

# RESSALVA

Atendendo solicitação do(a)  
autor(a), o texto completo deste  
trabalho será disponibilizado  
somente a partir de 18/02/2026.

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - UNESP  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**THAIS ALESSANDRA GRECCO**

**ASPECTOS EMOCIONAIS DA SÍNDROME PÓS-CUIDADOS INTENSIVOS  
PRESENTES EM SOBREVIVENTES E FAMILIARES**

Botucatu  
2025



**THAIS ALESSANDRA GRECCO**

**ASPECTOS EMOCIONAIS DA SÍNDROME PÓS-CUIDADOS INTENSIVOS  
PRESENTES EM SOBREVIVENTES E FAMILIARES**

Trabalho de Conclusão de Residência  
apresentado à Faculdade de Medicina da  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de  
Mesquita Filho”, Campus de Botucatu  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde do Adulto e Idoso.

Área de Concentração: Saúde do Adulto  
e Idoso

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ma. Luciana  
Esgalha Carnier Bazoni

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Claudia Maria  
Silvia Cyrino

Botucatu

2025

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Grecco, Thais Alessandra.

Aspectos emocionais da síndrome pós-cuidados intensivos presentes em sobreviventes e familiares / Thais Alessandra Grecco. - Botucatu, 2025

Trabalho acadêmico (residência - Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu  
Orientador: Luciana Esgalha Carnier Bazoni  
Coorientador: Claudia Maria Silvia Cyrino  
Capes: 70702047

1. Síndrome pós-cuidados intensivos. 2. Sobreviventes.  
3. Unidades de terapia intensiva.

Palavras-chave: PICS; Sobreviventes; Unidades de Terapia Intensiva.

**THAIS ALESSANDRA GRECCO**

**ASPECTOS EMOCIONAIS DA SÍNDROME PÓS-CUIDADOS  
INTENSIVOS PRESENTES EM SOBREVIVENTES E FAMILIARES**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu- SP, para obtenção do título de especialista em Saúde do Adulto e Idoso.

Área de Concentração: Saúde do Adulto e Idoso

Data da defesa: 18/02/2025

Banca Examinadora:

Profa. Ma. Luciana Esgalha Carnier Bazoni

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

---

Profa. Dra. Cláudia Maria Silva Cyrino

UNESP - Faculdade de Medicina - Campus de Botucatu-SP

---

Profa. Ma. Alini Correa

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

---

Profa. Ma. Audrey Silva de Assis

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

---

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus amigos residentes da SAI que compartilharam desses dois anos tão cheios de desafios e alegrias comigo, por estarem sempre presentes e fazendo os dias ficarem mais leves e tornando cada espaço que ocupamos mais acolhedor.

Em especial agradeço aos meus dois colegas de profissão, Ana e Lucas, que foram essências para que essa jornada fosse cumprida. Quando através das palavras, risadas, cantos e abraços demonstravam todo vínculo que construímos e amizade que buscamos cuidar, sendo ambos um espaço seguro e confortável para ir e voltar, rir e chorar, brigar e amar.

Agradeço também a equipe de psicologia do HCFMB que sempre acompanhou de perto nosso trabalho e esteve lá para nos dar suporte nos mais diversos sentidos.

À minha orientadora, Luciana, e minha coorientadora, Cláudia, por ajudarem e orientarem a escrever esse trabalho com paciência e competência.

Também agradeço a cada paciente que compartilhou sua história e possibilitou que assim o curso fosse tão rico de experiências e aprendizados, sem a abertura e entrega deles não seria possível aprender na prática o que é ser uma psicóloga hospitalar.

E, por fim, agradeço a Deus por ter permitido que esse sonho de fazer a residência fosse realizado, e ao meu avô que seguiu firme nesses dois anos comigo demonstrando sempre em cada encontro seu afeto, carinho e cuidado.

“Não quero ter a terrível limitação de quem vive apenas do que é passível de fazer sentido. Eu não: quero uma verdade inventada.”

(Clarice Lispector).

