEPT, um deles o *Impact of Events Scale*, (IES-R) já descrito acima, e o outro, o *Posttraumatic Diagnostic Scale* (PDS), que é uma escala de 49 itens, podendo ser respondida de 0-3 onde 0= “nunca” e 3= “quase sempre ou mais que 5 vezes por semana” a pessoa foi incomodada pelo sintoma de TEPT no período do último mês. O estudo não apresenta o ponto de corte utilizado para classificar o TEPT.

A partir dessa revisão, foi identificado que nenhum dos estudos com sobreviventes de queimaduras e sequelas psicológicas era estudo nacional e nem mesmo da América do Sul. Estes são dados alarmantes visto que, no Brasil, cerca de um milhão de pessoas por ano são vítimas de queimaduras, o que pode levar a até duas mil e quinhentas pessoas a óbito (Brasil, 2017). Entretanto, para além dos óbitos é necessário entender como melhor tratar e cuidar das consequências psicológicas deste tipo de evento traumático.

Outro ponto que chama atenção é a baixa produção de estudos com crianças dos doze estudos analisados, somente dois eram com crianças, 80% de um milhão de casos de queimaduras no Brasil é com crianças, a incidência de queimaduras com crianças é correlacionada diretamente com acidentes domésticos (Barros et al., 2019), por isso tornam-se um grupo de risco a lesões por queimaduras.

Identificou nos estudos revisados que de um modo geral as escalas têm sido os instrumentos mais eficazes para verificação de sequelas psicológicas de queimaduras, todos os estudos utilizaram escalas para verificação de sintomas de depressão e TEPT, o que é compreensível por serem recursos de fácil aplicação e de fácil análise e interpretação Gorenstein, Wang e Hungerbühler (2016).

A BDI utilizada nos estudos Yroni et al., (2019); Rosenberg et al., (2018); Cukor et al., (2015); Fidel-Kinori et al., (2016); Watson et al., (2018) e Cockerham, Çili, Stopa (2016), é um instrumento que apresenta alta qualidade na investigação de depressão. Os estudos de

confiabilidade com amostra brasileira usando o instrumento, o qual resultou em 0,93 de confiabilidade para universitários e de 0,92 para pacientes psiquiátricos, o que significa que o instrumento possui alta confiabilidade. Da mesma forma o PCL que tem confiabilidade entre 0,92 e 0,97, resultado diferentes públicos Gorenstein, Wang e Hungerbühler (2016).

A revisão do como estão sendo feitas as avaliações de saúde mental em vítimas queimaduras apresenta inúmeras possibilidades futuras, apresenta escalas que podem ser validadas com vítimas de queimaduras e apresenta algumas das lacunas na literatura brasileira sobre as sequelas psicológicas nesse público.

### **Conclusão**

Este estudo evidencia que as *Beck Depression Inventory II* (BDI II) e *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) foram os instrumentos mais utilizados para verificação de depressão em vítimas de queimaduras, assim como as versões *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Specific* e *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian* foram os instrumentos que mais se destacaram na avaliação de transtorno de estresse pós-traumático.

Diante dos dados coletados dos últimos dez anos percebe-se que há estudos atualizados sobre as sequelas psicológicas de uma queimadura. O estudo fornece contribuições para os profissionais de saúde que atuam com vítimas de queimaduras sobre quais instrumentos podem complementar seus trabalhos, a fim de fornecer o melhor tratamento para essas pessoas, como também contribui para pesquisas futuras na validação de algum desses instrumentos para a amostra brasileira. Uma limitação foi identificada nesse estudo, a baixa produção com amostra da América do Sul.

Sugere portanto, que sejam realizados estudos longitudinais, com amostras de tamanhos variados para verificar a correlação entre depressão, TEPT e outros construtos psíquicos, exemplo de, ansiedade, imagem corporal, comportamento suicida, entre outros, em vítimas de queimaduras. Além disso, possibilita profissionais de saúde que atuam em centros de tratamento de queimados a conhecerem quais instrumentos de saúde mental estão sendo mais utilizados em pacientes queimados.

### **Referências**

ANUNCIACÃO, L.; CAREGNATO, M.; SILVA, F. S. C. DA. Aspectos psicométricos do Inventário Beck de Depressão-II e do Beck Atenção Primária em usuários do Facebook. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 2, p. 83–91, abr. 2019.

BARROS L.A.F. et al.. Estudo epidemiológico de queimaduras em crianças atendidas em hospital terciário na cidade de Campo Grande/MS. *Rev Bras Queimaduras*;18(2):71-77, 2019.

BOTEGA, N. J. et al.. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, 29, 355-363. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Queimados**. Brasília – DF, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/component/content/article/842-queimados/40990>. Acesso em: 22 dez. 2023.

CAIUBY, A. V. S. et al.. Adaptação transcultural da versão brasileira da Escala do Impacto do Evento - Revisada (IES-R). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 597–603, mar. 2012.

COCKERHAM, Elaine Sara; ÇILI, Soljana; STOPA, Lusia. Investigating the phenomenology of imagery following traumatic burn injuries. **Burns**, v. 42, n. 4, p. 853–862, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27005586/>>. Acesso em: 23 jan. 2024.

CUKOR, Judith; WYKA, Katarzyna; LEAHY, Nicole E; *et al.* The Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Related Psychosocial Consequences of Burn Injury. **Journal of Burn Care & Research**, v. 36, n. 1, p. 184–192, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25407385/>>. Acesso em: 23 jan. 2024.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

DRUERY, Martha; NEWCOMBE, Peter; CAMERON, Charles M; *et al.* Factors influencing psychological, social and health outcomes after major burn injuries in adults: cohort study protocol. **BMJ Open**, v. 7, n. 6, p. e017545–e017545, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28624761/>>. Acesso em: 23 jan. 2024.

FARO, A.. Análise Fatorial Confirmatória e Normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 349–353, jul. 2015.

FASSEL, Mikenzy; GRIEVE, Brian; HOSSEINI, Sameen; *et al.* The Impact of Adverse Childhood Experiences on Burn Outcomes in Adult Burn Patients. **Journal of Burn Care & Research**, v. 40, n. 3, p. 294–301, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344292/>>. Acesso em: 23 jan. 2024.

FIDEL-KINORI, Sara Guilia; EIROA-OROSA, Francisco José; GIANNONI-PASTOR, A. *et al.* The Fenix II study: A longitudinal study of psychopathology among burn patients. **Burns**, v. 42, n. 6, p. 1201–1211, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27233675/>>. Acesso em: 23 jan. 2024.

FREIRE, Manoela Ávila. *et al.*. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 281–289, out. 2014.

FURQUIM, A. M. **Uso terapêutico de MDMA na psicoterapia assistida para o tratamento de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)**. 2022. 46 p. Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia-Bioquímica – Faculdade de Ciências Farmacêuticas – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**. 1987.

GORENSTEIN, Clarice, WANG, Yuan-Pang, HUNGERBÜHLER, Inês. (org.). **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

HONG, Narei; MYUNG, Hun Jung; JEE-WOOK, Kim; *et al.* Opioid Analgesics and Depressive Symptoms in Burn Patients: What Is the Real Relationship? **Clinical psychopharmacology and neuroscience : the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology**, v. 14, n. 3, p. 295–298, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27489384/>>. Acesso em: 23 jan. 2024.

HOROWITZ, Mardi J; WILNER, Nancy ; ALVAREZ, William. Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. **Psychosomatic Medicine**, v. 41, n. 3, p. 209–218, 1979. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/472086/>>. Acesso em: 26 jan. 2024.

JIANG, Dongli; JIANG, Shenyang; GONG, Fang *et al.* Correlation between Depression, Posttraumatic Stress Disorder, and Inflammatory Factors in Patients with Severe Burn Injury.

