

## **Panorama do transtorno de estresse pós-traumático em pacientes na uti**

### **Overview of post-traumatic stress disorder in icu patients**

DOI:10.34117/bjdv7n10-292

Recebimento dos originais: 07/09/2021

Aceitação para publicação: 21/10/2021

#### **Rafaela Martins Lira**

Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário CESMAC

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: Rua Cônego Machado 918, Farol, CEP: 57051-160, Maceió-AL

E-mail: rafaelamartinslira@gmail.com

#### **Beatriz de Almeida Bastos**

Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário CESMAC

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: Rua Cônego Machado 918, Farol, CEP: 57051-160, Maceió-AL

E-mail: beatrizdeabastos@gmail.com

#### **Maria Beatrice Ribeiro de Albuquerque Gomes**

Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário CESMAC

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: Rua Cônego Machado 918, Farol, CEP: 57051-160, Maceió-AL

E-mail: beatricealbuquerque@outlook.com

#### **Maria Lavínia Brandão Santiago**

Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário CESMAC

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: Rua Cônego Machado 918, Farol, CEP: 57051-160, Maceió-AL

E-mail: marialaviniab@hotmail.com

#### **Ana Carolina Gracindo Brito**

Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário CESMAC

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: Rua Cônego Machado 918, Farol, CEP: 57051-160, Maceió-AL

E-mail: carol\_brito22@hotmail.com

#### **Laércio Pol-Fachin**

Doutor em Biologia Celular e Molecular pelo Centro de Biotecnologia da Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: Rua Cônego Machado 918, Farol, CEP: 57051-160, Maceió-AL

E-mail: laercio.fachin@cesmac.edu.br

#### **Audenis de Lima Aguiar Peixoto**

Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Federal de Alagoas

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: Rua Cônego Machado 918, Farol, CEP: 57051-160, Maceió-AL  
E-mail: audenis\_peixoto@uol.com.br

## RESUMO

**Introdução:** O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é caracterizado por um conjunto de reações associadas a uma memória do evento traumático. Ser admitido em uma UTI pode gerar experiências emocionais estressantes e traumáticas, por ser algo inesperado e pela vivência de ameaça de morte. **Objetivo:** Caracterizar o TEPT derivado de internação em UTI, mostrando que a doença é realmente prevalente, associando à possíveis causas e fatores de risco, e se confirmada, o que fazer para mudar este quadro. **Método:** Realizou-se uma revisão de literatura integrativa nas bases de dados digitais do LILACS, Medline e o SciELO. Os termos escolhidos foram: "posttraumatic stress disorder" e "intensive care" juntamente com o operador booleano "AND". Assim, foram selecionados 17 artigos que se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos e apresentaram uma temática pertinente. **Resultados:** Dos estudos analisados, os índices de prevalência foram bastante variáveis. Ao analisar a amostra de todas as pesquisas e separar a quantidade de pacientes que estiveram internados em UTI por pelo menos 2 dias e que teriam preenchidos os critérios propostos na metodologia, os estudos apontam que 23,13% dos pacientes apresentaram sintomas e um possível diagnóstico de TEPT. Alguns fatores presentes nos estudos estiveram associados à maior incidência de TEPT na população estudada, incluindo pacientes com idade avançada, sexo feminino, solteiros, desempregados e com a presença comorbidades. Além disso, o tempo de internação maior que sete dias, tempo de ventilação mecânica maior que dois dias, uso de opioides para sedação, agitação psicológica na UTI, interrupção do uso de benzodiazepínicos durante a hospitalização, choque séptico e hipóxia também foram citados. **Conclusão:** Mesmo com um índice elevado de prevalência na população, o TEPT, em geral, ainda se encontra subdiagnosticado e banalizado pelas equipes de saúde. Quando se fala em TEPT e UTI é que se pode perceber essa negligência e falta de informação, pois não há muitas pesquisas nem algum tipo de guia ou protocolo que forneçam informações aos profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** Psiquiatria, Serviços Médicos de Emergência, Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Post-traumatic stress disorder (PTSD) is characterized by a set of reactions associated with a memory of the traumatic event. Being admitted to an ICU can generate stressful and traumatic emotional experiences, because it is unexpected and because of the experience of death threat. **Objective:** To characterize ICU-derived PTSD, showing that the disease is really prevalent, associating it to possible causes and risk factors, and if confirmed, what to do to change this picture. **Method:** An integrative literature review was conducted in the digital databases LILACS, Medline and SciELO. The terms chosen were: "posttraumatic stress disorder" and "intensive care" together with the Boolean operator "AND". Thus, 17 articles were selected that fit the established inclusion criteria and presented a pertinent theme. **Results:** Of the studies analyzed, the prevalence rates were quite variable. When analyzing the sample of all researches and separating the amount of patients who had been in the ICU for at least 2 days and who would have met the criteria proposed in the methodology, the studies showed that 23.13% of the patients had symptoms and a possible PTSD diagnosis. Some factors present in the studies were associated with higher PTSD incidence in the studied population, including patients with

