



O PAPEL DO PSIQUIATRA DENTRO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

BRUNA PARUSSOLO BORDON; ISIS DIAS ORTIZ

RESUMO

As unidades de terapia intensiva (UTI) são, por si só, ambientes de cuidado multidisciplinar para pacientes em estado de saúde crítico. Transtornos mentais orgânicos e complicações decorrentes de doenças psiquiátricas são motivos frequentes de internações em UTI. Apesar disso, muitas unidades ainda carecem de atendimento psiquiátrico especializado para esses pacientes ou de consultoria psiquiátrica como parte da equipe multidisciplinar. Este trabalho tem como objetivo analisar o papel do psiquiatra dentro da unidade de terapia intensiva e as possíveis contribuições dessa especialidade para a rotina na UTI. Foi realizada uma revisão bibliográfica integrativa, com recrutamento de literatura através das plataformas científicas online PubMed, BVS, LILACS Plus e Scielo. Foram incluídos artigos publicados nos últimos dez anos, com texto completo, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Consideraram-se como critérios de exclusão amostras com crianças e/ou adolescentes, pesquisas realizadas fora de unidades de terapia intensiva, artigos para validação de escalas ou de testes, relatos de caso ou séries de casos e trabalhos que não discutem o papel do psiquiatra na unidade de terapia intensiva. Ao total, foram encontrados 593 artigos, dos quais sete foram selecionados após aplicação dos critérios de exclusão. Conclui-se que existem inúmeras demandas dentro da UTI para atuação do psiquiatra em interconsulta, dentre as quais delírium, agitação psicomotora, transtornos ansiosos e do humor, tentativas de suicídio, transtorno por uso de substâncias e questões médico-legais, além de manejo de psicofármacos e auxílio no fortalecimento do vínculo equipe-paciente. Faz-se necessário, portanto, a ampliação do acesso deste profissional aos cuidados ao paciente crítico.

Palavras-chave: psiquiatria; unidade de terapia intensiva, interconsulta.

1 INTRODUÇÃO

A concepção da ideia de um local destinado a tratamento de doentes críticos surgiu em 1854, durante a Guerra da Crimeia, pela enfermeira italiana Florence Nightingale. Florence apontou a alta mortalidade de soldados por causas evitáveis, como hipotermia e falta de cuidados às feridas, evidenciando a necessidade de uma melhor estrutura dos locais de atendimento, logística e monitorização dos enfermos. Entretanto, a primeira unidade de terapia intensiva veio a ser inaugurada apenas em 1958, por Peter Safar no Johns Hopkins Bayview Medical Center em Baltimore, EUA (Giffhorn, 2012). Desde então, o avanço científico e tecnológico possibilitou a expansão dos cuidados intensivos ao paciente crítico, melhora do suporte avançado de vida e redução de mortalidade em diversas afecções clínicas e cirúrgicas. O atendimento nas UTIs ocorre no modelo de multidisciplinaridade do cuidado, dispondo de profissionais de diversas áreas de atuação (medicina, nutrição, enfermagem, psicologia, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, entre outros) trabalhando para um cuidado integrado e humanizado ao paciente.

Pacientes em estado crítico frequentemente podem apresentar sintomatologia psiquiátrica, como alterações do sono, sintomas depressivos, ansiosos e relacionados ao estresse (Gezginci, Goktas, Orhan, 2020). Há uma relação de risco entre o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático em sobreviventes de internações em UTI (Lira *et al.*,

2021). O delirium, que se caracteriza por flutuações de nível de consciência e da atenção, decorrente de afecções orgânicas, pode ocorrer em até 80% dos pacientes em cuidados intensivos e está diretamente relacionada ao aumento de sua mortalidade. Pode ocorrer devido a quadros infecciosos, pós-operatórios, traumáticos e até induzido por medicações. (Ní Chróinín, Alexandrou, Frost, 2023).

Pacientes com comorbidades psiquiátricas prévias, como depressão, transtorno bipolar e esquizofrenia, podem ter desfechos clínicos piores em internações em UTI. Esses pacientes apresentam taxas mais recorrentes de internação hospitalar, maior tempo de internação e mais internações em unidades intensivas, além de aumento de mortalidade por diversas causas (King *et al.*, 2020). Tentativas de suicídio e comportamento autolesivo são situações que frequentemente precisam de cuidados intensivos em saúde, assim como pacientes com transtorno por uso de substâncias em situação de overdose ou síndrome de abstinência (Garcia, 2017).