**The American surgeon**, v. 84, n. 8, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30185315/>>. Acesso em: 23 jan. 2024.

MARQUES, Maria Andréia da Nobrega; ARAUJO NETO, Odilo. Avaliação de Sintomas da Depressão em Pacientes com Queimaduras: Uma Revisão de Literatura. **Revista FSA**, v. 20, n. 7, p. 195–210, 2023.

MARTIN, Lisa; REA, Suzanne ; WOOD, Fiona. A quantitative analysis of the relationship between posttraumatic growth, depression and coping styles after burn. **Burns**, v. 47, n. 8, p. 1748–1755, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34756423/>>. Acesso em: 23 jan. 2024.

MASHAL BINTE ALI; WARDA, Tahniat; RAZA, Fizza; et al. Knowledge and attitudes about burn complications in medical students. **Burns**, v. 46, n. 4, p. 876–881, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31694789/>>. Acesso em: 24 jan. 2024.

MEDEIROS, Letícia Galery; KRISTENSEN, Christian Haag; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Estresse pós-traumático em pacientes vítimas de queimaduras: uma revisão da literatura. **Aletheia**, Canoas , n. 29, p. 177-189, jun. 2009.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Burns**. Who.int. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>>. Acesso em: 23 jan. 2024.

PARANHOS, Mariana Esteves; ARGIMON, Irani Iracema de Lima; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em adolescentes. **Aval. psicol.**, Porto Alegre , v. 9, n. 3, p. 383-392, dez. 2010.

PATIAS, N. D. et al.. Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) - Short Form: Adaptação e Validação para Adolescentes Brasileiros. **Psico-USF**, v. 21, n. 3, p. 459–469, set. 2016.

PFITZER, Birgit; KATONA, Lynda Jane; LEE, Stuart j.; *et al.* Three Years After Black Saturday. **Journal of Burn Care & Research**, v. 37, n. 3, p. e244–e253, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25501772/>>. Acesso em: 23 jan. 2024.

RAAB, Phillip A; MACKINTOSH, Margaret-Anne; GRÖS, Daniel F; et al. Examination of the Content Specificity of Posttraumatic Cognitions in Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. **Psychiatry MMC**, v. 78, n. 4, p. 328–340, 2015.

ROSENBERG, Laura; ROSENBERG, Marta; SHARP, Sherri; *et al.* Does Acute Propranolol Treatment Prevent Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety, and Depression in Children with Burns? **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology**, v. 28, n. 2, p. 117–123, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29161523/>>. Acesso em: 23 jan. 2024.

SANTOS, Iná S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2013, v. 29, n. 8. 2013.

SOUZA, M. T; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: [http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1\\_p102-106\\_port.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf).

STOCKLY, Olivia; WOLFE, Audrey E; GOLDSTEIN, Richard; *et al.* Predicting Depression and Posttraumatic Stress Symptoms Following Burn Injury: A Risk Scoring System. **Journal of Burn Care & Research**, v. 43, n. 4, p. 899–905, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34751379/>>. Acesso em: 24 jan. 2024.

WATSON, Edward JR; NENADLOVÁ, Klára; CLANCY, Olivia H.; *et al.* Perioperative Research into Memory (PRiMe): Cognitive impairment following a severe burn injury and critical care admission, part 1. **Burns**, v. 44, n. 5, p. 1167–1178, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29752016/>>. Acesso em: 23 jan. 2024.

YRONDI, Antoine; DERKASBARIAN, Raphael; GALLINI, Adeline; *et al.* Symptoms of depression and post-traumatic stress in a group of lightning strike victims. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 120, p. 90–95, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30929714/>>. Acesso em: 23 jan. 2024.

**Quadro 1:** Distribuição dos artigos por id do estudo, autor/ano, título, País, Jornal, N° da amostra, Gênero, Escolaridade, Instrumentos de depressão e TEPT.

<b>Id do estudo</b>	<b>Autor/ano</b>	<b>Título</b>	<b>País</b>	<b>Jornal</b>	<b>N°</b>	<b>Gênero</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Depressão</b>	<b>TEPT</b>
1.	Cukor <i>et al.</i> , (2015)	The treatment of posttraumatic stress disorder and related psychosocial consequences of burn injury: a pilot study	Não especificado	Journal of burn care & research: official publication of the American Burn Association	9	60% mulheres e 40% homens	N. A – Sup.	Beck Depression Inventory II (BDI II)	Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL)  Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)
2.	Hong <i>et al.</i> , (2016)	Opioid Analgesics and Depressive Symptoms in Burn Patients: What Is the Real Relationship?	Coréia	Clinical psychopharmacology and neuroscience: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology	43	74,41% homens e 25,58% mulheres	Não especifica	<i>Hamilton Depression Scale (HAMD)</i>	<i>Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)</i>
3.	Cockerham, Çili, Stopa (2016)	Investigating the phenomenology of imagery following traumatic burn injuries	Reino Unido	Burns : journal of the International Society for Burn Injuries	19	57,89% homens e 42,10% mulheres	Não especifica	Beck Depression Inventory II (BDI II)	Impact of Event Scale-Revised (IES-R)  The Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)
4.	Fidel-Kinori <i>et al.</i> , (2016)	The Fenix II study: A longitudinal study of	Espanha	Burns : journal of the International Society for Burn Injuries	183	72,7% homens e	N. A – Sup	Beck Depression Inventory II (BDI II)	Impact of Events Scale (IES-R)



		psychopathology among burn patients				27,3% mulheres			Davidson Trauma Scale (DTS)
5.	Pfitzer et al., (2016)	Three Years After Black Saturday: Long-Term Psychosocial Adjustment of Burns Patients as a Result of a Major Bushfire	Austrália	Journal of burn care & research : official publication of the American Burn Association	13	61,53% homens e 38,47% mulheres	Não especifica	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C)
6.	Druery et al., (2017)	Fatores que influenciam os resultados psicológicos, sociais e de saúde após grandes queimaduras em adultos: protocolo de estudo de coorte	Austrália	BMJ open	230	Não especifica	Não especifica	Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C)
7.	Jiang <i>et al.</i> , (2018)	Correlation between Depression, Posttraumatic Stress Disorder, and Inflammatory Factors in Patients with Severe Burn Injury	China	The American surgeon	27	51,85% homens e 48,14% mulheres	Não especifica	Hamilton Rating Scale for depression (HAMD)	Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C)
8.	Rosenberg <i>et al.</i> , (2018)	Does Acute Propranolol Treatment Prevent Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety, and Depression in Children with Burns?	EUA	Journal of child and adolescent psychopharmacology	202	69,66% homens e 30,33% mulheres	Não especifica	Children's Depression Inventory (CDI) Beck Depression Inventory II (BDI II)	Missouri Assessment of Genetics Interview for Children MAGIC

9.	Watson et al., (2018)	Perioperative Research into Memory (PRiMe): Cognitive impairment following a severe burn injury and critical care admission, part 1	Inglaterra	Burns : journal of the International Society for Burn Injuries	15	73,33% homens 26,67% mulheres	Não especifica	Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	Trauma Screening Questionnaire (TSQ)
								Beck Depression Inventory II (BDI II)	
10.	Yrondi <i>et al.</i> , (2019)	Symptoms of depression and post-traumatic stress in a group of lightning strike victims	França	Journal of Psychosomatic Research	49	57,1% homens e 42,8% mulheres	N.A – Sup.	Beck Depression Inventory II (BDI II)	Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Specific (PCLS)
11.	Fassel et al., (2019)	The Impact of Adverse Childhood Experiences on Burn Outcomes in Adult Burn Patients	EUA	Journal of burn care & research : official publication of the American Burn Association	53	66,0% homens 34% mulheres	Não especifica	Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	Primary Care PTSD Screen (PC-PTSD-5)
12.	Martin , Rea, Wood (2021)	A quantitative analysis of the relationship between posttraumatic growth, depression and coping styles after burn	Austrália	Burns: journal of the International Society for Burn Injuries	36	64% homens e 36% mulheres	Não especifica	Depression Scale (DASS-D)	<i>Posttraumatic Growth Inventory</i> (PTGI)



