

Frequência de sintomas sugestivos de transtorno de estresse agudo em pacientes queimados

Frequency of symptoms suggestive of acute stress disorder in burn patients

Frecuencia de síntomas sugestivos de trastorno de estrés agudo en pacientes quemados

André Luiz Almeida Damaso¹, Raquel Mieco Minini², Sandra das Dores Souza³

1 Psicólogo Clínico e Hospitalar. Especialização em Urgência e Emergência pela Residência Multiprofissional em Saúde do do Hospital João XXIII. Belo Horizonte, Minas Gerais.

2 Psicóloga Clínica e Hospitalar. Mestra em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Preceptora e Docente da Residência Multiprofissional do Hospital João XXIII, Programa de Atenção em Urgência e Emergência. Belo Horizonte, Minas Gerais.

3 Psicóloga Clínica e Hospitalar. Mestra em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência Pela Universidade Federal de Minas Gerais. Tutora, Preceptora e Docente da Residência Multiprofissional do Hospital João XXIII, Programa de Atenção em Urgência e Emergência. Belo Horizonte, Minas Gerais.

RESUMO

As queimaduras são um sério problema de saúde pública devido aos altos custos financeiros e aos impactos físicos, psicológicos e sociais nos indivíduos afetados. Este artigo apresenta um estudo transversal, que investigou a possível ocorrência do transtorno de estresse agudo em pacientes vítimas de queimaduras, a partir do levantamento de sintomas sugestivos do

Autor de Correspondência:

*André Luiz Almeida Damaso. E-mail: psiandrealmeida@gmail.com

transtorno em pacientes hospitalizados em uma unidade de queimados, com base em uma amostragem não probabilística e de conveniência. Os resultados indicaram que a margem de transtorno de estresse agudo em pacientes que foram internados na unidade de queimados da instituição estudada está próxima à prevalência prevista pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, que é de 10%. A pesquisa mostra a importância de se considerar os impactos psicológicos das queimaduras e a necessidade de políticas públicas que possam ajudar a prevenir e tratar esses transtornos em pacientes afetados.

Palavras-chave: Transtornos de Estresse Traumático Agudo. Hospitalização. Queimaduras.

ABSTRACT

Burns are a serious public health problem due to the high financial costs and physical, psychological, and social impacts on affected individuals. This article presents a cross-sectional study that investigated the possible occurrence of acute stress disorder in burn patients by assessing symptoms suggestive of the disorder in patients hospitalized in a burn unit, based on a non-probabilistic convenience sample. The results indicated that the rate of acute stress disorder in patients admitted to the burn unit of the institution studied is close to the prevalence predicted by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, which is 10%. The research highlights the importance of considering the psychological impacts of burns and the need for public policies to prevent and treat these disorders in affected patients.

Keywords: Acute Traumatic Stress Disorders. Hospitalization. Burns.

RESUMEN

Las quemaduras representan un grave problema de salud pública debido a los altos costos financieros y a los impactos físicos, psicológicos y sociales en las personas afectadas. Este artículo presenta un estudio transversal que investigó la posible presencia de trastorno de estrés agudo en pacientes víctimas de quemaduras, mediante la evaluación de síntomas sugestivos del trastorno en pacientes hospitalizados en una unidad de quemados, utilizando una muestra no probabilística y de conveniencia. Los resultados indicaron que la tasa de trastorno de estrés agudo en pacientes ingresados en la unidad de quemados de la institución estudiada se encuentra cercana a la prevalencia prevista en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, que es del 10%. La investigación resalta la importancia de considerar los impactos psicológicos de las quemaduras y la necesidad de políticas públicas que puedan contribuir a prevenir y tratar estos trastornos en los pacientes afectados.

Palabras clave: Trastornos de Estrés Traumático Agudo. Hospitalización. Quemaduras.

