

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO RELACIONADO À EXPOSIÇÃO AO AMBIENTE DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Lorena Barbosa Martins Prearo¹

¹Acadêmica de Psicologia, Faculdade de Psicologia, Universidade de Rio Verde – UniRV.

Recebido em: 23/04/2020 – Aceito em: 19/07/2020

Resumo: A unidade de terapia intensiva é um grande fator para o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático os dados e relatos de pacientes confirmam o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático após uma estadia de internalização na unidade de terapia intensiva, a ocorrência deste transtorno afeta a qualidade de vida do paciente e familiares, deve-se trabalhar em métodos de prevenção para minimizar o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático em pacientes e familiares que passaram por experiências em ambiente de unidade de terapia intensiva.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva. Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Modelo Biopsicossocial da Doença. Psicopatologia.

Abstract: The intensive care unit is a major factor for the development of pos-traumatic stress disorder and data and reports confirm the development of pos-traumatic stress disorder after a stay in the intensive care unit, the occurrence of this treatment affects the quality of life of the patient and family, prevention methods should be worked on. to reduce the development of pos-traumatic stress disorder in patients and families suffering from experiences in the intensive care unit environment.

Keywords: Intensive Care Unit. Post-Traumatic Stress Disorder. Biopsychosocial Model of Illness. Psychopathology

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2013), o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) surge após a exposição do indivíduo a um evento traumático. Indivíduos com TEPT tem uma tendência a desenvolver ideias suicidas e tendências suicidas. O transtorno tem relação com a inabilidade social, profissional e física, a vida econômica também é afetada pelos grandes gastos médicos.

Os critérios apresentados pelo DSM-5 (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2013) para a realização de um diagnóstico preciso são:

A. Vivenciar experiência de quase morte, presenciar a morte de outros indivíduos, sofrer alguma ameaça de morte, lesões graves ou violência sexual.

- B. Ter sintomas indesejáveis associados ao evento traumático. (Ex. sonhos, flashbacks, lembranças.)
- C. Evitar lembranças que associe ao evento traumático após a ocorrência do trauma.
- D. A ocorrência de mais de um sintoma relacionado a alterações negativas da cognição e humor que esteja relacionado ao evento traumático.
- E. Apresentar alteração significativa na excitação e na reatividade que estão associadas ao acontecimento do trauma. (Ex. irritação, surto, raiva, imprudência, autodestruição, hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada, dificuldades de concentração, perturbação do sono.)
- F. Duração dos critérios B, C e E se ocorre por mais de um mês.
- G. As perturbações levam a sofrimentos clinicamente significativos, afetam a vida social e profissional do sujeito.
- H. As perturbações acima não têm ligação com substâncias como medicamentos, álcool ou outras circunstâncias médicas.

Subtipo:

Sintomas dissociativos: presença dos sintomas que caracteriza o transtorno de estresse pós-traumático diante disto o indivíduo em resposta ao estresse tem sintomas frequentes de:

Despersonalização: Descrita como a sensação de estar separado, ou seja, ser um observador externo dos processos mentais ou do corpo, como se estivesse em um sonho ou em câmera lenta.

Desrealização: O indivíduo tem sensação frequentes que o mundo que está inserido é irreal.

Os sintomas dissociativos não se devem ter ligação com ocorrências de eventos fisiológicos ou substâncias. (Ex. apagões, álcool)

Os sintomas do TEPT normalmente se apresentam nos primeiros três meses após o trauma vivenciado, em alguns casos ocorre um atraso de meses ou até mesmo de anos. Os sintomas de TEPT têm uma variação de tempo para cada indivíduo, a recuperação pode variar de 3 meses (ocorre com a metade dos adultos), a 12 meses ou até mesmo 50 anos. As recordações do evento estressor podem acentuar a recorrência e a intensidade dos sintomas, os indivíduos mais velhos que tiveram uma perda cognitiva ou um isolamento social pode intensificar os sintomas de TEPT.

