



Transição da UTI COVID-19 para UTI geral: vivências na interiorização dos cuidados intensivos de enfermagem^a

Transition from COVID-19 ICU to general ICU: experiences in the internalization of intensive nursing care

Transición de UCI COVID-19 a UCI general: experiencias en la internalización de los cuidados intensivos de enfermería

Cassio Adriano Zatti¹

Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro²

Rosângela Marion da Silva¹

Eslei Lauane Pires Cappa³

Letícia Gabriele Albano Antunes⁴

Luana Aparecida Zardinello⁵

Silviamar Camponogara¹

1. Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.

2. Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade. Palmeira das Missões, RS, Brasil.

3. Hospital Bernardina Salles de Barros. Júlio de Castilhos, RS, Brasil.

4. Universidade Federal de Santa Maria. Palmeira das Missões, RS, Brasil.

5. Universidade de Passo Fundo, Programa de Residência Multiprofissional em Cardiologia. Passo Fundo, RS, Brasil.

Autor correspondente:

Cassio Adriano Zatti.

E-mail: cassio.adriano@acad.ufsm.br

Recebido em 05/09/2025.

Aprovado em 24/03/2026.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2025-0147pt>

RESUMO

Objetivo: analisar as vivências dos trabalhadores de enfermagem na transição de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) geral a partir de uma UTI COVID-19 em município interiorano. **Método:** pesquisa qualitativa descritiva, realizada com 20 trabalhadores de enfermagem. O cenário foi uma UTI geral de um hospital filantrópico localizado em região interiorana do Sul do Brasil. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas. Após, foram submetidos à análise de conteúdo temática com auxílio do *software* NVivo. **Resultados:** trabalhadores de enfermagem relataram vivências desafiadoras na UTI COVID-19, marcadas pelos aspectos de interiorização. A transição para os leitos gerais foi abrupta, marcada pela carência de recursos humanos capacitados, inexperiência da equipe e deficiências de infraestrutura. Porém, a UTI geral foi considerada uma conquista para município e região, agilizando a disponibilidade de cuidados intensivos e suprimindo *déficits* da rede. **Considerações finais e implicações para a prática:** este estudo contribuiu na compreensão da transformação da terapia intensiva nos anos subsequentes à COVID-19. Aspectos inerentes à interiorização foram vivenciados na implementação de leitos intensivos. Porém, este fenômeno é entendido como um avanço para a linha de cuidado ao paciente crítico nos municípios interioranos.

Palavras-chave: COVID-19; Enfermagem; Equipe de Enfermagem; Hospitais; Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Objective: to analyze the experiences of nursing staff during the transition from a general Intensive Care Unit (ICU) to a COVID-19 ICU in a rural municipality. **Method:** descriptive qualitative research conducted with 20 nursing staff. The setting was a general ICU of a philanthropic hospital located in a rural region of southern Brazil. Data were collected through semi-structured interviews and then subjected to thematic content analysis using NVivo software. **Results:** nursing staff reported challenging experiences in the COVID-19 ICU, marked by aspects of internalization. The transition to general beds was abrupt, marked by a lack of trained human resources, staff inexperience, and infrastructure deficiencies. However, the general ICU was considered a victory for the municipality and region, streamlining the availability of intensive care and addressing network deficits. **Final considerations and implications for practice:** this study contributed to understanding the transformation of intensive care in the years following COVID-19. Aspects inherent to interiorization were experienced in the implementation of intensive care beds. However, this phenomenon is seen as a step forward in the care of critically ill patients in rural municipalities.

Keywords: COVID-19; Hospitals; Intensive Care Units; Nursing; Nursing, Team.