## RESUMO

A Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (PICS) apesar de não ter uma definição global estabelecida se caracteriza por uma piora física (fraqueza neuromuscular), cognitiva (pensamento e julgamento) e emocional (estado de saúde mental) após a doença crítica que pode ter duração de meses a anos, associada ao aumento do risco de morte. A síndrome abrange também os impactos causados pela internação na unidade de terapia intensiva aos familiares, a PICS-F, destacando o estresse e sobrecarga nesse momento. O presente trabalho tem como objetivo geral descrever quais os aspectos emocionais da Síndrome de Pós-Cuidados Intensivos em sobreviventes e família. Foi utilizado na pesquisa o método de revisão integrativa que teve como pergunta norteadora “Quais os aspectos emocionais da Síndrome de Pós-Cuidados Intensivos em sobreviventes e família?”. As bases de dados utilizadas foram Scielo, PubMed, Lilas, PsycNET e Web Of Science, com os descritores: “Sobreviventes”, “Família”, “PICS” e “Unidades de Terapia Intensiva”. A busca se deu no mês de julho de 2024 e a seleção aconteceu de julho a outubro e utilizou-se a plataforma de seleção RAYYAN®, desenvolvida pelo Qatar Computing Research Institute (QCRI), como ferramenta de auxílio para arquivar, organizar e selecionar os artigos. Como resultado foram identificados 414 artigos e, 13 deles, compuseram a amostra final. A discussão foi dividida em três categorias: “Termo ‘sobreviventes’ para pacientes de uma unidade de terapia intensiva”; “Os aspectos emocionais comuns encontrados nos artigos”; “Os aspectos emocionais e os desdobramentos no contexto da PICS-F”. Conclui-se que os principais aspectos emocionais em torno da PICS e PICS-F foram a depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático. Ressalta-se que os estudos na área são escassos e há necessidade de mais pesquisas voltadas para essa população e cenário.

**Palavras-chave:** Sobreviventes; PICS; Unidades de Terapia Intensiva.

## **ABSTRACT**

Post-Intensive Care Syndrome (PICS), although lacking a globally established definition, is characterized by physical (neuromuscular weakness), cognitive (thinking and judgment), and emotional (mental health) deterioration after critical illness, which can last from months to years and is associated with an increased risk of death. The syndrome also encompasses the impacts caused by hospitalization in the intensive care unit on family members, referred to as PICS-F, highlighting the stress and overload experienced during this period. This study aims to describe the emotional aspects of Post-Intensive Care Syndrome in survivors and their families. The research used the integrative review method, guided by the central question: "What are the emotional aspects of Post-Intensive Care Syndrome in survivors and families?". The databases utilized were Scielo, PubMed, Lilacs, PsycNET, and Web of Science, with the descriptors: "Survivors", "Family", "PICS", and "Intensive Care Units". The search was conducted in July 2024, and the selection process occurred from July to October, using the RAYYAN® selection platform, developed by the Qatar Computing Research Institute (QCRI), as a tool to archive, organize, and select the articles. As a result, 414 articles were identified, with 13 comprising the final sample. The discussion was divided into three categories: "The term 'survivors' for patients from an intensive care unit"; "The common emotional aspects found in the articles"; "The emotional aspects and outcomes in the context of PICS-F". The study concludes that the main emotional aspects of PICS and PICS-F were depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder. It is emphasized that studies in this area are scarce, and there is a need for more research focused on this population and context.

**Keywords:** Survivors; PICS; Intensive Care Units.

## **LISTA DE FIGURAS**

- Fluxograma da busca dos artigos na literatura 23

## **LISTA DE TABELAS**

- Distribuição das publicações selecionadas	25
---	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

DSM- V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- 5ªedição
HADS	Escala de Avaliação de Ansiedade e Depressão
IES	Escala de Impacto dos Eventos
PBE	Prática Baseada em Evidência
PHQ	Questionário de Saúde do Paciente
PICS	Síndrome Pós- Cuidados Intensivos
PICS-F	Síndrome Pós- Cuidados Intensivos - Família
TEPT	Transtorno de Estresse Pós- Traumático
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>OBJETIVO</b> .....	20
<b>METODOLOGIA</b> .....	21
<b>RESULTADOS</b> .....	23
<b>DISCUSSÃO</b> .....	32
1. Termo ‘sobreviventes’ para pacientes de uma unidade de terapia intensiva.....	32
2. Os aspectos emocionais comuns encontrados nos artigos.....	33
3. Os aspectos emocionais e os desdobramentos no contexto da PICS-F .	36
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	38
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	389

