

ADOECIMENTO MENTAL DE TRABALHADORES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: INVISIBILIDADE INSTITUCIONAL, SOFRIMENTO ÉTICO-MORAL E LIMITES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

MENTAL ILLNESS AMONG WORKERS IN INTENSIVE CARE UNITS OF THE BRAZILIAN PUBLIC HEALTH SYSTEM: INSTITUTIONAL INVISIBILITY, ETHICAL AND MORAL SUFFERING, AND LIMITS OF PUBLIC POLICIES FOR WORKER HEALTH PROTECTION

ENFERMEDAD MENTAL EN TRABAJADORES DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD BRASILEÑO: INVISIBILIDAD INSTITUCIONAL, SUFRIMIENTO ÉTICO Y MORAL, Y LÍMITES DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTECCIÓN A LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

Bruno Costa Nascimento¹

Pedro Fachine Honorato²

Íris dos Santos Timbó³

Luis Filipe Pinto Barbosa⁴

Gabriel da Silva⁵

Valdênia Rodrigues Teixeira⁶

Élisson da Silva Vieira⁷

Ana Caroline Carvalho do Nascimento⁸

RESUMO: Objetivo: Analisar o processo de adoecimento mental dos trabalhadores de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no Sistema Único de Saúde (SUS), discutindo a interface entre a invisibilidade institucional, o sofrimento ético-moral e a eficácia das políticas públicas de proteção vigentes. Métodos: Revisão integrativa da literatura realizada nas bases *PubMed*, *SciELO* e *BVS*, com descritores controlados (*DeCS/MeSH*) e recorte temporal de 2023 a 2026. Foram selecionados 43 artigos que atendiam aos critérios de rigor metodológico e pertinência temática. Resultados: Os achados demonstram que a prevalência de transtornos mentais está ligada à sobrecarga, precarização dos vínculos e ausência de suporte psicológico. A invisibilidade institucional silencia o sofrimento, enquanto o sofrimento ético-moral, decorrente da escassez de recursos, gera "trauma moral" e distanciamento afetivo. As políticas públicas (como o CEREST e a PNH) apresentam limites práticos e desarticulação federativa, falhando na mitigação de riscos psicossociais. Discussão: O adoecimento é uma construção da racionalidade gerencialista que prioriza métricas em detrimento da subjetividade. Fatores como presenteísmo, tecnostresse e interseccionalidades (gênero/raça) agravam o cenário. A austeridade fiscal e a falta de segurança psicológica impedem a retenção de talentos e a sustentabilidade do cuidado. Conclusão: O adoecimento mental é uma patologia estrutural do sistema. É urgente a mudança para modelos de gestão baseados na cooperação e suporte intramuros, garantindo a integridade de quem cuida.

Palavras-chave: Saúde Mental. Trabalhadores da Saúde. Unidade de Terapia Intensiva. Sistema Único de Saúde. Esgotamento Profissional.

¹ Graduando em Enfermagem, Faculdade 05 de Julho (F5).

² Graduando em Medicina, Centro Universitário Santa Maria (UNIFSM).

³ Mestranda em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

⁴ Graduando em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão (Campus Pinheiro).

⁵ Graduando em Psicologia, Universidade Federal do Delta do Parnaíba.

⁶ Mestranda em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

⁷ Psicólogo, Faculdade Ieducare (FIED/UNINTA).

⁸ Graduação em Serviço Social e Pós-graduação em Assistência Social e Saúde Pública, Faculeste.

ABSTRACT: Objective: To analyze the process of mental illness among Intensive Care Unit (ICU) workers in the Unified Health System (SUS), discussing the interface between institutional invisibility, ethical-moral suffering, and the effectiveness of current public protection policies. Methods: An integrative literature review was conducted in PubMed, SciELO, and VHL databases, using controlled descriptors (DeCS/MeSH) and a timeframe from 2023 to 2026. Forty-three articles were selected based on methodological rigor and thematic relevance. Results: Findings demonstrate that the prevalence of mental disorders is linked to overwork, precarious employment, and lack of psychological support. Institutional invisibility silences suffering, while ethical-moral suffering, resulting from resource scarcity, generates "moral trauma" and emotional detachment. Public policies (such as CEREST and PNH) show practical limits and federal disarticulation, failing to mitigate psychosocial risks. Discussion: Mental illness is a construction of managerial rationality that prioritizes metrics over subjectivity. Factors such as presenteeism, technostress, and intersectionalities (gender/race) worsen the scenario. Fiscal austerity and lack of psychological safety prevent talent retention and care sustainability. Conclusion: Mental illness is a structural pathology of the system. A paradigm shift toward management models based on cooperation and in-house support is urgent to ensure the integrity of those who provide care.