**5.2.Artigo 2:** Estudo de casos múltiplos utilizando o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) em vítimas de queimaduras

## **Estudo de casos múltiplos utilizando o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) em vítimas de queimaduras**

### **Resumo**

**Introdução:** As queimaduras são lesões decorrentes do contato direto ou indireto da pele com agentes que acometem o tecido cutâneo. Quando não letais, as queimaduras geram impactos físicos, sociais, financeiros e psicológicos na vida da pessoa. No Brasil anualmente cerca de um milhão de pessoas são vítimas de queimaduras. **Objetivo:** Este artigo objetivou verificar os sintomas da depressão mais frequentes em vítimas de queimaduras de um centro de tratamento de queimados do Rio de Janeiro. **Método:** Foi realizada uma pesquisa transversal de casos múltiplos com 06 pessoas de um Centro de Tratamento de Queimados do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados através dos seguintes instrumentos *Questionário sociodemográfico e clínico*, *Patient Health Questionnaire-9* (PQH-9), e utilizou o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para fazer as análises descritivas das médias, medianas e frequências. **Resultados:** Foi encontrada 83,4% de prevalência de depressão que variava de moderado a moderadamente grave os sintomas de depressão. O sintoma depressivo com maior frequência entre a amostra foi o referente ao item 3 do PHQ-9 que é relacionado ao sono. **Conclusão:** Os dados sugerem que há correlação entre os sintomas da depressão e as lesões por queimaduras, entretanto, novos estudos maiores e longitudinais são necessários para continuar aprofundando a questão entre as queimaduras e sequelas psicológicas.

**Palavras-chaves:** Queimados; Depressão; Patient Health Questionnaire-9 (PQH-9).

### **Abstract:**

**Introduction:** Burns are injuries resulting from direct or indirect contact of the skin with agents that affect cutaneous tissue. When non-lethal, burns have physical, social, financial, and psychological impacts on a person's life. In Brazil, approximately one million people annually fall victim to burns. **Objective:** This article aimed to investigate the most frequent symptoms of depression in burn victims from a burn treatment center in Rio de Janeiro. **Method:** A cross-sectional study of multiple cases was conducted with 06 individuals from a Burn Treatment Center in Rio de Janeiro. Data were collected

through the following instruments: Sociodemographic and Clinical Questionnaire, Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), and the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) was used for descriptive analysis of means, medians, and frequencies. **Results:** A prevalence of depression was found to be 83.4%, ranging from moderate to moderately severe symptoms of depression. The most frequently reported depressive symptom within the sample was associated with item 3 of the PHQ-9, which is related to sleep. **Conclusion:** The data suggest a correlation between depression symptoms and burn injuries; however, further larger and longitudinal studies are needed to continue deepening the understanding of the relationship between burns and psychological sequelae.

**Keywords:** Burns; Depression; Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).

## Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2023) define as queimaduras como toda lesão decorrente do contato direto por agente de calor ou frio ao tecido cutâneo e/ou em outro tecido orgânico. Vindo a ser um problema de saúde pública, visto que, podem levar até 180.000 mortes por ano. Quando não letais, geram impactos além de físicos, mas também sociais, financeiros e psicológicos na vida de uma pessoa.

A OMS (2023) apresenta ainda que os países de baixa renda têm risco sete vezes maior de lesões por queimaduras. No Brasil os casos de queimaduras atingem cerca de um milhão de casos de lesões por queimaduras, podendo até duas mil e quinhentas pessoas vir a óbito decorrentes das lesões por queimaduras (Ministério da Saúde, 2017).

As queimaduras são lesões devastadoras com risco iminente à vida, em paralelo à morbidade, comprometem o bem-estar e a qualidade de vida da vítima (Smolle, *et al.*, 2017). As lesões por queimaduras causam transtornos em todas dimensões da vida, ocasionando para a desorganização psíquica da vítima, podendo portanto levar a comportamentos não adaptativos Laporte e Leonardi (2010).

Laporte e Leonardi (2010) afirmam que metade das vítimas de queimaduras apresentam dentre as sequelas os sintomas psicológicos, que podem se apresentar imediatamente ao trauma ou de forma tardia ao mesmo, com manifestações

multifacetadas, sendo manifestos em configurações ansiosas ou até mesmo a função intelectual e de personalidade da vítima.

Sabe-se que, quando não letais, as queimaduras são associadas a comorbidades que afetam todas as áreas da vida de uma pessoa. Na dimensão física dor, parestesia, contratura muscular entre outros. Socialmente dificuldades de relacionamentos e encontrar empregos. Já os psíquicos, os mais comuns são desordem da imagem corporal, comportamento suicida, ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático Nicolosi, Carvalho e Sabatés (2013) e Laporte e Leonardi (2010).

Medeiros, Kristensen e Almeida (2009) afirma que a lesão por queimadura é acontecimento considerado como um estressor potencial para o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático, o qual é característico de vivências diretas ou indiretas a situações traumáticas, pode ser por testemunhar eventos acontecidos a outras pessoas, ficar sabendo que alguém vivenciou um evento traumático ou até mesmo a exposição repetitiva a eventos traumáticos (APA, 2023).

Já a depressão é a sequela psicológica mais frequente após uma lesão causada por queimaduras, Medeiros, Kristensen e Almeida (2009). A depressão é caracterizada pela presença de humor triste, vazio ou irritável, que são acompanhadas de alterações que afetam a capacidade de funcionamento da pessoa (APA, 2023).

A lesão por queimaduras, associadas ao evento traumático somada ao outros fatores, exemplo de, tempo de hospitalização, procedimentos realizados, modificações da estrutura corporal, entre outros, são fatores suficientes para o desenvolvimento de sequelas psicológicas em especial a depressão e o transtorno de estresse pós-traumático (Medeiros, Kristensen e Almeida 2009; Laporte e Leonardi 2010; Marques e Araujo Neto, 2023).

O objetivo do presente estudo foi avaliar, a partir de uma série de casos, quais sintomas de depressão são mais frequentes em pacientes vítimas de queimaduras em um grupo de pacientes hospitalizados na cidade do Rio de Janeiro.

## **Métodos**

## **Participantes**

A amostra foi composta por 06 pessoas de ambos os sexos que estavam hospitalizadas em decorrência de queimaduras em variados graus e por diferentes tipos de agente causador. Participaram deste estudo pessoas com idades entre 20 e 56 anos, com escolaridade que variou de ensino fundamental incompleto até ensino superior incompleto, que tiveram áreas do corpo queimadas como braços, pelvis, pernas e pés, trocos na sua grande maioria. E com tempo de internação que variou de 12 a 82 dias até o momento da coleta de dados.

## **Cenário do Estudo**

A coleta de dados aconteceu na cidade do Rio de Janeiro, em um centro de tratamento de queimados. O centro de tratamento de queimados conta com 12 leitos totais dividindo em 2 para cuidados intensivos, 4 leitos pediátricos e 8 leitos para adultos.

## **Procedimentos**

Aos pacientes foi explicado o caráter voluntário da pesquisa, os objetivos propostos. Após o consentimento dos pacientes, iniciou a aplicação individual dos instrumentos. A coleta de dados durou entre 15 e 30 minutos com cada paciente.

## **Instrumentos**

### **Questionário sociodemográfico e clínico**

Foi avaliado o perfil sociodemográfico dos pacientes a partir de um questionamento semi-estruturado contendo perguntas fechadas e semi-estruturadas. Que investigaram variáveis como idade, gênero, cor/raça, escolaridade e ocupação. Foi



também verificados as características clínicas da amostra com um formulário que abordou dados como tempo de internação, porcentagem e área do corpo queimado e agente causador da lesão (ANEXO 2).

