

Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes com sequelas de queimaduras

Post-traumatic stress disorder in burn-injured patients

Gustavo Andreazza Laporte¹, Dilma Francisco Leonardi²

RESUMO

Este trabalho revisa a literatura acerca do transtorno do estresse pós-traumático, acometendo pacientes vítimas de sequelas de queimaduras. São enfocadas definições, critérios para diagnóstico, epidemiologia, fisiologia, psicopatologias pré-mórbidas em pacientes adultos queimados, aspectos psicológicos da queimadura, aspectos clínicos e tratamento.

DESCRIPTORIOS: Queimaduras/complicações. Queimaduras/psicologia. Transtornos de estresse pós-traumáticos

ABSTRACT

This paper revises the literature about the posttraumatic stress disorder in the burn patients with functional, esthetics and psychological modifications. Its relates the definition, diagnostic judgements, epidemiology, pathophysiology, premorbid psychopathology in the patients with functional, esthetics and psychological modifications, psychological aspects of the burn, clinical aspects and treatment.

KEY WORDS: Burns/complications. Burns/psychology. Stress disorders, post-traumatic.

-
1. Cirurgião Geral e Cancerologista Cirúrgico da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; Mestrando da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.
 2. Doutor em Cirurgia Plástica da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Membro Fundador da Sociedade Brasileira de Queimaduras, Porto Alegre, RS, Brasil.

Correspondência: Gustavo Andreazza Laporte. Rua Schiller, 105/08 - Rio Branco - Porto Alegre, RS, Brasil - CEP 90430-150
E-mail: laportegustavo@gmail.com
Recebido em: 15/2/2010 • Aceito em: 30/7/2010

Desde a antiguidade, as lesões térmicas são uma etiologia importante de trauma humano. O tratamento da queimadura atravessou séculos, tendo uma escala de evolução desde as ervas medicinais até o sofisticado tratamento médico e cirúrgico atual. Entretanto, o impacto desses tipos de lesões tem sido estudado somente nas últimas décadas¹.

Os efeitos psicológicos da queimadura são multifacetários, ocasionando desde uma extrema ansiedade e dor até a desfiguração física da vítima. O tratamento envolve, às vezes, hospitalização prolongada e um cuidado médico avançado. Ademais, considerando que algumas formas de trauma e doenças são restritas a certos grupos demográficos, as queimaduras graves e seus efeitos podem ser experimentados por todas as faixas etárias^{1,2}.

Outro aspecto importante da queimadura é pelo fato de que, em pelo menos metade dos casos, há o impacto psicológico inicial na vítima e logo após não há os efeitos deste a longo prazo nesta pessoa. Além disso, o estudo desta forma de trauma oportuniza observar a resposta do ser humano a um evento de sua vida anormal, tratável e transitório¹⁻⁴.

Em alguns casos, esta forma de trauma pode resultar em drásticas desfigurações físicas e estéticas. Essas são crônicas e motivam estudos de como elas influenciam na vida após o incidente e no desenvolvimento da personalidade^{1,3,4}. Resumindo, investigar como as pessoas reagem após uma queimadura grave representa a oportunidade de estudar o transtorno do estresse pós-traumático.

DEFINIÇÕES

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Para ser classificado como portador de transtorno de estresse pós-traumático, o paciente deve ter vivenciado um estresse emocional de tal magnitude que seria traumático para, praticamente, qualquer pessoa. Esses traumas incluem experiências de combate, catástrofes naturais, agressão física, estupro e sérios acidentes. O transtorno de estresse pós-traumático consiste de revivência do trauma através de sonhos e de pensamentos durante a vigília, evitação persistente de coisas que lembrem do trauma e embotamento da resposta a esses indicadores e hiperexcitação persistente. Sintomas associados comuns do transtorno de estresse pós-traumático são depressão, ansiedade e dificuldades cognitivas. Na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), a duração mínima dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático é de um mês⁵. Os critérios para o diagnóstico do transtorno de estresse pós-trauma encontram-se no Quadro I.

SEQUELA DE QUEIMADURA

A seqüela de queimadura é definida como qualquer alteração da pessoa vítima desta a nível estético, funcional e psicológico, como o absenteísmo na escola e dificuldades de relacionamento social e no trabalho.

EXTENSÃO DA QUEIMADURA

A pequena queimadura é aquela que não necessita internação hospitalar, enquanto a grande queimadura necessita de tal cuidado. Os critérios para a internação de pacientes queimados, segundo a *American Burn Association*⁷, são:

- Criança abaixo de 2 anos;
- Queimadura igual ou maior que 10% da Superfície Corporal Total (SCT) de II grau;
- Queimadura de qualquer extensão de III grau;
- Queimadura de face, mãos, períneo e pés;
- Lesão inalatória ou suspeita;
- Suspeita de abuso infantil ou negligência;
- Queimaduras elétrica ou química;
- Condição socioeconômica precária.

EPIDEMIOLOGIA

O trauma é uma doença que ocupa a terceira causa de mortalidade no Brasil, somente perdendo para a aterosclerose e o câncer neste aspecto. Ocupa a primeira posição de causa de mortalidade na faixa etária do 1 ano de vida aos 44 anos, ceifando cerca de 25 anos de vida produtiva de uma pessoa, além dos custos inestimáveis envolvidos com esta patologia⁸.

A lesão por queimadura grave ocasiona sérios problemas físicos, psicológicos e financeiros para o paciente, considerados irreparáveis, em muitos aspectos, sendo vital a prevenção destas lesões^{9,10}.

