

Características do trabalho, *coping* e bem-estar em unidades de terapia intensiva¹

Lhaís Alves de Souza Pereira Santana²

Sônia Regina Pereira Fernandes

Laila Leite Carneiro

Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, Brasil

Resumo

O bem-estar dos trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva precisa ser investigado. Este estudo qualitativo buscou caracterizar o bem-estar no trabalho (BET) desses profissionais, identificando demandas e recursos do trabalho, bem como as estratégias de *coping* utilizadas por eles que repercutem no seu bem-estar. A análise temática dos dados – obtidos através de entrevistas semiestruturadas ($n = 35$) – indicou que os participantes vivenciam com frequência afetos positivos relacionados ao trabalho, que os recursos de suporte e as demandas inerentes ao trabalho são importantes para eles e que o *coping* controle foi o mais utilizado por eles. Conclui-se que a disponibilidade de recursos para os profissionais lidarem com as demandas e o apoio ao uso de *coping* adaptativo pode viabilizar o BET. *Palavras-chave:* *coping*, saúde, condições de trabalho, unidades de terapia intensiva

Abstract: Characteristics of work, coping and well-being in intensive care units

The well-being of Intensive Care Unit workers must be investigated. This qualitative study sought to characterize the well-being at work (WBW) of these professionals, identifying job demands and resources, as well as the coping strategies used by them that reverberate in their well-being. The thematic analysis of the data – obtained through semi-structured interviews ($n = 35$) – indicated that the participants frequently experience positive affects related to work, that support resources and demands inherent to work are important to them, and that control coping was the most used coping strategy. It is concluded that the availability of resources for professionals to deal with demands and assistance for the use of adaptive coping can make WBW viable.

Keywords: coping, health, working conditions, intensive care units

Resumen: Características del trabajo, afrontamiento y bienestar en unidades de cuidados intensivos

El bienestar de los trabajadores de Unidades de Cuidados Intensivos necesita ser investigado. Este estudio cualitativo buscó caracterizar el bienestar en el trabajo (BET) de estos profesionales, identificando demandas y recursos del trabajo, así como las estrategias de afrontamiento utilizadas por ellos que repercuten en su bienestar. El análisis temático de los datos, obtenidos vía entrevistas semiestruturadas ($n = 35$), indicó que los participantes frecuentemente experimentan afectos positivos relacionados con el trabajo, que los recursos de apoyo y las demandas inherentes al trabajo son importantes para ellos y que el afrontamiento de control fue la estrategia más utilizada. Así, ofertar recursos para que los profesionales aborden las demandas y apoyar el uso del afrontamiento adaptativo puede viabilizar el BET.

Palabras clave: afrontamiento, salud, condiciones de trabajo, unidades de terapia intensiva

¹ As autoras agradecem o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

² Endereço para correspondência: Via J, 12, Boa Vista, 45027-315, Vitória da Conquista, BA. E-mail: lhaispsi@gmail.com

As unidades de terapia intensiva (UTIs) caracterizam-se como ambientes complexos por serem voltadas ao atendimento de pacientes em estado crítico, impondo exigências físicas, cognitivas e emocionais aos profissionais (Aragão et al., 2021; Van Mol et al., 2017). Tais aspectos podem ter se intensificado em decorrência da pandemia da COVID-19 (e.g., Caillet et al., 2020; Silva & Barbosa, 2021). Por outro lado, a presença de recursos de trabalho parece contribuir com a vivência de experiências positivas nesse contexto (Jarden et al., 2018; Meynaar et al., 2021), inclusive auxiliando os profissionais a lidarem (*coping*) com as demandas presentes (Demerouti, 2018), o que justifica a importância de identificar esses aspectos protetores e/ou promotores do bem-estar em UTIs.

As pesquisas que investigaram o bem-estar vivenciado no trabalho – em uma perspectiva positiva – entre profissionais de UTI são quantitativamente inferiores aos estudos que focam no adoecimento (Jarden et al., 2018; Jarden et al., 2019). Apesar disso, algumas pesquisas com o primeiro enfoque apontaram a vivência de bem-estar relacionado ao trabalho entre esses profissionais (e.g., Dimunová et al., 2021; Warren et al., 2021). A identificação dos aspectos relacionados à vivência dessa experiência subjetiva positiva e o desenvolvimento de ações para fomentá-los pode contribuir tanto em nível individual (e.g., saúde) quanto organizacional (e.g., desempenho) (Bakker et al., 2023; Diener et al., 2018; Van Woerkom et al., 2016). Não obstante esses benefícios, fatores específicos que contribuem para uma vida profissional saudável e bem-sucedida entre os profissionais de UTI precisam ser mais explorados (Jarden et al., 2019; Van Mol et al., 2018), notadamente, considerando a percepção dos profissionais, através de uma abordagem qualitativa. Dentre os estudos existentes (e.g. Dimunová et al., 2021; Jarden et al., 2023; Warren et al., 2021) que investigaram o bem-estar vivenciado no trabalho por profissionais de UTI, fatores como *coping* adaptativo, equilíbrio trabalho-família e suporte da organização foram apontados como importantes para o bem-estar dos profissionais. Entretanto, não houve, por exemplo, investigação sobre as especificidades do contexto (tais como demandas e recursos), que podem ampliar o entendimento dos diversos aspectos associados ao fenômeno, tampouco sobre sua relação com o *coping* – lacuna também apontada na revisão sobre *coping* e bem-estar de Santana et al. (no prelo).

Segundo a teoria de Demandas e Recursos no Trabalho (DRT) (Bakker & de Vries, 2021), demandas e recursos são características do trabalho que variam de forma qualitativa e quantitativa entre as diversas ocupações profissionais (Bakker & Demerouti, 2023; Demerouti, 2018). Demandas são características do trabalho que têm o potencial de provocar tensão (e.g., carga de trabalho); já os recursos dizem respeito aos aspectos que diminuem as repercussões das demandas ou dos efeitos associados, contribuem para o alcance dos objetivos de trabalho e/

ou estimulam o crescimento pessoal, a aprendizagem e o desenvolvimento (e.g., oportunidades de carreira) (Bakker et al., 2007; Carneiro, 2021). Para investigar um contexto de trabalho específico, é necessário identificar quais demandas e recursos são salientes tanto para o processo de comprometimento da saúde quanto para o motivacional, o que pode ser feito por meio de entrevistas com os trabalhadores e/ou com a coordenação.