Podem ocorrer pseudoalucinações auditivas, descritas pelo DSM-5 (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2013) como a experiência de escutar seus pensamentos por uma voz ou mais, pode apresentar ideias paranoides. Após um trauma de características prolongada e repetitiva o indivíduo pode encontrar dificuldade com suas emoções e relações interpessoais.

A prevalência do TEPT tem taxas de valores mais significativas em grupos que estão expostos a presenciar um evento traumático (Ex. bombeiros, policiais, socorristas). De acordo com DSM-5 as maiores taxas de TEPT estão em sobreviventes de campo concentração e genocídio com motivação étnica ou política, combate captura militar e vítimas de estupro. Se compararmos as taxas TEPT o índice em adultos mais velhos é menor do que no restante da população em geral. A prevalência na Europa e em grande parte dos países da Ásia, África e América Latina estão em torno de 0,5% a 1,0% já em adultos norte-americanos a taxa é de 3,5%. O sexo feminino se predomina em ter TEPT, de acordo com DSM-5, mulheres tem um maior tempo de duração de TEPT em relação aos homens. A maior parte dos riscos de TEPT em mulheres estão relacionadas ao estupro ou violência interpessoal.

De acordo com a Classificação Internacional das Doenças - CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993), o TEPT surge após o indivíduo ser exposto a uma situação traumática como desastres naturais ou até mesmo situações provocadas pelo homem. O CID-10 cita dois fatores de predisposição que podem diminuir ou aumentar o desenvolvimento do transtorno, esses fatores são traços de personalidade e doenças neuróticas, porém tal fatores não são suficientes para explicar a ocorrência do TEPT (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Os sintomas descritos a relação com a recordação do evento traumático como flashbacks ou sonhos, a partir disso o indivíduo começa a se afastar de pessoas, ambientes e atividades que recordem o seu trauma, porém dificilmente pode haver ocorrência de surtos por recordações do evento traumático. O indivíduo com o TEPT pode desenvolver uma hipervigilância que acaba sendo causadora de insônia. Os sintomas de TEPT podem incluir ansiedade, depressão e até mesmos ideias suicidas, e indivíduos que fazem uso de substâncias lícitas e ilícitas pode ter um agravante (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

O CID-10 define que os sintomas de TEPT podem surgir semanas após o trauma ou meses depois, mas raramente ultrapassa 6 meses, por isso o transtorno não deve

ser diagnosticado antes dos 6 meses após o trauma (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma área hospitalar específica que ocorre monitoramentos de casos de pacientes em estado grave, submetidos a grandes cirurgias e que necessitam de apoio respiratório (NETO *et al.*, 2004). A UTI é equipada com tecnologias e equipe capacitada para atender casos de maior gravidade, o monitoramento que ocorre neste ambiente necessita de variáveis clínicas, laboratoriais e tecnologias atualizadas (NETO *et al.*, 2004).

As variáveis a serem monitoradas vão depender da gravidade do caso, os dados dos monitoramentos podem ser coletados através do examinador ou por instrumentos. Os examinadores são profissionais da área da saúde que usam como auxílio os instrumentos médicos como aferidor de pressão, máquinas de monitoramento cardíacos e outros instrumentos para obter melhores dados sobre o estado do paciente (NETO *et al.*, 2004).

O examinador pode verificar frequência cardíaca, coloração do sangue e pulso, já os instrumentos verificam a pressão arterial, ritmo cardíaco, saturação arterial de oxigênio e o dióxido de carbono exalado. Para haver um melhor controle do estado do paciente algumas variáveis são monitoradas diariamente, assim se obtém uma avaliação do estado da doença e se está havendo melhorias com os tratamentos oferecidos (NETO *et al.*, 2004).

Faquinello e Dióz (2007) realizaram um estudo com pacientes que tiveram experiências em UTIs, com faixa etária variando entre 18 e 71 anos, que permaneceram por mais de 48 horas na UTI e estiveram conscientes durante o processo de internação. Nesse estudo, foram relatados experiências de pacientes sobre a UTI sendo que houve relatos de participantes descrevendo o ambiente da UTI como horrível e cavernoso, onde o indivíduo presencia o sofrimento e a morte de outros indivíduos e de como é grande movimentação do ambiente afeta os pacientes.