advanced age, female gender, single, unemployed and with the presence of comorbidities. In addition, length of stay longer than seven days, mechanical ventilation time longer than two days, use of opioids for sedation, psychological agitation in the ICU, discontinuation of benzodiazepines during hospitalization, septic shock and hypoxia were also mentioned. Conclusion: Even with a high prevalence rate in the population, PTSD, in general, is still underdiagnosed and trivialized by health care teams. When we talk about PTSD and ICU we can notice this negligence and lack of information, because there is not much research or any kind of guide or protocol that provides information to health professionals.

**Keywords:** Psychiatry, Emergency Medical Services, Posttraumatic Stress Disorders.

## 1 INTRODUÇÃO

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é caracterizado por um conjunto de reações associadas a uma memória do evento traumático (CAIUBY, 2010). Esse transtorno é relativamente novo, foi primeiro reconhecido em veteranos da Guerra do Vietnã. Apesar de inicialmente ser um transtorno ligado às guerras, violência sexual e desastres naturais, nos últimos anos, pesquisas demonstraram que os "eventos traumáticos" não eram raros e nem preponderantemente externos. Alguns autores têm notado sua presença em pacientes que sobreviveram depois de terem sido tratados por doenças graves em unidades de terapia intensiva (UTIs) (FURUKAWA, 2014).

O traço essencial deste transtorno é que seu desenvolvimento está ligado a um evento traumático de natureza extrema. Uma fração significativa dos sobreviventes de experiências traumáticas irá desenvolver uma constelação aguda de sintomas de TEPT, que pode ser dividida em três grupos: revivescência do trauma, esquiva/entorpecimento emocional e hiperestimulação autonômica. O TEPT é diagnosticado se esses sintomas persistirem por quatro semanas após a ocorrência do trauma e se redundarem em comprometimento social e ocupacional significativos (FIGUEIRA, 2003).

Ser admitido em uma UTI pode gerar experiências emocionais estressantes e traumáticas, por ser algo inesperado e pela vivência de ameaça de morte. Durante a permanência do paciente na UTI podem ser geradas memórias com um potencial traumático à medida que se relacionam com essas atribuições (CAIUBY, 2010). Os pacientes estão diretamente ligados a memórias do passado traumático, o que prejudica as perspectivas de seu futuro e sua relação de convivência com familiares e amigos (ROVATTI, 2012).

A ênfase das pesquisas tem, portanto, se deslocado dos fatores puramente externos para os fatores internos/subjetivos das pessoas. Desse modo, a resposta emocional ao

evento traumático tem recebido crescente atenção. Ou seja, não basta ser exposto a uma situação de risco de vida para se desenvolver o TEPT, faz-se ainda necessário ter reagido a ela com "intenso medo, impotência ou horror" (FIGUEIRA, 2003).

