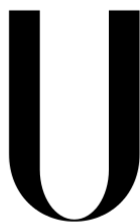


**UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**LISBOA**

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM QUEIMADOS:**

DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO DE TRIAGEM PSICOLÓGICA PARA  
PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE QUEIMADOS DO HOSPITAL DE S. JOSÉ-  
CHLC-E.P.E.

**Maria Cristina Pereira Martins**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)

**2013**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM QUEIMADOS:**

DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO DE TRIAGEM PSICOLÓGICA PARA  
PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE QUEIMADOS DO HOSPITAL DE S. JOSÉ-  
CHLC-E.P.E.

**Maria Cristina Pereira Martins**

**Dissertação orientada por: Prof.<sup>a</sup> Doutora Luísa Barros**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)**

**2013**

## Índices

Índice Geral .....	i
Índice Tabelas.....	iii
Índice Quadros .....	iv
Índice Anexos .....	iv
Agradecimentos .....	v
Resumo.....	vi
Abstract .....	vii
Bibliografia .....	64
Lista De Abreviaturas .....	68

## ÍNDICE GERAL

1	INTRODUÇÃO .....	1
1.1	Acidente com Queimaduras.....	1
1.2	A experiência do Doente Queimado durante o Internamento .....	2
1.2.1	Fase de Admissão .....	3
1.2.2	Fase de Cuidados Intensivos .....	3
1.2.3	Fase de Recuperação em Internamento .....	3
1.2.4	Fase de Reintegração .....	4
1.3	Reações Psicológicas do Paciente Queimado .....	5
1.4	Fatores de Risco e Facilitadores em Queimados.....	8
1.4.1	Fatores de Risco .....	9
1.4.2	Fatores Protetores ou Facilitadores .....	12
1.5	Avaliação Psicológica em Queimados .....	13
1.5.1	Metodologias e Instrumentos de Avaliação.....	15
1.6	A Unidade de Queimados do Hospital de S. José – CHLC, EPE.....	17
1.7	A Psicologia Clínica na Unidade de Queimados do Hospital de S. José – CHLC, EPE ..	17
2	OBJETIVOS .....	18
2.1	Objetivo Geral .....	18
2.2	Objetivos específicos.....	19
3	METODOLOGIA.....	20
3.1	População .....	20
3.2	Instrumentos .....	20

3.2.1	Ficha de Identificação do Paciente.....	20
3.2.2	“Instrumento de Avaliação Psicológica em Queimados” .....	21
3.2.3	“Ânimo” e “Desconforto Emocional” - Escala “Qualidade de Vida e Desconforto Emocional em Doentes Queimados” .....	23
3.3	Metodologia do Estudo.....	25
3.3.1	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond e Snaith, 1983).....	25
3.3.2	Impact of Events Scale-Revised (IES-R; Weiss & Marmar, 1997) .....	27
3.4	Procedimento Metodológico .....	29
3.5	Procedimento Estatístico .....	30
4	RESULTADOS .....	32
4.1	Características da Amostra.....	32
4.1.1	Caracterização Sócio-Demográfica.....	32
4.1.2	Caracterização das Queimaduras, Acidente e Problemas Associados.....	34
4.1.3	Antecedentes de Morbilidade Psicológica ou Psiquiátrica .....	37
4.2	Avaliação Psicológica da Amostra .....	37
4.2.1	Estudos Prévios .....	37
4.2.2	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	39
4.2.3	Impact of Events Scale-Revised (IES-R) .....	40
4.2.4	“Instrumento de Avaliação Psicológica em Queimados” .....	41
4.2.5	Itens “Ânimo” e “Desconforto Emocional” - Escala “Qualidade de Vida e Desconforto Emocional em Doentes Queimados” .....	46
4.3	ANÁLISE DAS CORRELAÇÕES .....	47
4.3.1	Correlações entre dimensões da Checklist “Sintomas e Preocupações” .....	47
4.3.2	Correlações entre HADS e Checklist “Sintomas e Preocupações” .....	48
4.3.3	Correlações entre Checklist “Sintomas e Preocupações” e a IES.....	49
4.3.4	Associações entre Ânimo e nível de Desconforto Emocional, dimensões da HADS, da Checklist – Sintomas e Preocupações e da IES-R .....	50
4.4	AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE CONFRONTO - “O que tem feito para lidar com as queimaduras e com o internamento?” .....	51
4.5	DIFERENÇAS NAS VARIÁVEIS INTERCALARES EM ESTUDO EM FUNÇÃO DO GÉNERO	52
4.5.1	Diferenças na “Ansiedade-total”, na “Ansiedade associada às sequelas das queimaduras” e no Resultado Total da Checklist “Sintomas e Preocupações” em função do género	52
4.5.2	Associações entre Ânimo e nível de Desconforto Emocional e as dimensões da HADS, da Checklist “Sintomas e Preocupações” e da IES-R em função do género .....	53
5	DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	55

5.1	Depressão, Ansiedade e Sintomatologia Pós-Traumática .....	55
5.2	Fatores de risco para o desenvolvimento de morbidade psicológica e perturbações de adaptação.....	56
5.3	Estudar a viabilidade da aplicação e os resultados obtidos com o Instrumento de triagem psicossocial “Avaliação Psicológica em Queimados” .....	58
5.4	Estudo da utilidade das dimensões “Ânimo” e “Desconforto Emocional” da escala “Qualidade de Vida e Desconforto Emocional em Doentes Queimados”, para identificação sintomatologia depressiva e ansiosa .....	61
6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	61
7	CONCLUSÕES.....	62

## ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 - Análise da Distribuição Normal das variáveis intercalares em estudo.....	30
Tabela 2 - Análise da Homogeneidade de Variância das variáveis intercalares em estudo .....	31
Tabela 3-Estudo das diferenças da variável idade .....	33
Tabela 4 – Dados Sócio-demográficos da amostra .....	33
Tabela 5 – Caracterização das Queimaduras .....	35
Tabela 6 – Tipo de Acidente e Causas das Queimaduras.....	36
Tabela 7 – Problemas Associados .....	36
Tabela 8 – Antecedentes de morbidade psicológica e psiquiátrica da amostra .....	37
Tabela10 - Médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos, percentis e intervalos de confiança 95% da HADS .....	39
Tabela 11 - Médias, desvio-padrão, amplitudes, percentis e intervalos de confiança 95% da Impact of Event Scale-R.....	40
Tabela 12 - Médias, desvios-padrões, amplitudes, percentis e intervalos de confiança 95% da Checklist – “Avaliação do Risco” .....	41
Tabela 13 – Nível de Risco de cada paciente de acordo com resultado na Checklist.....	42
“Avaliação do Risco”, na HADS – Total e na IES-R-Total (Wisely e col., 2007).....	42
Tabela 14 - Médias, desvios-padrão, amplitudes, percentis e intervalos de confiança 95% das sub-escalas da Checklist “Sintomas e Preocupações” .....	43
Tabela 15 -Distribuição nº pacientes segundo com o resultado SP-Total .....	44
por grau de gravidade dos problemas (Wisely e col., 2007).....	44
Tabela 17 - Nível de Risco de cada paciente de acordo com resultado nas Checklists .....	45
“Avaliação do Risco” e “Avaliação de Sintomas e Preocupações”, na HADS - Total na.....	45
IES-R-Total (Wisely e col., 2007).....	45

Tabela 18 - Estatística descritiva dos itens Ânimo e Desconforto emocional do questionário “Qualidade de Vida e Desconforto Emocional em doentes queimados” .....	46
Tabela 19 - Matriz de correlações entre as dimensões da HADS, da Checklist – Sintomas e Preocupações e da IES-R, utilizando a correlação bivariada de Spearman .....	47
Tabela 20 - Matriz de correlações entre as dimensões da HADS, da Checklist – Sintomas e Preocupações e da IES-R e os dois itens da QVED-DQ, utilizando a correlação bivariada de Spearman .....	50
Tabela 21 – Frequência das diferentes Estratégias de Confronto para lidar com queimaduras e internamento .....	51
Tabela 22 - Diferenças na ansiedade-total, na ansiedade associada às sequelas das queimaduras e na soma dos 22 itens de Sintomas e Preocupações em função do género, utilizando o t-student.....	52
Tabela 23 - Diferenças na HADS-ansiedade, HADS-depressão, HADS-total, ansiedade associada ao tratamento, depressão, PTSD, intrusão, evitamento, hipervigilância e IES-R-total em função do género, utilizando o Mann-Whitney .....	53
Tabela 24 - Matriz de correlações entre as dimensões da HADS, da Checklist “Sintomas e Preocupações” e da IES-R e os dois itens da QVED-DQ, utilizando a correlação bivariada de Spearman, em função do género.....	54

## ÍNDICE QUADROS

Quadro1- Resumo dos instrumentos clínicos a ser utilizados na investigação .....	29
Quadro 2 - Classificação resultados Checklist “Avaliação do Risco”, HADS e IES-R em Níveis de Risco (Wisely e col., 2007).....	42

## ÍNDICE ANEXOS

ANEXO I - Parecer do Conselho de Administração e Comissão de Ética do CHLC-E.P.E. ....	70
ANEXO II - Protocolo de Consentimento Informado.....	73
ANEXO III - Ficha de Identificação do Paciente .....	74
ANEXO IV - “Instrumento de Avaliação Psicológica em Queimados” - “Avaliação do Risco .....	76
ANEXO V - “Instrumento de Avaliação Psicológica em Queimados” - “Avaliação de Sintomas e Preocupações” .....	77
ANEXO VI – Escala “Qualidade de Vida e Desconforto Emocional em Doentes Queimados” ....	78
ANEXO VII - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) .....	79
ANEXO VIII - Impact of Events Scale-Revised (IES-R) .....	80
ANEXO XIX – Resumo da Experiência Profissional (cd-rom) .....	82

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus e à Hortense por Tudo na minha Vida.*

*Ao meu marido por todo o Amor, Incentivo, Apoio e Paciência.*

*Aos meus filhos pelo grande Incentivo com a sua Alegria.*

*À Professora Dra. Luísa Barros pela sua Orientação, Disponibilidade e Ajuda ao longo deste ano.*

*À Dra. Luzia Travado pelo exemplo de rigor técnico-científico no exercício profissional e por todo o seu Incentivo à realização deste trabalho.*

*Às minhas colegas da Unidade de Psicologia Clínica do Hospital de S. José – CHLC-EPE, pelo seu Apoio e Incentivo durante este período e pelo trabalho diário em Equipa, enriquecedor a nível profissional e pessoal.*

*À Dra. Nélia Rebelo da Silva e à Dra. Maria Angélica Almeida pelo Apoio dado à realização deste projeto.*

*Aos profissionais de saúde da Unidade de Queimados pelo trabalho em Equipa Multidisciplinar no sentido de atendermos às necessidades destes pacientes, promover a sua recuperação física e emocional e a sua Qualidade de Vida.*

*A todos os pacientes queimados e seus familiares pelo seu contributo, ao longo dos anos, no meu desenvolvimento profissional e pessoal.*

**Muito Obrigada!**

## **RESUMO**

O acompanhamento psicológico promove um confronto adaptativo dos pacientes queimados com as várias fases do processo de recuperação, favorecendo a sua recuperação física, bem-estar e a qualidade de vida. O objetivo principal deste trabalho foi o de propor e avaliar um protocolo de triagem psicológica dos pacientes internados na Unidade de Queimados do Hospital de S. José – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. Foram avaliados vinte e dois pacientes utilizando uma Ficha de Dados sócio-demográficos, a adaptação da “Burns Psychology Assessment Tool”, a “Hospital Anxiety and Depression Scale”, a “Impact of Event Scale” e os itens “Ânimo” e “Desconforto Emocional” da escala “Qualidade de Vida e Desconforto Emocional em Doentes Queimados”, tendo-se realizado a análise comparativa dos dados recolhidos. No que respeita à adaptação da “Burns Psychology Assessment Tool”, os resultados obtidos reforçam a utilidade da sua aplicação, em conjunto com a “Hospital Anxiety and Depression Scale” e a “Impact of Event Scale”, na triagem psicológica dos pacientes desta Unidade de Queimados. Os itens “Ânimo” e “Desconforto Emocional” da escala “Qualidade de Vida e Desconforto Emocional em Doentes Queimados” não se mostraram úteis para a identificação sintomatologia depressiva e ansiosa nesta amostra de pacientes.

Palavras-chave: Queimados, Avaliação Psicológica, Triagem Psicológica, Unidade de Queimados.

## **ABSTRACT**

Psychological intervention promotes adaptative coping on burned patients during every stage of the recovery process, fostering their physical recovery, well-being and quality of life. The main objective of this study is to propose and evaluate a psychological screening protocol for inpatients of Hospital S. José – CHLC-EPE. Burn Unit. Twenty-two burned inpatients were evaluated with a socio-demographic record, a Portuguese versions of the “Burns Psychology Assessment Tool”, the “Hospital Anxiety and Depression Scale” and the “Impact of Event Scale”, as well as “Mood” and “Distress” items of the scale “Quality of life and Distress in Burned Patients”, having proceeded further to a comparison of the data collected. In respect to “Burns Psychology Assessment Tool”, results have shown to be a useful methodology, in conjunction with Hospital Anxiety and Depression Scale and Impact of Event Scale, in psychological screening of this Unit Burn inpatients.

The results demonstrated that as “Mood” and “Distress” items of the scale “Quality of life and Distress in Burned Patients” were not useful for depression and anxiety symptoms identification in this patient’s sample.

Key-words: Burns, Psychological Evaluation, Psychological Screening, Burn Unit.

# 1 INTRODUÇÃO

Uma queimadura severa tem um impacto muito significativo e multidimensional na vida de uma pessoa, desde o momento do incidente, ao longo das várias fases do processo de recuperação e, muitas vezes, ao longo da vida e em todas as áreas (Travado, Martins e Ventura, 2005).

## 1.1 Acidente com Queimaduras

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) é considerado um acidente "qualquer acontecimento, independente da vontade do homem, caracterizado pela libertação súbita de uma força externa que pode manifestar-se por lesões corporais" (Baker, 1985 cit. por Nunes, Branco e Falcão, 2005).

Uma queimadura é descrita por Thelan, Davie e Urden (1996, p.867) como "uma lesão que resulta em perda ou estrago do tecido [cutâneo]. A danificação do tecido [cutâneo] pode resultar da exposição a fontes térmicas, elétricas, químicas e/ou radiações".

As queimaduras classificam-se segundo a sua profundidade e extensão (Thelan et al., 1996). A profundidade da lesão é classificada, utilizando a designação de "graus". Segundo Thelan et al. (1996): "1º grau", quando afeta apenas a epiderme; "2º grau" nos casos em que atinge totalmente a epiderme e, consoante a gravidade, a derme; e "3º grau", que envolve lesões da epiderme, derme, podendo chegar ao tecido subcutâneo.

A profundidade da lesão depende do tipo de agente, da sua temperatura e da duração da exposição ao mesmo - a combinação destes fatores determina a gravidade da situação clínica. Esta classificação contribui para a avaliação do prognóstico da queimadura: quanto mais profunda é a queimadura, maior o tempo de cicatrização e os riscos inerentes.

A extensão da queimadura é determinada pela percentagem da área corporal atingida (ACT) (Thelan et al., 1996). Quanto maior a área corporal queimada, maiores os riscos para o doente a nível dos vários sistemas do organismo.

Para avaliar a gravidade da queimadura deve ainda dar-se atenção a outros fatores também importantes: a sua localização, a existência de lesão por inalação, a idade e história clínica do doente (Thelan et al., 1996).

Queimaduras localizadas em determinadas zonas do corpo – como face, os olhos, pescoço, vias respiratórias, tórax, órgãos genitais e articulações – são sempre graves, independentemente do grau (Thelan et al., 1996). Segundo o mesmo autor, os casos em que se suspeita de inalação de ar aquecido e/ou vapores tóxicos, são considerados com gravidade acrescida, uma vez que existe o risco de queimaduras nas vias aéreas e de obstrução das mesmas. O mesmo se passa no caso de pacientes que também tenham doenças agudas ou crónicas, uma vez que, os cuidados prestados às queimaduras e a resposta ao tratamento podem ficar comprometidos.

Estas situações clínicas são também mais graves quando se trata de crianças e idosos, pois têm riscos acrescidos de complicações clínicas (Thelan et al., 1996).

## **1.2 A experiência do Doente Queimado durante o Internamento**

A recuperação psicológica do paciente queimado ocorre ao longo do tempo, paralela e diretamente relacionada com a sua recuperação física. Vários autores têm identificado um padrão de recuperação relativamente consistente e descrevem as reações emocionais às queimaduras graves e processo de recuperação em várias fases. O conhecimento deste padrão permite antecipar as necessidades psicológicas do paciente e prepará-lo para um confronto adaptativo com as mesmas. Blakeney, Rosenberg, Rosenberg e Faber

(2008) descrevem o período pós-queimadura durante o internamento em quatro fases: Admissão, Cuidados Intensivos, Recuperação em Internamento e Reintegração.

### **1.2.1 Fase de Admissão**

Nesta fase inicial, a emergência prioritária no tratamento é, sobretudo, fisiológica (cuidados médico-cirúrgicos). No entanto, existem aspectos psicológicos que não devem ser descurados desde o primeiro momento em que o paciente entra numa Unidade de Queimados, após o choque do acidente. São frequentes reações de ansiedade (por vezes associadas a medo da morte), terror, tristeza, desorientação, delírio, sentimentos de perda, distanciamento do corpo ou do ambiente circundante, amnésia relativa ao acidente, diminuição da resposta emocional, labilidade emocional, dores, alteração do comportamento habitual (isolamento, recusa em falar).

### **1.2.2 Fase de Cuidados Intensivos**

A seguir ao choque do acidente e do internamento, o medo da morte dá lugar ao medo da dor e dos procedimentos terapêuticos. Uma série de reações orgânicas decorrentes das queimaduras e tratamentos, a acrescer a eventuais situações pré-mórbidas, podem contribuir para sintomas psicológicos como desorientação, confusão, ansiedade intensa, perturbações do sono, delírio e reações psicóticas transitórias. O paciente tem de lidar com aspetos como a dor, pesadelos, pensamentos e memórias recorrentes e intrusivos do acidente – que podem mesmo configurar uma Perturbação Aguda de Stress.

### **1.2.3 Fase de Recuperação em Internamento**

Passada a fase inicial do internamento, o paciente começa a ter consciência do que lhe aconteceu e está a acontecer. O facto de ter o corpo coberto com ligaduras, de ter dificuldade em posicionar-se e movimentar-se, pode originar preocupações com perdas estéticas e funcionais, assim como reações a nível emocional e comportamental. O

doente constata que a sua identidade antes da queimadura tem de ser ajustada e incorporar as novas mudanças, as quais, muitas vezes, são rejeitadas. São frequentes reações como: episódios depressivos, ansiedade, alterações bruscas de humor, evitamento, comportamento apelativo, apatia e não colaboração. Para além de todas as mudanças indesejadas no seu corpo, tem de lidar com aspetos como dores intensas (relacionadas com as queimaduras e com os procedimentos terapêuticos), memórias recorrentes do acidente e preocupação com o futuro. É nesta fase que inicia as sessões de fisioterapia, o que, muitas vezes, reforça os sentimentos de falta de autonomia, desespero e desamparo. É frequente nesta fase manifestar raiva (por vezes dirigida aos familiares mais próximos – “alvos seguros”) e sentimento de culpa (em relação ao acidente ou à sua dificuldade de auto-controlo emocional). Acresce ainda o medo – de poder fazer algo contra si próprio (ideação suicida); do impacto das suas reações nas pessoas próximas (de quem está dependente); assim como de ser rejeitado, na sequência da mudança na sua aparência.

#### **1.2.4 Fase de Reintegração**

O momento da alta é muitas vezes vivido de forma ambivalente pelo paciente. Por um lado, anseia por sair do hospital, voltar a casa e ao convívio com familiares e amigos; por outro lado, significa sair de um “ambiente socialmente protegido” (técnicos de saúde, familiares e amigos próximos), para o confronto com dificuldades práticas e uma interação social alargada. Nesta fase, tem de lidar com: limitações estéticas e funcionais; alteração da auto-imagem, da imagem familiar e social; diminuição da qualidade de vida; mudanças a nível emocional (como depressão, vergonha, raiva, culpa, autocomiseração, medos, ressentimentos, e, eventualmente, Perturbação de Stress Pós-Traumático).

### **1.3 Reações Psicológicas do Paciente Queimado**

As reações psicológicas dos doentes queimados foram descritas pela primeira vez por Cobb e Lindermann (1943), que observaram problemas emocionais severos em vítimas de um acidente em Boston, durante o período de hospitalização. Adler (1943) reavaliou os mesmos doentes num estudo de follow-up 11 meses depois e constatou a persistência da instabilidade emocional. Posteriormente, Hamburg, Hamburg e Goza (1953) descreveram e classificaram os tipos de problemas emocionais em doentes queimados internados.

A literatura tem continuado a documentar a ampla evidência do impacto psicológico decorrente das queimaduras (Guimarães, Bússolo da Silva & Arrais, 2012; Laporte & Leonardi, 2010; Medeiros, Haag Kristensen & Martins de Almeida, 2009). Foram encontradas perturbações de ajustamento e complicações psiquiátricas em 50 a 65% dos pacientes queimados hospitalizados (Altier, Malefant, Forget & Chonière, 2002; Wiechman, Ptacek, Patterson, Gibran, Engrav, & Heimbach, 2001).