### **Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)**

O *Patient Health Questionnaire-9* - PHQ-9 é um instrumento amplamente utilizado no mundo, é um instrumento derivado do PRIME-MD em 1994 por Spitzer *et al.*, (1994), que verificava além de depressão, ansiedade, abuso de álcool, transtorno somatoformes e transtornos alimentares. Com o passar do tempo o PHQ-9 se destacou pelo potencial de avaliação dos sintomas de depressão maior, e além disso, por ser um instrumento de aplicação rápida por conter nove itens (Santos, *et al.*, 2013).

Segundo Santos *et al.*, (2013) e Souza *et al.*, (2021) os nove itens do instrumento, avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão maior descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5, APA 2016). Sendo os eles item 1: avalia humor deprimido, item 2: anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), item 3: problemas com o sono, item 4: cansaço ou falta de energia, item 5: mudança no apetite ou peso, item 6: sentimento de culpa ou inutilidade, item 7: problemas de concentração, item 8: sentir-se lento ou inquieto e item 9: pensamentos suicidas.

Essa versão verifica os sintomas de depressão nas últimas duas semanas com o formato de escala do tipo Likert de 0 a 3, onde zero corresponde a “nenhuma vez”, um “vários dias”, dois “mais da metade dos dias” e três “quase todos os dias”. A pontuação total do PHQ-9 varia de 0 a 27 pontos e a correção é através do escore bruto obtido na escala. Onde  $\geq 5$  pontos representam depressão leve,  $\geq 10$  - moderado,  $\geq 15$  moderadamente grave e, acima de  $\geq 20$  - depressão grave. Santos *et al.*, (2013) (ANEXO 3)

### **Análise estatística**

Foram calculadas as médias dos escores do PHQ-9 para a amostra total, foram realizados cálculos das médias, medianas, desvio padrão, valores mínimos e máximos e percentil para do PHQ-9. E, o cálculo da frequência para os dados sociodemográficos e clínicos da amostra.

### Aspectos éticos

Após a aprovação do projeto no pelo comitê de ética e pesquisa, iniciou-se a coleta de dados. Foi explicado aos pacientes a natureza da pesquisa, os objetivos e os instrumentos utilizados. O termo de consentimento e livre esclarecimento foi adaptado levando em consideração as condições clínicas da amostra. Foi ressaltado todas as etapas do processo e que a participação era facultativa e a ausência da participação não traria nenhum ônus e se em algum momento se sentisse desconfortável, poderia retirar o consentimento a qualquer momento.

### Resultados

A tabela 1 apresenta a identificação dos participantes desse estudo, apresentando características como idade, gênero, escolaridade, área do corpo afetada, qual agente causador da queimadura e o escore bruto obtido no PHQ-9, para uma compreensão aprofundada da amostra.

#### Características sociodemográficas e clínicas

**Tabela 1:** Distribuição de características sociodemográficas e clínicas de cada paciente.

Identificação	Idade	Gênero	Escolaridade	Área do corpo afetada	Agente causador da queimadura	Escore do PHQ-9
Paciente 1	31	Feminino	Ensino Médio Completo	Braços, Região da Pélvis, Pernas e pés	Óleo quente	8
Paciente 2	56	Feminino	Ensino Médio Completo	Tronco, Região da Pélvis, Pernas e pés	Líquido fervente	8
Paciente 3	20	Feminino	Ensino Fundamental Completo	Rosto, Pescoço, Tronco, Braços, Pernas e pés	Chama direta	16
Paciente 4	42	Masculino	Ensino Fundamental Incompleto	Pernas e pés	Chama direta	5
Paciente 5	51	Masculino	Ensino Superior Incompleto	Rosto, Pescoço, Tronco, Braços, Região da Pélvis, Pernas e pés	Ácido Sulfúrico	1
Paciente 6	52	Masculino	Ensino Fundamental Incompleto	Braços, Pernas e pés	Elétrico	6

O presente estudo foi realizado com 06 pessoas com idade média de 42,0 anos (DP=14,01). Sendo 50% (n=3) do gênero masculino e 50% (n=3) do gênero feminino. No que diz respeito à cor/raça 50% (n=3) se identifica como preto e 50% (n=3) se identifica como pardo, ninguém da amostra marcou outras opções de cor/raça. Em relação ao Estado Civil, 16,7% (n=1) tem algum tipo de união estável, 66,7% (n=4) é casado(a), e 16,7% (n=1) é solteiro(a). No quesito Escolaridade, 16,7% (n=1) possui ensino fundamental completo, 33,3 (n=2) ensino fundamental incompleto, 33,3 (n=2) ensino médio completo, e 16,7% (n=1) ensino superior incompleto.

Em relação características clínicas da amostra sobre a área do corpo afetada 16,7% (n=1) teve Braços, Pernas e pés, 16,7% (n=1) Braços, Região da Pélvis, Pernas e pés, 16,7% (n=1) Pernas e pés, 16,7% (n=1) Rosto, Pescoço, Tronco, Braços, Pernas e pés, 16,7% (n=1) Rosto, Pescoço, Tronco, Braços, Região da Pélvis, Pernas e pés, e 16,7% (n=1) teve o Tronco, Região da Pélvis, Pernas e pés lesionados em decorrência da queimadura.

Em relação a Porcentagem do corpo lesionado 33,3% (n=2) tiveram em média 8% do afetado, 16,7% (n=1) média de 15% do afetado, 16,7% (n=1) média de 16% do corpo afetado e 16,7% (n=1) média de 25% do corpo afetado. Em relação ao agente causador da lesão por queimadura. 16,7% (n=1) foi por ácido sulfúrico, 33,3% (n=2) por chama direta, 16,7% (n=1) por agente elétrico e 16,7% (n=1) por óleo quente.

**Tabela 2:** característica sociodemográficas e clínicas da amostra

	N	Total da coluna da camada N %	Total das camadas N %	Total de linha das camadas N %
Idade (em anos completos)				
20	1	16,7%	16,7%	
31	1	16,7%	16,7%	
42	1	16,7%	16,7%	
51	1	16,7%	16,7%	
52	1	16,7%	16,7%	
56	1	16,7%	16,7%	
Gênero				
Feminino	3	50,0%	50,0%	100,0%

Cor/Raça	Masculino	3	50,0%	50,0%	100,0%
	Parda	3	50,0%	50,0%	100,0%
	Preto	3	50,0%	50,0%	100,0%
Estado civil	Algum tipo de união estável	1	16,7%	16,7%	100,0%
Escolaridade	Casado(a)	4	66,7%	66,7%	100,0%
	Solteiro(a)	1	16,7%	16,7%	100,0%
	Ensino Fundamental Completo	1	16,7%	16,7%	100,0%
	Ensino Fundamental Incompleto	2	33,3%	33,3%	100,0%
	Ensino Médio Completo	2	33,3%	33,3%	100,0%
	Ensino Superior Incompleto	1	16,7%	16,7%	100,0%
Área do corpo queimada	Braços, Pernas e pés	1	16,7%	16,7%	100,0%
	Braços, Região da Pélvis, Pernas e pés	1	16,7%	16,7%	100,0%
	Pernas e pés	1	16,7%	16,7%	100,0%
	Rosto, Pescoço, Tronco, Braços, Pernas e pés	1	16,7%	16,7%	100,0%
	Rosto, Pescoço, Tronco, Braços, Região da Pélvis, Pernas e pés	1	16,7%	16,7%	100,0%
	Tronco, Região da Pélvis, Pernas e pés	1	16,7%	16,7%	100,0%
Porcentagem do corpo queimada (em %)	8	2	33,3%	33,3%	100,0%
	14	1	16,7%	16,7%	100,0%
	15	1	16,7%	16,7%	100,0%
	16	1	16,7%	16,7%	100,0%
	25	1	16,7%	16,7%	100,0%
Agente causador da queimadura	Ácido Sulfúrico	1	16,7%	16,7%	100,0%
	Chama direta	2	33,3%	33,3%	100,0%
	Elétrico	1	16,7%	16,7%	100,0%
	Líquido fervente	1	16,7%	16,7%	100,0%
	Óleo quente	1	16,7%	16,7%	100,0%

## Resultado de Depressão

Em relação aos escores brutos obtidos no PHQ-9, uma pessoa da amostra totalizou o escore de 1 ponto, uma resultou 5 pontos, uma resultou 6 pontos, duas obtiveram 8 pontos e uma resultou 16 pontos.