Segundo Faquinello e Dióz (2007), alguns estímulos presentes na UTI podem causar ansiedade, pois são ameaçadores à segurança. Além disso o ambiente de UTI pode ser caracterizado como assustador pelo fato de os pacientes vivenciarem nele o adoecimento e a morte. A ansiedade tem ligação também com isolamento, o fato do paciente estar isolado sem a presença de um indivíduo para compartilhar os seus medos, frustrações e agonias, fazem que desenvolvam um quadro de ansiedade. Nesse mesmo estudo, é apresentada uma relação de tempo e efeito psicoemocional, pelo fato

de se ter a sensação do tempo não passar, o sofrimento impede a passagem do tempo para o paciente. Faquinello e Dióz (2007) afirmaram que os pacientes se tornam especialistas em teto, usando a imaginação para transformar manchas em nuvens.

Ainda sobre o estudo realizado por Faquinello e Dióz (2007), houve relatos de irritabilidade por parte dos pacientes sobre o fato do ambiente da UTI ser barulhento, causando um desconforto aos pacientes, pelo fato de acordarem assustados. Os barulhos relatados são de aparelhos e até mesmo de profissionais da área que deixam instrumentos cair e batem as portas. A AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira) recomenda um nível máximo de ruídos entre 40 a 45 decibéis durante o período matutino e vespertino e principalmente no período noturno se aconselha um nível de 35 decibéis. Outra recomendação é de um aparelho de controle de ruídos, onde toda vez que o barulho ultrapassar o permitido se acende uma luz para alertar a equipe.

Boccanera, Boccanera e Barbosa (2006) realizaram um estudo sobre as cores do ambiente da UTI. As cores têm uma relação com as emoções do indivíduo, pois o mesmo tem sensações de alegria ou tristeza associada as cores. Essas mudanças emocionais podem estar relacionadas as associações com as cores, porém cada indivíduo tem sua relação e percepção com determinada cor. A área da saúde já identificou uma relação de cores e ambiente terapêutico, diante disto se muda a ideia que as cores são apenas sinônimo de decoração no ambiente de UTI. As cores vão além disso, podem trazer um bem-estar aos indivíduos inseridos nesse ambiente.

Boccanera, Boccanera e Barbosa (2006) realizaram um estudo sobre as cores do ambiente da UTI. As cores têm uma relação com as emoções do indivíduo, pois o mesmo tem sensações de alegria ou tristeza associada as cores. Essas mudanças emocionais podem estar relacionadas as associações com as cores, porém cada indivíduo tem sua relação e percepção com determinada cor. A área da saúde já identificou uma relação de cores e ambiente terapêutico, diante disto se muda a ideia que as cores são apenas sinônimo de decoração no ambiente de UTI. As cores vão além disso, podem trazer um bem-estar aos indivíduos inseridos nesse ambiente.

Os resultados apresentados na pesquisa de Boccanera, Boccanera e Barbosa (2006) é que as cores azul claro, o verde claro e o branco são descritas como mais agradáveis por pacientes e funcionários da área da UTI. Os relatos dos participantes diante da cor branco é de simplicidade e limpeza, a cor verde claro causa um bem estar físico e mental porém se torna fatigante com o passar do tempo. O azul claro

está relacionado com onze hormônios neurotransmissores descritos como tranquilizantes.

Os profissionais do ambiente de UTI citam a cor bege, afirmando que o branco é muito neutro. Boccanera, Boccanera e Barbosa (2006) relatam que a literatura afirma que um ambiente totalmente branco é tão aterrorizante quanto um ambiente totalmente preto. As cores com maior nível de intensidade como vermelho e preto aumentam a sensação de ansiedade e preocupação.