O *coping*, enquanto esforços cognitivos e comportamentais direcionados às demandas externas e/ou internas avaliadas como excessivas para os recursos do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984), pode alterar o impacto das características do trabalho nos processos de comprometimento de saúde e de bem-estar (Demerouti, 2018). As estratégias de *coping* podem ser classificadas como de: 1. controle, que diz respeito às ações e reavaliações cognitivas de enfrentamento; 2. esquiva, que se refere às ações e reavaliações cognitivas de esquiva diante da situação estressora; e 3. manejo de sintomas, que engloba as tentativas popularmente aceitas de lidar com os sintomas de estresse (Latack, 1986). De acordo com a DRT (Demerouti, 2018), a presença de muitas demandas, concomitante à escassez de recursos, pode dificultar a utilização da estratégia de *coping* mais adaptativa para a situação. Por outro lado, a presença de recursos de trabalho (e/ou pessoais) pode facilitar a utilização do *coping* mais adaptativo, que, por sua vez, pode contribuir para a vivência de bem-estar nesse contexto.

O bem-estar no trabalho (BET) pode ser entendido como a prevalência, no trabalho, de afetos positivos (e.g., alegria) sobre os negativos (e.g., frustração) e a percepção do indivíduo de que, no seu trabalho, expressa e desenvolve seus potenciais/habilidades, avançando no alcance de suas metas de vida (Paschoal & Tamayo, 2008). Operacionalmente, as dimensões do BET são: 1. afetos positivos; 2. afetos negativos; e 3. realização (Paschoal & Tamayo, 2008). Essa definição incorpora elementos das principais perspectivas teóricas do bem-estar geral – hedonismo (vivência de afetos positivos) e eudemonismo (realização das potencialidades humanas) – o que possibilita uma compreensão abrangente dessa experiência subjetiva positiva.

Diante do exposto, este estudo objetivou caracterizar o bem-estar no trabalho (BET), identificando as principais demandas, os recursos existentes e as estratégias de *coping* utilizadas que repercutem no BET dos profissionais de UTI. Os resultados obtidos aqui podem subsidiar ações voltadas à promoção da saúde no contexto em estudo a partir da modificação e/ou fomento/desenvolvimento dos principais aspectos (demandas, recursos e *coping*) que podem repercutir no BET dos profissionais.

Método

Este estudo caracteriza-se como qualitativo e descritivo.

Contexto de investigação

A pesquisa foi realizada em três unidades de terapia intensiva adulto (UTI-A) de um hospital geral público localizado em uma cidade do interior da Bahia. As unidades participantes são classificadas como UTI-A, que são destinadas à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, conforme regulamento da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 7/2010, de 24 de fevereiro. No total, essas unidades dispõem de 40 leitos, sendo 20 pertencentes a uma das unidades e 10 a cada uma das outras duas unidades.

As unidades são compostas por equipes multiprofissionais em conformidade com a RDC nº 7/2010 da Anvisa: médico diarista/rotineiro; médico plantonista; enfermeiros assistenciais; fisioterapeutas; técnicos de enfermagem; auxiliares administrativos e funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade. Além dos profissionais que compõem a equipe mínima, outros serviços à beira do leito – como assistências nutricionais, fonoaudiológica, psicológica e de serviço social – são disponibilizados. O regime de trabalho dos profissionais varia entre estatutário e terceirizado.

Instrumentos de coleta de dados

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada composto por 11 questões, das quais quatro se referiam às categorias foco desse estudo e as demais relacionadas a características sociodemográficas e ocupacionais. As questões foram construídas com base nas perspectivas teóricas adotadas (Bakker & Demerouti, 2017; Lazarus & Folkman, 1984; Latack, 1986; Paschoal & Tamayo, 2008) e foram organizadas de forma a identificar os principais recursos de trabalho disponíveis e as principais demandas de acordo com a percepção de cada profissional, a(s) estratégia(s) utilizada(s) para lidar com tais demandas (indicador de *coping*), o respectivo resultado, ou seja, se a(s) estratégia(s) foi(foram) eficaz(es) ou não, e que pensamento, sensação e/ou emoção emergiu diante desse resultado (indicador de BET). Após os ajustes necessários – realizados a partir dos resultados do estudo-piloto conduzido com um representante de cada categoria ocupacional da equipe mínima de UTI –, o roteiro foi utilizado nas entrevistas individuais.

Procedimento de coleta de dados

Cuidados éticos

A realização desta pesquisa seguiu as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Federal de Psicologia. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia conforme o Parecer nº nº 3.806.858.

Participantes

A amostra foi do tipo não probabilística, por conveniência, a partir do acesso aos profissionais que atuavam em UTI-A no atendimento direto ao paciente (assistência). No total, 35 profissionais participaram. Pretendia-se incluir um número maior de participantes, especialmente psicólogos e médicos, porém, dado o decreto da pandemia da COVID-19 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que restringiu o acesso às UTIs e deixou os profissionais atuantes voltados para o manejo dessa nova e desconhecida situação, a coleta de dados teve que ser finalizada.

A maioria dos participantes exercia a função de técnico (a) de enfermagem ($n = 11$; 31%), seguido por enfermeiros (as) ($n = 8$; 23%), médicos (as) ($n = 6$; 17%), fisioterapeutas ($n = 6$; 17%), assistente social ($n = 1$; 3%), fonoaudiólogo (a) ($n = 1$; 3%), nutricionista ($n = 1$; 3%) e psicólogo (a) ($n = 1$; 3%). O perfil dos participantes revela que eram do sexo feminino ($n = 26$; 74%) e com tempo de atuação na UTI de 1 a 5 anos ($n = 20$; 57%). Essas características reproduzem o perfil geral dos profissionais de saúde, segmento composto predominantemente por mulheres. Entretanto, como apontado por Boniol et al. (2019), a sua distribuição é diferente: as mulheres tendem a exercer as atividades vinculadas à enfermagem, enquanto os homens, no geral, são médicos. As características são coerentes com as identificadas no presente estudo, em que 83% ($n = 5$) dos médicos entrevistados eram homens, enquanto eram apenas 9% ($n = 1$) dos técnicos de enfermagem.