RESUMEN

Objetivo: analizar las experiencias del personal de enfermería durante la transición de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) general a una UCI COVID-19 en un municipio rural. **Método:** investigación cualitativa descriptiva realizada con 20 personal de enfermería. El escenario fue una UCI general de un hospital filantrópico ubicado en una región rural del sur de Brasil. Los datos se recopilaban mediante entrevistas semiestructuradas y luego se sometieron a análisis de contenido temático utilizando el *software* NVivo. **Resultados:** el personal de enfermería relató experiencias desafiantes en la UCI COVID-19, marcadas por aspectos de internalización. La transición a camas generales fue abrupta, marcada por la falta de recursos humanos capacitados, la inexperiencia del personal y las deficiencias de infraestructura. Sin embargo, la UCI general se consideró una victoria para el municipio y la región, agilizando la disponibilidad de cuidados intensivos y abordando los *déficits* de la red. **Consideraciones finales e implicaciones para la práctica:** este estudio contribuyó a comprender la transformación de los cuidados intensivos en los años posteriores a la COVID-19. Se experimentaron aspectos inherentes a la interiorización en la implementación de camas de cuidados intensivos. Sin embargo, este fenómeno es visto como un paso adelante en la atención a pacientes críticos en los municipios del interior.

Palabras-clave: COVID-19; Enfermería; Grupo de Enfermería; Hospitales; Unidades de Cuidados Intensivos.

INTRODUÇÃO

Pessoas gravemente enfermas frequentemente necessitam de cuidados clínicos complexos, que exigem infraestrutura hospitalar de alta densidade tecnológica e apoio de equipe especializada em setores denominados Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).¹ As UTIs atendem pacientes graves especialmente propensos a complicações e eventos adversos. Nesses setores, o trabalho da enfermagem é fundamental para a prestação de serviços de saúde de qualidade.²

A doença denominada *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), devido à sua alta variabilidade e infectividade, configurou-se como uma pandemia e problema de saúde pública, exigindo que as UTIs de todo o mundo se expandissem para atender ao crescente número de pessoas que necessitavam de cuidados intensivos.^{3,4} No Brasil, embora houvesse uma adequada proporção média de leitos de UTI, sua oferta foi insuficiente no cenário pandêmico, devido principalmente a disparidades regionais no território nacional. Regiões distantes das grandes capitais brasileiras eram caracterizadas por vazios de leitos especializados.⁵

Nesse período, trabalhadores de enfermagem foram um recurso limitado diante do desafio de atender a uma demanda crescente, o que exigiu realocação de força de trabalho de enfermagem para trabalhar nessas novas unidades. A pandemia evidenciou a importância de uma enfermagem intensiva, numerosa e qualificada para os sistemas de saúde em todo o mundo.⁴

A ampliação dos leitos de UTI durante a COVID-19 ocorreu especialmente em regiões interioranas, devido ao histórico esvaziamento desses serviços nessas regiões. Isso ocorreu no contexto de vários desafios, incluindo dificuldades no recrutamento de recursos humanos especializados.⁶

A partir de 2022, com a finalização dos eventos mais severos da pandemia, iniciou-se um processo de reorganização dos sistemas de saúde no Brasil e no mundo. Em alguns lugares do Brasil, houve o fechamento das UTIs COVID-19, porém, em outros, houve a transformação desses leitos em UTI geral, principalmente onde havia vazios nesse nível de assistência. Dessa forma, iniciou-se o processo de interiorização dos cuidados intensivos pós-pandemia, impulsionado pelo intuito de corrigir uma estrutura assistencial hospitalar brasileira insuficiente, geograficamente mal distribuída, irregularmente integrada aos sistemas locais e regionais e severamente desgastada pelo subfinanciamento crônico.⁷

Especialmente nos municípios interioranos, que enfrentam adversidades geográficas e orçamentárias, a introdução de leitos intensivos se evidencia como um fenômeno emergente pós-COVID-19 que deve ser investigado sob diferentes perspectivas, incluindo o trabalho da enfermagem. O que se sabe até o momento é que a interiorização dos cuidados intensivos não anulou o cenário de desigualdades. Evidências científicas nacionais e internacionais destacaram desigualdades regionais no acesso aos cuidados intensivos, especialmente para populações que residem em áreas rurais ou interioranas.^{6,8}

O recorte para as vivências da enfermagem nesse processo é relevante, pois essa categoria profissional promove cuidados complexos e ininterruptos no cenário hospitalar, sendo

responsável por atividades complexas nos âmbitos assistencial, gerencial e educativo.⁹ Superada a pandemia de COVID-19, são importantes pesquisas direcionadas à análise da força de trabalho da enfermagem nas UTIs no cenário pós-pandemia, devido às transformações desses serviços,⁴ especialmente sobre as vivências na interiorização dos cuidados intensivos.