A perturbação e o sofrimento psicológico associados às queimaduras podem estar relacionados com vários aspetos: o evento traumático em que ocorrem; o impacto do internamento e tratamentos, inevitavelmente exigentes e dolorosos; e as sequelas estéticas e limitações funcionais decorrentes (Fried, Gupta & Gupta, 2005; Van Loey & Van Son, 2003).

Os sintomas psicológicos e psiquiátricos mais comuns nos pacientes queimados são: delírio e reações psicóticas transitórias, ansiedade (especialmente reação aguda de stress e perturbação de stress pós-traumático), depressão e vários problemas comportamentais (Loncar et al., 2006; Tarrier et al., 2005; Van Loey & Van Son, 2003). A literatura apresenta algumas divergências em relação às taxas de prevalência de cada um destes

problemas, sobretudo associadas a aspetos metodológicos como os instrumentos clínicos utilizados na avaliação psicológica ou o tempo decorrido desde o acidente (Tegg, 2004).

O **Delírio** e **Reações Psicóticas Transitórias** são frequentes nas fases iniciais da recuperação, muitas vezes associados a grande área de corpo queimada e a idade avançada (Altier et al., 2002). A literatura refere uma prevalência destes sintomas entre 30 a 57% dos pacientes (TARRIER et al., 2005; Van Loey & Van Son, 2003; Wiechman et al., 2001). Inclui desorientação moderada, confusão, ilusões ou alucinações. Estes sintomas podem representar reações funcionais causadas por super-estimulação ou privação sensorial, por privação de sono ou mesmo uma reação de choque emocional face a eventos ameaçadores (Fried et al., 2005). Lawrence e Fauerback (2003) colocam a hipótese destas reações poderem ser vistas como mecanismos de defesa ou adaptação psicológica, perante a dificuldade em lidar com uma situação imprevisível e incontrolável, geradora de ansiedade intensa. O estudo de Haum et al., (1995) revelou que estas reacções estão por vezes associadas a condições fisiológicas, como infeções, complicações metabólicas e abstinência de álcool.

A **Ansiedade** e, frequentemente, a **Perturbação Aguda de Stress (PAS)** e a **Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT)** encontram-se descritos associados ao impacto psicológico das queimaduras. Numa revisão de literatura realizada por Fauerbach e Lawrence (2000) foi identificada a prevalência de PSPT entre 8 a 45% dos pacientes queimados. Loncar e cols. (2006) utilizaram o Inventário de Ansiedade e Depressão de Beck em 70 pacientes, duas semanas após o acidente, e encontraram sintomatologia ansiosa num número significativo de pacientes (27%). Um estudo mais recente encontrou uma prevalência de perturbações de ansiedade em 18 a 33% dos casos (Sadeghi-Bazargani, Maghsoudi, Soudmand-Niri, Ranjbar, Mashadi-Abdollahi,

2011). Altier et al., (2002) concluíram que esta reação emocional está significativamente correlacionada com a persistência de sintomatologia dolorosa. Neste estudo, a PSPT apresenta correlação significativamente positiva com dor, depressão, idade e tempo de internamento. Van Loey e Van Son (2003) encontraram como fatores de risco para PTSD: antecedentes de depressão, tipo e severidade dos sintomas pós-traumáticos baseline, ansiedade associada à dor e visibilidade da queimadura. Noble, Gomez e Fish (2006) relataram níveis significativamente mais elevados de depressão no grupo de pacientes com PTSD, mas não encontraram nenhuma relação entre esta perturbação, a severidade da queimadura e o tempo de internamento. Estes dados são consistentes com o estudo de Kildal, Willebrand, Anderson, Gerdin, e Ekselius (2004). Alguma literatura sugere a adoção do termo “Stress Pós-Traumático crônico”, uma adaptação de PTSD ao caso particular de pacientes queimados. Incluiria não só a vivência da queimadura, como também a experiência constante de dor, e diria respeito ao período desde a hospitalização e tratamento, até ao confronto social após alta (Franulic & González, 1996).

A **Depressão** – Medeiros et al., (2009) estimaram, a partir de uma revisão de literatura, que a prevalência de depressão entre os pacientes queimados varia entre 13 a 23%. Outros estudos encontraram depressão leve em 58% dos pacientes queimados (Partridge & Robinson, 1995), depressão moderada em 23% a 61% (Loncar et al., 2006) e depressão severa em 19% a 30% (Wiechman et al., 2001).

Um trabalho de Huren (1993) revelou que a presença e a severidade da depressão em doentes queimados estavam positivamente associadas ao tempo de internamento superior a um mês. Outros estudos encontraram uma correlação positiva estatisticamente significativa entre depressão e existência de problemas familiares ou conjugais (Partridge & Robinson, 1995), ser do género feminino e haver desfiguramento

facial (Wiechman, Ptacek, Patterson, Gibran, Engrav & Heimbach, 2001), ter antecedentes de depressão (Van Loey & Van Son, 2003) ou complicações clínicas (Willebrand et al., 2004). Em contrapartida, correlaciona-se negativamente com o controlo da dor (Loncar et al., 2006).

**Alterações de Comportamento** frequentemente descritas são: a apatia (comum em internamentos prolongados – hospitalismo – sobretudo em idosos), labilidade emocional intensa (crises de choro e inconformismo, desencadeadas muitas vezes por sintomatologia dolorosa), estados de euforia (agitação psicomotora, alegria, eloquência, negação da dor), revolta ou agressividade (dirigida a familiares e/ou à equipa de saúde), negação do acidente (dificuldade em aceitar as consequências do acidente ou o tratamento de saúde, expressão do desejo de morte como “solução” para alívio da dor), vulnerabilidade em relação à imagem/identidade corporal (dificultando o reconhecimento da progressiva melhoria clínica) (Guimarães, Bússolo da Silva & Arrais, 2012).

#### **1.4 Fatores de Risco e Facilitadores em Queimados**

O impacto emocional de uma queimadura está associado a uma diversidade de dimensões, que podem contribuir negativamente (Fatores de risco) ou positivamente (Fatores facilitadores ou protetores) para a recuperação clínica e emocional dos pacientes (Luzia, Ventura e Martins, 2001). Afeta, conseqüentemente, o bem-estar, qualidade de vida e adaptação psicossocial.

Luzia et al., (2001) utilizaram uma entrevista semi-estruturada para avaliar as necessidades psicossociais dos pacientes queimados durante o internamento. Estes identificaram como fatores facilitadores do processo de recuperação: os tratamentos especializados, a qualidade da Unidade de Queimados, a especialização dos

profissionais de saúde, a colaboração dos pacientes com a equipa de saúde, a o tempo para recuperar (“passagem do tempo”), a fisioterapia, uma boa evolução clínica, o apoio familiar, o manter uma atitude positiva e o acompanhamento psicológico. Por outro lado, identificaram como fatores negativos na recuperação: complicações clínicas, não colaboração com a equipa de saúde, falta de apoio familiar, atitude negativa/pessimista, dores, perturbações do sono e o risco de desemprego.

#### **1.4.1 Fatores de Risco**

##### **- Antecedentes de Morbilidade Psicológica ou Psiquiátrica**

Dados da literatura (Dyster-Aas, Willebrand, Wikehult, Gerdin & Ekselius, 2008) revelam que dois terços dos sobreviventes de queimaduras têm problemas psiquiátricos anteriores ao acidente. Referem ainda que doentes com estes antecedentes têm maior risco de morbilidade psiquiátrica pós-queimadura. Por esta razão, a psicopatologia pré-mórbida foi considerada, em alguns estudos (Dyster-Aas & cols, 2008), o melhor preditor de alterações emocionais e/ou psiquiátricas com significado clínico pós-queimadura. Alguns dos fatores pré-existentes com prevalência aumentada são: dependência de álcool e/ou drogas, psicoticíssimo, depressão, auto-agressões e tentativas de suicídio (Dyster-Aas & cols, 2008; Fauerbach, Lezzotte, Hills et al., 2005; Tarrier & cols, 2005). Acresce ainda que pacientes com psicopatologia prévia tendem a ficar mais tempo internados e, durante este período, evidenciam precocemente desadaptação – nomeadamente, regressão, depressão e hostilidade (Berry, Wachtel & Frank, 1982).

**- Sintomas precoces de ansiedade e ansiedade associada à dor** estão fortemente associados a PAS/PSPT e com PSPT após a alta hospitalar (Van Loey, Maas, Faber & Taal, 2003)

## - **Personalidade e Estilo de Confronto**

A capacidade de adaptação psicossocial prévia a novas situações tem sido descrita como melhor preditor da subsequente capacidade de adaptação às queimaduras, do que a severidade da lesão (Tarrier, Gregg, Edwards & Dunn, 2005; Altier et al., 2002; Franulic *et al.*, 1996). Foi demonstrada a existência de correlação positiva entre dificuldades de adaptação psicossocial após as queimaduras e traços de personalidade como neuroticismo (sobretudo pessimismo, afetos negativos) e baixa extroversão e a utilização de um estilo de confronto evitante (Klinge et al., 2009; Willebrand, Andersson, Ekselius, 2004). Willebrand, Andersson, Ekselius (2004) verificaram que a ansiedade, a depressão e sintomas de evitamento três meses após a alta eram previsíveis em função dos níveis destes sintomas e de um estilo de confronto evitante durante o internamento. O estudo de Travado et al., (2001), através da utilização de entrevista semi-estruturada e da Self-Rating Depression Scale (Zung 1965), verificou que os pacientes com níveis mais elevados de depressão referiam utilizar estratégias de confronto mais passivas e menos compensatórias (nomeadamente, vitimização).

## - **Extensão e Severidade das queimaduras e Áreas do corpo atingidas**

Partridge e Robinson (1995) e Tarrier et al. (2005) encontraram uma correlação estatisticamente significativa entre extensão e severidade das queimaduras e perturbações de adaptação. Por outro lado, o estudo de Willebrand et al. (2004) sugere que a severidade das queimaduras não é preditiva da saúde mental. Acresce ainda que, Franulic e González (1996) descreveram que pacientes com pequenos ferimentos também desenvolveram morbidade psicológica.

Wiechman, Ptacek, Patterson, Gibran, Engrav e Heimbach (2001) concluíram que queimaduras em zonas visíveis, como face e mãos, estão na base de maior dificuldade de adaptação, de sintomatologia ansiosa e depressiva.

Numa revisão de literatura, Medeiros, Haag Kristensen e Martins de Almeida (2009) verificaram que existe uma tendência para sintomas de PSPT e de depressão estarem mais associados ao grau de queimadura (severidade) do que à extensão; por outro lado, os sintomas de ansiedade tendem a estar associados à extensão, mas não ao grau da queimadura.

- **Sequelas Estéticas e Limitações funcionais** (Fried, Gupta & Gupta, 2005; Kildal, Willebrand, Anderson, Gerdin & Ekselius, 2005; Van Loey & Van Son, 2003). A existência de queimaduras em locais visíveis (como face) origina dificuldades de adaptação psicossocial mais severas e prolongadas no sexo feminino (Wiechman, Ptacek, Patterson, Gibran, Engrav, & Heimbach, 2001; Klinge *et al.*, 2009).

- **Sintomatologia Dolorosa**

Os pacientes queimados experienciam frequentemente momentos de dor intensa, quer pela própria lesão e sua extensão, quer pelo elevado número de procedimentos terapêuticos aos quais têm de se submeter (Enchevarría-Guanilo, Rossi, Dantas & Santos 2006). Foram associados altos índices de ansiedade e depressão a níveis elevados de dor (Loncar et al., 2006; Tarrier et al., 2005; Partridge & Robinson, 1995). A dor pode contribuir para a alteração do estado emocional do paciente, nomeadamente, aumento da sintomatologia depressiva e ansiosa, desejo de morte, alteração do comportamento (agressividade, apatia), podendo mesmo desencadear o desenvolvimento de alterações psicopatológicas (Latarjet, 2002).

- **Pouco Apoio Social, Problemas conjugais e familiares** são variáveis que predisõem a vulnerabilidade emocional e dificuldades de adaptação psicossocial (Van Loey & Van Son, 2003; Partridge & Robinson, 1995).

- **Problemas Laborais ou Desemprego e Socioeconômicos**

Pacientes com dificuldades a nível profissional ou desempregados, que estão numa situação de pobreza ou que não têm escolaridade, estão mais vulneráveis a perturbações de ajustamento (Dissanaike & Rahimi, 2009; Klinge et al., 2009; Fauerbach et al., 2001).

- **Antecedentes de Problemas de Saúde Físicos** (Blakeney, Rosenberg, Rosenberg & Faber, 2008) também criam uma maior vulnerabilidade emocional.

- **Tempo de internamento** superior a um mês tem correlação positiva estatisticamente significativa com a presença e a severidade da depressão (Huren, 1993);

- **Complicações clínicas** (ex. amputações, infecções), que aumentam o tempo de internamento e, muitas vezes, a intensidade da sintomatologia dolorosa (Willebrand et al., 2004).

#### **1.4.2 Fatores Protetores ou Facilitadores**

A capacidade de adaptação psicossocial prévia a novas situações tem sido descrita como melhor preditor da subsequente capacidade de adaptação às queimaduras, do que a severidade da lesão (Altier et al., 2002; Tarrier, Gregg, Edwards & Dunn, 2005). Neste sentido, revelam ainda que pacientes sem antecedentes de morbilidade psicológica, que demonstraram boa capacidade de confronto com problemas anteriores, tendem igualmente a lidar adaptativamente com esta nova experiência adversa.

No estudo de Travado et al. (2001), os pacientes com valores mais baixos de depressão reportavam a utilização de estratégias de confronto mais ativas e compensatórias (como aceitação a colaboração ativa). Também Willebrand et al. (2004) constataram que um estilo de confronto mais ativo (auto-controlo) era preditor de menos sintomas intrusivos três meses depois da alta.

O adequado controlo da dor com monitorização da sua intensidade e do efeito da terapêutica utilizada, promove o sentimento de controlo por parte dos pacientes e a sua colaboração com os procedimentos terapêuticos (Summer et al., 2007).

O apoio social (família, amigos, pares) está positivamente correlacionado com a boa adaptação dos pacientes queimados, e que influencia o processo de reabilitação após a alta, independentemente da gravidade das queimaduras (Davidson, Bowden, Tholen, James & Feller, 1981).

Na avaliação psicológica dos pacientes internados numa Unidade de Queimados é importante atender a estes fatores (de Risco e Protetores), no sentido de identificar os que têm maior vulnerabilidade para desenvolver problemas emocionais e de adaptação psicossocial (Öster, 2010).

## **1.5 Avaliação Psicológica em Queimados**

A importância de identificar e estudar as alterações psicológicas dos pacientes queimados tem sido amplamente reconhecida (TARRIER, GREGG, EDWARDS & DUNN, 2005; WILLEBRAND, LOW, DYSTER-AAS, KILDAL, ANDERSON & EKSELIOUS, 2005; VAN LOEY & VAN SON, 2003). Apesar de muitos pacientes recuperarem dos efeitos psicológicos induzidos pelo acidente, internamento, tratamentos, queimaduras e suas sequelas, após a alta hospitalar, e durante o primeiro ano após as queimaduras, uma proporção significativa desenvolve sintomas pós-traumáticos, com impacto nas diferentes áreas de vida

(Laporte & Leonardi, 2010; Keane & col., 2006; Willebrand, Anderson & Ekselius, 2004). Numa revisão de literatura, Patterson, Everett, Bombardier, Questad, Lee e Marvin (1993), verificaram que, durante este período, 30% da amostra apresentava dificuldades psicológicas e/ou sociais severas a moderadas. Uma revisão de literatura encontrou uma prevalência de complicações psicológicas durante o mesmo período entre 10 a 65% (Klinge et al., 2009).

Reconhecer a diversidade e complexidade da problemática dos pacientes queimados é o primeiro passo para compreender as necessidades específicas de cada caso e proporcionar uma intervenção individualizada adequada. Pelas razões já apresentadas, é reconhecida a necessidade de integrar o acompanhamento psicológico como parte dos cuidados de rotina a todos os pacientes. Tal permite identificar precocemente as necessidades psicossociais dos pacientes, permitindo organizar uma intervenção preventiva e proativa. Para além disso, contribui para reduzir o estigma por vezes associado este tipo de intervenção (Guimarães, Bússolo da Silva & Arrais, 2012). O acompanhamento psicológico ajuda os pacientes a lidar e a adaptar-se melhor a cada fase do processo de recuperação, promovendo a sua recuperação física, bem-estar e qualidade de vida (Travado, Martins & Ventura, 2005).

A literatura nesta área (Wisely, Wilson, Duncan, Tarrrier, 2007; Van Loey & Van Son, 2003; Travado et al., 2001), assim como as orientações internacionais para o tratamento de queimados (European Burns Association, 2011; National Burn Care Review Committee, 2001; American Burn Association) apresentam ampla evidência de que a dimensão psicológica é uma componente complexa e fundamental da recuperação e processo de adaptação, que tem de ser atendida como parte dos cuidados clínicos para todos os pacientes durante a hospitalização e após a alta. Nesse sentido é preconizada a necessidade de rotinas de triagem psicossocial para os doentes internados e o papel do

psicólogo clínico na avaliação e intervenção psicológica centrada nas necessidades psicossociais específicas de cada paciente e família. As orientações internacionais reforçam ainda a importância da integração deste acompanhamento numa abordagem multidisciplinar.

### **1.5.1 Metodologias e Instrumentos de Avaliação**

As orientações internacionais para a avaliação e intervenção psicológica em queimados (European Burns Association, 2011; National Burn Care Review Committee, 2001; American Burn Association) reforçam a necessidade de rotinas de triagem psicossocial, fazem algumas recomendações, mas não são específicas em relação aos instrumentos clínicos a utilizar.

No que respeita à depressão, estas orientações internacionais (PAM Committee da European Burns Association, 2011) referem que os instrumentos de triagem são mais eficazes se forem fáceis de responder e com pouca intrusividade para os pacientes. Sugerem começar por utilizar um instrumento de triagem curto e que esteja validado (como o *PHQ-2*, que tem 2 itens) (Henkel, Mergl, Coyne et al., 2004; Kroenke, Spitzer, Williams, 2003), complementado por outro instrumento de avaliação mais completo (como o *Patients Health Questionnaire*, Kroenke, Spitzer, Williams, 2001) ou específico da avaliação deste problema emocional (como o *Hospital Anxiety and Depression Scale*). Se a avaliação de triagem for positiva, isto é, identificar a presença de significado clínico na sintomatologia avaliada, é necessário iniciar a intervenção psicológica ou referenciar para acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.

A pesquisa sobre triagem psicológica em pacientes queimados adultos (usando o termo “*psychological screening in burn patients in a burn unit*”) revelou apenas 2 estudos: o de Travado *et al.* (2001) e o de Wisely, Hoyle, Tarrier e Edwards (2007).

O primeiro utilizou uma entrevista semi-estruturada (para avaliar a percepção que os doentes tinham das suas reações emocionais durante o internamento; as significações individuais sobre o seu problema de saúde, processo de doença e recuperação; identificar as estratégias de confronto utilizadas e a avaliação da sua experiência) e dois instrumentos de auto-avaliação para avaliar a ansiedade e a depressão (*Self-Rating Anxiety Scale*, Zung, 1971 e *Self-Rating Depression Scale*, Zung, 1965).

Wisely, Hoyle, Tarrier e Edwards (2007) realizaram um estudo no Reino Unido, onde desenvolveram e validaram um instrumento de Screening para pacientes internados em Unidades de Queimados – *Burns Psychology Assessment Tool* (BPAT). Esta avaliação clínica permite recolher informação sobre áreas potencialmente problemáticas e necessidades psicossociais dos pacientes, facilitando a triagem dos que estão em maior risco de desenvolver morbidade psicológica pós-traumática, nomeadamente, perturbações de adaptação. É composto por duas checklists: a primeira, “*Avaliação do Risco*” de desenvolver problemas psicológicos pós-traumáticos; a segunda, “*Avaliação de Sintomas e Preocupações*”. Para avaliar a validade convergente das subescalas Depressão e Ansiedade foi utilizada a escala validada *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS); para avaliar a validade convergente da subescala Sintomas Pós-Traumáticos a escala validada *Impact of Event Scale* (IES). A concordância entre a subescala Depressão do BPAT e a do HADS foi considerada “boa”, utilizando o método desenvolvido por Landis e Koch (1977). A concordância entre a subescala Ansiedade do BPAT e a do HADS foi considerada “muito boa”. A concordância entre as subescalas da IES e a intrusão e evitamento referidas no BPAT foi considerada “média”.

Outros estudos referidos pela literatura avaliaram dimensões importantes em queimados como depressão, ansiedade, stress pós-traumático, qualidade de vida e a sua relação entre si e outras variáveis (ex. socio-demográficas, estilo de confronto). No entanto, o

objetivo destes estudos não era definir uma metodologia de triagem, embora todos eles reforçassem a necessidade de o fazer nas suas conclusões (Van Loey & Van Son, 2003; Ptacek, Patterson e Heimbach, 2002).

## **1.6 A Unidade de Queimados do Hospital de S. José – CHLC, EPE**

Esta é uma Unidade de Cuidados Intensivos especializada no tratamento de doentes com queimaduras graves, ligada ao Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, cuja Diretora de Serviço é a Dra. Maria Angélica Almeida.

É um local com condições rigorosas de assepsia para prevenção de infeções. Por esta razão, os profissionais de todas as áreas, assim como as visitas dos pacientes, têm de deixar os seus pertences em salas próprias para o efeito e entrar com fato e socas esterilizados, touca, máscara e *overshoes* descartáveis. No mesmo sentido, os doentes só podem receber uma visita por dia.