Procedimento de coleta de dados

A logística da coleta de dados foi organizada com as coordenações considerando a dinâmica de funcionamento das unidades. Para um acesso mais amplo aos profissionais, optou-se pelo envio do convite pelo aplicativo de mensagens *WhatsApp* com um cartaz contendo uma descrição sucinta da pesquisa, destacando-se o sigilo e a confidencialidade. Além disso, a pesquisadora responsável reforçou o convite pessoalmente nas unidades de trabalho. Após o aceite, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado e, em seguida, foi realizada a entrevista individual. Todos os profissionais que compõem a equipe mínima de UTI e que atuavam diretamente com os pacientes (assistência) foram convidados a participar, além dos psicólogos (as), fonoaudiólogos (as), nutricionistas e assistentes sociais.

As entrevistas foram registradas manualmente pela pesquisadora em um bloco de notas, tendo a duração média de 40 minutos, sendo realizadas no local de trabalho dos participantes, em salas reservadas dentro de cada UTI (como conforto médico, conforto da enfermagem) ou na própria unidade de trabalho, em local mais afastado dos pacientes e demais trabalhadores, para garantir a

privacidade. A coleta foi realizada no período de janeiro a março de 2020.

Procedimento de análise de dados

Foi adotada a análise temática (Braun & Clarke, 2006), com a revisão dos temas até alcançar a saturação dos dados, ou seja, até o momento em que nenhum novo código ou tema foi identificado. Na primeira etapa, os dados foram analisados em categorias analíticas a partir dos modelos teóricos utilizados sobre as demandas de trabalho/estressores, recursos de trabalho, *coping* e bem-estar no trabalho. Em seguida, os conteúdos identificados como similares foram agrupados nas categorias propostas. O *software* Atlas.ti (versão *Cloud*) foi utilizado para organização dos dados e análise da distribuição das frequências, conforme categorias definidas a priori.

As dimensões constitutivas das categorias “demandas de trabalho” e “recursos de trabalho” foram elaboradas a partir do método indutivo, conforme recomendação da teoria DRT (Demerouti, 2018), no sentido de identificar as características específicas do trabalho em estudo. Isso só foi possível a partir da exploração do contexto via entrevistas e a identificação posterior dos aspectos considerados como demandas ou recursos a partir dos conteúdos expressos pelos profissionais. A identificação das subcategorias de “demandas” e “recursos” auxiliou

na caracterização e compreensão do contexto de trabalho estudado, levando à descrição de dimensões que dizem respeito a quatro diferentes tipos de demandas e três tipos de recursos (incluindo a ausência de um tipo de recurso).

Já as dimensões das categorias “*coping*” e “BET” foram elaboradas de forma dedutiva, com base em cada modelo adotado (Latack, 1986; Paschoal & Tamayo, 2008, respectivamente), tendo sido mantidas, portanto, as dimensões teóricas pertinentes a cada uma das variáveis.

Resultados e discussão

Na Tabela 1, consta a frequência de cada demanda de trabalho. A Tabela 2, apresenta a frequência de cada recurso de trabalho, a Tabela 3, a frequência de cada estratégia de *coping* e a Tabela 4, a frequência de cada dimensão do BET. As informações/percepções dos participantes são exemplificadas no texto para ilustrar a conexão com as dimensões analisadas. A expressão “equipe essencial” foi utilizada para se referir aos relatos dos profissionais pertencentes à equipe mínima exigida para atuação em UTIs – enfermeiros (as), fisioterapeutas, técnicos (as) de enfermagem e médicos (as). Já a expressão “equipe de apoio” se refere aos relatos dos demais profissionais. Cada profissional foi identificado pela letra E (referente à equipe essencial) ou A (referente à equipe de apoio) seguido de um algarismo arábico.

Tabela 1

Frequência das Demandas de Trabalho

Dimensão	n (%)
Gravidade do quadro e morte	13 (50%)
Alto grau de responsabilidade	6 (23%)
Interação com familiares	5 (19%)
Sobrecarga de trabalho	2 (8%)

É possível observar que, de maneira consistente, a demanda de trabalho mais citada pelos profissionais de todos os grupos ocupacionais, exceto psicólogo, foi “gravidade do quadro e morte”, que diz respeito ao alto grau de risco do quadro do paciente (s), com um prognóstico de óbito e a morte do paciente. Nos relatos incluídos nessa categoria, foram observadas situações costumeiras do contexto, tais como: “paciente grave, não posso fazer muito, não está ao nosso alcance” (E1); e “perda do paciente” (E2). Na sequência, foram mais citadas as dimensões “alto grau de responsabilidade”, que envolve a responsabilidade pela vida dos pacientes, e “interação com familiares”, que engloba os comportamentos emocionais dos familiares e/ou acompanhantes. Um exemplo de citação da dimensão “alto grau de responsabilidade” é: “tudo é uma tensão, [como] a

possibilidade de manipulação de medicamento errado” (E4). Quanto à dimensão “interação com familiares”, tem-se o seguinte exemplo: “comunicação de notícias [a] familiares combativos” (E5), além de “reclamação [da família]; a família fala [com a gente] para reclamar de tudo” (A1).

Esses resultados acompanham os achados do estudo de Tironi et al. (2016), realizado com médicos intensivistas, que apontaram a “possibilidade de complicação no atendimento ao paciente” e “lidar com a angústia dos familiares” como fatores estressantes para os participantes. Da mesma forma, Guida e Nascimento (2019) identificaram o cuidado à rede de apoio dos pacientes como um dos principais estressores para os profissionais da enfermagem em UTI. Essas demandas têm em comum o fato de serem inerentes ao trabalho em UTIs. De forma

específica, a presença da demanda “gravidade do quadro e morte” está intimamente relacionada a esse contexto, como previsto em regulamentação específica, qual seja, o atendimento a pacientes em estado crítico de saúde, que necessitam de atenção profissional especializada de forma contínua (RDC nº 7/2010). A responsabilidade por pessoas é um tipo de demanda presente em profissões diversas e é vinculada ao papel organizacional, referente às exigências sobre o comportamento em uma função e que pode impactar de forma negativa a vivência de estados positivos nesse contexto (Ferreira et al., 2015). A demanda “interação com familiares” está atrelada ao contato mais direto com os familiares em situações delicadas, como nas situações em que os(as) médicos(as) apresentam o prognóstico do paciente à família; ou durante o atendimento do assistente social, que envolve situações nas quais os familiares estão vulneráveis.

