

Etec Cel. Fernando da Costa Febeliano
Curso Técnico de Enfermagem

**Saúde Mental dos Profissionais de Enfermagem que
atuam em UTIs**

Ana Luz Pereira da Rocha Elisbão
Isabela Martins de Lima Mota
Julia da Silva Xavier

Piracicaba

2025

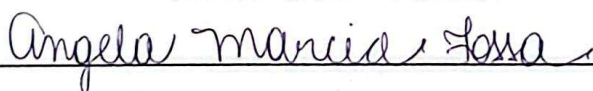
ANA LUZ PEREIRA DA ROCHA ELISBÃO
ISABELA MARTINS DE LIMA MOTA
JULIA DA SILVA XAVIER

**SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
QUE ATUAM EM UTIs**

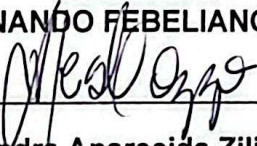
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
CURSO TÉCNICO em ENFERMAGEM da ETEC
FERNANDO FEBELIANO DA COSTA como requisito
parcial para obtenção do título de Técnico em
Enfermagem.

Aprovado em: 14 de Novembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA



**Prof. Ms Angela Marcia Fossa
Orientadora
ETEC FERNANDO FEBELIANO DA COSTA**



**Prof. Dra Alessandra Aparecida Zilio Cozzo Siqueira.
Examinadora
ETEC FERNANDO FEBELIANO DA COSTA**



**Prof. Ms. Maria Goreti Pereira Leite Nakamura.
Examinadora
ETEC FERNANDO FEBELIANO DA COSTA**

Sumário	
Resumo	3
Introdução	3
Objetivo geral	4
Objetivos específicos	5
Metodologia	5
Qualidade de vida	6
Saúde mental e qualidade de vida no ambiente de UTI	7
O impacto da sobrecarga emocional e organizacional	7
Qualidade de vida e a cultura da UTI	7
Condições de saúde mental em profissionais de UTIs	9
Síndrome da adaptação geral (SAG)	9
Transtornos mentais comuns (TMC)	12
Depressão	16
Ansiedade	22
Burnout (Síndrome de esgotamento profissional)	23
Qual a relação com a temática abordada	26
O impacto da pandemia de COVID-19: Estudo de caso	29
Medidas de intervenção	30
Medidas de prevenção	30
Conclusão: Promoção da qualidade de vida	31
Referências	33

Resumo

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, teve como objetivo geral analisar os fatores de risco que favorecem o desenvolvimento de condições de saúde mental (como depressão, estresse, burnout e ansiedade) em profissionais de enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). O estudo se estrutura em uma Revisão Bibliográfica de natureza descritiva, utilizando fontes nacionais e internacionais (SciELO, PubMed/MEDLINE, LILACS), com descritores como "Saúde Mental", "Enfermagem", "UTI" e "Burnout". A pesquisa identifica o ambiente da UTI como um cenário de estresse crônico, alta complexidade e carga horária extensa, que impõe uma sobrecarga psíquica significativa, culminando na alta prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e, em especial, na Síndrome de Burnout, caracterizada por exaustão emocional e despersonalização. Os resultados demonstram que o desequilíbrio na Qualidade de Vida (QV) e a toxicidade do Clima e Cultura Organizacional exacerbam o adoecimento, cujas consequências diretas incluem a diminuição da motivação, a deterioração das relações interpessoais e, de forma crítica, o aumento de erros e eventos adversos, comprometendo a segurança do paciente. O trabalho propõe que a mitigação desses riscos passa pela adoção de Estratégias de Coping e pela implementação de medidas preventivas institucionais, como apoio psicológico contínuo, escalas de trabalho justas e gestão humanizada. Conclui-se que investir na saúde mental do profissional é uma exigência ética e operacional indispensável para assegurar a qualidade e a humanização da assistência em saúde.

Palavras-chave: Saúde Mental. Qualidade de Vida. Enfermagem. UTI. Burnout.

Abstract

The present Final Course Project aimed to analyze the risk factors that contribute to the development of mental health conditions (such as depression, stress, burnout, and anxiety) among nursing professionals working in Intensive Care Units (ICUs). The study is structured as a descriptive Bibliographic Review, using national and international sources (SciELO, PubMed/MEDLINE, LILACS), with descriptors such as "Mental Health," "Nursing," "ICU," and "Burnout." The research identifies the ICU environment as a setting of chronic stress, high complexity, and extended working hours, which imposes a significant psychological burden, resulting in a high prevalence of Common Mental Disorders (CMD) and, in particular, Burnout Syndrome, characterized by emotional exhaustion and depersonalization. The results demonstrate that imbalances in Quality of Life (QoL) and the toxicity of Organizational Climate and Culture exacerbate illness, whose direct consequences include decreased motivation, deterioration of interpersonal relationships, and, critically, an increase in errors and adverse events, compromising patient safety. The study proposes that mitigating these risks involves the adoption of coping strategies and the implementation of institutional preventive measures, such as continuous psychological support, fair work schedules, and humanized management. It is concluded that investing in the mental health of professionals is an ethical and operational requirement essential to ensuring the quality and humanization of healthcare delivery.

Keywords: Mental Health; Quality of Life; Nursing; ICU; Burnout.

Introdução

A Enfermagem representa o alicerce da assistência à saúde, desempenhando um papel essencial no cuidado integral e contínuo ao paciente. Entre os diversos contextos de atuação, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destaca-se por sua alta complexidade e pela necessidade de tomada de decisões imediatas, o que exige do profissional não apenas competência técnica, mas também resistência emocional e equilíbrio psicológico. A convivência constante com situações de dor, sofrimento, morte e urgência impõe à equipe de enfermagem um conjunto de demandas psíquicas e emocionais intensas, que podem comprometer significativamente o bem-estar e a qualidade de vida desses trabalhadores.

Nesse cenário, a saúde mental e a qualidade de vida (QV) dos profissionais de enfermagem constituem-se como temas centrais no debate sobre a gestão e a humanização do trabalho em saúde. A QV entendida como a percepção individual de bem-estar físico, mental e social em consonância com valores, expectativas e objetivos pessoais. Essa qualidade de vida encontra-se frequentemente comprometida diante da sobrecarga física e emocional vivenciada nas UTIs.

A dissonância entre as exigências laborais e o suporte organizacional disponível favorece o surgimento de Transtornos Mentais Comuns (TMC), como ansiedade, depressão e estresse ocupacional, além de condições mais graves, como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e a Síndrome de Burnout. Esta última é amplamente reconhecida como um fenômeno relacionado ao esgotamento profissional, caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e sentimento de baixa realização pessoal, refletindo um ambiente de trabalho insalubre e desestruturado.

A relevância deste estudo está no reconhecimento de que o adoecimento mental da equipe de enfermagem ultrapassa a esfera individual, repercutindo diretamente na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente.

O comprometimento cognitivo e emocional decorrente da sobrecarga laboral pode gerar falhas na comunicação, diminuição da empatia, lapsos de atenção e aumento da ocorrência de erros e eventos adversos. Dessa forma, a análise das condições de trabalho e de saúde mental da equipe de enfermagem em UTI não se limita à

dimensão pessoal, mas envolve também a responsabilidade institucional e ética das organizações de saúde em promover um ambiente laboral saudável e humanizado.

Considerando esse contexto, este Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo geral analisar a condição da saúde mental e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva, bem como identificar as estratégias de intervenção e prevenção voltadas à redução dos riscos psicossociais e à promoção do bem-estar no ambiente hospitalar.

Para alcançar esse propósito, a presente pesquisa foi desenvolvida sob a forma de uma revisão bibliográfica, estruturada em três eixos principais: inicialmente, apresenta-se a fundamentação teórica acerca dos conceitos de qualidade de vida e de ambiente organizacional; em seguida, são discutidas as principais psicopatologias relacionadas ao trabalho e seus impactos sobre o desempenho profissional e a segurança do paciente; por fim, são descritas as medidas preventivas e os programas institucionais voltados à promoção da saúde mental e ao fortalecimento de práticas de cuidado mais éticas, seguras e humanizadas no contexto da UTI.

Objetivo Geral

Analisar os fatores de risco que favorecem o desenvolvimento de condições de saúde mental (como depressão, estresse, burnout e ansiedade) em profissionais de enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), investigando os impactos decorrentes na qualidade do atendimento hospitalar e nas relações interpessoais, e identificar estratégias e medidas de prevenção viáveis de implementação para a promoção do bem-estar desses profissionais.

Objetivos Específicos

Contextualizar o ambiente de trabalho na UTI, delineando suas características específicas de alta complexidade, carga horária extensa e constante necessidade de tomada de decisões rápidas.

Definir e correlacionar os conceitos de Qualidade de Vida (QV), Clima e Cultura Organizacional, avaliando como estes interferem na percepção de bem-estar do trabalhador de enfermagem.

Identificar e descrever as principais psicopatologias (Estresse, Transtorno de Estresse Pós-Traumático - TEPT, Depressão e Síndrome de Burnout) que afetam a saúde mental da equipe intensivista.

Analisar os impactos do adoecimento mental do profissional na qualidade do atendimento, na segurança do paciente e nas relações interpessoais.

Buscar e propor Estratégias de Coping e medidas de intervenção e prevenção (incluindo apoio psicológico e gestão humanizada) para a melhoria da saúde mental no ambiente de UTI.

METODOLOGIA

O presente estudo se configura como uma Revisão Bibliográfica (ou Revisão de Literatura) de natureza descritiva e exploratória. Este método é apropriado para a sistematização do conhecimento já produzido sobre o tema, permitindo a análise aprofundada de conceitos, fatores de risco e estratégias de intervenção.

Fonte de Dados

O levantamento bibliográfico foi realizado a partir de fontes secundárias, compreendendo artigos científicos, dissertações, teses e livros. A busca foi conduzida em bases de dados nacionais e internacionais, assegurando uma cobertura abrangente do tema.

Bases Nacionais: SciELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

Bases Internacionais: PubMed/MEDLINE, CINAHL e Google Scholar.

Foram incluídos estudos que abordassem a relação entre as condições de trabalho na UTI e o desenvolvimento das psicopatologias supracitadas. A análise dos materiais selecionados objetivou sintetizar o conhecimento sobre os fatores de risco e as estratégias de prevenção e intervenção para a saúde mental dos profissionais

intensivistas, fornecendo um panorama atualizado para as Considerações Finais do trabalho.