INTRODUÇÃO

Segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras¹, anualmente o número de casos de pessoas que sofrem queimaduras no Brasil gira em torno de 1 milhão, sendo 60% desse montante queimaduras em pessoas adultas, e 80% das queimaduras ocorrendo em ambiente domiciliar. A taxa de mortalidade orbita na casa de 2.500 óbitos anuais².

As queimaduras são uma das principais causas de óbitos no mundo. A estimativa é de 180 mil mortes anuais, segundo a Organização Mundial de Saúde³. Elas ocupam o “quarto lugar como o tipo de trauma mais comum no mundo, após acidentes de trânsito, quedas e violência interpessoal”⁴.

As queimaduras não fatais são uma das principais causas de morbidade, o que gera um grave problema de saúde pública³. Além dos extensos gastos financeiros que o tratamento requer – o valor médio da diária de um leito de queimados é de R\$ 2.800,00⁵, valor superior ao gasto médio de um leito de UTI convencional, que custa R\$ 1.600,00⁶ -, a queimadura ainda afeta o indivíduo nos campos físico, psicológico e social. Elas são responsáveis por internações prolongadas e dolorosas, com grande potencial traumático, além de acarretar possíveis desfigurações e sequelas físicas, que podem levar à incapacidade e implicações subjetivas, como dificuldades de socialização, com prejuízo imensurável da saúde mental dos pacientes⁷.

Existem três fases distintas que estão relacionadas tanto com a recuperação física quanto com a psicológica do paciente. A primeira fase, conhecida como estágio crítico, de ressuscitação ou de estabilização, ocorre nas primeiras 72 horas após o acidente e é caracterizada pela instabilidade do paciente. Após a estabilização, o paciente entra na fase aguda de reabilitação, que envolve procedimentos bastante dolorosos e que, frequentemente, gera expectativas em relação aos resultados. Esses procedimentos ocorrem em um momento em que o paciente está mais consciente do impacto físico e psicológico do trauma. Por fim,

a terceira fase, chamada de reabilitação de longa duração, começa quando o paciente está prestes a receber alta hospitalar⁸.

Em muitos casos, para além da dor provocada pelo próprio evento traumático e sua constante revivência, a fase aguda de reabilitação tem em seu escopo a realização, com maior frequência, de procedimentos muito dolorosos, como banhos, troca de curativos e procedimentos cirúrgicos, como desbridamentos e as enxertias⁹, que podem desfigurar ainda mais o corpo do paciente. O corpo, ensanguentado e com a pele escurecida, é frequentemente exposto e é visto por pessoas que o paciente preferiria que não estivessem vendo-o nesse estado. A área queimada pode causar dor, e para evitar a infecção, é necessário aplicar medicação dolorosa. Como parte do processo de desbridamento, o tecido queimado precisa ser removido do corpo, o que também pode ser doloroso¹⁰. Finalmente, o paciente precisa passar por enxertos - um procedimento que cria feridas dolorosas, para que as lesões anteriores possam ser curadas.

Nesse contexto, o paciente pode ser obrigado a lidar com sentimentos de ansiedade ou medo, “(...) manifestando irritação, tensão, fadiga, depressão, dificuldade de concentração, diminuição do apetite e gradativa tolerância a dor”¹⁰, podendo até mesmo ser observada, certa sintomatologia psicótica, sendo muitas vezes seguidas pela manifestação de sintomas depressivos além de insônia, estado de alarme e labilidade emocional¹⁰.

Dentre os sintomas psíquicos possíveis de serem manifestados pelo paciente que sofreu queimaduras durante a hospitalização, estão os sintomas sugestivos de TEA, tema de estudo deste trabalho. Essas reações emocionais, quando presentes, podem tornar o cuidado desses pacientes muito estressante também para a equipe que o acompanha.

O TEA é uma resposta disfuncional, intensa e

desagradável, que tem início logo após um evento profundamente traumático¹¹. O TEA pode durar de 3 a 30 dias, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)¹², e se manifesta após exposição a episódio de ameaça de morte, lesão grave ou violação sexual. Pode ser diagnosticado a “partir de presença de nove (ou mais) sintomas de qualquer uma das cinco categorias de intrusão, humor negativo, dissociação, evitação e excitação, começando ou piorando depois da ocorrência do evento traumático”¹².