Por fim, destaca-se que esta pesquisa está alinhada ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (Saúde e Bem-Estar), preconizado pela Organização das Nações Unidas, especialmente ao objetivo específico de ampliação da cobertura de saúde, incluindo o acesso aos serviços de saúde essenciais para a população. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi analisar as vivências dos trabalhadores de enfermagem na transição de uma UTI geral a partir de uma UTI COVID-19 em município interiorano.

MÉTODO

Este estudo foi desenvolvido a partir de uma pesquisa qualitativa descritiva, conduzida com base em critérios de confiabilidade e transparência metodológica do *COnsolidated criteria for REporting Qualitative research*. O estudo foi realizado em uma UTI geral adulto de um município interiorano no noroeste do Rio Grande do Sul, Brasil. Esse serviço é referência para uma população de 52.575 habitantes, incluindo municípios da região com predominância de população rural.

No ano de 2021, a instituição hospitalar responsável por essa UTI geral encaminhou à Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul a solicitação de adequação da UTI COVID-19 existente na época para UTI geral adulto. A unidade contava com dez leitos (mesmo número de leitos da UTI COVID-19) equipados e quadro de trabalhadores multifuncionais para a assistência a pacientes críticos/graves que eram admitidos pela Central Reguladora de Leitos do Estado. As internações, em sua maioria, eram de pessoas já relacionadas à população daquele território interiorano.

A produção do estudo ocorreu em maio de 2023, tendo como informantes-chave os trabalhadores de enfermagem do setor. Foram incluídos tanto os que atuaram quanto os que não atuaram na UTI COVID-19, pois todos vivenciavam elementos referentes ao processo de transição na época de produção de dados. Durante o período de coleta, o quadro de funcionários de enfermagem da UTI era composto por 28 profissionais. Foram incluídos os trabalhadores de enfermagem de nível médio e superior que estavam compondo o quadro de profissionais da unidade no momento do estudo. Foram desconsiderados de participar da pesquisa profissionais em férias, licença ou qualquer afastamento funcional do trabalho durante o período de entrevistas (ou seja, maio de 2023).

Um trabalhador foi excluído por estar de férias nesse período; outro foi excluído por estar em afastamento funcional; e outros cinco recusaram participar do estudo. Assim, 21 profissionais foram incluídos na pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por um enfermeiro, pós-graduando em nível de mestrado, que foi orientado por uma enfermeira doutora na área. Para a obtenção de informações, foi eleita a entrevista semiestruturada.

O convite para as entrevistas semiestruturadas foi previamente comunicado no local de trabalho da equipe e agendado conforme disponibilidade de cada profissional. As entrevistas foram realizadas individualmente, no turno de trabalho de cada funcionário, em sala reservada nas dependências do hospital, e conduzidas por meio de roteiro elaborado pelo pesquisador. Em primeiro plano, foram levantados dados sociolaborais (gênero, idade, categoria profissional, pós-graduação, tempo de atuação no setor e experiência prévia em terapia intensiva). Em seguida, a entrevista foi guiada pelos seguintes tópicos: cenário de COVID-19 que antecedeu e influenciou o credenciamento da UTI geral; vivências no processo de transição da UTI COVID-19 para UTI geral; e vivências na UTI geral no contexto da interiorização.

As entrevistas duraram em média 30 minutos. Uma entrevista piloto foi realizada para adequação de tópicos do roteiro semiestruturado, que não precisou de alterações e, portanto, foi incluída na análise dos resultados. As entrevistas tiveram seu conteúdo de áudio gravado, após a autorização dos participantes, por meio de dispositivo digital, e foram descritas na íntegra. Para validar os dados coletados, as transcrições foram oferecidas aos participantes por meio de mensagem de texto em dispositivo digital. Foi definido o prazo de sete dias para leitura e colocações. Não foi necessária a repetição de entrevistas. Uma das entrevistas foi excluída da análise a pedido do participante; portanto, o *corpus* do estudo foi composto pelo contingente de 20 entrevistas.