Referencial teórico

Qualidade de vida

O termo “qualidade de vida” é conceituado pela visão que os diferentes indivíduos têm sobre os fatores que os levam a ter uma vida boa, considerando valores espirituais, sociais, necessidades básicas, preocupações e expectativas. Ter qualidade de vida significa estar em equilíbrio com seus tópicos pessoais que guiam sua vida, incluindo a vida organizacional dentro de uma empresa. (CAVALCANTE ET AL. (2018)

A cultura e o ambiente organizacional são respectivamente o conjunto de valores e regras que guiam para um objetivo e a percepção dos trabalhadores quanto ao ambiente físico e psicológico de trabalho. São fatores de extrema importância que determinam diretamente a qualidade do atendimento e produtividade dos funcionários. Quando a empresa tem comportamentos e crenças baseados no respeito, trabalho em equipe, igualdade e valorização dos trabalhadores reflete diretamente nos funcionários e em suas atitudes, gerando motivação e ânimo para oferecerem um serviço mais qualificado. Por outro lado, se a organização for um espaço tóxico, sem comprometimento e seriedade com seus colaboradores, resultará em desmotivação, improdutividade e baixa qualidade no serviço. (ENTRINGER, 2019)

Diante desses dois tópicos é possível estabelecer uma relação visto que, é uma necessidade natural da espécie humana a atividade do trabalho e para se ter uma vida equilibrada e saudável, qualidade de vida, é preciso estar em ambientes respeitosos e confortáveis, incluindo o ambiente de trabalho. (ENTRINGER, 2019)

A busca por qualidade de vida – definida pela percepção individual de fatores que proporcionam bem-estar em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações – adquire uma complexidade quando o indivíduo é um técnico de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Nesse cenário, o trabalho não é apenas uma atividade, mas uma esfera que consome grande parte da energia física e mental do profissional. A satisfação das necessidades básicas e a realização de valores pessoais são constantemente testadas pela alta demanda e pelas características do ambiente de Cuidado Intensivo. Para que a qualidade de vida seja alcançada, o equilíbrio entre a vida pessoal e a

profissional deve ser sustentado por um ambiente de trabalho que, por si só, não seja um fator de adoecimento. (CAVALCANTE ET AL. (2018)

A conexão entre qualidade de vida e as dinâmicas do ambiente de trabalho é, para os técnicos de enfermagem intensivistas, um fator determinante de sua saúde mental. O trabalho é uma necessidade humana, mas quando o meio em que ele é exercido viola o respeito e conforto (entendidos aqui como segurança psicológica e estrutural), ele deixa de ser fonte de realização e passa a ser um risco à saúde. A exposição contínua a situações de morte, sofrimento e alta pressão exige que o ambiente da UTI ofereça mais do que apenas equipamentos adequados; exige um suporte robusto no campo psicossocial. Portanto, a promoção de um clima e cultura organizacional positivos dentro das UTIs não é um luxo ou um diferencial, mas sim uma necessidade, uma exigência ética e operacional para garantir a longevidade a saúde e, em última instância, a qualidade de vida daqueles que estão na linha de frente do cuidado intensivo. Ignorar essa relação é negligenciar a base fundamental para um sistema de saúde eficiente e humanizado. (CAVALCANTE ET AL. (2018)

Saúde Mental e Qualidade de Vida no Ambiente de UTI

O ambiente de UTI impõe um nível de exigência ímpar aos seus profissionais. Cuidar de pacientes em estado crítico, a necessidade de decisões rápidas e a constante exposição a um cenário de alta pressão definem a rotina, seja em UTIs adultas, pediátricas, neonatais ou especializadas. Essa intensidade e as longas jornadas, embora essenciais para a excelência do cuidado, representam um desgaste considerável para a saúde física e mental dos trabalhadores. (AMORIN; SOUZA, 2018)

O Impacto da Sobrecarga Emocional e Organizacional

Estudos sublinham que a organização do trabalho é um fator decisivo no bem-estar. A sobrecarga, o estresse crônico e a dificuldade em equilibrar as demandas clínicas com as exigências burocráticas são problemas recorrentes. Adicionalmente, a frequente lida com a morte e o sofrimento dos pacientes e seus familiares gera um impacto emocional profundo, muitas vezes desencadeando quadros como a Síndrome de Burnout e a fadiga por compaixão - o custo de se importar.

Profissionais relatam a necessidade urgente de um suporte psicológico mais robusto e de preparo adequado para essas situações desde a formação. (AMORIN; SOUZA, 2018)

Qualidade de Vida e a Cultura da UTI

A qualidade de vida é a percepção individual de bem-estar, moldada por valores, expectativas e necessidades, e o ambiente de trabalho é um pilar fundamental desse equilíbrio. Para o profissional da UTI, essa busca se torna um desafio complexo, pois o trabalho consome uma parcela significativa de sua energia vital. (AMORIN; SOUZA, 2018)

A cultura e o clima organizacional da UTI – o conjunto de valores, regras e a percepção do ambiente psicológico – são fatores que determinam a saúde mental do colaborador e, conseqüentemente, a qualidade do atendimento. Quando a organização cultiva o respeito, o trabalho em equipe, e a valorização do trabalhador, ela se torna um espaço de motivação e segurança psicológica. Por outro lado, um ambiente tóxico, marcado pela desvalorização, transforma a atividade profissional, que é uma necessidade humana, em um risco à saúde e uma fonte de adoecimento. (AMORIN; SOUZA, 2018)

Para que a qualidade de vida seja alcançada, o ambiente de Cuidado Intensivo deve oferecer mais do que apenas equipamentos de ponta; ele deve proporcionar um suporte psicossocial robusto. A promoção de um clima e cultura organizacional positivos dentro da UTI não é um diferencial, mas uma exigência ética e operacional. Investir em gestão humanizada, apoio emocional e treinamentos contínuos para reduzir o desgaste é o caminho para garantir a longevidade, a saúde e o bem-estar dos profissionais que dedicam sua vida à linha de frente do cuidado intensivo, refletindo diretamente em um sistema de saúde mais eficiente e humanizado. (AMORIN; SOUZA, 2018)

Condições de saúde mental em profissionais de UTIs

As condições de saúde mental selecionadas para análise neste projeto foram o estresse e Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), a depressão, a ansiedade e o burnout. Deve-se considerar, antes de tudo os fatores estressores e os Transtornos Mentais Comuns (TMC), pois é de extrema importância compreender as definições, em seguida causas e consequências destes elementos para a saúde mental dos profissionais de saúde bem como o impacto nas relações e na qualidade do trabalho destes. (LARANJEIRA; SILVA, & VASCONCELOS (2024)

Síndrome da Adaptação Geral (SAG)

Pode se definir fatores estressores como um evento de qualquer natureza que sobreponha os limites de um indivíduo, de forma que está dividido em 3 fases de acordo com a Síndrome da Adaptação Geral (SAG), que pode ser definida como: conjunto de reações inespecíficas que são desencadeadas no organismo ao sofrer uma exposição a um estímulo considerado uma ameaça à conservação da homeostase. (UFMG, 1998)

De acordo com Hans Selye, que foi o primeiro estudioso a tentar definir o estresse em 1959, relacionando-o com seu aspecto biológico ao defini-lo como elemento intrínseco de toda afecção que produz modificações estruturais e químicas no corpo de forma mensurável, a manifestação do SAG é constituída em 3 fases, tais quais manifestações agudas ou fase de alerta, cronificação do estresse ou fase de resistência e exaustão. (Revista de Psicofisiologia, 2(1), 1998) (Filgueiras, J. C., & Hippert, M. I. S. (1999). A polêmica em torno do conceito de estresse. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 19(3), 40–51.)

Primeira fase (fase de alerta): durante essa fase, a medula da suprarrenal [porção central e interna das glândulas suprarrenais, localizada acima dos rins] secreta os hormônios Ad e Nad [ou adrenalina e noradrenalina], liberados em situações de estresse agudo, ativando uma resposta de luta ou fuga [também chamada de Reação de Emergência de Cannon], em consequência da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (HHS) que libera ACTH [hormônio responsável por estimular as glândulas suprarrenais a libertarem corticosteroides]. (UFMG, 1998)

Isso ocorre de maneira coordenada: quando o elemento estressor é percebido, o hipotálamo é ativado liberando CRH [que atua como um mensageiro químico para iniciar e regular a resposta do corpo ao estresse, este, estimula a hipófise anterior a liberar ACTH. Por fim, o ACTH chega à suprarrenal, causando a liberação de Ad e Nad. (Allen MJ, Sharma S, 2023)

Vale lembrar que, caso essa estimulação do ACTH for muito intensa, ocorrerá a liberação de glicocorticoides pela glândula suprarrenal, isso significa que haverá um aumento da glicose e, portanto, de energia para a resposta ao estresse. Entretanto se essa resposta se tornar prolongada, podem haver diversas consequências para o organismo, assim como durante esse processo, há a estimulação do sistema autônomo simpático, que pode exaurir as catecolaminas [hormônios Ad e Nad] levando à fadiga. (Revista de Psicofisiologia, 2(1), 1998)

Segunda fase (cronificação do estresse): nesta fase, a suprarrenal secreta continuamente os glicocorticoides na tentativa de manter o equilíbrio do corpo, buscando fornecer mais e mais energia para o organismo, uma vez que a exposição ao agente estressor é contínua. Esse aumento da atividade da suprarrenal tem consequências.