Complementarmente, as demandas observadas evidenciam que, além da necessária competência técnica do profissional para a realização dos procedimentos específicos, as competências socioemocionais são muito relevantes para lidar com questões como sofrimento e morte, a comunicação de desfechos inesperados/más notícias e a impotência diante dessas situações. A exigência dessas competências pode ser identificada de forma clara no art. 24 da seção V da RDC nº 7/2010, em que se estabelece que os profissionais que atuam em UTI assegurem ações de humanização de atenção à saúde e promoção de ambiência

acolhedora. Essas demandas podem ser consideradas como um tipo de sobrecarga qualitativa que, diferentemente da sobrecarga quantitativa (“muito o que fazer”), se refere à dificuldade na realização da função (“muito difícil”), como ocorre em situações emocionalmente desafiadoras (Van Woerkon et al., 2016), as quais são comuns entre profissionais de UTI (Smiechowski et al., 2021; Vincent et al., 2022). Por serem inerentes ao trabalho nesse contexto, dada a impossibilidade de eliminá-las, é necessário o investimento em recursos que contribuam para a redução do seu impacto no bem-estar do trabalhador.

Considerando a natureza do contexto de trabalho em UTI, a disponibilidade de suporte emocional de colegas e supervisores pode ser efetiva para diminuir o impacto desse tipo de demanda (De Jonge & Dormann, 2006; Van Woerkon et al., 2016). Além disso, o desenvolvimento das competências emocionais, por meio da educação e formação profissional, desde os cursos de graduação até o contexto de trabalho, pode auxiliar o profissional a gerenciar de forma mais efetiva as emoções desafiadoras desse contexto (Pereira et al., 2022).

Com menor indicação, foi apontada a demanda “sobrecarga de trabalho” que se relaciona à quantidade de horas em serviço, também referida na literatura como uma demanda comum a profissionais de UTI (Xanthopoulou et al., 2007). Entretanto, no presente estudo essa parece ser uma demanda mais importante para grupos ocupacionais específicos [fisioterapeutas e enfermeiros (as)].

Tabela 2
Frequência dos Recursos de Trabalho

Dimensão	n (%)
Suporte (social, instrumental, informacional e/ou organizacional)	33 (62%)
Ausência de suporte (social, instrumental, informacional e/ou organizacional)	18 (34%)
Autonomia	2 (4%)

Outro aspecto considerado como fonte de tensão, muito indicado pelos profissionais, mas que não foi considerado como uma demanda propriamente, mas, sim, como ausência de recurso, se refere à “ausência de suporte (social, instrumental, informacional e/ou organizacional)”. O suporte é um recurso bastante citado na literatura, que reconhece sua importância para o contexto de trabalho, tanto a sua presença como fator protetor, quanto a sua ausência como aspecto que pode influenciar de forma negativa o bem-estar (Astvik & Melin, 2013; Bakker & Demerouti, 2017; Bakker et al., 2023; Farina et al., 2020). Um exemplo da sua ausência é a seguinte: “Descaso de alguns profissionais [com a nossa atuação específica], como se não tivesse necessidade” (A2). Um outro exemplo desse fator encontra-se na seguinte citação relacionada ao momento do óbito de um paciente: “a situação de óbito

(morte encefálica) [gera tensão], [então procuro] trabalhar a mente, a vida é assim, mas é ruim; [essa estratégia] faz a gente pensar na vida, não diminui [a tensão], [acho que] falta apoio psicológico” (E5). Essa situação ilustra como uma demanda inerente ao trabalho pode gerar estados afetivos negativos quando não há recursos que habilitem o profissional a lidar de maneira mais efetiva com ela.

A ausência de recursos de trabalho, e do “suporte”, de forma específica, pode dificultar a utilização de estratégias de *coping* eficazes diante das demandas de trabalho, levando à baixa vivência de BET e/ou ao adoecimento dos profissionais. Essa situação pode levar a uma espiral de perda (Bakker et al., 2023): diante de uma demanda que excede a capacidade dos recursos disponíveis para lidar com ela, o profissional pode vivenciar exaustão ou ansiedade, encontrando dificuldade para se concentrar, o que aumenta

a possibilidade de cometer erros ou ter outros comportamentos indesejados. Diante disso, pode adotar estratégias de *coping* disfuncionais, como a autodepreciação ou a autossabotagem, criando obstáculos que podem comprometer o desempenho (e.g., comunicação ruim e conflitos interpessoais). Assim, ao longo do tempo, tais comportamentos autodestrutivos podem gerar novas demandas, o que aumenta ainda mais a tensão, que, por sua vez, caso se torne crônica, pode resultar em uma situação na qual as relações positivas entre tensão no trabalho, autodepreciação e demandas tornam-se cada vez mais fortes e os níveis dessas variáveis tornam-se cada vez maiores (Bakker et al., 2023).

Por outro lado, os profissionais, de todas as categorias ocupacionais também citaram os benefícios do suporte, o que destaca sua relevância para o contexto de

UTI, ratificando estudos anteriores (e.g., Broetje et al., 2020; Guida & Nascimento, 2019; Jarden et al., 2018; Smiechowski et al., 2021). Já o recurso “autonomia” foi citado por apenas dois grupos ocupacionais, fisioterapeutas e nutricionista, o que pode estar relacionado à importância desse recurso para ocupações que não são tradicionalmente inseridas nas equipes de UTI, pois a autonomia acaba por validar sua atuação. Esse recurso também foi identificado no estudo de Broetje et al. (2020), além de ser apontado na literatura como um importante preditor do bem-estar relacionado ao trabalho (Bakker et al., 2023; Ferreira et al., 2015; Jarden et al., 2018). Nesse sentido, a organização deve proporcionar esse recurso especialmente aos profissionais que não estão tradicionalmente inseridos nas equipes de UTI.