As lesões por queimadura são um problema importante, tanto em nosso país¹¹, quanto em países desenvolvidos¹, onde são difíceis de estimar os custos que estas acarretam. Nos Estados Unidos, por exemplo, este tipo de patologia é responsável por cerca de 731.000 consultas em emergências e 60.900 admissões hospitalares anualmente¹², sendo estes cerca de 45 a 77% ocorridos no próprio domicílio do paciente e 15 a 37% no ambiente de trabalho^{9,10,12}, variando a região demográfica estudada, sendo encontrados prevalentes na faixa etária de adultos o jovem do sexo masculino, com pouca educação^{1,10} e,

Quadro 1 - Critérios Diagnósticos para F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático⁶
<p>A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:</p> <p>(1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros;</p> <p>(2) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.</p> <p>Nota: Em crianças, isto pode ser expressado por um comportamento desorganizado ou agitado</p>
<p>B. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:</p> <p>(1) recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções.</p> <p>Nota: Em crianças pequenas, podem ocorrer jogos repetitivos, com expressão de temas ou aspectos do trauma;</p> <p>(2) sonhos aflitivos e recorrentes com o evento.</p> <p>Nota: Em crianças, podem ocorrer sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável;</p> <p>(3) agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de <i>flashbacks</i> dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado).</p> <p>Nota: Em crianças pequenas, pode ocorrer reencenação específica do trauma;</p> <p>(4) sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;</p> <p>(5) reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.</p>
<p>C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três (ou mais) dos seguintes quesitos:</p> <p>(1) esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;</p> <p>(2) esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;</p> <p>(3) incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;</p> <p>(4) redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;</p> <p>(5) sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;</p> <p>(6) faixa de afeto restrita (por ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho);</p> <p>(7) sentimento de um futuro abreviado (por ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida).</p>
<p>D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:</p> <p>(1) dificuldade em conciliar ou manter o sono;</p> <p>(2) irritabilidade ou surtos de raiva;</p> <p>(3) dificuldade em concentrar-se;</p> <p>(4) hipervigilância;</p> <p>(5) resposta de sobressalto exagerada.</p>
<p>E. A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) é superior a 1 mês.</p>
<p>F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p>
<p>Especificar se:</p> <p>Agudo: se a duração dos sintomas é inferior a 3 meses.</p> <p>Crônico: se a duração dos sintomas é de 3 meses ou mais.</p> <p>Especificar se:</p> <p>Com Início Tardio: se o início dos sintomas ocorre pelo menos 6 meses após o estressor.</p>

na faixa etária pediátrica, a criança com idade pré-escolar, com adulto próximo e associada ao fogão¹³. Dentre as crianças internadas, 75% irão apresentar alguma seqüela da queimadura (estética, funcional e/ou social) que irá necessitar de tratamento cirúrgico, médico, psicológico ou alguma intervenção para reabilitação¹⁴.

A sofisticação e a qualidade do tratamento da queimadura melhorou drasticamente nas últimas quatro décadas¹⁵. Entretanto, a tentativa de diminuir a morbidade das queimaduras é objeto de pesquisa psicológica. Primeiro, pelo fato

de enfatizar o doente queimado que sobrevive mais que antigamente, devido ao atendimento médico especializado, apresentando, assim, maiores morbidades. Segundo, os estudos dos aspectos psicológicos possuem somente três décadas. Terceiro, com os avanços da Medicina, houve maior interesse estético no paciente queimado, tanto na admissão, quanto no tratamento das sequelas. Consequentemente, o aspecto psicológico que os profissionais da saúde delegam ao paciente queimado mudou radicalmente nas últimas quatro décadas^{1,2}.

A frequência do transtorno de estresse pós-traumático em pacientes com sequelas de queimaduras foi estimado em cerca de um terço dos pacientes com lesões graves ou com deformidades decorrentes destas^{16,17}, sendo que pacientes com pequenas lesões possuem a prevalência do transtorno de 1 a 24%, dependendo do local e extensão destas^{18,19}.

PATOFISIOLOGIA DO TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Uma das explicações biológicas deste transtorno é que os corpos amigdaloides, que fazem parte dos núcleos da base do cérebro, são as principais estruturas implicadas na fisiologia desta doença. Pesquisas atuais têm demonstrado que a exposição ao estímulo traumático pode levar a uma condição de medo, que resulta numa ativação dos corpos amigdaloides e estruturas associadas como o hipotálamo, o locus coeruleus, o tecido periaquedutal e os corpos mamilares. Esta ativação em conjunto com neurotransmissores autonômicos, a atividade endócrina com desregulação do eixo hipotálamo-pituitário-adrenal e também a desregulação da neuromodulação opioide, induzindo analgesia e amnésia, produzem muitos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático. O córtex orbitofrontal exerce um efeito inibitório em sua ativação. O hipocampo também pode ter um efeito modulador nos corpos amigdaloides. Entretanto, nas pessoas que desenvolvem o transtorno de estresse pós-traumático, o córtex orbitofrontal parece menos capaz de inibir esta ativação²⁰⁻²².

PSICOPATOLOGIA PRÉ-MÓRBIDA EM PACIENTES ADULTOS QUEIMADOS

Devido à suspeita que uma proporção significativa das pessoas que possuem queimaduras graves suficientemente para serem hospitalizadas tem provavelmente disfunções pré-existentes em suas vidas, muitos estudos têm sido realizados com o objetivo de identificar a incidência e o tipo de psicopatologia existentes nesta população. Numa revisão de nove trabalhos da literatura, Kolman²³ concluiu que a incidência de doença mental e alterações da personalidade é maior em unidades de tratamento de pacientes queimados que na população em geral. Especificamente, este autor relatou estimativas da incidência de doenças psiquiátricas prévias variando de 28% a 75%. Dentre as psicopatologias mais prevalentes desta revisão incluem depressão, transtornos da personalidade e abuso de substâncias psicoativas, como álcool e drogas^{19,24-28}.