Quadro 1 – Alterações observadas na segunda fase da Síndrome da Adaptação Geral

Alteração observada	Causa principal (mecanismo)	Consequência no organismo
↑ Atividade do córtex da suprarrenal	Estímulo contínuo pelo eixo HHA → ↑ ACTH → ↑ Cortisol	Manutenção do estado de alerta; risco de desgaste físico

Alteração observada	Causa principal (mecanismo)	Consequência no organismo
Atrofia do baço e de estruturas linfáticas	Os glicocorticoides geram um efeito imunossupressor, inibindo a produção de substâncias inflamatórias, citocinas e outras substâncias que são essenciais para a resposta imune.	Aumento de risco de infecções
Leucocitose (↑ leucócitos)	O cortisol aumenta a quantidade de leucócitos no sangue periférico ao estimular a medula óssea e de depósitos teciduais para a corrente sanguínea. Ao mesmo tempo, o cortisol	Alteração na resposta imune e

	inibe a migração dessas células para os tecidos onde as inflamações ocorrem, ou seja, os leucócitos ficam “impedidos” na circulação, criando um efeito imunossupressor paradoxal	consequente defesa menos eficiente
Diminuição de eosinófilos	Nessa fase em que o cortisol permanece constantemente elevado, um estado de supressão imunológica crônica é atingido e, portanto, nesse estágio de estresse, o corpo prioriza a sobrevivência e direcionando a energia para funções essenciais, ou seja, a reação da resposta inflamatória prolongada é reduzida drasticamente. Consequentemente, o cortisol induz a apoptose das células de defesa para reduzir essa resposta	Redução da resposta inflamatória e alérgica
Ulcerações gástricas e duodenais	↑ Ácido gástrico + ↓ muco protetor (efeito do cortisol) O cortisol pode diminuir a produção de prostaglandinas, que são substâncias protetoras do estômago além disso, seu excesso pode manter o estômago em um estado inflamatório, o que favorece o surgimento de feridas.	Lesão da mucosa e risco de dor/hemorragias

Fonte: Adaptado de Revista de Psicofisiologia (1998).

Logo, nessa fase, resultado das respostas é mais focado. Em suma, se o agente estressor perdurar, a fase também perdura, sem contar que o mecanismo de defesa pode falhar e levar assim o organismo a entrar na terceira fase. (Revista de Psicofisiologia, 2(1), 1998)

Terceira fase (exaustão): No último estágio da SAG, o corpo se torna incapaz de manter seu estado de alerta e resistência visto que a exposição ao agente estressor esgota os recursos do organismo, em resumo, a ação do cortisol, em nível elevado, leva a ação dos mecanismos de defesa ao colapso. Os efeitos que se seguem são:

1- Retorno dos sintomas da primeira e segunda fase, ou seja; fadiga, irritabilidade, redução da capacidade de concentração, decorrentes da exposição dos efeitos dos hormônios Ad, Nad e do cortisol, só que de forma mais intensa e duradoura, uma vez que o corpo se torna incapaz de resistir a esses sintomas e manter o equilíbrio.

2- Disfunção da defesa, o enfraquecimento do sistema imune é congruente com a sobrecarga sofrida, deixando o organismo cada vez mais e mais vulnerável a patologias como por exemplo:

Quadro 2 – Patologias psicossomáticas decorrentes da fase de exaustão do estresse

Patologias	Causas
Problemas Gastrointestinais (Gastrite e Úlceras)	A principal causa de úlceras pépticas está relacionada com a presença da <i>H. pylori</i> *, o estresse não é causa dessa bactéria, entretanto, agrava os sintomas por meio de seus hormônios, que causam desvio de fluxo sanguíneo de órgãos não essenciais, prejudicando a mucosa gástrica. Além disso, esses hormônios aumentam a produção de suco gástrico, estimulando o nervo vago que secreta a gastrina**. Podendo causar então problemas como mucosa enfraquecida e vulnerabilidade do órgão a irritações e lesões
Problemas Cardiovasculares (Aumento da Pressão Arterial)	Os hormônios do estresse aceleram os batimentos cardíacos, contraindo os vasos sanguíneos e elevando a pressão arterial. A exposição contínua a este processo pode resultar em um desgaste nos vasos e resultar em problemas como hipertensão crônica, além do aumento do risco de infarto e acidente vascular cerebral
Problemas cutâneos (Dermatites e Psoríase)	O desequilíbrio hormonal provocado pelo estresse altera a resposta imunológica da pele, com a possibilidade de resultar em uma inflamação persistente, o que pode ou piorar condições dermatológicas pré existentes ou contribuir para o surgimento de novas patologias associadas. Ademais pode também contribuir para o envelhecimento precoce da pele e retardar processos de cicatrização
Doenças Autoimunes	O desequilíbrio na ativação sistema endócrino é o fator desencadeador de doenças, seja esse desequilíbrio exacerbado ou abaixo do normal, afetando o sistema imunológico ao alterar a produção de citocinas***. O que causa esse desequilíbrio são os hormônios do estresse, principalmente os glicocorticoides e as catecolaminas (Ad e Nad), que quando liberadas em altas concentrações, podem inibir a resposta do Th1****, linfócito associado a doenças autoimunes

(Adaptado de Vakil (2025) e Cleveland Clinic (2024).

* A *H. pylori* é uma bactéria que danifica a camada protetora do estômago, permitindo que o ácido gástrico danifique os tecidos subjacentes, causando inflamação e, conseqüentemente, úlceras. (Nimish Vakil, msdmanuals, 2025)

** hormônio produzido no estômago e duodeno que estimula a secreção de ácido gástrico (HCl) para a digestão de alimentos (Cleveland Clinic, 2024)

***Citocinas são peptídeos que atuam como mediadores, regulando a resposta imunológica, por meio da maturação, da proliferação, da diferenciação, da ativação ou da inibição de diferentes células do sistema imunológico e de outros sistemas e órgãos do organismo, aumentando ou diminuindo a resposta do sistema imune. (Departamento de Microbiologia e Parasitologia, 2004)

****Subtipo de linfócitos T que produz citocinas pró-inflamatórias (Peter J. Delves, msdmanuals, 2025)

Ou seja, todas essas reações psicossomáticas ao estresse- termo que faz referência a às patologias que pertencem tanto ao físico quanto ao psíquico- traduzem uma falha na defesa, causando um alerta no organismo que se concretiza em reações psicossomáticas (gastrite, úlceras, alterações cardiovasculares, dermatites). Por fim, a reação inicial aos agentes estressores de proteger o organismo, exacerba, gerando assim efeitos indesejáveis, como as patologias anteriormente descritas ou até mesmo a morte. (UFMG, 1998)

Transtornos mentais comuns (TMC)

A ideia de transtornos mentais comuns ou TMC foi conceituada em 1992 na obra de título original “*Common Mental Disorders: a Bio-Social Model*” produzida por dois psiquiatras e pesquisadores britânicos; David Paul Brandes Goldberg, conhecido por desenvolver dois instrumentos de triagem/avaliação em saúde mental: “*General Health Questionnaire (GHQ)*” e “*Clinical Interview Schedule*”, que são amplamente usados como meio para identificar sofrimento mental e sintomas psiquiátricos na população geral ou em atenção primária. Além disso, ao longo de sua vida, ele também trabalhou para a Organização Mundial da Saúde (OMS) como consultor e treinou psiquiatras no mundo todo. (Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2016 & King’s College London, 2024)

E Peter Huxley, que juntamente com Goldberg, desenvolveu o modelo de quatro filtros “*pathway to psychiatric care*” (caminhos ao cuidado psiquiátrico) que demonstra de forma esquemática como indivíduos que apresentam quadros de sintomas mentais comuns interagem com sistema de saúde bem como os filtros enfrentados com o objetivo de alcançar o diagnóstico e tratamento especializado- vale

lembrar que muitas pessoas com TMC nunca chegam a uma consulta especializada, visto que, antes de tudo, deve-se reconhecer o problema, procurar ajuda, então ser identificado no atendimento primário, ser encaminhadas etc. Cada filtro diminui significativamente o número de pessoas que passam para o próximo nível. (Centre for Mental Health and Society, 2025)

Goldberg & Huxley definem os TMC como uma série de estados de sofrimento psicológico, que de antemão, surgem com muito mais regularidade nos serviços de atenção primária do que nas instituições de saúde psiquiátricas, e que envolvem sintomas de depressão, ansiedade e queixas somáticas sem uma causa orgânica clara- além da aproximação de sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, velocidade com que uma pessoa se sente ansioso ou triste e queixas físicas inespecíficas. (Centre for Mental Health and Society, 2025)

Isso quer dizer que o indivíduo experencia uma soma de sintomas físicos para os quais, mesmo após uma série de exames médicos, não se encontra uma causa/origem, ou seja, esse conjunto de sintomas não suprem os parâmetros/critérios formais de diagnósticos psiquiátricos mais graves, (tais quais os transtornos psicóticos) ou diagnósticos “plenos” de transtornos de acordo com o DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais ou “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”, uma categorização de transtornos mentais, elaborada como um meio para descomplexificar o diagnóstico destes transtornos, permitindo assim, que os profissionais possam fazer uso de uma linguagem unificada. Esse sistema é também é um dos principais usados pela Saúde Pública Brasileira, sua última versão é o DSM-5). (Santos et al., 2019 & OMS, 2025)

Ou CID (O CID, ou ICD em inglês, significa *Classificação Internacional de Doenças* — em inglês “*International Classification of Diseases*”. Trata-se de um sistema padronizado criado e mantido pela OMS “Organização Mundial da Saúde”, estruturado por meio de uma estatística nacional de patologias e outros problemas relativos, de forma que engloba também os fatores que influenciam a saúde, sua última versão é a ICD-11), mas, ainda assim, causam sofrimento e têm impacto social, e proximidade com sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, rapidez para se sentir ansioso ou triste, queixas físicas inespecíficas. (SANTOS et al., 2019 & OMS, 2025)

“As variáveis setor UTI e o cargo de enfermeiro representam risco para indicativo de Transtornos Mentais Comuns (TMC). Os TMC abrangem quadros subclínicos de estresse, ansiedade e depressão caracterizados por sofrimento mental e físico, bem como indisposição para atividade laboral em que o indivíduo apresenta sintomas como insônia, fadiga e dificuldade de concentração.” LARANJEIRAR, DE C. C.; SILVA, F. C. L. DA; VASCONCELOS, V. Saúde mental da equipe de enfermagem em UTI. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 12, p. e19109, 29 dez. 2024.

Fatores que favorecem os TMC no ambiente de trabalho

Quadro 3 – Fatores de risco para Transtornos Mentais Comuns em profissionais de UTI

Categoria	Fatores de risco	Exemplos práticos	Possíveis consequências
Carga e Ritmo Intenso	Excesso de plantões, ritmo acelerado, decisões rápidas	Turnos longos, falta de pausas, plantões noturnos frequentes	Estresse, fadiga extrema, risco de burnout
Condições Físicas	Ambiente fechado, ruído de equipamentos, iluminação artificial	Alarmes constantes, espaço limitado, temperaturas inadequadas	Cansaço, irritabilidade, queixas somáticas
Relações Interpessoais	Conflitos em equipes multiprofissionais, liderança autoritária	Comunicação falha, críticas excessivas, pouca empatia	Ansiedade, depressão, clima organizacional ruim
Pressão Emocional	Contato com morte e sofrimento frequente	Situações de emergência, pacientes graves, decisões éticas difíceis	Desgaste mental, luto complicado, esgotamento emocional
Falta de Reconhecimento e Recursos	Salários baixos, sobrecarga de trabalho, falta de EPIs	Escassez de profissionais, falta de equipamentos adequados	Desmotivação, sentimento de impotência
Conciliação com Vida Pessoal	Dificuldade para equilibrar trabalho e vida familiar	Plantões imprevisíveis, sono irregular	Insônia, estresse crônico, irritabilidade

Fonte: Adaptado de Centre for Mental Health and Society (2025) e OMS (2025).