Quando ultrapassa esse período temporal - depois de trinta dias da exposição ao trauma -, o TEA pode progredir para o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Entre os dois transtornos, há poucas mudanças, que podem ser notadas através dos critérios diagnósticos de acordo com o DSM-V. Entre elas, pode ser observado que, enquanto para o TEA existe a necessidade da presença de 9 em uma lista de 14 possíveis sintomas, a Associação Americana de Psiquiatria indica ser necessária a presença de 6 em 20 sintomas possíveis. Isso, tendo em vista a expansão da sintomatologia presente no grupo referente ao humor negativo, que considera o agravamento de alguns sintomas ao longo do espaço temporal transcorrido - com ênfase para os impactos sociais provenientes da alienação do paciente em relação a outras pessoas, muito fortalecida pelo estado emocional persistentemente negativo.

Cerca de metade das pessoas que desenvolvem TEPT apresentam, inicialmente, transtorno de estresse agudo¹². O TEPT pode ser diagnosticado dentro dos primeiros 3 meses, mas também pode ter o seu início de forma tardia, com possibilidade de ocorrer até 6 meses após o evento traumático¹². Apesar de muitos pacientes recuperarem-se dos efeitos agudos do estresse, da ansiedade e da depressão após a alta hospitalar, uma proporção significativa desenvolve tardiamente sintomas pós-traumáticos¹³.

No geral, pacientes acometidos por TEA são submetidos a um grande sofrimento psicológico.

Mas o sofrimento psicológico posterior à exposição do evento causado da queimadura pode ser bastante variável. Ele perpassa bastante por sintomas que derivam de sentimentos de ansiedade e medo, mas também podem compreender sintomas disfóricos e anedônicos, sintomas dissociativos, externalizações de tristeza, raiva e agressividade¹².

Prevalência

Quanto aos índices de prevalência de TEPT ao longo da vida, o DSM-III, que ainda não contava com a descrição de TEA no seu corpo teórico, apontava achados em que o índice da patologia girava entre 7,8% a 12,3% na população geral¹⁴. Já o DSM IV, apesar de apontar taxas variando de 14% a 33%, pontua sobre a dificuldade de acurácia, já que até a última atualização da versão (DSM-IV-TR, datada nos anos 2000), ainda existiam pouquíssimas pesquisas sobre o tema¹². Em revisões posteriores, encontrou-se resultados variando entre 9,2 a 13,6, na população geral¹⁴.

Por fim, o DSM V traz dados mais específicos sobre a prevalência do TEA, com a tendência de ser encontrado em cerca de 20% em casos que não envolvem agressão interpessoal, “em 13 a 21% dos acidentes automobilísticos, em 14% das lesões cerebrais traumáticas leves, em 19% dos furtos, em 10% das queimaduras graves e em 6 a 12% dos acidentes industriais”¹².

As pesquisas referentes ao desenvolvimento de TEPT e TEA em pacientes que sofreram queimaduras, e que utilizam como base diagnóstica o DSM-IV, são escassas. É menor ainda o número de pesquisas que tratam dessa temática e que se baseiam nos critérios diagnósticos do DSM-V. Dessa forma, para realizar a investigação e a comparação do índice de TEA, este estudo se baseia no percentual de prevalência de 10% das vítimas de queimaduras, fornecido pelo próprio DSM-V¹², que era a edição vigente no momento de término da coleta de dados e começo de análise dos resultados. Posteriormente, foi lançada uma edição atualizada do DSM V, o DSM-V-TR¹⁵, mas que não

trouxe nenhuma alteração ou atualização quanto ao conteúdo relacionado ao tema desta pesquisa.