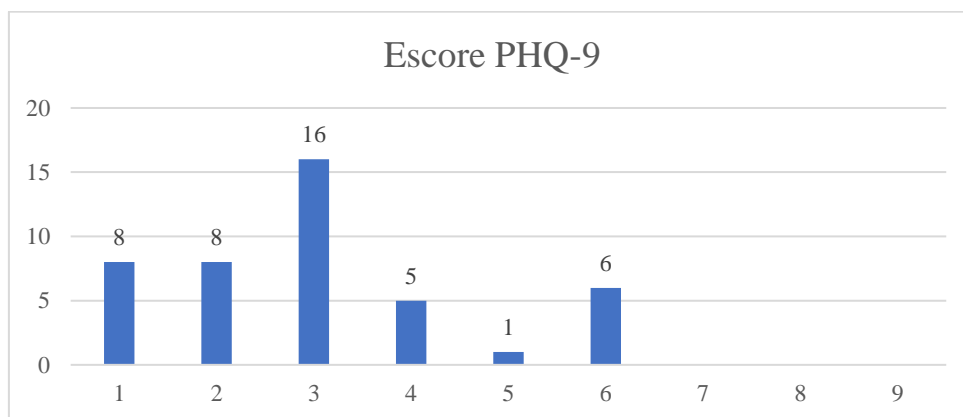


FIGURA 1: Histograma dos Escores brutos do PHQ-9

A amostra apresentou uma média de 7,33 (DP=4,97). o qual 16,7% (n=1) apresentou-se sem ou nenhuma sintomatologia depressiva, 16,7% (n=1) com depressão leve, 50,1 % (n=3) apresentou sintomas moderados da depressão e 16,7% (n=1) apresentou sintomatologia moderadamente grave da depressão. Totalizando 83,4% (n=5) da amostra com sintomatologia depressiva.

**Tabela 3:** Escore *Patient Health Questionnaire-9* - PHQ-9

N	Válido	6		Frequência	Porcentagem	Porcentagem valida	Porcentagem acumulada
	Ausente	0					
Média		7,33					
Mediana		6,967	1	1	16,7	16,7	16,7
Desvio Padrão		4,967	5	1	16,7	16,7	33,3
Mínimo		1	6	1	16,7	16,7	50,0
Máximo		16	Válido 8	2	33,3	33,3	83,3
	25	5,00*	16	1	16,7	16,7	100,0
Percentil	50	6,67					
	75	10,67	Total	6	100,0	100,0	

Distribuição da frequência de resposta por item do PHQ-9:

A tabela 3 apresenta a distribuição de respostas por item no PHQ-9 e frequência. O item 1 recebeu um total de 1 resposta 16,67% (n=1), item dois 2 33,33 (n=2), item 3 83,33% (n=5), item 4 33,33% (n=2), o item 5 4 33,33% (n=2) o item 7 16,67% (n=1), item 8 50,00% (n=3) e item 9 16,67% (n=1).

**Tabela 3:** frequência de resposta por item no *Patient Health Questionnaire-9* - PHQ-9

Item	N(Total)	Frequência (%)
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	1	16,67
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	2	33,33
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	5	83,33
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	2	33,33
5. Falta de apetite ou comendo demais	2	33,33
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	1	16,67
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	2	33,33
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão	3	50,00

agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume		
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	1	16,67

### Discussão

Esta pesquisa objetivou identificar os sintomas depressivos mais frequentes em vítimas de queimaduras utilizando o questionário *Patient Health Questionnaire-9* – (PHQ-9) que é um instrumento utilizado na saúde pública, que visa verificar os sintomas da depressão. Neste estudo, vítimas de queimaduras hospitalizadas no Rio de Janeiro. Tiveram no total 06 participantes, três do gênero masculino e três do gênero feminino, sendo assim, todos os pacientes que não estavam em suporte de ventilação do Centro de Tratamento de Queimados no período da pesquisa.

A pesquisa identificou que 05 participantes (83,4%) tinham sintomatologia depressiva que variava de moderado a moderadamente grave da depressão. E identificou também que os sintomas mais frequentes de depressão nesse público foram em primeiro lugar o sintoma relacionado ao sono, onde 83,33% apresentou sintomatologia relacionada, seguido pelo sintoma sentir-se lento com 50% amostra relatado apresentar, os sintomas de anedonia, cansaço e falta de energia e mudança de apetite ou peso tiveram menor destaque nessa amostra com 33,33% e por fim os sintomas como menor frequência foram os sintomas humor deprimido, sentimento de culpa ou inutilidade e o ideação suicida com 16,67% cada.

Os resultados obtidos nesta pesquisa corroboram parcialmente com a literatura, pois como apontado por Medeiros, Kristensen e Almeida (2009) Laporte e Leonardi (2010) a depressão é o uma das sequelas psicológicas frequentes em sobreviventes de queimaduras.

Recentemente McMullen et al., (2022) Bano, Naz (2020) Yroni et al., (2019), realizaram estudos sobre depressão em vítimas de queimaduras utilizando em seus estudos o PHQ-9 e ambos encontraram correlação significativa de depressão e fatores associados à lesão por queimaduras, como por exemplo o tempo de hospitalização e a porcentagem do corpo queimado.

Os resultados encontrados neste estudo, corroboram com a literatura, exemplo do estudo de Yroni et al., (2019) utilizando o *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) encontrou em vítimas de queimaduras por raio o total de 57,1 com sintomas depressivos, desses, 20,4% apresentaram sintomas moderados de depressão e 10,2% sintomas graves de depressão.

No estudo de Watson et al., (2018) onde utilizou o *Patient Health Questionnaire - 9* (PHQ-9) e o *Depression Inventory-II* (BDI-II). Encontrou a prevalência de 40% de sintomas depressivos com o PHQ-9 e 60% com o BDI-II, para ambos os instrumentos não é descrito detalhes da distribuição dos níveis de intensidade dos sintomas depressivos, mas ainda assim, destaca com alta prevalência associada a lesões por queimaduras.

O resultado da amostra de Fassel et al., (2019), com PHQ-9 em vítimas de queimaduras, identificou que 40% dos participantes do estudo, apresentaram sintomas moderados de depressão, evidenciando a depressão como uma seqüela psicológica de lesões por queimaduras.

Um outro dado encontrado neste estudo, foi o destaque do item 3 do PHQ-9, que verifica sintomas de depressão relacionados à qualidade do sono. Neste estudo 83,3% da amostra apresentou esse sintoma. No estudo realizado por Raymond et al., (2001) apresenta algumas justificativas.

Raymond et al., (2001) identificou que cerca de 75% pacientes hospitalizados por queimaduras experimentam distúrbios do sono, o que geralmente é ocasionado pela dor sentida à noite. O estudo aponta também que há uma relação bidirecional entre sono e dor, onde o sono implica na dor e a dor no sono. O qual justifica, os resultados encontrados neste estudo, sugerindo também que possa haver relação bidirecional entre má qualidade do sono e sintomas de depressão.

Portanto, os dados encontrados na amostra desses estudos, que apesar de pequena, vai ao encontro da literatura atual, apontando, portanto, a depressão como uma seqüela psicológica que afeta uma parte significativa das vítimas de queimaduras.