Esta Unidade inclui três quartos individuais de isolamento para pacientes cujo estado clínico seja mais grave e dois quartos com mais camas. Tem também um Bloco Operatório, duas salas de pensos (uma delas também para banhos terapêuticos), uma sala para refeições dos pacientes e várias salas de trabalho (nomeadamente preparação da medicação, material terapêutico, reuniões).

## **1.7 A Psicologia Clínica na Unidade de Queimados do Hospital de S. José – CHLC, EPE**

A colaboração da Psicologia Clínica com a Unidade de Queimados do Hospital de S. José desenvolve-se desde 1985. Foi iniciada pela Dr.<sup>a</sup> Luzia Travado, no acompanhamento psicológico de crianças e professora queimadas durante uma explosão numa escola do Cartaxo.

O acompanhamento psicológico dos pacientes nesta Unidade mantém-se desde essa altura. Decorre como sugerido pelas orientações internacionais para queimados: rotinas de avaliação psicológica para todos os pacientes internados e intervenção psicológica, no sentido de prevenir e reduzir a morbilidade psicológica e promover o processo de adaptação psicossocial à situação clínica e experiência traumática (European Burns Association, 2011; National Burn Care Review Committee, 2001).

Quando se avalia a necessidade de acompanhamento psicológico após a alta hospitalar, é dada continuidade a esta intervenção em Consulta Externa de Psicologia Clínica ou feito o encaminhamento para Consulta desta especialidade na área de residência. Quando avaliada a necessidade de acompanhamento por outras especialidades de Saúde Mental, é igualmente feita a referenciação.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Propor e avaliar um protocolo de avaliação psicológica dos pacientes internados na Unidade de Queimados do Hospital de S. José – Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E., mais breve e simples do que o atualmente utilizado. Pretende-se assim facilitar a triagem dos casos clínicos, isto é, identificar os pacientes que apresentam alterações emocionais ou psicopatológicas com significado clínico e/ou a presença de fatores de risco, já identificados na literatura sobre queimados. Desta forma, este protocolo é um contributo para a definição de um plano terapêutico de acordo com as necessidades psicológicas específicas de cada paciente.

## 2.2 Objetivos específicos

**Objetivo 1:** Avaliar a presença de sintomatologia Depressiva e Ansiosa e, particularmente, de Perturbação Aguda de Stress ou de Perturbação de Stress Pós-Traumático – atendendo ao valor preditivo destas dimensões para a morbilidade e adaptação psicológica do paciente queimado; **Objetivo 2:** Identificar a existência de factores de risco para o desenvolvimento de morbilidade psicológica e perturbações de adaptação, nomeadamente: Extensão, severidade e localização das queimaduras; Estilo de Confronto; Complicações clínicas associadas; Antecedentes de morbilidade psicológica ou psiquiátrica; Problemas conjugais, familiares ou Sócio-económicos.

**Objetivo 3:** Estudar a viabilidade da aplicação e os resultados obtidos com o Instrumento de triagem psicossocial “Avaliação Psicológica em Queimados” (Wisely, Hoyle, Tarrier & Edwards, 2007), que consiste em duas checklists: “Avaliação do risco” de desenvolver problemas psicológicos pós-traumáticos e de “Avaliação de sintomas e preocupações”.

**Objetivo 4:** Estudar a utilidade das dimensões “Ânimo” e “Desconforto Emocional” da escala “Qualidade de Vida e Desconforto Emocional em Doentes Queimados” (baseada e adaptada do estudo realizado com doentes oncológicos por Grassi, Travado, Sabato, Rossi, SEPOS Group, 2004) para a identificação sintomatologia depressiva e ansiosa.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 População**

A amostra deste estudo, de conveniência e sequencial, foi constituída por todos os pacientes internados na Unidade de Queimados do Hospital de S. José - Centro Hospitalar de Lisboa Central, entre 1 de Junho e 22 de Setembro de 2013, que cumpriam os seguintes critérios: internados e conscientes há pelo menos 7 dias, sem estarem ventilados ou em isolamento; idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos; sem déficits cognitivos previamente identificados; boa compreensão da língua portuguesa; que aceitassem participar no estudo (assinatura do *Protocolo de Consentimento Informado* pelo próprio ou, na impossibilidade de o fazer, por um familiar ou profissional de saúde - ANEXO II).

A amostra ficou constituída por 22 indivíduos, 8 mulheres com idades compreendidas entre os 43 e os 73 anos de idade, e 14 homens com idades compreendidas entre os 28 e os 75 anos de idade.

#### **3.2 Instrumentos**

Atendendo ao objetivo principal deste estudo, de propor e avaliar um protocolo de avaliação psicológica dos pacientes internados na Unidade de Queimados do Hospital de S. José – Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E. mais breve e simples do que o atualmente utilizado, o protocolo de triagem utilizado foi constituído por:

##### **3.2.1 Ficha de Identificação do Paciente**

Esta Ficha é incluída por:

- Dados sócio-demográficos; antecedentes do paciente (problemas emocionais e/ou psicopatológicos, familiares, sociais; outros problemas clínicos associados,

diagnosticados antes do internamento); caracterização das queimaduras (localização, grau, extensão), tipo de acidente (doméstico, trabalho, viação ou outro) e causas das queimaduras (fogo, choque elétrico, temperatura, fricção, químicos ou outros); duração do internamento. Todos estes dados foram recolhidos no processo clínico do doente, preenchido por um enfermeiro quando da admissão na Unidade, através de entrevista ao próprio ou a um familiar;

- Três questões semi-abertas sobre “sono”, “alimentação”, “estratégias de confronto” com a situação clínica, que foram colocadas diretamente ao paciente. Envolve ainda a avaliação da dimensão “sono” e “alimentação” numa escala de Likert de 0 (“nada”) a 4 (“muito bem”) (ANEXO III).

### **3.2.2 “Instrumento de Avaliação Psicológica em Queimados”**

Constituído por 2 Checklists:

(a) **“Avaliação do Risco”** de desenvolver problemas psicológicos pós-traumáticos. Contém 13 itens com indicadores de fatores de risco identificados na literatura, habitualmente associados ao desenvolvimento de problemas psicológicos após queimaduras. Inclui: *Fatores de Risco relacionados com o Acidente* (ex. “*Acontecimento súbito/inesperado*”), *Fatores de Risco Pré-Trauma* (ex. “*Antecedentes de problemas de saúde mental - problemas emocionais e/ou psiquiátricos*”), *Fatores de Risco Péri-traumáticos* (ex. “*Responsabilidade real ou percebida*”) e *Fatores Pós-Traumáticos* (ex. “*Não ter/ter pouco apoio social*”). Cada item pode ser classificado como 0 (“ausente”) ou 1 (“presente”). O resultado total varia de 0 a 13, sendo que quanto mais elevado o score total, maior o risco (ANEXO IV). O resultado total da Checklist é utilizado, em conjugação com os valores do HADS-Total e do IES-R-Total, para calcular um Nível de Risco entre “Sem risco” e “Risco Elevado”.

**(b) “Avaliação de Sintomas e Preocupações”** frequentemente expressos por pacientes internados numa Unidade de Queimados. Na versão original inclui 22 itens relativos a 5 subescalas: *Ansiedade associada ao Tratamento* (ex. “*Sintomas físicos de ansiedade – ex. tremores, suores, hiperventilação, palpitações, pressão no peito*”), *Ansiedade associada às sequelas das queimaduras* (ex. “*Refere ansiedade em relação ao futuro*”), *Depressão* (ex. “*Choro fácil*”) e *Sintomas Pós-Traumáticos* (ex. “*Sintomas Psicóticos*”). Foi acrescentado um item adicional à subescala *Ansiedade associada às sequelas das queimaduras* sobre “*Preocupação com sequelas funcionais*”, dada a importância deste aspecto no processo de adaptação psicossocial destes pacientes (já referido na Introdução). A maioria dos itens pode ser classificada como 0 (“ausente”) ou 1 (“presente”), com exceção de itens que representam um risco mais elevado (como “*expressão de desesperança*”, “*sintomas psicóticos*”, “*ideação suicida*”), cujo score atribuído é de 0 (“ausente”) ou 2 (“presente”). O resultado total varia de 0 a 25, sendo que quanto mais elevado o score total, maior a severidade dos problemas. O resultado total desta Checklist tem a seguinte interpretação 0 - “sem problemas”; 2 - 3 “problemas ligeiros”; 4 - 7 “problemas moderados”; igual ou superior a 8 - “problemas severos” (ANEXO V).

Estas Checklists (a) e (b) são uma tradução de um instrumento clínico de screening desenvolvido e validado no Reino Unido (Wythenshawe Hospital Manchester) para pacientes internados em Unidades de Queimados (Wisely, Hoyle, Tarrier e Edwards, 2007) – *Burns Psychology Assessment Tool (BPAT)*. Foi desenvolvido com o objetivo de recolher informação qualitativa sobre áreas potencialmente problemáticas e necessidades psicossociais dos pacientes, facilitando a triagem dos que estão em maior risco de desenvolver morbidade psicológica pós-traumática, nomeadamente, perturbações de adaptação. Desta forma, pretende contribuir para a avaliação da

natureza do problema de cada paciente e da eventual necessidade de encaminhamento especializado.

A maior parte dos itens de ambas as checklists podem ser preenchidos com base na informação que está no Processo Clínico e prestada pela Equipa de Saúde. Evita-se assim sobrecarregar o paciente com questões.

No estudo original, para avaliar a validade convergente das subescalas Depressão e Ansiedade foi utilizada a escala validada *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS); para avaliar a validade convergente da subescala Sintomas Pós-Traumáticos, a escala, também validada, *Impact of Event Scale* (IES). A concordância entre a subescala Depressão do BPAT e a do HADS foi considerada “boa” ( $k=.63$ ), utilizando testes estatísticos Kappa (Landis e Koch, 1977). A concordância entre a subescala Ansiedade do BPAT e a do HADS foi considerada “muito boa” ( $k=1.00$ ). A concordância entre as subescalas da IES e a intrusão e evitamento referidas no BPAT foi considerada menos forte – “ligeira” ( $k=.36$ ) a “moderada” ( $k=.48$ ) respectivamente.

### **3.2.3 “Ânimo” e “Desconforto Emocional” - Escala “Qualidade de Vida e Desconforto Emocional em Doentes Queimados”**

A escala original, *“Qualidade de Vida e Desconforto Emocional em Doentes Oncológicos”* (Grassi, Travado, Moncayo, Sabato, Rossi & SEPOS Group, 2004) é composta por 8 itens (Animo, Bem-estar geral, Dor, Comichão, Atividades distrativas, Dificuldade em lidar com o meu problema de saúde, Apoio emocional e/ou prático das pessoas mais próximas, Apoio da minha fé em dar sentido à minha vida e Desconforto Emocional), cuja intensidade é avaliada pelo paciente numa escala de Likert 0-10. Esta escala de auto-relato, e particularmente o item “Desconforto Emocional” (“Distress” no original no original), foi desenvolvida baseada no *National Comprehensive Cancer Network Distress Thermometer (DT)*; guidelines do National Comprehensive Cancer

Network, 2005). Este tipo de escalas é frequentemente utilizado em pacientes oncológicos, sendo objetivo deste estudo avaliar a sua utilidade em queimados (ANEXO VI).

No presente estudo só foram utilizados os itens *Ânimo* e *Desconforto Emocional*, por serem os únicos que se adaptavam a esta população e aos objectivos do estudo. Estas dimensões são avaliadas numa escala de Likert 0-10 (o que corresponde no caso do *Ânimo*: “nenhum” – excelente”; no *Desconforto Emocional*: “nenhum”- “extremo”).

Gil, Grassi, Travado, Tomamichel, Gonzalez - Sepos Group (2005), ainda inserido no estudo acima referido, foram avaliar a utilidade das dimensões *Ânimo* (baseada no *Mood Thermometer*, MT) e *Desconforto Emocional* (baseada no *Distress Thermometer*, DT) na avaliação da morbilidade psicológica em pacientes oncológicos num estudo multicêntrico em países do sul da Europa (Itália, Portugal, Espanha e Suíça). Foram correlacionados os resultados das respostas de uma amostra de conveniência de 312 pacientes às dimensões “*Ânimo*” e “*Desconforto emocional*” desta escala com os do HADS. Verificaram que tanto o *Ânimo* (MT) como o *Desconforto Emocional* (DT) apresentavam níveis aceitáveis de sensibilidade e especificidade na deteção de morbilidade psicológica. O DT estava significativamente mais associado a HADS-Ansiedade ( $r=.50$ ,  $p=.001$ ) do que a HADS-Depressão ( $r=.40$ ,  $p=.02$ ), enquanto o MT estava significativamente associado a ambas as subescalas do HADS (com a ansiedade  $r=.56$ ,  $p=.001$ ; com a depressão  $r=.61$ ,  $p=.001$ ). O DT e o MT também se correlacionavam significativamente ( $r=.40$ ,  $p=.01$ ). Acresce ainda que o “valor de corte”  $> 4$  no DT maximizava a sensibilidade (65%) e a especificidade (79%) para detetar casos com morbilidade psicossocial moderada, enquanto um “valor de corte”  $>5$  identificava casos com maior significado clínico (sensibilidade de 70%; especificidade de 73%). Em relação ao MT, utilizando um “valor de corte”  $<3$  a sensibilidade para uma

morbilidade psicossocial moderada era de 85% e a especificidade de 73%. “Valores de corte” <4 apresentavam uma sensibilidade (78%) e especificidade (77%) também elevadas na identificação de casos com maior significado clínico.

### **3.3 Metodologia do Estudo**

Para o estudo da viabilidade da aplicação e a utilidade dos resultados obtidos com as checklists do BPAT nesta população foi realizado o estudo das suas propriedades psicométricas, recorrendo para tal à correlação com os resultados nos seguintes instrumentos já traduzidos e validados para a população portuguesa: *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond e Snaith, 1983)* e a *Impact of Event Scale-Revised (IES-R; Weiss & Marmar, 1997)*.

No que respeita à Escala de auto-relato “*Qualidade de Vida e Desconforto Emocional em Doentes Queimados*” (Grassi et al., 2005), para avaliar eficácia e eficiência das dimensões “*Ânimo*” e “*Desconforto Emocional*” na avaliação da ansiedade e depressão em doentes queimados, foram correlacionadas com o HADS.

#### **3.3.1 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond e Snaith, 1983)**

Esta escala de auto-relato avalia de uma forma breve os níveis de ansiedade e depressão em doentes não-psiquiátricos com patologia física. Contém 14 itens que se organizam nas duas sub-escalas e a resposta a cada item varia numa escala de Likert entre 0 (“baixo”) e 3 (“elevado”). Cada item tem quatro possibilidades de resposta, devendo ser escolhida a que melhor corresponde ao modo como a pessoa se tem sentido na última semana. Os resultados finais de cada subescala resultam da soma dos valores e variam entre 0 a 21. Os valores mais elevados indicam níveis mais elevados de ansiedade e/ou depressão. Segundo os autores, as pontuações entre 8 e 10 para cada subescala poderão indicar uma possível perturbação clínica (“*borderline*”) e entre 11 e 21, uma provável

perturbação clínica (“significado clínico”). Os valores inferiores a 8 significam “ausência” de níveis de ansiedade e depressão relevantes. Snaith e Zigmond (1994) consideram também que a severidade da ansiedade e da depressão pode ser classificada como “normal” (pontuação 0 - 7), “leve” (8 - 10), “moderada” (11 - 15) e “severa” (16 - 21). Referem ainda que pode ser considerada uma pontuação total (HADS-Total), como indicador clínico, devendo ser analisado como um índice de perturbação emocional global (ANEXO VII).

A HADS já foi traduzida e validada para a população portuguesa com diferentes populações clínicas. A versão utilizada neste estudo é a de McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva (1999). No estudo de Pereira e Figueiredo (2008) com 114 doentes com cancro colo-rectal utilizando esta escala, verificou-se que o coeficiente de fidelidade para o HADS-Total, calculado através do alfa de Cronbach, foi de 0.94, indicando uma elevada consistência interna dos itens. O coeficiente de fidelidade para a sub-escala HADS-A (ansiedade) foi de 0.91 e para a sub-escala HADS-D (depressão) foi de 0.88, revelando uma boa consistência interna em ambas. Ao nível da validade, foi utilizada a análise fatorial a dois fatores, que explicou 65.2% da variabilidade total, o que revelou que a versão portuguesa mantém a mesma estrutura que a versão original da escala.

Num estudo realizado com 100 doentes com esclerose múltipla por Sousa e Pereira (2008), foi encontrado um coeficiente de consistência interna de Cronbach de 0.81 para a sub-escala Ansiedade e de 0.78 para a Depressão. O coeficiente de fidelidade para a Ansiedade foi igualmente 0.81 e para Depressão 0.78, revelando em ambas as sub-escalas boa consistência interna. Estes valores, assim como os mesmos parâmetros do HADS-Total, são semelhantes aos obtidos nos estudos de Moorey et al. (1991) - com pacientes oncológicos - e de Roberts et al., (2001) - com pacientes cardíacos.

No estudo de Sousa e Pereira (2008) foi utilizado os pontos de corte dos autores pois, dada a semelhança das propriedades psicométricas, entre ambas as versões consideraram poder-se assumir esse valor para efeito de rastreio (Pais-Ribeiro et al., 2007, citado por Sousa e Pereira, 2008). Por esse motivo, foram os pontos de corte considerados neste estudo.

### **3.3.2 Impact of Events Scale-Revised (IES-R; Weiss & Marmar, 1997)**

Para avaliar a presença de sintomas pós-traumáticos foi utilizado o IES-R. Esta escala, frequentemente utilizada como instrumento de triagem da presença de sintomas de stress-pós-traumático em várias populações, foi construída com base nos critérios do DSM-IV para PTSD. A maioria dos pacientes na Unidade de Queimados foi avaliada num período inferior a um mês, em que a presença de sintomas pós-traumáticos com significado clínico pode corresponder a uma “Perturbação Aguda de Stress”. No estudo de Wisely, Hoyle, Tarrier e Edwards (2005) foi igualmente utilizado o HADS, mas na avaliação da sintomatologia pós-traumática foi utilizada a *Impact of Event Scale* (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979), uma escala mais reduzida (15 itens), apenas com as subescalas “Evitamento” e “Intrusão”. Optou-se por utilizar a versão mais longa por incluir a subescala “Hipervigilância”, que contém itens com informação muito significativa nesta população (ANEXO VIII).

Esta escala de auto-relato contém 22 frases que dizem respeito a três subescalas: “Evitamento” (8 sintomas, ex. *“Tentei não ficar perturbado quando pensava nisso ou era lembrado disso”*), “Intrusão” (8 sintomas, ex. *“Tive dificuldade em permanecer a dormir”*) e “Hipervigilância” (6 sintomas, ex. *“Tive dificuldade em adormecer”*). Cada item tem 5 opções de escolha, que quantifica a frequência desse sintoma e a resposta é dada numa escala de Likert de 5 pontos - de 0 (“nunca”) a 4 (“muitíssimo”). A cotação de cada sub-escala é efetuada através da média das respostas ao total dos itens em cada

uma e a cotação final média da escala é realizada através do somatório das médias das subescalas. Por outro lado, o “Valor total da IES-R” (soma dos valores de todos os itens da escala) entre 1-11 indica que o paciente tem poucos ou nenhuns sintomas pós-traumáticos; entre 12- 32 significa que tem vários sintomas pós-traumáticos, que têm de ser monitorizados; igual ou superior a 33 (até um máximo de é 88) é indicador da presença de sintomatologia pós-traumática com significado clínico. Quanto mais elevado o resultado, mais significativa a presença de sintomatologia pós-traumática e, consequentemente, maior a gravidade da situação (Weiss & Marmar, 1997).

Esta escala está traduzida e adaptada por Matos e Pinto-Gouveia (2006) e foi estudada na população portuguesa por Pereira e Figueiredo (2008) e Matos, Pinto-Gouveia e Martins (2011), entre outros. No estudo de Pereira e Figueiredo (2008) com doentes com cancro colo-rectal (n=114) o coeficiente de fidelidade para a IES-R Total foi .90, indicando uma elevada consistência interna dos itens. O coeficiente de consistência interna da escala total é bastante elevado (.90). Em relação à consistência das subescalas “Intrusão” e “Hipervigilância” os valores também são bons (respetivamente .91 e .89); no entanto, o valor da consistência da subescala “Evitamento” é apenas razoável (.71).

O estudo de Matos, Pinto-Gouveia e Martins (2011) sobre as propriedades psicométricas do IES-R integrou um estudo mais geral a respeito das memórias traumáticas de experiências de vergonha e utilizou uma amostra de 811 sujeitos da população geral. Este estudo encontrou correlações elevadas a moderadas entre os valores dos itens com o total ( $> .56$ ) e um alfa de Cronbach elevado ( $\alpha = .96$ ), o que indica uma boa consistência interna. A validade convergente e divergente da escala foi comprovada através das correlações elevadas com a *Escala de Centralidade do*

*Acontecimento* (Matos, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2010) e das correlações moderadas encontradas com as subescalas Depressão, Ansiedade e Stress.

*Quadro1- Resumo dos instrumentos clínicos a ser utilizados na investigação*

<b>Instrumento a Utilizar</b>	<b>Necessidade de resposta directa do Paciente</b>
Ficha de Identificação do Paciente *	3 questões
2 Checklists *	Não
Escala "Qualidade de Vida..." *	Sim
HADS	Sim
IES	Sim

\* Fazem parte do Protocolo de Triagem final, a ser avaliado neste Estudo.