No ambiente de UTI, os pacientes se encontram em um estado de vulnerabilidade, dependendo de uma equipe de diversos indivíduos da área da saúde, muitos dos pacientes necessitam de aparelhos médicos para ser mantidos. A higienização dos pacientes de UTI é realizada por profissionais da área, vistos como desconhecidos por partes dos pacientes. A adaptação a esse ambiente dependerá da personalidade do paciente diante das características da sua doença (KNOBEL,2006).

Knobel (2006) afirma que o ambiente de UTI expõe o paciente a diversos eventos perturbadores ou ameaçadores que podem levar a altos níveis de angústia. Esse estado de vulnerabilidade mental exposto a esses eventos estressores pode causar um dano no equilíbrio emocional do paciente. A partir do momento que o paciente sofre danos no equilíbrio emocional, é necessário ocorrer uma intervenção psicológica com a tentativa do paciente restaurar o seu controle e equilíbrio emocional.

Diante dos fatos sobre o contexto psicológico no âmbito da UTI vem se estudando o TEPT nos pacientes inseridos nessa área hospitalar. Knobel (2006) afirma que as circunstâncias da UTI aumentam a probabilidade do indivíduo sofrer com o TEPT. Diante de vários estudos, foram identificados variáveis que se associam ao transtorno como: história prévia de ansiedade, depressão, pânico e memórias reais ou irreais. As memórias irreais são de períodos alucinatorios ou são causadas por uma longa sedação (KNOBEL,2006).

Knobel (2006) relata que alguns estudos afirmam que a experiência recorrente de memórias irreais tem relação com aumento da prevalência de TEPT agudo e crônico. Já os transtornos de ansiedade, fobias, pânico e variáveis como idade, sexo, período de tempo que esteve inserido na UTI, rápido diagnóstico ou gravidade da doença não são caracterizados como preditores para o desenvolvimento de TEPT.

Knobel (2006) cita um estudo da relação com uso de medicamento e as memórias traumáticas. Investigando pacientes de cirurgia cardíacas, esse estudo encontrou uma relação com o uso de hormônios estimulantes (epinefrinas) e uma chance de ser

um fator predisponente independente para a criação dessas memórias e aumentasse a possibilidade de desenvolver um quadro de TEPT crônico. O mesmo estudo relata que pacientes que utilizaram betabloqueadores após a cirurgia tiveram uma menor frequência de memórias traumáticas em relação aos pacientes que não usaram esse medicamento. Em outro estudo citado por Knobel (2006) foram analisados que o uso de hidrocortisona em tratamento de choque séptico e foi observado que houve uma menor frequência de TEPT e um melhor índice na qualidade de vida.

Sobre a qualidade de vida e o TEPT um estudo apresentou uma amostra de 80 pacientes com alta da UTI, 41,3% dos pacientes apresentaram sintomas de TEPT. Os resultados da aplicação do SF-36 indicaram que os pacientes portadores de TEPT apresentam: a) baixo escore na avaliação geral da saúde (16%); b) maior frequência de dores crônicas; c) baixo escore da saúde mental (20%); d) menor escore em vitalidade (17%); e) baixo escore na função social (13%) (KNOBEL,2006).

Knobel (2006) informa sobre os manuais de reabilitação usados em pacientes com um possível desenvolvimento do TEPT. Porém esses manuais poderiam ser utilizados em pacientes que estão aguardando o procedimento cirúrgico, assim é realizado uma informatização para minimizar o risco do desenvolvimento do trauma. Os manuais contêm informação sobre possíveis pesadelos, alucinações, memórias ilusórias e estratégias para minimizar o ciclo de ansiedade. Mas as medidas educativas nem sempre são 100% eficazes quando não há um emparelhamento com a intervenção psicológica específica.

Knobel (2006) apresenta medidas preventivas onde psicólogos trabalham em conjunto com uma equipe multiprofissional realizando um acompanhamento psíquico, clínico e medidas dos medicamentos que podem evitar ou minimizar o desenvolvimento do TEPT. Recomenda-se realizar um acompanhamento do paciente longo ao encerramento da sedação, o mesmo deve estar em um espaço adequado para recompor o sono e descanso, ser situado sobre o tempo e espaço e deve se avaliar a necessidade dos relacionamentos sociais.