Como o diagnóstico clínico depende do período, duração e início dos sintomas, há limitações para a avaliação da prevalência de TEPT em pacientes em UTI pela falta de acompanhamento após a alta hospitalar, o que dificulta a elaboração de um diagnóstico, e faz com que o paciente se mantenha nesta condição (ROVATTI, 2012). Após a alta desses doentes, tanto seus familiares e amigos, como profissionais de saúde, muitas vezes se atentam apenas às sequelas físicas decorrentes daquele período, o que faz com que os transtornos mentais sejam, muitas vezes, negligenciados. Assim, é extremamente importante que tais pacientes sejam observados e que seja levada em consideração que, apenas o fato do doente ter se internado em unidade hospitalar, pode gerar um trauma com graves repercussões.

O artigo visa, como objetivo principal, mostrar se a doença é realmente prevalente, associando a possíveis causas e fatores de risco, e se confirmada, o que fazer para mudar este quadro. Os objetivos específicos são explicar a etiologia, o diagnóstico e as características do transtorno, verificar o porquê de muitas vezes as pessoas com tais sintomas não buscarem ajuda ou serem diagnosticadas erroneamente e compreender a importância da elaboração de um diagnóstico e da efetivação de um tratamento na qualidade de vida desses pacientes.

## 2 METODOLOGIA

O estudo foi executado com uma formação teórica sobre o tema, a partir de uma pesquisa bibliográfica e análise preliminar. Para a construção desta formação teórica, realizou-se uma revisão de literatura integrativa nas bases de dados digitais do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e o Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e foram utilizadas informações do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM III, IV e V) e do Ministério da Saúde. Inicialmente, definiu-se os descritores a serem utilizados, todos cadastrados nos Descritores de Ciências da Saúde - DeCs. A escolha dos pertinentes a serem usados para estratégia de busca, assim como a combinação entre eles, foi realizado com base no objetivo do presente estudo.

Os termos escolhidos foram: "posttraumatic stress disorder" e "intensive care" juntamente com o operador booleano "AND", tendo como critérios de inclusão: resumo disponível nas bases de dados; idioma de publicação em português e inglês; período de publicação compreendido entre os anos de 2000 até os dias atuais; avaliação de pacientes que estiveram internados em UTI por pelo menos 2 dias, que possuíam visão e audição preservados, sem doenças neurológicas prévias, sem estado de doença terminal e que não estavam sob uso de psicotrópicos. Teve como critério de exclusão os artigos que, após a leitura dos resumos, não apresentaram a temática pertinente ao objetivo do estudo ou que não apresentaram metodologia clara. Assim, foram selecionados 17 artigos que se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos e apresentaram uma temática pertinente.

### 3 RESULTADOS

Dos estudos analisados, os índices de prevalência foram bastante variáveis (Quadro 1). Ao analisar a amostra de todas as pesquisas e separar a quantidade de pacientes que estiveram internados em UTI por pelo menos 2 dias e que teriam preenchidos os critérios propostos na metodologia, os estudos retratam, portanto, uma amostra de 1.711 pacientes, dos quais 23,13% (396 pacientes) apresentaram sintomas e um possível diagnóstico de TEPT.

Esse resultado vai de acordo com a pesquisa de Caiuby (2010) que conclui que a prevalência de TEPT na população de pacientes internados em UTI geral foi entre 17% a 30%, 15% a 24% após 3 meses e 20% após 9 a 12 meses de alta da UTI geral. Além disso, vale ressaltar que a prevalência desses estudos variou de 6% a 48%, o que representa uma grande diferença entre as pesquisas, que pode ter acontecido devido à localização e hospitais em que foram realizadas as pesquisas e outros fatores externos como, por exemplo, o uso de medicamentos específicos, motivo da ingressão na UTI e ferramentas utilizadas.

Alguns fatores presentes nos estudos estiveram associados à maior incidência de TEPT na população estudada. Entre eles pode-se citar: pacientes com idade avançada, sexo feminino, solteiros, desempregados e com a presença comorbidades. Além disso, o tempo de internação maior que sete dias, tempo de ventilação mecânica maior que dois dias, uso de opioides para sedação, agitação psicológica na UTI, interrupção do uso de benzodiazepínicos durante a hospitalização, choque séptico e hipóxia também foram citados nos estudos como possíveis fatores de risco.