Keywords: Mental Health. Health Personnel. Intensive Care Units. Unified Health System. Burnout. Professional.

RESUMEN: Objetivo: Analizar el proceso de enfermedad mental de los trabajadores de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el Sistema Único de Salud (SUS), discutiendo la interfaz entre la invisibilidad institucional, el sufrimiento ético-moral y la eficacia de las políticas públicas de protección vigentes. Métodos: Revisión integradora de la literatura realizada en las bases de datos PubMed, SciELO y BVS, con descriptores controlados (DeCS/MeSH) y un marco temporal de 2023 a 2026. Se seleccionaron 43 artículos que cumplieran con los criterios de rigor metodológico y relevancia temática. Resultados: Los hallazgos demuestran que la prevalencia de trastornos mentales está ligada a la sobrecarga, la precariedad laboral y la ausencia de apoyo psicológico. La invisibilidad institucional silencia el sufrimiento, mientras que el sufrimiento ético-moral, derivado de la escasez de recursos, genera "trauma moral" y distanciamiento afectivo. Las políticas públicas (como CEREST y PNH) presentan límites prácticos y desarticulación federativa, fallando en la mitigación de riesgos psicosociales. Discusión: La enfermedad es una construcción de la racionalidad gerencial que prioriza las métricas sobre la subjetividad. Factores como el presentismo, el tecnoestrés y las interseccionalidades (género/raza) agravan el escenario. La austeridad fiscal y la falta de seguridad psicológica impiden la retención de talentos y la sostenibilidad del cuidado. Conclusión: La enfermedad mental es una patología estructural del sistema. Es urgente el cambio hacia modelos de gestión basados en la cooperación y el apoyo interno, garantizando la integridad de quienes cuidan.

Palabras clave: Salud Mental. Personal de Salud. Unidades de Cuidados Intensivos. Sistema Único de Salud. Agotamiento Profesional.

INTRODUÇÃO

O cenário das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) no Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou-se, nos últimos anos, como um epicentro de alta complexidade tecnológica e intensa

carga emocional. O ambiente, marcado pela terminalidade e pela vigilância ininterrupta, impõe aos profissionais uma pressão que transcende o vigor físico, atingindo diretamente a integridade psíquica. Conforme apontam Costa e Lima (2023), a cronicidade do estresse nesse setor não é apenas um subproduto da natureza do trabalho, mas um reflexo de estruturas organizacionais que priorizam a produtividade em detrimento da subjetividade do trabalhador, elevando os índices de transtornos mentais comuns.

A invisibilidade institucional surge como um dos principais agravantes desse adoecimento. Apesar do reconhecimento social da importância desses profissionais, as instituições frequentemente falham em acolher suas fragilidades, tratando o sofrimento como uma falha individual. De acordo com Silva *et al.* (2023), essa negligência acaba por silenciar as queixas e desestimular a busca por ajuda, enquanto Ferreira (2024) reforça que a gestão do cuidado no setor público muitas vezes ignora o sofrimento psíquico em prol de metas operacionais, perpetuando um ciclo de desamparo onde o trabalhador se sente apenas uma peça substituível.

Nesse contexto, o sofrimento ético-moral manifesta-se quando o profissional é confrontado com a impossibilidade de oferecer o cuidado ideal devido à escassez de recursos ou dilemas bioéticos. Mendes e Souza (2024) argumentam que a discrepância entre a necessidade do paciente e as condições reais de trabalho gera uma angústia profunda, conhecida como resíduo moral. Esse fenômeno, corroborado por Pereira *et al.* (2024), corrói a identidade profissional e atua como um dos principais gatilhos para a rotatividade de pessoal e o afastamento por motivos de saúde mental em unidades críticas.

A análise das políticas públicas de proteção revela limites severos na aplicabilidade prática. Embora existam diretrizes avançadas, Oliveira (2023) destaca que a implementação de estratégias de saúde do trabalhador esbarra na precarização dos vínculos e no subfinanciamento crônico. Complementarmente, Rocha (2026) observa que os mecanismos de proteção atuais são insuficientes para conter a onda de adoecimento, uma vez que as estratégias de enfrentamento individuais são sobrecarregadas pela falha das redes de apoio institucional, deixando o intensivista vulnerável ao esgotamento extremo.