Este artigo tem como objetivo investigar a frequência de Transtorno de Estresse Agudo (TEA) em pacientes vítimas de queimaduras, a partir do levantamento de sintomas sugestivos do transtorno em pacientes hospitalizados em uma unidade de tratamento de queimados.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, em que a observação das variáveis e a coleta das informações foram realizadas em uma unidade de tratamento de queimados de um hospital público estadual de pronto-socorro em Minas Gerais.

Esta pesquisa contou com parecer positivo do Comitê de Ética da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (CEP-FHEMIG), cumprindo a Resolução 466/2012 do CNS-MS, sendo o Número do Parecer: 5.576.460.

Para a realização do estudo, trabalhou-se com uma amostragem não probabilística, de conveniência. A amostra foi selecionada por meio de consulta ao caderno de registros da unidade, tendo como recorte para o estudo os prontuários dos pacientes que foram acompanhados na unidade de tratamento de queimados no período de janeiro a dezembro de 2021.

O caderno de registros é gerenciado pela equipe de Enfermagem (técnicos de enfermagem e enfermeiros), e registra dados referentes à admissão e à saída de pacientes do setor, incluindo os seguintes dados: data - leito - horário de saída ou entrada - nome - idade - procedência - número de registro - número de prontuário - ocorrência (se alta, óbito ou transferência) - assinatura do funcionário. Por ser um livro preenchido manualmente, observa-se a possibilidade do não registro de algum paciente, por falha propriamente humana, erros gramaticais ou de ilegibilidade do padrão da escrita manual.

Os critérios de inclusão dos prontuários utilizados foram:

- 1 - Prontuários que tenham registros elaborados pelas equipes de Psicologia, de Psiquiatria e de Clínica Médica;
- 2 - Pacientes maiores de 18 anos, do sexo masculino e feminino;
- 3 - Pacientes classificados como médio ou grande queimados, que tiveram admissão e alta hospitalar na UTQ no período entre janeiro e dezembro de 2021.

Foram excluídos da amostra:

- 1 - Pacientes que não contemplaram o tempo mínimo de internação de 30 dias, que seria o espaço temporal máximo de manifestação de TEA.

A coleta de dados de prontuários consistiu no levantamento da ocorrência de sintomatologia sugestiva de transtorno de estresse agudo em adultos, segundo classificação do DSM-V. Para isso, foi utilizado, como base, um formulário, de própria autoria (ANEXO 1), que busca a descrição de sintomas que podem se encaixar na classificação proposta pelo DSM-V. À medida que as informações eram ou não encontradas nos registros dos profissionais nos prontuários, as colunas foram assinaladas como "afirmado", nos casos em que o sintoma foi relatado pelo paciente e registrado pelo profissional; como 'Negado', nos casos em que o paciente nega sentir o sintoma descrito; e 'Sem registro', nos casos em que não há afirmação ou negação da presença do sintoma pelo paciente ou pelo fato do profissional não ter relatado expressamente no prontuário.

Não foi realizado o levantamento de dados a partir das evoluções de prontuário da equipe da clínica médica ou demais especialidades médicas que compõem a UTQ, tendo em vista que a queimadura se configura como um dos contextos mais complexos de um hospital de urgência e emergência, com muitas variáveis rondando e acompanhando o tratamento. A equipe médica não consegue avaliar todos os detalhes e, por conta disso, geralmente não

tece muitos detalhes sobre impressões emocionais do paciente. Esse é um dos fatos que demonstra a necessidade de uma equipe multiprofissional para um atendimento integralizado do paciente.

Considerou-se que há a possibilidade de flexibilização na forma como a sintomatologia listada é descrita. Dessa forma, o roteiro foi usado apenas como parâmetro de busca. Pondera-se também que, no caso de informações não encontradas no prontuário, isso não significa, necessariamente, que a sintomatologia listada no formulário não tenha ocorrido, mas talvez não tenha sido registrada em prontuário. Após a realização do levantamento da ocorrência de sintomatologia sugestiva de TEA, os dados encontrados foram analisados à luz da literatura existente sobre o tema.