Quadro 1 – Estudos da prevalência dos sintomas de TEPT entre pacientes que estiveram na UTI e seus fatores de risco

ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA	FERRAMENTAS UTILIZADAS	PREVALÊNCIA DE TEPT	FATORES DE RISCO
Colville et al. (2008)	Longitudinal	96 pacientes	TDI, ICUMT e CRIES	28%	Uso de sedação e alucinações durante a internação
Costa et al. (2004)	Longitudinal	138 pacientes	IAM-UTI, IES-R, e DSM-IV	14,50%	Adultos, tempo de internação, ventilação mecânica > 2 dias e uso de sedação
Nickel et al. (2004)	Transversal	125 pacientes	PTSS-10 e SCID-DSM IV	17%	Depressão, alcoolismo, Transtorno de Personalidade Borderline
Richter et al. (2006)	Transversal	37 pacientes	DSM-IV	24%	Vítimas de trauma
Rovatti et al. (2012)	Transversal	41 pacientes	Katz Index, APACHE II e SPTSS 17	24,40%	Alucinações durante a internação e duração da internação
Sadat et al. (2015)	Longitudinal	332 pacientes	PCL	48%	Idade avançada, solteiros, desempregados, com comorbidades e uso de ventilação mecânica
Svenningsson (2012)	Longitudinal	942 pacientes	ICUMT, HTQ, MDI, STAI, SF-36 e BI	6%	Jovens, sexo feminino e alucinações durante a internação

Legenda: APACHE II - Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II; BI - Barthel Index of Disability; CRIES - Children's Revised Impact of Event Scale; DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV; HTQ - Harvard Trauma Questionnaire; IAM-UTI - Instrumento para avaliar memórias da UT; IES-R - Impact of Event Scale-Revise; KATZ-INDEX - Independence in Activities of Daily Living; MDI - Major Depression Inventory; PCL - The Persian version of PTSD Checklist; PTSS-10 - the Posttraumatic Symptom Scale; SCID-DSM IV – Structural Clinical Interview for the DSM-IV; SF-36 - Medical Outcomes Study 36-Item Short Form; SPTSS 17 - Escala de Rastreo de Sintomas de Stress Pós-Traumático; STAI - State-Trait Anxiety Inventory; TDI - Índice de Townsend.

Os estressores da UTI como o ambiente físico, a distribuição de recursos, a iluminação, o barulho das máquinas, o cheiro e especialmente o modo de ser uma unidade fechada, sem a presença da família e com pessoas estranhas ao redor, também são fatores de risco para o TEPT.

Ao se investigar o conjunto de sintomas mais frequente nesses pacientes, a maioria se relaciona a pensamentos de evitação, seguido pelo agrupamento de sintomas de intrusão e por último, sintomas de hiperestimulação autonômica. As memórias do período de internação podem ser classificadas em: memórias reais, memórias de sentimentos e memórias ilusórias. As memórias ilusórias demonstraram forte correlação à formação da memória traumática e TEPT.

#### 4 DISCUSSÃO

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é caracterizado como sendo um transtorno de ansiedade precipitado por um evento traumático (ROVATTI, 2012). Esse evento traumático gera memórias traumáticas, que são decorrentes de uma vivência de ameaça de morte, como acidentes automobilísticos, notícia de morte inesperada, situações de violência e ser portador de uma doença grave. O indivíduo apresenta uma vivência persistente, recorrente e intrusiva das memórias traumáticas, o que gera sofrimento psicológico, comportamento de esquiva e excitabilidade persistente, podendo levar a um prejuízo ocupacional e social (CAIUBY, 2012).

No Brasil, ironicamente, o transtorno tem recebido pouquíssima atenção mesmo com elevadas taxas de violência e acidentes automobilísticos no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). De acordo com o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), os critérios para diagnóstico de TEPT são: (1) história do evento traumático; (2) intrusão: recorrente, involuntária e intrusivas recordações; pesadelos desagradáveis; (3) avoidência: evitação persistente de estímulos dolorosos relacionados ao trauma após o evento; (4) alterações negativas na cognição e humor: culpa persistente e distorcida de si mesmo ou de outros por causar o evento traumático ou por consequências resultantes e emoções persistentes relacionadas ao trauma negativo; (5) alterações de excitação e reatividade: comportamento irritável ou agressivo, comportamento autodestrutivo ou imprudente, problemas de concentração, distúrbios do sono; (6) presença dos sintomas por mais de um mês.