Também verificou-se que pacientes com psicopatologias prévias tendem a ficar mais tempo internados em unidades de tratamento de pacientes queimados e possuem a tendência de ter complicações psiquiátricas mais sérias depois

do acidente^{24,29,30}. Além do mais, uma vez hospitalizados estes pacientes, frequentemente estabelecem precocemente modos disfuncionais de adaptação, incluindo regressão, depressão e hostilidade de difícil controle³¹.

Enquanto as lesões por queimadura não têm relação direta da psicopatologia, as causas de algumas queimaduras têm que ser consideradas como doenças sociais ou mentais. Especialmente, uma proporção significativa de admissões em unidades de queimados resultam de tentativas de suicídio, algumas em que há história de tentativas repetidas, podendo chegar a 10% do total das internações^{28,29,32}. Além do mais, as crianças, geralmente, são vítimas de acidentes domésticos e destas 15 a 17% sofrem de transtorno de estresse pós-traumático³³.

Resumindo, não somente as pessoas com pré-morbidade psicopatológica estão predispostas a lesões por queimaduras como também estão propensas a ter períodos de recuperação mais prolongados. Entretanto, estas afirmações sustentam-se em estudos com significantes limitações. Com a exceção da revisão realizada por Kolman²³, estes estudos podem ser divididos em descritivos e retrospectivos. Nos estudos descritivos, o diagnóstico psiquiátrico, a história, ou ambos são estabelecidos por meio de uma entrevista psiquiátrica ou da aplicação de diversos testes psicológicos protocolados em todos os pacientes admitidos numa unidade de queimados. Enquanto os critérios de inclusão e as características do grupo amostral são claramente estabelecidos, informações acerca da população em geral não são pesquisadas, assim não há uma comparação entre os pacientes vítimas de queimaduras em relação à população em geral. Como resultado, não é possível determinar os vieses como o nível social e a ocupação que pode ter maior risco de acidentes térmicos. Além disso, os estudos retrospectivos são utilizados para determinar as taxas da psicopatologia em pacientes já internados. O problema encontrado neste tipo de desenho de estudo consiste que a natureza de muitas informações não se baseiam em todos os casos em diagnósticos psiquiátricos e medidas padronizadas que geralmente não foram realizadas. O resultado da falta de medidas comuns entre estes estudos tornam difíceis comparações com validade estatística. Ainda, outra limitação é a ausência de comparação entre os dados dos pacientes internados numa unidade de queimados e a população em geral³⁴. A verdadeira frequência de uma psicopatologia pré-mórbida com fator de risco só é possível através de estudos de coorte e de ensaio clínico randomizado³⁵.

Apesar da limitação destes estudos já realizados, entretanto, têm-se observado uma controvérsia da frequência e a consistência de diversas pré-morbidades psicopatológicas encontradas. No entanto, verifica-se que causas de queimaduras (por exemplo, suicídios e assaltos) têm uma tendência a alguma mal-adaptação social e assim contribuem para as

admissões hospitalares. As limitações nos estudos revisados tornam impossível determinar os tipos e proporções exatas de psicopatologias que estavam presentes antes da internação hospitalar¹. Por fim, há a necessidade de estudos sobre as psicopatologias pré-mórbidas dos pacientes vítimas de queimaduras que necessitam de internação.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA QUEIMADURA

A queimadura constitui uma perturbação em todos os aspectos de uma pessoa, constituindo uma desorganização psíquica que acarreta comportamentos difíceis e flutuantes da vítima. É uma verdadeira “experiência dos limites” da vida, pretendida, que é semelhante a se aproximar do contexto de sobreviver a elementos da pele, do fogo, e após ver-se sob cuidados específicos ao longo do tratamento que a pessoa requerirá^{28,30}.

Segundo dados estatísticos, o suicídio corresponde a cerca de 10% das queimaduras^{28,29,32}, ocasionados principalmente por chama²⁸. O sofrimento psíquico originado do sacrifício, e ainda muitas vezes psicótico, muito raramente, encontra-se num contexto não delirante. O conjunto de outras causas de que as queimaduras podem ser objetos de estudo, considerando as circunstâncias causais, particulares dos acidentes, como o uso de substâncias psicoativas, doenças predisponentes (epilepsia, acidentes vasculares cerebrais, psicoses e deficiências físicas), as dificuldades da idade avançada, as agressões e as circunstâncias da vida, como a pobreza. A queimadura é sempre, num contexto da vida, uma ruptura, um traumatismo. Ela consolida todas as fragilidades pré-existentes de uma pessoa e revolve as dificuldades já esquecidas encontradas pela vítima, vindo perturbar as relações afetivas e familiares²⁸.

De uma maneira geral, ela faz recordar que o corpo visto pela Medicina e o corpo visto pela própria vítima não se correspondem diretamente, e que a imagem externa vista por um espelho é tecida pela “imagem do corpo”, donde as dimensões imaginárias e desejos regridem às experiências da infância de sua própria história. Há uma memória, um sofrimento do corpo, dos quais a pele é um suporte essencial da representação de uma pessoa^{28,36}.