### **3.4 Procedimento Metodológico**

Esta avaliação foi integrada na avaliação e acompanhamento psicológico habitual da Unidade de Queimados a todos os pacientes que correspondiam aos critérios anteriormente mencionados.

Os participantes foram convidados a responder a um protocolo confidencial, desenvolvido com o objetivo de estudar um instrumento de avaliação psicológica para os doentes internados na Unidade de Queimados do Hospital de S. José do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., no sentido de avaliar as suas necessidades psicológicas e desenvolver um plano terapêutico de acordo com essas necessidades específicas. Foram ainda informados que podiam recusar continuar a sua participação a qualquer momento da avaliação. Inicialmente receberam informação (oral e escrita) sobre os objetivos do estudo, os procedimentos, a utilidade da sua participação, a inexistência de riscos. Embora o estudo não permitisse o anonimato dos pacientes, devido ao facto de a investigadora ser também a psicóloga que presta serviço na unidade e à necessidade de recolher dados no processo clínico, foram explicadas as medidas usadas para garantir a confidencialidade e protecção dos dados pessoais.

Se o paciente acesse participar, o que aconteceu em todos os casos, após ter lido o *Protocolo de Consentimento Informado* (ANEXO II) assinava o mesmo como indicador da sua disponibilidade para participar. No caso de não poder assinar, a confirmação da sua vontade era testemunhada através da assinatura de um familiar devidamente identificado ou de um profissional da Unidade de Queimados.

Os dados recolhidos junto do paciente e no processo clínico, foram trabalhados segundo rigorosos critérios de confidencialidade, para que a identidade dos pacientes não fosse revelada a nenhum elemento externo à equipa multidisciplinar da Unidade de Queimados.

### 3.5 Procedimento Estatístico

Os procedimentos estatísticos foram realizados através do programa Statistical Package for Social Sciences – IBM SPSS Statistics, Desktop Base, 21.0, tendo sido efetuada uma base de dados numa folha de Excel.

Na medida em que a amostra do presente estudo é constituída por 22 sujeitos, foi utilizado o teste W (Shapiro-Wilk), mais adequado para amostras de pequena dimensão ( $n < 30$ ) para avaliar a distribuição normal dos dados. (Marôco, 2010) (Ver Tabela 1).

Análise da Distribuição Normal das variáveis intercalares em estudo

Tabela 1 - Análise da Distribuição Normal das variáveis intercalares em estudo

	Teste de Shapiro-Wilk		Coeficiente de Assimetria		
	W	p	Assim	SE	Z
<b>HADS</b>					
Ansiedade	.86	.006	.70	.49	1.43
Depressão	.80	.000	1.00	.49	2.04
HADS-Total	.82	.001	.60	.49	1.22
<b>Avaliação Sintomas e Preocupações</b>					
Ansiedade associada ao tratamento	.93	.107	.41	.49	.83
Ansiedade associada às queimaduras	.84	.002	.25	.49	.51
Ansiedade-total	.89	.021	.61	.49	1.24
Depressão	.83	.001	.94	.49	1.92
PTSD	.77	.000	.68	.49	1.39

<b>IES-R</b>	Sintomas e Preocupações-Total	.91	.049	.62	.49	1.27
	Intrusão	.75	.000	1.54	.49	3.14
	Evitamento	.65	.000	1.97	.49	4.02
	Hipervigilância	.72	.000	1.76	.49	3.59
	IES-R-Total	.75	.000	1.69	.49	3.45

Nota. HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS-Total = somatório dos itens da HADS; Ansiedade-Total = somatório da ansiedade face ao tratamento e da ansiedade associada às sequelas das queimaduras; PTSD = Perturbação de stress pós-traumático; IES-R = Escala de impacto de acontecimentos – Revista.

É possível verificar, na Tabela 1, que somente a variável “Ansiedade associada ao tratamento” apresenta distribuição normal. Através da observação do coeficiente de assimetria, é possível constatar todas as variáveis apresentam distribuição normal, à exceção de “HADS-Depressão”, “Intrusão”, “Evitamento”, “Hipervigilância” e “IES-R-Total” (Field, 2009).

Análise da Homogeneidade de Variância das variáveis intercalares em estudo.

*Tabela 2 - Análise da Homogeneidade de Variância das variáveis intercalares em estudo*

		<b>Teste de Levene</b>	
		<i>F</i>	<i>p</i>
<b>HADS</b>			
	Ansiedade	.05	.819
	Depressão	1.57	.225
	HADS-Total	.39	.541
<b>Avaliação Sintomas e Preocupações</b>			
	Ansiedade associada ao tratamento	1.23	.282
	Ansiedade associada às queimaduras	1.61	.219
	Ansiedade-Total	1.99	.174
	Depressão	6.04	.023
	PTSD	5.14	.035
	Sintomas e Preocupações-Total	2.71	.115
<b>IES-R</b>			
	Intrusão	.03	.874
	Evitamento	.10	.755
	Hipervigilância	.00	.964
	IES-R-Total	.01	.908

Nota. HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS-Total = somatório dos itens da HADS; Ansiedade-Total = somatório da ansiedade face ao tratamento e da ansiedade associada às sequelas das queimaduras; PTSD = Perturbação de stress pós-traumático; IES-R = Escala de Impacto de Acontecimentos – Revista.

No que se refere à homogeneidade de variância foi utilizado o Teste de Levene (F). Através da observação da tabela 2 é possível verificar que as variáveis “Depressão”, da checklist “Avaliação de Sintomas e Preocupações”, e “PTSD” não apresentam homogeneidade de variância (Ver Tabela 2).

Como a totalidade das variáveis intercalares em estudo não apresentam distribuição normal e/ou homogeneidade de variância, serão utilizados testes não paramétricos.

## **4 RESULTADOS**

### **4.1 Características da Amostra**

#### **4.1.1 Caracterização Sócio-Demográfica**

Entre 1 de Junho e 23 de Setembro de 2013 deram entrada na Unidade de Queimados do Hospital de S. José - Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, 34 pacientes. Destes, apenas foi possível avaliar com o protocolo do estudo 22 (64.7%). Os restantes não se enquadravam nos critérios definidos: 4 (11.8%) ultrapassavam o limite de idade, 2 (5.9%) estiveram internados menos de 7 dias, 1 (2.9%) apresentava quadro demencial, 1 (2.9%) tinha déficite cognitivo; 1 (2.9%) faleceu; e 1 (2.9%) continuava internado em isolamento na altura em terminou a recolha de dados para este estudo. Acresce ainda que 2 (5.9%) tinham um Síndrome Steven-Johnson<sup>1</sup>, e não queimaduras, pelo que não foi aplicado um protocolo de triagem para os doentes-alvo neste estudo.

A amostra ficou constituída por 22 indivíduos, com idades compreendidas entre os 28 e os 75 anos de idade (Média = 51.05, Desvio-Padrão = 14.11), dos quais 8 mulheres,

---

<sup>1</sup>Doença causada por uma reação alérgica grave, envolvendo erupção cutânea nas mucosas, podendo ocorrer nos olhos, nariz, uretra, vagina, trato gastrointestinal e trato respiratório, ocasionando processos de necrose, com causas muitas vezes desconhecidas. A reação alérgica pode ser causada por estímulos como fármacos, infeções virais e neoplasias, embora em grande parte dos casos a etiologia específica não seja facilmente identificável. O paciente deve ser hospitalizado para ser monitorado numa unidade de queimados, com cuidados rigorosos para evitar infeções.

com idades compreendidas entre os 43 e os 73 anos de idade e 14 homens, com idades compreendidas entre os 28 e os 75 anos de idade.

Apesar da variável idade ter apresentado distribuição normal ( $p > .05$ ), e de demonstrar homogeneidade de variância ( $p \geq .05$ ), foi utilizado o teste de Mann-Whitney (U), com o objetivo de se estudar a existência de diferenças estatisticamente significativas nesta variável em função do género, pois o N é inferior a 30 sujeitos.

*Tabela 3- Estudo das diferenças da variável idade*

	Género						U	p
	Homens			Mulheres				
	M	DP	AMP	M	DP	AMP		
<i>Idade</i>	46.00	13.34	28-75	59.88	11.27	43-73	22.50*	.022

*Nota.* AMP = amplitude (mínimo e máximo)

\*  $p \leq .05$

Foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na variável idade em função do género,  $U = 22.50$ ;  $p = .022$ , no sentido das mulheres da amostra terem apresentado valores médios superiores de idade (Ver Tabela 3).

A Tabela 4 resume os Dados Sócio-demográficos da amostra deste estudo.

*Tabela 4 – Dados Sócio-demográficos da amostra*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
<b>Idade – categorias</b>		
28 – 34	2	9,1
35 – 44	5	22,7
45 – 54	5	22,7
55 – 64	6	27,3
65 – 75	4	18,2
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	3	13,6
Casado/União de facto	13	59,1
Divorciado/Separado	4	18,2
Viúvo	2	9,1
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

<b>Filhos</b>		
0	5	22,7
1	8	36,4
2	7	31,8
4	1	4,5
6	1	4,5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

<b>Escolaridade - categorias</b>		
1 - 4 anos	6	27,3
5 - 9 anos	8	36,4
10 - 12 anos	5	22,7
Mais de 12 anos	3	13,6
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

<b>Profissão</b>		
Desempregado	4	18,2
Doméstico	8	36,4
Reformado	1	4,5
Trabalhador por conta própria	1	4,5
Trabalhador por conta outrem	8	36,4
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Da análise da Tabela 4 verifica-se que a maior parte dos pacientes da amostra se encontra na faixa etária entre os 55-64 anos, são casados e têm um filho. A maioria tem entre 5-9 anos escolaridade e são reformados ou trabalham por conta de outrem.

#### **4.1.2 Caracterização das Queimaduras, Acidente e Problemas Associados**

A Tabela 5 resume a extensão das queimaduras (Área Corporal Queimada) de acordo com o grau e Total (2º + 3º grau) e nas áreas consideradas pela literatura mais problemáticas em termos de adaptação psicológica (Wiechman e colaboradores,2001).

Tabela 5 – Caracterização das Queimaduras

Grau das Queimaduras	Área Corporal Queimada (%)				
	N	M	DP	Min.	Máx.
Queimaduras de 2º grau	18	15,3	13,4	2.00	42,5
Queimaduras de 3º grau	9	7,11	4,32	2.00	15,5
Total (2º +3º grau)	22	15,8	15,2	2.00	57.0
<b>Localização</b> (Áreas Problemáticas)					
Cabeça	7	1,30	2,11	0.00	6,00
Pescoço	6	0,41	0,73	0.00	2.00
Mãos	11	1,2	1,75	0.00	5.00
Genitais	1	=	=	0.00	0,25

Nota. M = Média; DP = Desvio-Padrão; Med = mediana; Min.-Máx.= Valor mínimo – máximo

Na Tabela 5 observa-se que as queimaduras mais frequentes nesta amostra são do 2º grau. Verifica-se ainda que a Área Corporal Queimada tem uma grande variabilidade, independentemente do grau de queimaduras.

No que refere às zonas corporais afetadas, verificou-se que 15 (68.18%) pacientes apresentaram queimaduras em locais descritos na literatura como problemáticos, sendo que: 7 (31.82%) pacientes apresentaram queimaduras na cabeça, 6 (27.27%) no pescoço, 11 (50%) nas mãos e 1 (4.5%) nos genitais.

Na amostra total, 9 pacientes estiveram em isolamento, dos quais 5 ventilados. O tipo de acidente e as causas das queimaduras encontram-se descritos na Tabela 6.

Tabela 6 – Tipo de Acidente e Causas das Queimaduras

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
<b>Tipo de Acidente</b>		
Doméstico	14	63,6
Trabalho	7	31,8
Ambiente exterior	1	4,5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Causas das Queimaduras</b>		
Fogo	9	40,9
Temperatura	8	36,4
Choque Elétrico	4	18,2
Químicos	1	4,5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

A Tabela 6 mostra que a maior parte dos acidentes dos pacientes da amostra foram domésticos e envolveram fogo.

Na amostra total 10 pacientes apresentavam algum tipo de problema clínico anterior, como hipertensão, diabetes, arritmia, problemas respiratórios e, a realçar, 1 (4.5%) paciente com epilepsia, a qual esteve na base do seu acidente.

Na Tabela 7 encontram-se descritas outras áreas problemáticas dos pacientes.

Tabela 7 – Problemas Associados

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
<b>Problemas Associados</b>		
Familiares	8	36,4
Profissionais	4	18,2
Económicos	4	18,2
<b>N</b>	<b>9</b>	<b>40.9</b>

Nota. Houve doentes que referiram mais do que um tipo de problemas associado

Da observação da Tabela 7 verifica-se que problemas mais frequentemente referidos foram os familiares. É também importante assinalar que 13 pacientes negaram a existência de outras áreas problemáticas.

### 4.1.3 Antecedentes de Morbilidade Psicológica ou Psiquiátrica

Na Tabela 8 encontram-se resumidos os antecedentes de morbilidade psicológica e psiquiátrica dos pacientes que integraram este estudo, em termos de problemas de saúde mental e de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico que tenham recebido.

*Tabela 8 – Antecedentes de morbilidade psicológica e psiquiátrica da amostra*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
<b>Problema de Saúde Mental</b>		
Quadro Depressivo	7	31,8
Alcoolismo	3	13,6
Toxicodependência	1	4,5
Alcoolismo + Toxicodependência	1	4,5
Perturbação Bipolar	1	4,5
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>59,1</b>
<b>Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico</b>		
Psiquiátrico	3	13,6
Psicológico	1	4,5
Psicológico + Psiquiátrico	2	9,1
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>27,3</b>

Da Tabela 8 observa-se que 13 (59.1%) pacientes têm antecedentes de morbilidade psicológica ou psiquiátrica, sendo que destes, apenas 6 (27.3%) têm acompanhamento especializado. Acresce ainda que 1 (4.5%) paciente estava medicado pelo médico de clínica geral.

## 4.2 Avaliação Psicológica da Amostra

### 4.2.1 Estudos Prévios

Análise da fidelidade e da homogeneidade das dimensões da HADS, da Checklist “Sintomas e Preocupações” e da IES-R

Como forma de estudar a fiabilidade e a homogeneidade das dimensões da HADS, da Checklist “Sintomas e Preocupações” e da IES-R para a presente amostra, foram analisados o coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) e o alfa tipificado.

Tabela 9 - *Análise da fidelidade e da homogeneidade das dimensões da HADS, da Checklist – Sintomas e Preocupações e da IES-R*

	$\alpha$ Cronbach	$\alpha$ Tipificado
<b>HADS</b>		
Ansiedade	.81	.81
Depressão	.93	.94
HADS-Total	.92	.92
<b>Avaliação Sintomas e Preocupações</b>		
Ansiedade associada ao tratamento	.72	.72
Ansiedade associada às queimaduras	.63	.64
Ansiedade-Total	.74	.77
Depressão	.85	.84
PTSD	.77	.75
Sintomas e Preocupações-Total	.91	.91
<b>IES-R</b>		
Intrusão	.93	.93
Evitamento	.95	.96
Hipervigilância	.94	.95
IES-Total	.97	.97

*Nota.* HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS-Total = somatório itens HADS; Ansiedade-Total = somatório ansiedade face tratamento e ansiedade associada sequelas das queimaduras; PTSD = perturbação de stress pós-traumático; IES-R = Escala de impacto de acontecimentos revista.

Ao comparar os dados alcançados mediante o alfa tipificado, que revelou valores iguais ou similares ao alfa de Cronbach de cada uma das dimensões, é possível afirmar que para esta amostra as dimensões apresentam boa homogeneidade de variância, devido à grande proximidade entre ambos os índices para cada uma das variáveis (Ver tabela 9).

#### 4.2.2 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Na Tabela10 apresentam-se os resultados das duas subescalas da HADS e da HADS-Total.

*Tabela10 - Médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos, percentis e intervalos de confiança 95% da HADS*

	N	M	DP	Med	Min. Máx.	Percentis			Intervalo Confiança 95%	
						25	50	75	Limite inferior	Limite superior
<i>HADS</i>										
Ansiedade	22	6.55	4.43	4.50	2.00-15.00	2.75	4.50	10.25	4.58	8.51
Depressão	22	5.23	6.42	1.50	.00-19.00	.00	1.50	10.50	2.38	8.07
HADS-Total	22	11.77	9.87	6.50	2.00-28.00	3.75	6.50	22.50	7.40	16.15

Nota. M = Média; DP = Desvio-Padrão; Med = mediana; Min.-Máx.= Valor mínimo - máximo; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS-Total= somatório dos itens da HADS.

A tabela 10 mostra que esta amostra apresenta, em média, valores baixos/"normais" de sintomatologia ansiosa (HADS-Ansiedade) e depressiva (HADS-Depressão), uma vez que os valores médios de cada subescala são inferiores a 7.00 (Zigmond e Snaith, 1983; Snaith e Zigmond, 1994).

No que respeita à sintomatologia ansiosa, em termos médios a amostra não revelou sintomatologia ansiosa com significado clínico. No entanto, 3 pacientes apresentavam sintomatologia ansiosa "leve" ("*borderline*") e 5 (22.7%) sintomatologia com significado clínico mas "moderada" (Snaith e Zigmond, 1994).

Em relação à sintomatologia depressiva, apesar de, em média, os resultados da amostra não terem revelado significado clínico, 2 pacientes apresentaram sintomatologia depressiva "leve" ("*borderline*"), e 5 (22.7%) com significado clínico dos quais 2 "moderada" e 3 "severa" (Snaith e Zigmond, 1994).

Ao todo, 7 (31.8%) pacientes apresentaram algum tipo de sintomatologia depressiva ou ansiosa com significado clínico.

### 4.2.3 Impact of Events Scale-Revised (IES-R)

Na Tabela 11 apresentam-se os resultados das respostas nas sub-escalas e Total da IES-R.

*Tabela 11 - Médias, desvio-padrão, amplitudes, percentis e intervalos de confiança 95% da Impact of Event Scale-R*

	N	M	DP	Med	Min.- Max	Percentis			Intervalo Confiança 95%	
						25	50	75	Limite inferior	Limite superior
<i>IES-R</i>										
Intrusão	22	5.23	7.55	1.00	.00-26.00	.00	1.00	8.50	1.88	8.58
Evitamento	22	4.32	7.43	.00	.00-25.00	.00	.00	5.50	1.02	7.61
Hipervigilância	22	4.05	6.13	1.00	.00-21.00	.00	1.00	6.25	1.33	6.76
IES-R-Total	22	13.59	19.66	3.00	.00-72.00	.00	3.00	21.25	4.88	22.31

Nota. M = Média; DP = Desvio- Padrão; Med = mediana; Min-Max= Valor mínimo - máximo; IES-R-Total = Valor total IES-R

Observando a tabela 11, verifica-se que o valor médio total da IES-R não evidencia sintomatologia pós-traumática com significado clínico, embora se apresente ligeiramente elevado (superior a 12), o que é indicativo da presença de alguns sintomas pós-traumáticos (Weiss e Marmar, 1997).

Analisando os resultados individuais, verifica-se que 4 pacientes evidenciam a presença de sintomatologia pós-traumática com significado clínico (valores IES-Total entre 33 e72). O valor médio da IES-R-Total torna-se bastante mais baixo, pela existência de resultados de IES-R-Total muito reduzidos, nomeadamente 10 pacientes em que o valor é .00.

Não se observa grandes diferenças entre os valores das diferentes subescalas, isto é, não parece haver predominância de um dado tipo de sintomas pós-traumáticos, mesmo nos pacientes com sintomatologia pós-traumática com significado clínico.

## 4.2.4 “Instrumento de Avaliação Psicológica em Queimados”

### 4.2.4.1 Checklist “Avaliação do Risco”

Na Tabela 12 são apresentados os resultados das respostas à Checklist “Avaliação do Risco”.

*Tabela 12 - Médias, desvios-padrões, amplitudes, percentis e intervalos de confiança 95% da Checklist – “Avaliação do Risco”*

	N	M	DP	Med	Min	Max
<b>Checklist “Avaliação do Risco”</b>						
Fatores de Risco Relacionados com acidente	22	1,05	0,21	1,00	1,00	2,00
Fatores de Risco Pré-trauma	22	1,77	1,41	2,00	0,00	4,00
Fatores Peri-traumáticos	22	1,09	0,75	1,00	0,00	2,00
Fatores Pós-traumáticos	22	0,36	0,66	0,00	0,00	2,00
Avaliação Risco – Total	22	4,27	2,03	4,00	1,00	8,00

Nota. M = Média; DP = Desvio-Padrão; Med = Mediana; Min.-Máx.= Valor mínimo e máximo

A análise da tabela 12 indica que o valor médio do resultado “Avaliação Risco – Total” aponta para um nível de “Risco Moderado” (Wisely e colaboradores, 2007). Os Fatores de Risco mais significativos foram os Pré-Trauma e os menos relevantes foram os Pós-Traumáticos.

Wisely e col. (2007) sugerem a categorização do Nível de Risco dos pacientes tendo em conta os aspetos apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 - Classificação resultados Checklist “Avaliação do Risco”, HADS e IES-R em Níveis de Risco (Wisely e col., 2007)

<b>Avaliação do Risco</b>	
<b>Níveis de Risco</b>	
Sem Risco	0 - 1 Checklist Av. Risco < 11 HADS Total < 15 IES-R Total
Risco Baixo	2 - 3 Checklist Av. Risco < 11 HADS Total < 15 IES-R Total
Risco Moderado	4 - 7 Checklist Av. Risco > 11 HADS Total >14 IES-R Total
Risco Elevado	≥ 8 Checklist Av. Risco Score 2 em algum item da Checklist Ideação suicida persistente Sintomas Psicóticos

Nota. Checklist Av. Risco = Valor total da Checklist Avaliação do Risco; HADS Total = valor total HADS; IES-R Total = Valor total IES-R

Na Tabela 13 utiliza-se a sugestão de categorização em níveis de risco de Wisely e colaboradores (2007) para os pacientes da amostra do estudo (ver Quadro 2).

