



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U. nº 198, de 14/10/2016
AELBRA EDUCAÇÃO SUPERIOR - GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO S.A.

Diane Karen Lopes Silva

ADOCIMENTO PSÍQUICO EM PROFISSIONAIS QUE PRESTAM CUIDADOS
INTENSIVOS

Palmas – TO

2021

Diane Karen Lopes Silva

ADOCIMENTO PSÍQUICO EM PROFISSIONAIS QUE PRESTAM CUIDADOS
INTENSIVOS

Trabalho de conclusão de curso elaborado e apresentado para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa. Dra. Renata Bandeira.

Palmas – TO

2021

Diane Karen Lopes Silva
ADOCIMENTO PSÍQUICO EM PROFISSIONAIS QUE PRESTAM CUIDADOS
INTENSIVOS

Trabalho de conclusão de curso elaborado e apresentado para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa. Dra. Renata Bandeira.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Renata Bandeira

Orientadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA

Profa. Me. Izabela Almeida Querido

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA

Profa. Me. Thaís Moura Monteiro

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA

Palmas – TO

2021

“Amai o próximo como a ti mesmo”
Jesus Cristo (Bíblia Sagrada).

AGRADECIMENTOS

Achei que seria simples colocar meus agradecimentos em palavras, mas não pude conter as lágrimas. Esse é o momento que passa um filme na cabeça. Uma menina sonhadora, que desejou muito crescer, se graduar, “ser alguém na vida”, fazer a diferença na vida das pessoas e dar muito orgulho para a família. Ainda não alcancei tudo que almejei nesta vida, claro, mas sem dúvidas, comemoro uma das minhas maiores conquistas.

Chego ao final desse processo cansada, confesso! Foram dias difíceis, mas eu consegui chegar até aqui. Hoje olho para trás e vejo que valeu a pena. Valeu a pena esperar, valeu a pena acreditar, valeu a pena não desistir, valeu a pena confiar os meus sonhos à Deus. A Ele toda honra, glória e louvor!

Eu escolhi falar sobre o cuidado, e o quanto a falta dele adoece, porque o cuidado transformou minha vida. Antes de tudo, este zelo veio de Deus que me escolheu, permitindo vir a este mundo com saúde e capacidade para sonhar e conquistar. Deu-me ainda, os mais belos presentes que poderia ganhar: os meus pais, que são a razão de eu estar concluindo esta graduação. Obrigada por acreditarem em mim quando eu achei ser impossível.

Pai, mãe, maninha, família... Estou me formando! Quero dedicar esta conquista à vocês que estiveram em todos os momentos ao meu lado, me nutrindo com tanto amor e cuidado. Vocês me ensinaram sobre a vida, sobre Deus, sobre o amor, o mundo e todos os dias, me ensinam sobre como ser humana. Eu os amo com a minha alma.

Ao meu pastor, que chamo carinhosamente de paistor, que me adotou como filha, orou por mim, me incentivou e acompanhou algumas crises nesse percurso. O senhor é um exemplo de perseverança, fé e cuidado. Às tantas pessoas que oram por mim e me incentivam. Aos meus amigos, por compreenderem os sumiços no whatsapp e as minhas justificativas de “hoje não posso, tenho prova, tenho trabalho”.

A turma das pamonhas, feita exclusivamente para pagar a minha formatura (Jeronimo, Paulo, Jany, querida família e amigos). À minha amiga Bianca e Tais pelo apoio e carinho, as minhas primas queridas Danielly e Larissa. A Bruna, companheira de jornada acadêmica, sua amizade foi um grande presente da faculdade. Enfim, a todos que não foram citados aqui, mas contribuíram para a realização deste sonho, deixo o meu muito obrigada!

Quero agradecer à minha amiga Janyelle, que já se tornou parte da família. Obrigada por sua sensibilidade, pela escuta e lealdade. Obrigada por compreender o meu tempo e estar junto comigo em todos os momentos, inclusive, nesse TCC. Você é a personificação do amor e cuidado de Deus.

Agradeço em especial à minha orientadora Dra. Renata Bandeira, pela coragem de me aceitar como orientanda juntamente com as minhas ideias “mirabolantes”, que no final deram certo. Obrigada por todo conhecimento compartilhado nesta longa jornada. Espero que novos desafios nos alcancem!

Gostaria de estender os meus agradecimentos à banca examinadora na pessoa da professora Me. Izabela Almeida Querido, que despertou em mim o interesse pela Terapia Cognitiva Comportamental e me acompanhou no estágio da clínica e no estágio hospitalar, por onde eu me apaixonei! Gratidão também à professora Me. Thaís Moura Monteiro, por todas as brilhantes contribuições feitas nesta pesquisa. Sou admiradora do trabalho de todas vocês. Grata por aceitarem o meu convite!

À você leitor, espero contribuir para o seu conhecimento por meio deste estudo. Um grande abraço e muito obrigada!

RESUMO

SILVA, Diane Karen Lopes. **Adoecimento psíquico em profissionais que prestam cuidados intensivos**. Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Psicologia-Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), Palmas - TO, 2021.

A negligência quanto ao cuidado de si tem repercussões em vários âmbitos da vida de um sujeito, inclusive, para os que oferecem cuidados a outras pessoas. O presente estudo tem por objetivo discutir os fatores associados ao adoecimento psíquico nos profissionais que prestam assistência à saúde em Unidades de Terapia Intensiva. Trata-se de uma pesquisa de revisão narrativa com finalidade metodológica básica de natureza qualitativa. Para alcançar os objetivos estabelecidos, examinou-se os materiais dispostos na literatura entre os períodos de 2011 a 2021, nas plataformas de pesquisa da BVS, BVS- PSI, PubMed, SciELO, Medline-Bireme e Portal CAPES. O resultado foi fixado em 14 artigos e 1 dissertação de mestrado contemplando os critérios de inclusão e exclusão. Os resultados obtidos evidenciaram que os principais fatores associados ao adoecimento psíquico referem-se às intensas cargas de trabalho, aos conflitos entre a equipe, a predominância do sexo feminino na categoria de enfermagem, o contexto pandêmico da covid-19 e as dificuldades de lidar com a morte dos pacientes. Quanto às psicopatologias, as que tiveram maior destaque foram o estresse como sofrimento decorrente do trabalho, a síndrome de *Burnout*, ansiedade, depressão, TEPT, entre outros. Não foi identificado nos artigos selecionados, iniciativa por parte dos profissionais intensivistas no que concerne à busca por tratamento do adoecimento psíquico. Contudo, os autores apresentam algumas recomendações a serem adotadas que auxiliam na manutenção da saúde mental dos profissionais. Na análise da literatura acerca dos impactos gerados pela pandemia, percebeu-se um agravamento das psicopatologias já existentes e a manifestação do TEPT. Conclui-se que as relações estabelecidas no contexto de trabalho são capazes de produzir adoecimento ou potencializar enfrentamento diante dos conflitos.

Palavras-chave: Saúde mental; Esgotamento profissional; Equipe multiprofissional; Unidade de Terapia Intensiva; COVID-19.

ABSTRACT

SILVA, Diane Karen Lopes. **Psychic illness in professionals who provide intensive care.** Course Final Paper Bachelor's Degree in Psychology-Lutheran University Center of Palmas (CEULP/ULBRA), Palmas - TO, 2021.

The neglect of self-care has repercussions in various areas of a subject's life, including for those who provide care to other people. This study aims to discuss the factors associated with mental illness in professionals who provide health care in Intensive Care Units. This is a narrative review research with a basic methodological purpose of a qualitative nature. To achieve the established objectives, the materials available in the literature between the periods 2011 to 2021 were examined, on the research platforms of the VHL, VHL-PSI, PubMed, SciELO, Medline-Bireme and Portal CAPES. The result was fixed in 14 articles and 1 master's dissertation contemplating the inclusion and exclusion criteria. The results obtained showed that the main factors associated with mental illness refer to intense workloads, conflicts between the team, the predominance of females in the nursing category, the pandemic context of covid-19 and the difficulties of dealing with the death of patients. As for psychopathologies, the ones that stood out were stress as suffering from work, Burnout syndrome, anxiety, depression, PTSD, among others. It was not identified in the selected articles, an initiative on the part of intensive care professionals regarding the search for treatment of mental illness. However, the authors present some recommendations to be adopted that help to maintain the mental health of professionals. In the analysis of the literature about the impacts generated by the pandemic, it was noticed an aggravation of the existing psychopathologies and the manifestation of PTSD. It is concluded that the relationships established in the work context are capable of producing illness or enhancing coping with conflicts.

Keywords: Mental health; Professional exhaustion; Multiprofessional team; Intensive care unit; COVID-19.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Aspectos da violência no trabalho e suas manifestações.....	24
Quadro 2 – Consequências do Esgotamento Profissional.....	28
Quadro 3 – Resultados da revisão narrativa.....	43

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma do processo de coleta de dados em três etapas.....	42
Figura 2- Número de produções científicas, segundo o ano de publicação selecionadas para a pesquisa.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEULP	Centro Universitário Luterano de Palmas
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COE	Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública
CP	Cuidados Paliativos
CRP	Conselho Federal de Psicologia
CTI	Centro de Terapia Intensiva
EPI	Equipamento de Proteção Individual
MS	Ministério da Saúde
NEP	Núcleo de Educação Permanente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno de Estresse Pós Traumático
TO	Tocantins
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	15
2.1.1 Divisão das Unidades de Terapia Intensiva	16
2.1.2 Cuidados Intensivos	18
2.2 PROCESSOS DE TRABALHO	20
2.2.1 O trabalho contemporâneo	20
2.2.2 A violência no trabalho	23
2.3 O TRABALHO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA	25
2.3.1 Adoecimento Psíquico dos Trabalhadores da Saúde	25
2.3.2 Jornada de trabalho e as pressões	29
2.3.3 Relação com os colegas, pacientes e familiares	31
2.4 LIDANDO COM A MORTE E O LUTO NO TRABALHO	33
2.5 IMPACTOS DA PANDEMIA COVID 19 NA SAÚDE MENTAL.....	36
3 METODOLOGIA	39
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1 FATORES ASSOCIADOS AO ADOECIMENTO PSÍQUICO NOS PROFISSIONAIS QUE PRESTAM CUIDADOS INTENSIVOS	48
4.2 PSICOPATOLOGIAS MAIS PREVALENTES NOS PROFISSIONAIS INTENSIVISTAS	51
4.3 TRATAMENTOS UTILIZADOS PELOS PROFISSIONAIS INTENSIVISTAS PARA O ADOECIMENTO PSÍQUICO	53
4.4 IMPACTOS GERADOS PELA PANDEMIA DA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE TERAPIA INTENSIVA	55
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	68

1 INTRODUÇÃO

A informação e o avanço da ciência possibilitaram melhorias no que se refere aos cuidados em saúde, bem como, o aumento na expectativa de vida dos pacientes. Como parte desse avanço, em 24 de fevereiro de 2010 foi estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS) a Portaria nº 37, que regulamenta o funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivo e sua respectiva classificação, de acordo com a complexidade dos casos admitidos. Sendo assim, a Portaria nº 37/2010 revoga a portaria anterior, de 1988 (BRASIL, 2010).

Com base nisso, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) caracteriza-se por um ambiente restrito, de alta tecnologia, com capacidade para receber pacientes hemodinamicamente instáveis, graves, crônicos e muitas vezes, com risco de morte iminente. Por esse fato, o trabalho na UTI, configura-se em um ritmo acelerado, tenso, que conta com a realização de procedimentos por hora invasivos e agressivos, exigindo organização, vigilância, cuidados específicos e uma equipe especializada para atuar neste contexto (BACKES, 2015; OLIVEIRA, 2017).

Os cuidados prestados ao doente por esses profissionais e todo aparato oferecido é intenso e delinea um plano de diagnóstico e tratamento. De igual modo, é congruente a reformulação estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no que se refere ao conceito de saúde, a abordagem deve ser holística e as multidisciplinas devem conversar entre si. Logo, os cuidados intensivos caracterizam-se pela conexão entre as equipes multidisciplinares, visando a recuperação da saúde dos doentes e a prevenção de agravos (FARIA; PONTÍFICE-SOUSA; GOMES, 2018).

Devido a tamanha complexidade e responsabilidade, os profissionais inseridos no campo de cuidados intensivos, compartilham uma rotina constante e carregada. Fatores como jornadas excessivas de trabalhos, plantões, perdas frequentes, baixa remuneração, pacientes graves, procedimentos melindrosos, pressão, estresse e outros, fazem parte do ambiente de trabalho. Estes elementos podem configurar um desgaste físico e mental dos profissionais, comprometendo inclusive o atendimento prestado (MORAES; MARTINO; SONATI, 2018).

Rosado, Russo e Maia (2015) descrevem que o trabalho pode se apresentar como um dos aspectos cruciais para a produção de adoecimento ou tonificação da saúde. Na sociedade capitalista ele é fonte de renda, aproveitamento e desigualdade social. Em contrapartida, também representa identidade, constrói relações, movimenta organizações, estimula a produtividade e rege o desempenho dos sujeitos. Já no campo da saúde, os trabalhadores compartilham dessas condições. Além disso, atuam em contextos que impulsionam ainda mais

o desgaste mental, configurando-se como um fator de risco para o desenvolvimento de doenças físicas e psíquicas.

Estudos internacionais comprovaram a presença de adoecimento psíquico em profissionais que atuam nos cuidados intensivos, apontando como causa, aspectos como pouca experiência, cargas de trabalho desgastantes, plantões, situações inesperadas, entre outros que acarretam estresse, desgaste psíquico e, conseqüentemente, o esgotamento no trabalho (SARAVANABAVAN; SIVAKUMAR; HISHAM, 2019; ELAY et al., 2019; WELP, 2019; VANDEVALA, et al., 2017).

No contexto brasileiro, ao considerar as instituições hospitalares públicas, há as UTI que dependem de liberação de recursos públicos e uma gestão eficiente para o bom funcionamento. Estas unidades têm realidades difíceis, bem como, a falta de investimento e recursos suficientes para a demanda que recebem, a estrutura física precária, as relações de poder que são estabelecidas, acrescido a constante pressão, estresse por parte dos pacientes, familiares/acompanhantes que adentram ao hospital e requerem uma assistência à saúde no mínimo, digna e eficaz, entre outras. Por isso, essas são questões que podem se tornar um agravante para o adoecimento psíquico da equipe profissional, pois não dependem apenas destes e podem ser capazes de impactar na assistência prestada (ROSADO; RUSSO; MAIA, 2015).

Para Souza e Bernardo (2019) as naturalizações de tais problemas, bem como o não enfrentamento, agravam a saúde física e emocional do sujeito. Por isso, é necessário conhecer e falar sobre o mal-estar para então tratá-lo. O desgaste mental configura uma soma de diversos fatores, dentre eles o estresse por problemas que poderiam ter sido resolvidos anteriormente e foram ignorados. Logo, seguem afetando o indivíduo até gerar um desequilíbrio e perda de controle, ao ponto que as estratégias antes utilizadas, tornam-se irrelevantes nessa conjuntura. Observa-se que os problemas mencionados podem afetar a motivação, o desempenho e gerar conflitos no ambiente de trabalho (NUNES, 2017; OPGENORTH, 2018).

Por conseguinte, a partir das buscas realizadas na literatura brasileira e internacional, constata-se uma pequena quantidade de materiais propondo investigar o adoecimento na equipe multiprofissional, bem como, as psicopatologias resultantes do trabalho na terapia intensiva. Pelo mesmo motivo, percebe-se quão grande é a necessidade de aprofundar as reflexões e produzir novas pesquisas pautadas na atualidade referindo-se aos profissionais intensivistas, principalmente, neste momento de agravamento em decorrência da pandemia pela COVID-19.

A partir de indagações levantadas a respeito do tema em questão, foi elaborado o problema pesquisa: “Quais são os fatores associados ao adoecimento psíquico dos profissionais

que prestam cuidados intensivos?”. A presente pesquisa é relevante para o meio acadêmico e profissional, visto que, há poucas publicações que investigam sobre a equipe multiprofissional, fazendo correlações com o adoecimento psíquico dos intensivistas. Este fator contribui para atuação profissional, porquanto, permite identificar as psicopatologias mais frequentes, reconhecer as semelhanças e contradições existentes, bem como levantar hipóteses dos possíveis problemas.

Dessa forma, abrem-se possibilidades para que estratégias de intervenções sejam elaboradas. De igual modo, é relevante também ao meio social, uma vez que o adoecimento psíquico do profissional intensivista pode impactar a saúde do paciente, da família, da equipe multiprofissional, do ambiente hospitalar, e até mesmo, colocar em risco a vida daqueles que estão sob seus cuidados.

Além disso, o presente estudo propõe falar de um assunto muito atual e relevante para todos. É um tema que necessita ser estudado e discutido no que diz respeito aos impactos da COVID-19. A população mundial vivencia um fenômeno que chega a ser comparado ao cenário de guerras. Consigo, a pandemia trouxe mortes e a emersão de crises, decorrentes da batalha contra o vírus Sars-CoV-2. Ao que tudo indica, o mundo se encaminha para uma outra epidemia que diz respeito à saúde mental. Dados epidemiológicos surgem com frequência e apresentam resultados alarmantes. Frente a isso, a vivência e os estudos apontam que a categoria em risco potencial e uma das mais afetadas em todo mundo pela pandemia, é a dos profissionais da área da saúde (WHO, 2020).

Assim, a presente pesquisa tem como objetivo principal: “Discutir os fatores associados ao adoecimento psíquico nos profissionais que prestam cuidados intensivos”. Para tanto, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos: Identificar os fatores associados ao adoecimento psíquico nos profissionais que prestam cuidados intensivos; levantar as psicopatologias mais prevalentes nos profissionais intensivistas; verificar os meios utilizados pelos profissionais intensivistas para tratamento do adoecimento psíquico; descrever os impactos gerados pela pandemia na saúde mental dos profissionais de terapia intensiva.

Perante aos levantamentos supracitados e a escassez de pesquisas identificada na literatura, justifica-se a realização de estudos que proponham investigar a saúde mental dos intensivistas, como objetiva a produção em pauta. Adiante serão apresentados os caminhos trilhados para execução desta pesquisa.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A manifestação da epidemia de poliomielite foi um marco substancial para o surgimento das UTIs. O surto ocorreu no final de 1950 em Copenhague, capital da Dinamarca, atacando os pulmões dos pacientes e impedindo a respiração. O acontecimento movimentou a criação de recursos como a inserção de aparelhos de aço e cuidados específicos, para ajudar no tratamento da doença e controlar a taxa de mortalidade. A partir da Revolução Industrial, houve abertura de possibilidades no campo tecnológico. O evento trouxe aproximações entre o homem e a máquina, transformando o seu estilo de vida, e aos poucos, substituindo a força manual de trabalho pelas máquinas (NOVARETTI; QUITÉRIO; SANTOS, 2015; GOLINELLI; VIANA, 2017).