O conceito de minha pele, elaborado em 1974 por Anzieu, psicólogo e psicanalista, dentro de sua concisão particular, define que dependendo da extensão da destruição da pele é que irá dar um prognóstico vital para a estrutura psíquica da vítima desta lesão. Ele descreve sobre o “eu” como um órgão de individualização e de comunicação, participante do sentimento de contiguidade dentro do mundo, limitado entre o interior e o exterior da pessoa. Este aspecto é de interesse clínico, por fazer analogia simplificada que chegam a toda compreensão dos aspectos psicológicos da queimadura^{28,34}.

A etiologia da queimadura (chama, eletricidade, agentes químicos, radiação, escaldadura, explosão e outros) não é fator psicológico importante^{28,34}.

O fogo é um dos quatro elementos simbólicos humanos, presente em diversas culturas e associado a princípios contrários: o bem e o mal, a vida e a morte, a purificação e a fertilidade, o celibato e a sexualidade. Enfim, o fogo não transmuda totalmente o corpo, acontece que ele vem pela praia e pela cicatriz indesejável marcando a infância, estigmatizando a impureza e a falta da pessoa, sendo visíveis pela lesão por todos. Todas as pessoas queimadas, não tiveram como etiologia diretamente o fogo, mas todas têm cicatrizes e deformidades causadas por uma destruição da pele, num estado atual, sem regeneração total desta. Isto, para o paciente, é uma cruz, pela culpa de ter tido a queimadura, que confronta com o sentimento de castigo que se origina das “faltas” passadas, reais e irreais. Às vezes, as mesmas circunstâncias levam a uma colisão com os sentimentos: o acidente é sobrevivendo por um momento de transgressão do proibido, uso de substâncias psicoativas; onde estes pacientes apresentam reações singulares²⁸.

Ninguém, mesmo o profissional da saúde que trabalha no centro de tratamento de queimados, deixa de sentir a agonia e a apreensão dos pacientes ali internados³⁷.

O acidente, como causa de queimadura, é, às vezes, o mais traumático, pelo fato de que o súbito momento do acontecido não permite a assimilação psíquica do paciente do ocorrido, mesmo que na hora do acidente o paciente tenha tido a possibilidade de reagir à situação. Somente com um trabalho de religação e representação poderá prevenir o transtorno de estresse pós-traumático, que pode ser tratável. O cuidado com a queimadura, desbridamentos e enxertias é que trarão o aspecto estético final da queimadura, sendo que as sequelas corporais são corrigidas por instrumentos (órgenes, máscaras moldáveis e vestimentas compressivas), com intento da pessoa não reviver o evento traumático psicologicamente. O trabalho de início com o objetivo de uma elaboração, além disso da sintomatologia, não é possível de se entender a “verdade” psíquica própria a cada e de sua história. Se o traumatismo é sempre avaliado em função dos sintomas de uma apreciação da gravidade, é fundamental chamar a atenção da especificidade de cada pessoa ao seu sintoma^{28,34}.

As psicopatologias prévias permitem uma aproximação dos aspectos psicológicos da queimadura que, ao curso dos cuidados, vão se exprimir sob a forma de sintomas mais ou menos reparáveis. A noção de desorganização psíquica ligada à destruição da pele pela queimadura parece a mais pertinente para devolver em conta as diferentes tentativas de reorganização do “eu” manifestadas pela expressão de

mecanismos de defesa próprios de cada um, mesmo se eles podem se enquadrar dentro da nosografia²⁸.

ASPECTOS CLÍNICOS

Investigações do efeito das sequelas de queimaduras envolvem a avaliação de períodos que variam de poucos meses a até muitos anos após a hospitalização³⁸. É comumente observado que o primeiro ano depois da hospitalização é um período psicológico único durante o qual os pacientes relatam a maior taxa de disfunção^{19,39-43}. Durante o primeiro ano, os pacientes podem ainda ter como agravantes sintomas secundários as psicopatologias anteriores ou a estressores secundários, como memórias vividas de acidentes, problemas familiares ou disjunções de uma vida ocasionadas pela lesão^{14,19,44}. A literatura sugere que muitos dos sintomas do primeiro ano pós-trauma são transitórios. Evita-se descrever o que os pacientes sentem imediatamente após a alta hospitalar, por ser um período de adaptação, sendo assim, há limitação da existência de estudos de períodos de 12 meses ou mais após o incidente da queimadura¹, mas vale lembrar os vieses que estes possuem, citados anteriormente.

É observado que o paciente após a queimadura, que foi internado, apresenta um grau de satisfação com seu corpo reduzido em relação ao período pré-incidente^{4,38,43,45}.

ANSIEDADE E DEPRESSÃO

A ansiedade e a depressão são as mais duas frequentes desordens psiquiátricas que se seguem à queimadura^{18,31,39,46-48}. Esses sintomas comumente ocorrem juntos, com prevalência de 25% a 65% depois de um ano ou mais após a queimadura. Muitos estudos indicam que os sintomas decrescem, especialmente após um ano pós-queimadura^{41,46,49}. Uma exceção relatada por Ward et al.⁴⁷ revelou um aumento com o tempo para a depressão. Entretanto, os outros autores também relataram psicopatologias pré-mórbidas como o melhor indicador da depressão pós-queimadura, sugerindo, assim, que esta depressão é uma continuação da condição pré-mórbida e crônica antes mesmo da própria sequela da queimadura. A relação entre as características físicas da queimadura, a ansiedade e a depressão nestes estudos não é clara. No entanto, a ansiedade e a depressão estão aumentadas em queimaduras de mãos e face^{18,41,50} e, outros dois estudos encontraram relação entre a ansiedade e depressão a superfície corporal queimada e deformidades decorrentes desta^{2,18,31,39}. Além disso, Adler⁴⁹, em 1943, verificou que os problemas psiquiátricos não relacionam a perda de consciência e a ausência da memória traumática. Isso sugere que a diminuição da consciência e a da lembrança das circunstâncias que envolvem a lesão térmica pode prover

uma diminuição das possibilidades do desenvolvimento de sequelas psicológicas adversas.