Bonsu et al., (2019) corrobora com os resultados encontrados neste estudo, no que diz respeito à correlação entre depressão e queimaduras. A justificativa para tal correlação, segundo os autores, dá-se pela baixa qualidade de vida, que agravam os sintomas de depressão. Percebe-se também que a depressão é frequentemente



diagnosticada em vítimas de queimaduras, corroborando Marques e Araujo Neto (2023), Bonsu *et al.*, (2019), Nilsson *et al.*, (2019), que a depressão é uma sequela psicológica das lesões por queimaduras.

## **Conclusão**

O estudo evidenciou que há uma correlação e prevalência alta de depressão em vítimas de queimaduras, a maioria das publicações sobre, inclusive este estudo, que a gravidade dos sintomas variam de moderado a grave da depressão nos participantes do estudo, reafirmando os dados apontados pela literatura.

O estudo constatou também que o sintoma da depressão mais comum na amostra foi o sintoma relacionado ao sono, o qual geralmente está relacionado com a sentida em detrimento das queimaduras e que a relação retroalimentada de dor e qualidade de sono podem impactar na sintomatologia depressiva.

Visto que é uma amostra reduzida e, o estudo tem contribuições significativas para a sociedade no geral, para as vítimas de queimaduras e familiares, e aos profissionais de saúde, apresentando um instrumento eficaz para identificar os sintomas de depressão mais frequentes em vítimas de queimaduras.

Conclui-se que há correlação entre uma lesão por queimadura e sequela psicológica, neste estudo evidenciou a correlação com a depressão. Sugere que outros estudos sejam realizados, com abordagem longitudinais e multicêntricos visando investigar a modificações nas sequelas psicológicas ocasionadas pelas queimaduras. Além disso, sugere que outros construtos sejam avaliados, exemplo de imagem corporal, ansiedade, comportamento suicida e outros.

## Referências

- BANO, Zaqia ; NAZ, Iram. Post-traumatic stress disorder, cognitive function and adjustment problems in women burn survivors: a multicenter study. **Journal of Pakistan Medical Association**, p. 1–16, 2020.
- BONSU, Kevin; NUWORZA KUGBEY; MARTIN AMOGRE AYANORE; et al. Mediation effects of depression and anxiety on social support and quality of life among caregivers of persons with severe burns injury. **BMC Research Notes**, v. 12, n. 1, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Queimados**. Brasília – DF, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/component/content/article/842-queimados/40990>. Acesso em: 22 dez. 2023.
- FASSEL, Mikenzy; GRIEVE, Brian; HOSSEINI, Sameen; *et al.* The Impact of Adverse Childhood Experiences on Burn Outcomes in Adult Burn Patients. **Journal of Burn Care & Research**, v. 40, n. 3, p. 294–301, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344292/>>. Acesso em: 23 jan. 2024.
- LAPORTE, Gustavo Andreazza. LEONARDI, Dilma Francisco. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes com sequelas de queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 9, n. 3, p. 105–114, 2010.
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM -5 -TR**. 5, texto revisado. Porto Alegre: Artmed Editora LTDA, 2023.
- MARQUES, Maria Andréia da Nobrega; ARAUJO NETO, Odilo. Avaliação de Sintomas da Depressão em Pacientes com Queimaduras: Uma Revisão de Literatura. **Revista FSA**, v. 20, n. 7, p. 195–210, 2023.
- MCMULLEN, Kara; BAMER, Alyssa M; RYAN, Colleen M; et al. Validation of PROMIS-29 domain scores among adult burn survivors: A National Institute on Disability, Independent Living, and Rehabilitation Research Burn Model System Study. **The journal of trauma and acute care surgery**, v. 92, n. 1, p. 213–222, 2022.
- MEDEIROS, Letícia Galery; KRISTENSEN, Christian Haag; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Estresse pós-traumático em pacientes vítimas de queimaduras: uma revisão da literatura. **Aletheia**, Canoas , n. 29, p. 177-189, jun. 2009.
- NICOLOSI, Júlia Teixeira. CARVALHO, Viviane Fernandes. SABATÉS, Ana Llonch. A Quantitative, Cross-sectional Study of Depression and Self-esteem in Teenage and Young Adult Burn Victims in Rehabilitation. **Wound Management & Prevention**, v. 59, n. 9, 2013.
- NILSSON, Andreas; LOTTI ORWELIUS; SVEEN, Josefin; et al. Anxiety and depression after burn, not as bad as we think—A nationwide study. **Burns**, v. 45, n. 6, p. 1367–1374, 2019.

RAYMOND, Isabelle; NIELSEN, Tore A; LAVIGNE, Gilles; *et al.* Quality of sleep and its daily relationship to pain intensity in hospitalized adult burn patients. **PAIN**, v. 92, n. 3, p. 381–388, 2001. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11376911/>>. Acesso em: 1 fev. 2024.

SANTOS, Iná S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2013, v. 29, n. 8. 2013.

SMOLLE, Christian; JANOS, Cambiaso-Daniel; FORBES, Abigail A; et al. Recent trends in burn epidemiology worldwide: A systematic review. **Burns**, v. 43, n. 2, p. 249–257, 2017.

SOUZA, R. de; FEITOSA, F. B.; RODRÍGUEZ, T. D. M.; MISSIATTO, L. A. F. Rastreamento de sintomas de depressão em policiais penais: estudo de validação do PHQ-9. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 180-190, 2021. DOI: 10.25061/2527-2675/ReBraM/2021.v24i2.980. Disponível em: <https://www.revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/980>. Acesso em: 25 jan. 2024.

SPITZER, R. L. *et al.*. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. **JAMA**, v. 272, n. 22, 1994. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7966923/>>. Acesso em: 25 jan. 2024.

WORLD. **Burns**. Who, 2023. int. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>>.

WATSON, Edward JR; NENADLOVÁ, Klára; CLANCY, Olivia H.; *et al.* Perioperative Research into Memory (PRiMe): Cognitive impairment following a severe burn injury and critical care admission, part 1. **Burns**, v. 44, n. 5, p. 1167–1178, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29752016/>>. Acesso em: 23 jan. 2024.

YRONDI, Antoine; DERKASBARIAN, Raphael; GALLINI, Adeline; *et al.* Symptoms of depression and post-traumatic stress in a group of lightning strike victims. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 120, p. 90–95, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30929714/>>. Acesso em: 23 jan. 2024.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa dissertação, apresentou informações relevantes sobre as sequelas psicológicas causadas em decorrência de lesões por queimaduras. Através do estudo sobre os instrumentos utilizados nos últimos dez anos, evidenciou recursos sensíveis e eficazes que podem somar a prática de cuidado desse público em específico o *Beck Depression Inventory II* (BDI II) e o *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL).

Foi evidenciado que os sintomas de depressão estão presentes em vítimas de queimaduras, especificamente os sintomas relacionados ao sono e de sentir-se lento, em relação a gravidade da sintomatologia depressiva, evidenciou que a amostra apresentou sintomas de depressão que variam de moderado a grave.

As variáveis clínicas da amostra, destacam que os braços, pernas e pés são as áreas do corpo que foram frequentemente afetadas e que as chamadas diretas se destacaram em relação aos demais agentes causadores da lesão.

Em termos gerais esta dissertação de mestrado contribui para evidenciar a necessidade de mais pesquisas – especificamente brasileira – relacionadas as sequelas psicológicas de lesões por queimaduras, contribui também, para subsidiar os profissionais da saúde mais conhecimentos sobre os atravessamentos de uma lesão por queimadura, podendo, auxiliá-los nos cuidados ao público.