As transcrições das entrevistas passaram por análise de conteúdo temática, que se desenvolve em três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos dados, interpretação e inferência.¹⁰ Na pré-análise, o material correspondente aos objetivos da pesquisa foi organizado, e então foi feita uma leitura detalhada dele. Na exploração do material, ele foi dividido em unidades de registro com o auxílio do *software* NVivo. Posteriormente, essas unidades foram unidas seguindo uma lógica semântica, originando categorias temática.

Por fim, no tratamento dos resultados, interpretação e inferência, foi feita a retomada dos referenciais teóricos, sendo consultadas evidências nacionais e internacionais. A partir disso, foram delineadas conclusões e inferências sobre os resultados alcançados.

O estudo foi realizado em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa local em 22 de abril de 2023, sob Parecer nº 6.015.275. Trechos de depoimentos estão presentes nos resultados, identificados pelas siglas ENF (enfermeiro) ou TE (técnico de enfermagem), além de um número cardinal de acordo com a sequência de participação no estudo.

RESULTADOS

Um total de 20 trabalhadores de enfermagem participaram desta pesquisa. A maioria era composta por mulheres (n=19). A maioria possuía entre 22 e 42 anos (n=15), sendo que uma minoria possuía entre 49 e 55 anos (n=5).

A maioria dos participantes eram técnicos de enfermagem (n=15), e os demais, enfermeiros (n=5). A maioria atuou na

UTI COVID-19 e permaneceu na UTI geral (n=12). Os demais foram reconduzidos para outros setores devido à rotatividade de recursos humanos da instituição. A maioria possuía mais de um ano de lotação no setor (n=13). Sobre a formação, três possuíam especialização ou algum aperfeiçoamento na área de terapia intensiva, e três possuíam alguma experiência em terapia intensiva antes de integrar-se à instituição.

Vivências dos trabalhadores de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva COVID-19: aspectos relativos à interiorização

A trajetória de muitos dos participantes deste estudo iniciou em ocasião da UTI COVID-19. As vivências dos trabalhadores de enfermagem na pandemia estiveram presentes em vários momentos das entrevistas. Essas experiências foram marcantes para esses profissionais, que relembrou a complexidade do setor e a dificuldade de manejo clínico dos pacientes:

Quando eu vim, era UTI COVID-19. Era algo totalmente diferente. Os pacientes, a maioria pronados, em bomba [de infusão], [...] muitas pessoas graves (TE12).

[...] no tempo da COVID-19, você deixava às vezes o paciente bem; quando voltava no outro dia, o paciente estava mal. Era muito rápido, questão de horas para eles piorarem. Paciente está ótimo, saturando super bem, dali um pouco ele começava a dessaturar. [...] o tempo da COVID-19 foi muito isso: muito instável [...] (TE04).

A implementação da UTI COVID-19 no hospital do município interiorano foi permeada por inúmeros desafios, com destaque para a falta de conhecimento técnico da equipe como um todo (pois a maior parte nunca havia atuado em UTI) e a falta de profissionais experientes:

[...] a gente não sabia. Era o básico do básico. A gente foi aprendendo ali [UTI COVID-19]. Eu aprendi dentro do hospital, porque eu nunca tinha trabalhado no hospital. Eu saí do home care para o hospital [...] (TE03).

Foi começando lá embaixo [unidade de internação], sem nenhuma noção, porque não era todo dia que tinha intubação, não era todo dia que tinha [inserção de cateter] central. A nossa rotina era bem calma, bem tranquila. Até chegarem os pacientes da COVID-19. Aí começou a virar rotineira a história da intubação, e a gente achava aquilo um bicho de sete cabeças... como preparar uma indução [...] (TE10).

A enfermagem teve dificuldades para organizar a estrutura física da UTI COVID-19, dada a celeridade com a qual foi implementada.

Quando a gente subiu para a UTI COVID-19, nós não tínhamos nada no lugar. Não tinha balcão. [...] foi uma fase de adaptação bem dolorosa e corrida (TE10).