A humanização nas UTIs surgiu a partir da preocupação do bem-estar de cada indivíduo. A humanização tem o conceito de olhar para o paciente como um todo, dando atenção para todos os aspectos que o cerca como contexto familiar e social, e tratar com total respeito os valores, cultura, esperança e preocupações de cada paciente é extremamente importante. No ano de 1990 a Sociedade Americana de Terapia Intensiva se preocupou com o tratamento humanizado dos pacientes

inseridos no contexto da UTI, diante desse fato foram implantados programas de humanização nas UTIs (KNOBEL,2006).

Os princípios básicos da humanização descrito por Knobel (2006) são o tratamento de cada sujeito reconhecido como um ser único; não se deve quebrar barreiras éticas, legais e de segurança; família e paciente são fontes de necessidades; autonomia da família e paciente deve se manter intacta; privacidade dos familiares e paciente deve ser preservadas.

Outro aspecto na humanização das UTIs demonstrada por Knobel (2006) é a ênfase sobre o ambiente, uma tentativa de torná-los mais calmos e menos estressantes. Diante disso a sugestão de diminuir os números de leitos, oferecer relógios com data e horas, janelas que permitam a passagem de luz, cores leves, aparelhos eletrônicos como som e televisão, ter objetos pessoais como fotos e desenhos, banheiros, quadros com paisagens, boa iluminação, controle de ruídos e controle estável de temperatura. A equipe deve ouvir as necessidades dos pacientes e familiares, criando uma boa comunicação entre clientes e equipe compreendendo as necessidades de cada um, suas dores e prazeres, mostrando para o sujeito que suas palavras são reconhecidas, essas ações que compõem um bom programa de humanização nas UTIs.

Knobel (2006) afirma que uma boa relação de comunicação entre pacientes e equipes podem tornar mais fáceis a identificação dos fatores estressores, tornando possível uma tentativa de intervenção por parte da equipe, trazendo um melhor bem-estar ao paciente. Knobel (2006) cita Novaes *et al.* (1997) o qual identificou quatro principais fatores estressores de acordo com os pacientes, dor, insônia, tubo na boca e nariz e não ter controle de si. Para ocorrer uma minimização dos fatores estressores é essencial haver uma boa comunicação entre paciente e equipe, e a equipe tem o papel de informar o paciente, assim sendo uma tentativa minimizar a ansiedade do mesmo.

Segundo Knobel (2006) necessidade é o que o indivíduo julga ser essencial, sendo que as necessidades dos familiares podem ser identificadas através da escala Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI). Essa escala é composta por necessidades que são avaliadas pela escala de 4 pontos (likert). As principais necessidades identificadas são, o anseio por informações, orientações, segurança e suporte emocional, outras necessidades são as de manter esperanças, visitar o paciente diariamente, sentimento de interesse e cuidado com paciente por parte da

equipe de saúde. Knobel (2006) propõe intervenções que criam ligações entre equipe de saúde e familiares, onde a equipe terá que olhar mais para o paciente do que para sua patologia, isso só ocorrerá se houver uma diminuição no ritmo das tarefas e na impaciência da equipe.

Uma das necessidades citadas acima é a de informações, tal necessidade tem relações fundamentais com a comunicação. Knobel (2006) mostra um estudo recente, que tem como resultado que cerca de 54% dos familiares encontram dificuldades em compreender o diagnóstico, tratamento e prognóstico. Diante desta situação identificada na UTI do HIAE (Hospital Israelita Albert Einstein), o Grupo de Humanização e Serviço de Psicologia implantaram o Centro de Atenção ao Familiar (CAF). Esse recurso tem o objetivo de assegurar as necessidades de informação, orientação, segurança e suporte emocional da família do paciente. O projeto (CAF) é formada por uma assistência interdisciplinar. Outra maneira de orientar os familiares dos pacientes são os manuais da UTI que contém informações sobre informações sobre o funcionamento das UTIs e dos profissionais da área, outra tentativa de diminuir a ansiedade dos familiares por notícias é o boletim onde os familiares ligam e tem informação do quadro do paciente (KNOBEL,2006).