Este avanço, somado à pesquisas e testagens, refletiu na área da saúde e no segmento dos cuidados, no que tange ao tratamento, diagnósticos, prolongamento da vida e demandas que antes não tinham soluções. Resultou também no aumento e esperança da expectativa de vida das pessoas, abrindo caminhos para a melhoria na prestação de serviços que atendessem as necessidades da época, principalmente no campo da saúde. Ao ponto de alcançar um nível de atenção para além do coletivo, atendeu as demandas individuais e realizou cuidados específicos, o que fez total diferença na recuperação de muitos (GOLINELLI; VIANA, 2017).

Surge então nesse cenário, o conceito de tecnologias em saúde ou em cuidados. Com o avanço das máquinas, a tecnologia passa a ser inserida dentro do cotidiano assistencial, gerando um certo afastamento dos profissionais de saúde com as intervenções que antes eram realizadas somente pela ação humana, dentro dos cuidados denominados como cuidados contínuos. Com base nisso, as Unidades de Terapia Intensiva surgem munidas de tecnologias de alto padrão, aparelhos refinados, específicos, para atender demandas de saúde gravíssimas. Consequentemente, profissionais começam a ser preparados para atuarem em cuidados tecnicistas. Observa-se a formação de uma dependência da tecnologia atual como meio capaz de gerir, por determinado período, o curso de vida do paciente e orientar o tratamento (VASCO, 2015).

A criação das primeiras UTIs teve início no século XX, nos hospitais norte-americanos, chamando-se salas de recuperação, pela necessidade percebida de oferecer suporte aos pacientes pós operados de grandes cirurgias. No Brasil, as UTIs surgem na década de 60 na cidade de São Paulo, com características singulares no Hospital das Clínicas da Faculdade de

Medicina da Universidade de São Paulo. Mais tarde, em 1968, erguem-se outros locais capacitados para receber indivíduos em condições críticas e instáveis. Nesse setor, pacientes começam a ser acompanhados continuamente, e os cuidados prestados pela equipe da medicina e da enfermagem ganham notoriedade (GOMES, 2011).

Contudo, conforme Gomes (2011) afirma, o grande marco no Brasil na formação das UTIs ocorreu em 1971, no hospital Sírio Libanês, tendo como referência a primeira UTI instalada em um hospital particular. Nela havia 12 leitos e algumas especificidades que se tornaram modelo para organização das demais instituições. O autor aponta, características do local como “(...) área física planejada e funcional, caracterizada predominantemente pela atitude particular da equipe de trabalho: o aproveitamento das facilidades técnicas em um contexto em que o relacionamento humano oferecia segurança e um efetivo apoio emocional.” (p.21). Ou seja, além do local qualificado, a equipe passa a ser preparada e programada para atuar em um cenário diferente, as UTIs.

2.1.1 Divisão das Unidades de Terapia Intensiva

A partir da criação do setor, foi possível dispor a separação de outras especificidades de acordo com o público atendido. Em 2010, o Ministério da Saúde apresenta a resolução que regulamenta o funcionamento dessas unidades e fraciona:

XXVII - Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (UTI-A): UTI destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição.

XXVIII - Unidade de Terapia Intensiva Especializada: UTI destinada à assistência a pacientes selecionados por tipo de doença ou intervenção, como cardiopatas, neurológicos, cirúrgicos, entre outras.

XXIX - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-N): UTI destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias.

XXX - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P): UTI destinada à assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição.

XXXI - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista (UTI-Pm): UTI destinada à assistência a pacientes recém-nascidos e pediátricos numa mesma sala, porém havendo separação física entre os ambientes de UTI Pediátrica e UTI Neonatal (BRASIL, 2010, p. 4).

Além disso, a normativa dispõe de garantias, infraestrutura, recursos humanos, acesso aos recursos assistenciais, processo de trabalho, prevenção e controle de infecções, avaliações, materiais, entre outros aspectos planejados para permitir o bom funcionamento e a qualidade dos atendimentos a serem prestados no setor (BRASIL, 2010).

De acordo com Backes, Erdmann, Büscher (2015), a UTI configura-se como uma esfera munida de cuidados que vão desde aparatos tecnológicos e materiais, até os serviços prestados pelas equipes de saúde. Para isso, são qualificados e treinados, tendo por finalidade monitorar e prestar assistência adequada a pacientes instáveis, graves e recuperáveis. Contudo, devido à complexidade que as demandas se apresentam, os recursos e os procedimentos adotados são considerados invasivos e agressivos. Pela busca constante de salvar aqueles que se encontram no limite da vida e que contam com a assistência que o setor oferece para sobrevivência, a intensidade das ações e vigilância dos profissionais são constantes, e mesmo que alguns venham receber alta, novos chegam.

O regime de hospitalização para o adulto é gerador de sentimentos intensos, medos, angústias, perdas, onde dificilmente há uma preparação precedente, de forma que o encontro com a doença e o hospital viabiliza desequilíbrio no indivíduo. Para a criança, sobremaneira, pode ser gerador de crises e medos. Já na família, pode gerar ansiedade, principalmente quando o ambiente concerne a terapia intensiva, um lugar que carrega em si a imagem de terminalidade e separação. Isto, vem se tornando uma grande dificuldade dentro do cuidado intensivo. Ademais, o ambiente apresenta-se repleto de limitações e normas internas de funcionamento, onde o paciente e familiar encontram dificuldades para adaptar-se (SERAFIM; LIMA, 2016).

Ao falarmos em Unidade Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) é possível reconhecer a presença de conflitos dos envolvidos no encontro com o real que perpassa a relação com a equipe e a instituição. Como meta, deve ser dispensada atenção não apenas à doença física, mas aos aspectos emocionais que envolvem a hospitalização. Por conta da vulnerabilidade da criança e as mudanças que são ocasionadas nesse processo, a equipe deve se sensibilizar a oferecer cuidados diferenciados para o público em evidência. Assim, em vários momentos, é possível criar vínculos que vão além da prestação de cuidados (SERAFIM; LIMA, 2016).

Cabe ressaltar que os termos Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) ou mesmo Centro de Terapia Intensiva (CTI), remetem à similaridade de propostas de trabalho. Todos possuem equipamentos especializados, estrutura equivalente e atuam com foco na recuperação de pacientes críticos, de alta complexidade. Ademais, contam com mesmo quadro de profissionais para atuação em cuidados intensivos, os quais normalmente são conhecidos como intensivistas (NOVARETTI; QUITÉRIO; SANTOS, 2015).

O ambiente de Terapia Intensiva pode ser estressante não só para o paciente, mas para todos que estão em torno do adoecimento e lidam constantemente com situações resultantes desta condição. A equipe de saúde é muito afetada, pois participa diariamente do sofrimento e de diversas outras questões que surgem em decorrência de sua prática. Por vezes, os profissionais são obrigados a tomar decisões que os mobilizam e os abalam. Além disso, as exigências se multiplicam quanto à técnica e a produtividade dessa equipe, o que pode gerar tensão, sofrimento moral, comportamentos com tentativas de evitar o contato com questões dolorosas presentes em seu trabalho (VAN MOL et al., 2015).

Haja vista que o ambiente de UTI é preparado para prestar assistência aos pacientes críticos e os profissionais que estão ali inseridos são treinados e qualificados para o domínio dessas tecnologias, bem como para oferecer cuidado. A atuação dentro dessas unidades possui características específicas e os cuidados exigidos são denominados como intensivos.

2.1.2 Cuidados Intensivos

Um fato marcante acerca de cuidados avançados com pacientes críticos ocorreu no ano de 1850 na guerra da Criméia, com a enfermeira Florence Nightingale, em um projeto embrionário. Foi no cenário de guerras que muitos combatentes morreram e vários outros ficaram gravemente feridos e/ou sequelados. Precisamente, na Segunda Guerra Mundial, houve separação de espaços destinados aos cuidados pós-operatórios. Assim, levantaram ações específicas na tentativa de salvar vidas. A introdução dos cuidados avançados e contínuos, foi fundamental para a recuperação dos combatentes, um público composto por soldados atingidos na batalha (OLIVEIRA, 2017; GOLINELLI; VIANA, 2017).

Os pacientes foram classificados de acordo com o grau de dependência de anteparos. As equipes eram preparadas para o cuidado e recuperação das vidas. Com isso, cada vez mais as ações foram intensificadas de acordo com o aprimoramento das técnicas e necessidades examinadas. Contudo, a equipe ainda não possuía equipamentos específicos e nem contava com a tecnologia de alta ponta, concentrando-se apenas nos procedimentos de cuidados básicos que eram desenvolvidos (OLIVEIRA, 2017).

Nessa perspectiva Backes, Erdmann, Büscher (2015, p.2) afirmam que um ambiente de cuidado:

(...) Deve ser apreendido como um processo circular que leve em conta tanto o indivíduo que necessita de cuidados como também as condições em que o mesmo é realizado, os recursos humanos e materiais disponíveis, as relações

interpessoais, as interações entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares, bem como as interações com o meio ambiente.

Assim sendo, os autores salientam a extrema importância em ampliar o foco fugindo do modelo biomédico em saúde, o que normalmente tende a predominar no ambiente hospitalar, pelo enfoque apenas na patologia. O cuidado integral à saúde, une os saberes e leva em consideração os elementos influentes, o ambiente envolvido e as profundas dimensões. Considerando o sujeito complexo, que influencia e é influenciado pelo meio, o espaço de cuidado, portanto, se apresenta como um todo, vivo, dinâmico e amplificado (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015).

A partir da criação desses espaços de cuidados, Nunes (2017, p.101) explica:

(...) Surgiu assim, a necessidade de dotar os profissionais de saúde, essencialmente médicos e enfermeiros, de conhecimentos teóricos e técnicos específicos, assim como competências relacionais. Foi neste contexto, que surgiram as equipes multidisciplinares, com uma pormenorizada formação em cuidados a doentes em estado crítico.

A ampliação para novos saberes avança e atualmente faz parte de um modelo de atenção integral à saúde introduzido na Constituição Federal de 1988. Esta, assegura a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do estado. A partir da reforma sanitária e da 8ª Conferência Nacional de Saúde, criou-se o SUS, fruto de um longo período de luta da população que era indignada com a assistência oferecida na época (NUNES, 2017).

Tal acontecimento assinala um grande marco no âmbito de saúde no Brasil e possibilita atualmente a oferta de serviços especializados que favorecem o tratamento de doenças e o manejo de condições clínicas, antes consideradas inconcebíveis, como é o caso dos pacientes terminais, normalmente acolhidos nos setores de UTI, pelas equipes multidisciplinares (BRASIL, 2018).

Todos esses acontecimentos trouxeram melhorias a assistência à saúde e abriram caminhos para uma nova prática profissional, o trabalho dos intensivistas. Portanto, esses profissionais se inserem em um campo onde há finalidades a serem alcançadas bem como a existência de normas e critérios estabelecidos pela organização. Tais elementos constituirão os processos em torno do trabalho, e poderão ter influência no desempenho e na saúde dos intensivistas.

2.2 PROCESSOS DE TRABALHO

2.2.1 O trabalho contemporâneo

Ao refletir sobre o trabalho contemporâneo, Dal Rosso (2011) apresenta uma dinâmica que se arrasta na história da organização do trabalho, desde as chamadas escolas de gestão. Dentre os acontecimentos é válido destacar os ensinamentos do Taylorismo, Fordismo e Toyotismo respectivamente, grandes influentes na trajetória do que hoje configura-se o trabalho. Utilizando como ponto de partida o Taylorismo (que orientou a criação das demais escolas) e o Fordismo, percebe-se que essas formas de organizações estruturaram seus métodos de trabalho a partir da produção industrial em massa com uma alienação do processo produtivo. O que visavam reduzir os custos, aumentar a produtividade e a venda, porém desvalorizavam a força de trabalho (RIBEIRO, 2015).

Por outro lado, o Toyotismo utilizou do conhecimento das escolas anteriores, mantendo estratégias que deram certo, em contrapartida inseriu novos métodos que revolucionaram o campo do trabalho. O método entre várias características, propunha produzir de acordo com a demanda e assim ter estoque zero, além disso, exigia dos trabalhadores que realizassem múltiplas tarefas. Apesar das diferenças, é unânime em todas as escolas as buscas intensas por resultados e lucratividade. Nesse aspecto, por volta dos anos 1990 esses modelos de produção e intensidade no labor começam a ser questionados e o termo intensificação no trabalho ganha mais notoriedade, passando a ser desde então, um ponto de discussão e reivindicações por melhorias (DAL ROSSO, 2011).

Como uma suposta forma de progressão nas organizações do trabalho adentrou-se a esse cenário novas tecnologias, a saber, as robóticas, a inserção das máquinas que trouxeram uma reestruturação produtiva mundial, intensificando e alterando os processos produtivos. Fatores que elevaram o grande desemprego e uma maior flexibilização no campo do trabalho. Além disso, o neoliberalismo foi outro evento que contribuiu para atual crise no contexto laboral. Como parte desse plano, ocorreu uma privatização frenética das empresas públicas, desregulamentação de direitos do trabalhador e políticas fiscais que enfraqueceu a classe trabalhadora. Consequentemente, elevou-se o aumento do desemprego formal, a terceirização das empresas e a multiplicação dos trabalhos informais sem direitos. Estes fundamentos fomentaram a alta precarização do trabalho contemporâneo (ANTUNES, 2001).

Todos os acontecimentos intensificaram a competitividade, bem como a proposta do capitalismo, que cada vez mais adentra no campo laboral desenvolvendo novas estratégias para intensificar o rendimento nas empresas, assim como as cobranças e a ampliação das jornadas de trabalho. Parte desse plano começa a ser concretizado com o aumento da concorrência, de forma que, muitas empresas começam a se inserir no mercado e aquelas localizadas nas periferias passam a empreender nos grandes centros levando a visão e o funcionamento semelhante. São nessas localidades que se recrutam muitos trabalhadores, dentre eles, imigrantes internacionais desesperados por trabalho, os quais se submetem aos empregadores com força de trabalho disponível para o assalariamento, sobrecarga de trabalho, diminuição do ganho e precariedade nas atividades propostas (DAL ROSSO, 2011; PINA; STOTZ, 2015).

Sendo assim, é válido destacar que a desregulamentação, a intensificação e a terceirização do trabalho advêm de uma lógica societal em que o capital está acima e a força de trabalho só é válida quando usada para aumentar este capital. Desse modo, há uma crescente redução do proletariado fabril, o aumento da flexibilização e a desconcentração do espaço físico produtivo. Isto, abre caminhos para o novo proletariado fabril, elevando o número de terceirizações e subcontratados, que mais uma vez intensificam o labor, aumentam a precarização e afastam os trabalhadores de direitos, gerando rompimento com os vínculos trabalhistas (ANTUNES, 2001; MACHADO; GIONGO; MENDES, 2016).

No Brasil, por exemplo, acordos sobre a intensidade do trabalho quase nem aparecem no rol das cláusulas de demandas coletivas. Sem êxito nas reivindicações a causa passa a ficar nas mãos de quem contrata, o empregador, que orienta quanto ao ritmo e a intensidade do labor, dando força ao sistema atual de trabalho capitalista, sendo esta a realidade de vários países. Em seus conceitos, o sistema de trabalho capitalista alega que um mesmo trabalhador seja capaz de dar conta de vários equipamentos e tarefas ao mesmo tempo, como princípio da polivalência. Baseado na revolução tecnológica, este princípio se arrasta desde o Taylorismo por diversos países na atualidade e carrega em seus conceitos a redistribuição das tarefas, a intensificação, a intelectualização do trabalho, o voluntariado, as horas extras não remuneradas e a cobrança por bons resultados (DAL ROSSO, 2011).

Desse modo, criou-se de um lado o trabalhador multifuncional polivalente. Indivíduos extremamente qualificados, capazes de lidar com o ritmo do intenso trabalho, operar na produção tecnológica e ainda, na sua dimensão mais intelectual. Por outro lado, a maioria dos trabalhadores, com pouca ou nenhuma qualificação são precarizados e vivenciam empregos

flexibilizados de todos os tipos, bem como baixos salários, informalidade e temporalidade. Entretanto, alguns ainda vivenciam a realidade do desemprego. A vista disso, se constata a intensificação levada ao limite e o enorme número trabalhadores em exploração pelo capital (ANTUNES, 2001).

Como consequência a essa dinâmica, no século XXI o autor Han (2015) chama a atenção para uma nova forma de dominação que se configura. Corresponde à ideia neoliberal que se apresenta nos moldes de dedicação e liberdade, contudo traz a expressão de uma nova forma de exploração e intensificação do trabalho que segue os passos dos séculos passados, todavia, em um formato “velado” e “modernizado”. O que anteriormente era uma dominação externa e disciplinar, no qual havia um sujeito da obediência que recebia ordens superiores, atualmente passa a ser interna, posto pelo próprio indivíduo, numa dominação neuronal. Esta, aponta para uma sociedade do desempenho, que está à beira do esgotamento, sendo categorizada como a sociedade do cansaço.

Com base nisso, transtornos como a depressão, ansiedade, síndrome de *Burnout* são cada vez mais diagnosticados. Esses estados psíquicos são característicos de um mundo dominado pela positividade excessiva, onde a exploração se apresenta. Ao levar a ideia que o indivíduo sozinho é capaz de tudo sendo ele responsável pelo próprio sucesso, de modo que se não conseguir grandes resultados, prosperidade e/ou posições que almeja na vida, é justificado como desinteressado e responsabilizado também pelo seu fracasso. A forma de exploração mais sofisticada do neoliberalismo atual é a do sujeito de desempenho, livre da autoridade externa, do suposto “chefe”, o que se aproxima de um modelo idealizado e perfeito para muitos. Contudo esconde em suas singularidades a autoexploração interna, a violência, a comparação, a extrema intensidade laboral e intelectualizada e os efeitos da culpa atribuída a si mesmo por não conseguir ter o mesmo desempenho que outras pessoas conseguem (HAN, 2015).

Nesse aspecto, é fato que a saúde mental do trabalhador envolve diversos fatores, sendo um deles, o modelo econômico baseado no capitalismo. Ainda não se sabe com exatidão o quanto de prejuízos o trabalho suscita na saúde mental e física do indivíduo, do mesmo modo, o quanto de benefícios este propicia. Possivelmente, em boa parte das experiências um composto desses elementos se faz presentes. Para mais, há uma mutabilidade na ponderação de experiências vivenciadas que pode ser vista como negativa ou positiva, dependendo de cada indivíduo (AEROSA, 2017).