A gravidade desse quadro é evidenciada pelo aumento de casos de Síndrome de Burnout, que, segundo Santos *et al.* (2025), atinge níveis alarmantes em equipes multidisciplinares submetidas a longas jornadas sem suporte psicológico adequado. Diante dessa realidade, torna-se imperativo investigar as raízes sociopolíticas que sustentam essa fragilidade. Portanto, o

objetivo deste estudo é analisar o processo de adoecimento mental dos trabalhadores de UTI no SUS, discutindo a interface entre a invisibilidade institucional, o sofrimento ético-moral e a eficácia das políticas públicas de proteção vigentes.

MÉTODOS

A presente revisão integrativa da literatura foi conduzida por meio de um processo estruturado e sistemático, com o objetivo de sintetizar o conhecimento científico atual sobre o adoecimento mental de trabalhadores em UTI do SUS, sob a ótica da invisibilidade institucional, do sofrimento ético-moral e dos limites das políticas públicas. A escolha pela revisão integrativa justifica-se por ser uma abordagem que permite a inclusão de diversos desenhos de pesquisa, como estudos qualitativos sobre subjetividade, análises epidemiológicas de transtornos mentais, ensaios teóricos sobre bioética e avaliações críticas de políticas de saúde. Essa metodologia proporcionou uma análise multidimensional entre a carga de trabalho e o impacto psíquico, possibilitando a convergência de achados sobre a fragilidade dos mecanismos de proteção ao trabalhador.

A primeira etapa do estudo consistiu na definição das bases de dados para o levantamento bibliográfico, sendo selecionadas as plataformas: *PubMed (United States National Library of Medicine)*, *SciELO (Scientific Electronic Library Online)* e o portal da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). A seleção dessas bases garantiu o acesso a periódicos revisados por pares e a documentos de alta relevância nas áreas de Saúde Coletiva, Enfermagem, Psicologia Organizacional e Medicina Intensiva. A pergunta norteadora que conduziu a investigação foi: “Quais as evidências científicas recentes (2023-2026) acerca do adoecimento mental de trabalhadores de UTI no SUS, considerando a invisibilidade institucional, o sofrimento ético-moral e a eficácia das políticas de proteção à saúde do trabalhador?”.

Os critérios de inclusão foram rigorosamente estabelecidos para assegurar a contemporaneidade das evidências e a aderência à realidade do sistema público de saúde brasileiro. Foram selecionados artigos originais, estudos de caso, revisões sistemáticas e diretrizes de conselhos profissionais publicados entre 2023 e 2026. A busca contemplou trabalhos nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra, que abordassem diretamente o impacto do ambiente de terapia intensiva na saúde mental, os dilemas morais na alocação de recursos e as barreiras de implementação das políticas de saúde ocupacional no contexto do SUS.

Os critérios de exclusão foram aplicados para garantir a qualidade e a especificidade da amostra final. Foram desconsiderados artigos duplicados entre as bases, estudos publicados em períodos anteriores a 2023, editoriais sem fundamentação metodológica e pesquisas que focassem exclusivamente em UTIs da rede privada ou em outras especialidades hospitalares sem correlação com o ambiente crítico. Também foram excluídos trabalhos que tratassem do adoecimento físico isoladamente, sem considerar a dimensão psicossocial, ou que apresentassem amostras insuficientes para a sustentação das teses discutidas sobre o sofrimento ético-moral.

A estratégia de busca foi estruturada a partir de descritores controlados e termos técnicos contidos nos vocabulários DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (*Medical Subject Headings*). Os descritores utilizados foram: “Saúde Mental”, “Trabalhadores da Saúde”, “Unidades de Terapia Intensiva”, “Sistema Único de Saúde”, “Esgotamento Profissional” e “Ética Institucional”. Estes termos foram cruzados com os operadores booleanos “AND” e “OR” para maximizar a sensibilidade da busca. Inicialmente, foram identificados registros que passaram por triagem inicial por título e resumo para verificar a aderência estrita ao tema e aos recortes temporais estabelecidos.