RESULTADOS

A amostra da pesquisa, levando em conta os critérios

de inclusão e exclusão, contou com 63 pacientes elegíveis, ou seja, 63 prontuários estudados, sendo 30 pacientes do sexo masculino (47,6%) e 33 pacientes do sexo feminino (52,4%), com média de idade de 40 anos. Nesta amostra estudada, não foi encontrada uma grande diferenciação entre as associações de sintomas com a variante sexo, logo desconsiderou-se esse tipo de correlação.

A maioria dos pacientes (46 ou 56%) se queimou em acidentes domésticos, frente a 11 (17%) vítimas de agressões interpessoais, 8 (13%) tentativas de autoextermínio (TAE), 7 (11%) acidentes de trabalho e 2 (3%) acidentes de trânsito. Um estudo realizado por Leão et al¹⁶, na mesma instituição em que foram originados os dados deste trabalho, identificou, em levantamento de 687 prontuários, o percentual de 79% de queimaduras acidentais, seguido de 12% de tentativas de autoextermínio e 9% de agressões.

A Tabela 01 condensa os resultados encontrados levando-se em conta a totalidade dos 63 prontuários.

Tabela 01 - Percentuais de sintomas encontrados nos prontuários pesquisados.

SINTOMAS	Afirmado	Negado	Sem registro
Lembranças angustiantes recorrentes, involuntárias e intrusivas do evento que provocou a queimadura.	33,3%	41,26%	25,39%
Sonhos recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o afeto do sonho estão relacionados ao evento que provocou a queimadura.	23,8%	42,85%	33,3%
Reações dissociativas, tipo <i>flashbacks</i> , nas quais o paciente sente ou age como se o evento traumático estivesse acontecendo novamente .	03,18%	42,85%	53,96%
Sintomas de sofrimento psicológico intenso.	66,6%	28,57%	4,76%
Incapacidade persistente de vivenciar ou sentir emoções positivas.	7,93%	46,03%	46,03%
Noção de realidade alterada acerca de si mesmo ou do ambiente ao redor.	0%	46,03%	53,96%
Incapacidade de recordar um aspecto importante do evento que provocou a queimadura.	01,58%	46,03%	52,38%
Esforços para evitar memórias, pensamentos ou sentimentos angustiantes associados com o evento.	03,17%	46,03%	50,79%

Esforços para evitar lembranças externas associadas ao evento.	04,76%	46,03%	49,20%
Distúrbio do sono.	61,90%	26,98%	11,11%
Irritabilidade ou explosões exacerbadas.	17,46%	39,68%	42,85%
Hipervigilância.	09,52%	42,85%	47,61%
Dificuldade de concentração.	04,76%	44,44%	50,79%
Resposta exagerada de sobressalto.	07,93%	42,85%	49,20%

Fonte: Dados extraídos da análise de prontuários eletrônicos.

DISCUSSÃO

A literatura afirma que uma proporção considerável 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”¹⁷. Nesta pesquisa, foi encontrada uma porcentagem superior, com as TAEs correspondendo ao total de 13% das internações, com um índice de 62,5% das TAEs sendo tentativa repetida de autoextermínio – 5 das 8 TAEs relatadas registradas.

Encontraram-se resultados significantes no que diz respeito aos sintomas referentes a “Lembranças angustiantes recorrentes, involuntárias e intrusivas”, presentes em 21 dos pacientes que compõem a amostra; “Sonhos angustiantes recorrentes”, citados em 15 dos prontuários; “Comportamento irritadiço e surtos de raiva” encontrados em 11 prontuários; e de forma mais citada, o “Sofrimento psicológico intenso ou prolongado”, com 42 das respostas positivas e “Perturbação do sono”, com 39 relatos em diferentes pacientes.