Evidencia-se que as mudanças na forma do trabalho também afetaram a saúde mental dos trabalhadores. A saúde mental não se refere apenas à falta de problemas psicológicos, transtornos ou situações de desequilíbrio. Ela também reporta ao prazer no trabalho, pois este influencia na saúde do sujeito. Sendo assim, a organização do trabalho assume responsabilidades sobre a saúde mental dos indivíduos, bem como, formas individuais de avaliar e gratificar o desempenho promovendo competição ao invés de fortalecer a cooperação, o apoio e a propiciação de um ambiente acolhedor entre os membros. Em contrapartida, incentiva a cooperação vertical apenas entre chefe e subordinados (DEJOURS, 2016).

A ergonomia por meio de seus estudos aponta uma discrepância entre o trabalho prescrito (o objetivo, aquilo que é solicitado), e o real (atividade). Esse encontro com o real, muitas vezes gera frustrações e angústias. O denominado trabalho vivo, é tudo aquilo que o trabalhador realiza a mais, muitas vezes se colocando em risco, submetendo-se a situações conflituosas, sem a intenção de causar danos pelo simples desejo de concluir e alcançar os objetivos estabelecidos. Assim, se o mesmo se propõe a fazer somente o que está prescrito, a organização é afetada, uma vez que muitas questões como incidentes e falhas passíveis de acontecer não são previstas pelos managers (gestão), somente na prática (DEJOURS, 2016).

Em conformidade com o autor acima e as dinâmicas nas quais configuram-se os processos de trabalho, é indiscutível a presença do sofrimento, pois trabalhar é sofrer e este não pode ser considerado como algo neutro. Em muitas situações o padecimento é agravado pela inserção das violências para com o trabalhador. A intensificação e a exploração das mais diversas formas repercutem em prejuízos na saúde dos indivíduos a curto e longo prazo. O que chama atenção é o destino desse sofrimento, que em alguns casos será conduzido e transformado em prazer, trazendo benefícios ao indivíduo. Já em outros, da pior maneira, é repercutido em transtornos, violências e até na morte, como é o caso dos suicídios decorrentes do trabalho.

2.2.2 A violência no trabalho

Pode-se definir a violência de maneira geral, como ação de injustiça e opressão decorrentes do abuso de poder, que normalmente visa favorecer uma minoria. As ações podem assumir diversas formas de apresentação, dentre elas a força física, imposição psíquica, constrangimento moral e normativo, advindos de pessoas individuais e/ou grupos. Para identificá-la, é pertinente elencar alguns elementos que a compõem. A violência tem como finalidade manter um poder a todo custo, privilegiar um grupo, retirando dos demais a força e

esperança de um futuro melhor. Ela pode ocorrer de forma velada (subjetiva, indireta) ou de forma declarada (clara e direta). Além disso, pode se manifestar no âmbito social em cinco formas distintas (FARIA, 2013).

No que concerne ao campo do trabalho, há três maneiras distintas de apresentação, sendo elas a econômica, onde há formas injustas de pagamento, gratificação pelo trabalho prestado; a política que se refere aos processos de poderes e dominação sobre a organização e por último, a psicossocial, no campo subjetivo e perspicaz da violência. Na prática, pode ser vista por cinco áreas diferentes, como explicitado no quadro abaixo (FARIA, 2013):

Quadro 1 - Aspectos da violência no trabalho e suas manifestações.

ASPECTO	DECORRÊNCIA	MANIFESTAÇÕES
1° Violência sobre o corpo do trabalhador	Resulta de longas jornadas de trabalho, intensificação do seu ritmo, tarefas rotineiras e repetitivas, trabalhos de risco e insalubres.	Dores crônicas por esforço repetitivo (exemplo: LER/DORT); Dependência de substâncias químicas (medicações, álcool, drogas); Doenças (úlceras, problemas cardíacos, tumores)
2° Exploração dos aspectos psicológicos	Energia investida para favorecimento apenas a organização. Lógica do sistema de capital.	Medo de ser demitido; Angústias; Ansiedade; Competição; Frustração
3° Reprodução dos meios sem questionamentos; alienação;	Visão de valores morais naturalizado, que a sociedade carrega sobre o trabalho	Cumprimento de "papéis" impostos sobre a profissão; visão limitada sobre sua capacidade e sobre exploração que se submete; não questionamento das inclinações por interesses individualistas.
4° Ações normativas, instituídas na sociedade	Práticas de trabalho alienadas	Burocratização que afastam as pessoas dos direitos da democracia; exploração interesse individual, pragmatismo; utilitarismo; sustentação da coesão social
5° Manipulação dos símbolos, fantasias, docilização dos corpos e da alma.	Expectativas; desejo de reconhecimento e crescimento; idealizações; promessas utópicas	Privilégios individuais; propostas tentadoras; relações de favorecimento com superiores; trabalhadores como parte de uma família; colaboradores da organização.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2021.

A violência no trabalho consiste em acontecimentos que geram sofrimento ao trabalhador, resultando em ameaças ao bem-estar do sujeito pelo seu exercício profissional. No âmbito da saúde, essa violência é considerada pela OMS como uma epidemia mundial, devido a quantidade de casos registrados, principalmente, entre os profissionais da saúde. Desse modo, a literatura brasileira aponta os profissionais de enfermagem como os mais atingidos pela violência, posto que, 77% dos enfermeiros (as) são agredidos (as) no trabalho. Por estarem na linha de frente da assistência, sofrem diversos tipos de violências, sendo mais comuns a violência verbal e o assédio moral, seguido da psicológica, por fim, da violência física. Estas, impostas principalmente pelos pacientes e acompanhantes (CREMESP, 2017; OSHO 2016; BAPTISTA et al., 2017).

O trabalho carrega em sua concepção original questões ligadas à dor e o sofrimento. Apesar das constantes transformações positivas, sendo o trabalho contemporâneo em muitos casos já atrelado ao sentido de vida, estudos ainda apresentam alta prevalência de adoecimento associado ao contexto laboral. Além disso, há algumas profissões associadas a um maior risco de adoecimento psíquico como é o caso dos profissionais que atuam nas UTIs.

2.3 O TRABALHO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

2.3.1 Adoecimento Psíquico dos Trabalhadores da Saúde

O hospital é considerado um ambiente dotado de cuidados e tecnologias em saúde e as equipes são responsáveis por promover e gerir esse cuidado. Sobre o sistema de saúde, Nunes (2017, p. 78) discorre:

As organizações de saúde são exemplos de estruturas organizadas, mas complexas, com pessoas que desenvolvem as suas atividades em situações emocionalmente esgotantes, como a doença e a morte. O objetivo mais importante de uma organização de saúde é prestar cuidados diferenciados aos utentes. A Missão das várias organizações de saúde nacionais, é a de prestar cuidados de saúde de qualidade, articulando as suas atividades com outros serviços de saúde e outros recursos da comunidade, investir na competência e motivação dos profissionais, concretizando a sua responsabilidade social de manter a qualidade com a mais elevada eficácia e eficiência. Faz também parte das responsabilidades de uma organização de saúde promover a formação dos seus profissionais, valorizar a investigação e aplicar os conhecimentos científicos na prestação de cuidados.

Tal conceito remete tanto às instituições públicas quanto às privadas da atenção terciária, bem como, ao programa do SUS que objetiva garantir o direito das pessoas de serem assistidas, não só na recuperação, mas na promoção de saúde e prevenção de doenças. Oferecer atenção integral às necessidades dos utentes é o objetivo do sistema, por meio de intervenções,

equipes e operações especializadas. No contexto de UTI é habitual a performance das denominadas equipes multidisciplinares (NUNES, 2017).

Por conseguinte, Elias et al. (2015) delineiam como um conjunto de saberes, atuando por um objetivo em comum, o paciente. Entretanto, contrastam em suas opiniões e apresentam condutas independentes, por vezes isoladas. Os autores salientam a importância que o trabalho das equipes seja realizado com um foco interdisciplinar. Isto é, valorizando o aporte de todos como relevante para o tratamento, e não apenas o domínio médico. Logo, a equipe atua de forma colaborativa, como um time, que tem em seu propósito integração e cooperação coletiva com atenção centrada no paciente.

Apesar da efetividade da organização, as exigências exercidas sob as equipes de intensivistas ampliam-se. Além do conhecimento técnico-científico, o domínio teórico como requisito para atuação e a necessidade de integração, esses profissionais precisam desenvolver habilidades práticas, a saber de adaptação às mudanças rápidas, manejo com situações adversas, questões emergenciais, responsabilidade na tomada de decisão imediata, destreza manual, aptidão para trabalhar em equipe e acima de tudo, serem capazes de manter o equilíbrio emocional, apesar das circunstâncias advindas do trabalho. Ademais, é um local onde erros são quase inadmissíveis, por comprometer vidas (NUNES, 2017).

Destarte, há um entendimento da UTI como um espaço que produz saúde e tratamento. Em contrapartida, também suscita adoecimento em muitos profissionais pela rotina estressante e rígida que se apresenta. As complexidades provocam nos profissionais um estado de constante alerta, por consequência, despende grande força de trabalho física e psíquica. Além disso, a necessidade urgente do modelo de assistência carrega tensão e extrema responsabilidade, tendo desdobramentos na saúde da equipe diretamente envolvida no cuidado, a ponto de ser visto e recebido como um local de sobrecarga (DA LUZ; VARGAS, 2017).

Os resultados da revisão sistemática de Van Mol (2015) exibiram preponderância nas produções compiladas ao apontar a UTI como um ambiente estressante que configura um alto risco de adoecimento psíquico nos profissionais que nela atuam. De acordo com a literatura, a inserção nesse espaço, a vivência cotidiana com situações melindrosas e decorrências incertas, produz no sujeito estresse, desgaste emocional e físico, ansiedade, depressão e sentimentos diversos (VANDEVALLA et al., 2017).

Do mesmo modo, Opgenorth (2018) confirmou em sua pesquisa com profissionais da UTI, que a capacidade tensa e sobrecarregada da UTI tinha desdobramentos, inclusive, na carreira do especialista, a ponto de gerar um desestímulo na busca por crescimento, aperfeiçoamento e seguimento na área. Novamente, contribuindo para surgimento demasiado

de estresse, acompanhado da desmotivação, cansaço, esgotamento profissional, acarretando mais tarde alguns afastamentos.

Cabe salientar, que a população mundial vivencia na atualidade um cenário caótico, anunciado por um vírus invisível que tem obrigado as pessoas a desenvolverem estratégias para proteção, como o isolamento e o ficar em casa, sendo esta, a estratégia mais segura e eficaz, segundo as campanhas gerais lançadas pela mídia e pelas autoridades competentes. Contudo, profissionais da saúde não têm este direito de escolha. A maior parte deles saem de casa e vão para uma espécie de campo de batalha, onde ninguém sabe se voltará para casa bem (G1, 2020; RANGACHARI, WOODS, 2020).

Nos serviços de saúde, recebem repetidamente pessoas em estado crítico, acentuado pelos efeitos do vírus. Alguns profissionais presenciam colegas serem contaminados e outros até perderem a vida. Esse incidente tem produzido grandes desdobramentos na saúde física e emocional, principalmente, dos envolvidos na linha de frente, como profissionais da saúde que compartilham dores decorrentes da assistência (G1, 2020; RANGACHARI, WOODS, 2020).

A partir do exposto, não é novidade que o ambiente de UTI seja insalubre e ofereça perigo ao trabalhador. Contudo, grande parte dessa insalubridade é assinalada por questões relacionadas a comportamentos das equipes que poderiam ser modificados. Por essas e outras razões, os autores afirmam a necessidade de colocar em prática as políticas de atenção à saúde direcionadas a esse público, bem como, desenvolver educação em saúde visando melhorar o ambiente de trabalho e sua qualidade de vida. Pesquisas apontam maiores propostas de intervenção voltada ao público de enfermagem, pois consideram a categoria mais vulnerável ao adoecimento, pelo contato direto com os pacientes (PEREIRA et al., 2015).

O termo inglês *Burnout* vem do verbo “*to burn out*” que traduzido à língua portuguesa significa queimar por completo, esgotar-se ou desgastar-se. O mesmo tem origem a partir do psicanalista Freudenberg, em 1974, diante de sentimentos de fracasso, frustração, fadiga e esgotamento vivenciado na profissão como consequência ao excessivo desgaste no trabalho, aborrecimento, irritabilidade, dentre outros fatores contribuintes para o quadro que na sua forma extrema, pode levar à incapacidade física ou emocional no trabalho, trazendo como principal sintoma, o esgotamento profissional. Daí a denominação de síndrome de *Burnout* ou síndrome de esgotamento profissional (REVISTA ELETRÔNICA ACERVO SAÚDE, 2020).

O estresse em seus primeiros achados, surgiu como definição para expressar sentimentos do tipo opressão, aflição e dor moral. Era comumente presente ao apontar o fenômeno de *Burnout*, corriqueiro no meio profissional e considerado como o famoso descontentamento, desprazer e esgotamento no trabalho. Atualmente, o estresse é conhecido

como um agente capaz de produzir alterações fisiológicas no corpo e advém de diversos fatores, sendo um fenômeno presente em quase todas as doenças, atrelado inclusive, no desencadeamento de manifestações patológicas. Em contrapartida, também pode ser apontado como um fenômeno adaptativo, de desempenho ou sobrevivência, por vezes, chega a ser vinculado à ansiedade (NUNES, 2017).

Portanto, Calle, Bueno e Delgado (2017) apontam que os profissionais de saúde por atuarem de forma intensa no trabalho, em especial nas UTIs, apresentam um grau de entrega significativa em favor da vida e recuperação de seus pacientes, de modo que, diante do sucesso no investimento de sua energia e nas atividades que executam, se realizam. Em consequência, são reforçados pelo reconhecimento de familiares, pacientes e sociedade, que reduz o sofrimento. Contudo, quando o contrário acontece, as coisas não saem como o esperado, o desgaste emocional e profissional se manifesta. Caso isso interfira nos cuidados com a própria saúde, surge então a chamada síndrome de *Burnout*.

Assim sendo, os autores reconhecem que o esgotamento emocional no trabalho hospitalar goza de consequências conforme exposto no quadro abaixo:

Quadro 2 - Consequências do Esgotamento Profissional.

CONSEQUÊNCIAS NA SAÚDE DO PROFISSIONAL
<ul style="list-style-type: none"> ● Sintomas físicos: cansaço, esgotamento, mal-estar geral, disfunção sexual, alterações menstruais, cefaleias, enxaquecas, dores musculares, insônia, distúrbios alimentares, problemas cardiovasculares e gastrintestinais, disfunção imunológica e aumento da suscetibilidade a infecções.
<ul style="list-style-type: none"> ● Manifestações de conduta: vício em drogas, abuso de ansiolíticos, alcoolismo, alterações de humor, irritabilidade, agressividade, falta de concentração.
<ul style="list-style-type: none"> ● Problemas emocionais: esgotamento emocional, disforia, distanciamento afetivo, ansiedade, depressão, culpa, solidão, frustração, impotência, apatia, desconfiança, cinismo, hostilidade, distanciamento, baixa autoestima, desejos de abandonar a profissão.
<ul style="list-style-type: none"> ● Desajustes sociais: atitudes negativas em relação à vida, descuido da vida pessoal (familiar, conjugal e social), uso impróprio do tempo livre e do ócio.
CONSEQUÊNCIAS NAS RESPONSABILIDADES ASSISTENCIAIS
<ul style="list-style-type: none"> ● Insatisfação e deterioração do ambiente profissional: escassa participação nas atividades do serviço, relações interprofissionais precárias, ironia, sarcasmo, hostilidade.

<ul style="list-style-type: none"> ● Diminuição da qualidade do trabalho e da produtividade: contato reduzido, comportamento mais frio e distante com o paciente; medicina defensiva.
<ul style="list-style-type: none"> ● Absenteísmo.
<ul style="list-style-type: none"> ● Aumento da rotatividade.
<ul style="list-style-type: none"> ● Acidentalidade.
<ul style="list-style-type: none"> ● Abandono da profissão.
<ul style="list-style-type: none"> ● Custo econômico.

Fonte: Adaptado de Calle, Bueno e Delgado (2017).

Congruente ao exposto, outras pesquisas apresentaram consequências na saúde mental dos profissionais intensivistas decorrentes da sua atuação. Resultados de Machado et. al, (2018) revelou que 61% dos enfermeiros pesquisados sofriam de estresse com predomínio da fase de resistência. Do total de participantes 33% exibiram sintomas de depressão e cerca 99.9% traços de ansiedade. Van Mol et. al, (2015) em uma revisão sistemática reuniu uma gama de produções relacionadas ao sofrimento emocional em profissionais intensivistas. Questões como ambiente de trabalho, papel do ocupacional e conflitos foram alguns elementos influentes desse desfecho.

Esse quadro pode ser manifesto também pelas jornadas assumidas, a intensidade que o trabalho se configura, o excesso do labor, bem como por negligenciar os momentos de descanso, ou mesmo estar sempre conectado ao trabalho, ainda que não seja o dia de escala.

2.3.2 Jornada de trabalho e as pressões

A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) define no artigo 58 a normativa referente a duração de trabalho. Para empregados de qualquer empresa privada, o prazo máximo é de oito horas diárias, podendo ser estendido a mais 2 horas extras. Quanto ao descanso, o artigo 66 e 67 orienta que entre duas jornadas trabalhadas, o trabalhador gozará de 11 horas de descanso por dia, e um dia com 24 horas ininterruptas por semana. Essa normativa se aproxima também aos estabelecimentos públicos (CLT, 2017). A esse período de horas empenhadas, a disposição da empresa é chamada de jornada de trabalho.

Desse modo, o trabalho é um influente determinante das condições de saúde dos indivíduos, sendo capaz de gerar renda, suprir necessidades básicas em condições adequadas, proporcionar bem-estar, concretizar projetos, desenvolver relacionamentos interpessoais e permitir inclusão social, sendo estes, elementos valorosos para a saúde. Em contrapartida, pode

desencadear adoecimento, transtornos, doenças, mal-estar, vulnerabilidade, e outros, a depender das circunstâncias que é concebido. Portanto, necessita de um olhar voltado às relações entre trabalho e fatores predisponentes ao processo saúde-doença (BRASIL, 2018).

Algo que também é muito comum na equipe multiprofissional é a falta de reconhecimento salarial. As dificuldades vivenciadas com uma renda que não supre as suas necessidades, motivam muitos profissionais a assumirem outras jornadas de trabalho, perpassando o permitido para a sua categoria e viabilizando o comprometimento da saúde física e mental. Tanto em relação ao excesso de trabalho, esforço físico e mental, quanto à falta de tempo para dedicação ao cuidado com a saúde, a execução de atividades livres, lazer, exercícios físicos. Vivendo em estado de alerta e pressão cotidianamente (LIMA et al., 2015).

A prestação de serviços em um contexto hospitalar requer muito dos servidores, inclusive, nos setores de terapia intensiva. Profissionais que atuam mais adjunto ao paciente, por estarem em uma posição que exerce atividades primordiais no tratamento, consequentemente, demandam maior tempo, responsabilidade e labor. Como é o caso da equipe de enfermagem, que relatam vivenciar grandes pressões decorrentes de sua prática. A soma das jornadas de trabalho exaustivas e dos baixos salários levam esses profissionais a ocuparem os maiores índices de adoecimento e afastamento no trabalho em comparação aos demais intensivistas (SOMBRA, 2019).