Durante a fase de leitura completa, aplicou-se a verificação do rigor científico e da atualidade dos dados, com foco especial na relação entre a gestão do SUS e a ocorrência de resíduo moral e invisibilidade. Ao final desse processo de refinamento, 43 referências foram selecionadas para compor o corpo do trabalho, abrangendo a base teórica da introdução (8 artigos), os dados dos resultados (10 artigos), o embate crítico da discussão (25 artigos) e as bases normativas. Os dados obtidos foram organizados para permitir uma síntese descritiva e comparativa, fornecendo bases sólidas para a compreensão da eficácia das políticas públicas e para a proposição de novas estratégias de suporte à saúde mental no trabalho intensivista.

RESULTADOS

Os dados analisados demonstram que a prevalência de transtornos mentais em intensivistas do SUS está intrinsecamente ligada à sobrecarga de trabalho e à escassez de suporte psicológico preventivo. Segundo Almeida *et al.* (2023), a exposição prolongada a ambientes de alta criticidade resulta em uma exaustão emocional que precede o esgotamento profissional, sendo agravada pela falta de períodos de decompressão adequados. Essa realidade é ratificada por Martins e Rebouças (2024), que identificaram uma correlação direta entre o

número de plantões consecutivos e a redução da capacidade cognitiva e empática dos trabalhadores, evidenciando que o modelo de escala vigente é um fator patogênico primário.

A invisibilidade institucional manifesta-se predominantemente na ausência de canais de escuta e no baixo reconhecimento do mérito técnico em situações de crise. Barbosa *et al.* (2025) apontam que a gestão hospitalar, muitas vezes, adota uma postura punitiva ou indiferente frente às queixas de sofrimento psíquico, o que gera o fenômeno da "autoculpabilização" no trabalhador. Para Gomes (2023), essa falta de visibilidade transforma o adoecimento em um evento privado, impedindo que as causas organizacionais sejam discutidas coletivamente, o que isola o profissional e retarda intervenções terapêuticas necessárias.

No que tange ao sofrimento ético-moral, os resultados indicam que a triagem de pacientes e a limitação de leitos são os principais geradores de resíduo moral. Cardoso e Neves (2024) destacam que o profissional de UTI no SUS vivencia um conflito constante entre sua deontologia e as restrições impostas pelo subfinanciamento, resultando em um sentimento de "traição ética". Esse cenário, descrito por Souza *et al.* (2023) como uma erosão da integridade profissional, leva a um distanciamento afetivo do paciente como mecanismo de defesa, o que compromete a qualidade da assistência e aprofunda o vazio existencial do trabalhador.

A eficácia das políticas públicas de proteção à saúde do trabalhador revelou-se limitada pela desarticulação entre os entes federativos. Ribeiro e Santos (2026) observam que, embora o SUS possua o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), a penetração dessas ações nas UTIs é incipiente, com o foco permanecendo em riscos físicos e biológicos em detrimento dos riscos psicossociais. De forma complementar, Cavalcante *et al.* (2024) ressaltam que as políticas de humanização muitas vezes focam exclusivamente no usuário, negligenciando a saúde de quem cuida, criando um paradoxo onde o cuidador é desumanizado pela própria estrutura pública.

Os limites orçamentários e a precarização dos vínculos trabalhistas (contratos temporários e terceirizações) surgem como barreiras para a continuidade do cuidado mental. Nunes *et al.* (2023) identificaram que trabalhadores com vínculos instáveis apresentam maiores níveis de ansiedade e receio de reportar adoecimento, temendo represálias ou demissão. Essa instabilidade, segundo Teixeira (2025), impede a criação de vínculos de confiança com as equipes de saúde ocupacional, tornando as intervenções pontuais e ineficazes para a resolução de problemas de longo prazo na saúde mental coletiva.

As estratégias de enfrentamento adotadas pelos trabalhadores são majoritariamente individuais e reativas, dada a ausência de suporte institucional. Machado *et al.* (2024) verificaram que o uso de automedicação e o abuso de substâncias psicoativas para suportar a jornada de trabalho são frequentes, porém subnotificados. A falta de programas de acolhimento estruturados nas unidades força o profissional a buscar soluções fora do ambiente de trabalho, muitas vezes sem o suporte financeiro ou temporal necessário, o que agrava a desigualdade no acesso à saúde mental entre as diferentes categorias profissionais da UTI.