Subsequente ao que já foi dito sobre a relação entre os eventos estressores, com como ocorrem e porque ocorrem, agora deve-se definir cada um dos transtornos selecionados.

Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)

O Transtorno de estresse pós-traumático é uma condição psiquiátrica, que se desenvolve após a exposição a um evento traumático e se caracteriza por “pensamentos intrusivos, pesadelos e flashbacks; esquiva de lembranças do trauma; cognições negativas e mau humor; hipervigilância e distúrbios do sono.” (MANUAL MSD, 2025) E está relacionado com outras condições como a depressão ou uso de substâncias. O indivíduo frequentemente vivencia o evento ou os eventos como algo emocional, fisicamente prejudiciais ou potencialmente fatais, no entanto, por vezes, algumas pessoas não desenvolvem o transtorno, mesmo após ocorrer a exposição ao evento traumático. (MANUAL MSD, 2025)

É importante esclarecer que muitas pessoas apresentam os sintomas semelhantes ao deste transtorno nos primeiros dias que se seguem, entretanto, para que se estabeleça um diagnóstico de TEPT, os sintomas devem ter uma prevalência de mais de um mês, causar sofrimento significativo e problemas diários para a pessoa. Eventualmente, o desenvolvimento de sintomas pode aparecer em um período de aproximadamente três meses após o trauma, ou muito mais tarde. Levando em conta que os sintomas podem também, persistir por meses ou anos. (MANUAL MSD, 2025)

Um evento traumático pode ser definido como um episódio interpretado pelo organismo como uma ameaça grave a integridade do indivíduo. Esse evento não é necessariamente algo isolado (como sofrer um acidente, presenciar um desastre natural), pode ser a longo prazo (série de eventos frequente), ou ocorrer de forma indireta (ao testemunhar um evento, morte de ente querido). (Instituto Nacional de Saúde Mental (EUA), 2023)

Ademais, existe uma condição que está intimamente ligada ao TEPT; o Transtorno de Estresse Agudo (TEA ou ASD – Acute Stress Disorder), trata-se de uma reação psicopatológica que ocorre logo após o evento traumático, geralmente entre três dias e quatro semanas, envolvendo sintomas de estresse como: ansiedade, sensação de medo intensa, medo intenso ou impotência, flashbacks e pesadelos ou até mesmo fuga de situações, lugares e lembranças que estão relacionadas ao evento traumático. Assim, se esses sintomas persistirem por mais de quatro semanas e

cumprirem outros critérios clínicos, é possível diagnosticar TEPT. (Instituto Nacional de Saúde Mental (EUA), 2023)

Variantes do TEPT

O TEPT pode se manifestar de diferentes formas de acordo com o tipo de trauma, bem como sua duração e sintomas dissociativos (sensação de desconexão de si mesmo e do mundo, perda de memória, confusão de identidade, problemas com emoções intensas e experiências que parecem irreais).

Seus subtipos são classificados da seguinte forma:

Quadro 4 – Classificação dos subtipos de TEPT e suas características principais

Variante / Subtipo	Características Principais
TEPT não complicado (ou uncomplicated PTSD)	De acordo com o DSM-5, o indivíduo vivencia um evento traumático apresentando sintomas como pensamentos intrusivos, pesadelos e flashbacks com duração acima de um mês.
TEPT complexo (C-PTSD ou Complex PTSD)	Surge após exposição por um longo período a traumas, envolve os mesmos sintomas do TEPT típico e sintomas adicionais, como dificuldade de controle emocional, problemas de relacionamento, autopercepção negativa. É comum em pessoas que sofrem abusos prolongados
TEPT com subtipo dissociativo (ou dissociative PTSD D-PTSD)	Manifestações dissociativas proeminentes, como despersonalização e desrealização. A experiência traumática é vivida de forma desconectada. “As pessoas com TEPT com subtipo dissociativo podem sentir como se estivessem observando a si mesmas de fora de seu corpo ou que o mundo ao seu redor não é real. Esses sintomas dissociativos são uma forma da mente lidar com traumas avassaladores.” Medical News Today (2024)
TEPT com comorbidades	Aparece junto com outros transtornos mentais (depressão, ansiedade, abuso de substâncias). “Esse tipo é mais complexo e difícil de tratar, pois requer o tratamento de várias condições ao mesmo tempo. Abordagens de tratamento integradas são essenciais. Os profissionais de saúde mental geralmente combinam terapia e medicação para controlar os sintomas de TEPT e as comorbidades.” Medical News Today (2024)
TEPT com início tardio ou expressão tardia (delayed onset PTSD)	É o tipo de transtorno que não atende aos critérios diagnósticos plenos até seis meses ou mais que se seguem após o evento traumático, ou seja, os

	sintomas podem se desenvolver mais cedo, entretanto, só atingem os parâmetros completos após vários meses. Esse tipo de TEPT pode ser mais desafiador de diagnosticar e tratar, pois o atraso na manifestação dos indícios tende a dificultar a associação dos sintomas ao evento traumático.
TEPT agudo / crônico	Distinção feita por duração: agudo (menos de 3 meses) e crônico (a partir de 3 meses).

Adaptado de: Charlie Health (2024), Medical News Today (2024), Shoreline Recovery Center (2024), Cleveland Clinic (2024)

Depressão

A depressão por definição, é uma psicopatologia multifatorial, ou seja, é influenciada/causada por uma combinação de fatores genéticos, ambientais, biológicos, químicos, fisiológicos e psicológicos. Somado a esses fatores advém de eventos estressantes, traumas, histórico familiar, desequilíbrio químico no cérebro, que podem afetar ou aumentar o risco de desenvolver essa psicopatologia. (OMS, 2025.)

Não se pode deixar de referir as características associadas à depressão, tais quais: humor deprimido, dificuldades cognitivas, pensamentos negativos, relativa perda de prazer, distúrbios de sono e distúrbios alimentares. Ou seja, a depressão não tem em si uma origem unidirecional, mas trata de um complexo desenvolvido relativo à frequência/intensidade dos efeitos multifatoriais. (OMS, 2025.)

Dentro desses padrões depressivos, existe o que é chamado de episódios depressivo. Trata se de um período no qual o indivíduo apresenta sintomas típicos da depressão por um tempo determinado e é classificado de acordo com a gravidade:

(OMS, CID-10, Mental Health Center of America, 2025)

Quadro 5 – Classificação dos episódios depressivos segundo a CID-10

Categoria	Manifestações associadas
Episódio depressivo leve (F32.0 no CID-10)	Caracterizado por pelo menos dois sintomas típicos, dentre eles: Humor deprimido, perda de interesse e prazer, e aumento da fadigabilidade. Além disso, nenhum dos sintomas deve estar presente em grau intenso. A duração mínima de todo o episódio é de cerca de

	2 semanas. Pode ser não somático* (F32.00) ou somático (F32.01). Não afeta a funcionalidade do indivíduo completamente. **
Episódio depressivo moderado (F32.1 no CID-10)	Caracterizado por, no mínimo, três a quatro sintomas típicos, dentre eles: A duração mínima de todo o episódio é de cerca de 2 semanas. Um indivíduo que sofre com episódio depressivo moderado geralmente terá dificuldade considerável em continuar com atividades sociais, profissionais ou domésticas, ou seja, sua funcionalidade é afetada. Pode ser não somático* (F32.11) ou somático (F32.11).
Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2 no CID-10)	Paciente manifesta uma agitação ou sofrimento considerável, a não ser em casos onde o atraso seja uma característica marcante. O indivíduo comumente tende a demonstrar perda de auto estima, experienciando sentimentos de inutilidade, culpa com maior proeminência e a síndrome somática estará quase sempre presente neste tipo de episódio depressivo. Todos os três sintomas típicos observados nos outros níveis de episódios depressivos, ou seja, humor deprimido, perda de interesse/prazer e fadiga, devem estar presentes, além de outros sintomas de intensidade grave. O episódio deve durar ao menos duas semanas, mas se os sintomas forem mais graves e de início rápido, o diagnóstico pode ser diagnosticado com menos de duas semanas. Nesse sentido, a improbabilidade do paciente dar continuidade atividades sociais, profissionais ou domésticas. Inclui episódios únicos de depressão agitada ou melancolia
Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3 no CID-10)	Atende os mesmos critérios fornecidos em um episódio grave sem sintomas psicóticos, entretando com a manifestação de delírios ou alucinações que podem ser auditivas e olfativas em alguns casos, indicando a perda de contato com a realidade. Em casos de atraso, pode haver uma evolução para

	estupor, ou seja, um estado de inconsciência profunda. Vale lembrar que esse episódio depressivo pode se mostrar congruente ou incongruente com o humor do paciente.
--	--

Fonte: Adaptado de OMS, CID-10 e Mental Health Center of America (2025).

*Entende se como sintoma somático (associado a depressão) manifestações no organismo em resposta ou em reflexo a intensidade do transtorno, como por exemplo alterações de apetite, dores ou queixas físicas, distúrbios do sono, fadiga, agitação ou lentidão psicomotora, entre outros.

**Entende se como funcionalidade do indivíduo a capacidade do indivíduo de desempenhar atividades da vida diária e manter seu papel social, profissional e pessoal.