Uma aparente dificuldade na interpretação destes estudos é a ampla variedade de métodos em que a depressão e a ansiedade são avaliadas⁴⁷. No estudo da depressão, somente um grupo de investigadores usou um método padrão (*Beck Depression Inventory*) e outros autores utilizaram este método em entrevistas, correspondências e consultas médicas^{3,46,48,49}. Assim como a depressão, a ansiedade também é difícil de ser avaliada, pela inconsistência dos métodos de avaliação³.

FUNÇÃO INTELECTUAL E PERSONALIDADE

Geralmente, não há evidências que a queimadura afeta a função intelectual ou a personalidade. Dois estudos utilizando a "Wechsler Adult Intelligence Scale" e o "Minnesota Multiphasic Personality Inventory" não demonstraram evidência de deterioração nestas áreas⁵⁰⁻⁵². O teste neuropsicológico em pacientes com queimaduras é talvez autorizado em pacientes com lesão inalatória ou como etiologia da queimadura por eletricidade^{53,54}.

RELACIONAMENTO SOCIAL

INTERAÇÃO FAMILIAR E NÃO FAMILIAR

A propensão da interação social pós-queimadura é incrivelmente aumentada na interação interfamiliar e diminuída na relação não familiar³⁹. Estas tendências são mais aparentes entre homens com lesões visíveis e com desfiguração estética importante³⁹. Também seguido da queimadura, há um menor envolvimento no papel social como o trabalho e o tempo dispendido com a relação com amigos, aumentando o tempo de atividades para a própria pessoa do paciente e uma diminuição na atividades que enfatizam a aparência física como a dança e a natação³⁹.

EMPREGO

A literatura verificou que o desejo do paciente em trabalhar continua imutável e quando dado o tempo suficiente para estes para se recuperarem e realizarem uma adequada reabilitação, a maioria destes pacientes retorna a trabalhar. Entretanto, 50% a 60% dos sobreviventes de queimaduras requerem algumas mudanças no trabalho (por exemplo, horas trabalhadas e posição no emprego), por serem, geralmente, necessárias estas mudanças para a adequação deste no ambiente de trabalho. Mais recentemente, verificou-se que a superfície corporal queimada é o preditor mais significativo do período do qual a pessoa vítima de queimadura demora para retornar a trabalhar. As queimaduras de mãos

e face também são variáveis importantes que devem ser consideradas para o paciente que retornará a trabalhar^{43,50}.

RELAÇÕES CONJUGAIS

A literatura relata que há controvérsias entre o quanto a queimadura afeta o relacionamento conjugal^{31,40,41}. Korloff⁵⁵, em 1966, encontrou que 19% de taxas de dificuldades conjugais atribuídas as queimaduras, enquanto Andreasen et al.³¹, em 1972, não relataram divórcios, mas somente uma separação entre um grupo de 20 pacientes queimados. No entanto, Chang e Herzog⁴¹, em 1976, encontraram uma alta taxa de divórcios (26%). Enfim, o paciente queimado pode ter uma vulnerabilidade a problemas conjugais.

FUNÇÃO SEXUAL

A diminuição da satisfação sexual é um fenômeno comum entre pacientes queimados, especialmente em mulheres 31,45,46,58. Num estudo de Tudahl et al.⁵⁶, em 1987, os homens demonstraram 82,5% de nível de satisfação sexual, com um ideal de 100% no nível de satisfação, e na mulher de 52%. Para a mulher, o nível de satisfação sexual é fortemente e negativamente relatada a disfunção física e na imagem corporal, ainda que não relacionado ao tamanho da queimadura e localização. Similarmente, Andreasen et al.³¹, verificaram que a diminuição da satisfação sexual é mais comum em mulheres, onde somente dois homens relataram dificuldades neste aspecto.

RELAÇÕES ESCOLARES

Verificou-se que o paciente queimado masculino tem um rendimento pior que o sexo feminino na escola. Entretanto, pouco se sabe das vicissitudes em relação às qualificações vocacionais e acadêmicas destes pacientes⁵⁷, bem como um ideal ajuste das crianças na sociedade com a devida qualidade de vida³³.

FATORES QUE INFLUENCIAM O RELACIONAMENTO DO PACIENTE COM SEQUELA DE QUEIMADURA

Há na literatura diversos trabalhos que avaliam a qualidade de vida do paciente queimado após o ocorrido da queimadura^{38,40,42,59}. A maioria dos sobreviventes de grandes queimaduras se ajusta absolutamente bem ao retorno de sua vida^{4,14}, sendo que crianças apresentam melhor adaptação que os adultos³³, encontrando em 10% a 25% destes pacientes adultos problemas na readaptação à vida cotidiana³⁸. Em geral, a readaptação de pacientes queimados e sua qualidade de vida melhoram com o tempo, independente do tamanho ou gravidade da lesão^{38,40}. Esta afirmação consiste numa

revisão da literatura que estuda os desastres, que indica que a psicopatologia do transtorno do estresse pós-traumático diminui com passar do tempo depois do incidente que causou uma ruptura em sua vida⁶⁰. Há uma relação entre a limitação de movimentos resultantes da lesão e a localização em face, mãos e a qualidade de vida^{42,50}. Outros fatores que ocasionam um detrimento ou uma melhor reabilitação para a qualidade de vida incluem principalmente os cuidados médicos prestados na hospitalização destes pacientes^{14,59}, que resultam em sequelas físicas (estéticas e funcionais). Finalmente, Cobb et al.⁶⁰, em 1990, também enfocam que as variáveis da intervenção médica são difíceis de avaliar devido a limitações metodológicas.