Quanto aos resultados gerais, os altos índices de sintomas não registrados chamam a atenção. Destaca-se a categoria “Noção de realidade alterada acerca de si mesmo ou do ambiente ao redor”, em que não foi encontrada nenhuma afirmativa, ao mesmo tempo em que conta com 53,96% dos prontuários não apresentando relatos sobre a sua existência.

No resultado geral da análise dos 63 prontuários, 9 pacientes (14,28%) relataram ao menos 5 sintomas sugestivos de TEA, mas sem relato sobre diversos outros, demonstrando um indicativo da presença de TEA girar perto da média indicada pelo DSM-V.

Os sintomas de “Sofrimento psicológico intenso ou prolongado” (66,6%) e de “Perturbação do sono” (61,90%) estão presentes em larga escala nos prontuários pesquisados, mas também podem estar associados de forma direta com o tratamento, como um todo. A experiência do acidente, da vivência hospitalar e de tudo o que deriva disso, intensificam os aspectos emocionais naturais do ser humano – como a ansiedade, medo e tristeza e os aspectos orgânicos, como as dores no corpo (sintoma comum em feridas de queimadura), ocorrência de secreções, sensação de prurido, coceiras e mobilidade reduzida (em alguns casos, as feridas de queimadura podem limitar o paciente, podendo tornar difícil encontrar uma posição confortável para dormir, por exemplo). Esses fatores podem levar a uma variedade de distúrbios do sono, como insônia, apneia do sono e transtornos do movimento durante o sono.

Os sintomas considerados nas categorias “lembanças angustiantes recorrentes, involuntárias e intrusivas” (33,3%) e “sonhos angustiantes recorrentes” (23,8%) são sintomas clássicos e indicativos ‘padrão ouro’ para TEA e apontam para a necessidade de maior atenção

a pacientes que apresentam tais sintomas pois, embora o TEA seja um diagnóstico transitório, “as intervenções nessa fase aguda já podem servir como prevenção secundária para o TEPT”¹⁸. Intervenções precoces para sintomas que sugerem possível diagnóstico de estresse agudo podem significar a redução ou desaparecimento nos primeiros 30 dias após o evento traumático. Em alguns casos, se o tratamento adequado não for fornecido, a desordem observada pode persistir e evoluir para TEPT. Se os sintomas continuarem após esse período, podem ser considerados um quadro crônico, aumentando o risco de comorbidades para outros transtornos¹⁸. Tendo em vista esta questão, podemos pensar que ter uma boa rede de apoio, a fim de garantir a presença da família, apoio psicológico e a construção de bons vínculos com a equipe de saúde, pode conduzir a pessoa a “resolver o impasse de maneira positiva, levando assim ao desenvolvimento e à aquisição de novas habilidades; ou negativa, gerando uma consequência danosa, que irá provocar sofrimento e desenvolvimento de possíveis psicopatologias imediatas ou a longo prazo¹⁹, como é o caso do próprio TEPT e suas comorbidades, como transtorno de humor, transtornos de ansiedade, transtorno dissociativo, abuso de substâncias, tentativas de suicídio e transtorno somatoforme²⁰.

CONCLUSÕES

Essa pesquisa teve como objetivo investigar a frequência de sintomatologia de TEA em pacientes adultos internados em uma unidade de tratamento de queimados de um hospital público estadual, com base nos critérios do DSM-V e que foram revalidados pelo DSM-V-TR.

A partir dos dados encontrados, constata-se que a margem de TEA em pacientes hospitalizados na unidade de queimados da instituição estudada está

próxima à margem prevista pelo DSM-V, que é a ocorrência do transtorno em 10% dos pacientes. A confirmação desse índice reafirma a necessidade de estipular uma linha de cuidados específicos que envolva família, paciente e equipe de saúde – levando em consideração a integralidade do cuidado, que consiste no bom encaminhamento para rede e correta orientação do paciente e de familiares -, na tentativa de minimizar os desdobramentos psíquicos negativos e possíveis reinternações.