Apesar de ser um estudo com amostra pequena, apresenta o quão é importante verificar sequelas psicológicas em lesões físicas. Diante disso, novas pesquisas se tornam fundamentais para continuidade da compreensão desses fenômenos, sugere que sejam feitas pesquisas longitudinais para que possam abarcar maiores amostras e possam acompanhar essas pessoas por um período de tempo maior, verificando possíveis alterações, tais conhecimentos são úteis para a intervenção em saúde mental de vítimas de queimaduras, contribuindo para melhor qualidade de vida dos mesmos.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS GERAIS

AL-ALI, Haifa. PERVAIZ, Muhammad. Depression in adults post burn injury: a descriptive study conducted in the burn centre of a tertiary care hospital in Karachi. **Ann Burns Fire Disasters**. Mar 31; 32(1): 33–36. 2019.

ALBUQUERQUE, Monique Lannes Lima. SILVA, Guilherme Pinheiro Ferreira da. DINIZ, Denise Maria Sá Machado. FIGUEIREDO, Alessandra Maia Furtado de. CÂMARA, Teresa Maria da Silva. BASTOS, Vasco Pinheiro Diógenes. Análise dos pacientes queimados com sequelas motoras em um hospital de referência na cidade de Fortaleza-CE. **Rev Bras Queimaduras**.;9(3):89-94. 2010.

ALI, H.; PERVAIZ, M. Depression in adults post burn injury: a descriptive study conducted in the burn centre of a tertiary care hospital in Karachi. **Annals of burns and fire disasters**, v. 32, n. 1, p. 33–36, 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASHFAQ, A. et al. Exploring Symptoms of Post-traumatic Stress Disorders and Perceived Social Support among Patients with Burn Injury. **Cureus**, 22 maio 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30042920/>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. (5. ed.). Porto Alegre: Artmed. 2014.

BANO, Zakia; NAZ, Iram. Post-traumatic stress disorder, cognitive function and adjustment problems in women burn survivors: a multicenter study. **Journal of the Pakistan Medical Association**, p. 1–16, 15 out. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33475579/>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BAPTISTA, Makilin Nunes. **Escala Baptista de Depressão – (Versão Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB**. Relatório Técnico não publicado. Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco. Itatiba. São Paulo. 2013.

BATISTA, Lanssa Thaisa de Oliveira; RODRIGUES, Francileide de Araújo; VASCONCELOS, Josilene de Melo Burttf. Características clínicas e diagnósticos de

enfermagem em crianças vítimas de queimadura. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v. 12, n. 1, 2011.

BECK, Aron Temkin. ALFORD, Brad A. **Depressão: causas e tratamento**. Porto Alegre: Artmed. 2011.

BETT, D. Thombs. *et al.*, Depression in survivors of burn injury: a systematic review. **General Hospital Psychiatry**. v. 28, ed. 6, November–December, Pages 494-502, 2006.

BHATTI, D. S. *et al.* Anxiety and Depression Among Non-Facial Burn Patients at a Tertiary Care Center in Pakistan. **Cureus**, 5 nov. 2020.

BONSU, K. *et al.* Mediation effects of depression and anxiety on social support and quality of life among caregivers of persons with severe burns injury. **BMC Research Notes**, v. 12, n. 1, 27 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção**. Brasília – DF, 2019. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Queimados**. Brasília – DF, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/component/content/article/842-queimados/40990->

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_tratamento\\_emergencia\\_queimadura\\_s.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimadura_s.pdf).

CARVALHO, Serafim. JARA, Jose Manuel. CUNHA, Inês Bandeira. **A Depressão é uma doença que se trata**. Março. 2017. Disponível em: <<http://adeb.pt/files/upload/guias/a-depressao-e-uma-doenca-que-se-trata.pdf>>

CEZAR-VAZ, Marta Regina *et al.* Identificação de queimaduras térmicas como injúria relacionada ao trabalho de soldadores. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 28, n. 1, 2015.

CHARNSIL, C.; NARKPONGPHUN, A.; CHAILANGKARN, K. Post-traumatic stress disorder and related factors in students whose school burned down: Cohort study. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 51, p. 102004, jun. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32222645/>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

CORREA, Regiane Costa. Incidência de pacientes queimados atendidos no Hospital de Emergência na cidade de Macapá-AP, durante o ano de 2014. **Estação Científica (UNIFAP)**, Macapá, v. 6, n. 1, p. 53-61, jan./abr. 2016.

CUNHA, Maiara Pereira. BORGES, Lucienne Martis. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) na infância e na adolescência e sua relação com a violência familiar. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, São Paulo, Brasil - V. 33, no 85, p. 312-329, 2013.

**DATASUS. Saúde Pública em Alerta: No Brasil, mortes por depressão crescem mais de 700% em 16 anos mostram dados do DATASUS. 20 DE AGOSTO 2012.** Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/512-saude-publica-em-alerta-no-brasil-mortes-por-depressao-crescem-mais-de-700-em-16-anos-mostram-dados-do-datasus>.

FARIDEH AHRARI et al. Severity of symptoms of depression among burned patients one week after injury, using Beck Depression Inventory-II (BDI-II). **Burns**, v. 39, n. 2, p. 285–290, 1 mar. 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUIMARÃES, Marcelo Alves. SILVA, Flávia Bússolo da. ARRAIS, Alessandra. A atuação do psicólogo junto a pacientes na Unidade de Tratamento de Queimados. **Rev Bras Queimaduras**;11(3):128-134.2012.

HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Hospital alerta sobre aumento de pacientes com queimaduras em SG. **enfoco.com.br**. Disponível em: <<https://enfoco.com.br/noticias/cidades/hospital-alerta-sobre-aumento-de-pacientes-com-queimaduras-em-sg-51362>> Acesso em: 15 de julho de 2022.

HUT alerta para aumento no número de pacientes vítimas de queimaduras por álcool. **pmt.pi.gov.br**. Disponível em <<https://pmt.pi.gov.br/2020/03/24/hut-alerta-para-aumento-no-numero-de-pacientes-vitimas-de-queimaduras-por-alcool/>> Acesso em 15 de julho de 2022.

HWANG, S.-M.; EUN JU LIM. Factors associated with posttraumatic growth in patients with severe burns by treatment phase. **Nursing open**, v. 7, n. 6, p. 1920–1927, 3 ago. 2020.

JOSA, D.; DE ALMEIDA, J. .; C. B. SILVA, M. .; E. B. DE PAULA, E. . A IMPORTÂNCIA DOS CONHECIMENTOS DE QUÍMICA NA PREVENÇÃO DA COVID-19 . **Anais Educação em Foco: IFSULDEMINAS**, [S. l.], v. 1, n. 1, 2021.

Disponível em: <https://educacaoemfoco.ifsuldeminas.edu.br/index.php/anais/article/view/190>. Acesso em: 12 abr. 2022.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9. **Journal of General Internal Medicine**, v. 16, n. 9, p. 606–613, set. 2001.

LEE, K. S. et al. Work-related burn injuries and claims for post-traumatic stress disorder in Korea. **Burns**, v. 45, n. 2, p. 461–465, mar. 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30718028/>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

LIMA, Eduardo de Paula, ASSUNÇÃO, Ada Ávila e BARRETO, Sandhi Maria. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em Bombeiros de Belo Horizonte, Brasil: Prevalência e Fatores Ocupacionais Associados. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 31, n. 2, 2015.

LIMA, Eduardo de Paula. et al. Cross-cultural adaptation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist 5 (PCL-5) and Life Events Checklist 5 (LEC-5) for the Brazilian context. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 38, n. 4, p. 207–215, dez. 2016.

LIMA, Rossano Cabral. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30(2), e300214, 2020.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-20, dez. 2003.

MARQUES, Maria Andréia Bezerra. **Sintomas da depressão após lesão encefálica: evidências de validade para EBADEP-HOSP-AMB**. (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação Stricto sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba. 2016.

**MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM -5 -TR. 5**, texto revisado. Porto Alegre: Artmed Editora LTDA, 2023.



MEDEIROS, Letícia Galery; KRISTENSEN, Christian Haag; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Estresse pós-traumático em pacientes vítimas de queimaduras: uma revisão da literatura. **Aletheia**, Canoas, n. 29, p.177-189, jun. 2009.

MESSIAS, Cátia Regina. **Sintomatologia Depressiva e Associações com Dor Crônica, Saúde Geral e Suporte Social em Pacientes Fibromiálgicos e Oncológicos**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba. 2013.

NICOLOSI, Julia Teixeira. CARVALHO, Viviane Ferreira de. SABATÉS, Ana LIncon. PAGGIARO. André Oliveira. Assessment of Health Status of Adolescent Burn Victims Undergoing Rehabilitation: A Cross-Sectional Field Study. **Plastic Surgical Nursing**. October–December. Volume 33. Number 4. 2013.

NILSSON, Andreas. ORWELIUS, Lotti. SVEEN, Josefin. WILLEBRAND, Mimmie. EKSELIUS, Lisa. GERDIN, Bengt. SJÖBERG, Folke. Anxiety and depression after burn, not as bad as we think—A nationwide study. Burns. **Journal Elsevier**. 2019.

OLIVEIRA, Adélia Dalva da Silva. CARVALHO, Jacyara Rodrigues de. CARVALHO, Milena Soares de. LANDIM, Renata Sinimbu Martins Paes. Perfil das crianças vítimas de queimaduras atendidas em hospital público de Teresina. **R. Interd.** v.6, n.2, p. 8-14, abr.mai.jun. 2013.

Organização Mundial de Saúde. **Depressão**. 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095). Acesso em 08 outubro 2019.

Organização Mundial de Saúde. **Queimaduras**. 2008. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>.

OSÓRIO, Flávia L. et al. Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): transcultural adaptation of the Brazilian version. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 44, n., pp. 10-19. 2017.

PEREIRA-LIMA, K. et al. Psychometric properties and diagnostic utility of a Brazilian version of the PCL-5 (complete and abbreviated versions). **European Journal of Psychotraumatology**, 2019.

ROSSI, A. L. et al. Cuidados locais com as feridas das queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**. 9(2):54-59. 2010.

SANCHES, Pedro Henrique Soubhia. SANCHES, José Antonio. NOGUEIRA, Marília de Jesus. PERONDI, Natália Maria. SUGAI, Murilo Henrique. JUSTULIN, Ariane Fernanda. VANTINE, Guilherme Ramos. THOMÉ NETO, Orlando. Perfil epidemiológico de crianças atendidas em uma Unidade de Tratamento de Queimados no interior de São Paulo. **Rev Bras Queimaduras**. 15(4):246-50. 2016.

SBARDELLOTO, Gabriela et al. Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. **Psico-USF** . v. 16, n. 1, pp. 67-73, 2011.

SILVA, L. A. G. P. DA; MERCÊS, N. N. A. DAS. Multiple case study applied in nursing research: a case report. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1194–1197, maio 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. Queimaduras: **conceito e causas**. Brasília-DF. 2015.

TAKEJIMA Milka L., et al. Prevenção de queimaduras: avaliação do conhecimento sobre prevenção de queimaduras em usuários das unidades de saúde de Curitiba. **Rev Bras Queimaduras**; 10(3):85-88, 2011.

WAQAS, A. et al. Predictors of post-traumatic stress disorder among burn patients in Pakistan: The role of reconstructive surgery in post-burn psychosocial adjustment. **Burns**, v. 44, n. 3, p. 620–625, maio 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29287731/>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

WU, C.-Y. et al. A longitudinal study on psychological reactions and resilience among young survivors of a burn disaster in Taiwan 2015–2018. **Journal of Advanced Nursing**, v. 76, n. 2, p. 514–525, 26 nov. 2019.

YRONDI, A. et al. Symptoms of depression and post-traumatic stress in a group of lightning strike victims. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 120, p. 90–95, maio 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30929714/>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

ZHENG, H. et al. Prevalence and associated factors of post-traumatic stress disorder in burned patients and their family members. **Burns**, v. 47, n. 5, p. 1102–1109, ago. 2021.

Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33303262/>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

ZIMMERMAN, Mark. Using the 9-Item Patient Health Questionnaire to Screen for and Monitor Depression. **JAMA**. Dec 3;322(21):2125-2126. 2019.

**ANEXOS****ANEXO 1 – Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento – TCLE**

Concordo em participar, livre e espontaneamente, como sujeito de uma pesquisa que objetiva compreender como sintomas de TEPT e depressão estão sendo avaliados em vítimas de queimaduras. O presente estudo será realizado nas dependências do Centro de Queimados - CTQ, com a ciência e autorização dos seus respectivos comandantes, sendo conduzido por pesquisadores da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). Declaro ter conhecimento que deverei preencher questionários e escalas para avaliar fatores que possam estar relacionados à Depressão, bem como o questionário sociodemográfico e clínico. A participação na pesquisa não causará nenhum dano podendo apenas gerar incômodo durante o preenchimento dos questionários. Estou ciente de que as avaliações a serem realizadas não possuem um caráter eliminatório ou de seleção pessoal. Bem como a não divulgação dos resultados, sendo mantidos em completo sigilo, e somente serão utilizados para fins de pesquisa e publicação de estudos. Tenho conhecimento que, caso decida por não participar, não serei prejudicado de nenhuma forma e que poderei ser convocado para uma nova etapa da pesquisa. Da mesma forma, fica-me assegurado, na condição de voluntário, o direito de abandonar o estudo a qualquer momento, sem acarretar nenhum tipo de prejuízo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**ANEXO 2 – Questionário de informações Pessoais e Clínicas****Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_***Variáveis Pessoais***

- 1. Nome:** \_\_\_\_\_
- 2. Idade (em anos completos):** \_\_\_\_\_
- 3. Gênero:** ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Outros: \_\_\_\_\_
- 4. Cor/Raça**
  
- 5. Estado civil:**  
( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ou algum tipo de união estável ( ) Separado ou divorciado ( ) Viúvo
- 6. Escolaridade:**  
( ) Não alfabetizado  
  
( ) Ensino Fundamental Incompleto  
  
( ) Ensino Fundamental Completo  
  
( ) Ensino Médio Incompleto  
  
( ) Ensino Médio Completo  
  
( ) Ensino Superior Incompleto  
  
( ) Ensino Superior Completo  
  
( ) Curso Profissionalizante
- 7. Ocupação atual:**  
( ) Não trabalho  
  
( ) Afastado do trabalho por motivos de saúde  
  
( ) Aposentado por motivos de saúde  
  
( ) Profissional liberal com atividade remunerada

- ☐ Profissional liberal sem atividade remunerada
- ☐ Trabalhando com vínculo empregatício
- ☐ Do lar

*Variáveis Clínicas*

- 1. Idade na data de lesão (em anos completos):** \_\_\_\_\_
  - 2. Tempo de lesão na data da avaliação (em anos e meses):** \_\_\_\_\_
  - 3. Área da Lesão:**
    - ☐ Rosto
    - ☐ Pescoço
    - ☐ Tronco
    - ☐ Braços
    - ☐ Região da Pelves
    - ☐ Pernas e pés
  - 4. Quantificação do corpo lesionada na data da avaliação (em porcentagem):** \_\_\_\_\_
  - 5. Qual medicação medicação está usando para controle da dor:** \_\_\_\_\_
- Diagnóstico de depressão antes da lesão:** \_\_\_\_\_

**ANEXO 3 - Patient Health Questionnaire-9 - PHQ-9**

<b>Item</b>	<b>Nenhuma vez</b>	<b>Vários dias</b>	<b>Mais da metade dos dias</b>	<b>Quase todos os dias</b>
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3