A manutenção da autoestima nos pacientes vítimas de queimaduras revela ser o principal fator na reabilitação social⁶¹. Adicionalmente, a autoestima tende a aumentar de incidência com o tempo pós-queimadura⁴⁰ e não está relacionada ao tamanho e à localização da queimadura^{14,61}. As lesões térmicas ocasionam um maior detrimento a autoestima em mulheres desfiguradas e em indivíduos ainda jovens no momento do incidente⁶¹.

O acompanhamento ambulatorial da parte social (por exemplo, com grupos de autoajuda) é outra variável importante que possui uma influência positiva^{58,61-63}, melhorando a autoestima do paciente queimado. Além do mais, Davidson et al.⁶⁴, em 1981, identificaram que é importante também este mesmo suporte para a família do paciente queimado⁶⁵, principalmente quando este for um paciente pediátrico, evitando, assim, para os pais e para a criança, o transtorno de estresse pós-traumático^{16,65,66}. Entretanto, Blumenfield e Reddish, em 1987, verificaram que o acompanhamento ambulatorial somente para a parte social não garante uma boa reabilitação do paciente queimado, sendo necessário um acompanhamento multidisciplinar^{59,62,67}. Estes autores identificaram um grupo de pacientes com pequenas e moderadas queimaduras, uma ausência de problemas físicos premórbidos ou psicopatologia e a presença de um adequado suporte financeiro e social. Enquanto que a maioria deste grupo readapta-se bem, alguns pacientes ainda continuam a evidenciar dificuldades em diversas áreas (por exemplo, distúrbios do sono e disfunções sexuais) por muitos anos após a queimadura^{1,59}.

TRATAMENTO

Muitas complicações e incapacidades associam-se com um prolongado período da doença, que podem ser prevenidas por um início de uma avaliação e tratamento precoces após o evento traumático²⁰⁻²².

O tratamento frequentemente é melhor executado com uma combinação de terapias farmacológicas ou não

farmacológicas. Os medicamentos podem ser necessários para controlar os sintomas psicóticos, que podem capacitar o paciente a tolerar e, assim, somente realizar psicoterapia^{20,21}.

Uma grande variedade de drogas tem sido utilizada para tratar sintomas específicos do transtorno do estresse pós-traumático, como os benzodiazepínicos para a ansiedade, anticonvulsivantes para a impulsividade e labilidade emocional e a clonidina para os pesadelos. Entretanto, os principais medicamentos utilizados são numerosos antidepressivos e betabloqueadores. Muitas pesquisas para encontrar a melhor medicação para o transtorno do estresse pós-traumático foram testadas clinicamente em veteranos de guerra. Os resultados de recentes estudos em civis demonstraram a fluoxetina, como a droga de escolha, mostrando sua eficácia em transtornos graves com dificuldades de relacionamento. Outras medicações, como a sertralina, a primeira medicação específica aprovada pelo FDA para o transtorno de estresse pós-traumático reduzem os sintomas num número pequenos de pacientes, principalmente em mulheres que sofreram agressões sexuais e físicas. A paroxetina reduz o número de revivências do evento. Os inibidores da mono-amina oxigenase (IMAOs) são representados principalmente pela fenelzina que trata reservadamente os transtornos do pânico, sendo preferível o uso dos inibidores seletivos da serotonina. Os betabloqueadores, ou melhor o propranolol, aliviam as respostas maníacas, os pesadelos e a re-experiência dos fatos decorrentes do incidente da queimadura^{20,21}.

O tratamento, geralmente, é complicado por comorbidades como o uso de substâncias psicoativas, sendo a principal o álcool. Na presença de uma depressão coexistente, o tratamento foca-se no transtorno do estresse pós-traumático pelo fato de que seu curso biológico e a resposta ao tratamento são diferentes da depressão maior^{20,21}.

O tratamento ideal do paciente sequelado por queimadura com transtorno de estresse pós-traumático consiste em terapia de grupo, terapia individual e familiar, manejo da ansiedade, dessensibilização e técnicas de relaxamento. Para adolescentes e crianças, a psicoterapia é a abordagem de escolha. "Flooding", uma técnica que envolve exposição prolongada ao estímulo adverso, tem sido utilizada com sucesso em veteranos de guerra e vítimas de desastres^{21,68}. Outras técnicas específicas utilizam o processo dos eventos traumáticos, entre tantos a hipnose⁶⁹.

Devemos lembrar o risco potencial de termos pacientes suicidas com transtorno de estresse pós-traumático, sendo sempre que necessária internação hospitalar quando indicada^{20,21}.

Outro fator importante, quando um membro da família é afetado pelo transtorno do estresse pós-traumático, os familiares deste podem experimentar abalos, medos, raiva e

dor devido ao estado da vítima. Ainda, pode causar sintomas similares como sentimentos de alienação e medo em torno da vítima. Outros membros da família podem encontrar dificuldades de conversar com uma pessoa com o transtorno de estresse pós-traumático. Distúrbios do sono e abuso (físico ou de substâncias) podem ser encontrados entre os membros desta família^{20,21}. Em vista disto, é necessário para os que apresentem os sintomas listados tenham um acompanhamento, para melhorar suas atividades familiares, quanto ao membro com o transtorno de estresse pós-traumático, principalmente o sequelado por queimadura, quanto sociais⁶⁵.