## INTRODUÇÃO

A partir da perspectiva psicanalítica de Simonetti (2004) podemos pensar no papel do psicólogo hospitalar como aquele que irá identificar sentimentos e compreender alterações emocionais que podem ser desencadeadas pelo surgimento de uma doença ou situação de luto e, dessa forma, acompanhar o indivíduo durante seu processo de elaboração das experiências.

Dentro do hospital são diversos os espaços que o psicólogo ocupa, seja em ambulatórios, pronto socorro, unidades de internação, centros cirúrgicos ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Seu dever é escutar e observar todos os aspectos ligados ao adoecer, respeitando os temores, crenças e fragilidades do paciente, de sua família e até mesmo da equipe (Vieira e Waischunng, 2018).

Pensando na atuação do psicólogo na UTI, Vieira e Waischunng (2018) destacam sobre a importância de o profissional acompanhar paciente e familiares com a finalidade de diminuir sofrimento, angústia e solidão nesse momento de tão intenso desgaste emocional. Referem que o psicólogo acaba por assumir um papel de elo entre família, equipe e paciente com objetivos diferentes, desde a elaboração do luto até a melhora da comunicação na UTI.

As autoras citam ainda, que o ambiente, diante da iminência da morte, torna-se um fator ansiogênico tanto para o próprio paciente como para familiares e a equipe que a todo momento entram em contato com o luto e as perdas. Discorrem como o psicólogo capacitado irá observar a necessidade de falar do assunto e auxiliar com os sentimentos oriundos da situação sendo um agente facilitador da expressão de emoções e alguém que acolha as demandas que surgirem (Vieira e Waischunng, 2018).

Ademais, a internação em uma UTI é complexa, os pacientes, em sua maioria, estão em estado grave, instáveis hemodinamicamente e necessitando de intervenções rápidas. Apresentam fragilidade e risco de morte, podendo sofrer deterioração de uma ou mais funções dos órgãos vitais. Eles necessitam de cuidados específicos 24 horas por dia e estão vulneráveis a qualquer tipo de contaminação (CREMEB, 2020). Tais pacientes encontram-se geralmente acamados, dependentes e necessitando de materiais e equipamentos que auxiliam na recuperação hemodinâmica. Destaca-se que se trata de um ambiente estranho e sem a presença constante de familiares. Muitos têm sua internação prolongada por meses e acabam ficando

restritos ao contato com o externo, o que pode gerar a falta de orientação em relação ao de espaço e tempo (Backes et al., 2012).

Ainda segundo Backes et al. (2012) os pacientes que estão internados na UTI muitas vezes se tornam dependentes dos profissionais de saúde para quase tudo em relação aos cuidados pessoais, principalmente aqueles sem abertura ocular, não contactantes, sem mobilidade e sem possibilidade de se alimentarem da forma usual, ocasionando a perda da autonomia e por vezes a perda da própria identidade.

No relato abaixo, advindo de uma entrevista com um paciente após experienciar uma internação na UTI, é possível verificar a angústia e perda de identidade em sua fala:

A UTI é horrível, porque é o pior lugar do hospital. Aonde tem lugar pior que a UTI dentro do hospital? Tu não come, tu não bebe, tu não fala, não se lembra de nada, não se lembra o que passou. Fiquei três a quatro dias aqui sem me lembrar de nada. Estou falando isso porque eu já estive internado numa outra UTI. Meu irmão também esteve internado naquela UTI onde eu já estive. Parecia um morto! É horrível, horrível, horrível. Deus ajude que nunca ninguém caia lá. [...] E na UTI, quando a gente tá lá, a gente tá naqueles aparelhos, a gente não come, não dorme quase, só delira... (Paciente 3) (Backes et al., 2012, p.692).