[...] foi difícil pela questão de estrutura. A gente não tinha muita coisa. Num primeiro momento, tinha em cima de uma maca os materiais; no outro plantão, estavam no outro lado. Isso atrapalhou muito a questão da emergência. [...] trabalhamos bastante até começar a organização estrutural. Tínhamos uma mesinha de escola, um notebook com a tela rachada e um computador. O computador travando, o sistema não funcionava, não tinha internet lá dentro (ENF03).

Como alternativa às adversidades enfrentadas pela equipe de enfermagem, tais como o desconhecimento dos procedimentos e a escassez de tempo para a capacitação, os trabalhadores de enfermagem criaram estratégias coletivas capazes de promover melhor preparo diante dos desafios do processo de trabalho em UTI COVID-19.

[...] nós tínhamos um grupo [...] nós baixávamos no YouTube® o vídeo que queríamos; olhávamos o vídeo e enviávamos no grupo; e estudávamos em conjunto [...] (TE10).

[...] então, eu já vinha estudando com as meninas antes, já vinha lendo. Deu uma facilitada. A gente conseguiu pegar na mão do outro. [...] a gente começava do zero (ENF03).

A UTI COVID-19 deixou alguns contributos na constituição da UTI geral, principalmente com relação aos procedimentos e à forma com que essa equipe se organizou na busca de conhecimento:

Nós aprendemos. O que nós aprendemos na UTI COVID-19, nós aplicamos na UTI geral e aperfeiçoamos. A gente não tinha isso de se organizar, de pesquisar o que o paciente tem. Agora eu sou muito de pesquisar. O paciente chegou com uma doença, vou lá no Google® e procuro o que que é essa doença. O porquê que ele tem essa doença [...] (TE04).

Portanto, evidencia-se que as vivências na UTI COVID-19 foram relevantes para os participantes, pois ofereceram contributos que influenciaram a organização pessoal e coletiva para o trabalho na UTI geral.

Transição para Unidade de Terapia Intensiva geral: desafios vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem

As questões relativas ao credenciamento da UTI geral foram mencionadas como um processo burocratizado, politizado e marcado por muita luta por parte dos profissionais líderes do hospital.

Foi uma luta. Eles se mexeram bastante, procuraram bastante a ajuda das pessoas. [...] a gente via a enfermeira e outras pessoas procurando papéis e tentando mostrar que a UTI geral poderia existir, que tinha toda a instalação. E graças a Deus, eles conseguiram [...] (TE04).

Com a diminuição do surto pandêmico, a transição da UTI COVID-19 para a UTI geral foi percebida pelos trabalhadores de enfermagem como um evento repentino, carregado de novidades

e de desinformação, aliado à falta de conhecimento e destreza para o novo panorama clínico de pacientes que a UTI geral trouxe.

Eu acho que foi muito impactante, porque, numa semana, a gente era UTI COVID-19, na outra semana, éramos UTI geral. Foi muito repentina essa troca. Era algo totalmente diferente. A UTI COVID-19 tinha casos específicos; normalmente era sempre a mesma coisa. Na UTI geral, não, são vários casos! (TE13).

A transição para a UTI geral foi acompanhada de muitos dos mesmos problemas que persistiram, como a escassez de recursos humanos capacitados, o que causou sobrecarga e acúmulo de funções.

[...] era um fisioterapeuta para todo o hospital, então eles não venciam, não davam conta de trabalhar com todos. [...] eu tinha que saber ajustar [o ventilador mecânico]; tinha que dominar tanto a parte de ventilação quanto parte de bomba de medicação, sedação, tudo [...] (TE08).

No processo de transição, pacientes COVID-19 e não COVID-19 coexistiram em diversos momentos no mesmo setor, o que conferiu complexidade para o processo de trabalho da enfermagem. No período de maio de 2023, quando os dados desta pesquisa foram produzidos, ainda era comum essa coexistência:

A gente tem lidado muito ainda com essa adaptação pós-COVID-19, mesmo depois do fim da pandemia. Nosso leito de isolamento seria para as demais doenças, mas a gente recebe [casos graves de COVID-19] [...] a gente está nessa fase de adaptação, tentando sair da COVID-19 [...] (ENF04).