Os cuidados paliativos são um processo muito difícil no caso de pacientes terminais, onde a humanização se torna essencial. A equipe da UTI tem objetivo de tornar a despedida do paciente menos dolorosa respeitando suas crenças e cultura. Os familiares necessitam de apoio emocional já que a maioria dos pacientes da UTI não tem autonomia para tomar decisões, a equipe tem a função de esclarecer dúvidas e orientar que a decisão estará de acordo com os valores do paciente (KNOBEL,2006).

O transtorno de estresse pós-traumático ocorre após um evento estressor vivenciado pelo sujeito, tal transtorno pode ser diagnosticado após 6 meses da ocorrência do trauma. Já o ambiente da UTI é onde ocorre um monitoramento de pacientes em estado grave, pacientes que foram submetidos a cirurgia de grandes portes ou que necessitam de ajuda respiratória, e tal situação pode ser considerada traumática para alguns indivíduos.

Portanto, o objetivo do presente estudo foi identificar fatores predisponentes à ocorrência do transtorno de estresse pós-traumático em pacientes de UTI. Diante disto o presente projeto tem intuito de explorar as relações do transtorno de estresse pós-traumático com a internação de pacientes na UTI, a partir disso podemos

compreender se o ambiente da UTI, tratamento médico e familiar tem relações significativas com o transtorno.

2. MÉTODO

Este trabalho foi uma pesquisa bibliográfica, por meio de uma revisão integrativa da literatura. Para nortear a revisão integrativa, utilizou-se a seguinte questão: há relação entre a exposição ao ambiente de UTI e a ocorrência de TEPT?

Para a busca dos artigos, foram utilizados os seguintes termos de busca: “*unidade de terapia intensiva*” e “*transtorno de estresse pós-traumático*”, bem como os termos equivalentes no idioma inglês. A busca das produções científicas foi realizada nas bibliotecas virtuais *Pubmed-Medline* (Biblioteca Nacional de Medicina do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos) e *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO).

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram os seguintes: 1) artigos publicados nos idiomas português e inglês, com resumos disponíveis nessas bases de dados; 2) artigos publicados a partir de 2001; e 3) publicação em periódicos nacionais e internacionais com revisão cega pelos pares. Foram excluídos artigos que não satisfizerem aos três critérios de inclusão e que não abordarem especificamente a questão norteadora desta revisão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Marra, Pandharipande e Patel (2017) a ocorrência de TEPT com a vivência no ambiente da UTI sem relação com situações estressoras anteriores é de 10% no primeiro ano de alta hospitalar, em outros estudos há relatos de uma maior incidência, é reconhecido que a relação de TEPT tem um índice maior após a ocorrência de doenças graves, entretanto muitos estudos não distinguiram o TEPT existente com o TEPT em relação ao ambiente da UTI. Em um estudo mais recente para buscar a relação de TEPT com a UTI com a população de civis e veteranos nos EUA identificou a ocorrência de 1 em cada 10 indivíduos que sobreviveram à UTI.

As memórias ilusórias são consideradas um fator de risco para a ocorrência de TEPT. Verificaram que a amnésia provavelmente está ligada aos sintomas relacionados ao TEPT porém a amnésia na UTI pode estar relacionada a um grande tempo em permanência na UTI, maior nível de gravidade da doença e internações

hospitalares anteriores. Weinert e Sprenkle identificaram que a memória delirante tinha mais relações com os sintomas de TEPT, entretanto os pacientes que estavam conscientes na ventilação mecânica apresentaram um menor índice de sintomas com TEPT (MARRA et al., 2017).

Há uma relação de maior predisposição em pacientes com depressão em desenvolver TEPT após a hospitalização em UTI. A depressão com efeitos emocionais, psicológicos, psicossocial e físico causa uma diminuição na ação de enfrentamento. Cuthbertson et al identificaram que a ocorrência de tratamento de sofrimento psíquico antes da UTI antecipa um eventual desenvolvimento de TEPT (MARRA et al., 2017).