De acordo com Kitajima (2014) a assistência psicológica ao paciente vai ter como objetivo principal visar o alívio da angústia ocasionado pela situação da doença e internação e melhorar a qualidade de enfrentamento e permanência na UTI, buscando por meio do acolhimento, minimizar os sintomas presentes nos pacientes. A depender da sua condição clínica, alguns pacientes podem apresentar além da ansiedade e medo: insegurança, agressividade, impotência, depressão, *delirium* e desequilíbrio psicológico com o tempo de prolongamento da internação.

Nesse contexto, o psicólogo irá acompanhar o paciente desde o início de sua internação na unidade de terapia intensiva até a alta para o quarto na enfermaria, no sentido de avaliar o seu estado emocional e mental, ou seja, como está seu nível de consciência, orientação, memória, atenção, linguagem, pensamento e humor. Irá avaliar sua compreensão da doença e o que o mesmo sabe sobre seu diagnóstico e prognóstico, sua relação com a rede de apoio familiar e social e também com a equipe, além da presença de mecanismos de defesa e seu enfrentamento diante a internação. (Kitajima, 2014).

Segundo Kitajima (2014), nos primeiros dias de internação a ansiedade é mais intensa, uma vez que a hospitalização acontece de forma abrupta, afastando o paciente de sua família e meio social, necessitando da capacidade de adaptação ao novo ambiente onde muitas vezes são

realizados procedimentos invasivos, exposição, o deixando mais vulnerável, impotente e fragilizado. A tendência é, a partir do terceiro dia, a ansiedade decrescer. Contudo, se a internação se prolongar, é preciso ficar atento aos sinais de quadros depressivos, uma vez que a depressão não tratada aumenta a morbidade e mortalidade. Observar se há a presença de desesperança, apatia (falta de investimento psíquico em si mesmo), falta de interesse no que o cerca, apetite diminuído, insônia, sonolência exacerbada, agitação ou lentidão psicomotora, sentimento de culpa e pensamento recorrente de morte pode facilitar a compreensão se há incidência de um quadro depressivo.

Outro quadro comum entre pacientes neste ambiente é o *delirium*, que tem como descrição ser uma síndrome neurocomportamental causada pelo comprometimento transitório da atividade cerebral, secundário a distúrbios sistêmicos. Tem como principais características um prejuízo global das funções cognitivas, provocando uma alteração na consciência, atenção, atividades psicomotoras, do ciclo sono- vigília e comportamentais. Tendo como destaque neste quadro a confusão mental com sintomas psíquicos e cognitivos alternados no tempo. Em geral, há piora vespertina dos sintomas e podem ocorrer ilusões, alucinações e delírios (Kitajima, 2014).

O *delirium* pode ser dividido em três subtipos, sendo eles: hiperativo, hipoativo e misto. O hiperativo é caracterizado por agitação psicomotora, agressividade, ansiedade, discurso confuso, inquietude, podendo ocorrer alucinações visuais e ilusões. Já no hipoativo ocorre a diminuição da expressão afetiva e motora e a hipersonolência, o que pode ser fator confundidor com o diagnóstico de depressão, por isso a dificuldade de identificá-lo. Por último, o tipo misto, no qual ocorrem períodos alternados entre o hiperativo e o hipoativo (Kitajima, 2014).

Além da vivência do próprio paciente, é importante ressaltar também o enfrentamento e sofrimento da família nesse período. Passos et al. (2015) menciona sobre a fragilidade da família frente a internação na UTI e cita que por ser um ambiente novo em que a família desconhece a rotina, muitas dúvidas surgem nesse momento, dúvidas essas que devem ser esclarecidas pela equipe de saúde.

Assim, é comum os familiares ficarem assustados com as tecnologias presentes na UTI, com a quantidade de medicamentos usados pelo paciente, ou até mesmo pela dependência de algum aparelho. A internação na unidade de terapia intensiva é um evento estressante mediante vários fatores, seja pela incerteza do tratamento e recuperação, o risco da morte, a impotência,

a limitação de ações, o afastamento da família com o paciente ou o contato diário com um cenário desconhecido e um prognóstico que pode ser bom ou ruim (Passos et al., 2015).