Tabela 13 – Nível de Risco de cada paciente de acordo com resultado na Checklist “Avaliação do Risco”, na HADS – Total e na IES-R-Total (Wisely e col., 2007)

<b>Avaliação do Risco</b>				
<b>Paciente</b>	<b>Checklist</b>	<b>HADS -Total</b>	<b>IES - R- Total</b>	<b>Risco</b>
1	***8	**14	**33	Elevado
5	***6	**20	**16	Elevado
7	***6	**27	**46	Elevado
10	***3	**24	0	Elevado
11	***8	**22	**71	Elevado
2	*3	**14	0	Moderado
3	**4	4	1	Moderado
4	*2	**28	**20	Moderado
8	**5	4	**25	Moderado
12	**4	4	0	Moderado
13	*2	7	**16	Moderado
15	**5	**26	**46	Moderado
18	**7	5	9	Moderado
19	**7	**27	5	Moderado
20	**5	**11	0	Moderado
21	**4	3	0	Moderado

6	*3	2	0	Baixo
9	*3	2	0	Baixo
14	1	6	*11	Baixo
16	*3	2	0	Baixo
17	*3	2	0	Baixo
22	*2	5	0	Baixo

Nota. Sem estrela - Sem Risco; \* Risco Baixo; \*\* - Risco Moderado; \*\*\* - Risco Elevado;

Pacientes nº 10, 7, 5 - *Pacientes com score 2 em algum item da Checklist*

Como expresso na Tabela 13, os pacientes distribuem-se por 4 níveis de Risco, sobretudo pelo “Risco Baixo” e “Risco Moderado”. Assim, 11 (50%) pacientes apresentam “Risco Moderado” e 6 (27.3%) “Risco Baixo” de desenvolver problemas emocionais ou de adaptação psicossocial. Acresce ainda que 5 (22.7%) pacientes apresentam um “Risco Elevado”.

De realçar, que os pacientes com ”Risco Elevado” na Checklist “Avaliação do Risco” apresentam também resultados com significado clínico na HADS e na IES (nesta última, com exceção de 1 paciente).

#### 4.2.4.2 Checklist “Avaliação de Sintomas e Preocupações”

A tabela 14 indica os valores médios, os desvios-padrão, amplitudes, percentis e intervalos de confiança a 95% das subescalas da Checklist “Sintomas e Preocupações”.

*Tabela 14 - Médias, desvios-padrão, amplitudes, percentis e intervalos de confiança 95% das sub-escalas da Checklist “Sintomas e Preocupações”*

	N	M	DP	Md	Min.- Max	Percentis			Intervalo Confiança 95%	
						25	50	75	Limite inferior	Limite superior
<b>Checklist Sintomas e Preocupações</b>										
Ansied. tratam.	22	1.27	1.24	1.50	.00-4.00	.00	2.00	2.00	1.13	2.51
Ansied. queimad.	22	1.82	1.56	2.00	.00-5.00	.00	2.50	3.00	.72	1.82
Ansiedade-total	22	3.09	2.37	2.50	.00-9.00	1.75	1.50	4.25	2.04	4.14
Depressão	22	2.45	2.74	1.00	.00-8.00	.00	1.00	5.00	1.24	3.67
PTSD	22	1.32	1.59	.50	.00-4.00	.00	.00	3.00	.62	2.02
SP-Total	22	6.86	5.99	6.00	.00-19.00	1.75	6.00	12.25	4.21	9.52

Nota. Med = mediana; Min.-Máx.= valor mínimo e máximo; Ansied. Tratam. = ansiedade associada ao tratamento; Ansied. queimad. = ansiedade associada às sequelas das queimaduras; Ansiedade-Total =

somatório ansiedade face ao tratamento e ansiedade associada às sequelas das queimaduras; PTSD = perturbação stress pós-traumático; SP-Total = total dos itens “Avaliação de Sintomas e Preocupações”

Quanto à Checklist “Avaliação de sintomas e preocupações”, todas as subescalas apresentaram valores médios indicadores de ausência de problemas (Ver Tabela 14). De realçar os valores de Desvios-padrão elevados, indicadores de uma grande variabilidade de respostas entre os pacientes que se traduzem num resultado médio sem significado clínico.

O valor Médio do SP-Total indica “Problemas Moderados” (Wisely e colaboradores, 2007), sendo que a “Depressão” apresenta o valor mais elevado, embora sem significado clínico na amostra total.

*Tabela 15 - Distribuição nº pacientes segundo com o resultado SP-Total por grau de gravidade dos problemas (Wisely e col., 2007)*

<b>Avaliação Sintomas e Preocupações</b>	<b>SP-Total</b>	<b>Nº Pacientes</b>
Sem Problemas	0 - 1	5
Problemas Ligeiros	2 - 3	5
Problemas Moderados	4 - 7	4
Problemas Severos	≥ 8	8

Nota.SP-Total = total dos 22 itens da “Avaliação de Sintomas e Preocupações”

No que respeita à análise da distribuição dos pacientes de acordo com o resultado total na Checklist “Avaliação de Sintomas e Preocupações”, verifica-se que 8 (36.36%) pacientes apresentavam “Problemas severos”.

No sentido de verificar a adequação e utilidade do “Instrumento de Avaliação Psicológica em Queimados” para despistar níveis de risco e de necessidade de intervenção, fizemos uma análise para verificar a consistência entre as duas Checklists – “Avaliação do Risco” e “Avaliação de Sintomas e Preocupações” (ver Tabelas 16 e 17). Dado o pequeno número de sujeitos em cada célula, limitámo-nos a uma análise descritiva.

Tabela 16 – Matriz das respostas dadas pelos pacientes às Checklists “Avaliação do Risco” e “Avaliação de Sintomas e Preocupações”

	<b>Avaliação de Risco</b>				Total
	Sem Risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Elevado	
<b>Avaliação Sintomas e Preocupações</b>					
Sem Problemas	0	3	2	0	5
Problemas Ligeiros	0	3	1	0	4
Problemas Moderados	0	0	5	0	5
Problemas Severos	0	0	3	5	8
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>22</b>

Tabela 17 - Nível de Risco de cada paciente de acordo com resultado nas Checklists “Avaliação do Risco” e “Avaliação de Sintomas e Preocupações”, na HADS - Total na IES-R-Total (Wisely e col., 2007)

Paciente	Checklist	HADS -Total	IES - R- Total	Risco	Problemas
1	***8	**14	**33	Elevado	Severos
5	***6	**20	**16	Elevado	Severos
7	***6	**27	**46	Elevado	Severos
10	***3	**24	0	Elevado	Severos
11	***8	**22	**71	Elevado	Severos
2	*3	**14	0	Moderado	Moderados
<u>3</u>	<u>**4</u>	<u>4</u>	<u>1</u>	<u>Moderado</u>	<u>Ligeiros</u>
<u>4</u>	<u>*2</u>	<u>**28</u>	<u>**20</u>	<u>Moderado</u>	<u>Severos</u>
8	**5	4	**25	Moderado	Moderados
<u>12</u>	<u>**4</u>	<u>4</u>	<u>0</u>	<u>Moderado</u>	<u>Sem Problemas</u>
<u>13</u>	<u>*2</u>	<u>7</u>	<u>**16</u>	<u>Moderado</u>	<u>Severos</u>
<u>15</u>	<u>**5</u>	<u>**26</u>	<u>**46</u>	<u>Moderado</u>	<u>Severos</u>
18	**7	5	9	Moderado	Moderados
19	**7	**27	5	Moderado	Moderados
20	**5	**11	0	Moderado	Moderados
<u>21</u>	<u>**4</u>	<u>3</u>	<u>0</u>	<u>Moderado</u>	<u>Sem Problemas</u>
6	*3	2	0	Baixo	Sem Problemas
9	*3	2	0	Baixo	Sem Problemas
14	1	6	*11	Baixo	Ligeiros
16	*3	2	0	Baixo	Sem Problemas
17	*3	2	0	Baixo	Ligeiros
22	*2	5	0	Baixo	Ligeiros

Nota. Sem estrela - Sem Risco; \* Risco Baixo; \*\* - Risco Moderado; \*\*\* - Risco Elevado;

Pacientes nº 10, 7, 5 - *Pacientes com score 2 em algum item da Checklist*

Da análise das Tabelas 16 e 17 parece haver uma consistência razoável entre as duas Checklists, nomeadamente ao nível de "Risco Elevado" e "Problemas Severos" e "Risco Baixo" e "Problemas ligeiros" ou "Sem problemas". Esta consistência aparece reforçada na análise dos resultados de todos os instrumentos na Tabela 17.

A menor consistência surge ao nível dos casos de "Nível Moderado" na Checklist "Avaliação do Risco" porque, apesar de uma parte dos casos apresentar um "Nível Médio" de Problemas, 6 pacientes se distribuem por diferentes níveis de Problemas (nomeadamente um com "Problemas Ligeiros", dois "Sem Problemas" e 3 "Problemas Severos").

#### **4.2.5 Itens "Ânimo" e "Desconforto Emocional" - Escala "Qualidade de Vida e Desconforto Emocional em Doentes Queimados"**

Na Tabela 18 são apresentadas as frequências de respostas dos pacientes aos itens "Ânimo" e "Desconforto Emocional".

*Tabela 18 - Estatística descritiva dos itens Ânimo e Desconforto emocional do questionário "Qualidade de Vida e Desconforto Emocional em doentes queimados"*

	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Ânimo</i>		
Mau	2	9.1
1	1	4.5
2	1	4.5
3	2	9.1
4	3	13.6
5	1	4.5
6	1	4.5
7	3	13.6
8	3	13.6
9	4	18.2
Excelente	1	4.5
<i>Nível de Desconforto Emocional</i>		
Nenhum	3	13.6
1	2	9.1
2	3	13.6
4	2	9.1
5	2	9.1
6	2	9.1

7	2	9.1
8	1	4.5
9	4	18.2
Extremo	1	4.5

No que se refere aos dois itens do questionário “Qualidade de Vida e Desconforto Emocional em doentes queimados”, verifica-se que 4 (18.2%) pacientes referiram ter um Ânimo quase excelente e o mesmo número de sujeitos relatou ter um nível de Desconforto Emocional no limiar do extremo

### 4.3 ANÁLISE DAS CORRELAÇÕES

Para procedermos ao estudo da validade concorrente e discriminante da HADS, da checklist-Sintomas e Preocupações e da IES-R utilizou-se um teste não paramétrico – a correlação bivariada de Spearman (rho) (Ver tabela 19).

Tabela 19 - Matriz de correlações entre as dimensões da HADS, da Checklist – Sintomas e Preocupações e da IES-R, utilizando a correlação bivariada de Spearman

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. HADS-A	-												
2. HADS-D	.72***	-											
3. HADS-Total	.94***	.88***	-										
4. Ansied. Total	.84***	.75***	.84***	-									
5. Ansied. Trat.	.63**	.43*	.54**	.76***	-								
6. Ansied. Quei.	.70***	.73***	.76***	.87***	.36	-							
7. Depressão	.74***	.85***	.85***	.84***	.54**	.79***	-						
8. PTSD	.67***	.44*	.63**	.65***	.53*	.56**	.62**	-					
9. SP-Total	.83***	.78***	.87***	.95***	.66***	.88***	.93***	.78***	-				
10. Intrusão	.67***	.42	.64***	.58**	.43*	.51*	.59**	.97***	.73***	-			
11. Evitamento	.55**	.34	.50*	.57**	.58**	.40	.50*	.93***	.67***	.88***	-		
12. Hipervigil.	.66***	.47*	.63**	.65***	.60**	.49*	.67***	.97***	.78***	.94***	.90***	-	
13. IES-R-Total	.65***	.44*	.62**	.62**	.56**	.47*	.62**	.97***	.75***	.97***	.92***	.99***	-

Nota. HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS-A. = ansiedade; HADS-D. = depressão; HADS-Total = somatório dos 14 itens da HADS; Ansied.\_Total = somatório da ansiedade associada ao tratamento e da ansiedade associada às sequelas das queimaduras; Ansied. Trat. = ansiedade associada ao tratamento; Ansied. Quei. = ansiedade associada às sequelas das queimaduras; PTSD = perturbação de stress pós-traumático; SP-Total = soma dos 22 itens da checklist-sintomas e preocupações; Hipervigil. = hipervigilância; IES-R-Total= Escala de impacto de acontecimentos – sintomatologia de stress pós-traumático.

\*\*\*  $p \leq .001$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*  $p \leq .05$

#### 4.3.1 Correlações entre dimensões da Checklist “Sintomas e Preocupações”

A “Ansiedade-Total” correlacionou-se de forma estatisticamente significativa, positiva e forte com todas as outras as dimensões da mesma Checklist.

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas, positivas e fortes entre a “Ansiedade associada ao tratamento” com a “SP-Total” e moderadas com a “Depressão” e com a “PTSD”. Não existia qualquer relação com a “Ansiedade associada às sequelas dos tratamentos”.

Foram igualmente encontradas associações estatisticamente significativas, positivas e fortes entre a “Ansiedade associada às sequelas das queimaduras” com a “Depressão” e com a SP-Total” e moderadas com a “PTSD”.

As correlações encontradas entre a “Depressão” e a “PTSD” e a “SP-Total” foram estatisticamente significativas, fortes e em sentido positivo.

Foram encontradas associações estatisticamente significativas, fortes e igualmente em sentido positivo entre a “PTSD” com a “SP-Total”.

#### **4.3.2 Correlações entre HADS e Checklist “Sintomas e Preocupações”**

Entre as várias dimensões da HADS foram encontradas associações estatisticamente significativas, fortes e positivas.

Foram encontradas associações estatisticamente significativas, fortes e positivas entre a “HADS-Ansiedade” com todas as dimensões da Checklist “Sintomas e Preocupações”.

De realçar que em todas as correlações  $p \leq .001$ , com exceção da relação com “Ansiedade associada aos Tratamentos” em que  $p \leq .01$ .

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas, fortes e em sentido positivo entre a “HADS-Depressão” com a “Ansiedade associada às sequelas das

queimaduras”, com a “Ansiedade-Total”, com a “Depressão” e com a “SP-Total”. A correlação entre a “HADS-Depressão” e a “Ansiedade associada ao tratamento” e a “PTSD” são positivas mas apenas moderadas.

Verificaram-se associações estatisticamente significativas, em sentido positivo e fortes entre a “HADS-Total” e “Ansiedade-Total”, “Ansiedade associada às sequelas das queimaduras”, “Depressão”, “SP-Total” e “PTSD”. Foi também encontrada uma relação estatisticamente positiva mas moderada entre a “HADS-Total” e a “Ansiedade associada aos tratamentos”.

#### **4.3.3 Correlações entre Checklist “Sintomas e Preocupações” e a IES**

Na tabela 19 observam-se associações estatisticamente significativas, positivas e fortes entre a “Ansiedade-total” com a “Hipervigilância” e com a “IES-R-Total”, e moderadas com a “Intrusão” e com o “Evitamento”.

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas, positivas e fortes entre a “Ansiedade associada ao tratamento” e a “Hipervigilância” e moderadas com o “Evitamento” e com a “IES-R-Total”. A correlação menos forte, embora moderada, foi com a “Intrusão”.

As correlações entre a “Ansiedade associada às sequelas das queimaduras” e a “Intrusão”, a “Hipervigilância” e a “IES-R-Total” foram estatisticamente significativas, positivas e moderadas. Não se verificou correlação estatisticamente significativa com o “Evitamento”.

Foram encontradas associações estatisticamente significativas, fortes e em sentido positivo entre a “Depressão” e a “Hipervigilância” e a “IES-R-Total” e moderadas com a “Intrusão” e com o “Evitamento”.

Na tabela 16 observa-se ainda a existência de associações estatisticamente significativas, fortes e em sentido positivo tanto da “PTSD”, como da “SP-Total”, com todas as dimensões da “IES-R”.

Todas as dimensões da IES-R apresentaram entre si correlações estatisticamente significativas, fortes e positivas.

#### 4.3.4 Associações entre Ânimo e nível de Desconforto Emocional, dimensões da HADS, da Checklist – Sintomas e Preocupações e da IES-R

Com o objetivo de se estudar a relação entre o Ânimo e o Desconforto emocional com cada uma das dimensões da HADS, da Checklist “Sintomas e Preocupações” e da IES-R, foi utilizado a correlação bivariada de Spearman (Tabela 20).

*Tabela 20 - Matriz de correlações entre as dimensões da HADS, da Checklist – Sintomas e Preocupações e da IES-R e os dois itens da QVED-DQ, utilizando a correlação bivariada de Spearman*

	2 Itens da QVDE-DQ	
	Ânimo	Desconforto Emocional
1. HADS-Ansiedade	-.01	.16
2. HADS-Depressão	-.17	.26
3. HADS-Total	-.08	.23
4. Ansiedade Total	-.09	.15
5. Ansiedade associada ao Tratamento	-.15	.24
6. Ansiedade associada às sequelas das queimaduras	-.04	.04
7. Depressão	-.00	.04
8. PTSD	.10	.00
9. Sintomas e Preocupações-Total	-.04	.08
10. Intrusão	.11	-.01
11. Evitamento	.02	.12
12. Hipervigil.	.11	-.02
13. IES-R-Total	.09	.03

Ânimo \* Nível Desconforto Emocional –  $\rho = -.89^{***}$

*Nota.* QVDE-DQ = qualidade de vida e desconforto emocional em doentes queimados; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; PTSD = perturbação de stress pós-traumático; IES-R-Total= Escala de impacto de acontecimentos – sintomatologia de stress pós-traumático.

\*\*\*  $p \leq .001$ .

Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o Ânimo ou o Desconforto emocional e qualquer uma das variáveis intercalares em estudo. Contudo,

quando se associou o Ânimo com o e Desconforto emocional encontrou-se uma relação forte e em sentido negativo,  $p= .000$  (Ver tabela 20).

#### **4.4 AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE CONFRONTO - “O que tem feito para lidar com as queimaduras e com o internamento?”**

A Tabela 21 resume as diferentes estratégias de relaxamento utilizadas pelos pacientes para lidar com o internamento e frequência da sua utilização.

*Tabela 21 – Frequência das diferentes Estratégias de Confronto para lidar com queimaduras e internamento*

<b>Estratégias de Confronto</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
Evitamento	3	13,6
Distrativas	21	91,45
Imagéticas	3	13,6
Relaxamento	1	4,5
Auto-instruções e Pensamento positivo	4	18,2

Em resposta a esta questão, as estratégias mais frequentemente utilizadas pelos pacientes reportam-se a estratégias distrativas, como ver televisão, falar com os outros pacientes ou técnicos de saúde, ler, ouvir música, jogar no telemóvel, fazer palavras cruzadas. Alguns pacientes relataram utilizar estratégias imagéticas ou de relaxamento. Outros expressaram o recurso a estratégias cognitivas mais elaboradas, como auto-instruções e pensamento positivo. Outros ainda referiram utilizar estratégias de evitamento como dormir ou abstrair-se para evitar pensar e um dos pacientes disse mesmo pedir medicação para “tentar manter-se a dormir”. De realçar que os pacientes que utilizaram estratégias de evitamento apresentaram níveis de “Risco Elevado” ou “Moderado” na Checklist “Avaliação do Risco” (Ver Tabela 21).

## 4.5 DIFERENÇAS NAS VARIÁVEIS INTERCALARES EM ESTUDO EM FUNÇÃO DO GÊNERO

Com o objetivo de estudar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da HADS, da Checklist – Sintomas e Preocupações e da IES-R em função do gênero, foi-se verificar a existência de distribuição normal e de homogeneidade de variância para homens e para mulheres da amostra. Todas as dimensões dos instrumentos apresentaram homogeneidade de variância, mas somente as variáveis “Ansiedade-total”, “Ansiedade associada às sequelas das queimaduras” e a “Soma dos 22 itens da Checklist SP” demonstraram distribuição normal em ambos os gêneros. Assim sendo, para estas três variáveis foi realizado o teste paramétrico de *T-student* (t), enquanto para as outras variáveis foi utilizado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* (U).

### 4.5.1 Diferenças na “Ansiedade-total”, na “Ansiedade associada às sequelas das queimaduras” e no Resultado Total da Checklist “Sintomas e Preocupações” em função do gênero

Para se analisar as diferenças na ansiedade-total, na ansiedade associada às sequelas das queimaduras e na soma dos 22 itens de Sintomas e Preocupações em função do gênero foi utilizado o t-student (Ver tabela 22).

*Tabela 22 - Diferenças na ansiedade-total, na ansiedade associada às sequelas das queimaduras e na soma dos 22 itens de Sintomas e Preocupações em função do gênero, utilizando o t-student*

	Homens (n=14)		Mulheres (n=8)		t	p
	M	DP	M	DP		
<i>Avaliação Sintomas e Preocupações</i>						
Ansiedade Total	3.71	2.55	2.00	1.60	1.71	.104
Ansiedade associada às sequelas das queimaduras	2.21	1.67	1.13	1.13	1.63	.118
Sintomas e Preocupações-Total	8.26	6.44	4.38	4.41	1.52	.144

*Diferenças na HADS-ansiedade, HADS-depressão, HADS-total, ansiedade associada ao tratamento, depressão, PTSD, intrusão, evitamento, hipervigilância e IES-R-total em função do gênero*

A Tabela 22 mostra que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis dependentes em função do gênero.