A organização do trabalho frente a exposição a elementos agressores, pressões constantes e formas de gerenciamento abusiva, podem ser fatores desencadeantes de adoecimento psíquico. Como aponta o caderno de atenção básica à saúde do trabalhador e trabalhadora, Brasil (2018, p. 86):

Entre os aspectos relacionados à organização do trabalho, destacam-se a pressão pelo desempenho e por produtividade, os mecanismos de controle, tarefas fragmentadas, ritmo de trabalho acelerado, falta de controle sobre a execução da tarefa, divisão entre planejamento e execução, longas jornadas de trabalho, com poucas pausas, turnos alternados, trabalho noturno, ritmo intenso, modos de gerenciamento rígidos, desrespeitosos, pouco flexíveis e/ou excessivamente normatizados, que não consideram as diferenças e vulnerabilidades dos(as) trabalhadores(as). As condições físicas, químicas, térmicas e psicossociais de trabalho também podem ser determinantes de sintomatologia psicopatológica. As características da organização do trabalho têm sido apontadas como determinantes de sofrimento psíquico e adoecimento mental relacionado ao trabalho. O estímulo à competitividade e à individualidade contribui para a quebra da solidariedade entre os pares, reconhecida como protetora da saúde. O assédio moral é um risco psicossocial com alto potencial para causar danos ao (à) trabalhador (a) e aos (às) colegas de trabalho (testemunhas), produzindo manifestações físicas e psicológicas,

como, por exemplo, episódios depressivos, alcoolismo crônico, transtornos do sono e síndrome de *Burnout* ou de esgotamento profissional.

Além disso, a política de atenção ressalta o risco para eclosão de transtornos mentais, como quadros ansiosos, estresse pós-traumático e a síndrome de *Burnout* especialmente em profissionais envolvidos com assistência às pessoas, pelo fato de lidar diretamente com a vulnerabilidade humana, envolvendo investimento afetivo e pessoal do trabalhador ao se deparar com dilemas do ser, como a doença, a dor e a morte (BRASIL, 2018).

Neste aspecto a comunicação e o relacionamento não só entre as multidisciplinas, como a relação interpessoal deve ser desenvolvido com qualidade entre equipe, o que serão de extrema importância para fortalecer os indivíduos ante aos conflitos vivenciados no trabalho.

2.3.3 Relação com os colegas, pacientes e familiares

A hospitalização, o diagnóstico de uma doença grave e/ou o estado crítico de saúde, são acontecimentos dramáticos tanto para o paciente, quanto para a família. A equipe de saúde participa das situações de emergência, sendo responsável por administrar tais condições. No entanto, não estão imunes de também serem afetados. O trabalho em terapia intensiva é árduo, envolve situações de conflitos, estresse, pressão, inclusive entre a equipe. A comunicação e o respeito são ferramentas fundamentais para gerir conflitos e cultivar um relacionamento amistoso entre os profissionais, visto que, o quadro influi no desempenho e andamento das atividades na UTI (SOUZA; ALGERI; LIMA, 2017).

Nesse processo, Pettengill e Souza (2011) apresentam os três diferentes públicos presentes na UTI que necessitam de suporte. O paciente pode ser a criança, o adolescente, o adulto ou o idoso, todos estes são marcados pelo sofrimento físico e emocional, pela solidão, e pelo medo do desconhecido, de não voltar para casa. A família que acompanha fica ansiosa, insegura, manifesta medo da perda e sentimentos ambíguos, e apresentam a necessidade de estar junto com o paciente. Do outro lado, a equipe que presta cuidados sofre com a responsabilidade, as dificuldades com a comunicação, a ausência de autocuidado, as sobrecargas físicas e emocionais.

O grande desafio da assistência é humanizar o cuidado em saúde. Essa humanização começa desde o profissional, no seu relacionamento em equipe, na habilidade de comunicar-se, nas discussões de rotinas acerca das melhores condutas a serem adotadas, na disposição ao ouvir e considerar outras formas de atuação, se propondo a afastar-se de posturas rígidas e reducionistas. O SUS dispõe de uma política específica para a atuação da Política Nacional de Humanização (PNH). Essa conduta adotada em ambientes complexos como a UTI, tem efeitos

positivos no relacionamento equipe-paciente-família, estreitando os laços que influem no tratamento e na assistência, proporcionando um ambiente acolhedor e caloroso (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017).

De igual modo, percebe-se que a UTI regularmente recebe pacientes além do que comporta, sobrecarregando não só o espaço físico, mas também os profissionais que atuam nesse setor. Isto pode interferir na segurança e qualidade dos atendimentos. Fatores como o aumento de risco do quadro do paciente, incumbências excessivas de trabalho, feedback desfavorável, insuficiência de profissionais, atritos com a equipe, familiares e/ou acompanhantes, reforçam a percepção da sobrecarga e tensão dentro das UTIs. Pesquisas apontam que este cenário pode afetar, inclusive, a satisfação da família e dos pacientes quanto ao atendimento prestado. Por isso, podem assimilar o atendimento como uma assistência de pouca qualidade, e portar-se de forma descontente com o serviço (OPGENORTH, 2018).

Diante dessa conjuntura, cabe a orientação e o suporte às pessoas que são afetadas no universo hospitalar:

É comum os familiares demonstrarem estresse, ansiedade acentuada, com queixas de alteração de sono e falta de apetite. Tendem a fazer muitos questionamentos em relação às condutas e rotinas, têm a necessidade de entender todos os procedimentos, como uma maneira de se sentirem mais participativos e menos distantes e impotentes no próprio tratamento, o que gera dificuldades na relação destes familiares com a equipe e neste momento a atuação da (o) psicóloga (o) como um intermediador da relação família/equipe se configura de fundamental importância a uma adequação mais saudável desta relação (CFP, 2019. p. 65).

Portanto, torna-se essencial na fase crítica do cuidado o suporte psicológico, realizado pelo psicólogo, membro da equipe multidisciplinar. Este profissional prestará assistência ao sujeito hospitalizado, à família e aos profissionais de saúde, enquanto necessário. O Conselho Federal de Psicologia (2019), enfatiza a atuação desse profissional como facilitador e decodificador de uma comunicação que vai além do discurso.

Dentro desse processo de contato no hospital, a comunicação torna-se a ferramenta primordial, mencionada em outras produções bibliográficas como uma das principais estratégias interventivas. Em alguns estudos evidenciou-se que o diálogo estava atrelado a percepção da família de satisfação quanto à assistência prestada (CICEKCI et al., 2017; MIDEGA, OLIVEIRA, FUMIS, 2019; MADUREIRA et al., 2019; CFP, 2019). A habilidade comunicativa promove a dissolução dos conflitos, aproxima as pessoas, possibilita o relacionamento e o esclarecimento dos objetivos da assistência. Além disso, é o elo que liga a tríade paciente-equipe-família, anunciando sobre os desejos do paciente, que muitas vezes não

conseguem responder por si só sobre as preferências nos cuidados terminais, e propõem artifícios para o manejo do estresse voltado aos profissionais de saúde (OPGENORTH, 2018).

Normalmente, gera-se um grande sentimento de derrota quando a equipe investe muito esforço, acreditando na recuperação de um paciente, e este chega ao óbito. Adiante encontram obstáculos em sua profissão para falar ou expressar devidamente essa dor, silenciando-a. Esses acontecimentos levam os profissionais a elaborarem estratégias de proteção diante da forte carga emocional que vivenciam. Muitos acabam criando barreiras de distanciamento dos pacientes, com o propósito de separar o vínculo pessoal do profissional. Apesar das dificuldades, o relacionamento interpessoal entre os colegas de trabalho e a família é visto como fonte de apoio. Geralmente, contribui para grandes aprendizados com a perda, sendo acomodados com o tempo (VEGA-VEGA, 2019).

Desse modo, percebe-se que além das dificuldades na relação com a tríade paciente-família-equipe o acontecimento de morte é outro fator desmotivador na prática profissional. Para muitos intensivistas, o fato de gostar de trabalhar em UTI pode estar associado à recuperação de muitos pacientes em que acompanham, o que seria uma espécie de gratificação para tanto investimento e sofrimento. Contudo, a morte contraria essa visão, uma vez que foge do controle dos profissionais do cuidado que ainda seguem buscando formas de lidar com algo que é tão presente na UTI.

2.4 LIDANDO COM A MORTE E O LUTO NO TRABALHO

A morte é um acontecimento misterioso e complexo, todavia, uma certeza da existência, tal como o nascimento. Na história, mortes decorrentes de enfermidades, doenças e infecções eram consideradas um acontecimento natural. Época em que as enfermidades fugiam do controle da medicina, até o surgimento dos antibióticos. Esse grande evento marca a história da medicina em 1930, revolucionando o campo da saúde de modo a prolongar a expectativa de vida das pessoas. Contudo, alterou-se a percepção de muitos sobre os processos de morte, provocando mudanças na organização do amparo, sendo priorizado a cura e o controle das doenças (FORTE, 2011).

Um dos motivos da UTI ser encarada como local de tensão e hostilidade, reporta ao aspecto da gravidade e terminalidade implicados. Pacientes, familiares e até profissionais entram numa luta travada, recorrendo à UTI, à tecnologia e à equipe disposta nos cuidados, por acreditarem serem capazes de se evitar a morte, gerando maior sofrimento em todos. Apesar das tentativas de evitação, ou mesmo de contenção, a morte permanece presente, de forma

inevitável segue permeando a rotina, a realidade e os pensamentos dos envolvidos (VICENSI, 2016).

Entretanto, compreende-se que falar de terminalidade não significa tempo de vida, mas sim, condição clínica que anuncia uma doença sem possibilidade de cura que pode durar, horas, dias, meses ou anos. É comum nesta situação eclodir um olhar para o paciente terminal como se já tivesse chegado ao seu fim, a ponto de reduzir o sujeito apenas a dimensão física e a doença. A morte anunciada traz a angústia do tempo, onde cada minuto torna-se precioso. Contudo, possibilita também a preparação e a organização para partida quando a mesma é aceita. Isso proporciona a experiência de enxergar o sentido da vida, e promove encontro com aqueles que presenciam o fenômeno, numa reflexão riquíssima sobre sua própria finitude (ARANTES, 2019).

É incontestável que o avanço tecnológico e as descobertas que possibilitaram maior expectativa de vida, foram extremamente importantes para o campo da saúde. Os tratamentos viabilizados, os locais especializados e a melhoria do bem-estar, salvou muitos que antes não tinham nenhuma possibilidade de cura. Em contrapartida, tem afastado alguns dessa reflexão de sentido da vida, e outros da experiência de sua finitude sem tanta dor, ou ser invadido, gerando um sofrimento maior no processo não só para paciente, mas para aqueles que o circundam. Profissionais de saúde, por exemplo, fazem parte desse encadeamento, afetam e são afetados por uma conjunção corriqueira no seu exercício ocupacional, atribuindo a si mesmo a responsabilidade de manter a vida, quando isto configura-se em um processo natural. Logo, a morte gera sentimentos de fracasso, impotência e incapacidade, levando muitos a depressão, e ao esgotamento profissional em função da dificuldade de lidar com tais conflitos (VICENSI, 2016).

Por sua vez, a correlação atual tocante ao controle da morte e ideais de cura reforçam a incompreensão da finitude, principalmente frente ao público infantil. Sensações de perda, angústia, fraqueza, fadiga física e emocional fazem parte do roteiro, sobretudo, em setores de alta complexidade. Contudo, o apoio social e o reconhecimento dispensado à equipe contribuem para o enfrentamento desses encargos. Pesquisas afirmam que o reconhecimento do vínculo presente entre o profissional e o paciente suscita atenção, cuidado por parte dos colegas e a organização de estratégias para reduzir esse sofrimento, sendo apontado como extremamente relevante no enfrentamento (VEGA-VEGA et al., 2017).

Lidar com o fim da vida, provavelmente é um dos sumos desafios enfrentados pelos intensivistas, e quando não elaborado adequadamente, oferece riscos à saúde emocional dos mesmos. É evidente que a falta de preparação para as ocorrências, a resistência e a inabilidade

de ressignificar tais vivências, apontam prejuízos futuros. Ao considerar a ocorrência das mortes na UTI, se os lutos não são elaborados adequadamente, o profissional torna-se suscetível a quadros de estresse, progredindo ao adoecimento mental, físico e também à exaustão ocupacional. O luto antecipatório, facultado pela morte anunciada, é considerado benéfico para o enfrentamento dessas condições, sendo a formação e preparação profissional sobre os processos de morte primordial (NUNES, 2017).

Estudos realizados com a equipe de enfermagem de uma UTI pediátrica, comprovam tal dificuldade acrescida à falta de recursos para lidar com determinadas situações, pois acreditam e estão inseridos em uma sociedade que resiste em ver a morte como fenômeno natural, principalmente, perante um público onde não se espera a ocorrência do luto tão depressa. Além disso, há um envolvimento com os pacientes e o local de trabalho, visto como um espaço onde recebem e oferecem suporte e afeto, não separando o pessoal do profissional. O estreito relacionamento que desenvolvem com esses pacientes refletem, posteriormente, maiores dificuldades para lidar com a morte e o luto (SOUZA; CONCEIÇÃO, 2018).

Atualmente, a morte natural pressupõe um processo que evolui independente das tecnologias e recursos investidos. No ápice das tentativas surge o famoso discurso “não há mais o que fazer”, quando a doença atinge uma proporção sem mais perspectiva de cura. Chegar a esse ponto da existência carrega uma incompreensão por parte de muitos, principalmente, dos responsáveis pelo cuidado. Os profissionais da saúde que só aprenderam sobre doenças lidam com um sentimento de fracasso constante, o que leva a ponderação de insatisfação e descontentamento no trabalho que realizam. Esses aspectos fazem parte de uma formação deficitária que não fala sobre a morte, podendo mais tarde, resultar em adoecimentos (ARANTES, 2019; SANTANA; PESSIMI; SÁ, 2015; VEGA-VEGA et al., 2019).

Contudo, a ciência prova que muito há o que fazer pelo paciente desenganado na sua doença, com a inserção dos Cuidados Paliativos (CP). O conceito para esse tipo de cuidado é amplo, infelizmente ainda mal-entendido pela sociedade, até mesmo pelas equipes de saúde. No Brasil, é visto como ação de sedar o paciente e esperar que ele faleça. Pelo mesmo motivo, os hospitais seguem reproduzindo uma assistência mecanizada, biológica num ideal de cura inconcebível. Portanto, cuidados paliativos correspondem à ação de considerar a morte como inerente à vida, suprimindo procedimentos fúteis e considerando o sujeito em todas as suas dimensões, visando oferecer bem-estar físico, emocional, familiar, social e espiritual. Comprova-se que pessoas que trabalham com pacientes terminais, têm índices altíssimos de exaustão profissional, resultado antagônico relacionado àqueles que atuam com CP (ARANTES, 2019).

Por fim, a partir do cenário apresentado (Vicensi, 2016, p.67) aponta:

Da análise desses estudos, pode-se depreender que as mesmas dúvidas, medos ou crenças da população em geral estão presentes na vida dos profissionais de saúde e que esses estados não podem ser anulados por completo quando se está no exercício da profissão; ao contrário, quando se pensa em um trabalho humanizado, esses sentimentos devem ser vivenciados e considerados, sobretudo em situações extremas, como é o caso dos pacientes terminais ou em estado grave. Reconhecer que os profissionais são antes de tudo seres humanos, envolvidos num complexo de emoções e responsabilidades, é o primeiro passo na promoção de seu adequado preparo para lidar não apenas com os próprios sentimentos, mas também com outros profissionais, familiares e, especialmente, a pessoa doente.

Esbarrar com a morte do outro é tão instigante quanto avistar a própria, pois remete às fragilidades humanas e conduz à reflexões. Nesse sentido, há na visão do autor, um aspecto paradoxal do trabalho que realizam. Por vezes são impulsionados e incentivados a manter a vida, afastando a morte. Mas em contrapartida, estão envolvidos diariamente com ela. Por mais que sigam e elaborem estratégias de defesa para o não envolvimento pessoal, se percebem na prática incapazes de exercer tamanho distanciamento emocional, visto à condição humana (VICENSI, 2016).

Além disso, surgem momentos na prática profissional em que o acontecimento de morte é ainda mais frequente e esse sentimento de frustração, o sofrimento intensifica-se. Como é o caso das doenças virais, infectocontagiosas graves, o que pode ser visto na atualidade diante dos impactos causados pela COVID-19.

2.5 IMPACTOS DA PANDEMIA COVID 19 NA SAÚDE MENTAL

Desde dezembro de 2019, o mundo inteiro acompanha o drama causado por um vírus que teve seu início em Wuhan, no sul da China, o qual meses depois se propagou de forma rápida e catastrófica aos demais países, abalando muitos. Desse modo, em janeiro de 2020, o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE), foi acionado para o novo Coronavírus (COE – nCoV). Hoje, considerada uma das maiores pandemias vivenciadas em toda história do mundo, continua a registrar novos casos de infectados e milhares de mortes diariamente por todo planeta (BRASIL, 2020).

A doença propagada pelo vírus Sars-CoV-2, apresenta um alto risco de contágio, é transmitida por meio de gotículas respiratórias durante a fala, tosses, espirros, procedimentos de intubação e/ou contato próximo à pessoa infectada. A população mais vulnerável para a

contaminação da doença, são os profissionais de saúde que lidam rotineiramente na assistência desses casos. Os sinais e sintomas comuns da covid-19 são semelhantes aos de um resfriado, podendo progredir para infecções graves como, síndromes respiratórias, cardíacas, gastrointestinais, bem como, afetar pacientes que já apresentem fragilidades e comorbidades sistêmicas, causando vários prejuízos, e até mesmo a morte (BRASIL, 2020).

Cabe ressaltar também que foi numa condição semelhante à pandemia atual, que surgiram os primeiros respiradores, motivando a proposta do que hoje é conhecido como UTI. Os cuidados oferecidos nesses espaços, pelas equipes multidisciplinares fazem parte dessa grande história (GOLINELLI; VIANA, 2017). De igual modo, o cuidado intensivo e as unidades de terapia têm sido primordiais na atualidade para a recuperação de muitos pacientes vítimas da covid-19.

Dados fornecidos pela OMS demonstram que apesar de muitas pessoas serem acometidas pela doença, 40% dos casos, manifestam-se em grau leve, outros 40% em grau moderado, e 15% apresentam sintomas graves, necessitando de internação hospitalar. Entre os pacientes que recebem hospitalização, 75% deles apresentam estado grave e 25% são classificados como críticos. Sendo assim, há utilização da ventilação mecânica, sendo a oxigenoterapia um método de tratamento recomendado para esses casos. A UTI é o setor que mais recebe os pacientes acometidos pelo vírus, porém, requer preparação, insumos, estrutura física e equipe capacitada para oferecer assistência (ONU, 2020).