Como consequência desse sofrimento vivenciado, nota-se a presença de sintomas como tristeza, sofrimento, ansiedade, depressão e a ocorrência de estresse pós-traumático, tanto familiares como nos pacientes.

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é um tipo de transtorno relacionado à ansiedade, classificado recentemente, e caracterizado por ser um evento traumático de natureza extrema muitas vezes associado as guerras, violência sexual e desastres naturais. Parte dos sobreviventes de experiências traumáticas pode desenvolver uma constelação aguda de sintomas de TEPT, sendo divididos em: revivescência do trauma, esquiva/entorpecimento emocional e hiperestimulação autonômica. Para ser diagnosticado com TEPT os sintomas devem persistir por quatro semanas após a ocorrência do trauma e se desdobrarem em comprometimento social e ocupacional significativos. Ser admitido em uma UTI ou ter um familiar internado em estado crítico pode gerar experiências emocionais estressantes e traumáticas, tanto por ser algo inesperado quanto pela ameaça de morte (Lira et al., 2021).

Nesse sentido, é favorável prestar acolhimento aos familiares durante as visitas na UTI e ofertar uma escuta profissional e um espaço para que estes possam expressar sentimentos. A família nesse cenário é importante não só para amenizar sintomas do próprio paciente, mas também para a equipe conseguir obter algumas informações necessárias e válidas para auxiliar com o acompanhamento do caso (Passos et al., 2015).

Sobre a relação da equipe com a família observa-se como é satisfatório quando o vínculo é bem estabelecido, pois em uma situação de crise da família os profissionais podem auxiliar diminuindo suas angústias e incertezas apenas ao passarem as informações corretas e deixarem os familiares cientes do quadro, esclarecendo dúvidas de forma humanizada e visando o bem-estar das pessoas envolvidas (Passos et al., 2015).

Vale ressaltar que o acolhimento faz parte da Política Nacional de Humanização e que tem o papel de garantir que os cidadãos sejam ouvidos com atenção e acolhidos, tendo acesso adequado em todas as unidades de saúde, suas dúvidas esclarecidas e seus medos e anseios amenizados de forma singular para cada pessoa. O acolhimento implica em uma postura de compartilhamento de saberes e envolvimento de uma equipe multiprofissional encarregada de escutar e se interessar na resolução dos problemas dos usuários. Sendo assim, não

necessariamente o acolhimento é função do psicólogo, outros profissionais também podem realizá-lo (Passos et al., 2015).

Observa-se nas últimas décadas um aumento das enfermidades que necessitam de atendimento em UTIs e concomitante a isto mais estudos e observações sobre questões relacionadas ao paciente e seus familiares após a internação nestas unidades. Dentre elas, se destaca a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (PICS), que apesar de não ter uma definição global estabelecida até o momento, diz respeito a uma perda de função antes da internação totalmente preservada ou piora do quadro clínico já estabelecido antes dos cuidados intensivos, não tendo um consenso acerca do tempo de duração da Síndrome. (Coelho et al., 2022).

Segundo os autores Coelho et al. (2022) a PICS está associada a um aumento no risco de mortalidade e, mesmo nos pacientes que vivem por mais tempo, a tendência é que se apresente piora na qualidade de vida e funcionalidade, com predomínios de prejuízos físico e psicológico.

Por definição, Rawal, Yadav e Kumar (2017) trazem como principais características da Síndrome Pós- Cuidados Intensivos uma piora em três esferas: a física (fraqueza neuromuscular), a cognitiva (pensamento e julgamento) e a emocional (estado de saúde mental), piora esta que pode persistir mesmo após a alta do ambiente de cuidados intensivos.