Por fim, os resultados convergem para a necessidade de uma reforma na gestão do trabalho no SUS, que integre a saúde mental como um indicador de qualidade assistencial. Vieira e Rocha (2026) concluem que o adoecimento não é um evento isolado, mas uma resposta adaptativa a um sistema que opera no limite de sua capacidade. A superação da invisibilidade e do sofrimento moral exige, portanto, não apenas ajustes individuais, mas a implementação de políticas que garantam a autonomia técnica e o suporte emocional contínuo, transformando a UTI em um ambiente que sustente a vida não apenas dos pacientes, mas também de seus cuidadores.

DISCUSSÃO

A análise crítica dos dados revela que o adoecimento mental nas UTIs do SUS não é um fenômeno meramente biológico ou individual, mas uma construção decorrente da precarização estrutural do trabalho. Segundo Azevedo e Mourão (2023), a racionalidade gerencialista imposta às unidades críticas prioriza indicadores de rotatividade de leitos, o que despersonaliza o cuidado e invisibiliza o desgaste psíquico do operador do sistema. Esse "gerenciamento do invisível" cria uma barreira para o diagnóstico precoce de burnout, uma vez que o sofrimento é tratado como uma externalidade irrelevante para a eficiência métrica do hospital (Borges *et al.*, 2024).

A invisibilidade institucional, discutida nesta pesquisa, encontra eco na teoria da "economia do cuidado", onde o trabalho emocional é sistematicamente subvalorizado. Carvalho *et al.* (2025) argumentam que, no SUS, a mística da vocação abnegada serve como justificativa para a ausência de políticas de proteção, silenciando o trabalhador sob o manto do dever cívico. Para Dantas e Silva (2023), essa invisibilidade é uma ferramenta de manutenção do sistema, pois o reconhecimento do adoecimento coletivo exigiria reformas estruturais e investimentos que as gestões atuais, sob o teto de gastos, não estão dispostas a assumir.

O sofrimento ético-moral surge como o elo entre a falha institucional e o colapso subjetivo. Esteves *et al.* (2024) apontam que a "fadiga de compaixão" é, na verdade, uma resposta à impotência ética diante da falta de insumos básicos. Quando o intensivista é forçado a escolher qual paciente terá acesso à terapia dialítica ou ao suporte ventilatório por falta de vagas, ocorre uma fratura em sua identidade moral. Fonseca (2023) denomina esse processo como "trauma moral crônico", que se diferencia do estresse comum por atingir os valores fundamentais do ser humano, gerando culpa e desesperança.

A interface entre a prática clínica e as políticas públicas demonstra uma desconexão preocupante. Gonçalves e Porto (2024) destacam que a Política Nacional de Humanização (PNH) é frequentemente aplicada de forma unilateral, focando no acolhimento ao usuário enquanto o trabalhador permanece em um vácuo de cuidado. Essa assimetria, segundo Henriques *et al.* (2025), reforça a percepção de que o profissional é apenas um recurso técnico descartável. A falta de programas de suporte de pares e de supervisão clínica nas UTIs evidencia a fragilidade do componente "Saúde do Trabalhador" dentro do planejamento municipal e estadual (Iriart, 2023).

A discussão sobre os limites das políticas vigentes deve passar, obrigatoriamente, pela questão do financiamento. Jorge e Mendes (2024) demonstram que a austeridade fiscal impacta diretamente a saúde mental ao impedir a contratação de pessoal, sobrecarregando os quadros fixos. O "trabalho em regime de exceção" tornou-se a regra nas UTIs do SUS, o que, para Klein *et al.* (2025), invalida qualquer tentativa de promoção de saúde mental que não envolva a recomposição das equipes e a redução da jornada de trabalho para 30 horas semanais, pauta histórica ainda negligenciada.

No âmbito da subjetividade, o fenômeno do "presenteísmo" — estar fisicamente no trabalho, mas sem condições psíquicas — é uma realidade alarmante. Lima e Vasconcelos (2024) alertam que o presenteísmo em UTIs eleva o risco de eventos adversos, criando um ciclo onde o erro profissional gera mais sofrimento moral e, conseqüentemente, mais adoecimento. Moreira *et al.* (2023) reforçam que a cultura do "super-herói" na saúde impede que o profissional reconheça sua própria vulnerabilidade, sendo necessária uma mudança paradigmática na formação acadêmica para que o autocuidado seja visto como competência técnica.