Diante disso, os profissionais de saúde constituem um grupo de risco para o vírus, devido à exposição que o trabalho os coloca, uma vez que atuam diretamente no contato aos pacientes infectados, havendo alto risco de contágio do vírus em virtude das milhões de partículas liberadas. Ademais, estão vulneráveis não só aos riscos físicos da doença, como também, às condições psicossociais e fatores voltados às condições do trabalho. Identifica-se um alto nível de estresse nos atendimentos prestados, além do vasto medo de contaminação. Na gestão desses locais observa-se faltas e falhas que geram inseguranças, cansaço, medidas de proteção insuficientes, entre outras questões (TEIXEIRA et al., 2020).

Para mais, as diversas categorias envolvidas devem ser consideradas e atendidas, pois são afetadas de forma diferente. Tratando-se da equipe multiprofissional, o que se percebe na literatura, são produções muito voltadas às categorias específicas como medicina e enfermagem. A covid-19 atinge a todos, e o adoecimento psíquico proveniente do trabalho na saúde é uma realidade não só desse momento específico, porque vem se manifestando há muito tempo. Entretanto, atualmente o adoecimento psíquico tem tido mais ênfase no contexto social e profissional (TEIXEIRA et al., 2020).

Embora a crise atual apresente-se inicialmente de modo físico, nos riscos, desfechos e aspectos epidemiológicos de contágio, há um grande risco de manifestar-se em um futuro breve, como uma crise de saúde mental, caso medidas não sejam tomadas. Conforme estudos, já é possível identificar diversos fatores que se encaminham para a instalação desse cenário. O isolamento social, a perda de entes queridos, a crise econômica, as incertezas quanto ao futuro, o medo constante e as perdas repentinas, são alguns dos fatores que valem ser citados. Desse modo, não somente a população geral, sobretudo a equipe de profissionais da saúde precisará ser acolhida (WHO, 2020).

Por fim, diante dos assuntos supracitados, acentua-se que a proposta desta revisão narrativa foi alicerçada no antigo anseio em conhecer a prática intensivista e verificar sua correlação com a saúde dos profissionais do cuidado. O projeto iniciou-se antes da pandemia da COVID-19. Com isso, confirmou-se a necessidade e o desejo que foram também intensificados diante das vivências de uma crise de saúde mundial, percurso que será detalhado a seguir.

3 METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa com finalidade metodológica básica, de natureza qualitativa. O método de estudo adotado foi a revisão narrativa de literatura. As produções de revisão consistem em fornecer uma organização de informações, um contexto histórico sobre as principais obras existentes a respeito de um determinado assunto. Para isso, utilizam de fontes da literatura científica. Atualmente, é muito comum o uso das bases de dados eletrônicas, que podem estar presentes em livros, jornais, revistas, sites e produções reunidas, a fim de alcançar os objetivos da pesquisa (VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014).

O método de revisão narrativa é adequado para descrever e discutir determinada problemática, bem como, o progresso ou “estado da arte” de um assunto. É imprescindível para iniciantes sobre dada área do conhecimento e ideal também para a educação continuada, pois, permite uma contextualização e um mapeamento do conhecimento de forma ampla e atualizada. Além disso, propicia a compilação de dados, prevalência de determinadas temáticas, comparação com outros estudos e identificação de falhas na literatura, abrindo assim, possibilidades para novas pesquisas e possíveis intervenções (BRUM et al., 2015; VOSGERAU, ROMANOWSKI, 2014).

Os dados coletados foram analisados de forma qualitativa. “Os métodos qualitativos são aqueles nos quais é importante a interpretação por parte do pesquisador com suas opiniões sobre o fenômeno em estudo” (PEREIRA et al., 2018, p. 67). Ou seja, envolve qualificação, atribuição de significado, descrições e impressões para uma compreensão mais detalhada dos resultados.

A presente pesquisa buscou apresentar um panorama a respeito do adoecimento na equipe multiprofissional de intensivistas. Para isso, foram selecionadas as bases de dados eletrônicas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia (BVS-PSI); Portal CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior); SciELO (Scientific Electronic Library online); PubMed (U. S. National Library of Medicine); Portal Medline-Bireme (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online); GOOGLE (para identificação de portais). Utilizou-se celular e notebook para a navegação nos portais.

O foco deste estudo foi a equipe multiprofissional das unidades de terapia intensiva que é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista, psicólogo e assistente social. Visando averiguar o conteúdo disposto na literatura após a testagem das palavras chaves, adotou-se seis plataformas eletrônicas e utilizou-se os seguintes descritores: Saúde mental; Esgotamento Profissional; Equipe Multiprofissional; Unidade de Terapia intensiva; COVID-19.

Os descritores utilizados nesta pesquisa foram qualificados e confirmados na plataforma DeCS – Descritores em Ciências da Saúde, na página da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Dessa forma, ao confirmar a devida existência e precisão, foi possível melhorar a qualidade de busca de artigos para produção dos resultados e discussão.

A consulta às bases de dados empreendidas para este estudo de revisão, se deu no período entre abril e maio de 2021. Como proposta inicial optou-se por considerar apenas produções em português, contudo, percebeu-se poucos materiais relacionados a esta proposta e o critério de idioma precisou ser flexibilizado sendo incluído o inglês.

Os critérios de inclusão do estudo foram: publicações no período de 2011 a 2021; trabalhos completos disponíveis na íntegra; conteúdo relacionado ao tema identificado pela leitura de títulos, resumos, conclusão e em alguns casos, dos textos completos para não correr o risco de descartar estudos relevantes. Por outro lado, foram excluídos os materiais bibliográficos em inglês que não disponibilizavam a tradução dentro do próprio portal de busca; publicações repetidas entre as bases, pesquisas que não estudavam profissionais intensivistas ou após análise mais detalhada dos textos, excluiu-se aqueles que não atendiam os objetivos da pesquisa.

Por consequente, foram analisados os materiais mais atuais, considerando o critério dos últimos 10 anos, em seguida observou-se os títulos, a análise dos resumos, a conclusão, e posteriormente, foi feita a leitura minuciosa dos materiais separados, condizentes com a temática estabelecida para a pesquisa. Por fim, feita a seleção e a síntese para elaboração da redação do trabalho.

Foram priorizadas pesquisas que falavam da equipe multiprofissional de intensivistas, porém, considerou-se também produções que abordavam apenas uma ou algumas categorias profissionais da UTI. As pesquisas foram separadas em um arquivo no google drive, identificadas pelos títulos e portais encontrados, juntamente com o link de acesso. Após a seleção dos materiais, foram reunidas as informações necessárias para a elaboração do quadro de resultados.

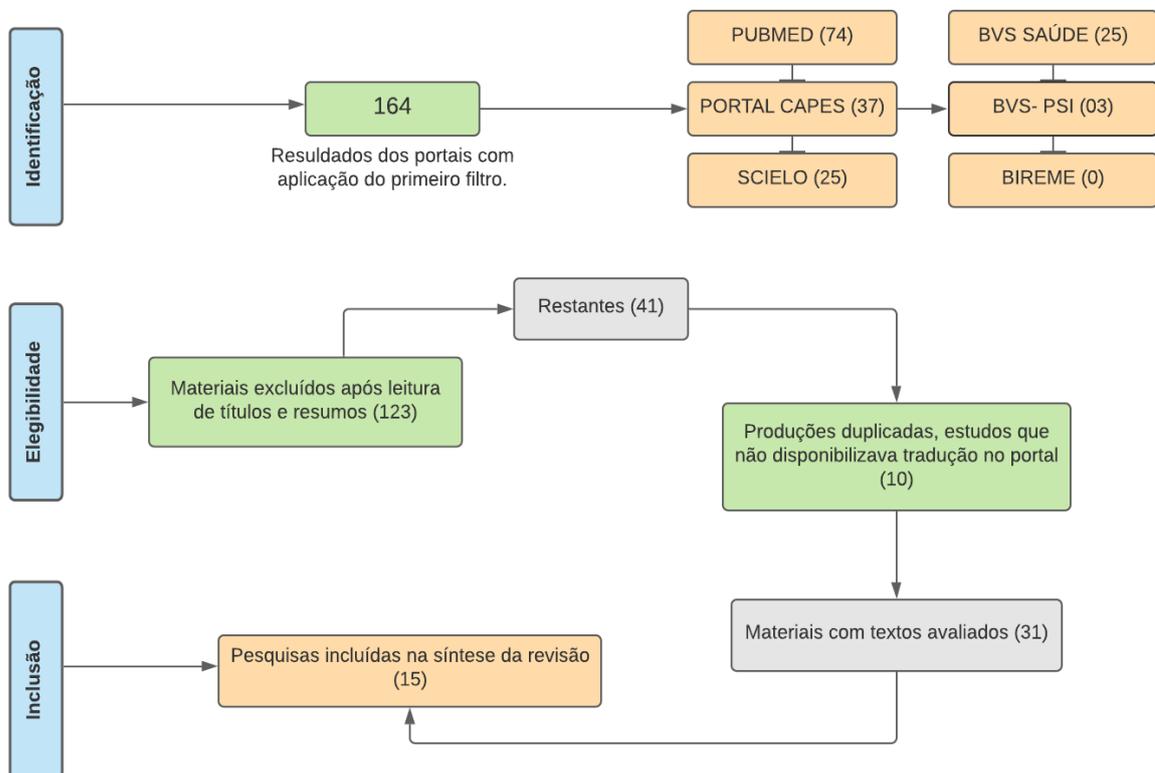
Os dados foram compilados à luz da literatura pertinente, conforme a análise do conteúdo. Os materiais foram separados pelo nome do autor, ano, periódico, além do título e o resumo de cada pesquisa. Os resultados foram apresentados em um quadro sinóptico representativo dos dados, de forma descritiva e tabular. Para obtenção dos resultados foram adotados critérios mais estruturados e específicos, que estarão explícitos na seção abaixo e em apêndice A, ilustrando o processo de coleta, visando assim, reduzir possíveis vieses.

Para a produção dos resultados e discussão da pesquisa foi feito um fichamento dos 15 estudos selecionados, extraindo as informações que respondiam os objetivos da pesquisa. Assim, foi realizada a discussão, acrescida a percepção da pesquisadora no que concerne a análise do conteúdo das produções.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A captura dos documentos restringiu-se aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa e os materiais selecionados foram retirados de seis periódicos indexados na área da saúde. Trilhou-se caminhos bem próximos ao da revisão sistemática para obtenção dos resultados. As três etapas utilizadas para a coleta de dados foram: identificação, elegibilidade e inclusão. A fim de ampliar o entendimento, o processo de coleta de dados será ilustrado abaixo, na figura 1.

Figura 1- Fluxograma do processo de coleta de dados em três etapas.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2021.

O total de materiais encontrados na literatura a partir dos portais de busca foram 556 resultados. Estes, foram detectados apenas fazendo as manobras com as palavras chaves nas plataformas. A partir desse resultado, foi feito o processo de afunilamento com a aplicação do primeiro filtro, considerando apenas as publicações dos últimos 10 anos e produções que estivessem disponíveis na íntegra. O número foi reduzido para 164 estudos, mediante aos seis portais de busca, que estão sinalizados no fluxograma acima, na etapa de identificação.

Na etapa posterior, nomeada elegibilidade, foram analisados títulos, resumos, e em alguns materiais a conclusão, e assim foram excluídos 123 produtos que não atenderam ao objetivo desta revisão. No total, o número reduziu para 41 estudos. Adiante foram excluídas mais 10 produções, restando apenas 31 pesquisas que tiveram os seus conteúdos e textos avaliados.

Por fim, mediante aos critérios estabelecidos, selecionou-se apenas 14 artigos e 1 dissertação de mestrado que foram incluídos na última etapa e entraram para os resultados da pesquisa por atenderem o tema proposto e responderem os objetivos deste trabalho. Dentre as buscas, os portais que mais apresentaram resultados condizentes com a pesquisa foram: PUBMED - com 7 selecionados; BVS SAÚDE - com 4 selecionados; BVS-PSI com 1 artigo e uma dissertação de mestrado; Scielo- 1 resultado e Portal CAPES - 1 selecionado.

A partir disso, foi produzido um quadro explicativo para sistematizar o processo de coleta e ilustrar os cruzamentos feitos com os termos de busca para os achados desta pesquisa, que estão disponíveis em apêndice A. Por conseguinte, mediante os materiais encontrados nos portais de busca, elaborou-se um quadro com os estudos selecionados, bem como as informações principais contidas neles. O quadro abaixo, refere-se aos resultados da revisão narrativa.

Quadro 3 - Resultados da Revisão Narrativa.

NOME DOS AUTORES, ANO E PERIÓDICO	TÍTULO DA PESQUISA	CONSIDERAÇÕES PRINCIPAIS
1. GREENBEREG, N. et al. (2021). PUBMED	Saúde mental da equipe que trabalha em terapia intensiva durante Covid-19	Os funcionários que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) enfrentaram desafios significativos durante a pandemia da COVID-19, e esta, tem grande potencial para afetar adversamente a saúde mental desses trabalhadores.
2. PENG, X. et al. (2021). PUBMED	Sintomas depressivos e de ansiedade em profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva durante a epidemia de COVID-19: um estudo transversal on-line na China	O estudo mostrou uma alta prevalência de sintomas depressivos e ansiosos entre trabalhadores de saúde da UTI. O trabalho na UTI de primeira linha não foi associado a um maior risco de sintomas depressivos e de ansiedade durante o período de remissão da pandemia COVID-19 na China.

<p>3. DANET, D. A. (2021). PUBMED</p>	<p>Impacto psicológico do COVID-19 em profissionais de saúde de primeira linha no mundo ocidental. Uma revisão sistemática</p>	<p>A revisão sistemática, selecionou doze artigos sobre o assunto. Estudos quantitativos relataram níveis moderados e altos de estresse, ansiedade, depressão, distúrbios do sono e <i>Burnout</i>, com estratégias de enfrentamento diversas e sintomas mais frequentes e intensos entre mulheres enfermeiras.</p>
<p>4. BATEMAN, M. E. et al. (2020). PUBMED</p>	<p><i>Death Cafés</i> para prevenção de <i>Burnout</i> em funcionários de unidade de terapia intensiva: protocolo de estudo para um ensaio clínico randomizado (STOPTHEBURN)</p>	<p>O estudo propõe intervenção, como medida preventiva para aumento das taxas de esgotamento profissional entre os intensivistas em meio ao cenário da covid-19. A hipótese é que a participação em <i>Death Cafés</i> levará a taxas mais baixas de <i>Burnout</i> em médicos e equipes (enfermeiras, farmacêuticos, terapeutas).</p>
<p>5. SASANGO HAR, F. et al. (2020). BVS- SAÚDE</p>	<p>Esgotamento e fadiga do provedor durante a pandemia de COVID-19: lições aprendidas em uma unidade de terapia intensiva de alto volume</p>	<p>A pesquisa apresenta as lições aprendidas coletivamente por uma equipe interdisciplinar da liderança da UTI e cientistas colaboradores do Centro de Pesquisa de Resultados do HMM, sobre a experiência de fadiga ocupacional e esgotamento do pessoal de terapia intensiva como resultado da resposta à pandemia da COVID-19.</p>
<p>6. CAILLET, A. (2020). PUBMED</p>	<p>Impacto psicológico do COVID-19 em cuidadores de UTI</p>	<p>O estudo apresenta o forte impacto da COVID-19 sobre os profissionais que trabalham em UTI. Perturbações como ansiedade e estresse fizeram parte dos resultados.</p>
<p>7. WELP, A. et al. (2019). PUBMED</p>	<p>Trabalho em equipe e esgotamento clínico na terapia intensiva suíça: o papel preditivo da carga de trabalho e características demográficas e da unidade</p>	<p>Estudo transversal com médicos e enfermeiros. Foi identificado que hospitais universitários, UTIs cirúrgicas são ambientes mais desafiadores e com maior risco de adoecimento. Médicos de turnos noturnos e maiores jornadas de trabalho aumentaram o nível de esgotamento e <i>Burnout</i>.</p>
<p>8. VINCENT, L. et al. (2019). PUBMED</p>	<p>Síndrome de <i>Burnout</i> na equipe da Unidade de Terapia Intensiva do Reino Unido: dados de todos os três domínios da Síndrome de</p>	<p>No total, foram analisadas 996 respostas multidisciplinares. Em Exaustão Emocional, as mulheres pontuaram mais alto e as enfermeiras pontuaram mais alto que os médicos. Para despersonalização, homens e</p>

	<i>Burnout</i> e grupos profissionais, gêneros e idades	entrevistados mais jovens pontuaram mais alto.
9. SILVA, A. F; ROBAZZI, M. L. C. C (2019). BVS- SAÚDE	Alterações mentais em trabalhadores de unidades de terapia intensiva	Uma revisão integrativa com foco na equipe multiprofissional, que identifica fatores como estresse, depressão, fadiga, <i>Burnout</i> , entre outras alterações decorrentes da atuação profissional.
10. SILVA, A. F et al. (2019). BVS- SAÚDE	Presenteísmo em trabalhadores da equipe multiprofissional de Unidade de Terapia Intensiva Adulta	Estudo analítico com aplicação de questionário para equipe multiprofissional. A maior parte dos estudados foram mulheres da equipe de enfermagem. Identificou-se números expressivos de presenteísmo geral, com resultados que indicam comprometimento na finalização do trabalho.
11. SANTOS, R.P; GARROS, D; CARNEVALE, F (2018). BVS- SAÚDE	As difíceis decisões na prática pediátrica e sofrimento moral em unidade de terapia intensiva	Fenômeno sofrimento moral é o foco, comprovado pela pesquisa a significativa existência nos intensivistas, gerado pelos conflitos de se fazer algo que não gostaria. Envolvimento emocional com a criança, decisões da família, provocar dor na mesma, tratamentos invasivos, questões éticas, são alguns dos fatores que contribuem para o sofrimento moral.
12. OLIVEIRA, M. D. B. (2017). BVS-PSI	O trabalho cotidiano de profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva	Apresenta as diferentes concepções que os profissionais intensivistas estudados têm do trabalho que realizam, bem como, as relações experienciadas neste cotidiano.
13. SILVA, J. L. L. et al. (2017). SciELO	Estresse e fatores psicossociais no trabalho de enfermeiros intensivistas	Pesquisa envolvendo os enfermeiros intensivistas. Os resultados apontaram prevalência de transtornos mentais comuns e a maior predominância de <i>Burnout</i> .
14. NETO, J. D. A et al. (2016) Portal CAPES	Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional	Pesquisa de campo com nove representantes da equipe multiprofissional. Os resultados apontaram dificuldades que foram divididas em quatro categorias: desrespeito entre os profissionais da equipe (o fator mais restritivo), excesso

		de demanda, falta de comunicação entre seus integrantes e falta de capacitação profissional.
15. HERCOS, T. M. et al. (2014) BVS-PSI	O Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva na Assistência ao Paciente Oncológico	A revisão integrativa revelou o contexto de cuidado ao paciente UTI, dificuldades nas relações com colegas e familiares e conflitos entre o “dever de manter a vida versus o processo de finitude”.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2021.