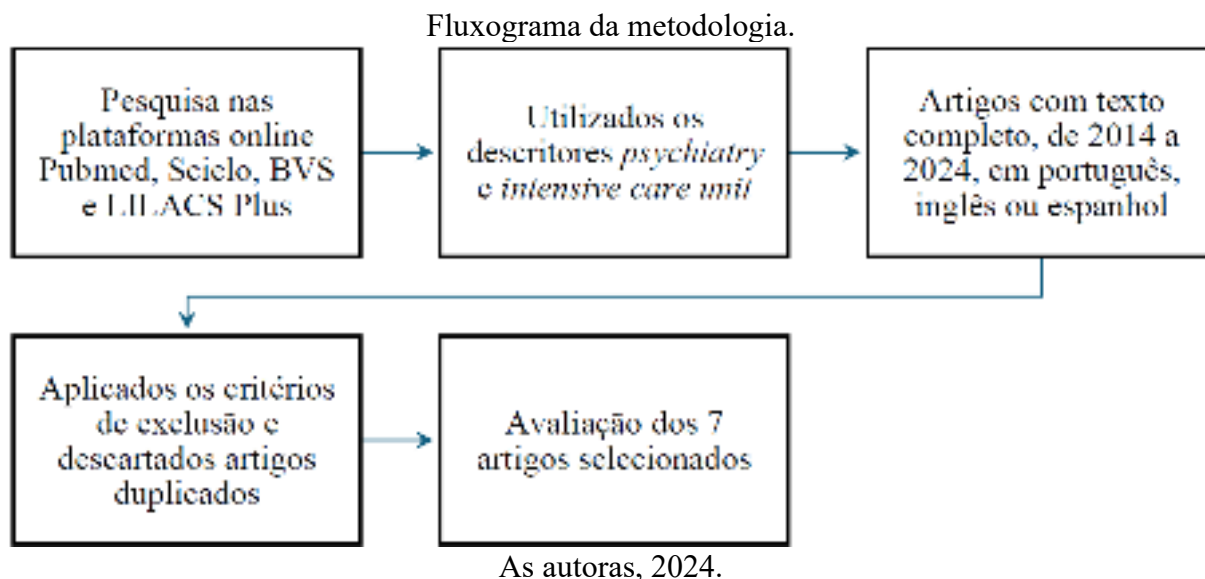
O médico intensivista pode apresentar dificuldade no manejo de quadros psiquiátricos em pacientes em cuidados intensivos. Nesse cenário, o auxílio do médico psiquiatra em interconsulta facilita o trabalho da equipe da UTI, fornecendo suporte no manejo terapêutico dos pacientes, controle de agitação psicomotora, mediação do vínculo da equipe com o paciente, cuidados de suporte emocional e avaliações médico-legais e forenses, entre outras situações que cabem à especialidade.

O serviço de interconsulta abrange a consultoria psiquiátrica, na qual há avaliação do especialista frente a uma demanda solicitada pela equipe assistente; e a psiquiatria de ligação, quando há integração efetiva do especialista na equipe assistente, participando da rotina de reuniões, atendimento a pacientes e vínculos profissionais dentro aquele setor (Botega, 2017).

Apesar da necessidade do psiquiatra dentro do hospital geral, não é infrequente que muitos serviços – públicos e privados – não disponham do suporte do especialista, seja para consultoria, seja para psiquiatria de ligação. Diante disso, indaga-se qual o papel deste profissional dentro de um ambiente voltado ao suporte avançado de vida e em quais situações se faz necessária a presença do psiquiatra nos cuidados ao paciente crítico na UTI.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O levantamento de bibliografia se deu através das plataformas científicas online PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS Plus) e Scielo. Foram pesquisados artigos que continham os descritores *psychiatry* e *intensive care unit* no título ou resumo, publicados nos últimos dez anos (2014-2024), com texto completo, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Consideraram-se como critérios de exclusão amostras com crianças e/ou adolescentes, pesquisas realizadas em departamentos hospitalares que não unidades de terapia intensiva, artigos para validação de escalas ou de testes, relatos de caso ou séries de casos, trabalhos cujo tema era majoritariamente psicofarmacologia ou que não discutem o papel do psiquiatra na unidade de terapia intensiva. Ao total, foram encontrados 172 artigos na PubMed, 396 artigos na BVS, 23 artigos na LILACS Plus e dois artigos na Scielo. Após aplicação dos critérios de exclusão, restaram 23 artigos (17 da BVS e 6 da PubMed), sendo que quatro destes estavam em duplicidade e foram excluídos. Todos os 19 artigos restantes foram avaliados minuciosamente, tendo sido selecionados apenas sete que se enquadram nos critérios de inclusão e exclusão descritos.