Tabela 3
Frequência das Estratégias de Coping

Dimensão	n (%)
Controle	29 (48%)
Esquiva	21 (34%)
Manejo de sintomas	11 (18%)

Em relação às estratégias de *coping* utilizadas pelas(os) profissionais, o tipo controle, considerado como uma estratégia focada no problema (Lazarus & Folkman, 1984), foi a mais frequentemente utilizada por quase todos os grupos ocupacionais, exceto nutricionistas. No contexto de trabalho, essa estratégia costuma ser mais utilizada em situações passíveis de modificação, sendo, de forma geral, eficaz na redução dos estressores ocupacionais (Melo et al., 2016). A sua predominância pode refletir a necessidade de atuação precisa no contexto de UTI, em que os problemas que surgem no trabalho, como as demandas do tipo “gravidade do quadro”, devem ser resolvidos diretamente na fonte que ocasionou a situação, como no exemplo a seguir: “[diante do] quadro grave do paciente, a instabilidade do paciente [poucas opções de terapêutica], mesmo sendo um processo natural, [fico] mais tranquilo[a] quando me mantenho atualizado[a] [tecnicamente]” (E6).

Além de ações mais diretas, o *coping* controle também inclui reavaliações de enfrentamento (Pinheiro et al., 2003), que possibilitam alterar o *status* da situação estressora. Como exemplo, pode-se citar o seguinte relato: “Quando tem algo que quero fazer, mas o paciente está muito grave, não tem o que fazer, prognóstico ruim, [então] busco dar maior conforto a ele, porque estou fazendo não só como profissional, mas como ser humano; me sinto mais aliviado(a), consegui dar o melhor como ser humano, não como profissional” (E7). Essa estratégia se assemelha ao *coping* focado no significado, proposto por Folkman (2008), que não foi

considerado aqui uma dimensão separada, mas incluída no tipo controle, já que se associa à resignificação/reavaliação da situação. Tende a ser mais empregada em situações de difícil modificação, quando há falha no resultado de uma estratégia empregada inicialmente, como diante de doenças crônicas graves e morte, similar à situação descrita anteriormente. Nesses casos, tal estratégia permite a revisão dos objetivos existenciais e a reordenação de prioridades por meio da experiência de vida, com o propósito de motivar e sustentar o enfrentamento e o bem-estar durante o período de dificuldade (Dias & Pais-Ribeiro, 2019), podendo, assim, ser benéfica ao profissional.

A utilização do *coping* controle pode ser favorecida pela presença de recursos como suporte e/ou similares (Guida & Nascimento, 2019). No presente estudo, pode-se mencionar o seguinte relato sobre o uso desse tipo de recurso: “[diante de um] paciente grave, não posso fazer muito; [então], busco conversar com colegas, e às vezes dá certo” (E1). Entretanto, ressalta-se que essa estratégia nem sempre tem eficácia, o que pode ser ilustrado no seguinte relato: “[me causa tensão a realização do procedimento de] diálise, talvez porque eu não sei manipular [a máquina], [é] estressante, precisa de treinamento”. Diante dessa situação, o(a) profissional refere que “tento pedir ajuda; paro um pouco, olho, peço ajuda, tento resolver logo; [quando essa estratégia dá certo] me sinto aliviada(o), quando não dá certo, sinto tristeza, ‘botei a diálise e não deu certo, será que o paciente vai se prejudicar?’” (E8). Assim, a eficácia da estratégia empregada parece não depender apenas

do seu tipo, mas também das características da situação estressora bem como da ação/reavaliação implementada, que pode exigir uma estratégia diferente. No exemplo citado, estratégias alternativas de intervenção podem ser mais efetivas para a situação vivenciada como a realização de treinamento para a manipulação da máquina de diálise ou o redesenho do trabalho por parte da organização, definindo um(a) profissional especificamente capacitado(a) para a sua manipulação.

A estratégia esquiva também foi mencionada, e por todos os grupos ocupacionais. No presente estudo, foi mais empregada em situações de difícil resolução imediata, aspecto também apontado na literatura, que refere que esse tipo de *coping* ou similares (evitação) é mais utilizado em situações que devem ser aceitas, com limitadas possibilidades de modificação (Folkman, 2020; Tamayo et al., 2012). Um exemplo pode ser observado no seguinte relato: “Em casa, relaxo, passa” (E6). No curto prazo, essa estratégia de afastamento reduz o sintoma do estresse, mas não altera a situação demandante ou seu *status*, o que pode acarretar uma reação em espiral diante de uma nova exposição à demanda. Nesse caso, a organização pode tentar intervir diretamente; caso a demanda não possa ser alterada diretamente, como a morte de pacientes, estratégias que ressignifiquem a situação (controle) podem ser mais adaptativas (Muller et al., 2021) e desenvolvidas a partir de intervenções como treinamentos.

A estratégia manejo de sintomas também pareceu ser mais empregada em situações de difícil resolução,

como a apresentada por um(a) profissional: “paciente muito grave, que exige atenção maior [gera tensão]; tento me acalmar, não me estressar” (E8). Assim como a esquiva, o manejo de sintomas pode evitar momentaneamente as reações ao estresse, mas, diante de uma nova exposição à demanda, o profissional pode voltar a sentir os sintomas decorrentes. Por outro lado, esse tipo de *coping* pode auxiliar na utilização de outras estratégias, como quando o profissional reorganiza as emoções vivenciadas para posteriormente conseguir agir de maneira mais assertiva diante da demanda ou da sua avaliação (Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

Os resultados observados salientam o caráter dinâmico do processo de *coping*. Como apontado por Folkman (2020), a eficácia do enfrentamento depende do contexto, já que dada estratégia pode ser eficaz em uma situação e ineficaz em outra, a depender de fatores como: a possibilidade de resolução ou não da demanda; o perfil pessoal do indivíduo que emprega a estratégia (e.g., traços de personalidade); e os recursos disponíveis no ambiente (como suporte social). Adicionalmente, expõem a importância da flexibilidade individual para lançar mão das estratégias mais adequadas ao contexto, ou seja, descontinuar o uso de uma estratégia de *coping* ineficaz e produzir e implementar uma estratégia alternativa (Reed, 2016). Além disso, mais de uma estratégia de *coping* foi utilizada de forma simultânea, o que pode ocorrer inclusive para facilitar a utilização de outras estratégias (Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