A manifestação clínica da síndrome se dá de forma variada, podendo ser uma combinação de sinais e sintomas físicos, cognitivos e emocionais. O principal ponto a ser destacado é a presença de tais sintomas após a doença crítica, o que pode durar de meses a anos após a recuperação. Entre os sinais mais comuns encontrados estão a fraqueza, fadiga, diminuição de mobilidade, ansiedade, humor deprimido, distúrbios do sono, distúrbios e perda de memória, processamento de pensamento lento, falta de concentração, entre outros (Rawal; Yadav; Kumar, 2017)

De acordo com Moraes et al. (2024) ainda outros sintomas comuns podem ser apresentados como: redução de força causada pela disfunção física, alterações cognitivas relacionadas a propriocepção e transtorno do estresse pós-traumático causado no âmbito emocional. A síndrome causa sequelas biopsicossociais ao paciente e aumenta o risco de reinternações, impactando significativamente na qualidade de vida de quem sofre com ela.

Foi observado que alguns fatores podem ter maior interferência na determinação da PICS como idade, perfil socioeconômico, comorbidades prévias, tempo de internação, uso de ventilação mecânica e sedação. (Moraes et al., 2024).

Em relação aos fatores modificáveis Hiser et al. (2023) falam sobre como a experiência negativa no ambiente da UTI pode impactar principalmente na esfera cognitiva e emocional do paciente e que deve ser revista através da implementação de estratégias para reduzir delirium, aumentar a mobilização precoce, otimizar o manejo da dor e reduzir ou modificar o uso de restrições. Assim facilitando a centralização no paciente e o alinhamento de ideias que abordem uma melhor experiência no ambiente de cuidados intensivos.

Já em relação aos fatores de risco não modificáveis que pertencem previamente ao paciente, apesar de não poderem ser diminuídos, eles são importantes e úteis para identificar o maior risco dentro dos aspectos da PICS, como, por exemplo, a idade (Hiser et al., 2023).

Além de impactar na qualidade de vida do paciente as internações em unidades de cuidado intensivo impactam também a família, uma vez que a constatação de uma doença e a hospitalização pode gerar um desequilíbrio na estrutura familiar, quebra de vínculo, alterações de papéis antes bem definidos e gerar sentimentos de medo e insegurança que possibilitam crises (Maruiti et al., 2007).

Segundo Maruiti et al. (2007) o medo da morte, as incertezas do tratamento e do prognóstico, a quebra de rotina, a preocupação com a condição financeira, conflitos emocionais e a falta de informação são propícios para causar apreensão, ansiedade e depressão em membros da família. Em um estudo nacional feito com familiares de pacientes internados em unidades de cuidados intensivos foi verificado que os relatos trazem com maior frequência a importância de saber de forma concreta e exatamente o que está sendo feito para o familiar internado e ter a certeza de que está sendo feito o melhor tratamento, refletindo a necessidade da família ter segurança e evitar sentimentos que gerem dúvidas, angústia e ansiedade.

Assim, devido os impactos causados pela internação em uma unidade de terapia intensiva, o termo PICS-F (Síndrome Pós-Cuidados Intensivos- Família) vem sendo também discutido para avaliar os impactos da síndrome pós-cuidados intensivos em familiares e cuidadores. A rotina de visitas exaltantes, inquietações, angústia, ansiedade e sentimento de impotência se fazem presentes e, mesmo após a alta, os familiares se encontram na responsabilidade de cuidar desses pacientes com todas suas novas necessidades sem o preparo correto, o que resulta muitas vezes em estresse e sobrecarga de cuidados (Moraes et al., 2024).

Para aqueles mais próximos de doentes em estado grave, o estresse pode ser significativo, assim como a ansiedade e os sintomas depressivos. Em um ambiente de unidade

de cuidados intensivos, devido sua imprevisibilidade, sentimentos de incertezas aumentam o risco de familiares desenvolverem transtorno de estresse agudo, depressão, luto complicado e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), sintomas esses que fazem parte das características presentes nas PICS-F. (Hayes et al., 2024).

De acordo com Hayes et al. (2024), dentro desse contexto a “família” é definida por pessoas que têm um relacionamento próximo ao paciente, sendo parentes ou não. Em estudos com membros da família de pacientes internados em UTI foram observados a prevalência de ansiedade (73%), depressão (35%) e TEPT após a alta, manifestando-se em até 50% em um período de 6 meses.