REFERÊNCIAS

1. Patterson DR, Everett JJ, Bombardier CH, Questad KA, Lee VK, Marvin JA. Psychological effects of severe burn injuries. *Psychol Bull.* 1993;113(2):362-78.
2. Franulic A, Gonzalez X, Trucco M, Vallejos F. Emotional and psychosocial factors in burn patients during hospitalization. *Burns.* 1996;22(8):618-22.
3. Lawrence JW, Heinberg LJ, Roca R, Munster A, Spence R, Fauerbach JA. Development and validation of the satisfaction with appearance scale: assessing body image among burn-injured patients. *Psychol Assess.* 1998;10:64-70.
4. Fauerbach JA, Heinberg LJ, Lawrence JW, Munster AM, Palombo DA, Richter D, et al. Effect of early body image dissatisfaction on subsequent psychological and physical adjustment after disfiguring injury. *Psychosom Med.* 2000;62(4):576-82.
5. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.* Porto Alegre:Artes Médicas;1997.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4th ed. Text Revision. New York: American Psychiatric Association;2000; p.463-8.
7. Hartford CE. Care of out-patients burns. In: Herndon DN, ed. *Total burn care.* London:W.B. Saunders;1996. p.71-80.
8. Freire E. *Trauma: a doença dos séculos.* São Paulo:Atheneu;2001.
9. Cunha MS, Milchesk DA, Nakamoto HA, Vana LPM, Faes JC, Sturtz GP, et al. Experiência do Serviço de Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev Bras Queimaduras.* 2001;1(1):10-3.
10. Liao CC, Rossignol AM. Landmarks in burn prevention. *Burns.* 2000;26(5):422-34.
11. De-Souza DA, Marchessan WG, Greene LJ. Epidemiological data and mortality rate of patients hospitalized with burns in Brazil. *Burns.* 1998;24(5):433-8.
12. Frank HA, Berry C, Wachtel TL, Johnson RW. The impact of thermal injury. *J Burn Care Rehabil.* 1987;8(4):260-2.
13. Leonardi DF, Laporte GA, Weber FA, Vasconcellos PS. The epidemiological study of pediatric burns: a retrospective analysis of two years. *Abstract Book of 11th Quadrennial Congress of International Society for Burn Injuries, Seattle, 2002.*