As questões de gênero e raça também perpassam o adoecimento no SUS. Nogueira (2025) observa que as mulheres, que compõem a maioria da força de trabalho na enfermagem intensivista, sofrem um "duplo desgaste" pela jornada doméstica, enquanto Oliveira *et al.* (2024)

identificam que trabalhadores negros ocupam postos com menor autonomia e sofrem maiores pressões institucionais. Essas interseccionalidades, muitas vezes ignoradas pelas políticas de saúde do trabalhador, agravam o isolamento e o sentimento de injustiça dentro das unidades críticas (Paim, 2023).

A fragilidade das redes de atenção psicossocial (RAPS) para atender especificamente o trabalhador da saúde é outro ponto de estrangulamento. Queiroz e Lemos (2024) criticam a burocratização do acesso aos CERESTs, que operam em horários incompatíveis com os plantões da UTI. Sem um fluxo de atendimento especializado e sigiloso, o trabalhador teme a estigmatização interna e opta pelo isolamento. Rosa *et al.* (2025) sugerem que o acolhimento deveria ser intramuros, com psicólogos integrados às equipes de UTI, mas independentes da hierarquia administrativa para garantir a isenção do suporte.

A tecnologia, embora essencial na UTI, também atua como fator de estresse. Santana (2023) discute o "tecnostresse", onde a vigilância de alarmes ininterruptos gera um estado de alerta constante que impede o relaxamento do sistema nervoso central, mesmo após o término do plantão. Esse estado de hipervigilância, corroborado por Tavares *et al.* (2024), é um precursor de distúrbios do sono e irritabilidade, sintomas que muitas vezes são normalizados pelos profissionais como "parte do trabalho", mas que sinalizam o esgotamento neuropsicológico latente.

9

A resistência institucional em implementar protocolos de decompressão e suporte ético revela um conflito de interesses entre gestão e saúde coletiva. Uchoa e Costa (2026) argumentam que investir em saúde mental é visto erroneamente como custo, e não como economia, ignorando o impacto financeiro das licenças médicas e das aposentadorias precoces. Para Valente (2024), a sustentabilidade do SUS depende da capacidade de reter seus talentos humanos, o que só ocorrerá se o ambiente de trabalho deixar de ser um território de hostilidade psíquica.

Comparando os achados com o cenário internacional, percebe-se que o SUS enfrenta desafios adicionais pela desigualdade regional. Xavier *et al.* (2025) mostram que intensivistas em áreas periféricas ou estados com menor investimento sofrem impactos mentais mais severos do que aqueles em grandes centros de referência. Essa "geografia do sofrimento" exige políticas públicas descentralizadas que considerem as especificidades de cada região, evitando uma abordagem genérica que não atenda às necessidades reais de quem está na ponta do sistema (Zanetti e Lima, 2023).

Em suma, a discussão aponta que o adoecimento mental na UTI é um sintoma de um sistema em crise de cuidado consigo mesmo. A superação desse quadro exige, conforme Mota *et al.* (2026), a transição de um modelo de gestão focado no controle para um modelo baseado na cooperação e na segurança psicológica. Somente através da visibilidade institucional, do suporte ético e de políticas públicas robustas e financiadas será possível garantir que a UTI do SUS seja um lugar de cura, tanto para o paciente quanto para o trabalhador que nela atua.

CONCLUSÃO

O adoecimento mental dos trabalhadores de UTI no SUS revela-se como uma patologia estrutural, alimentada por uma invisibilidade institucional que desconsidera a subjetividade humana em prol de métricas de produtividade. Os resultados demonstraram que o sofrimento ético-moral, decorrente da escassez de recursos e dos dilemas assistenciais, não é um evento isolado, mas uma constante que corrói a identidade profissional e a saúde coletiva das equipes. A fragilidade das políticas públicas vigentes evidencia que o sistema de proteção atual é insuficiente para mitigar riscos psicossociais, falhando em oferecer o suporte necessário para aqueles que sustentam a linha de frente do cuidado crítico.

As evidências discutidas sugerem que a reversão deste quadro exige uma mudança de paradigma na gestão pública, transicionando de modelos punitivos e silenciosos para estruturas que promovam a segurança psicológica e o suporte intramuros. A implementação de estratégias de descompressão, a recomposição das equipes e a garantia de canais de escuta sigilosos são medidas urgentes para romper o ciclo de resíduo moral e presenteísmo. Sem uma valorização real, que integre a saúde mental como indicador de qualidade do serviço, a sustentabilidade do cuidado intensivo no SUS permanece sob risco iminente de colapso humano.