Um dos aspectos prejudicados prevalentes na alta de sobreviventes da UTI (termo usado pelos autores para se referirem aos pacientes que sobreviveram à internação em uma unidade de terapia intensiva) é o TEPT que é desencadeado a partir da experiência prévia com eventos estressores traumáticos e tem sido reconhecido como uma das principais causas de morbidade e tem sua incidência aumentada tanto por conta da situação do evento traumático (internação em cuidados intensivos) quanto pelas consequências a longo prazo desse evento (Gomes et al., 2022).

Os aspectos psicológicos e emocionais podem afetar tanto o paciente como familiares, uma vez que a instabilidade do processo de saúde e doença influencia em reflexões sobre o estado de saúde atual e futuro, o que acaba desencadeando ansiedade e medo. Medo esse por diferentes motivos, seja da dor, da morte, de ruídos e aparelhos desconhecidos, de procedimentos e desdobramentos do próprio processo de saúde e doença. Além da perda de autonomia relacionada ao nível de dependência no ambiente da UTI, a falta de privacidade, a falta do controle do ambiente, das informações, do quadro clínico, do próprio corpo e o sentimento de distanciamento da família podem ser fatores estressores do ponto de vista emocional (Lana et al., 2018).

Diversos são os impactos causados em diferentes esferas tanto nos pacientes quanto nos familiares pela PICS. É visto que em um contexto de UTI, e mesmo após a alta, a saúde mental de sobreviventes fica debilitada podendo gerar alguns quadros graves de doenças psíquicas. Tais problemas podem surgir aliados aos tratamentos invasivos ou pelo próprio paciente devido a sentimentos que surgem com a internação e situações estressantes difíceis do ponto de vista psicológico (Gomes et al., 2022).

Sendo assim, entender os aspectos emocionais que estão presentes em pacientes que passaram por uma internação em Unidade de Terapia Intensiva e em familiares que acompanharam a experiência da internação pode auxiliar com o manejo da saúde mental de sobreviventes e familiares, uma vez que vem sendo estudado o risco para PICS frente ao contexto de UTI.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- ARANGUREN, T, J. et al. Incidência e fatores de risco associados à síndrome pós-cuidados intensivos em uma coorte de pacientes em estado crítico. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 34, n.3, p. 380-385. 2022.
- BACKES, S.T. M. et al. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n.4, p. 689-696. 2012.
- BOLELA, F. JERICÓ, DE C, M. Unidades de Terapia Intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.10, n.2, p. 301-308. 2006.
- CALSAVARA, J.A. et al. Prevalence and risk factors for post-traumatic stress, anxiety, and depression in sepsis survivors after ICU discharge. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v.43, n.3, p.269-276. 2021.
- COELHO, C.N.A. et al. Síndrome Pós-Cuidados Intensivos: como rastrear e reduzir seus prejuízos? **Brazilian Journal of Health Review**, v.5, n.2, p.5990-6000. 2022.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA. Parecer CREMEB nº 17/20 processo consulta nº 000.044/2020. **Dúvidas sobre transporte inter-hospitalar**. Aprovado em Sessão Plenária, p.01-03. 19 de novembro de 2020.
- DOCHERTY, C. et al. The relationship between pain, anxiety and depression in patients with post-intensive care syndrome. **Journal of Critical Care**, v.78, p.01-07. 2023.
- DZIADDZKO, V. et al. Acute psychological trauma in the critically ill: Patient and family perspectives. **General Hospital Psychiatry**, v.47, p.68-74. 2017.
- ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Rev. Min. Enferm**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p.09- 11. 2014.
- EUGENIO, S.C. FILHO, B.C.M. SOUZA, N.E. Visita aberta em UTI adulto: utopia ou realidade? **Revista de Enfermagem UFSM**, v.7, n.3, p.539-549. 2017.
- GAWLYTTA, R. et al. Dyadic post-traumatic stress after intensive care: Case report of a sepsis patient and his wife. **Intensive & Critical Care Nursing**, v.58, p.01-05. 2020.
- GOMES, DE A. J. et al. Repercussões psicológicas a longo prazo após alta da terapia intensiva: uma revisão narrativa de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, p. 01-07. 2022.
- HATCH, R. et al. Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: a UKwide prospective cohort study. **Critical Care**, v.23, p.01-13.2018.