Ainda dentro dessas categorias, existem padrões de episódios depressivos:

Transtorno depressivo de episódio único: ocorre apenas uma vez para o indivíduo, sem recorrências. (OMS, 2025)

Transtorno depressivo recorrente: Nesse caso, existe um histórico de ao menos dois episódios depressivos, com alternância de sintomas ao longo do tempo. Cerca de metade das pessoas que experenciam um episódio depressivo passa por uma recorrência, sendo que o risco de um episódio novo aumento de maneira considerável após o terceiro. (OMS, 2025)

Transtorno depressivo persistente (TDP ou distímia): A distímia tem como característica o humor deprimido que dura a maior parte do dia, maioria dos dias, com uma persistência de ao menos dois anos em adultos e um ano em crianças e adolescentes. Além disso, sabe se que o TDP tende a ter um início precoce na vida do indivíduo e frequentemente tem tendências a se tornar crônico, de forma que os sintomas alternam/flutuam e nunca tem uma resolução completa do problema, sendo que no geral, pessoas que sofrem com TDP, correm maior risco de agravamento da recorrência de pensamentos e comportamentos auto destrutivos (suicidas), com comportamentos funcionais graves. (National Library of Medicine, 2025)

A depressão como psicopatologia multifatorial

Componente genético: o fator genético tem um papel de importância quando se fala sobre vulnerabilidade à depressão. Estudos realizados com gêmeos e famílias demonstram que indivíduos com parentes de primeiro grau que foram diagnosticados com o transtorno depressivo apresentam um risco de significância maior de desenvolver a patologia.

As pesquisas identificaram polimorfismos (várias formas/ variações) em genes como o SLC6A4 (transportador de serotonina- neurotransmissor sintetizado a partir do aminoácido triptofano de alta relevância para a regulação do humor, sono, apetite e outras funções do organismo, cujos baixos níveis tem associação com a depressão) e o BDNF (fator neurotrófico derivado do cérebro, é uma proteína de suma importância para o desenvolvimento, crescimento e maturação, diferenciação e reparo neural no sistema nervoso, seus baixos níveis associados a depressão possuem ligação com alterações na plasticidade neural, uma vez que a alteração de hábitos como atividade física e sono, desregulam a produção de BDNF, sendo assim, hipótese neurotrófica da depressão e sua constante progressão aponta que a diminuição do BDNF tem contribuição para uma atrofia neuronal e a redução da neurogênese, contribuindo para problemas cognitivos e disfunções neurais), influenciando, desta forma, a regulação emocional e a resposta ao estresse. (National Institute of Mental Health, 2024; Sullivan et al., 2018; Nature Reviews Neuroscience, 2022).

Acima de tudo é importante lembrar que a genética não é um fator determinante para o indivíduo, apenas aumenta suscetibilidade quando combinada a fatores ambientais diversos, ou seja, atua como contribuinte, mas não é fator primordial e principal. (National Institute of Mental Health, 2024; Sullivan et al., 2018; Nature Reviews Neuroscience, 2022).

Componentes ambientais e sociais

Os fatores ambientais e sociais representam um aspecto importante na etiologia da depressão, uma vez que envolvem condições como pobreza, desemprego, casos de violência, negligência e abuso, perda de entes queridos, isolamento social, entre outras questões fortemente associadas ao aparecimento de sintomas. Estes contextos tem um grande peso, já que afetam a autoestima, bem como o senso de pertencimento, alterando até mesmo a percepção de segurança de um indivíduo e, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023), um dos

principais determinantes de saúde mental do mundo- considera se determinante como condições que que influenciam o bem-estar psíquico de uma pessoa- é a desigualdade social. (OMS, 2023)

Eventos como luto, violência, abuso, discriminação, são possíveis gatilhos reconhecidos para o início de episódios depressivos. Isso funciona da seguinte forma: essas experiências ativam o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (HHS)- resposta do corpo (estresse) à situação vivenciada- aumentando os níveis de cortisol, alterando o funcionamento cerebral, em especial as regiões do hipocampo (parte do encéfalo localizada no lobo temporal) e amígdala (parte do sistema límbico, localizada no lobo temporal), a primeira estrutura é crucial para a formação e organização de memórias, aprendizagem e orientação espacial, a segunda é responsável por processar as memórias, em especial aquelas relacionadas ao medo e à sobrevivência.

Com o passar do tempo, o estresse prolongado causado por um desses eventos favorece alterações neuroquímicas e fisiológicas, levando a um tipo de “sensibilização” do sistema de resposta ao estresse, de forma a intensificar a vulnerabilidade do indivíduo e fazendo com que o mesmo se torne mais exposto a novos episódios depressivos. (WHO, 2023; Harvard Health Publishing, 2022; Kessler et al., 2019).

Componentes biológicos e neurológicos

No que se refere ao campo biológico, a depressão tem associação com as alterações funcionais e estruturais do encéfalo, em especial as regiões do hipocampo, amígdala, e córtex pré frontal (que está localizado na frente do córtex pré motor e se estende pela superfície frontal, ocupando as superfícies lateral, medial e orbital do lobo frontal, ou seja, logo atrás da testa). Todas essas estruturas estão diretamente envolvidas na regulação de humor, memória e comportamento emocional. Dito isso, pesquisas de neuroimagem, apontam que indivíduos que sofrem com o transtorno depressivo tendem a apresentar uma redução do volume do hipocampo, essa redução possivelmente possui relação com a exposição prolongada ao cortisol. (; Harvard Health Publishing, 2022; Kessler et al., 2019).

Isso acontece da seguinte forma: considera se o hipocampo como um “freio” natural da resposta ao estresse, auxiliando no controle dos níveis de cortisol, essa parte do encéfalo possui uma grande quantidade de receptores de glicocorticoides

sensíveis ao cortisol. A exposição prolongada aos altos níveis desse hormônio acarreta em efeitos neurotóxicos, como a redução da neurogênese, encolhimento das dendrites (ramificações que conectoras dos neurônios), além do comprometer a capacidade do hipocampo de auxiliar a regular do eixo HPA, de maneira a criar um ciclo vicioso, mais estresse → mais cortisol → mais dano → menos controle sobre o estresse.

Para além disso, essa redução de função e volume do hipocampo tem associação com os sintomas típicos da depressão, como dificuldade de concentração e memória e problemas para processar emoções de maneira equilibrada. Todo este processo atrelado ao estresse, o cortisol e seus efeitos no hipocampo envolvem processos neurodegenerativos, comprometendo a neuroplasticidade e a regeneração neuronal. (Duman & Aghajanian, 2012; *StatPearls – Major Depressive Disorder*, 2024; Mayo Clinic, 2024).

Componentes químicos e metabólicos (hipótese bioquímica)

O fator bioquímico expõe que o transtorno depressivo possui uma relação com a desregulação de neurotransmissores, mensageiros químicos responsáveis pela comunicação neural, tais como a serotonina, dopamina, noradrenalina, glutamato e GABA. Enquanto a serotonina (5-HT) regula o humor, o sono e a sensação de bem estar, (baixos níveis tem relação com sentimentos de tristeza, irritabilidade e impulsividade).

A dopamina tem associação com o a sensação de prazer, a recompensa e a motivação (sua redução está ligada à anedonia- incapacidade de sentir prazer- bem como à falta de motivação), assim como a noradrenalina (baixos níveis tem ligação com a sensação de fadiga, falta de concentração e lentidão psicomotora) e o glutamato e GABA de tal forma que o glutamato é o neurotransmissor excitatório do cérebro enquanto GABA é o inibitório (baixos níveis geram um desequilíbrio- glutamato em excesso e baixa atividade de GABA- podendo gerar uma hiperatividade neuronal e neurotoxicidade, contribuindo para sintomas depressivos e ansiedade.)

Em resumo, A redução na disponibilidade ou funcionamento desses neurotransmissores é prejudicial para a transmissão dos sinais químicos entre áreas do encéfalo que estão associadas a sensações de prazer, à motivação e à regulação emocional. (Stahl, 2021; Harvard Medical School, 2023; Mayo Clinic, 2024).

Fatores fisiológicos

Diversas comorbidades e alterações fisiológicas podem precipitar ou agravar quadros depressivos, como por exemplo, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca dor crônica (condições que provocam estresse fisiológico contínuo no organismo, considerando também o fato de que doenças crônicas limitam a qualidade de vida e provocam problemas de ordem social- isolamento, sofrimento emocional, etc), assim como disfunções endócrinas (A tireoide produz hormônios (T3 e T4) que regulam o metabolismo cerebral. Quando há deficiência o metabolismo neuronal fica mais lento e a atividade da serotonina e da noradrenalina diminui, surgindo sintomas como fadiga, lentidão mental e humor deprimido). (StatPearls, 2023; NIH, 2024; Mayo Clinic, 2024).

Além do mais existem as deficiências nutricionais (O cérebro depende de nutrientes para sintetizar neurotransmissores e manter seu funcionamento, deficiências específicas podem causar desequilíbrios químicos como por exemplo vitamina D: atua como neuro-hormônio, modulando serotonina e dopamina; níveis baixos estão ligados a maior risco de depressão, especialmente em idosos e pessoas com pouca exposição solar. Vitamina B12 e folato (B9): fundamentais na produção de serotonina e noradrenalina; sua carência causa fadiga, irritabilidade e lentidão cognitiva. Ferro e zinco: participam da regulação de enzimas cerebrais envolvidas no metabolismo de neurotransmissores. Ômega-3: componente das membranas neuronais; baixos níveis reduzem a fluidez sináptica e afetam o equilíbrio entre dopamina e serotonina.) (StatPearls, 2023; NIH, 2024; Mayo Clinic, 2024).

Outro exemplo disso são as alterações hormonais que ocorrem durante o pós-parto, a menopausa ou outras fases de transição fisiológica também podem interferir nos mecanismos neuroendócrinos e afetar o humor. Durante o pós-parto, há uma queda abrupta de estrogênio e progesterona, hormônios que modulam serotonina, dopamina e GABA. (StatPearls, 2023; NIH, 2024; Mayo Clinic, 2024).

Essa mudança, somada ao cansaço e ao estresse da maternidade, pode desencadear a depressão pós-parto. O mesmo ocorre na menopausa, em que a redução dos estrogênios interfere nas sinapses serotoninérgicas, aumentando irritabilidade, ansiedade e tristeza.). (StatPearls, 2023; NIH, 2024; Mayo Clinic, 2024).

Interação entre fatores (multifatorialidade)

Ao fim e ao cabo, o transtorno depressivo é um resultado da interação entre os múltiplos fatores anteriormente apresentados, nenhum deles pode ser julgado como fator primordial, de tal forma que um indivíduo pode ter pré disposição genética, mas jamais desenvolver sintomas, enquanto que outro, sem um histórico familiar pode desenvolver a patologia em decorrência de outros transtornos e condições sociais diversas. (Kendler et al., 2021; *Nature Reviews Psychiatry*, 2022).