3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os artigos avaliados tratavam de interconsulta psiquiátrica (consultoria e psiquiatria de ligação). Dentre eles, um era uma carta ao editor, duas revisões bibliográficas, três estudos descritivos, sendo dois retrospectivos, e um estudo de coorte.

Choi *et al.*, comparou dois grupos de pacientes internados em uma UTI cirúrgica, um deles tendo recebido o atendimento padrão e outro grupo tendo recebido atendimento com um psiquiatra integrado à equipe. O trabalho aponta uma tendência a redução da incidência de delírium no segundo grupo (21% vs 18%), não estatisticamente relevante, porém com tamanho amostral pequeno (95 pacientes ao total).

Uma revisão narrativa de 2024 (Yelizaveta *et al.*) correlaciona sintomas de dispneia associada à ansiedade com risco de desenvolvimento de estresse pós-traumático após alta hospitalar e, então, a necessidade da abordagem de quadros ansiosos no contexto da UTI. O ambiente de cuidados a pacientes críticos por si só já é potencialmente ansiogênico, visto gravidade e instabilidade dos quadros clínicos lá tratados. Toda essa configuração pode afetar negativamente a saúde mental dos pacientes, como sugerido pela revisão bibliográfica de Ortiz (2020).

Trujillo (2022) avaliou os principais motivos de solicitação de consultoria psiquiátrica, que foram: ajuste farmacológico, tentativa de suicídio, dúvida diagnóstica e avaliação de competência (para fins médico-legais). Este trabalho apontou, também, que a indicação de acompanhamento psiquiátrico durante a internação pode refletir na probabilidade deste paciente iniciar ou manter o tratamento psiquiátrico após a alta, dando seguimento à continuidade do cuidado. Esse achado vai ao encontro das considerações de Peisah e Goh (2020), em carta ao editorial da Revista Australiana e Neozelandesa de Psiquiatria, que questionam a possibilidade do psiquiatra também compor a equipe de cuidados intensivos, visto a demanda de questões psiquiátricas atendidas no setor (autolesão, tentativa de suicídio, alterações de comportamento e agitação psicomotora, avaliações médico-legais, suporte a pacientes com sintomas psiquiátricos e familiares em sofrimento, manejo de psicofármacos). Devasagayam e Clarke (2016) levantam discussão a respeito da necessidade de monitoramento mais rigoroso de pacientes com comportamento suicida e comorbidades psiquiátricas no período de internação. As enfermarias psiquiátricas no geral são construídas visando segurança ambiental para pacientes e equipe em casos de alterações comportamentais, como agitação psicomotora e comportamento suicida. Nos hospitais gerais as preocupações logísticas e de segurança tendem a ser outras, configurando um ambiente menos propício para uma internação psiquiátrica segura e requerendo mais cuidado por parte da equipe assistente.

Outro tópico sensível recorrente às UTIs é a finitude da vida. As abordagens e tratamento em cuidados paliativos podem se beneficiar do auxílio do psiquiatra de ligação ou em consultoria à equipe no manejo desses casos. Pacientes com história de comorbidade psiquiátrica prévia são especialmente mais vulneráveis e necessitam de maior atenção nestas situações (Harman, 2017).

Levantamento Bibliográfico		
Plataforma Artigos Científica		Metodologia
PubMed	1. The impact of rounds with a psychiatry team in the intensive care unit: A prospective observational pilot study evaluating the effects on delirium incidence and outcomes. (Katherine Choi, 2023)	Coorte prospectiva
BVS	1. Psychiatric and palliative care in the intensive care unit. (Stephanie Harman, 2017)	Descritivo
	2. History of mental disorder in an ICU and referrals to psychiatry. (Fernández Trujillo, 2022)	retrospectivo
	3. Evaluation of consultation–liaison psychiatry referrals from a critical care unit of an outer suburban hospital. (Devasagayam, Clarke, 2016)	Descritivo retrospectivo
	4. Dyspnea and dyspnea-associated anxiety in the ICU patient population: A narrative review for CL psychiatrists. (Yelizaveta Sher <i>et al.</i> , 2024)	Revisão
	5. Assessment and management of agitation, sleep, and mental illness in the surgical ICU. (Damaris Ortiz, 2020)	Revisão
	6. A liaison psychiatrist attached to an intensive care unit: Why such a rare creature? (Carmelle Peisah, Dani Goh, 2020)	Revisão
Total		Carta 7
As autoras, 2024.		