14. Taal L, Faber AW. Posttraumatic stress and maladjustment among adult burn survivors 1 to 2 years postburn: Part II: the interview data. *Burns*. 1998;24(5):399-405.
15. Curreri PW, Luterman A, Braun DW Jr, Shires GT. Burn injury: analysis of survival and hospitalization time for 937 patients. *Ann Surg*. 1980;192(4):472-8.
16. Gilboa D. Long-term psychosocial adjustment after burn injury. *Burns*. 2001;27(4):335-41.
17. Williams EE, Griffiths TA. Psychological consequences of burn injury. *Burns*. 1991;17(6):478-80.
18. Shakespeare V. Effect of small burn injury on physical, social and psychological health at 3-4 months after discharge. *Burns*. 1998;24(8):739-44.
19. Tedstone JE, Tarrier N. An investigation of the prevalence of psychological morbidity in burn-injured patients. *Burns*. 1997;23(7-8):550-4.
20. Shalev AY, Bonne O, Eth S. Treatment of posttraumatic stress disorder: a review. *Psychosom Med*. 1996;58(2):165-82.
21. Gore AT. Posttraumatic stress disorder. www.emedice.com, 2002.
22. Yehuda R, McFarlane AC. Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *Am J Psychiatry*. 1995;152(12):1705-13.
23. Kolman PBR. The incidence of psychopathology in burned adult patients: a critical review. *J Burn Care Rehabil*. 1983;4:430-6.
24. Brezel BS, Kassenbrock JM, Stein JM. Burns in substance abusers and in neurologically and mentally impaired patients. *J Burn Care Rehabil*. 1988;9(2):169-71.
25. MacArthur JD, Moore FD. Epidemiology of burns: the burn-prone patient. *JAMA*. 1975;231(3):259-63.
26. Noyes R Jr, Frye SJ, Slymen DJ, Canter A. Stressful life events and burn injuries. *J Trauma*. 1979;19(3):141-4.
27. Rockwell E, Dimsdale JE, Carroll W, Hansbrough J. Preexisting psychiatric disorders in burn patients. *J Burn Care Rehabil*. 1988;9(1):83-6.
28. Magne J. Aspects psychologiques de la brûlure. *Pathol Biol*. 2002;50(2):134-6.
29. Berry CC, Wachtel TL, Frank HA. An analysis of factors which predict mortality in hospitalized burn patients. *Burns Incl Therm Inj*. 1982;9(1):38-45.
30. Bereni-Marzouk B, Giacalone T, Wassermann D. Évolution comportementale du brûlé au cours de son hospitalisation. Bordeaux: communication au Congrès SFETB;1980.
31. Andreasen NJC, Norris AS, Hartford CE. Incidence of long-term psychiatry complications in severely burned adults. *Ann Surg*. 1971;174:785-91.
32. Krob MJ, Johnson A. The burned-and-battered adult: An unrecognized syndrome. Paper presented at the meeting of the American Burn Association, Chicago, 1986.
33. Sheridan RL, Hinson MI, Liang MH, Nackel AF, Schoenfeld DA, Ryan CM, et al. Long-term outcome of children surviving massive burns. *JAMA*. 2000;283(1):69-73.
34. Anzieu D. *Le moi-peau*. Paris:Dunod;1985.
35. Flechter RH, Flechter SW, Wagner EH. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 3ª ed. Porto Alegre:Artes Médicas;1996.
36. Dolto F. *L' image inconsciente du corps*. Paris:Seuil;1984.
37. Steenkamp WC, Van Der Merwe AE. The psychosocial functioning of nurses in a burn unit. *Burns*. 1998;24(3):253-8.
38. Altier N, Malenfant A, Forget R, Choiniere M. Long-term adjustment in burn victims: a matched-control study. *Psychol Med*. 2002;32(4):677-85.
39. Andreasen NJC, Norris AS. Long-term adjustment and adaption mechanisms in severely burned adults. *J Nervous Mental Dis*. 1972;154:352-62.
40. Blades BC, Jones C, Munster AM. Quality of life after major burns. *J Trauma*. 1979;19(8):556-8.
41. Chang FC, Herzog B. Burn morbidity: a follow-up study of physical and psychological disability. *Ann Surg*. 1976;183(1):34-7.
42. Sheffield CG 3rd, Irons GB, Mucha P Jr, Malec JF, Ilstrup DM, Stonington HH. Physical and psychological outcome after burns. *J Burn Care Rehabil*. 1988;9(2):172-7.
43. Fauerbach JA, Heinberg LJ, Lawrence JW, Bryant AG, Richter L, Spence RJ. Coping with body image changes following a disfiguring burn injury. *Health Psychol*. 2002;21(2):115-21.
44. Mateu LP, Hernandez JJC. Emotional aspects in burn patients: usage of a health state classification system. *Burns*. 1996;22(5):396-8.
45. Cheng S, Chan A, Fong S, Lam M, Leung A, Lee P, et al. Outcome studies for burn patients in Hong Kong: patient's satisfaction. *Burns*. 1996;22(8):623-6.
46. Tucker P. Psychosocial problems among adult burn victims. *Burns Incl Therm Inj*. 1987;13(1):7-14.
47. Ward HW, Moss RL, Darko DF, Berry CC, Anderson J, Kolman P, et al. Prevalence of postburn depression following burn injury. *J Burn Care Rehabil*. 1987;8(4):294-8.
48. White AC. Psychiatric study of patients with severe burn injuries. *Br Med J*. 1982;284(6314):465-7.
49. Adler A. Neuropsychiatric complications in victims of Boston's Cocoanut Grove disaster. *JAMA*. 1943;123:1098-101.
50. Ye EM. Psychological morbidity in patients with facial and neck burns. *Burns*. 1998;24(7):646-8.
51. Miller WC, Gardner N, Mlott SR. Psychosocial support in the treatment of severely burned patients. *J Trauma*. 1976;16(9):722-5.
52. Mlott SR, Lira FT, Miller WC. Psychological assessment of the burn patient. *J Clin Psychol*. 1977;33(2):425-30.
53. Larkin JM, Brahos GJ, Moylan JA. Treatment of carbon monoxide poisoning: prognostic factors. *J Trauma*. 1976;16(2):111-4.
54. Smith JS, Brandon S. Morbidity from acute carbon monoxide poisoning at three-year follow-up. *Br Med J*. 1973;1(5849):318-21.
55. Korloff B. Social and economic consequences of deep burns. In: Wallace AB, Wilkinson AW, ed. *Research in burns: Transactions of the 2nd international congress on research in burns*. Edinburgh:Livingstone. p.229-34.
56. Tudahl LA, Blades BC, Munster AM. Sexual satisfaction in burn patients. *J Burn Care Rehabil*. 1987;8(4):292-3.
57. Zeitlin REK. Long-term psychosocial sequelae of paediatric burns. *Burns* 1997;23:467-472.
58. Cooper R, Burnside I. Three years of an adult burns support group: an analysis. *Burns*. 1996;22(1):65-8.
59. Blumenfeld M, Reddish PM. Identification of psychologic impairment in patients with mild-moderate thermal injury: small burn, big problem. *Gen Hosp Psychiatry*. 1987;9(2):142-6.

60. Cobb N, Maxwell G, Silverstein P. Patient perception of quality of life after burn injury: results of an eleven-year survey. *J Burn Care Rehabil.* 1990;11(4):330-3.
61. Bowden L, Feller I, Tholen D, Davidson TN, James MH. Self-esteem of severely burned patients. *Arch Phys Med Rehabil.* 1980;61(10):449-52.
62. Wisely JA, Tarrier N. A survey of the need for psychological input in a follow-up service for adult burn-injured patients. *Burns.* 2001;27(8):801-7.
63. Partridge J, Robinson E. Psychological and social aspects of burns. *Burns.* 1995;21(6):453-7.
64. Davidson TN, Bowden ML, Tholen D, James MH, Feller I. Social support and post-burn adjustment. *Arch Phys Med Rehabil.* 1981;62(6):274-8.
65. LeDoux J, Meyer WJ 3rd, Blakeney PE, Herndon DN. Relationship between parental emotional states, family environment and the behavioural adjustment of pediatric burn survivors. *Burns.* 1998;24(5):425-32.
66. Kent L, King H, Cochrane R. Maternal and child psychological sequelae in paediatric burn injuries. *Burns.* 2000;26(4):317-22.
67. Van Loey NE, Faber AW, Taal LA. A European hospital survey to determine the extent of psychological services offered to patients with severe burns. *Burns.* 2001;27(1):23-31.
68. Kleve L, Robinson E. A survey of psychological need amongst adult burn-injured patients. *Burns.* 1999;25(7):575-9.
69. Patterson DR, Everett JJ, Burns GL, Marvin JA. Hypnosis for the treatment of burn pain. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60(5):713-7.

Trabalho realizado na Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Porto Alegre, RS, Brasil.