Tal complexidade reforça um modelo biopsicossocial no qual uma doença é compreendida a partir da interconexão entre organismo, indivíduo e ambiente, este último fator pode se tornar “gatilho” para genes de vulnerabilidade. Da mesma forma que processos biológicos como inflamação e disfunção do eixo HPA podem agravar ou “impulsionar” em parte o transtorno como foi exemplificado anteriormente, criando assim, um ciclo auto reforçado. (Kendler et al., 2021; *Nature Reviews Psychiatry*, 2022).

Ansiedade

A ansiedade é definida pelo DSM-5 como uma antecipação natural a uma ameaça futura associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquivas. Porém, quando essa antecipação se torna desproporcional ao perigo real do evento ocorre-se de surgir os transtornos de ansiedade. Os transtornos de ansiedade diferem quanto ao objeto que desencadeia a preocupação ou o medo. A principal causa de ansiedade nos Profissionais da saúde são de acordo com Rotta et al. (2016) são pressão no ambiente de trabalho, sono desregulado, sexo feminino e estado civil. Os transtornos de ansiedade mais comuns em profissionais da saúde são o Transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e o Transtorno de Estresse pós-traumático (TEPT). (DSM-5)

O transtorno de ansiedade generalizada ou F41.1 é caracterizado pelo DSM como ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) acerca de diversos eventos. Sendo que a intensidade, duração ou a frequência da ansiedade é desproporcional ao impacto real do acontecimento. Essa preocupação pode se associar a tremores, contrações, abalos e dores musculares, nervosismo ou

irritabilidade associados a tensão muscular, além de sintomas somáticos (sudorese, náusea ou diarreia) devido a um efeito de aumento na excitabilidade autonômica. (Júlio et al., 2022)

O transtorno de estresse pós-traumático ou F43.10 é a ansiedade e seus sintomas que surgem após a exposição a um evento traumático. Podendo ser dividido quanto a natureza do acontecimento e seus sintomas associados, sendo A a exposição a episódio concreto de morte ou lesão grave de natureza física ou sexual, B sendo a presença de lembranças ou sonhos intrusivos e angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático; C a evitação persistente de estímulos associados a eventos traumáticos; D a alterações negativas em cognição e humor após o fato; E a alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático; F ao tempo com duração maior que 1 mês; G a presença de sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social ou profissional e; H a perturbação não estar ligada a uso de alguma substância. (Júlio et al., 2022)

Nos profissionais da saúde da UTI, o TEPT está muito ligado a eventos como perda de pacientes, situações de abuso por outros profissionais e situações de iatrogenia devido a cansaço ou estresse. (Júlio et al., 2022)

Burnout (Síndrome de Esgotamento Profissional)

Também conhecida como Síndrome do Esgotamento Profissional, a síndrome de Burnout, é classificada na CID-11 (QD85) como um fenômeno ocupacional resultante de estresse laboral crônico que não foi administrado com sucesso, e não como um transtorno mental propriamente dito, é um distúrbio psíquico relacionado ao estresse ocupacional crônico. (WHO, 2019).

A condição foi descrita pela primeira vez em 1974 pelo psiquiatra Herbert Freudenberger, psicólogo americano, que observou sintomas de exaustão emocional e perda de motivação entre profissionais da saúde altamente dedicados ao trabalho. Ele usou o termo Burnout para descrever o esgotamento físico e mental causado por estresse crônico no trabalho, especialmente em profissões de ajuda. Freudenberger trabalhava 12 horas por dia em seu consultório e atendia até 10 pacientes que sofriam com algum tipo de vício por hora em uma clínica gratuita de sua fundação e após

sofrer com a síndrome, começou a estudar o fenômeno a partir de sua própria experiência. (ANAMT, 2017; Douglas Martin/New York Times, 1999; Rede Humaniza SUS, 2016)

Sinais e Sintomas

Burnout é caracterizado por um estado de exaustão física, emocional e mental, associado à sensação de ineficácia e distanciamento do trabalho, impactando diretamente o desempenho profissional e o bem-estar do indivíduo (MASLACH; LEITER, 2016).

Os sintomas da Síndrome de Burnout evoluem de forma gradual e se dividem em três dimensões principais, tais quais a exaustão emocional, que é a sensação de esgotamento físico e mental extremo, a despersonalização, que se refere ao distanciamento afetivo e indiferença no que se relaciona ao trabalho e por fim a redução da realização profissional, que traz um sentimento de ineficácia e perda de propósito. Consideram-se também os sintomas físicos como cefaleia, insônia e fadiga, além dos psicológicos como a irritabilidade e humor deprimido. (MASLACH; JACKSON, 1981; BENEVIDES-PEREIRA, 2010)

Classificação

Ainda que o diagnóstico clínico seja único para o paciente, pesquisadores como Golembiewski et al. (1993) e Farber (2000) propuseram 3 subtipos que, tomando como base o padrão de envolvimento com o trabalho e a resposta emocional do indivíduo ao estresse ocupacional, descrevem diferentes formas de manifestação da síndrome. (GOLEMBIEWSKI et al., 1993; Farber, 2000)

Burnout Frenético: caracterizado por indivíduos que mantêm um elevado envolvimento emocional e dedicação intensa ao trabalho, esse tipo de paciente é movido por ideias de perfeccionismo com tendências de alto desempenho e de reconhecimento profissional, tendendo a assumir múltiplas responsabilidades, negligenciando suas necessidades pessoais que envolvem práticas de auto cuidado, em nome de alcançar uma maior produtividade. (FARBER, 2000; MASLACH; LEITER, 2016).

Dito isso, com o tempo, essa busca constante por resultados resulta em uma frustração física e emocional, com sentimento de impotência, quando esse esforço

não traz resultados e recompensação satisfatória. É muito mais comum entre profissionais da saúde, em especial a equipe de enfermagem, onde, diante da alta demanda e escassez de recursos humanos, os colaboradores permanecem por longas horas em plantões, assumindo tarefas extras para suprir a falta de colegas, até atingirem um estado de colapso físico e emocional. (FARBER, 2000; MASLACH; LEITE, 2016).

Burnout Subcomprometido: dentro dessa classificação, o indivíduo desenvolve uma redução drástica no envolvimento e no interesse pelo trabalho, apresentando desmotivação, apatia e até mesmo distanciamento afetivo, pode surgir quando há percepção de falta de reconhecimento, injustiça organizacional ou ausência do que se refere as perspectivas de crescimento, gerando desengajamento e sentimentos de inutilidade. (FARBER, 2000; MASLACH; LEITER, 2016).

Na perspectiva do indivíduo, o trabalho se torna mecânico, as obrigações são mínimas, isso ocorre, muitas vezes, como mecanismo de defesa emocional contra o sofrimento psicológico. Esse subtipo está associado à despersonalização, uma das dimensões centrais do Burnout, em que o profissional perde a empatia e o vínculo com os colegas, pacientes ou clientes, dentro da enfermagem, os colaboradores, após longos períodos de sobrecarga e falta de reconhecimento, passam a realizar os cuidados de forma automática e sem envolvimento afetivo com o paciente, demonstrando indiferença e cansaço crônico. (GOLEMBIEWSKI et al., 1993; BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Burnout Desgastado: Esta classificação representa o estágio mais avançado da síndrome, quando o trabalhador, após enfrentar repetidas situações de frustração, impotência e falta de suporte, desenvolve uma sensação de desistência e esgotamento total, desenvolvendo uma perda significativa da autoestima e do sentido de propósito, acompanhada de sintomas semelhantes aos de um episódio depressivo — como desânimo persistente, isolamento social e redução drástica da produtividade. (MASLACH; LEITER, 2016).

Tal perfil é comum em profissionais que vivenciam ambientes de trabalho autoritários, com cobranças excessivas e pouca valorização humana o que leva o indivíduo a um estado de esgotamento físico, emocional e cognitivo. Um dos maiores exemplos de como isso ocorre, é com os profissionais de enfermagem de UTI que,

após anos de convivência com sofrimento e morte, sentem-se emocionalmente anestesiados e incapazes de reagir, apresentando queda de desempenho e desejo de abandonar a profissão. (MASLACH; LEITER, 2016; WHO, 2023).

Causas e fatores de risco

A Síndrome de Burnout é considerada uma condição multifatorial, ou seja, é resultante da interação entre diversos fatores, sejam eles organizacionais, individuais e psicossociais que, atrelados, levam ao esgotamento físico e mental do trabalhador. O surgimento da síndrome não ocorre de forma súbita, mas sim como consequência de estresse ocupacional crônico (resposta que se refere ao desgaste físico e psicológico prolongado a fatores geradores do estresse no ambiente de trabalho) e mal gerenciado ao longo do tempo (MASLACH; LEITER, 1997; WHO, 2023).

Fatores organizacionais: Referem-se às condições e dinâmicas do ambiente de trabalho, favorecendo o desenvolvimento da síndrome, dentre esses fatores, são destacados:

Sobrecarga de trabalho (excesso de tarefas, plantões prolongados e falta de pausas adequadas geram exaustão física e mental, dificultando a recuperação do trabalhador.) Metas inatingíveis e pressão por produtividade (ambientes competitivos, com exigências de alto desempenho, aumentam o estresse e a sensação de fracasso constante.) Falta de autonomia (a ausência de participação nas decisões e a rigidez hierárquica reduzem o senso de controle e de propósito, gerando desmotivação.) Reconhecimento insuficiente (quando o esforço e a dedicação não são valorizados, o trabalhador perde o sentido de realização profissional.) Ambientes conflituosos ou autoritários (a comunicação ineficaz, o assédio moral e a liderança coercitiva aumentam a tensão emocional e a vulnerabilidade psíquica.) (BENEVIDES-PEREIRA, 2010; MASLACH; LEITER, 2016; ILO, 2022).

Essas condições são particularmente frequentes em profissões de cuidado, como enfermagem, medicina e educação, nas quais o contato contínuo com o sofrimento humano, a sobrecarga emocional e a escassez de recursos institucionais contribuem para o desenvolvimento do Burnout ((BENEVIDES-PEREIRA, 2010; MASLACH; LEITER, 2016; ILO, 2022).