4 CONCLUSÃO

As unidades de terapia intensiva são locais voltados ao cuidado multidisciplinar de pacientes em estado de saúde crítico. Pacientes com comorbidades psiquiátricas prévias possuem maior risco de internações em UTI, internações mais longas e maior risco de desfechos negativos. Muitos pacientes críticos desenvolvem quadros psiquiátricos durante internação em UTI, como delirium, quadros ansiosos e depressivos, agitação psicomotora e insônia. O papel do psiquiatra nesse cenário é de atuação junto à equipe assistente para adequação terapêutica otimizada, evitando polifarmácia, fornecendo suporte a pacientes com sintomas psiquiátricos e a familiares em sofrimento, realizar avaliações médico-legais quando necessário e auxiliar no manejo de situações críticas como agitação psicomotora e comportamento suicida. A literatura a respeito da atuação do psiquiatra dentro da UTI ainda é escassa e necessita ser ampliada, visando melhoria do cuidado ao paciente e redução da morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

BOTEGA, N. J. (Org.). Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

CHOI, Katherine J. et al. The impact of rounds with a psychiatry team in the intensive care unit: A prospective observational pilot study evaluating the effects on delirium incidence and outcomes. *Journal of Psychiatric Research*, v. 160, p. 64-70, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.02.011>.

DEVASAGAYAM, D.; CLARKE, D. Evaluation of consultation–liaison psychiatry referrals from a critical care unit of an outer suburban hospital. *Australasian Psychiatry*, v. 24, n. 2, p. 168-172, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1177/1039856215598869>.

FERNÁNDEZ TRUJILLO, A. et al. History of mental disorder in an ICU and referrals to psychiatry. *Medicina Intensiva (English Edition)*, v. 46, n. 10, p. 559-567, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medine.2022.05.005>.

GARCIA, R. M. Psychiatric disorders and suicidality in the intensive care unit. *Critical Care Clinics*, v. 33, n. 3, p. 635-647, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2017.03.005>.

GIFFHOR, Hécio; UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Breve história da terapia intensiva. *Revista Médica do Paraná*, v. 70, n. 1, p. 30-33, jan.-jun. 2012.

GEZGINCI, E.; GOKTAS, S.; ORHAN, B. N. The effects of environmental stressors in intensive care unit on anxiety and depression. *Nursing in Critical Care*, v. 27, n. 1, p. 113-119, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/nicc.12553>.

HARMAN, Stephanie M. Psychiatric and palliative care in the intensive care unit. *Critical Care Clinics*, v. 33, n. 3, p. 735-743, 2017.

KING, D. A.; HUSSEIN, E.; SHOHET, G. E.; BAR-LAVIE, Y. P. Admission rate of patients with major psychiatric disorders to the intensive care unit. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, v. 29, n. 6, p. 480-483, 2020. DOI: <https://doi.org/10.4037/ajcc2020934>.

LIRA, R. M.; BASTOS, B. de A.; GOMES, M. B. R. de A.; SANTIAGO, M. L. B.; BRITO, A. C. G.; POL-FACHIN, L.; PEIXOTO, A. de L. A. Panorama do transtorno de estresse pós-traumático em pacientes na uti / Overview of post-traumatic stress disorder in icu patients. *Brazilian Journal of Development*, [S. l.], v. 7, n. 10, p. 99036–99048, 2021. DOI: [10.34117/bjdv7n10-292](https://doi.org/10.34117/bjdv7n10-292).

NÍ CHRÓINÍN, Danielle; ALEXANDROU, Evan; FROST, Steven A. Delirium in the intensive care unit and its importance in the post-operative context: A review. *Frontiers in Medicine*, v. 10, 2023.

ORTIZ, D. Assessment and management of agitation, sleep, and mental illness in the surgical ICU. *Current Opinion in Critical Care*, v. 26, n. 6, p. 634-639, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000762>.

PEISAH, C.; GOH, D. A liaison psychiatrist attached to an intensive care unit: Why such a rare creature? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 54, n. 10, p. 1040-1042, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/0004867420927793>.

SHER, Yelizaveta; DESAI, Nikita; SOLE, Jon; D'SOUZA, Melissa Patricia. Dyspnea

and dyspnea-associated anxiety in the ICU patient population: A narrative review for CL psychiatrists. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, v. 65, n. 1, p. 54-65, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2023.11.001>.