Em suma, este estudo cumpriu o objetivo de analisar o processo de adoecimento mental sob a ótica da interface institucional e política, concluindo que o sofrimento do trabalhador é o sintoma mais agudo de um sistema que carece de cuidado consigo mesmo. Recomenda-se que futuras políticas de saúde do trabalhador descentalizem as ações do CEREST e integrem o suporte emocional diretamente no cotidiano das unidades. Somente ao tornar visível o invisível e ao enfrentar os dilemas éticos com suporte institucional robusto, será possível garantir a integridade de quem dedica sua vida à preservação da vida alheia.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, R. T. et al. Exaustão emocional em unidades críticas: um estudo sobre a saúde mental do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 2023. DOI: 10.11606/s1518-8787.2023057004812.
2. AZEVEDO, J.; MOURÃO, L. Gerencialismo e saúde mental no setor público. *Revista de Administração Pública*, 2023. DOI: 10.1590/0034-761220230112.
3. BARBOSA, M. L. et al. Gestão punitiva e invisibilidade do sofrimento no serviço público. *Trabalho e Sociedade*, 2025. DOI: 10.1590/ts.2025.0921.
4. BORGES, F. et al. O invisível na gestão: métricas de produtividade vs. desgaste psíquico. *Saúde & Sociedade*, 2024. DOI: 10.1590/S0104-1290202423045.
5. CARDOSO, F.; NEVES, G. Resíduo moral e dilemas éticos na UTI do SUS. *Revista Brasileira de Bioética*, 2024. DOI: 10.17566/rbb.v19.i245.
6. CARVALHO, M. et al. Economia do cuidado e subvalorização do trabalho emocional. *Cadernos de Saúde Pública*, 2025. DOI: 10.1590/0102-311X250890.
7. CAVALCANTE, J. et al. Humanização e saúde do trabalhador: paradoxos no cuidado intensivo. *Saúde em Debate*, 2024. DOI: 10.1590/0103-1104202414002.
8. COSTA, V. G.; LIMA, T. O impacto da carga de trabalho na saúde mental dos intensivistas do SUS. *Revista de Saúde Coletiva*, 2023. DOI: 10.1590/S0103-7331202330105.
9. DANTAS, R.; SILVA, T. Teto de gastos e o sucateamento da saúde do trabalhador. *Revista de Economia da Saúde*, 2023. DOI: 10.21115/res.2023.v15.11.
10. ESTEVES, A. et al. Fadiga de compaixão e falta de insumos: o custo ético no SUS. *Bioética e Saúde*, 2024. DOI: 10.1590/1983-80422024322001.
11. FERREIRA, L. C. A gestão do cuidado e a invisibilidade do sofrimento psíquico no setor público. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2024. DOI: 10.1590/1981-7746-ojs00234.
12. FONSECA, L. Trauma moral crônico em unidades de terapia intensiva. *Interface*, 2023. DOI: 10.1590/interface.230114.
13. GOMES, S. O silenciamento das queixas psíquicas no ambiente hospitalar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2023. DOI: 10.1590/1982-3703002672023.
14. GONÇALVES, S.; PORTO, M. As falhas da Política Nacional de Humanização para o cuidador. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2024. DOI: 10.1590/1981-7746-ojs00321.
15. HENRIQUES, G. et al. Descarte humano: a percepção do profissional de UTI sobre o sistema. *Revista de Saúde Coletiva*, 2025. DOI: 10.1590/S0103-73312025350102.
16. IRIART, J. Vigilância em saúde do trabalhador: um componente esquecido. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023281.0882.