Com o objetivo de estudar a existência de diferenças estatisticamente significativas na HADS-Ansiedade, HADS-Depressão, HADS-Total, Ansiedade associada ao tratamento, Depressão - Checklist, PTSD- Checklist, Intrusão, Evitamento, Hipervigilância e IES-R-total em função do género, foi utilizado o teste de Mann-Whitney (Tabela 23).

*Tabela 23 - Diferenças na HADS-ansiedade, HADS-depressão, HADS-total, ansiedade associada ao tratamento, depressão, PTSD, intrusão, evitamento, hipervigilância e IES-R-total em função do género, utilizando o Mann-Whitney*

	Homens (n=14)		Mulheres (n=8)		U	p
	M	DP	M	DP		
<b>HADS</b>						
Ansiedade	7.14	4.12	5.50	4.54	42.0	.333
Depressão	5.79	7.00	4.25	5.57	54.0	.889
Perturbação Emocional – HADS-Total	12.9	10.16	9.75	9.65	44.0	.411
<i>Avaliação Sintomas e Preocupações</i>						
Ansiedade associada ao Tratamento	1.50	1.34	.86	.99	41.0	.276
Depressão	3.00	3.06	1.50	1.85	40.0	.263
PTSD	1.57	1.70	.88	1.36	48.0	.557
<b>IES-R</b>						
Intrusão	5.79	6.97	4.25	8.89	49.0	.610
Evitamento	4.21	6.97	4.50	8.68	52.5	.794
Hipervigilância	4.43	5.68	3.38	7.21	47.0	.519
IES-R-Total	12.4	17.22	12.13	24.6	47.0	.519

*Nota.* HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; PTSD = perturbação de stress pós-traumático; IES-R-Total = Escala de impacto de acontecimentos – sintomatologia de stress pós-traumático.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis dependentes em estudo em função do género (Ver tabela 23).

#### **4.5.2 Associações entre Ânimo e nível de Desconforto Emocional e as dimensões da HADS, da Checklist “Sintomas e Preocupações” e da IES-R em função do género**

Com o objetivo de estudar a relação entre o Ânimo e o Desconforto emocional (dois dos oito itens da QVED-DQ) com cada uma das dimensões da HADS, da Checklist – Sintomas e Preocupações e da IES-R para cada um dos géneros, foi utilizado a correlação bivariada de Spearman (Ver tabela 24).

Tabela 24 - Matriz de correlações entre as dimensões da HADS, da Checklist “Sintomas e Preocupações” e da IES-R e os dois itens da QVED-DQ, utilizando a correlação bivariada de Spearman, em função do género

	Homens (n=14)		Mulheres (n=8)	
	Ânimo	Desconforto Emocional	Ânimo	Desconforto Emocional
1. HADS-Ansiedade	-.32	.51	.59	-.51
2. HADS-Depressão	-.38	.48	.37	-.35
3. HADS-Total	-.36	.54*	.41	-.36
4. Ansiedade Total	-.25	.27	.46	-.35
5. Ansiedade Tratamento	-.32	.30	.34	-.07
6. Ansiedade queimaduras	-.12	.11	.31	-.37
7. Depressão	-.25	.25	.65	-.65
8. PTSD	-.00	.09	.37	-.23
9. Sintomas e Preoc.- Total	-.22	.23	.50	-.44
10. Intrusão	.00	.12	.36	-.24
11. Evitamento	-.07	.14	.22	.03
12. Hipervigilância	-.04	.11	.40	-.27
13. IES-R-Total	-.06	.16	.28	-.08
	Ânimo*Desconforto Emocional = -.88***		Ânimo*Desconforto Emocional = -.90**	

Nota. HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; PTSD = perturbação de stress pós-traumático; Sintomas e Preocu.-Total = Sintomas e Preocupações – Total; IES-R-Total = Escala de impacto de acontecimentos – sintomatologia de stress pós-traumático.

\*\*\*  $p \leq .001$ .

Para a amostra de homens, foram encontradas correlações estatisticamente significativas, positiva e moderada entre o nível de “Desconforto emocional” e a “HADS-Total”, e negativa e forte entre o “Ânimo” e o nível de “Desconforto emocional” (Ver tabela24).

Para a amostra de mulheres não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre o “Ânimo” e o “Desconforto emocional” com as dimensões das provas utilizadas. Contudo, quando se associou o “Ânimo” com o nível de “Desconforto emocional” encontrou-se uma relação estatisticamente perfeita, forte e em sentido negativo (Ver tabela24).

## 5 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

### 5.1 Depressão, Ansiedade e Sintomatologia Pós-Traumática

Um dos objetivos propostos para este trabalho foi avaliar a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa e, particularmente, de Perturbação Aguda de Stress ou de Perturbação de Stress Pós-Traumático – atendendo ao valor preditivo destas dimensões para a morbidade e adaptação psicológica do paciente queimado.

A avaliação psicológica desta amostra através do HADS revelou que, em média, apresentava valores baixos/”normais” de sintomatologia ansiosa e depressiva.

No entanto, 22.7% dos pacientes apresentavam sintomatologia ansiosa com significado clínico, embora “moderada” (Snaith e Zigmond, 1994). De igual modo, observou-se sintomatologia depressiva com significado clínico em 22.7% da amostra (Snaith e Zigmond, 1994). Ao todo, 7 (31.8%) pacientes apresentaram algum tipo de sintomatologia depressiva ou ansiosa com significado clínico. Estes resultados vão ao encontro dos referidos na literatura (Sadeghi-Bazarganiet al., 2011; Patterson e colegas, 1993).

Acresce ainda que os resultados médios da amostra não evidenciaram a presença de sintomatologia pós-traumática com significado clínico. Contudo, analisando os resultados individuais verifica-se que 4 (18.2%) pacientes evidenciam resultados indicadores da presença de sintomatologia pós-traumática com significado clínico (Weiss& Marmar, 1997). Estes resultados inserem-se nos encontrados por Fauerbach e Lawrence (2000) numa revisão de literatura em que foi identificada a prevalência de PSPT entre 8 a 45% dos pacientes queimados.

## **5.2 Fatores de risco para o desenvolvimento de morbidade psicológica e perturbações de adaptação**

De realçar que todos os tipos de problemas referidos pelos pacientes (familiares, económicos e psicossociais) se encontram descritos na literatura como fatores de risco para o desenvolvimento de morbidade psicológica ou problemas de adaptação psicossocial (Dissanaike e Rahimi, 2009; Van Loey e Van Son, 2003) após uma queimadura. Na avaliação psicológica dos pacientes internados numa Unidade de Queimados é importante avaliar a existência de fatores de risco já identificados na literatura, no sentido de identificar os que têm maior risco de desenvolver problemas emocionais e de adaptação psicossocial (Öster, 2010). Nesse sentido, neste protocolo de avaliação procurou-se integrar a recolha de informação sobre estes fatores de risco.

De acordo com dos dados da literatura (Dyster-Aas, Willebrand, Wikehult, Gerdin e Ekselius, 2008) a psicopatologia pré-mórbida foi considerada o melhor preditor de alterações emocionais e/ou psiquiátricas com significado clínico pós-queimadura. Da amostra total, 13 pacientes (59.1%) referiram antecedentes de morbidade psicológica ou psiquiátrica (depressão, quadro bipolar, alcoolismo, toxicodependência). Estes dados, apesar de com uma prevalência inferior, vão no sentido da literatura que revela que dois terços dos sobreviventes de queimaduras têm problemas psiquiátricos anteriores ao acidente (Dyster-Aas et al., 2008).

Ao nível de antecedentes de problemas de saúde físicos (Blakeney, Rosenberg, Rosenberg e Faber, 2008) 45% dos pacientes que apresentavam algum tipo de problema clínico previamente diagnosticado.

Na amostra total, 40.91% dos pacientes avaliados apresentaram problemas conjugais ou familiares (36.4%), profissionais (18.2%) ou económicos (18.2%). De acordo com os

dados da literatura pouco apoio social, problemas conjugais e familiares são variáveis que predispõem a vulnerabilidade emocional e dificuldades de adaptação psicossocial (Van Loey & Van Son, 2003; Partridge & Robinson, 1995). Estes pacientes tiveram acompanhamento psicológico regular ao longo do internamento, tendo sido pedida a colaboração do Serviço Social para 4 deles.

Consideram-se, “grandes queimados”, os casos nos quais há queimaduras de segundo grau em mais de 20% da superfície corporal queimada e queimadura de terceiro grau com mais de 10% de superfície corporal queimada (Thelan, Davie e Urden, 1996). Os pacientes desta amostra apresentaram queimaduras com diferentes extensões, sendo que 6 pacientes (27.27%) correspondem ao critério de “grandes queimados”. No que se refere às zonas corporais queimadas, verificou-se que 15 (68.18%) pacientes apresentaram queimaduras em locais visíveis descritos na literatura como estando na base de maior dificuldade de adaptação, de sintomatologia ansiosa e depressiva (Wiechman, Ptacek, Patterson, Gibran, Engrav e Heimbach, 2001).

No que concerne às estratégias de confronto com a situação clínica e internamento, alguns pacientes referiram utilizar estratégias de evitamento como dormir ou abstrair-se para evitar pensar e um dos pacientes disse mesmo pedir medicação para “tentar manter-se a dormir”. De realçar que os pacientes que utilizaram este tipo de estratégias apresentaram níveis de “Risco Elevado” ou “Moderado” na Checklist “Avaliação do Risco”. Estes dados são concordantes com a literatura em que foi demonstrada a existência de correlação positiva entre dificuldades de adaptação psicossocial após as queimaduras e a utilização de um estilo de confronto evitante durante o internamento (Klinge et al., 2009; Willebrand, Andersson e Ekselius, 2004).

Uma vez identificada a existência destes fatores de risco foi assegurada a intervenção psicológica para monitorizar, prevenir ou reduzir morbilidade psicológica e perturbações de adaptação. Quando necessário, pela severidade das alterações emocionais ou presença de quadros psiquiátricos, foi sugerido avaliação por Psiquiatria. Da mesma forma, pacientes com antecedentes de morbilidade psicológica ou psiquiátrica que ainda não tinham acompanhamento psicológico ou psiquiátrico estabelecido foram referenciados para acompanhamento especializado quando tiveram alta hospitalar.

### **5.3 Estudar a viabilidade da aplicação e os resultados obtidos com o Instrumento de triagem psicossocial “Avaliação Psicológica em Queimados”**

Em relação à avaliação da sintomatologia ansiosa, existe uma correlação forte, positiva e estatisticamente significativa entre a HADS-Ansiedade e a Ansiedade avaliada pela Checklist “Avaliação de Sintomas e Preocupações” (“Ansiedade-Total”, “Ansiedade Associada aos Tratamentos” e “Ansiedade associada às sequelas das queimaduras”). É provável que a estatística revele uma boa correlação porque ambas as medidas perguntam de uma forma relativamente direta acerca dos sintomas de ansiedade. Estes dados vão ao encontro dos obtidos pelos autores da Checklist (Wisely e colegas, 2007), que obtiveram uma concordância “muito boa” entre a subescala Ansiedade do BPAT e a do HADS.

De realçar que todas as correlações obtidas referidas são fortes, embora a que teve uma associação menos forte fosse a “Ansiedade associada aos Tratamentos”, o que pode estar relacionado com o facto de os tratamentos não serem particularmente ansiogénicos para os pacientes, por terem a dor controlada durante e após estes procedimentos.

A consistência da “Ansiedade” da Checklist SP com o HADS-Total e com o Resultado Total da Checklist SP foi igualmente forte. Todos estes dados reforçam a utilidade e validade desta Checklist na identificação/triagem de sintomatologia ansiosa.

No que concerne à avaliação da sintomatologia depressiva, existe uma correlação forte, positiva e estatisticamente significativa entre a HADS-Depressão e a Depressão avaliada pela Checklist SP. De realçar a consistência igualmente forte da “Depressão” da Checklist com o HADS-Total e com o Resultado Total da Checklist SP. Os resultados sugerem que a “Depressão” da Checklist SP é útil na identificação/triagem de sintomatologia ansiosa. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos pelos autores Wisely e colegas (2007) em que a concordância entre a subescala Depressão do Checklist SP e a do HADS foi considerada “boa”, utilizando testes estatísticos Kappa (Landis e Koch, 1977).

É de enfatizar que os resultados da HADS resultam do relato dos pacientes e os da Checklist da avaliação da psicóloga. Este facto mostra consistência entre o instrumento validado e a Checklist a ser avaliada neste estudo e reforça a sua utilidade e validade.

Quanto à Sintomatologia Pós-Traumática, encontraram-se associações estatisticamente significativas, fortes e em sentido positivo tanto da “PTSD” da Checklist SP com todas as dimensões da “IES-R”. Estes resultados apontam para a utilidade da Checklist SP na identificação/triagem de sintomatologia pós-traumática. Wisely e colegas (2007) no seu estudo também observaram concordância entre as subescalas da IES e a intrusão e evitamento referidas no BPAT mas foi considerada menos forte – “ligeira” a “moderada”.

As sub-escalas da Checklist SP também mostraram correlações moderadas a fortes com a IES-R. A subescala “Ansiedade associada às sequelas das queimaduras” foi a que

mostrou correlacionar-se menos, sendo que a associação com a “Intrusão”, a “Hipervigilância” e a “IES-R-Total” foram estatisticamente significativas, positivas, mas apenas moderadas. Não evidenciou correlação estatisticamente significativa com o “Evitamento”. Estes dados podem estar relacionados com o fato de pacientes mais preocupados com as sequelas dos seus ferimento estarem menos centrados nas memórias do acidente e por isso não sentirem tanta necessidade de as evitar.

De realçar que o Resultado Total da Checklist “Avaliação de Sintomas e Preocupações” (SP-Total) se correlacionar de forma estatisticamente significativa, forte e positiva com todas as outras variáveis em estudo. Este dado também aponta no sentido de este ser um instrumento forte e útil na identificação de áreas problemáticas dos pacientes queimados.

No sentido de verificar a eficácia do “Instrumento de Avaliação Psicológica em Queimados” para despistar níveis de risco e de necessidade de intervenção, fizemos uma análise para verificar a consistência entre as suas duas Checklists – “Avaliação do Risco” – tendo em conta os resultados da HADS e da IES - e “Avaliação de Sintomas e Preocupações”. Verificou-se que, globalmente, há uma consistência razoável entre as duas Checklists. A menor consistência surge ao nível dos casos classificados como de “Nível Moderado” na Checklist “Avaliação do Risco” que, apesar de uma parte dos casos apresentar um “Nível Médio” de Problemas, 6 pacientes se distribuem por diferentes níveis de Problemas (nomeadamente um com “Problemas Ligeiros”, dois “Sem Problemas” e três “Problemas Severos”). Este facto pode levar à desvalorização do nível de risco de alguns pacientes nessa checklist. Os resultados permitem inferir que as duas Checklists se complementam e não se substituem uma à outra. Acresce que a Avaliação do Risco usando as duas Checklist permite sinalizar pacientes com

necessidades específicas, que a utilização apenas das medidas já anteriormente validadas (HADS e IES-R) não permitiria identificar.

#### **5.4 Estudo da utilidade das dimensões “Ânimo” e “Desconforto Emocional” da escala “Qualidade de Vida e Desconforto Emocional em Doentes Queimados”, para identificação sintomatologia depressiva e ansiosa**

Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as sub-escalas subjetivas Ânimo e Desconforto emocional, da escala “Qualidade de Vida e Desconforto Emocional em Doentes Queimados” e qualquer uma das variáveis intercalares em estudo. Particularmente, não se encontrou correlação estatisticamente significativa entre os itens Ânimo e Desconforto Emocional e as sub-escalas do HADS. Estes dados não vão ao encontro dos encontrados Gil, Grassi, Travado, Tomamichel, Gonzalez - SeposGroup (2005) com uma amostra de doentes oncológicos. Contudo, quando se associou o “Ânimo” com o “Desconforto emocional” encontrou-se uma relação forte e em sentido negativo, o que faz sentido em termos de congruência dos resultados.

Concluiu-se pois que tanto o “Ânimo” como o “Desconforto Emocional” não se mostraram úteis na identificação sintomatologia depressiva e ansiosa nesta amostra.

## **6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Uma das limitações do estudo refere-se à dimensão reduzida da amostra, o que dificulta a generalização dos resultados, uma vez que existe a possibilidade de se poderem obter resultados diferentes com uma amostra de maiores dimensões. Este facto poderia ter implicações, nomeadamente, no significado estatístico da associação entre o “Ânimo” e o “Desconforto Emocional” da Escala “Qualidade de Vida e Desconforto Emocional em Doentes Queimados” e as sub-escalas da *Hospital Anxiety and Depression Scale*. Para

explicar esta falta de associação é ainda importante considerar que a tradução da escala em inglês, para os termos “Ânimo” (*Mood*) e “Desconforto Emocional” (*Distress*) pode ter levado ao não entendimento dos conceitos da mesma forma por todos os pacientes.

Outro aspeto prende-se com a introdução de um item na subescala “Ansiedade Associada às Sequelas das Queimaduras” (“*Preocupação com sequelas funcionais*”), sem que isso fosse tido em conta nos valores de corte para o significado clínico.

## **7 CONCLUSÕES**

Este estudo permitiu avaliar a presença de sintomatologia Depressiva e Ansiosa e, particularmente, de Sintomatologia Pós-Traumática, nesta amostra de pacientes (Objetivo1), assim como identificar a existência de fatores de risco para o desenvolvimento de morbilidade psicológica e perturbações de adaptação, já descritos na literatura (Objetivo 2). Esta avaliação nestes doentes foi importante, atendendo ao valor preditivo destas dimensões para a morbilidade e adaptação psicológica do paciente queimado.

Os itens “Ânimo” e “Desconforto Emocional” da escala “Qualidade de Vida e Desconforto Emocional em Doentes Queimados” não se mostraram úteis para a identificação sintomatologia depressiva e ansiosa nesta amostra de pacientes (Objetivo 4).

No que respeita ao Instrumento de triagem psicossocial “Avaliação Psicológica em Queimados” (Wisely, Hoyle, Tarrier e Edwards, 2007), os resultados obtidos com esta amostra reforçam a utilidade na sua aplicação na triagem psicológica dos pacientes desta Unidade de Queimados (Objetivo 3).

Assim, propõe-se a utilização das Checklists que compõem o Instrumento “Avaliação Psicológica em Queimados” para atender ao Objetivo geral deste estudo de propor e avaliar um protocolo de triagem dos pacientes queimados internados na Unidade de Queimados do Hospital de S. José – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. Os dados obtidos permitem apontar para a hipótese de um modelo de “árvore de decisão”, à semelhança do sugerido pelos autores Wisely e colegas (2007) e que envolveria a aplicação das Checklists “Avaliação Psicológica em Queimados” e das escalas validadas HADS e IES-R. As medidas psicometricamente validadas permitem avaliar a existência de significado clínico nas alterações emocionais identificadas, nomeadamente depressão, ansiedade e sintomas pós-traumáticos. O “Instrumento de Avaliação Psicológica em Queimados” demonstrou ser útil como complemento destas medidas já validadas, acrescentando informação qualitativa sobre várias áreas potencialmente problemáticas, nomeadamente preocupações e dificuldades específicas, ajudando a identificar as intervenções psicológicas mais adequadas em cada caso. Assim sendo, pacientes que tivessem um Nível de Risco Baixo necessitariam de uma abordagem psicológica preventiva, que envolveria competências fenomenológicas (como promoção da expressão emocional, escuta ativa, empatia) ou disponibilização de informação (sobre tratamentos, cicatrizes, entre outras) para reduzir a ansiedade; os casos de Risco Moderado, implicariam uma monitorização do seu estado emocional e acompanhamento psicológico regular no sentido de normalizar os sintomas traumáticos, ensinar estratégias cognitivo-comportamentais básicas para reduzir a sintomatologia depressiva e ansiosa e promover o confronto adaptativo com a dor; pacientes que tivessem um Nível Risco Elevado deveriam ter uma intervenção psicológica estruturada no sentido de ajudar o paciente no confronto adaptativo com os problemas identificados e, eventualmente, envolvendo a articulação com outros profissionais de saúde mental.