Um elemento que favoreceu o processo de interiorização dos cuidados intensivos no cenário estudado foi o serviço de telemedicina:

Tinha muitas coisas que a gente também não tinha muito conhecimento, mas com o round com [hospital] Albert Einstein, eles ajudaram bastante a gente a esclarecer muitas dúvidas. [...] se a gente tem alguma dúvida, pede para eles, os médicos também (ENF02).

Apesar de todos os desafios, alguns profissionais de enfermagem destacaram que as vivências na implementação da UTI geral, ainda que repletas de adversidades, foram catalisadoras de um processo de transformação, crescimento e aprendizado da equipe.

[...] foi um desafio muito grande olhar para cada paciente de um jeito diferente. Você olha para o paciente do leito um: uma clínica. Olha para o paciente do leito dois: é outra! É muito desafiador, mas é bom porque a gente sai da zona de conforto. A gente vinha sabendo praticamente as mesmas coisas, lendo as mesmas coisas. Rompe aquela barreira e a gente começa a se desafiar, a ter conhecimento sobre outras clínicas, conduzir a equipe de outra maneira. Com olhares diferentes para cada paciente. [...] chega um momento em que realmente a gente não sabe [algo] porque é novo. Então, eu sento com elas [equipe], baixo artigo no computador, a gente vai ler, trago livro no dia seguinte, buscando aperfeiçoar o cuidado (ENF03).

Portanto, observa-se que a transição para a UTI geral, apesar de desejada pela instituição e equipe, foi permeada por dificuldades inerentes ao contexto interiorano, como falta de recursos, insumos e estrutura. Os participantes ressaltaram que a chegada de outros perfis de pacientes foi abrupta, porém também sinalizam a coexistência do paciente COVID-19 na UTI geral. Apesar dos desafios, a telemedicina e os estudos foram estratégias que fortaleceram os trabalhadores de enfermagem ante o desafio de se reconhecerem como uma equipe intensiva.

Credenciamento da Unidade de Terapia Intensiva geral como uma conquista para os municípios interioranos

Evidenciou-se que o credenciamento da UTI geral foi uma resposta necessária à alta demanda de pacientes graves, diante da qual a instituição hospitalar precisou adaptar sua infraestrutura e sua linha de cuidado.

[...] houve um plantão, antes da UTI abrir, em que a gente teve um fato bem marcante lá no posto [unidade de internação] [...] havia muitos pacientes graves... 90% graves mesmo. Tivemos três intubações naquela noite, e eu era enfermeira sozinha. Um paciente extubou e foi intubado, então nós tivemos quatro intercorrência, e nós não tínhamos médico. Foi o ápice. Mandei mensagem pela manhã para o chefe, [dizendo] que eu não tinha condições. Realmente, eles já estavam trabalhando nisso [credenciamento da UTI geral], e no outro plantão, a gente já chegou aqui com o nome de UTI (ENF03).

Nesse sentido, a abertura da UTI geral ocorreu em um contexto de muita expectativa por parte da instituição e do município interiorano. Os trabalhadores de enfermagem compreendiam esse evento como uma conquista para os usuários do hospital e região, que antes precisavam enfrentar uma demorada linha de cuidados para alcançar um leito de cuidados intensivos:

Acho que é muito importante, porque, às vezes, [os pacientes] ficavam aqui no hospital esperando vaga [...] agora, com a nossa UTI, a gente tem essa segurança. [...] até os pacientes que vinham das cidades da região tinham que esperar para conseguir uma vaga. Então, com a UTI aqui, é muito mais fácil para os familiares também. Não tem custo com deslocamento [...] para nossa região, foi uma coisa maravilhosa (ENF02).

Havia pacientes que ficavam dias na emergência até conseguir vaga [em outro município]. Agora não! A UTI é um avanço! [...] nós tínhamos um quarto no posto um [unidade de internação] ... era o quarto 24, que tinha dois leitos e era uma semi-UTI. Ficavam lá os pacientes [críticos]. Ficavam na emergência; depois de dois dias, quando não iam para fora, iam para lá [...] (TE12).