No DSM-III, o “evento traumático” era visto como um acontecimento catastrófico, raro e externo que diferia qualitativamente “das experiências comuns como o luto, doença crônica, perdas comerciais ou conflitos matrimoniais”. Pesquisas subsequentes demonstraram que os “eventos traumáticos” não eram raros e nem externos e o que dita realmente o potencial desse evento gerar um trauma é a resposta pessoal de cada um a ele, ou seja, o fator subjetivo se sobrepõe, de forma que um mesmo evento não

necessariamente causaria o mesmo efeito psicológico em duas pessoas diferentes, pois cada uma responde de forma única. Sendo assim, se os eventos traumáticos fossem relacionados apenas a eventos externos, esperaríamos que as taxas de TEPT fossem similares às destes eventos, mas o que os estudos apontam é que a maioria desses eventos não gera TEPT, o que sugere uma resistência emocional na maioria das pessoas (YEHUDA, 2002).

Para os pacientes, a internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é vivida como um período em que sua vida está fora de controle, juntamente com sentimentos de impotência e medo, o que faz com que o paciente comece a se sentir vulnerável, ansioso e inseguro (ROVATTI, 2012). Nesse contexto, há as drogas, as inesperadas respostas dos médicos, a busca pela sobrevivência, a doença, o isolamento, os barulhos das máquinas e a dor.

As memórias do período de internação podem ser classificadas em: memórias reais, memórias de sentimentos e memórias ilusórias. As memórias ilusórias demonstraram forte correlação à formação da memória traumática e TEPT. De acordo com a maioria dos autores, o delírio e a alucinação durante o período de internação geraria perda de contato com a realidade deixando espaço para uma ausência de memórias, ou mesmo a presença de falsas memórias (LOFTUS, 2003). Isso pode levar o paciente a buscar constantemente informações sobre sua experiência, sem um entendimento e consolidação dos fatos, gerando um fator de risco importante.

O TEPT é considerado agudo quando os sintomas ocorrem depois de 1 mês do evento e é considerado crônico se ocorre após três meses (BRESLAU, 2002). Para que seu diagnóstico seja feito, clínicos devem superar algumas barreiras, e uma das principais é a comunicação, uma vez que alguns pacientes dificilmente falarão espontaneamente sobre os traumas sofridos, principalmente no contexto da UTI, onde não há um acompanhamento após a alta hospitalar e não há grande debate sobre o assunto.

A etiologia do TEPT ainda é pouco difundida, mas uma das hipóteses está relacionada a uma hiperativação simpático-adrenal associada a uma hipofunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), que também está presente em situações de doenças graves. O eixo HPA tem um papel crucial na regulação de muitos sistemas homeostáticos no corpo, incluindo o sistema metabólico, cardiovascular, imunológico, reprodutivo e o sistema nervoso central. Este eixo integra, ainda, influência físicas e psicossociais para permitir que o organismo se adapte efetivamente ao ambiente, use recursos e otimize sua

sobrevivência. Quanto mais reduzida sua função, maior o risco de apresentar o TEPT (GRAEFF, 2003).

Admite-se que o cortisol tenha função de terminar a fase de alarme da reação de estresse, caracterizada pela ativação simpático-adrenal. Desse modo, a deficiência de cortisol, verificada no TEPT faria com que os pacientes ficassem estagnados na fase da reação de defesa. O que poderia explicar a maioria dos sintomas do transtorno, inclusive as alterações cognitivas (GRAEFF, 2003). Diferentes áreas do conhecimento científico buscaram aprender melhor sobre o impacto causado pela arte da sobrevivência. Porém, essa relação entre o TEPT e a disfunção do eixo HPA foi descrita principalmente em eventos traumáticos violentos e não há consenso desse mecanismo em pacientes que estiveram na UTI (FURUKAWA, 2014).