Os resultados coletados e expostos acima serão discutidos adiante e identificados pelo número de cada pesquisa conforme referido no quadro, a fim de apresentar as correlações feitas pela autora da pesquisa, no que tange a conformidade dos autores segundo os assuntos debatidos.

Quanto às produções que se relacionam com o tema proposto, das 15 pesquisas selecionadas, 12 estudam a equipe multiprofissional. Estes materiais foram priorizados e incluídos nos resultados do presente estudo. Uma parte considerável das produções identificadas falavam apenas sobre a categoria médica e/ou da enfermagem (pesquisas 7, 13, 15). Nas demais publicações, médicos e enfermeiros estão em evidência. Em contrapartida, outras categorias da equipe, bem como fisioterapeutas, nutricionistas, dentistas, farmacêuticos, psicólogos e assistentes sociais, são pouco identificados. Conforme os estudos, as categorias multiprofissionais são reconhecidas apenas como outros profissionais, havendo pouca especificidade sobre o trabalho e repercussões na saúde destes.

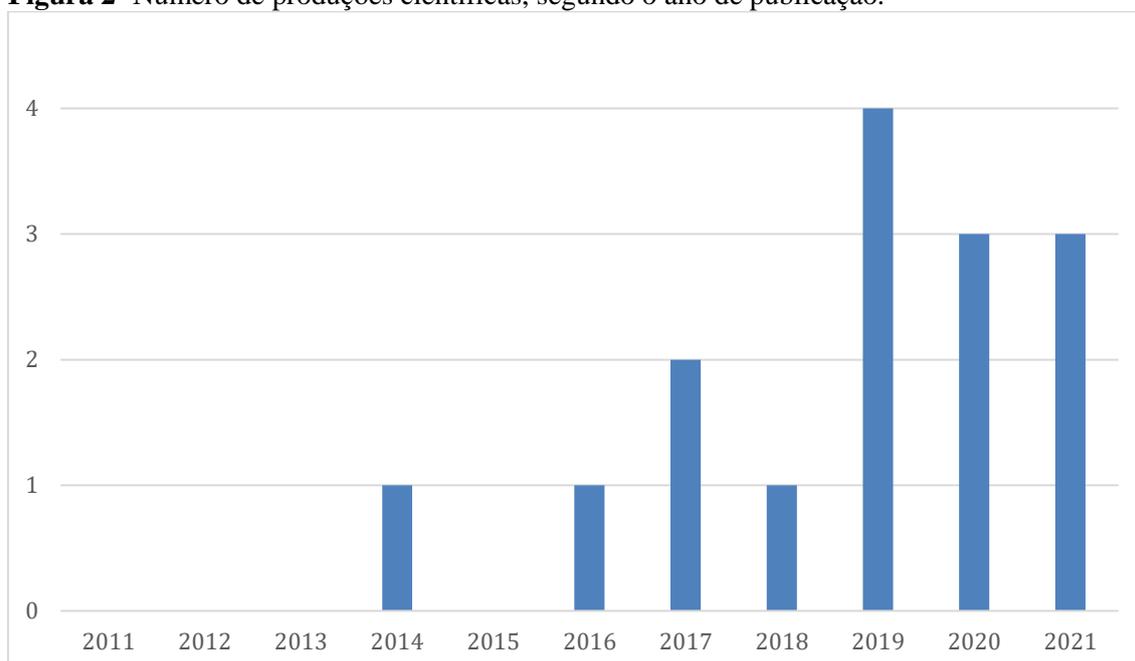
Comprova-se pela presente pesquisa grande escassez de estudos relacionados à equipe multiprofissional da UTI. Percebe-se maior prevalência das pesquisas publicadas na língua inglesa, principalmente no portal PUBMED. Por esse motivo, o critério de idioma necessitou ser flexibilizado. Anteriormente, a proposta inicial era apresentar apenas o contexto brasileiro, entretanto, o idioma inglês precisou ser incluído na metodologia deste trabalho.

Decidiu-se por considerar então, não apenas publicações nacionais, mas internacionais. Além disso, que estudassem não só a equipe multiprofissional completa de UTI, mas também, produções que falassem de alguma categoria isolada de profissionais que compõem a equipe multiprofissional, ou ainda, que apresentassem questões envolvidas ao trabalho dos

intensivistas, uma vez que os números de estudos voltados à toda equipe, apresentaram-se reduzidos.

Quanto ao ano de publicação, especificamente no que tange aos materiais selecionados, apresentou-se pesquisas atuais abordando o assunto, principalmente no período de 2019 a 2021. Um dos fatores envolvidos está relacionado a pandemia da COVID-19, a qual exibe grande número de produções voltadas ao assunto e aos impactos causados pelo vírus. Ao todo, as publicações variam-se entre os períodos de 2014 a 2021, conforme ilustra a figura 2.

Figura 2- Número de produções científicas, segundo o ano de publicação.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2021.

No tocante ao tipo de delineamento metodológico, as pesquisas foram diversificadas entre documental e revisões sistemáticas, estudos transversais e pesquisas de campo. Seis estudos abrangeram os impactos da COVID-19, sendo estes, internacionais de países como Estados Unidos, China, Reino Unido e Suíça. Apenas sete estudos foram brasileiros, porém, nenhum contextualizou o cenário da pandemia. Esta pesquisa, propôs discutir os impactos decorrentes do trabalho na UTI, em um panorama geral, adicionando as repercussões da COVID-19.

A partir do processo de coleta, foi realizada a leitura das pesquisas e elencados os pontos principais em torno do assunto em questão. Em seguida, foi possível identificar uma concordância entre grande parte dos autores (pesquisas 1, 3, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 15), que se

referem ao trabalho estressante dentro das UTIs e às peculiaridades desse contexto, que acarretam prejuízos não só à saúde física, como também, à saúde mental dos intensivistas.

Ainda, em conformidade com a justificativa desta pesquisa, a maioria dos autores apresentam que a extensão do adoecimento profissional numa unidade de terapia intensiva, causa impacto no atendimento prestado aos pacientes (pesquisas 1, 4, 8, 9, 13, 14, 15). No estudo feito com pacientes oncológicos, Hercos (2014) definiu que uma assistência de boa qualidade depende do bem-estar da equipe multiprofissional, das condições organizacionais e das relações interpessoais estabelecidas no ambiente de trabalho, seja com pacientes, familiares e entre os pares. A fim de responder os objetivos desta pesquisa, os artigos selecionados serão discutidos abaixo, em quatro tópicos.

4.1 FATORES ASSOCIADOS AO ADOECIMENTO PSÍQUICO NOS PROFISSIONAIS QUE PRESTAM CUIDADOS INTENSIVOS

De modo geral, os profissionais intensivistas estão frequentemente expostos a várias situações melindrosas no seu dia a dia. De igual modo, os materiais elegidos para o presente estudo, levantaram fatores de vulnerabilidade na rotina da equipe de UTI. Na análise da temática em questão, foram elencadas algumas características sociodemográficas dos profissionais, bem como, sexo, área de atuação, faixa etária e experiência profissional. Além disso, outras especificidades do trabalho em UTI foram discutidas, tais como, jornadas de trabalho, relacionamento entre equipe, equipamentos de segurança, questões sobre a pandemia da COVID-19 e sobre a morte e o morrer.

Investigações realizadas por Silva e Robazzi (2019) reiteraram que as alterações mentais identificadas nos profissionais intensivistas sobrevieram de questões organizacionais, grandes exigências, dificuldade de relacionamento entre a equipe, alta complexidade dos pacientes, entre outros. De igual modo, Welp et al. (2019) chamam atenção para as diferenças demográficas na avaliação do contexto de trabalho, diante da percepção de hierarquia e trabalho em equipe frente à resolução de conflitos, pois estes podem se diversificar e serem desafiadores.

Há uma concordância entre os autores ao considerarem que o gênero que mais adoece dentro da equipe de UTI, são mulheres da categoria de enfermagem (pesquisas 1, 2, 3, 6, 8, 10). Isto pode ser explicado pelas longas jornadas de trabalho e pelo constante contato com os pacientes e seus familiares, nas diversas condições (VINCENT et al., 2019). Em contrapartida, existem divergências ao levar-se em consideração o fator idade e experiência profissional dos que mais adoecem, não chegando a um acordo conclusivo. Caillet (2020) relata maior

adoecimento entre aqueles que têm idade relativamente jovem, contudo, estão há mais de cinco anos como intensivista. Igualmente, aqueles que possuem tempo de trabalho mais longos em UTI foram identificados no estudo de Peng et al. (2021) como os mais propensos a sofrerem prejuízos na saúde mental.

Analisando a mesma questão, Danet (2021) e Vincent et al. (2019) consideram que os profissionais jovens, com menos experiência, são os mais propensos a apresentar quadros de depressão, estresse, ansiedade e *Burnout*. Todavia, a partir dos levantamentos de Silva et al. (2017) percebe-se que existe adoecimento independentemente da idade e/ou experiência, variando apenas os tipos de alterações que podem ser manifestadas. Como esclarece o estudo de Peng et al. (2021) que considera como fatores de riscos para a ansiedade, ser do sexo feminino, ter um tempo de trabalho na UTI maior que 5 anos, número de plantões noturnos, aumento do trabalho e perda de renda. Em contrapartida, na depressão esses fatores mudam, sendo o tempo de trabalho na UTI menor que 5 anos, identificado como um fator predisponente ao quadro depressivo.

Além disso, as cargas de trabalho e a quantidade de plantões noturnos foram elencadas em várias pesquisas (2, 3, 4, 7, 10, 12, 14) atuando como um influente agravante para o adoecimento. A extensa carga de trabalho está associada a um maior desgaste, e contribui, principalmente, para o desenvolvimento de quadros de *Burnout*. Esta realidade é bastante evidente entre profissionais médicos e enfermeiros (WELP et al., 2019; VINCENT et al., 2019).

Acerca deste resultado, depreende-se o fato de serem os profissionais que mais assumem plantões noturnos, horas extras e outros vínculos empregatícios. Existe ainda, alta exigência pessoal, profissional, organizacional e social em seu exercício de assistir as vidas, onde erros são inadmissíveis. Estes profissionais lidam diariamente com a dor e o sofrimento, e às vezes, não se permitem ao autocuidado e dar algumas pausas na rotina. A permanência progressiva nesse contexto de alta cobrança e gasto de energia, pode gerar um esgotamento nestes indivíduos.

Com relação às jornadas de trabalho, estas devem estar dentro das legislações estabelecidas pelos órgãos normativos, priorizando a segurança e a saúde do trabalhador. É fundamental que o trabalhador goze de períodos de descanso necessários, e usufrua dos momentos de férias. Do contrário, ante a um elevado número de horas trabalhadas e a negligência neste processo, o desgaste físico e mental serão manifestados, contribuindo para o desenvolvimento de perturbações no sistema (SILVA et al., 2019).

Os fatores psicossociais e as condições de trabalho são elementos extremamente importantes a serem considerados ao propor examinar o adoecimento, tendo em vista a

influência que o contexto laboral e socioprofissional exerce sob o sujeito, seja no aspecto positivo ou negativo. Ao mesmo tempo que o trabalho pode proporcionar momentos de alegria e prazer, pode ser capaz também de gerar desprazer, desgaste e sofrimentos. Dentro do contexto de saúde, frente a uma crise pandêmica, a situação se agrava ainda mais.

Nesta perspectiva, ao estudar os profissionais da UTI, considerando os elementos citados acima agregados à pandemia da COVID-19, a partir da pesquisa de Danet (2021), nota-se que alguns aspectos são comprometedores à saúde da equipe. Como por exemplo, a escassez de recursos e materiais, a falta de equipamentos de proteção, as jornadas extras assumidas e o risco de contaminação pela doença. Nos aspectos sociais, observa-se o distanciamento das pessoas e o medo de contaminar a família. Estas questões também surgiram no estudo de Caillet (2020). Ademais, as altas taxas de mortalidade dos pacientes, o contato frequente com o sofrimento e a morte, causaram grande aflição nos combatentes. Ambos autores citados acima, afirmam ainda, que a hipervigilância exigida e as longas jornadas assumidas no local de trabalho, contribuíram significativamente para o grande impacto psicológico identificado no contexto atual.

Percebeu-se em outras pesquisas, fatores como exigências no trabalho, complexidade dos pacientes admitidos, conflitos entre colegas (WELP et al., 2019; SILVA; ROBAZZI, 2019), fragmentação da equipe, desrespeito, falta de comunicação, excesso de demandas (OLIVEIRA, 2017; NETO et al., 2016) e horas extras ultrapassadas como risco (SILVA et al., 2019). Na UTI pediátrica, observou-se que a imposição de familiares e a insistência em tratamentos desnecessários que prolongam o sofrimento da criança, foram identificados como agentes prejudiciais para a saúde mental dos intensivistas (SANTOS; GARROS; CARNEVALE, 2018). Todavia, ao comparar a equipe médica de UTI adulto com a pediátrica, verifica-se divergências na literatura, onde aponta-se maior exaustão na equipe de UTI adulto (WELP et al., 2019). Sobre a *Burnout*, percebe-se maior prevalência na equipe de médicos da UTI pediátrica (VINCENT et al., 2019).

Em relação a equipe de trabalho, Neto et al. (2016) estudaram as restrições pertinentes ao exercício multiprofissional, constatando fatores como o desrespeito exacerbado referente a hierarquia profissional, a desvalorização do conhecimento de determinadas categorias, o excesso de demanda, a falta de comunicação entre a equipe e a falta de capacitação. Foram elementos considerados mais restritivos para atuação da equipe de intensivistas. Como afirma Oliveira (2017) a ideia de individualidade ainda é frequente no trabalho em UTI, o que distancia de uma proposta interdisciplinar, contribuindo para a descaracterização do trabalho em equipe e suscitando conflitos.

A morte emergiu em várias pesquisas (3, 4, 9, 12, 15), em razão da diversidade de sentimentos que o acontecimento gera nos intensivistas. Conforme desvelou Oliveira (2017) a morte de um paciente gera nos profissionais, o sentimento de impotência, a sensação de não cumprimento do seu fazer e a vivência de uma grande frustração. Alguns levam demandas para casa, carregando lembranças e histórias que os marcam.

A maioria dos profissionais são treinados para salvar e cuidar de vidas, mas pouco se fala sobre o fim dela, apesar da morte estar na rotina diária de trabalho, principalmente dos intensivistas que recebem pacientes críticos. O enfrentamento dessas demandas se torna prejudicado, e muitas vezes questões do contexto profissional acabam se estendendo ao campo pessoal.

De acordo com Oliveira (2017) o acontecimento de mortes constantes e situações inesperadas dentro da UTI, estão ligados ao desprazer e ao sofrimento no trabalho que podem levar a desgastes. Logo, depreende como resultado desse e de outros fatores já citados anteriormente, prejuízos em todos os integrantes da UTI, sendo afastamentos, substituições, doenças psicossomáticas, quadros psicopatológicos, assistência prejudicada, e sistema de saúde onerados.

O trabalho em UTI é dinâmico, complexo e intenso. No cotidiano do profissional intensivista estão presentes relações de prazer e sofrimento, saúde e adoecimento. As interações estabelecidas neste contexto de trabalho e com a equipe que se apresenta são basilares no desempenho da prática intensivista, e devem ser consideradas.

4.2 PSICOPATOLOGIAS MAIS PREVALENTES NOS PROFISSIONAIS INTENSIVISTAS

A discussão que se ergue sobre esse tema, aponta para dois parâmetros. Um se apresenta no contexto de pandemia, em função da COVID-19, e outro, já existente, se reporta à rotina dos intensivistas que vem se agravando diante da crise de saúde atual. É fato que a saúde mental dos profissionais intensivistas vem sendo afetada há bastante tempo, por diversos fatores, já mencionados anteriormente, que estão em torno do exercício na UTI.

A pesquisa de Vincent et al. (2019) alude a resposta de uma chamada à ação mundial da sociedade de cuidados intensivos devido à escassez de dados que se referem à equipe multiprofissional de cuidados, não só com médicos e enfermeiros, mas com todos os componentes da equipe. A pesquisa apresentou maior consistência do *Burnout*, psicopatologia manifestada em mais de um terço dos profissionais em alto risco de exaustão e de outras perturbações. Por outro lado, Silva et al. (2019) afirmam que os trabalhadores de UTI são

passíveis de vulnerabilidade emocional e apresentam ainda, fenômenos de difícil mensuração que precisam ser investigados e tratados.

De modo geral, as produções selecionadas evidenciaram maior referência ao estresse presente no trabalho (1, 3, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 15), seguido da síndrome de *Burnout* (3, 4, 5, 7, 8, 9, 12 e 13), ansiedade, depressão (1, 2, 3, 5, 6, 9), e diante da pandemia o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) foi mais um fator que emergiu nesse cenário (GREENBEREG et al, 2021; CAILLET, 2020).

Com base nisso, o estresse apareceu em nove pesquisas selecionadas. Alguns materiais descrevem o estresse como patológico, entretanto, outros o expõem como sofrimento decorrente de vários estressores presentes no trabalho em UTI. Os estudos (9, 10, 11, 12, 14 e 15) o externam como um sofrimento proveniente do campo organizacional, com riscos de evolução do quadro. A diversidade de fatores psicossociais relacionados ao estresse para os profissionais de UTI, contribuem com o desenvolvimento de transtornos mentais (SILVA et al., 2017).

Por conseguinte, o estresse (pesquisas 1, 3 e 6), manifesta-se em nível patológico (TEPT), agravado pela pandemia da COVID-19 e pelos entornos deste evento. Nos estudos de Silva et al. (2017) o estresse se atrela à eclosão de outros transtornos mentais. O agravamento do estresse, como resposta a situações desgastantes, pode acarretar consequências danosas à saúde do trabalhador, como por exemplo, o esgotamento profissional ou síndrome de burnout.

Sobre a Síndrome de Burnout, localizada em oito estudos, observou-se comprometimento considerável do bem-estar do trabalhador e a qualidade da assistência prestada. Ser profissional da saúde e atuar no contexto da UTI, já é um possível fator de risco para o desencadeamento da síndrome, principalmente para médicos e enfermeiros.