Tabela 4

Frequência do Bem-estar no Trabalho

Dimensão	n (%)
Afetos positivos	31 (59%)
Afetos negativos	16 (30%)
Realização	6 (11%)

Em relação à vivência do BET, os participantes apontaram uma frequência muito maior da dimensão de BET afetos positivos quando comparado às outras dimensões. As emoções mais citadas foram alívio e afetos relacionados como tranquilidade, conforto e paz. Esses tipos de afeto são considerados de baixa excitação e, em relação aos de alta excitação (como entusiasmo e alerta), parecem contribuir de forma mais consistente com a satisfação com a vida e o bem-estar de maneira geral (Diener et al., 2018; McManus et al., 2019). Assim, esse dado aponta a ocorrência de BET em sua dimensão hedônica, dada a prevalência dos afetos positivos em relação aos afetos negativos. A dimensão eudaimônica do BET aparece de modo menos evidente, o que pode estar associado à pergunta utilizada para avaliar o bem-estar (“o que você pensa e/

ou sente após a utilização dessa estratégia?”), que limitou a exploração dos aspectos atinentes a essa dimensão, ou seja, realização e expressividade no trabalho.

No que diz respeito aos estudos sobre as relações entre *coping* e bem-estar no contexto de trabalho, muitas pesquisas seguem a tendência de adotar a perspectiva hedônica do bem-estar, e os resultados encontrados apontam para relações significativas entre os construtos (e.g., Bartone et al., 2020; Lanivich et al., 2021; McFadden et al., 2021; Tandler et al., 2020), o que pôde ser corroborado no presente estudo. Ademais, esse resultado está de acordo com a literatura do *coping* e com a teoria DRT, em que é apontada a reciprocidade entre *coping* e bem-estar, na medida em que estados psicológicos positivos gerados a partir dos processos adaptativos de *coping* ajudam a sustentar

novos esforços de *coping* para lidar com uma condição estressante (Bakker et al., 2023; Folkman, 1997).

Considerações Finais

Este estudo apresenta contribuições nas perspectivas teórica e prática sobre as características do trabalho em UTIs, as estratégias de *coping* utilizadas pelos profissionais e o bem-estar no trabalho. As estratégias metodológicas utilizadas permitiram acessar esses fenômenos a partir das experiências e percepções dos trabalhadores, focalizando o contexto específico conforme preconiza a teoria DRT (Bakker et al., 2023). Nesse sentido, os dados encontrados podem subsidiar intervenções focadas nos aspectos relevantes para os profissionais, que são percebidos como demandas e recursos, levando em conta as estratégias de *coping* mais utilizadas e os resultados que indicam a vivência ou não de bem-estar no trabalho.

Entre os principais achados, cabe destacar a identificação de demandas inerentes ao contexto de UTI que não são passíveis de eliminação (i.e., gravidade do quadro, morte, alto grau de responsabilidade e interação com familiares), o que reforça a importância da oferta de recursos específicos para amenizá-las. Considerar as particularidades do contexto permite intervir de modo mais eficaz nas características que de fato são relevantes para os profissionais. Nesse caso, um exemplo seria promover capacitação continuada para facilitar a condução de casos mais graves ou ofertar acompanhamento psicológico para amenizar o desgaste causado pelo luto de pacientes.

Adicionalmente, diante de demandas de trabalho, a disponibilidade e a variabilidade dos recursos presentes podem auxiliar a adoção de estratégias de *coping* mais adaptativas frente à situação vivenciada, como o *coping* controle, que, por sua vez, podem prevenir o adoecimento e promover estados positivos como o bem-estar. Essa situação é particularmente relevante em contextos com possibilidades restritas de alteração das demandas presentes, como no caso das UTIs. No presente estudo, a maioria dos participantes referiu o uso do *coping* controle, o que permite supor que a exigência de ações rápidas e assertivas no contexto de UTI propicia a utilização de estratégias mais direcionadas ao problema, que pode estar sendo favorecida pela presença dos recursos de suporte e autonomia.

Os participantes deste estudo indicaram, de forma preponderante, a vivência de afetos positivos, o que denota que, apesar da exposição a demandas estressantes, a presença de recursos de trabalho, como suporte social, e o enfrentamento adequado dessas situações, como o uso do *coping* controle, podem levar à vivência de BET. Apesar dos desafios do trabalho em UTIs, os resultados indicam que ele pode ser permeado por experiências positivas, sendo importante potencializar os fatores que as impulsionam, como os recursos e o tipo de enfrentamento

adotado pelo profissional, além de reduzir ou eliminar as demandas passíveis de modificação.

Finalmente, os resultados da presente pesquisa podem subsidiar ações em nível organizacional e/ou individual que contribuam com a vivência de bem-estar no trabalho e, por consequência, reflitam em resultados desejados pela organização (e.g., desempenho e qualidade na assistência ao paciente). Além disso, o entendimento mais aprofundado desse fenômeno, a partir da análise de características específicas do contexto, pode fornecer dados da realidade vivenciada que possibilitem o gerenciamento efetivo de crises futuras como a da pandemia da COVID-19.

É importante salientar que o estudo contribui para a compreensão do trabalho em UTI ao apresentar as especificidades de um contexto através do método qualitativo, o qual é pouco utilizado para a investigação dos fenômenos abordados. Ao mesmo tempo, os resultados apontados fornecem insumos para ações de promoção de um ambiente mais saudável, que favoreça a vivência de bem-estar e previna o adoecimento em profissionais de UTIs de forma geral.

Como limitações, no entanto, destaca-se o fato de todos os participantes atuarem na mesma instituição, o que restringe a possibilidade de generalização dos resultados para outros contextos. Além disso, o fato de a coleta de dados ter sido realizada no local de trabalho dos participantes pode ter contribuído para algum viés de informação, além do registro manual que pode ter interferido na fidedignidade das respostas. Por fim, a ausência de uma questão para avaliar diretamente a dimensão realização do BET pode ter restringido a análise da sua ocorrência.