## BIBLIOGRAFIA

- Altier, N, Malefant, A, Forget, R, e Chonière, M. (2002). Long-term adjustment in burn victims: a matched-control study. *Psychological Medicine*, v. 32, pp. 677-685.
- Davidson TN, Bowden ML, Tholen D, James MH e Feller I. (1981) Social support and post-burn adjustment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 62(6):274-278
- Dyster-Aas J, Willebrand M, Wikehult B, Gerdin B, et al. (2008). Major depression and posttraumatic stress disorder symptoms following severe burn injury in relation to lifetime psychiatric morbidity. *Journal of Trauma* 64(5):1349-56.
- Dissanaïke S, Rahimi M. (2009). Epidemiology of burn injuries: highlighting cultural and socio-demographic aspects. *International Review of Psychiatry*; 21:505-11.
- European Burns Association (EBA). (2011). European Practice Guidelines for Burn Care. Acedido em 22 de Dezembro de 2012; <http://www.euroburn.org/userfiles/users/36/pdf/guidelines/EBAGuidelinesBurnCareVersion1.pdf>
- Fauerbach JA, Haythornthwaite JA, Lawrence JW. (2001). Brief cognitive interventions for burn pain. *Annals of Behavioral Medicine*, v.23, Issue 1, pp 42-49.
- Fauerbach JA, Lawrence JW, Heinberg LJ, Munster AM, Palombo DA, Richter D, Sprence RJ. (2000). Effect of Early Body Image Dissatisfaction on Subsequent Psychological and Physical Adjustment After Disfiguring Injury. *Journal of Psychosomatic Medicine* 2000; 62: 576 - 582.
- Fauerbach JA, Lezzotte D, Hills RA e cols. (2005). Burden of Burn: a norm-based inquiry into the influence of burn size and distress on recovery of physical and psychosocial function. *Journal of Burn Care Rehabilitation*, 26(1), pp.21-32.
- Franulic A, González X, Trucco M e Vallejos F. (1996). Emotional and psychosocial factors in burn patients during hospitalization. *Burns*, 22, pp. 618-622.
- Fried RG, Gupta MA, e Gupta AK. (2005). Depression and skin disease. *Dermatological Clinical*, v. 23, pp. 657-664.
- Gil F, Grassi L, Travado L, Tomamichel M e Gonzalez JR. (2005). Use of distress and depression thermometers to measure psychosocial morbidity among southern European cancer patients. *Support Care Cancer*, v.13 (8), pp. 600-606.
- Grassi, Travado, Moncayo, Sabato, Rossi & SEPOS Group. (2004). Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the

- Southern European Psycho-Oncology Study. *Journal Affective Disorders*. v.83 (2-3):243-8.
- Henkel V, Mergl R, Coyne JC. (2004). Screening for depression in primary care: will one or two items suffice? *European Archives Psychiatry Clinical Neurosciences*; v. 254(4):215-23.
  - Keane TM, Marshall AD e Casey TT. (2006). Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, v. 2, pp. 161-197.
  - Kildal M, Willebrand M, Anderson G, Gerdin B e Ekselius L. (2005). Coping strategies, injury characteristics and long-term outcome after burn injury. *Injury*, Apr; v. 36(4):511-8.
  - Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Journal of Medicine Care*; 41(11):1284-92.
  - Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*; v.16(9):606-13.
  - Loncar Z, Brás M, e Mickovic, V. (2006). The relationships between burn pain, anxiety and depression. *Collegium Antropologicum*, v.30, pp. 319-325.
  - Marôco, J. (2010). Análise estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS). Pêro Pinheiro: Report Number.
  - Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2006). The shame experiences interview. Unpublished manuscript.
  - Matos M, Pinto-Gouveia e Martins. (2011). O Impacto Traumático de Experiências de Vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impact of Event Scale – Revised. *Psychologica*, v.54, 413-438.
  - Matos M., e Pinto Gouveia, J., e Gomes, P. (2010). A centralidade das experiencias de vergonha: Estudo das propriedades psicometricas da versao portuguesa da Escala de Centralidade do Acontecimento. *Psicologia*, XXIV (1), 73-95.
  - McIntyre T, Pereira MG, Soares V, Gouveia J e Silva S. (1999). Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. Versão Portuguesa de Investigação. Universidade do Minho. Departamento de Psicologia.
  - Medeiros LG, Haag Kristensen C, Martins de Almeida RM. (2009). “Estresse pós-traumático em pacientes vítimas de queimaduras: uma revisão da literatura”. *Aletheia*, 29. Acedido em 22 de Dezembro de 2012 em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942009000100015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000100015)

- Moorey S., Greer S., Watson M., Gorman C., Rowden L., Tunmore R., Robertson B. e Bliss J. (1991). The Factor Structure and Factor Stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients with Cancer. *British Journal Psychiatry*, v.158, 255-259.
- National Burn Care Review Committee da British Burn Association. (2001). National Burns Care Review. Standards and Strategy for Burn Care. Acedido em 22 de Dezembro de 2012 em: <http://www.britishburnassociation.org/downloads/NBCR2001.pdf>
- Nunes B, Branco, M<sup>a</sup> João; Falcão, José Carlos (2005). *Incidência por acidentes domésticos e de Lazer no Continente em 2002*. Lisboa: Instituto Ricardo Jorge.
- Partridge J e Robinson E. (1995). Psychological and social aspects of burns. *Burns*, v.21, pp. 453-457.
- Patterson DR, Everett JJ, Bombardier CH, Questad KA, Lee VK e Marvin, JA. (1993) Psychological effects of severe burn injuries. *Psychological Bulletin*, v. 113(2), Mar, 362-378.
- Pereira MG e Figueiredo AP. (2008). Depressão, Ansiedade e Stress Pós-Traumático em Doentes com Cancro colo-rectal. Validação do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Impacto of Events Scale (IED) numa amostra de doentes oncológicos. *Oncology News*, v.5: 10 - 19.
- Ptacek, J. T.; Patterson, DR.; Heimbach, D M. (2002) Inpatient Depression in Persons with Burns. *Journal of Burn Care e Rehabilitation*, v. 23, 1-9.
- Roberts S, Bonnici D, Mackinnon A e Worcester M. (2001). Psychometric Evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) among Lemole Cardiac Patients. *British Journal of Health Psychology*, v. 6, 373-380.
- Snaith, R e Zigmond, A. (1994). HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale. Windsor: NFER Nelson Publishing Company, Lda.
- Sousa, C e Pereira MG. (2008). Morbilidade psicológica e representações da doença em pacientes com esclerose múltipla: estudo de validação da Hospital anxiety and depression scale (HADS). *Psicologia, Saúde e Doenças*, v. 9, núm. 2, pp. 283-298.
- Tarrier N. (1995). Psychological morbidity in adult burn patients: prevalence and treatment. *J. Mental Health*, v.4, pp. 51-62.
- Tarrier N, Gregg L, Edwards J, e Dunn K. (2005) The influence of pre-existing psychiatric illness on recovery in burn injury patients: the impact of psychosis and depression. *Burns*, v.31(1), pp. 45-49.

- Tegg SL. (2004). Improving detection of psychological distress after burn injury: an interprofessional quality improvement initiative. *British Burn Association Annual Conference Book of Abstracts*.
- Thelan L, Davie J, Urden L, Lough M. (1996). Enfermagem em Cuidados Intensivos - Diagnósticos e intervenção. Lisboa: Lusodidacta.
- Travado L, Martins C, Ventura C. (2005). The Psychosocial Dimension in the health care of the burn patient – Development of a protocol for a clinical approach. Apresentado no Congresso EBA 2005.
- Travado L, Ventura C, Martins C, Veloso I. (2001). “Avaliação Psicológica do Doente Queimado”. *Annals of Burns and Fire Disasters*, v. 14 (3), pp. 138-142.
- Van Loey NE e Van Son MJ. (2003). Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *American Journal of Clinical Dermatology*, v. 4(4), pp. 245-272.
- Van Loey NEE, Maas CJM, Faber AW, Taal LA. (2003). Predictors of chronic posttraumatic stress symptoms following burn injury: Results of a longitudinal study. *Journal of Trauma Stress*; v.16: 361–369.
- Weiss D e Marmer C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. Peterson e M. Teerence (Eds), *Assessing Psychological Trauma and Post-Traumatic Stress Disorder*. New York: Guildford.
- Wiechman SA, Ptacek JT, Patterson DR, Gibran NS, Engrav LE, e Heimbach DM. (2001). Rates, trends and severity of depression after burn injuries. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, v.22(6), pp. 417-424.
- Willebrand M, Andersson G, Ekselius L. (2004). Prediction of psychological health after an accidental burn. *Journal of Trauma*, v.57 (2), pp. 367-74.
- Willebrand M, Low A, Dyster-Aas J, Kildal M, Anderson G, e Ekselius L. (2004) Pruritus, personality traits and coping in long-term follow-up of burn injured patients. *Acta Dermatologica Venéreo*, v.184, pp. 375-380.
- Wisely JA, Hoyle E, Tarrier N, Edwards J. (2007). “Where to start? Attempting to meet the psychological needs of burned patients”. *Burns*, v. 33(6), pp. 736-46.
- Zigmond AS e Snaith RP. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 67, pp. 361-370.
- Zung, W.W.K. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, v.12, 1, 63-70.

- Zung, W.W.K. (1971). A Rating Instrument for Anxiety Disorders. *Psychosomatics* 371-379. 1971.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACT – Área Corporal Total

Checklist SP – Checklist “Sintomas e Preocupações”

CHLC-E.P.E. - Centro Hospitalar de Lisboa Central – Empresa Público Empresarial

HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale*

IES-R - *Impact of Events Scale-Revised*

PAS - Perturbação Aguda de Stress

PSPT ou PTDS - Perturbação de Stress Pós-traumático

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

# ANEXOS

# ANEXO I - PARECER DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E COMISSÃO DE ÉTICA DO CHLC-E.P.E.



## CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE APRECIÇÃO DO ESTUDO CLÍNICO

Nome do Projecto: *Avaliação Psicológica de Prática Quase de Simulação de um protocolo de triagem de pacientes internados na Unidade de Quimioterapia do CHLC-EPE*

Ref: *42/2013* Especialidade: .....

Investigador: *D. Il. Cunha Santos* Do CHLC  Externo  *F. Psicologia U.L.*

Decisão do Conselho de Administração  Director Clínico

Aprovado  Não Aprovado

Pedidos elementos adicionais

Obs.:

Parecer da Comissão de Ética

Favorável  Não Favorável

Pedidos elementos adicionais

Recomendações:

Obs.:

Parecer do Centro de Investigação

Favorável  Não Avaliado  Não Favorável

Pedidos elementos adicionais

Recomendações:

Obs.:

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

O Conselho de Administração

O Director Clínico

  
EDUARDO GOMES DA SILVA  
Director Clínico

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE do CHLCENTRAL

  
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA  
CENTRAL  
Comissão de Ética para a Saúde

## Parecer

16-05-2013

(Processo n.º 48-2013)

**Assunto:** Apreciação do estudo de investigação "Avaliação Psicológica de Pacientes Queimados: desenvolvimento de um protocolo de triagem para pacientes internados na Unidade de Queimados do CHLC, EPE", a ser realizado no HSJ.

**Relator:** Dr.ª Nélia Rebelo da Silva

**Investigador Principal:** Dr.ª Maria Cristina Pereira Martins Duarte Santos

**Orientadora:** Professora Doutora Luísa Barros

**Local:** Unidade de Queimados do Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva do Hospital de São José.

**Descrição:** Estudo a realizar na Unidade de Queimados do Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva do Hospital de São José, tendo como objectivo "propor e avaliar um protocolo de avaliação psicológica dos pacientes internados na unidade de queimados (...) mais breve e simples do que o actualmente em vigor. Pretende-se assim facilitar a triagem dos casos clínicos, isto é, os pacientes que apresentam alterações emocionais ou psicopatológicas com significado clínico e/ou a presença de factores de risco, já identificados na literatura sobre queimados"

**Composição do dossier apresentado para submissão:**

- 1 - Carta da requerente de submissão ao Conselho de Administração
- 2 - Protocolo do estudo, com a seguinte estrutura: tema e responsáveis; fundamentos do estudo; objectivos; metodologia; formas previstas para divulgação dos resultados; calendário do estudo; meios previstos para cumprimento dos requisitos éticos e legais; referencias bibliográficas.
- 3 - Formulário de Consentimento Informado.
- 4 - Exemplos dos instrumentos de colheita de dados a utilizar:
  - ficha de identificação do Paciente (dados sócio-demográficos, duração internamento, caracterização das queimaduras e do acidente, antecedentes do paciente, complicações clínicas associadas, dificuldades sono, alimentação e estratégias de coping);
  - checklist de avaliação psicológica de doentes queimados. Parte 1- avaliação de risco, com 13 itens, parte 2- avaliação de sintomas e preocupações, com 22 itens. Tradução do Burns Psychology Assessment Tool (Wisely e al., 2007);
  - escala de avaliação da ansiedade e depressão, com 14 itens - HADS, Hospital anxiety and depression scale (Zigmond e Snaith, 1983);
  - escala de qualidade de vida e desconforto emocional em doentes queimados, com 10 itens (Gil e al., 2005);
  - escala de impacto de acontecimentos, com 22 itens - IES, Impact of Event Scale (Weiss e Marmar, 1997).
- 5 - Declaração de compromisso da orientadora da tese da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- 6 - Parecer hierárquico da Directora do Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Unidade de Queimados, do CHLC.
- 7 - Parecer hierárquico favorável da Coordenadora da Unidade de Psicologia Clínica do CHLC.

(cont.)

**Apreciação:**

De acordo com as orientações da circular informativa nº 357 de Set./2009, o dossier apresentado contém os elementos necessários à submissão para realização de estudos clínicos observacionais no CHLC.

A requerente é desde há anos a psicóloga que responde às necessidades dos doentes na Unidade de Queimados no HSJ, pelo que a realização do presente estudo não se traduzirá na introdução de alguém externo e estranho ao funcionamento daquela Unidade, nem a metodologia e os instrumentos a incluir na recolha de dados representam um acréscimo de disponibilidade de doentes e profissionais de saúde. Trata-se sobretudo de organizar e sistematizar de modo diferente a informação e variáveis habitualmente valorizadas, para posterior processamento estatístico e análise crítica. O objectivo final será a simplificação, através da diminuição de instrumentos (questionários e escalas), após demonstração das suas correlações, equivalências e redundância.

De acordo com as considerações acima assinaladas, considera-se favoravelmente a realização do presente estudo.

**Decisão:** O projecto apresentado cumpre os requisitos éticos para este tipo de investigação, pelo que se entende emitir parecer favorável à sua aprovação/realização.

O Presidente da Comissão de Ética

  
(António dos Santos Castro, Dr.)

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA  
CENTRAL  
Comissão de Ética para a Saúde

## ANEXO II - PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

### PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu ..... concordo em participar num estudo conduzido pela Dra. Cristina Martins, sob orientação da Professora Doutora Luisa Barros, no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde e da Doença, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Este projeto tem como objectivo principal o estudo de um instrumento de avaliação psicológica para os doentes internados na Unidade de Queimados do Hospital de S. José do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., no sentido de avaliar as suas necessidades psicológicas e desenvolver um plano terapêutico de acordo com essas necessidades específicas.

Neste sentido, compreendo que:

- A minha participação implica aceitar responder, oralmente e por escrito, a uma pequena entrevista e 3 (três) questionários sobre o meu estado emocional e sobre a forma como estou a lidar com esta experiência pessoal e cuja realização demora cerca de 20 minutos.
- A recolha de dados ocorre como parte integrante da abordagem psicológica inserida no âmbito multidisciplinar do tratamento dos doentes nesta Unidade.
- Com a minha participação, autorizo o uso e tratamento dos dados recolhidos, sabendo que toda a informação obtida será estritamente confidencial e que a minha identidade jamais poderá ser revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada com este estudo, excepto com a minha autorização por escrito.
- A minha participação neste estudo é inteiramente voluntária, pelo que, a qualquer momento, me posso recusar a colaborar neste trabalho, sem que essa recusa implique qualquer prejuízo directo ou indirecto nos cuidados de saúde que me são prestados nesta instituição hospitalar.
- Ao colaborar neste estudo, estou a possibilitar o avanço do conhecimento na área da prestação de cuidados multidisciplinares adequados a pacientes queimados.

Data: ..... / ..... / 2013

Assinatura

---

## ANEXO III - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE



UNIDADE DE PSICOLOGIA CLÍNICA

REF. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### FICHA PARA DOENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE QUEIMADOS / H.S.J.

Etiqueta

Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Filhos: \_\_\_\_\_

1) Data de Internamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tempo de internamento: \_\_\_\_ dias

Esteve em Isolamento: Sim  Não  Esteve ventilado: Sim  Não

2) Tipificação da Queimadura:

Localização	2º Grau (%)	3º Grau (%)	Total (%)
<b>Cabeça</b>			
<b>Pescoço</b>			
<b>Mãos</b>			
<b>Genitais</b>			
Nádegas			
Tronco			
Braços e antebraços			
Coxas			
Pernas			
Pés			
<b>Total (%)</b>			

3) Problemas Clínicos Actuais:

Visuais  Auditivos  Amputações  \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

4) Disfuncionalidades actuais: \_\_\_\_\_

5) Complicações clínicas actuais: \_\_\_\_\_

6) Tipo de Acidente:

Doméstico  Trabalho  Viação  Outro: \_\_\_\_\_

7) Causas do acidente:

Fogo  Choque Eléctrico  Temperatura  Fricção  Químicos  Outros: \_\_\_\_\_

8) Responsável pelo acidente: O Próprio  Outros : \_\_\_\_\_

9) Vítimas do Acidente: O Próprio  Outros : \_\_\_\_\_

10) Problemas Clínicos anteriores ao acidente:

Epilepsia  Alcoolismo  Toxicodependência  Amputações

Outros: \_\_\_\_\_

11) Antecedentes de Perturbações emocionais

Antecedentes psiquiátricos

Antecedentes de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico

Onde: \_\_\_\_\_

Antecedentes de Tentativas de Suicídio

12) Outros problemas associados:

8 Sócio-Económicos  Conjugais/Familiares  Profissionais  Outros:

\_\_\_\_\_

\*13) Como tem dormido?

0	1	2	3	4
Nada	Pouco	Mais ou Menos	Bem	Muito Bem

Porquê? \_\_\_\_\_

\*14) Como se tem alimentado?

0	1	2	3	4
Nada	Pouco	Mais ou Menos	Bem	Muito Bem

Porquê? \_\_\_\_\_

\*15) Estilo de Coping

- Como tem lidado com a situação de Queimaduras e internamento?

\_\_\_\_\_

- Que estratégias utiliza para o ajudar a lidar com as Queimaduras e internamento?

\_\_\_\_\_

- E no seu dia-a-dia antes de estar internado, como é que habitualmente lidava com os problemas que surgiam?

\_\_\_\_\_

\*Questões a colocar ao Paciente

## ANEXO IV - “INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM QUEIMADOS” - “AVALIAÇÃO DO RISCO

### Avaliação Psicológica de Pacientes Queimados

#### Parte 1: Avaliação do Risco

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

Por favor, sinalizar o que se aplica

	Score (1)
<b>Factores de Risco relacionados com o Acidente</b>	
Acontecimento súbito/inesperado <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Assalto/ Agressão/ Violência interpessoal <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Auto-agressão/ Tentativa de suicídio <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
<b>Factores de Risco Pré-Trauma</b>	
Antecedentes de problemas de saúde mental (problemas emocionais e/ou psiquiátricos) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Antecedentes de problemas de adaptação psicológica (particularmente baixa-auto-estima e depressão) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Sexo feminino <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Minoria étnica <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Antecedentes de exposição a evento traumático <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
<b>Factores Péri-Traumáticos</b>	
Percepção de ameaça, perigo, terror ou medo pela vida durante o acidente <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Responsabilidade real ou percebida <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Dissociação no momento do acidente/ Amnésia dissociativa (ex. não ter memória do acidente – sem estar associada a álcool ou drogas) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
<b>Factores Pós-Traumáticos</b>	
Não ter/ Ter pouco apoio social <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
Factor de stress secundário/ perda de recursos na sequência do acidente (ex. ser o principal sustento da casa e deixar de receber salário; perda de bens no incidente) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
<b>Score total</b>	

Score “1” por cada item assinalado e somar para determinar o “Score total de risco”

Adaptado: Wisely, Hoyle, Tarrier e Edwards, 2007

# ANEXO V - “INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM QUEIMADOS” - “AVALIAÇÃO DE SINTOMAS E PREOCUPAÇÕES”

## Avaliação Psicológica de Pacientes Queimados

### Parte 2: Avaliação de Sintomas e Preocupações

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

Por favor sinalizar o que se aplica

	Paciente	Técnico de Saúde
<b>Ansiedade associada ao tratamento</b>		
Refere Ansiedade associada ao Tratamento		
Sintomas Físicos de ansiedade (ex. tremores, suores, hiperventilação, palpitações, pressão no peito)		
Não colaborar		
Interação negativa com os elementos da Unidade		
Expressão intensa e contínua de Dor independentemente da medicação (verbal/linguagem corporal)		
<b>Ansiedade associada às sequelas das queimaduras</b>		
Refere ansiedade em relação ao futuro		
Refere preocupação com sequelas estéticas/ cicatrizes/ desfiguramento futuro		
Refere preocupação com sequelas funcionais		
Refere sentimentos de desesperança/ incapacidade para lidar com a sua situação *		
<b>Depressão</b>		
Refere sentir-se deprimido		
Isolamento		
Choro fácil		
Pouco apetite/perda de peso		
Dificuldade em dormir		
Dificuldade de concentração		
Refere desesperança*		
Apresenta ideação suicida/auto-agressão*		
<b>ASD/PTSD</b>		
Pesadelos/Flashbacks		
Re-experenciar persistentemente a situação traumática		
Hipervigilância/assustar-se facilmente		
Evitamento/ Relutância em falar sobre acidente		
Mudanças de humor/Irritabilidade		
Sintomas Psicóticos*		
Score Total		

\* Itens com Score 2

Adaptado: Wisely, Hoyle, Tarrier e Edwards, 2007

## ANEXO VI – ESCALA "QUALIDADE DE VIDA E DESCONFORTO EMOCIONAL EM DOENTES QUEIMADOS"

### QUALIDADE DE VIDA E DESCONFORTO EMOCIONAL EM DOENTES QUEIMADOS

Leia por favor cada uma das situações relativas ao seu problema de saúde e faça uma cruz ao longo da linha no local que melhor se aplique a si e à forma como se sentiu ao longo dos últimos dias.