Fatores individuais

Os fatores individuais correspondem às características pessoais e traços de personalidade que podem aumentar a predisposição ao Burnout. Entre os principais, estão:

Perfeccionismo e alto nível de exigência pessoal (pessoas que buscam resultados impecáveis e têm dificuldade em aceitar erros tendem a acumular tensão e frustração.) Dificuldade em impor limites (profissionais que não sabem dizer “não” ou que assumem responsabilidades além da sua capacidade tornam-se mais suscetíveis à exaustão.) Empatia excessiva e envolvimento emocional intenso (em áreas como a enfermagem, o vínculo afetivo constante com pacientes pode gerar desgaste emocional profundo.) Baixa autoestima e necessidade de aprovação (a dependência do reconhecimento externo aumenta a vulnerabilidade diante de críticas ou falta de valorização.) Baixa resiliência ao estresse (indivíduos com dificuldades de adaptação às pressões do ambiente tendem a apresentar sintomas mais rapidamente.) (MASLACH; LEITER, 1997; FARBER, 2000).

Esses fatores não determinam isoladamente o aparecimento da síndrome, mas interagem com as condições externas, amplificando os efeitos do estresse e comprometendo a capacidade de enfrentamento do profissional (MASLACH; LEITER, 1997; FARBER, 2000).

Fatores psicossociais

Os fatores psicossociais dizem respeito às relações interpessoais e ao equilíbrio entre vida profissional e pessoal. Dentre os mais relevantes, destacam-se:

Falta de suporte social e emocional (a ausência de apoio de colegas, familiares e gestores reduz os recursos psicológicos do indivíduo para lidar com o estresse) Conflitos interpessoais (desentendimentos entre membros da equipe, chefias autoritárias e ambiente de trabalho hostil contribuem para sentimentos de isolamento e impotência.) Desequilíbrio entre vida pessoal e profissional (longas jornadas, plantões noturnos e acúmulo de funções dificultam o convívio familiar e o autocuidado, promovendo exaustão emocional.) Contextos de vulnerabilidade socioeconômica (baixos salários, insegurança no emprego e falta de reconhecimento institucional são fatores que intensificam a percepção de desgaste.) (WHO, 2023)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2023) e a Organização Internacional do Trabalho (ILO, 2022), a prevalência do Burnout é significativamente maior em contextos de precarização laboral, escassez de recursos humanos e ausência de políticas de promoção da saúde mental. Profissionais da enfermagem, especialmente em unidades de terapia intensiva e pronto atendimento, figuram entre os grupos mais expostos devido à carga emocional do cuidado direto, ao enfrentamento da morte e à pressão por resultados imediatos (Benevides-Pereira, 2010; WHO, 2023).

Qual a relação dos transtornos com a temática abordada

Profissionais de enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) estão sujeitos a fatores estressores intensos e crônicos — alta carga e ritmo de trabalho, exposição constante à gravidade e ao morrer do paciente, turnos prolongados e pressões por decisões rápidas. Esses estressores favorecem o surgimento de Transtornos Mentais Comuns (TMC) como estresse agudo e crônico, ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e síndrome de Burnout. As consequências não afetam apenas o indivíduo, mas reverberam nas suas relações pessoais, na qualidade de vida, no atendimento e, conseqüentemente, na segurança do paciente. (MASLACH; LEITER, 2016; WHO, 2023).

Efeitos na vida pessoal e qualidade de vida

Esgotamento físico e privação de autocuidado — A exposição crônica ao estresse (plantões longos, ritmo intenso, privação de sono) resulta em fadiga persistente, insônia e problemas somáticos (cefaleia, distúrbios gastrointestinais). Esses sintomas reduzem a capacidade do profissional de realizar atividades cotidianas, praticar exercícios, manter alimentação adequada e cumprir compromissos familiares, diminuindo a qualidade de vida global. (BENEVIDES-PEREIRA, 2010; LARANJEIRA et al., 2024).

Saúde física agravada — O padrão de ativação crônica do eixo HPA e a inflamação associada ao estresse aumentam risco de condições cardiovasculares, ulcerações e imunossupressão, elevando morbidade e absenteísmo. A persistência

desses problemas pode levar a afastamentos, repetidos tratamentos médicos e impacto financeiro familiar. (UFMG, 1998); MILLER; RAISON, 2016).

Impacto sobre o sono e regulação emocional — Insônia e sono fragmentado prejudicam regulação emocional e tomadas de decisão fora do trabalho, além de aumentar irritabilidade e diminuição da paciência nas relações familiares. (WHO, 2023 & Maslach, 2016)

Efeitos nas relações interpessoais (familiares e sociais)

Retraimento e isolamento — Profissionais com Burnout ou depressão muitas vezes se retraem socialmente, reduzindo participação em atividades familiares e apoio emocional recíproco; isto diminui a rede de suporte e aumenta o risco de cronificação dos sintomas. (Maslach & Leiter, 2016; Laranjeira et al., 2024).

Conflitos e irritabilidade — Irritabilidade, labilidade emocional e distanciamento (despersonalização) elevam a frequência de conflitos com parceiros, filhos e amigos, fragilizando vínculos e aumentando sensação de culpa e frustração. Tais conflitos retroalimentam o estresse ocupacional, criando um ciclo negativo. (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Papel social e identidade profissional — A perda de sentido e da realização profissional (dimensão do Burnout) pode provocar reavaliação de carreira, desejo de afastamento ou abandono da profissão, gerando tensões financeiras e alterações na dinâmica familiar. (MASLACH; 2016 ILO, 2022).

Efeitos na qualidade de vida no trabalho e desempenho profissional

Redução da capacidade cognitiva — Sintomas como dificuldade de concentração, memória prejudicada e lentidão cognitiva (associados à depressão, sono insuficiente e estresse) reduzem a atenção sustentada e a capacidade de processamento de informação complexa, essenciais em UTI. (LARANJEIRA et al., 2024).

Diminuição de empatia e cuidado afetivo (despersonalização) — A despersonalização associada ao Burnout leva ao atendimento mecânico, menor

escuta e redução das interações humanizadas com pacientes e familiares, prejudicando a assistência centrada no paciente. (MASLACH; JACKSON, 1981; BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Baixa motivação e produtividade — Apatia e sensação de ineficácia diminuem iniciativa para tarefas proativas (revisão de condutas, comunicação assertiva com a equipe), acarretando atrasos, omissões e menor aderência a protocolos. (MASLACH; LEITER, 1997).

Impactos diretos na qualidade do atendimento e segurança do paciente

Aumento de erros e eventos adversos — A fadiga cognitiva, distratibilidade e lapsos de memória elevam a probabilidade de erros de medicação, falhas na monitorização, atrasos em intervenções críticas e má interpretação de sinais — todos de alto risco em UTI. Estudos sobre segurança apontam relação consistente entre fadiga/estresse e incidentes clínicos. (WHO; 2023 ILO; LARANJEIRA et al., 2024).

Comunicação prejudicada na equipe multiprofissional — O estresse e os conflitos interpessoais reduzem a qualidade das interações entre enfermeiros, médicos e fisioterapeutas, prejudicando passagem de plantão precisa, coerência no plano terapêutico e tomada de decisão compartilhada — fatores que aumentam eventos de iatrogenia. (MASLACH; LEITER, 2016).

Menor adesão a protocolos de segurança — Profissionais esgotados tendem a pular checagens, protocolos de higienização e dupla checagem de medicamentos por pressa ou negligência decorrente de sobrecarga, elevando infecções relacionadas à assistência e outros eventos adversos. (ILO; WHO, 2023)

Comprometimento do vínculo terapêutico — Quando o enfermeiro demonstra indiferença ou baixa disponibilidade emocional, o paciente e família percebem menor confiança, possivelmente reduzindo adesão a orientações, colaboração no cuidado e satisfação com o serviço, afetando resultados clínicos. (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Mecanismos que conectam transtornos mentais a falhas assistenciais

Carga cognitiva e falhas de atenção: estresse e sono insuficiente → diminuição de desempenho executivo → erros.

Afeto negativo e despersonalização: empatia reduzida → comunicação pobre → falhas de coordenação.

Físico e imunológico: doenças associadas ao estresse → absenteísmo e redução de efetivo → sobrecarga dos que ficam → amplificação do risco para pacientes. (LARANJEIRA et al., 2024; MASLACH; LEITER, 2016).

Em suma os transtornos mentais comuns que acometem a equipe de enfermagem em UTI — estresse crônico, TEPT, ansiedade, depressão e Burnout — têm efeitos multifacetados: deterioram a vida pessoal, fragilizam as relações interpessoais, reduzem a qualidade de vida profissional e favorecem déficits no atendimento que aumentam riscos à segurança do paciente.

O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19: UM ESTUDO DE CASO

Durante a pandemia da Covid-19, as UTIs tornaram-se a linha de frente do cuidado, assumindo a responsabilidade pelos pacientes em estado mais grave. Esses esforços foram extremamente prejudiciais à saúde mental dos trabalhadores.

Um estudo de caso baseado no artigo LIMA et al. (2022) investigou essa realidade em um hospital de referência em Pernambuco, ouvindo 140 profissionais, os dados revelaram sofrimento psicológico significativo:

Prevalência de ansiedade: 38,6% (sendo 41,2% entre técnicos de enfermagem).

Prevalência de depressão: 41,4% (sendo 46,4% entre médicos).

O fardo psicológico foi tão intenso que abriu espaço para o desenvolvimento de transtornos de estresse agudo e pós-traumático, depressão, ansiedade e burnout. A pressão para ser impecável, mesmo diante do cansaço e do luto de lidar com múltiplas mortes no mesmo turno, colocou as equipes em vulnerabilidade extrema. O estudo evidenciou que o fardo psicológico foi o que mais pesou, afetando profundamente a saúde mental e a qualidade de vida dos profissionais.

ESTRATÉGIAS, INTERVENÇÕES E PREVENÇÃO

Diante desse cenário, torna-se essencial a adoção de medidas que visem proteger a saúde mental dos profissionais.

Estratégias de Coping

Uma das soluções é o uso das estratégias de *coping*, que correspondem às diferentes formas que uma pessoa utiliza para lidar com um problema ou situação estressante. Na enfermagem de UTI, o *coping* ajuda a controlar as emoções, reduzindo o estresse intenso e contribuindo para o equilíbrio emocional. Se os profissionais aprenderem a utilizar essas estratégias, poderão se adaptar melhor às dificuldades, preservar sua qualidade de vida e evitar o desenvolvimento de transtornos como burnout e ansiedade.

Medidas de Intervenção

As medidas de intervenção buscam modificar ou corrigir situações indesejadas e prevenir o agravamento da saúde mental. SANTOS et al. (2022) destacam que os profissionais enfrentaram diferentes níveis de estresse. À medida que praticam o autocuidado e recebem escuta ativa, as relações no trabalho e o desempenho melhoram.