Vários estudos internacionais mostram que a prevalência de TEPT é alta, variando de 8% a 64% (GRIFFITHS, 2007) e, neste estudo, ao analisar o TEPT em pacientes que estiveram em UTI, foram encontrados valores de 6% a 48%, tendo como média 23,13%. Resultados de alguns estudos demonstraram que os pacientes com a doença apresentam um risco aumentado para desenvolver outras desordens mentais, como ansiedade e depressão, e que, se não tratadas adequadamente, mais de um terço dos pacientes não consegue se recuperar.

Dos fatores de risco encontrados nos estudos, o sexo feminino foi documentado e isso pode ocorrer possivelmente devido à influência de hormônios sexuais (GRAEFF, 2003). A força da associação entre a duração da sedação e analgesia e presença de memória delirante é consistente com a literatura adulta e com crianças que sofrem de sintomas de abstinência, como alucinações, em associação com os tipos de medicamentos mais comumente usados na UTI, como por exemplo, benzodiazepínicos e opiáceos (ELY 2007). Além disso, ter comorbidades pode aumentar a taxa de intervenções médicas agressivas, como ventilação mecânica ou hemodiálise durante terapia intensiva e, consequentemente, o risco de TEPT pós-alta pode ser aumentado (WALLEN 2008).

Dos agrupamentos de sintomas que compõem o TEPT, os pensamentos de evitação e entorpecimento foram os mais referidos pelos pacientes. Tais sintomas podem ser considerados como estratégias emocionais, cognitivas e comportamentais para minimizar o desgaste provocado pelo evento. Os sintomas desse grupo caracterizam-se por esforços exercidos pelos pacientes para evitar pensamentos, sensações, atividades, pessoas e locais relacionados ao evento traumático (COSTA, 2012).

Alguns estudos apontam a necessidade dos profissionais de saúde de identificarem os estressores existentes na UTI e terem a consciência de que eles podem contribuir para o aparecimento de distúrbios psicológicos. É nesse sentido que o transtorno de estresse pós-traumático foi estudado em ambiente hospitalar, de preferência em áreas críticas como emergência e terapia intensiva devido às consequências emocionais, as memórias e os sofrimentos relatados pelos pacientes após uma experiência na UTI (CAPUZZO, 2008).

## 5 CONCLUSÃO

Mesmo com um índice elevado de prevalência na população, o TEPT, em geral, ainda se encontra subdiagnosticado e banalizado pelas equipes de saúde. Essa alta prevalência de eventos traumáticos aponta para a necessidade da produção de revisões e estudos empíricos nacionais sobre a doença, que é o principal transtorno psiquiátrico associado aos acidentes e violências, situações muito prevalentes no Brasil. Quando se fala em TEPT e UTI é que se pode perceber essa negligência e falta de informação, pois não há muitas pesquisas nem algum tipo de guia ou protocolo que forneçam informações aos profissionais de saúde.

A dificuldade de se diagnosticar esses pacientes se encontra tanto no fato que muitos não possuem um acompanhamento médico após a alta como no fato que eles se sentem constrangidos ao conversar sobre o assunto. Mas, o que fica claro é que a UTI, por si só, tem sim um potencial de gerar um trauma e os profissionais de saúde devem ter isso em mente na hora de lidar com esses pacientes, tentando trazer um atendimento mais humanizado e tornando o ambiente o mais agradável possível.

Os fatores de risco variaram muito de um artigo para outro, porém alguns foram constantes como a presença de alucinações, o uso de ventilação mecânica e o tempo de internação. Um passo importante para o reconhecimento do TEPT é considerar aqueles casos que são suspeitos ou que possuem maior probabilidade de gerar o transtorno, como pacientes depressivos, ansiosos e usuários de drogas.