Nota-se que o sofrimento psíquico é intrínseco ao acontecimento causador da queimadura e de seus desdobramentos e impacta diretamente na qualidade da recuperação do paciente. O diagnóstico precoce do TEA é fundamental para ajudar a prevenir sua cronificação e o desenvolvimento de TEPT, condição de saúde mental mais grave e que pode afetar a qualidade de vida do paciente a longo prazo.

Ressalta-se que o cuidado com as queimaduras, desbridamentos e enxertos é importante para o aspecto estético final da cicatrização, mas também é importante lembrar que as cicatrizes e sequelas físicas podem ter impacto significativo na saúde mental e no bem-estar emocional das pessoas afetadas. Além disso, o uso de órteses, máscaras moldáveis e vestimentas compressivas podem ajudar na recuperação das sequelas corporais e reduzir a possibilidade da pessoa reviver o evento traumático.

O trabalho de elaboração psicológica pode ser útil para ajudar a pessoa a lidar com o trauma emocional causado pela queimadura. Isso pode envolver a identificação de pensamentos ou crenças negativas que podem estar contribuindo para a ansiedade ou depressão, e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para ajudar a pessoa a lidar com esses sintomas. É importante lembrar que cada pessoa é única e pode ter uma resposta diferente a um evento traumático, por isso é fundamental que o tratamento seja adaptado às necessidades individuais da pessoa.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ). Org.: Lopes DC, Ferreira ILG, Adorno J. Manual de queimaduras para estudantes [Internet]. 2021 [citado 01 março 2023]. Disponível em: <https://www.fepecs.edu.br/wp-content/uploads/2021/11/Manual-de-Queimaduras-para-Estudantes-2.pdf>
2. Ribeiro DRND, Cruvinel SS, Costa PA, Valente HCO, Costa TRB. Perfil epidemiológico dos pacientes queimados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev Bras Cir Plást* [Internet]. 2021 [citado 20 setembro 2023]; 36(2):181-187. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2021RBCP0065>
3. Organização Mundial de Saúde (OMS). Burns. [Internet]. 2018 [citado 01 março 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>
4. Padua GAC, Nascimento JM, Quadrado ALD, Perrone RP, Junior SCS. Epidemiologia dos pacientes vítimas de queimaduras internados no Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados da Santa Casa de Misericórdia de Santos. *Rev. Bras. Cir. Plást.* [Internet]. 2017 [citado 01 março 2023]; 32(4): 550-555. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/zdQNLqVQXtQfSzjYNYFMgtD/?lang=pt>
5. Anami EHT. Análise dos custos de pacientes internados em um centro universitário de referência no tratamento de queimaduras [tese]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde; 2015. 82 p
6. Campos FCC, Canabrava CM. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. *Saúde em Debate* [Internet]. 2020 [citado 01 março 2023]; 44(spe4): 146-160. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E409>
7. Costa EF, Oliveira LSM, Corrêa VAC. Sobre a forma ocupacional após acidente por queimaduras. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar; São Carlos.* [Internet]. 2017 [citado 01 março 2023]; 25(3): 543-551. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1012>
8. Carlucci VDS, Rossi LA, Ficher AMFT, Ferreira E, Carvalho EC. A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet] 2007 [citado 01 março 2023]; 41(1):21-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000100003>
9. Echevarría-Guanilo ME, Gonçalves N, Farina JA, Rossi LA. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde no primeiro ano após a queimadura. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* [Internet] 2016 [citado 01 março 2023]; 20(1):155-166 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/CLb639mw8PbwhQVR7YVXzYz/?format=pdf&lang=pt>
10. Siqueira FMB, Juliboni EPK. O papel da atividade terapêutica na reabilitação do indivíduo queimado na fase aguda [Internet]. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos* [Internet] 2000 [citado 01 março 2023]; 8(2): 79 - 91. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/239/192>
11. Barnhill JH. Transtorno de estresse agudo. MD, New York-Presbyterian Hospital [Internet] 2020 [citado 01 março 2023]. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psiqui%C3%A1tricos/ansiedade-e-transtornos-relacionados-a-estressores/transtorno-de-estresse-agudo-tea?query=Transtorno%20de%20estresse%20agudo>
12. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.
13. Medeiros LG, Kristensen CH, Almeida RMM. Estresse pós-traumático em pacientes vítimas de queimaduras: uma revisão da literatura. *Aletheia* [Internet] 2009 [citado 01 março 2023]; (29): 177-189. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000100015&lng=pt.
14. Sbardelloto G, Schaefer LS, Justo AR, Kristensen CH. Transtorno de Estresse Pós-Traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Psico-USF* [Internet] 2011 [citado em 01 de março de 2023]; 16(1):67-73. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401036084008>
15. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5-TR), Text Revision*. Washington, DC, Associação Psiquiátrica Americana, 2022
16. Leão CEG, Andrade ES, Fabrini DS, Oliveira RA, Machado GLB, Gontijo LC. Epidemiologia das queimaduras no estado de Minas Gerais. *Rev. Bras. Cir. Plást.*[Internet] 2011