Recomendações práticas para a gestão da UTI incluem:

Apoio psicológico: Triagem e programas de monitorização, supervisão psicológica e grupos de debriefing pós-evento crítico.

Reorganização do trabalho: Redução de cargas, limitação de turnos prolongados, garantia de pausas e planejamento de recursos humanos para evitar sobrecarga.

Treinamento: Fortalecer a comunicação, o trabalho em equipe e a passagem de plantão estruturada.

Valorização: Programas institucionais de reconhecimento, supervisão empática e participação dos enfermeiros em decisões organizacionais.

Medidas de Prevenção

As medidas de prevenção buscam diminuir os fatores de risco e fortalecer os aspectos positivos do ambiente. O artigo "Prevenção de adoecimento e promoção da saúde mental..." ressalta a importância de ações preventivas em setores de alta pressão.

Exemplos de ações preventivas incluem:

Consultas psicológicas.

Promoção do autocuidado.

Melhoria na comunicação entre colegas.

Reuniões semanais com o enfermeiro-chefe para diálogo e escuta.

Essas práticas podem reduzir o estresse, melhorar a qualidade do cuidado ao paciente e evitar doenças como estresse e burnout.

CONCLUSÃO: PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A promoção da qualidade de vida é indispensável para o bem-estar dos profissionais que atuam em UTIs. Investir em gestão humanizada, apoio emocional e treinamentos contínuos é o caminho para garantir a longevidade e a saúde desses profissionais.

A promoção de um clima e cultura organizacional positivos dentro das UTIs não é um diferencial, mas uma exigência ética e operacional. Instituições devem oferecer condições de trabalho justas, como escalas adequadas e salas de descanso apropriadas.

Profissionais emocionalmente equilibrados tendem a ter mais foco e a prestar um cuidado mais humanizado. Portanto, cuidar do profissional também é cuidar do paciente. Investir em medidas de intervenção e prevenção é essencial para a melhoria da qualidade de vida e do desempenho dos trabalhadores, refletindo positivamente na assistência prestada

Conclusão

O presente Trabalho de Conclusão de Curso teve como objetivo analisar a condição da saúde mental e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), identificando os principais fatores de risco psicossociais e as estratégias de prevenção voltadas à promoção do bem-estar no ambiente hospitalar. Por meio da revisão bibliográfica, constatou-se que o ambiente de UTI, embora indispensável à manutenção da vida e à prática assistencial de alta complexidade, configura-se também como um potente catalisador de estresse ocupacional e adoecimento psíquico, tendo a Síndrome de Burnout como uma das manifestações mais recorrentes desse esgotamento.

A análise das fontes revelou que a insuficiência de suporte organizacional, a sobrecarga de trabalho e um clima institucional disfuncional intensificam as pressões inerentes ao cotidiano da UTI, comprometendo o equilíbrio emocional e a qualidade de vida dos profissionais. Evidenciou-se, ainda, que o sofrimento mental da equipe de enfermagem constitui um problema de caráter sistêmico, cujas consequências extrapolam a dimensão individual, repercutindo diretamente na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente. Sintomas como irritabilidade,

despersonalização, fadiga emocional e declínio cognitivo aumentam significativamente o risco de erros, falhas técnicas e eventos adversos, o que transforma a negligência com a saúde do trabalhador em um fator crítico de risco assistencial.

Diante desse panorama, este estudo enfatiza que as ações de enfrentamento e prevenção do esgotamento profissional devem transcender a responsabilidade individual, exigindo comprometimento institucional e políticas de gestão humanizadas. Torna-se indispensável que as organizações de saúde implementem medidas concretas, tais como: apoio emocional e psicológico permanente, com acesso facilitado a serviços especializados; condições de trabalho adequadas, contemplando dimensionamento de pessoal, escalas equilibradas e espaços de descanso apropriados e promoção de um clima e cultura organizacional pautados no respeito, na valorização profissional e na cooperação interdisciplinar.

Portanto, a promoção da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem deve ser compreendida não como um benefício secundário, mas como uma exigência ética, institucional e operacional, essencial para a consolidação de um sistema de saúde eficiente, seguro e verdadeiramente humanizado. Cuidar do profissional de enfermagem é, em última instância, a forma mais eficaz de assegurar um cuidado integral, empático e de qualidade ao paciente.

Por fim, recomenda-se que pesquisas futuras sejam direcionadas à realização de estudos de campo, com abordagens quantitativas e qualitativas em diferentes Unidades de Terapia Intensiva, a fim de avaliar a efetividade das intervenções propostas e mensurar o impacto do suporte psicológico na redução dos índices de Burnout e na melhoria dos indicadores de segurança do paciente. Tais investigações poderão contribuir significativamente para o desenvolvimento de práticas institucionais mais saudáveis, seguras e sustentáveis para a equipe de enfermagem e para o sistema de saúde como um todo.

Referências

ALLEN, Michael J.; SHARMA, Samir. Physiology, Adrenocorticotrophic Hormone (ACTH) [Updated 2023 Aug 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. Disponível em: <https://www.ncbi-nlm-nih.gov.translate.goog/books/NBK500031/>. Acesso em: 13 nov. 2025.

AMORIM, Suellen Cristina; SOUZA, Heloísa Vitória de. Síndrome de Burnout em profissionais da enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva. Revista Pró-UniverSUS, v. 9, n. 2, p. 2-8, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://editorauss.uss.br/index.php/RPU/article/view/1158>.

ANDOLHE, Rafaela; BARBOSA, Renata L.; COSTA, Ana L. R. F.; PADILHA, Kátia G. Qualidade de vida no trabalho e burnout em enfermagem: a visão da gestão em Unidades de Terapia Intensiva. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 55, e20200547, 2021.

BASSO, Nicola; MATERIA, Angelo; FORLINI, Alberto; JAFFE, Bernard M. Prostaglandin generation in the gastric mucosa of rats with stress ulcer. Surgery, v. 94, n. 1, p. 104–108, 1983.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T. Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha de Saúde Mental e Trabalho: Prevenção do estresse e burnout. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 13 nov. 2025.

CARLOTTO, Mary Sandra; CÂMARA, Sheila Garcia. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. Psicologia & Sociedade, v. 19, n. 1, p. 42–49, 2007.

FARBER, Barry A. Treatment strategies for different types of burnout. Journal of Clinical Psychology, v. 56, n. 5, p. 675–689, 2000.

FILGUEIRAS, José C.; HIPPTERT, Maria I. S. A polêmica em torno do conceito de estresse. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 19, n. 3, p. 40–51, 1999.

FREUDENBERGER, Herbert J. Staff Burn-Out. Journal of Social Issues, v. 30, n. 1, p. 159–165, 1974.

GOLEMBIEWSKI, Robert T.; MUNZENRIDER, Robert F.; CARTER, Dennis. Phases of progressive burnout and their work-site covariants: Critical issues in OD research and praxis. Journal of Applied Behavioral Science, v. 29, n. 2, p. 216–232, 1993.

GOMES, Iara de Jesus; ARAÚJO, Isadora Santos de; SOUZA, Larissa Silva de; et al. Prevenção de adoecimento e promoção da saúde mental em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa. Revista REASE, v. 10, n. 05, p. 1-17, 2024.

GUIDO, Laura de Azevedo; LINCH, Gisele F. C.; ANDOLHE, Rafaela; GAMA, Gisele M. P. Estresse, coping e burnout da equipe de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55, e20200496, 2021.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). Mental health at work: Policy brief. Geneva: International Labour Organization, 2022. Disponível em: <https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work>. Acesso em: 13 nov. 2025.

LARANJEIRA, Rafaela de C. C.; SILVA, Fernanda C. L. da; VASCONCELOS, Eliane V. Saúde mental da equipe de enfermagem em UTI. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 24, n. 12, e19109, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e19109.2024>.

LEITER, Michael P.; MASLACH, Christina. Burnout and engagement: Contributions to a new vision. *Burnout Research*, v. 1, n. 1, p. 15–20, 2014.

LIMA, Carla Andrea Avelar de; SOUZA, Andressa de Andrade; CARVALHO, Ana Laura Cartaxo de; et al. Ansiedade e depressão em trabalhadores de saúde de Unidade de Terapia Intensiva COVID-19 e fatores associados. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 132, p. 113-127, jan./mar. 2022.

MASLACH, Christina; JACKSON, Susan E. Maslach Burnout Inventory Manual. 3. ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996.

MASLACH, Christina; JACKSON, Susan E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, v. 2, n. 2, p. 99–113, 1981.

MASLACH, Christina; LEITER, Michael P. The burnout challenge: Managing people's relationships with their jobs. Cambridge: Harvard University Press, 2022.

MASLACH, Christina; LEITER, Michael P. The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

MASLACH, Christina; LEITER, Michael P. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, v. 15, n. 2, p. 103–111, 2016.

MASLACH, Christina; SCHAUFELI, Wilmar B.; LEITER, Michael P. Job burnout. *Annual Review of Psychology*, v. 52, p. 397–422, 2001.

MILLER, Gregory E.; RAISON, Charles L. The role of inflammation in depression: From evolutionary imperative to modern treatment target. *Nature Reviews Immunology*, v. 16, p. 22–34, 2016.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Mental health and psychosocial well-being at work. Washington, D.C.: PAHO, 2022.

REVISTA DE PSICOFISIOLOGIA. Efeitos do estresse crônico sobre o eixo HPA e o comportamento humano. *Revista Brasileira de Psicofisiologia e Saúde Mental*, v. 11, n. 3, p. 45–58, 2021.

SALVAGGIO, Andrea N.; CILLIERS, Felicity. Burnout in nursing: Causes, management and prevention strategies. *International Journal of Nursing Studies*, v. 122, p. 103–115, 2022.

SANTOS, Andressa Batista dos; SILVA, Ana Carolina; FARIA, Bruna Lorryne Martins de; et al. Saúde mental, impactos emocionais e estratégias de enfrentamento de técnicos de enfermagem em Unidade Intensiva de COVID-19. *Perspectivas em Psicologia*, v. 26, n. 3, p. 1-22, set./dez. 2022.

SCHAUFELI, Wilmar B.; BUUNK, Bram P. Professional burnout: A social psychological approach. *Applied Psychology: An International Review*, v. 43, n. 4, p. 383–407, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases (ICD-11). Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon>. Acesso em: 13 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Classification of Diseases (ICD-11) — QD85 Burn-out. Geneva: WHO, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Occupational health: Burn-out. Geneva: WHO, 2023.