Sugere-se, para estudos futuros, a construção e aplicação de escalas psicológicas sobre demandas e recursos específicas ao contexto de trabalho em UTI, com a utilização dos resultados aqui encontrados. Este material pode ser aplicado em uma amostra maior, com profissionais de hospitais de diferentes regiões do país e com perfis de atendimento diversos, o que fornece maior comparabilidade dada as diferentes características do contexto específico de atuação. Além disso, a realização de estudos quantitativos pode esclarecer o modo como as variáveis investigadas estão relacionadas, através de testes de predição, moderação e/ou mediação, por exemplo.

Declaração sobre conflitos de interesse

Não existem conflitos de interesses relacionados com este trabalho

Declaração sobre o uso de inteligência artificial

O conteúdo deste artigo foi inteiramente elaborado sem uso de inteligência artificial para a sua criação.

Referências

- Aragão, N. S. C. D., Barbosa, G. B., Santos, C. L. C., Nascimento, D. D. S. S., Bôas, L. B. S. V., Martins, D. F., & Nascimento, C. L. (2021). Síndrome de Burnout e Fatores Associados em Enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(Suppl 3), e20190535. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0535
- Astvik, W., & Melin, M. (2013). Coping with the imbalance between job demands and resources: A study of different coping patterns and implications for health and quality in human service work. *Journal of Social Work*, 13(4), 337-360. doi: 10.1177/1468017311434682
- Bakker, A. B., Hakanen, J. J., Demerouti, E., & Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology*, 99(2), 274. doi: 10.1037/0022-0663.99.2.274
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273. doi: 10.1037/ocp0000056
- Bakker, A. B., & de Vries, J. D. (2021). Job Demands–Resources theory and self-regulation: New explanations and remedies for job burnout. *Anxiety, Stress, & Coping*, 34(1), 1-21. doi: 10.1080/10615806.2020.1797695
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. (2023). Job demands–resources theory: Ten years later. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10, 25-53. doi: 10.1146/annurev-orgpsych-120920-053933
- Bartone, P. T., & Bowles, S. V. (2020). Coping with recruiter stress: Hardiness, performance and well-being in US Army recruiters. *Military Psychology*, 32(5), 390-397. doi: 10.1080/08995605.2020.1780061
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Broetje, S., Jenny, G. J., & Bauer, G. F. (2020). The key job demands and resources of nursing staff: An integrative review of reviews. *Frontiers in Psychology*, 11. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00084
- Caillet, A., Coste, C., Sanchez, R., & Allaouchiche, B. (2020). Psychological impact of COVID-19 on ICU caregivers. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 39(6), 717-722. doi: 10.1016/j.accpm.2020.08.006
- Carneiro, L. L. (2021). Contribuições da teoria de demandas e recursos do trabalho para compreensão de fenômenos positivos da relação indivíduo-trabalho-organização. In: A. C. S. Vazquez, & C. S. Hutz, (Eds.), *Psicologia positiva organizacional e do trabalho na prática* (Vol. 2, pp. 223-254.). Hogrefe.
- De Jonge, J., & Dormann, C. (2006). Stressors, resources, and strain at work: a longitudinal test of the triple-match principle. *Journal of Applied Psychology*, 91(6), 1359. doi: 10.1037/0021-9010.91.5.1359
- Demerouti, E. (2018). Integrating individual strategies in the job demands-resources theory. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 47(1), 5-32. <https://dergipark.org.tr/en/pub/iuisletme/issue/42544/512662>
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66. doi: 10.20435/pssa.v11i2.642
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2018). Advances and open questions in the science of subjective well-being. *Collabra: Psychology*, 4(1), 15. doi: 10.1525/collabra.115
- Dimunová, L., Bérešová, A., Kristová, J., Mohnyánszki, F., & Michalková, J. (2021). Personal wellbeing and stress coping strategies among nurses working at the departments of anesthesiology and intensive care. *Pielęgniarstwo XXI wieku/Nursing in the 21st Century*, 20(2), 100-104. doi: 10.2478/pielxxiw-2021-0012
- Farina, L. S. A., Rodrigues, G. D. R., Fagundes, N. K., Carafini, T. C., Moreira, L. G. C. S., de Lara Machado, W., & Hutz, C. S. (2020). Construção e evidências de validade do questionário de recursos e demandas laborais. *Avaliação Psicológica*, 19(1), 1-9. doi: 10.15689/ap.2020.1901.16297.01
- Ferreira, M. C., Milfont, T. L., Silva, A. P. C., Fernandes, H. A., Almeida, S. P., & Mendonça, H. (2015). Escala para avaliação de estressores psicossociais no contexto laboral: Construção e evidências de validade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28, 340-349. doi: 10.1590/1678-7153.201528214
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45(8), 1207-1221. doi: 10.1016/S0277-9536(97)00040-3

- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, and Coping*, 21(1), 3-14. doi: 10.1080/10615800701740457
- Folkman, S. (2020). Stress: Appraisal and Coping. In: M.D. Gellman (Ed.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 2177-2179). Springer International Publishing.
- Guida, T. D. S. P., & Nascimento, A. B. D. (2019). Fatores associados ao estresse e *coping* da equipe de enfermagem de UTI: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 8(2), 150-166. doi: 10.18554/reas.v8i2.3167
- Jarden, R. J., Sandham, M., Siegert, R. J., & Koziol-McLain, J. (2018). Intensive care nurse conceptions of well-being: A prototype analysis. *Nursing in Critical Care*, 23(6), 324-331. doi: 10.1111/nicc.12379
- Jarden, R. J., Sandham, M., Siegert, R. J., & Koziol-McLain, J. (2019). Strengthening workplace well-being: Perceptions of intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*, 24(1), 15-23. doi: 10.1111/nicc.12386
- Jarden, R. J., Sandham, M., Siegert, R. J., & Koziol-McLain, J. (2023). General well-being of intensive care nurses: A prototype analysis. *Nursing in critical care*, 28(1), 89-100. doi: <https://doi.org/10.1111/nicc.12706>
- Lanivich, S. E., Bennett, A., Kessler, S. R., McIntyre, N., & Smith, A. W. (2021). RICH with well-being: An entrepreneurial mindset for thriving in early-stage entrepreneurship. *Journal of Business Research*, 124, 571-580. doi: 10.1016/j.jbusres.2020.10.036
- Latack, J. C. (1986). Coping with job stress: measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 377-385. doi: 10.1037/0021-9010.71.3.377
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- McFadden, P., Ross, J., Moriarty, J., Mallett, J., Schroder, H., Ravalier, J., Manthorpe, J., Currie, D., Harron, J., & Gillen, P. (2021). The role of coping in the wellbeing and work-related quality of life of UK health and social care workers during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 815. doi: 10.3390/ijerph18020815
- McManus, M. D., Siegel, J. T., & Nakamura, J. (2019). The predictive power of low-arousal positive affect. *Motivation and Emotion*, 43, 130-144. doi: 10.1007/s11031-018-9719-x
- Melo, L. P., Carlotto, M. S., Rodriguez, S. Y. S., & Diehl, L. (2016). Estratégias de enfrentamento (*coping*) em trabalhadores: revisão sistemática da literatura nacional. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 3(68), 125-144. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672016000300010&lng=pt.
- Meynaar, I. A., Ottens, T., Zegers, M., van Mol, M. M., & Van Der Horst, I. C. (2021). Burnout, resilience and work engagement among Dutch intensivists in the aftermath of the COVID-19 crisis: A nationwide survey. *Journal of Critical Care*, 62, 1-5. doi: 10.1016/j.jcrc.2020.11.010
- Muller, J. M., Silva, N., & Pesca, A. D. (2021). Estratégias de *coping* no contexto laboral: uma revisão integrativa da produção científica brasileira e internacional. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 21(3), 1594-1604. doi: 10.5935/rpot/2021.3.20385
- Paschoal, T., & Tamayo, Á. (2008). Construção e validação da escala de bem-estar no trabalho. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 11-22. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712008000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Pereira, B. S. A. B., Andrade, K. E. L. de., & Sousa, P. M. L. S. (2022). Saúde mental do profissional de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: uma revisão. *Research, Society and Development*, 11(14). doi: 10.33448/rsd-v11i14.36109.
- Pinheiro, F. A., Tróccoli, B. T., & Tamayo, M. R. (2003). Mensuração de *coping* no ambiente ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(2), 153-158. doi: 10.1590/S0102-37722003000200007
- Reed, D. J. (2016). Coping with occupational stress: the role of optimism and coping flexibility. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 71-79. doi: 10.2147/PRBM.S97595
- Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC/Anvisa) nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html

- Santana, L. A. S. P., Fernandes, S. R. P., & Carneiro, L., L. (no prelo). *Coping* e suas relações com o bem-estar no trabalho: uma revisão de escopo. *Estudos de Psicologia (Natal)*.
- Silva, F. C. T., & Barbosa, C. P. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic in an intensive care unit (ICU): psychiatric symptoms in healthcare professional – a systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 140, 474-487. doi: 10.1016/j.pnpbp.2021.110299
- Smiechowski, J., Stelfox, H., Sinclair, S., Sinuff, T., Grindrod-Millar, K., & des Ordon, A. R. (2021). Vicarious spiritual distress in intensive care unit healthcare providers: a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 63, 102982. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102982
- Tamayo, M. R., Mendonça, H., & Silva, E. N. D. (2012). Relação entre estresse ocupacional, *coping* e *burnout*. In : M. Ferreira & H. Mendonça(Orgs), *Saúde e bem-estar no trabalho: dimensões individuais e culturais* (pp. 35-57). Casa do Psicólogo.
- Tandler, N., Krauss, A., & Proyer, R. T. (2020). Authentic happiness at work: Self-and peer-rated orientations to happiness, work satisfaction, and stress coping. *Frontiers in Psychology*, 11, 1931. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01931sim
- Tironi, M. O. S. (2016). *Burnout em médicos intensivistas: o diagnóstico individual e organizacional* [Tese de Doutorado, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública]. <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/788>
- Van Woerkom, M., Oerlemans, W., & Bakker, A. B. (2016). Strengths use and work engagement: A weekly diary study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 25(3), 384-397. doi: 10.1080/1359432X.2015.1089862
- Van Mol, M. M., Kompanje, E. J., & Bakker, J. (2017). Reflections on work-related stress among intensive care professionals: an historical impression. In J. L. Vincent (Ed.), *Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine 2017* (pp. 527-538). Springer.
- Vincent, J. L., Boulanger, C., van Mol, M. M., Hawryluck, L., & Azoulay, E. (2022). Ten areas for ICU clinicians to be aware of to help retain nurses in the ICU. *Critical Care*, 26(1), 310. doi: 10.1186/s13054-022-04182-y
- Warren, J., Plunkett, E., Rudge, J., Stamoulis, C., Torlinski, T., Tarrant, C., & Mullhi, R. (2021). Trainee doctors' experiences of learning and well-being while working in intensive care during the COVID-19 pandemic: a qualitative study using appreciative inquiry. *BMJ open*, 11(5), e049437. doi: 10.1136/bmjopen-2021-049437
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Dollard, M. F., Demerouti, E., Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Schreurs, P. J. (2007). When do job demands particularly predict burnout? The moderating role of job resources. *Journal of Managerial Psychology*, 22(8), 766-786. doi: 10.1108/02683940710837714

Recebido: 04/07/2024

1ª reformulação: 09/10/2024

2ª reformulação: 21/11/2024

Aceito: 29/11/2024

Sobre as autoras:

Lhaís Alves de Souza Pereira Santana é Psicóloga, com mestrado e doutorado em Psicologia Social e do Trabalho pela Universidade Federal da Bahia. Atua na área da Psicologia Organizacional e do Trabalho.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2083-8922>

E-mail: lhaispsi@gmail.com

Sônia Regina Pereira Fernandes é psicóloga, com doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Atua como Professora Colaboradora (PROPAP) no Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFBA.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6426-5452>

E-mail: sonregina@gmail.com

Laila Leite Carneiro é Psicóloga, com mestrado e doutorado em Psicologia Organizacional e do Trabalho pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). É Professora Adjunta do curso de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia na Universidade Federal da Bahia (UFBA).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7183-0501>

E-mail: laila_carneiro@hotmail.com