#### 1. Ânimo

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10  
Mau Excelente

#### 2. Bem-estar geral

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10  
Mau Excelente

#### 3. Sintomas físicos

##### Dor

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10  
Nenhuma Muitíssima

##### Comichão

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10  
Nenhuma Muitíssima

##### Outro \_\_\_\_\_

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10  
Nenhuma Muitíssima

#### 4. Actividades distractivas (ex. ver televisão, ouvir musica, ler, etc.)

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10  
Nenhuma Excelente

#### 5. Dificuldade em lidar com o meu problema de saúde

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10  
Nenhuma Muitíssima

#### 6. Apoio (emocional e/ou prático) das pessoas mais próximas

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10  
Nenhum Muito

#### 7. Apoio da minha fé em dar sentido à minha vida

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10  
Nenhum Muito

#### 8. O meu nível de desconforto emocional

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10  
Nenhum Extremo

(Adaptado por Travado e Martins, 2010 de Grassi, Travado & cols, 2004)

## ANEXO VII - HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)

### HADS

**Instruções:** Este questionário está concebido de forma a ajudar-nos a saber como se sente. Leia todas as frases e ponha uma cruz (X) à frente da resposta que melhor corresponda ao modo como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada frase será provavelmente mais exacta do que uma resposta mais reflectida.

FAÇA APENAS UMA CRUZ EM CADA PERGUNTA.

**1. Sinto-me tenso ou contraído:**

- A maior parte das vezes
- Muitas vezes
- De vez em quando, ocasionalmente
- Nunca

**3. Tenho uma sensação de medo como se algo de terrível estivesse para acontecer:**

- Nitidamente e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco mas não me incomoda
- De modo algum

**5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:**

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- De vez em quando
- Raramente

**7. Sou capaz de estar à vontade e sentir-me relaxado:**

- Sempre
- Habitualmente
- Algumas vezes
- Nunca

**9. Por vezes fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago:**

- Nunca
- De vez em quando
- Muitas vezes
- Quase sempre

**11. Sinto-me impaciente e não consigo estar parado:**

- Muito
- Bastante
- Um pouco
- Nada

**13. Tenho sensações súbitas de pânico:**

- Com grande frequência
- Bastantes vezes
- Algumas vezes
- Nunca

**2. Continuo a ter prazer nas mesmas coisas de antes:**

- Tanto como dantes
- Não tanto como dantes
- Só um pouco
- Quase nada

**4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das situações:**

- Tanto como habitualmente
- Não tanto como habitualmente
- Nitidamente menos
- Nunca

**6. Sinto-me bem disposto:**

- Nunca
- Poucas vezes
- Bastantes vezes
- Quase sempre

**8. Sinto-me lento:**

- Quase sempre
- Com muita frequência
- Algumas vezes
- Raramente

**10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto:**

- Completamente
- Não tenho tanto cuidado como devia
- Talvez menos interesse do que antes
- O mesmo interesse de sempre

**12. Penso com prazer nas coisas futuras:**

- Tanto como habitualmente
- Menos que anteriormente
- Bastante menos que anteriormente
- Quase nada

**14. Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um bom programa de rádio ou televisão:**

- Frequentemente
- Algumas vezes
- Poucas vezes
- Muito raramente

## ANEXO VIII - IMPACT OF EVENTS SCALE-REVISED (IES-R)

### ESCALA DE IMPACTO DE ACONTECIMENTOS – REVISTA\*

*Instruções:* A seguir está uma lista de dificuldades que as pessoas por vezes sentem após um acontecimento de vida com impacto significativo. Por favor, leia cada item e indique o quanto cada um destes aspectos associados ao acidente tem sido difícil para si *durante os últimos 7 dias*. Até que ponto cada uma destas dificuldades o/a tem incomodado?

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssim
1. Qualquer coisa que me lembrasse do acontecimento trazia de volta sentimentos em relação a isso	0	1	2	3	4
2. Tive dificuldade em permanecer a dormir.	0	1	2	3	4
3. Outras coisas persistiam em fazer-me pensar naquilo.	0	1	2	3	4
4. Sentia-me irritável e zangado/a.	0	1	2	3	4
5. Tentei não ficar perturbado quando pensava nisso ou era lembrado disso.	0	1	2	3	4
6. Pensei sobre isso quando não era minha intenção.	0	1	2	3	4
7. Senti como se aquilo não tivesse acontecido ou não fosse real.	0	1	2	3	4
8. Evitei estar perto de coisas que me lembrassem disso.	0	1	2	3	4
9. Imagens do acontecimento vinham-me à cabeça.	0	1	2	3	4
10. Estava agitado/a e ficava nervoso/a com facilidade.	0	1	2	3	4
11. Tentei não pensar no acontecimento.	0	1	2	3	4
12. Tinha consciência de que ainda tinha muitos sentimentos sobre isso, mas não lidava com eles.	0	1	2	3	4
13. Sentia-me como se estivesse anestesiado em relação a isso.	0	1	2	3	4
14. Dei por mim a agir ou sentir como se estivesse de novo naquela situação.	0	1	2	3	4
15. Tive dificuldade em adormecer.	0	1	2	3	4
16. Tive ondas de sentimentos intensos em relação ao acontecimento.	0	1	2	3	4
17. Tentei tirar isso da memória.	0	1	2	3	4
18. Tive dificuldade em concentrar-me.	0	1	2	3	4

19. Coisas que me lembravam o acontecimento provocavam-me reacções físicas, tais como, transpiração, dificuldade em respirar, enjôos ou palpitações.	0	1	2	3	4
20. Sonhei com isso.	0	1	2	3	4
21. Senti-me alerta e vigilante	0	1	2	3	4
22. Tentei não falar sobre isso.	0	1	2	3	4

*\* Impact of Event Scale-Revised, IES-R (Weiss & Marmar, 1997)*

*Escala traduzida para português e validada por Marcela Matos, Jose Pinto-Gouveia & Sonia Martins (PSYCHOLOGICA, 2011)*

## **ANEXO XIX – RESUMO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (CD-ROM)**

Após a conclusão da licenciatura na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, em 1998, tenho exercido a minha atividade profissional no local onde fiz o meu estágio académico - Unidade de Psicologia Clínica (inicialmente Equipa de Psicoterapia) do Hospital de S. José – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.

Desde o início, as minhas funções foram exercidas em regime de trabalho a tempo completo, com subordinação à hierarquia e disciplina do serviço, orientadas e supervisionadas pela Dra. Luzia Travado – coordenadora do Pólo do Hospital de S. José da Unidade de Psicologia Clínica.

As principais áreas de actuação têm sido:

Queimados e Politraumatizados no Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva e na Unidade de Queimados

Avaliação psicológica e triagem de casos clínicos no Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva e na Unidade de Queimados. Intervenção psicológica durante o internamento em pacientes identificados como casos clínicos. Após a alta, caso necessário, é dada continuidade ao acompanhamento psicológico em Consulta externa de Psicologia Clínica. Esta abordagem estende-se, muitas vezes, aos familiares dos pacientes.

No âmbito da intervenção psicológica em queimados, contribuição para estudos científicos nesta área e apresentações em congressos.

- 27 de Janeiro de 2012 – Apresentação do Póster “Percepção do Controlo da Dor numa Unidade de Queimados – perspectiva dos doentes” no 10º Convénio da Astor/ 19as Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta, que se realizou na Universidade Católica Portuguesa – onde ganhou o prémio Astor de Melhor Póster. Este trabalho foi realizado em parceria com a Dra. Luzia Travado;

- Setembro de 2011 – Co-autoria da comunicação “*How is pain control in a burn unit – the patient’ perspective?*”, apresentada pela Dra. Luzia Travado, no 14º Congresso da European Burns Association, no World Fórum Congress Center em Haia, Holanda; neste mesmo congresso, a mesma autora apresentou o Póster “*Psychological Support at European Burn Units – Part 2 of an International Multicentre Study*”, onde fui co-autora, juntamente com a Dra. Pittermann (Medical University of Vienna, Áustria);

- 18 de Junho de 2010 – Comunicação “A Auto-Imagem em Doentes Queimados”, na qualidade de Autora/Palestrante Convidada, inserida na Mesa Redonda “Prevenção e Tratamento das Sequelas a Doentes Queimados”. Apresentada nas VII Jornadas de Enfermagem de Queimados, a Convite da Associação dos Amigos dos Queimados, que decorreu na Faculdade de Medicina de Lisboa;

- 23 de Janeiro de 2009 – Apresentação da Comunicação “Psicologia na Dor Aguda Apresentação de um caso clínico”, realizada em co-autoria, no 7º Convénio da Astor e 16as. Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta, na Universidade Católica de Lisboa;

- 20 de Setembro de 2008 - Comunicação “Abordagem Psicológica no Controlo da Dor Aguda”, apresentada no âmbito do 2º Workshop de Dor Aguda, Área de Anestesiologia do CHLC,E.P.E, que decorreu no Centro de Formação do Hospital Santo António dos

Capuchos. Este trabalho foi realizado em co-autoria com a Dra. Luzia Travado e com a Dra. Ana Carina Resina;

- 21 de Maio de 2008 – Apresentação da comunicação “A intervenção psicológica em doentes queimados”, trabalho realizado em co-autoria com a Dra. Luzia Travado, no âmbito das aulas do Curso Teórico para Internos do Internato Complementar de Anestesiologia do CHLC-EPE, no Salão Nobre do Hospital de S. José;

- 13 de Maio de 2008 - Apresentação da Comunicação “Perturbação Stress Pós-Traumático (PTSD)” no XI Congresso Nacional de Medicina Intensiva, organizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos – SPCI no Hotel Real Sta. Eulália em Albufeira;

- Em 2008, colaboração na elaboração de Guidelines do Comité PAM sobre “Depressão em Doentes Queimados” da European Burns Association (EBA);

- Novembro de 2005 - Participação na Comissão Organizadora do Comité PAM do 11th European Congress of Burns da European Association of Burns (EBA) realizado em 21-24 de Setembro de 2005 no Centro de Congressos do Estoril, Portugal, onde fui Chairmen da "*Session Psychiatry and Rehabilitation*"; Neste mesmo congresso: co-autoria dos pósters "*Burn patients' psychological profile - report of 20 years at a burn unit*" e "*The psychosocial dimension in the health care of the burn patient - development of a protocol for a clinical approach*"; co-autoria da comunicação livre "*Burn Patient's Narratives of their recovery process*", apresentada pela autora principal Dra. Luzia Travado;

- Setembro 2003 - Co-autoria da Comunicação Livre “Burned Patients’ Subjective Experience of Their Treatment and Recovery Process: Clues For The Psychosocial

Dimension In Health Care”, apresentado pela primeira autora, Dra. Luzia Travado, no 10TH CONGRESS of the EBA, em Bergen, Noruega. Este trabalho recebeu o 3º Prémio oferecido pela European Burns Association e patrocinado pelas Dutch Burns e Belgium Burns Foundations;

- Artigo: Travado, L, Ventura, C, Martins, C, Veloso, I. (2001) “*Psychological Assessment of The Burn Inpatient*”. *Annals of Burns and Fire Disasters*, Vol.Xiv, Nº3, 138-142;

- 18-21 de Outubro de 2000 – Participação do 5ª Conferência Internacional de Queimados e 2º Encontro da Sociedade Portuguesa de Queimaduras, onde fui co-autora da comunicação “O Papel do Psicólogo Clínico numa Unidade de Queimados: Avaliação das Necessidades Emocionais dos Pacientes”;

- Junho de 2000 – Participação nas XIII Jornadas Médicas do Hospital de S. José e Hospital Nossa Sra. Do Desterro, onde fui co-autora do póster “Abordagem Psicoterapêutica do Doente Queimado – Parte I: Avaliação Psicológica durante o internamento na Unidade de Queimados”;

- 23 de Outubro de 1999 – Participação da I Reunião Científica da Sociedade Portuguesa de Queimaduras, onde apresentei, em co-autoria, a comunicação “Avaliação Psicológica do Doente Queimado” e que se realizou no auditório da Ordem dos Médicos, em Lisboa.

### Obesidade Mórbida

Avaliação psicológica em Consultas de Psicologia Clínica/Tratamento Cirúrgico da Obesidade, com elaboração de relatório/parecer psicológico, em pacientes com Obesidade Mórbida, candidatos a Cirurgia Bariática. O acompanhamento psicológico

no âmbito do tratamento para esta patologia é realizado no Serviço de Cirurgia, durante o período de internamento, e, após a cirurgia, intervenção psicológica e follow-up em consultas externas de Psicologia Clínica (formato individual) ou sessões Psico-Educacionais (formato grupal). Numa outra fase do tratamento, os doentes são ainda reavaliados no Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva.

Estas actividades inserem-se no âmbito da Unidade de Tratamento Cirúrgico da Obesidade e Doenças Metabólicas (UTCODM). Neste âmbito, acresce ainda a participação nas reuniões de equipa multidisciplinar (discussão de casos clínicos e apresentação de trabalhos científicos) e consultas multidisciplinares para avaliação do Tratamento Cirúrgico da Obesidade (com os pacientes na presença dos vários elementos da Equipa);

Recentemente, também estou a fazer Consulta de Psicologia Clínica/Tratamento Cirúrgico da Obesidade num outro hospital do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital Curry Cabral.

Nesta área:

- 27 de Maio de 2009 – Participação, em co-autoria, na realização da Comunicação “Abordagem Multidisciplinar no Tratamento da Obesidade Mórbida: Impacto em Variáveis Psicossociais”, com as Dr<sup>a</sup>. Luzia Travado, Rute Pires, Ana Carina Resina e Vilma Martins. Foi apresentada por uma das co-autoras no 5º Congresso Nacional de Cirurgia Bariátrica e Metabólica e 11º Simposium Internacional de Cirurgia da Madeira, que se realizou no Hotel CS Madeira, no Funchal;

- Setembro de 2005 - Co-autoria da Comunicação "Protocolo de avaliação psicológica da população de obesidade mórbida", juntamente com Luzia Travado, Cidália Ventura,

Rute Pires e Vilma Martins, apresentada em no "Congresso da Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade", no Grande Hotel do Luso;

– Fevereiro de 2005 - Co-autoria da Comunicação “Obesidade mórbida: Ideação suicida, o fiel da balança”, apresentada nas 1as Jornadas de Obesidade Mórbida, organizadas pelo Serviço de Cirurgia do Hospital Sousa Martins e Unidade de Videocirurgia do Hospital de S. José, no Grande Hotel da Guarda.

### Cancro da Mama

Avaliação e intervenção psicológica em pacientes com Cancro da Mama em Consulta externa (Consulta de Psicologia Clínica/Patologia Mamária) e Internamento (Serviço de Cirurgia Geral e/ou Cirurgia Plástica) e, por vezes, Hospital de Dia (neste momento pontualmente, uma vez que está a funcionar no Hospital Santo António dos Capuchos). Este trabalho é integrado na equipa multidisciplinar de tratamento desta patologia. Frequentemente, é também dado acompanhamento psicológico aos familiares das doentes.

No caso de pacientes que entram em fase paliativa, é dada continuidade ao acompanhamento psicológico já iniciado, havendo, por vezes, a necessidade de articulação com a Equipa multidisciplinar de Cuidados Paliativos.

Dentro desta área, colaboração em trabalhos clínico-científicos e programas de acção no âmbito das actividades clínicas da Equipa de Psicoterapia, da responsabilidade e autoria da Dr.<sup>a</sup> Luzia Travado. Entre eles, o Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS), projecto europeu multicêntrico intitulado “*Improving Health Staff’s Communication And Assessment Skills Of Psychosocial Morbidity And Quality Of Life In Cancer Patients: A Study In South European Countries*”, financiado pela Comissão Europeia de Saúde e Protecção

do Consumidor, coordenado pelo Prof. Luigi Grassi da Universidade de Ferrara em Itália. Este projecto de investigação internacional deu origem a vários trabalhos já apresentados e publicados:

- Travado L, Grassi L, Gil F, Martins C, Ventura C, Bairradas J; and Southern European Psycho-Oncology Study Group (2010) “Do spirituality and faith make a difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group”. *Palliative Support Care*, Dez; 8(4):405-13;

- Travado L, Ventura C, Martins C, Gil F, Grassi L. (2006) “What concerns them most? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS)” In *Psycho-Oncology*, 15 (S2): 1021;

- Travado L, Ventura C, Martins C. (2006) “Breast Cancer Patients’ Psychosocial Profile – A Study with a Portuguese Population”. *Psycho-Oncology*, 15 (S2): 1023;

- Travado L, Grassi L, Gil F, Ventura C, Martins C e o Southern European Psycho-oncology Study (SEPOS). (2005). “Physician-Patient Communication Among Southern European Cancer Physicians: The Influence of Psychosocial Orientation and Burnout”. *Psycho-Oncology*, 14: 661-670;

- Travado L, Gil F, Ventura C, Martins C, Grassi L. (2004). ”Does spirituality make a difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS)”. *Psycho-Oncology*, vol. 13 (8) Suppl: 237 S111;

- Travado,L., Ventura,C., Martins,C. Gil,F., Grassi,L. (2003) “Oncologists’ Communication Skills And Psychosocial Beliefs In Patient Care In Italy, Portugal And Spain: The Southern European Psycho-Oncology Group Study”. *Psycho-Oncology*, vol. 12 (4) Suppl: 513;

- 24 de Junho de 2003 – Apresentação em co-autoria a comunicação "Melhorar a Comunicação com os doentes oncológicos: um programa de treino para o sul da Europa" no 4º Congresso Português de Psico-oncologia organizado pela Academia Portuguesa de Psico-Oncologia, no Hotel Metropolitan em Lisboa.

- 25 de Junho de 2003 – Co-autoria do Póster “Melhorar as aptidões de comunicação com os doentes oncológicos: um programa de treino que urge implementar” e da Comunicação Livre “Dificuldades e barreiras na comunicação com os doentes oncológicos: um estudo com médicos em Portugal, Espanha e Itália” nas XVI Jornadas Médicas do Hospital de S. José e Hospital Nossa Sra. Do Desterro, que se realizou no Salão Nobre do Hospital de São José.

Outras Patologias Oncológicas, nomeadamente na fase Paliativa da doença

Avaliação e intervenção psicológica de doentes oncológicos internados em diversos Serviços de Internamento do Hospital (nomeadamente Cirurgia, Otorrino e Maxilo-Facial). Este acompanhamento mantém-se na fase paliativa da doença e estende-se frequentemente aos familiares.

Tentativas de Suicídio e Violência Doméstica no Serviço de Urgência

Avaliação psicológica, psicodiagnóstico e encaminhamento de casos de tentativa de Suicídio assistidos no Serviço de Urgência do Hospital de S. José. Neste Serviço, por vezes também intervenho na avaliação psicológica e encaminhamento de mulheres vítimas de violência doméstica.

Consulta Externa de Psicologia Clínica

Avaliação e intervenção psicológica, no âmbito da Psicologia da Saúde, de pacientes com vários diagnósticos clínicos em tratamento em regime de ambulatório em Consulta Externa de Psicologia Clínica. Todos os casos são acompanhados e referenciados por médicos do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. É também feita triagem dos casos de Saúde Mental, e encaminhamento para Consulta de Psicologia e/ou Psiquiatria na área de residência;

#### Ações de Formação a Profissionais de Saúde

- 06 de Fevereiro de 2012 – Co-facilitadora da Acção de Formação “Comunicação com Familiares de Doentes Críticos – A Comunicação das Más Notícias”, no âmbito ”, no âmbito das actividades de Formação em Serviço na Unidade de Queimados do Hospital de S. José – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE;

- 13 de Fevereiro de 2012 - Co-facilitadora da Acção de Formação “Apoio a Familiares de Doentes Críticos ou Falecidos”, no âmbito das actividades de Formação em Serviço na Unidade de Queimados do Hospital de S. José – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE;

- Co-facilitadora de vários Cursos de Treino de Aptidões de Comunicação e Comunicação de Más Notícias para Médicos, no âmbito de cursos desenvolvidos pela Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas;

- 10 e 12 de Maio de 2010 – Apresentação da Acção de Formação “Relações Interpessoais e Gestão de Conflitos – 2ª Parte”, no âmbito das actividades de Formação em Serviço, respetivamente, na Unidade de Queimados e no Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva do Hospital de S. José – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE;

- 16 e 26 de Abril de 2010 – Apresentação da Acção de Formação “Relações Interpessoais e Gestão de Conflitos – 1ª Parte”, no âmbito das actividades de Formação em Serviço, respetivamente, no Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva e na Unidade de Queimados do Hospital de S. José – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE;

- Junho de 2003 - Acção de Formação para Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Cérebro-Vasculares "Aspectos psicológicos do utente internado numa Unidade de Cuidados Intensivos a Acidentes Vasculares Cerebrais", no Centro de Formação do Hospital de São José, no âmbito de um projecto patrocinado pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional.

Ao longo da minha actividade profissional, a população assistida tem sido constituída maioritariamente por adultos e adolescentes, tendo avaliado e acompanhado algumas crianças (Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva; Unidade de Queimados e Neurocirurgia);

De realçar a presença em reuniões clínicas de supervisão semanais onde os casos e respectiva avaliação, psicodiagnóstico e intervenção psicológica são discutidos.

Formação complementar

De Setembro de 1999 a Março de 2002 frequentei o **Curso de Formação Pós-Graduada em Aconselhamento e Psicoterapia Comportamental e Cognitiva** na Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva (APTCC).

Em Janeiro de 2001 **Curso Básico de Psico-Oncologia** ministrado pela Professora Dr.<sup>a</sup> Camila de Souza e organizado pela Liga Portuguesa contra o Cancro.

No ano letivo 2004/2005 fiz o Curso de Pós-Graduação em Psico-Oncologia e Cuidados Paliativos na Universidade Independente.

Em 2006 completei o **2º Curso de Introdução à Medicina Sexual**, Coordenado pelo Professor Doutor Nuno Monteiro Pereira e com a participação do Prof. Júlio Machado Vaz, que decorreu na Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.