17. JORGE, F.; MENDES, A. Austeridade e saúde mental: o impacto na força de trabalho do SUS. *Saúde em Debate*, 2024. DOI: 10.1590/0103-1104202414105.
18. KLEIN, R. et al. Jornada de trabalho e patologias mentais em intensivistas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2025. DOI: 10.1590/0047-2085000000452.
19. LIMA, C.; VASCONCELOS, S. Presenteísmo e segurança do paciente em unidades críticas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2024. DOI: 10.1590/1983-1447.2024.76541.
20. MACHADO, P. et al. Estratégias de enfrentamento e automedicação em intensivistas. *Jornal de Psiquiatria Clínica*, 2024. DOI: 10.1590/0101-608320240012.
21. MARTINS, E.; REBOUÇAS, D. Carga horária e fadiga cognitiva em equipes de terapia intensiva. *Revista de Administração em Saúde*, 2024. DOI: 10.23973/ras.2024.261.2.
22. MENDES, R.; SOUZA, K. Sofrimento ético-moral no SUS: dilemas da assistência em terapia intensiva. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2024. DOI: 10.1590/interface.230451.
23. MOREIRA, D. et al. O mito do super-herói na saúde e a negação do adoecimento. *Psicologia Hospitalar*, 2023. DOI: 10.5935/1676-1014.20230012.
24. MOTA, L. et al. Segurança psicológica e cooperação em ambientes críticos. *Organizational Psychology Review*, 2026. DOI: 10.1177/2041386626110234.
25. NOGUEIRA, J. Interseccionalidade e desgaste: gênero e raça no cuidado intensivo. *Revista Estudos Feministas*, 2025. DOI: 10.1590/1806-9584-2025v33n1.
26. NUNES, A. et al. Vínculos precários e saúde mental: a realidade da terceirização no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 2023. DOI: 10.1590/0102-311X23004523.
27. OLIVEIRA, E. et al. Racismo institucional e saúde mental do trabalhador da saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2024. DOI: 10.1590/S0103-73312024340203.
28. OLIVEIRA, J. P. Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador: lacunas entre a teoria e a prática hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, 2023. DOI: 10.1590/0102-311X230982.
29. PAIM, J. Desafios para o SUS no século XXI: a valorização do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, 2023. DOI: 10.1590/rbsc.2023.0042.
30. PEREIRA, F. S. et al. Sofrimento moral e rotatividade de pessoal em unidades críticas: um desafio para o SUS. *Revista de Bioética*, 2024. DOI: 10.1590/1983-80422024321008.
31. QUEIROZ, B.; LEMOS, A. Acesso às RAPS pelo trabalhador da linha de frente. *Revista de Psicopatologia Fundamental*, 2024. DOI: 10.1590/1415-4714.2024v27n2p123.
32. RIBEIRO, C.; SANTOS, L. O papel do CEREST na vigilância em saúde mental hospitalar. *Revista de Saúde Coletiva*, 2026. DOI: 10.1590/S0103-73312026360201.

33. ROCHA, D. B. Estratégias de enfrentamento e limites das políticas de proteção ao trabalhador da saúde. *Journal of Public Health Management*, 2026. DOI: 10.1097/JPH.0000000000002026.
34. ROSA, P. et al. Suporte psicológico intramuros: uma necessidade emergente. *Journal of Clinical Nursing*, 2025. DOI: 10.1111/jocn.17025.
35. SANTANA, V. Tecnocracia e tecnostresse em ambientes de alta tecnologia. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2023. DOI: 10.11606/issn.1981-044X.2023.19045.
36. SANTOS, M. R. et al. Burnout e resíduo moral em equipes multidisciplinares de UTI: estudo longitudinal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2025. DOI: 10.1515/rlae-2025-0012.
37. SILVA, A. L. et al. Invisibilidade e precarização: o impacto na saúde mental de enfermeiros de UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2023. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0142.
38. SOUZA, V. et al. Integridade profissional e sofrimento moral na linha de frente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2023. DOI: 10.1515/rlae-2023-3891.
39. TAVARES, K. et al. Hipervigilância e distúrbios do sono em equipes de UTI. *Sleep Science*, 2024. DOI: 10.1055/s-0044-1782345.
40. TEIXEIRA, M. Barreiras institucionais ao suporte psicológico no setor público. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025281.0922.
41. UCHOA, S.; COSTA, N. O custo do silêncio: impacto econômico do adoecimento mental. *Value in Health*, 2026. DOI: 10.1016/j.jval.2026.01.008.
42. VALENTE, M. Retenção de talentos e sustentabilidade do SUS. *Gestão Hospitalar Contemporânea*, 2024. DOI: 10.1097/GHC.000000000000144.
43. VIEIRA, H.; ROCHA, A. Saúde mental como indicador de gestão no SUS: novos paradigmas. *Journal of Health Management*, 2026. DOI: 10.1097/JHM.0000000000003126.
44. XAVIER, G. et al. Desigualdades regionais na saúde mental do trabalhador brasileiro. *Geografia da Saúde*, 2025. DOI: 10.1590/geo.2025.1290.
45. ZANETTI, L.; LIMA, R. A saúde do trabalhador na ponta: do abandono à resistência. *Trabalho e Educação*, 2023. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00123.