A duração da sedação na UTI e o risco de TEPT não geraram dados confirmatórios porém os benzodiazepínicos (midazolam, lorazepam e opiáceos) medicamentos utilizados na UTI tem relação com TEPT pós UTI. Apesar dos analgosedativas ser um fator de risco para TEPT não se tem uma relação clara com o TEPT associado a UTI (MARRA et al., 2017).

Os diários de UTI é onde o paciente e familiares podem reler a história sobre a doença do paciente deste modo construindo-se uma memória autobiográfica, ocorre uma facilitação na comunicação paciente e da família sobre a doença e o tratamento, os relatos no diário permitem que os mesmos expressem seus sentimentos. Isso ocorre porque os diários compartilhados por pacientes e familiares são considerados melhores que diários unicamente do paciente. O estudo de Garrouste-Orgeas et al. Identificou que os sintomas de TEPT formam menores nos 12 meses de acompanhamento em pacientes e familiares em relação aos controles pré e pós-diário (MARRA et al., 2017).

Marra, Pandharipande e Patel (2017) citam os diários de UTI e as sessões de aconselhamento ajuda o paciente e familiares a lidar com a hospitalização na UTI, os mesmos tem a capacidade de prevenir e auxilia o tratamento de TEPT. Estudos relatam que o estresse agudo do ambiente da UTI pode ser minimizado com músicas, sons da natureza, diferentes tipos de massagem e reflexologia.

Em estudo realizado por Hatch et al (2018) com pacientes que tiveram experiência de pelo menos 24 horas em UTI e com idade acima de 16 anos no Reino Unido, nesse estudo os dados mostram que metade dos pacientes tem sintomas de depressão, ansiedade e TEPT, cerca de um terço dos entrevistados relataram sintomas de 2 ou mais condições, o TEPT dificilmente ocorre de modo isolado, visto

que o transtorno tem uma forte conexão com ansiedade, a ansiedade preexistente é considerada um grande fator de risco para ocorrência de TEPT na população urbana.

Cerca de 48% pacientes que participaram do estudo de Pereira et al., (2018) apresentaram um comprometimento cognitivo após 6 meses a alta da UTI, neste estudo os dados traz um maior comprometimento na atenção, construção visual, memórias e funções executivas. Os fatores como atenção, memória e funções cognitivas foram apresentadas neste estudo com um maior comprometimento. O risco de TEPT neste estudo apontam 16% dos casos, o estudo teve sua reavaliação com 17 paciente (PEREIRA et al., 2018)

Em estudo realizado Emygdio et al., (2019) para analisar o impacto do TEPT na memória, os dados obtidos mostram que há um déficit cognitivos nas memórias operacionais e memórias prospectivas, a memória operacional é responsável pela manipulação temporária da informação onde assessora o processo de resolução de problemas, leitura, matemática e raciocínio, já a memória prospectivas citada por Fonseca et al., (2019) é responsável pelas lembranças de propósitos futuros um exemplo dessa memória é a lembrança de tomar um medicamento (EMYGDIO et al., 2019)

Righy et al., (2019) citam o diário de UTI escrito por familiares ou agentes da UTI, como já foi relatado esse método pode ajudar o paciente a preencher brechas em sua memória e diminuir a possibilidade de desenvolvimento do TEPT. Righy et al., (2019) categorizam insuficiência respiratória, inflamação, delírio e barreiras à comunicação como contribuidores para o desenvolvimento de TEPT, acredita-se que a prevenção e administração desses fatores podem causar uma minimização na ocorrência do TEPT após a alta da unidade intensiva de terapia.