HISER, L.S. et al. Post-intensive care syndrome (PICS): recent updates. *Journal of Intensive Care*, v.11, n.23, p.01-10. 2023.

KANG,J. Being devastated by critical illness journey in the family: A grounded theory approach of post-intensive care syndrome-family. *Intensive & Critical Care Nursing*, v.78, p.01-06. 2023.

KITAJIMA, K. **Psicologia em unidade de terapia intensiva: critérios e rotina de atendimento**. 1.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2014.

LANA, D.L. et al. Os fatores estressores em pacientes adultos internados em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Enfermería Global*, n.52, p. 591-601. 2018.

LANE-FALL, B.M. et al. The Lifetime Effects of Injury Postintensive Care Syndrome and Posttraumatic Stress Disorder. *Anesthesiology Clinics*, v.37, n.1, p. 135-150.2019.

LIRA,M.R. et al. Panorama do transtorno de estresse pós-traumático em pacientes na uti. *Brazilian Journal of Development*, v.7, n.10, p. 99036- 99048. 2021.

LOBATO, T.C. et al. Risk factors associated with post-intensive care syndrome in family members (PICS-F): A prospective observational study. *Journal of the Intensive Care Society*, v.24, n.3, p.247-257. 2023.

MARUITI, R.M. GALDEANO, E.L. FARAH, D.G.O. Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.21, n.4, p.636-642. 2008.

MENDES, S.D.K. SILVEIRA, P.C.C.R. GALVÃO, M.C. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, v.17, n.4, p. 758-764. 2008.

MORAES, C.S; PEREIRA,V.S.J; DE MIRANDA, R.D. Síndrome Pós Cuidados Intensivos e seus impactos na qualidade de vida dos pacientes e familiares. *Revista Foco*, p.01-12. 2024.

PASSOS, S. DA S. S. et al. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem UERJ*, v.23, n.3, p. 368-374. 2015.

PEREIRA,S. et al. Desfechos psicológicos em longo prazo após alta da terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, v.30, n.1, p.28-34. 2018.

PUTOWSKI,Z. et al. Identification of risk factors for post-intensive care syndrome in family members (PICS-F) among adult patients: a systematic review. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, v. 55, n.3, p.168-178. 2023.

RAWAL, G. YADAV, S. KUMAR, R. Post-intensive care syndrome: An overview. *Journal of Translational Internal Medicine*, v.5, p.90-92. 2017.

REIS, C.C.L. GABARRA, M.L. MORE, O.O.L.C. As Repercussões do Processo de Internação em UTI Adulto na Perspectiva de Familiares. *Temas em Psicologia*, v. 24, n. 3, p.815-828. 2016.

ROBINSON, C.C. Qualidade de vida pós-unidades de terapia intensiva: protocolo de estudo de coorte multicêntrico para avaliação de desfechos em longo prazo em sobreviventes de internação em unidades de terapia intensiva brasileiras. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.30, n.4, p.405-413. 2018.

SCHWITZER, E. et al. Survival versus Recovery: A Narrative Review of Post-Intensive Care Syndrome. **CHEST Critical Care**, v.1, n.1, p. 1-14. 2023.

SHIRASAKI, K. et al. Postintensive care syndrome family: A comprehensive review. **Acute Medicine and Surgery**, v.11, p. 01-12. 2024.

SILVA, Z.C. et al. Vivências de pacientes diante de incapacidades funcionais pós-tratamento em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Cuidarte**, v. 11, n.2, p. 01-12. 2020.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. 8. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

SOUZA, T.M. SILVA, D.M. CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n.1, p.102-106. 2010.

VIEIRA, G.A. WAISCHUNNG, D.C. A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. **Rev. SBPH**, v. 21, n.01, p. 132-153.2018.

WANG, S. et al. Agind and Post- Intensive Care Syndrome: A critical need for geriatric psychiatry. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v.26, n.2, p.212-221. 2018.