Evidencia-se maior prevalência de *Burnout* entre o público da linha de frente no combate a COVID-19 (pesquisas 3, 4 e 5), com percentuais altos. Entre estes, as dimensões do desgaste emocional e despersonalização. As variações dos grupos pesquisados chegaram de 11,8% a 80%, com alto risco da existência de pelo menos um dos fatores, com destaque para a equipe de enfermagem e médicos. Os estudos foram realizados na esfera ocidental, na Europa, Itália, Suíça, Estados Unidos, China e Reino Unido, os quais apresentaram percentuais consideráveis (pesquisas 3, 4, 7 e 8). Além disso, o esgotamento tem o potencial de desencadear outros transtornos, como ansiedade, depressão e TEPT (BATEMAN et al., 2020).

Cabe ressaltar que o *Burnout* ou esgotamento profissional, apesar do conceito ter sido descrito em 1970 e refinado por Maslach e posteriormente por Leiter, é considerada uma síndrome relativamente nova, que exprime um diagnóstico ainda em construção apresentando

maior taxa de prevalência nos últimos anos (VINCENT et al., 2019). Foi percebido um grande enfoque e predomínio nos estudos encontrados entre 2019 a 2021 (pesquisas 4, 7, 8). No contexto brasileiro a síndrome de *Burnout* foi descrita (pesquisas 9, 12 e 13), como produto de elevado nível de estresse contínuo, gerando desinteresse, absenteísmo, revelando a potencialidade dos níveis de tensão e sobrecarga constante no trabalho dentro das UTIs.

As disfunções no que concerne a ansiedade e depressão, aparecem concomitantemente nas pesquisas selecionadas (pesquisas 1, 2, 3, 5, 6 e 9). Ao considerar os profissionais da linha de frente no combate ao vírus, manifestou resultados preocupantes, alguns chegando a níveis severos, com riscos de automutilação e existência de pensamentos de morte. De modo geral, houve variações entre os níveis de estresse e alternância nos resultados entre um país e outro (DANET, 2021). No estudo de Caillet (2020) os níveis de ansiedade foram maiores que os de depressão, sendo 48% incidente para ansiedade e 16% para depressão.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático foi um novo elemento identificado, em especial, pela vivência frente a uma situação caótica de crise de saúde. Além de todos os fatores mencionados nesta seção, as cargas emocionais e os diversos sentimentos envolvidos neste acontecimento, impactaram profissionais de todo o mundo (GREENBEREG et al, 2021; CAILLET, 2020).

Além disso, outras dimensões ligadas ao sofrimento foram identificadas como fruto do trabalho dentro das UTIs. É possível citar o abuso de álcool, pensamentos e desejos de morrer, ou de se machucar, distúrbios do sono, presenteísmo, sofrimento moral, com resultados expressivos e influentes para o desequilíbrio emocional, físico e diminuição da qualidade no desempenho profissional (pesquisas 1, 3, 10 e 11).

4.3 TRATAMENTOS UTILIZADOS PELOS PROFISSIONAIS INTENSIVISTAS PARA O ADOECIMENTO PSÍQUICO

A partir da análise das pesquisas, não foi identificado nos materiais selecionados, a iniciativa de busca por tratamentos por parte da equipe, visto que a classe dos profissionais de saúde é reconhecida pelo muito cuidado para com o outro e pouco para consigo mesmo. A negligência com a saúde física e emocional, o intenso envolvimento e a energia gasta na assistência prestada aos pacientes são componentes que refletem nos altos índices já apresentados nesta revisão. No entanto, algumas produções dedicaram parte do seu conteúdo para recomendações de medidas terapêuticas para o público em foco, que serão apresentadas a seguir.

Ao estudar o sofrimento moral na prática pediátrica, Santos; Garros; Carnevale (2018) destacam a importância da organização em adotar estratégias que visam melhorar o ambiente de trabalho, minimizando o sofrimento moral. Dentro das estratégias, recomenda-se discussões formais e informais, consultorias diante dos dilemas éticos, incentivo a empatia e a sensibilidade dos profissionais uns para com os outros, com atividades práticas que privilegiam a bondade, a generosidade e o humanismo.

Silva et al. (2017) corroboram com esta visão apresentando o valor que há no apoio social, como um influente elemento na manutenção da saúde. Relações que são constituídas no ambiente de trabalho e possuem potencial de afetar a saúde, bem-estar e qualidade de vida, seja de modo positivo, como atenuante dos estressores laborais, ou negativo, potencializando o desenvolvimento de novas habilidades ou comportamentos. Além disso, o apoio entre os pares, pode contribuir para atenuar a tensão e outros efeitos adversos presentes na rotina, bem como, fomentar estratégias de enfrentamento.

Por outro lado, Hercos et al. (2014) apontam para a magnitude da abertura de espaços de conversa e discussões sobre angústias, medos e sofrimento complementado por um acompanhamento psicológico. Para mais, deve-se promover ações que envolvam o reconhecimento profissional da equipe, ressaltando a importância do conhecimento de todos e avaliação dos resultados alcançados. Cabe ainda, levar a política de educação permanente, gerando incentivo à inserção de atividades físicas e lazer no cotidiano dos profissionais. Tais condutas, permitirão a abertura de possibilidades para o enfrentamento do sofrimento psíquico e poderão atuar como uma medida preventiva para as doenças psicossomáticas, mentais e ocupacionais.

No que se refere ao cenário atual da COVID-19, haja vista os impactos já identificados e as futuras manifestações esperadas, Bateman et al. (2020) propõem um protocolo para prevenção de *Burnout* em funcionários de unidade de terapia intensiva, o *Death Cafés*, que consistem em encontros que propiciem uma conversa aberta e gentil, podendo ser regadas a um bom lanche e café. A proposta objetiva promover discussões informais com foco nas questões em torno da morte e o morrer, perdas, luto e a doença da COVID-19, por meio de sessões virtuais que permitirão reflexões sobre questões geradoras de angústia entre os envolvidos, bem como, colaboração entre os colegas de trabalho dentro e fora do ambiente hospitalar.

Igualmente, Sasangohar et al. (2020) produzem recomendações políticas no ápice da pandemia, visando mitigar os desastres nos combatentes do vírus. Fazem parte das recomendações: o acesso a informações atualizadas sobre disponibilização de testes e EPIs para profissionais, visando diminuir a ansiedade associada à incerteza; treinamento estruturado para

gestão em respostas a desastres de grande escala, com cursos e recursos gratuitos; métodos simples, como técnicas de respiração, meditação, biofeedback, utilizados para atenuar episódios agudos de estresse e ansiedade enquanto os serviços de telessaúde se efetivam, permitindo assim, apoio entre os pares e por fim, aconselhamento ocupacional.

4.4 IMPACTOS GERADOS PELA PANDEMIA DA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE TERAPIA INTENSIVA

Atualmente, a população mundial vivencia um fenômeno atípico que vem sendo anunciado por mortes e emersão de crises, decorrentes da batalha contra o vírus Sars-CoV-2. Diante dos impactos gerados pela pandemia da COVID-19, estudos nacionais e internacionais surgem apresentando dados preocupantes do que se consegue identificar até o momento. Pesquisas também apontam para prejuízos futuros, no contexto pós pandêmico, principalmente com relação à saúde mental dos envolvidos na assistência à saúde.

Em uma investigação realizada em nove UTIs inglesas, setecentos e nove participantes responderam às pesquisas, sendo 291 médicos, 344 enfermeiras e 74 como outros profissionais de saúde. Do total, 45% atingiram o limite para provável significância clínica, destacando-se enfermeiros e médicos. Dentre os resultados, apresentaram-se pelo menos uma das seguintes medidas: Transtorno de estresse pós-traumático (40%); ansiedade severa (11%); problema com bebidas alcoólicas (7%) e depressão severa (6%). Além disso, 13% dos entrevistados relataram pensamentos e desejos de morrer e/ou de se machucar nas últimas 2 semanas (GREENBEREG et al., 2021).

Em situações de desastres naturais e epidemias, profissionais responsáveis a dar assistência tendem a sacrificar suas próprias necessidades e vontades para atender os pacientes. As emergências e as crises de saúde comprometem o bem-estar emocional e psicológico dos cuidadores. Na vivência da COVID-19, além de sacrificarem o seu bem-estar, estes profissionais estão em risco potencial de serem contaminados pelo vírus, propagando a disseminação viral dentro do próprio seio familiar. Como resultado disto, carregam sentimentos de desamparo, isolamento, estresse físico e mental (CAILLET, 2020).

Além disso, neste momento atípico, os profissionais da saúde são proclamados e reconhecidos por muitos como heróis, numa referência bastante conhecida daqueles que são fortes, indestrutíveis e salvam vidas. Contudo, essa identificação pode levar ao reforço da sua intensa dedicação e exigências, bem como, o afastamento da sua condição humana. Apesar do

trabalho admirável e essencial prestado à sociedade, esse público é passível de dores, preocupações, necessidades, sofrimentos e cuidados.

Um estudo feito por Peng et al. (2021) intencionaram dividir os profissionais em linha de frente, e segunda linha, de acordo com o contato com os pacientes positivos para a COVID-19. Aplicou-se dois questionários on-line para avaliar os fatores ansiedade e depressão. Dos 731 profissionais de saúde de UTI inscritos no estudo, 482 (65,9%) relataram sintomas de depressão, enquanto 429 (58,7%) relataram ansiedade. Não houve diferença significativa entre os respondentes da linha de frente e de segunda linha em depressão e ansiedade. Todavia, a pesquisa apresenta a necessidade de voltar atenção aos profissionais que trabalham a mais tempo nas UTIs.

Em contrapartida, Danet (2021), por meio de uma revisão sistemática identificou maiores níveis de estresse, ansiedade, depressão, distúrbios do sono e *Burnout* no público profissional da linha de frente, em comparação aos demais profissionais da saúde. À vista do contato direto com os infectados pelo vírus, estes, foram associados a uma maior susceptibilidade ao desenvolvimento de quadros psiquiátricos. Resultados de Greenberg et al. (2021), mostraram que o pessoal da enfermagem está em risco potencial de sofrer problemas de saúde mental em função do trabalho frente a COVID-19.

Cabe destacar que a heterogeneidade foi um fator limitante da pesquisa de Danet (2021), que dificultou a comparação do impacto psicológico do SARS-CoV-2 em profissionais de diferentes áreas geográficas, considerando os locais, elementos e características distintas de cada país. Isto corrobora com a necessidade de que novos estudos sejam produzidos, visando contemplar as singularidades dos profissionais no seu território.

Sendo assim, a partir do levantamento e análise dos materiais selecionados, foi possível identificar questões importantes que carecem de serem aprofundados. A crise mundial de saúde e a pandemia da COVID 19 mais uma vez chamam a atenção para a importância dos cuidados dos intensivistas para sociedade, e não obstante aponta necessidade da extensão deste zelo, no autocuidado dos profissionais consigo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização do presente estudo, foi possível identificar elementos relevantes na prática da equipe de UTI que estão atrelados ao adoecimento psíquico dos profissionais de saúde. Os aspectos psicossociais, o contexto de trabalho, as altas exigências, os conflitos entre a equipe e a vivência na assistência direta contra a COVID-19 são reconhecidos como alguns fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologias.

Como resposta dessa dinâmica, manifestou-se quadros de estresse, síndrome de *Burnout*, ansiedade, depressão, TEPT, dentre outros. Um resultado que aponta para problemas em larga escala, e repercute na equipe, na família dos pacientes, nos usuários do serviço de saúde e nas próprias instituições hospitalares. Além disso, percebeu-se que a prática dos intensivistas, no contexto de pandemia, provocou grande impacto na saúde mental dos profissionais. Todavia, este foi o agravante de um adoecimento que já existia.

O estresse no ambiente de trabalho, como fator prevalente seguido da síndrome de *Burnout* apresenta um resultado inquietante da pesquisa. A vivência em situações estressoras contínuas, somado a intensidade e a dedicação no cuidado ao paciente crítico, não descarta a necessidade da autopercepção e das ações direcionadas ao cuidado de si. A negligência a estas questões predispõe a outras psicopatologias e atua como agravante, progredindo para a exaustão física e mental. Elementos estes característicos da síndrome de *Burnout*, direcionada ao trabalho.

A vista disso, não foram identificadas nos estudos selecionados iniciativas de autocuidado por parte da equipe de intensivistas, o que pode corroborar para os altos índices apresentados. Contudo, as recomendações reunidas nesta investigação, ressaltam a potencialidade das interações estabelecidas no contexto de UTI, em especial, com a equipe que nela se apresenta, de modo a incentivar as trocas de experiências, a integração entre as multidisciplinas, a comunicação e a colaboração mútua, que são bases de sustentação para o trabalho eficaz.

Observa-se, por meio da literatura, uma maior quantidade de estudos internacionais. No contexto brasileiro pouco se fala sobre o adoecimento dos intensivistas, e menos ainda sobre a equipe multiprofissional considerando todos os componentes da equipe. Avalia-se tamanha necessidade de mais produções sobre a temática em questão, retratando a realidade e as singularidades dos intensivistas dentro do sistema de saúde do Brasil.

Sugere-se que novas investigações sejam produzidas visando abranger toda a equipe multiprofissional de UTI, numa proposta para além do médico e do enfermeiro. O Brasil carece

de produções que identifiquem a realidade dos intensivistas, considerando as variáveis sociodemográficas, tanto no contexto atual da COVID-19 como no contexto anterior. Recomenda-se para trabalhos futuros que pesquisas de campo sejam realizadas em hospitais de referência, que verifiquem a prevalência do adoecimento nos profissionais intensivistas e a prática do autocuidado.

Por fim, a partir da grande urgência em mais produções científicas, manifesta-se o interesse em dar continuidade no estudo com este público, propondo a utilização de uma ferramenta para a investigação em campo.

REFERÊNCIAS

AEROSA, J. O mundo do trabalho em (re) análise: um olhar a partir da psicodinâmica do trabalho. **Laboreal**, v. 15 n. 2, 2019. Disponível em:

<http://journals.openedition.org/laboreal/15504>. Acesso em: 03 mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.4000/laboreal.15504>.

ANTUNES, Ricardo. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In: GENTILI, P.; FRIGOTTO, G. (Orgs). **A cidadania negada**: Políticas de exclusão na educação e no trabalho. São Paulo: Cortez, 2001, p. 35-48.

ARAGÃO, J. W. M.; NETA, M. A. H. M. **Metodologia Científica**. Salvador, 2017. 53 p. E-Book.

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Alfragide, Portugal: Oficina do livro, 2019. 216 p. E-Book.

AZEVEDO, L. C. P.; TANIGUCHI, Leandro Utino; LADEIRA, José Paulo. **Medicina Intensiva**: abordagem prática. 2. ed. São Paulo: Monole, 2015. 1056 p. E-Book.

BACKES, O. T. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 411-418, 2015. Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0568-2570.pdf. Acesso em: 5 mar. 2020.

BAPTISTA, Patrícia Campos Pavan et al. **Violência no trabalho**: guia de prevenção para os profissionais de enfermagem. São Paulo: Coren, 2017. 42 p. Disponível em:

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/PDF-site-2.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2021.

BARROS, M. M. S. et al. Síndrome de Burnout em médicos intensivistas: estudo em UTIs de Sergipe. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 1, p. 377-389, mar. 2016. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2016000100020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2020.

BATEMAN, Marjorie E. et al. **Death Cafés para prevenção de burnout em funcionários de unidade de terapia intensiva**: protocolo de estudo para ensaio clínico randomizado (STOPTHEBURN). *Trials*, n. 21, 1019 (2020). Disponível em:

<https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-020-04929-4#citeas>. Acesso em: 25 abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04929-4>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Regulamento Técnico Portaria nº 37, de 24 de fevereiro de 2010. Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo.

Diário Oficial da União., 25 fev. 2010, p. 28. Brasília, DF. Disponível em:

http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_07_2010_COMP.pdf/7041373a-6319-4251-9a03-0e96a72dad3b. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 41. Saúde do trabalhador e da trabalhadora.**

Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2018. 136 p. Versão eletrônica. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/caderno-atencao-basica-41-saude-trabalhador-trabalhadora>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) **Protocolo de manejo clínico para o novo-coronavírus (2019-nCoV)**. 1 ed. p.32. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2021.

BRUM, C. N et al. Revisão narrativa de literatura, aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento em enfermagem. In: LACERDA M.R; COSTENARO. R.G.S (Orgs). **Metodologia da pesquisa para a enfermagem e saúde: Da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2015.

CAILLET, A., Coste, C., Sanchez, R., & Allaouchiche, B. (2020). Impacto psicológico do COVID-19 em cuidadores de UTI. **Anesthesia, critical care & pain medicine**, 39 (6), 717–722. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7522700/> . Acesso em: 23 abr. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2020.08.006>.

CALLE, G. H. L.; BUENO, J. M. V.; DELGADO, M. C. M. O significado cultural do cuidado e da prática humanizada. In: VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; TORRE, Mariana. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas integrativas**. São Paulo: Monole, 2017. Cap. 72. p. 1-989. E-Book.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - CREPOP. (2007). **Referências Técnicas para atuação de psicólogos (os) em serviços hospitalares do SUS**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília – DF, 2019. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2019/11/RT-Hospitalar-2019.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2020.

CICEKCI, F., et. al. A comunicação entre familiares de pacientes e médicos em unidades de terapia intensiva. **BMC anesthesiology**, v.17, n. 1, 97. 2017. Disponível em: <https://bmcanesthesiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12871-017-0388-1>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN-SP). Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), **Sondagem com Médicos e Profissionais de Enfermagem**. 2017. Disponível em: <http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/Pesquisa.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS TRABALHISTAS. Brasília- DF, 2017. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/535468/clt_e_normas_correlatas_1ed.pdf. Acesso em: 20 fev. 2021.

DA LUZ, K. R.; VARGAS, M. A. O. Sofrimento moral de enfermeiros no ambiente de terapia intensiva. In: VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; TORRE, Mariana. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas integrativas**. São Paulo: Monole, 2017. Cap. 72. p. 1-989. E-Book.

DANET, A. Impacto psicológico da pandemia de COVID-19 em profissionais de saúde da linha de frente ocidental. Uma revisão sistemática. Impacto psicológico do COVID-19 em profissionais de saúde de primeira linha no mundo ocidental. Uma revisão sistemática. **Clinical Medicine**, 156 (9), 449–458, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7775650/> Acesso em: 28 abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>.

DEJOURS, Christophe. Organização do trabalho e saúde mental: quais são as responsabilidades do manager?. In: MACÊDO, Kátia Barbosa et al. **Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar.**, cap. 15. p. 01-332. Goiânia: Editora da Puc de Goiás, 2016. Disponível em: <https://ergonomiadaatividadecom.files.wordpress.com/2017/05/livro-organizac3a7c3a3o-do-trabalho-e-adoecimento.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2021.

ELAY, G. et al. Severe burnout among critical care workers in Turkey. **Saudi Medical Journal**. Arábia Saudita, p. 943-948. mar. 2019. Disponível em: <https://www.smj.org.sa/index.php/smj/article/view/smj.2019.9.24520/11643>. Acesso em: 05 fev. 2020.