[citado 01 março 2023]; 26(4):573-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/yZ3rD8gXyVmLhdQtLmSWL4Q/>

17 Laporte GA, Leonardi DF. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes com sequelas de queimaduras. *Rev Bras Queimaduras*. [Internet] 2010 [citado 01 março 2023]; 9(3):105-114. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/44/pt-BR/transtorno-de-estresse-pos-traumatico-em-pacientes-com-sequelas-de-queimaduras>

18 Schaefer LS, Lobo BOM, Kristensen CH. Reações pós-traumáticas em adultos: como, por que e quais aspectos avaliar? *Temas psicol*. [Internet] 2012. [citado 01 março 2023]; 20(2): 459-478. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100008&lng=pt&tlng=pt

bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2012000200014&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2012.2-14>.

19 Sá SD, Werlang BSG, Paranhos ME. Intervenção em crise. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. [Internet] 2008. [citado 01 março 2023]; 4(1): 0-0. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100008&lng=pt&tlng=pt.

20 Margis R. Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou exceção? *Braz J Psychiatry*. [Internet] 2003. [citado 01 março 2023]; Disponível em: 25: 17-20. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500005>

APÊNDICE

Roteiro de sintomas a serem identificados nos prontuários selecionados para a pesquisa

SINTOMAS	Afirmada	Negada	Sem registro no prontuário
Lembranças angustiantes recorrentes, involuntárias e intrusivas do evento que provocou a queimadura.			
Sonhos recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o afeto do sonho estão relacionados ao evento que provocou a queimadura.			
Sonhos recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o afeto do sonho estão relacionados ao evento que provocou a queimadura.			
Sonhos recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o afeto do sonho estão relacionados ao evento que provocou a queimadura.			
Reações dissociativas, tipo <i>flashbacks</i> , nas quais o paciente sente ou age como se o evento traumático estivesse acontecendo novamente – pode envolver perda completa de percepção do ambiente ao redor.			
Sintomas de sofrimento psicológico intenso (ansiedade, medo, disforia ou anedonia, tristeza, raiva ou agressividade intensa) ou reações fisiológicas acentuadas em resposta a sinais que simbolizem algum aspecto do evento traumático			
Incapacidade persistente de vivenciar ou sentir emoções positivas			
Noção de realidade alterada acerca de si mesmo ou do ambiente ao redor.			

Incapacidade de recordar um aspecto importante do evento que provocou a queimadura.			
Esforços para evitar memórias, pensamentos ou sentimentos angustiantes associados com o evento.			
Esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) associadas ao evento.			
Distúrbio do sono.			
Irritabilidade ou explosões exacerbadas.			
Hipervigilância.			
Dificuldade de concentração.			
Resposta exagerada de sobressalto.			

DATA DE SUBMISSÃO: 05/06/23 | DATA DE ACEITE: 26/10/23