Righy et al., (2019) realizaram uma revisão sistemática com 48 estudos, concluíram quem em cada 5 paciente da unidade de terapia intensiva 1 desenvolve sintomas de TEPT um ano após a alta hospitalar. 5,7 milhões de pacientes são internados por ano em UTIs nos EUA estima-se que a taxa de mortalidade é de cerca de 10 a 29% deste modo os dados analisados mostram que em média 1 milhão de pacientes da UTI desenvolvem TEPT anualmente (RIGHY et al., 2019)

Estudos relatam que os acompanhantes e pacientes da UTI podem desenvolver sintomas de estresse, ansiedade e TEPT principalmente o cônjuge. Os fatores como gênero feminino, estado do cônjuge, menor idade, necessidade de uso da ventilação

mecânica e gravidade da doença são contribuidores para o aumento desses sintomas. Girard et al contataram que o sexo feminino está mais propício a desenvolver níveis consideráveis de sintomas de TEPT após sofrerem de uma doença grave e a necessidade do uso da ventilação mecânica (OLIVEIRA; FUMIS, 2017).

4. CONCLUSÃO

Pode-se concluir com o presente estudo que a partir dos dados coletados por meio de revisão integrativa que temos uma prevalência significativa entre a ocorrência de TEPT e UTI. Os fatores como ambiente da UT, utilização de respiração mecânica são fatores que contribuem fortemente para a ocorrência do TEPT, a visão dos pacientes sobre a UTI e de um local cavernoso, os familiares também podem ser atingidos com o TEPT ao presenciar um familiar na UTI, o cônjuge está mais propício ao desenvolvimento do transtorno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Diagnóstico e Estatístico Manual de transtornos mentais - DSM-5**. 5th.ed. Washington: Associação Americana de Psiquiatria, 2013.
- BOCCANERA, N. B.; BOCCANERA, S. F. B.; BARBOSA, M. A. **As cores no ambiente de terapia intensiva: percepções de pacientes e profissionais**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 343-349, Sept. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 set. 2018.
- EMYGDIO, N.B. et al . **Efeitos do Transtorno de Estresse Pós-Traumático na Memória**. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 39, e174817, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000100101&lng=en&nrm=iso>.Epub Apr 25, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003174817> Acesso em 07 Nov 2019.
- FAQUINELLO, P.; DIÓZ, M. **A UTI na ótica de pacientes**. Rev. Min. Enf. UNIC, Cuiabá, v.11 n.1 p.41-47, Sept.2007. Disponível em:< <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/311>>. Acesso em 7 set. 2018.
- HATCH R et al. **Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: a UK-wide prospective cohort study**. US National Library of Medicine Institutos Nacionais de Saúde, Published online 2018 Nov 23. doi: 10.1186/s13054-018-2223-6.
- KNOBEL, E. **Condutas no Paciente Grave**.3 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- MARRA A; Pandharipande P. P; Patel M. B. **Intensive Care Unit Delirium and Intensive Care Unit-Related Posttraumatic Stress Disorder**. US National Library of Medicine Institutos Nacionais de Saúde, Published online 2017 Oct 5. doi: 10.1016/j.suc.2017.07.008.
- NETO, A. R.; MENDES, C. L.; REZENDE E. A. C.; DIAS F. S. **Monitorização em UTI**. Rio de Janeiro: livraria Revinter Ltda, 2004.
- OLIVEIRA, H. S. B; FUMIS, Rego R. L. **Influência do sexo e condição de cônjuge nos sintomas de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático em pacientes admitidos à unidade de terapia intensiva e em seus respectivos cônjuges**. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo , v. 30, n.

1, p. 35-41, Mar. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2018000100035&lng=en&nrm=iso>.. Epub Mar 15, 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20180004> Acesso em 07 Nov 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes de Diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PEREIRA, Sara et al . **Desfechos psicológicos em longo prazo após alta da terapia intensiva**. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 28-34, Mar. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2018000100028&lng=en&nrm=iso>. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20180008> Acesso em 07 Nov. 2019.

RIGHY C1,2, Rosa R. G; Silva R. T. A;5, Kochhann R; Migliavaca C. B;7, Robinson C. C; Teche S. P; Teixeira C; Bozza F. A; Falavigna M. **Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in adult critical care survivors: a systematic review and meta-analysis**. US National Library of Medicine Institutos Nacionais de Saúde, Published online 2019 11 de junho, doi: 10.1186/s13054-019-2489-3.