ELIAS, V. A. et. al. **Horizontes da psicologia hospitalar: saberes e fazeres**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. 171 p.

FARIA, J. M. S.; PONTÍFICE-SOUSA, P.; GOMES, M. J. P. O conforto do doente em cuidados intensivos: Revisão Integrativa. **Enfermeria Global**, Portugal, v. 1, n. 50, p.490-502, abr., 2018. Trimestral. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/pt_1695-6141-eg-17-50-477.pdf. Acesso em: 04 fev. 2020.

FARIA, José Henrique. Dissimulações discursivas, violência no trabalho e resistência coletiva. In: MERLO, Álvaro Roberto Crespo et al. **O sujeito no trabalho: entre a saúde e a patologia**. Juruá: Juruá, 2013. p. 119-137. Disponível em: <http://trabalhovivo.net/wp-content/uploads/2018/11/Texto-5-Dissimula%C3%A7%C3%B5es-Discursivas-Viol%C3%Aancia-no-Trabalho-e-Resist%C3%Aancia-Coletiva.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2021.

FORTE, Daniel Neves. **Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim de vida em UTI** [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina-USP; p.115, 2011. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde07122011124313/publico/DanielNevesForte.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2021.

G1, notícias: **A cada 11 minutos, um profissional de enfermagem que trabalha no tratamento contra a Covid-19 busca atendimento psicológico**. Rio de Janeiro, 24 abr., 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/04/24/a-cada-11-minutos-um-profissional-de-enfermagem-que-trabalha-no-tratamento-contra-a-covid-19-busca-atendimento-psicologico.ghtml>. Acesso em: 10 mai. 2020.

GOLINELLI, P. C.; VIANA, R. A. P. P. Unidade de terapia intensiva: planta física, organização e administração de recursos humanos e materiais. In: VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; TORRE, Mariana. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas integrativas**. São Paulo: Monole, 2017. Cap. 72. p. 1-989.

GOMES, A. M. Desenvolvimento Histórico da Prática Assistencial em Cuidados Intensivos no Brasil. *In: VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira. Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências.* Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 21-26.

GREENBERG, N. et al. Saúde mental da equipe que trabalhava em terapia intensiva durante a Covid-19. **Medicina ocupacional.** Oxford, Inglaterra, v. 71, n. 2, p. 62–67, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7928568/>. Acesso em: 28 abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa220>.

HERCOS, Thaíse Machado et al. O Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva na Assistência ao Paciente Oncológico. **Rev Bras de Cancerologia.**, v. 60, n 1, p. 51-58, 2014. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/08-revisao-literatura-o-trabalho-dos-profissionais-de-enfermagem-em-unidades-de-terapia-intensiva-na-assistencia-ao-paciente-oncologico.pdf. Acesso em: 11 mai. 2021.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço.** Giachini, Enio Paulo. 1. 2015. Vozes, Petrópolis: 128.

LIMA, D. et al. Descrição da atividade física e da jornada de trabalho na qualidade de vida de profissionais de terapia intensiva: Comparação entre um grande centro urbano e uma cidade do interior brasileiro. **Rev. Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 4, p. 386, 2015. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/5074>. Acesso em: 10 abr. 2020.

LUIZ, F. F.; CAREGNATO, R. C. A.; COSTA, Márcia Rosa da. Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1040-1047, out., 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672017000501040&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 abr. 2020.

MACHADO, D. A. et al. Alterações cognitivas em enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília-DF, v. 71, n. 1, p. 73-79, fev., 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000100073&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 abr. 2020.

MACHADO, Fabiane Konowaluk Santos; GIONGO, Carmem Regina; MENDES, Jussara Maria Rosa. Terceirização e Precarização do Trabalho: uma questão de sofrimento social. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 16, n. 36, p. 227-240, ago. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2016000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2021.

MADUREIRA, D. S. et al. Satisfação familiar nos cuidados intensivos avaliada por meio do FS-ICU 24. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 195-215, jun. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582019000100011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 29 abr. 2020.

MARQUES, G. L. C. et al. Síndrome de burnout entre médicos plantonistas de unidades de terapia intensiva. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 3, p. 186-193, jul., 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852018000300186&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2020.

MAZUCATO, T. et al. **Metodologia da Pesquisa e do Trabalho Científico**. São Paulo: Funep, 2018. 96 p. Disponível em: <http://funep.edu.br/arquivos/publicacoes/metodologia-pesquisa-trabalho-cientifico.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2020.

MIDEGA, T. D.; OLIVEIRA, H. S. B.; FUMIS, R. R. L. Satisfação dos familiares de pacientes críticos admitidos em unidade de terapia intensiva de hospital público e fatores correlacionados. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 147-155, jun., 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2019000200147&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2020.

MORAES, B. F. M.; MARTINO, M. M. F.; SONATI, J. G. Percepção da qualidade de vida de profissionais de enfermagem de terapia intensiva. **REME**, Minas Gerais, v. 22, n. 1100, p.1-6, jun. 2018. Trimestral. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1251>. Acesso em: 04 fev. 2020.

NETO, João Dutra de Araújo et al. Profissionais da saúde da Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. **Rev. Bras Promoção Saúde**, trimestral. Fortaleza, v. 29, n. 1, p. 43-50, mar. 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/02/827352/6-artigo-profissionais-de-saude-joao-dutra.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2021.

NOVARETTI, M. C. Z; QUITÉRIO, L. M. e SANTOS; E. V. Gestão em unidades de terapia intensiva brasileira: estudo bibliométrico dos últimos 10 anos, **Journal of Chemical Information and Modeling**, v. 12 n.4, pp.16-33, 2015. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2623>. Acesso em: 25 fev. 2020.

NUNES, A. P. L. **Programa de intervenção para prevenção do burnout em unidades de cuidados intensivos: Um dever ético**. 527 p. Tese (Doutorado) - Curso de Bioética, Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Portugal, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24180/1/TESE%20FINALISSIMA%20-%20APN%20-%202017-2017.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION (OSHA), **Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers**. US: Department of Labor, 2016. Disponível em: <https://www.osha.gov/Publications/osh3148.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2021.

OLIVEIRA, Mayara Durães Bicalho. **O trabalho cotidiano de profissionais de saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva**. 2017. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem., Belo Horizonte, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDO-AWCLB4/1/mayara_duraes_bicalho_oliveira.pdf. Acesso em: 10 fev. 2020.

ONU, United Nations Organization. **COVID-19 e a necessidade de ação sobre saúde mental**. Nações Unidas, 13 maio de 2020, 17 p. Nova York. Disponível em: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2021.

OPGENORTH, D. et. al. Perspectivas sobre a capacidade tensa da unidade de terapia intensiva: uma pesquisa com profissionais de terapia intensiva. **PloS one**, 13 (8), e0201524.

2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6104911/>. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201524>. Acesso em: 18 mar. 2020.

PENG, Xiaofan et al. Sintomas depressivos e de ansiedade em profissionais de saúde em unidades de terapia intensiva sob a epidemia de COVID-19: um estudo transversal online na China. **Fronteiras em saúde pública**, 9, 603273. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7973083/>. Acesso em: 28 abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.603273>.

PEREIRA, A. S. et al. **Metodologia da pesquisa científica**. Santa Maria: Uab, 2018. E-Book

PEREIRA, R. S. et. al. A saúde do trabalhador de terapia intensiva: Uma revisão integrativa acerca dos riscos inerentes ao profissional intensivista. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, 5, p. 17-22, 2015. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3709>. Acesso em: 19 mar. 2020.

PETTENGILL, M. A. M.; SOUZA, Raquel Pusch. Desenvolvimento Histórico da Prática Assistencial em Cuidados Intensivos no Brasil. In: VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 21-26. E-Book.

PINA, José Augusto e STOTZ, Eduardo Navarro. Intensificação do trabalho e saúde dos trabalhadores: um estudo na Mercedes Benz do Brasil, São Bernardo do Campo, São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 3 pp. 826-840, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015131966>. Acesso em: 19 jun 2021

RANGACHARI, Pavani; L. WOODS, Jacquelynn. Preservar a resiliência organizacional, a segurança do paciente e a retenção da equipe durante o COVID-19 requer uma consideração holística da segurança psicológica dos trabalhadores da saúde. **Int. J. Environ. Res. Saúde Pública** 17, n. 12: 4267, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/12/4267#cite> Acesso em: 07 mai. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17124267>.

REVISTA ELETRÔNICA ACERVO SAÚDE (REAS). Minas Gerais: Reas, fev. 2020. Trimestral. Disponível em: <https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/2320/1259#:~:text=A%20S%C3%ADndrome%20de%20Burnout%20>. Acesso em: 19 fev. 2021. Ribeirão Preto, v. 60, n. 1, p. 51-58. fev, 2014. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/08-revisao-literatura-o-trabalho-dos-profissionais-de-enfermagem-em-unidades-de-terapia-intensiva-na-assistencia-ao-paciente-oncologico.pdf. Acesso em: 19 abr. 2021.

RIBEIRO, Andressa de Freitas. Taylorismo, fordismo e toyotismo. **Rev. Lutas Sociais**, São Paulo, vol.19 n.35, p.65-79, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/ls/article/viewFile/26678/pdf>. Acesso em 04 out. 2021.

RODRIGUES FILHO, E. M.; JUNGES, J. R. Burnout entre médicos intensivistas ou Sociedade do burnout. *Saude soc.*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 809-819, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902018000300809&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 mai. 2020.

ROSADO, I. V. M.; RUSSO, G. H. A. e MAIA, E. M. C. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 20, n. 10, pp. 3021-3032, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13202014>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 2 mar. DOI: 202 <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13202014>.

ROSSO, Sadi dal. Ondas de intensificação de labor e crises. **Perspectivas: Revista de ciências sociais**, São Paulo, v. 39, p. 133-154, jan. 2011. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/4755/4057>. Acesso em: 21 fev. 2021.

SANTANA, J.; PESSIMI, L.; SÁ, A. Desejos dos pacientes em situações de terminalidade: uma reflexão bioética. **Revista de Enfermagem**, v.18, n.1, maio/junho, 2015. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9367>. Acesso em: 29 abr. 2020.

SANTOS, Raissa Passos dos.; GARROS, Daniel; CARNEVALE, Franco. As difíceis decisões na prática pediátrica e sofrimento moral em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. 2018, v. 30, n. 2, p. 226-232. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180039>. Epub Apr-Jun 2018. ISSN 1982-4335. Acesso em: 21 abr. 2021.

SARAVANABAVAN L.; SIVAKUMAR M. N.; HISHAM M. Stress e Burnout entre profissionais de saúde de unidade de terapia intensiva em um hospital indiano de atendimento terciário. **Indian J Crit Care Med**. v. 23, n. 10: p. 462-466, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6842838/>. Acesso em: 20 mar. 2020. DOI: 10.5005 / jp-journals-10071-23265.

SASANGO HAR, Farzan et al. **Esgotamento e fadiga do provedor durante a pandemia de COVID-19**: lições aprendidas em uma unidade de terapia intensiva de alto volume, Anestesia e Analgesia., v. 131 n. 1, p 106-111, jul. 2020. Disponível em: https://journals.lww.com/anesthesiaanalgesia/Fulltext/2020/07000/Provider_Burnout_and_Fatigue_During_the_COVID_19.17.aspx. Acesso em: 25 abr. 2021. DOI: 10.1213/ANE.0000000000004866.

SERAFIM C. M.; LIMA C. B. Unidade de terapia intensiva pediátrica, sob o olhar do acompanhante da criança hospitalizada. João Pessoa: **Temas em Saúde**. v. 16, n. 3, p. 381 a 403, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0568-2570.pdf. Acesso em: 15 mar. 2020.

SILVA, Andressa Fernanda et al. Presenteísmo em trabalhadores da equipe multiprofissional de Unidade de Terapia Intensiva Adulta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 96-104, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0779>. ISSN. Acesso em: 28 mai. 2021.

SILVA, Andressa Fernanda; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. Alterações mentais em trabalhadores de unidades de terapia intensiva. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 1-10, set. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762019000300009&lng

=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 mai. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.151483>.

SILVA, J. L. L. et al. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 125-133, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2015000200125&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2020.

SILVA, Jorge Luiz Lima da. **Aspectos Psicossociais e Síndrome de Burnout entre trabalhadores da Enfermagem Intensivistas**. 2015. 153 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12850/1/ve_Jorge_Luiz_ENSP_2015. Acesso em: 21 mai. 2020.

SILVA, Jorge Luiz Lima et al. Estresse e fatores psicossociais no trabalho de enfermeiros intensivistas. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 16, n. 48, p. 80-120, 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412017000400080&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.249321>.

SOMBRA, I. C. N. (Org.). **Discursos, saberes e práticas da enfermagem**. 3. ed. Ponta Grossa: Atena Editora, 2019. 309 p. Disponível em: <https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/ebookPDF/2886>. Acesso em: 13 fev. 2020.

SOUZA, H. A.; BERNARDO, M. H. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 44, e26, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030376572019000100302&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000001918>.

SOUZA, L. P.; ALGERI, É. D. B. O.; LIMA M. G. Gestão de conflitos: transformando conflitos em oportunidades. *In*: VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; TORRE, Mariana. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas integrativas**. São Paulo: Monole, 2017. Cap. 72. p. 1-989. E-Book.

SOUZA, P. S. N.; CONCEIÇÃO, A. O. F. Processo de morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 127-134, jan., 2018. Acesso em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422018000100127&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261234>.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, set. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232020000903465&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 abr. 2021.

VAN MOL, M. M. et. al. Prevalência de fadiga e compaixão pela compaixão entre profissionais de saúde em unidades de terapia intensiva: uma revisão sistemática. **PloS one**,

10 (8), e0136955, 2015. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4554995/>. Acesso em: 8 mar. 2020 DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955>.

VANDEVALA, T., et. al. Ruminação psicológica e recuperação do trabalho em profissionais de terapia intensiva: associações com estresse, burnout, depressão e saúde. **Jornal de cuidados intensivos**, 5, 16, 2017. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5290656/>. Acesso em: 18 mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40560-017-0209-0>.

VASCO, A. M. V.; SILVA, L. M.; PINHEIRO, F. G. M. S. Tecnologia e avanços nos estudos da assistência ao paciente com pneumonia associada à ventilação mecânica. **Ciências humanas e de saúde unit**, v.2, n. 3, p.81-86, Aracaju, 2015. Disponível em:

<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/1815>. Acesso em: 2 mar. 2020.

VEGA-VEGA, P. et al. Perception of support in professional's and technician's grief of pediatric intensive care units in public hospitals. **Rev. chil. pediatr.**, Santiago, v. 90, n. 4, p. 429-436, ago. 2019. Disponível em:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062019000400429&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i4.1010>.

VICENSI, M. C. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional.

Rev. Bioét., Brasília, v. 24, n. 1, p. 64-72, abr. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422016000100064&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2020.

VINCENT, L et al. Síndrome de Burnout na equipe da Unidade de Terapia Intensiva do Reino Unido: Dados de todos os três domínios da Síndrome de Burnout e grupos profissionais, gêneros e idades. **Journal of the Intensive Care Society.**, v. 20 n. 4, p. 363-369, 2019.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6820232/> . Acesso em: 21 abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/1751143719860391>.

VOSGERAU, D. S. A. R. & ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista de Diálogo Educacional.**, (14) 41, 165-189, 2014.

Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/2317> Acesso em: 27 mar. 2021.

WELP A, Rothen HU, Massarotto P, Manser T. Teamwork and clinician burnout in Swiss intensive care: the predictive role of workload, and demographic and unit characteristics.

Swiss Med Wkly., 24;149: w20033, mar. 2019. Disponível em:

<https://smw.ch/article/doi/smw.2019.20033>. Acesso em: 05 mai. 2021. DOI: 10.4414/smw.2019.20033.

WHO, World Health Organization. **Fontes e distribuição de oxigênio para centros de tratamento COVID-19:** orientação provisória. Organização Mundial da Saúde, 6 p., 04 abr. 2020, Geneva. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331746/WHO-2019-nCoV-Oxygen_sources-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 04 abr. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PROCESSO DE COLETA DA REVISÃO NARRATIVA

PORTAL DE BUSCA E DATA	TERMOS	RESULTADOS	APLICAÇÃO DOS FILTROS	CONSIDERADOS
BVS-SAÚDE (12/04)	Saúde mental AND equipe multiprofissional AND Unidade de Terapia Intensiva.	328 resultados	18 resultados	03 artigos
BVS- PSI (16/04)	Esgotamento profissional AND equipe multiprofissional AND UTI	04 resultados	03 resultados	02 artigos (um é de mestrado, com 97 páginas)
PORTAL CAPES (16/04)	Saúde mental AND equipe multiprofissional AND Unidade de Terapia Intensiva.	52 resultados	29 resultados	0 artigos
PORTAL CAPES (16/04)	Esgotamento profissional AND equipe multiprofissional AND Unidade de Terapia Intensiva.	09 resultados	08 resultados	01 artigos
SCIELO (12/04) Usado dois termos, porque com três não foi achado.	Saúde mental AND equipe multiprofissional	32 resultados	23 resultados	0 artigos (testado várias combinações com os termos, mas sem resultados)
GOOGLE: Para identificação de portais. 16/04	Saúde mental da equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva.	Realizada outra pesquisa com os mesmos termos + SciELO (encontrado 02 artigos)	02 resultados	01 artigo (SciELO)

Portal MEDLINE (18/04)	Esgotamento profissional AND equipe multiprofissional AND UTI.	Feito uma mesma pesquisa e encontrado só o primeiro termo por (saúde mental)	Para ambas pesquisas: 0 resultados	0 artigos
PUBMED (18/04)	Burnout, Professional AND Patient Care Team AND Intensive Care Units	40 resultados (Também foi pesquisado em português, porém sem resultados)	06 resultados (34 excluídos)	01 artigo (nenhum estudando a equipe multiprofissional)
PUBMED (18/04)	Professional burnout in the multiprofessional team of the intensive care unit	03 resultados (Termos pesquisados sem os conectores AND)	01 resultado (02 excluídos) (um não aparece na íntegra e outro se repete)	01 artigo (avalia a equipe multiprofissional)
BVS PSI; SCIELO; MEDLINE; PUBMED (19/04)	Esgotamento profissional AND COVID- 19 AND Equipe multiprofissional.	Foi feita uma variação com o termo saúde mental, mas todos obtiveram o mesmo resultado.	0 resultado	
BVS- Saúde (20/04)	Esgotamento profissional AND COVID-19 AND unidade de terapia intensiva	08 resultados	06 resultados	02 resultados
PUBMED (25/04)	Burnout professional AND COVID-19 AND intensive care unit	16 resultados	14 resultados (inglês, mas o chrome traduz no próprio portal)	02 resultados
PUBMED 30/04	Mental health AND COVID 19 AND Intensive Care Units	62 Resultados	52 resultados (06 selecionados para a análise)	02 resultados

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2021.