Frequentemente, os pacientes são atendidos em ambulatórios de clínica médica com queixas somáticas vagas, como cefaleia, epigastralgia, palpitações distúrbios de sono ou mesmo com sintomas psiquiátricos e cabe ao médico conseguir correlacionar essas queixas ao evento, o que não é uma tarefa fácil. É importante que seja estabelecido um conjunto de perguntas a serem feitas dentro de uma abordagem empática, receptiva, sem julgamentos e de forma direta.

Este estudo facilitou o entendimento das repercussões psicológicas dos pacientes que foram internados na UTI. Com base nos resultados coletados, verifica-se a importância da criação de uma rede de conversas, ações, programas e políticas de saúde para auxiliar o atendimento intra-hospitalar e para a equipe de saúde entender os aspectos emocionais e comportamentais como consequência do internamento.

Um acompanhamento com uma avaliação dos pacientes seis meses após a alta da UTI pode ser de grande importância para avaliação do estado mental e também para uma avaliação de sequelas físicas nessa população. Além disso, se faz necessário o desenvolvimento de programas de treinamento para que os clínicos passem a detectar o TEPT mais facilmente e aprendam estratégias de tratamento.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM III-R. São Paulo: Manole, 1989.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5ª ed. Washington, DC, 2013.

CAIUBY, A.; ANDREOLI, P.; ANDREOLI, S. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes de unidade de terapia intensiva. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 77-84, Mar. 2010.

CAPUZZO, M. S., et al. Patients with PTSD after intensive care Avoid hospital contact at 2- year follow-up. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 52,313-314, 2008.

COLVILLE, G.; KERRY, S.; PIERCE, C. Children's factual and delusional memories of intensive care. Am. J. Respir. Crit. Care Med., 2008;177(9).

COSTA, J.; MARCON, S.; ROSSI, R. Transtorno de estresse pós-traumático e a presença de recordações referentes à unidade de terapia intensiva. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro , v. 61, n. 1, p. 13-19, 2012 .

ELY, E. et al. Apolipoprotein E4 polymorphism as a genetic predisposition to delirium in critically ill patients. Crit Care Med. V. 35, p.112–117, 2007.

FIGUEIRA, I.; MENDLOWICZ, M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 25, supl. 1, p. 12-16, 2003.

FURUKAWA, F. et al. Transtornos de estresse pós-traumático após sepse grave ou choque séptico. Revista de Medicina, v. 93, n. 1, p. 26-30, 2014.

GRAEFF, F. G. Bases biológicas do transtorno de estresse pós-traumático. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 25, supl. 1, p. 21-24, junho de 2003.

GRIFFITHS, J., et al. The prevalence of posttraumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: A Systematic Review. Intensive Care Medicin. v. 33, p. 1506-1518, 2007.

LOFTUS, E. Make-believe memory. American Psychologist. v. 58, p. 864-873, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violência. Rev Saúde Pública. V. 34, p. 427-30, 2002.

NICKEL, M. et al. The occurrence of posttraumatic stress disorder in patients following intensive care treatment: a cross-sectional study in a random sample. J Intensive Care Med. V. 19(5), p. 285-90, 2004.

RICHTER, J. C.; WAYDHAS, C.; PAJONK, F. G. Incidence of posttraumatic stress disorder after prolonged surgical intensive care unit treatment. *Psychosomatics*. V. 47(3), p. 223-30, 2006.

ROVATTI, K. B.; TEODORO, M.; CASTRO, E. K. Memories and prevalence of posttraumatic stress disorder in intensive care units. *Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre*, v. 25, n. 3, p. 499-505, 2012.

SADAT, Z.; ABDI, M.; AGHAJANI, M. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Related Factors Among Patients Discharged From Critical Care Units in Kashan, Iran. *Arch Trauma Res*. V. 4(4):e28466, 2015.

SVENNINGSSEN, H. Associations between sedation, delirium and post-traumatic stress disorder and their impact on quality of life and memories following discharge from an intensive care unit. *Dan Med J*. v. 60(4):B4630, 2013.

YEHUDA, R. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med*. V. 346, p. 108-14, 2002.

WALLEN, K. et al. Symptoms of acute posttraumatic stress disorder after intensive care. *Am J Crit Care*. V.17(6), p. 534-43, 2008.