Uma das profissionais entrevistadas relatou sua experiência pessoal com a própria mãe, relatando o tempo de espera por um leito de cuidados intensivos. Seu depoimento expõe as fragilidades no manejo de pacientes críticos no contexto interiorano, caracterizado pelo deslocamento entre municípios distantes:

Aconteceu comigo, com a minha família. A minha mãe ficou doente e precisou de uma UTI. Nós não tínhamos UTI aqui, e a minha mãe foi parar lá em [nome de outra cidade], 300 quilômetros [de distância]. Aceitaram a mãe lá 19 horas; nós saímos daqui uma hora da manhã, porque a mãe necessitava de um ambulância UTI. Nós não tínhamos. O SAMU só pode levar até 200 km, ultrapassava os limites do SAMU. Nós chegamos lá, minha mãe ficou dois dias e faleceu. [...] agora não precisa sair, fazer tudo isso. O teu familiar ficou doente, ele já está na UTI, sendo assistido, sendo medicado (TE04).

Ademais, os profissionais relatam que a UTI reforçou a identidade do serviço hospitalar, suprimindo *déficits* de outros setores do hospital e reforçando para a comunidade seu potencial de resolução de problemas. Nesse sentido, muitos profissionais se sentiam felizes e satisfeitos em fazerem parte desse espaço.

[...] eu acho que a instituição agora é vista como um hospital, porque, queira ou não, a UTI virou a cara do hospital, porque o nosso hospital era muito mal visto, muito mal falado. A nossa emergência ainda é bastante defasada. Mas a UTI, sabe? Deu um upgrade (TE10).

[...] para mim, é maravilhoso; aprendizado que eu vou carregar para minha vida toda. Tudo que eu aprendi aqui. [...] é um sonho realizado. Eu sempre me senti muito insegura para trabalhar no hospital, não só na UTI. Então, quando fizeram o convite para vir, eu fiquei muito feliz [...] a melhor coisa que existe é poder prestar um bom serviço para o próximo, estando ele entubado, em ventilação ou não, tratar com amor, com carinho e respeito [...] eu espero ainda viver longos anos trabalhando nessa área (TE08).

Os resultados mostram que o credenciamento da UTI foi resultado de uma expectativa importante e também a resposta a uma demanda crônica no que tange à linha de cuidados ao paciente crítico em regiões interioranas. Portanto, os depoentes percebiam esse processo como benéfico e como um catalisador de mudanças positivas no hospital e no manejo dos doentes na região.

DISCUSSÃO

A primeira categoria analítica mostra as vivências dos trabalhadores de enfermagem na pandemia, sinalizando as memórias sobre a complexidade do trabalho de enfermagem junto aos pacientes graves na UTI COVID-19. Estudos evidenciaram que trabalhadores de enfermagem que atuaram na linha de frente vivenciaram desafios complexos em seu cotidiano, os quais repercutiram em suas experiências laborais e em suas vidas, como o aumento da demanda assistencial, além da imprevisibilidade e instabilidade dos pacientes,^{11,12} indo ao encontro dos achados deste estudo.

Destacaram-se também a falta de conhecimentos técnicos e a inexperiência das equipes. Estudo australiano evidenciou que a organização das UTIs COVID-19 foi prejudicada pela dificuldade de recrutamento de trabalhadores de enfermagem com treinamento e experiência em cuidados intensivos.

A pesquisa, que foi desenvolvida em 24 UTIs australianas, evidenciou que a escassez de profissionais de enfermagem prevaleceu, especialmente durante os picos de infecção, quando houve a abertura de leitos adicionais para atender à demanda dos infectados, sendo necessária a realocação de profissionais de enfermagem, mas nem sempre em número suficiente.⁴

Desorganização física e ambiental da UTI COVID-19 foi mencionada como um desafio durante essas vivências. A infraestrutura é reportada como uma barreira importante em UTIs interioranas.⁸ Sabe-se que características organizacionais do ambiente de trabalho e disponibilidade de materiais adequados podem facilitar ou limitar a prática da enfermagem em terapia intensiva,¹³ o que corrobora a percepção de que as vivências de enfermagem foram impactadas por essa realidade.

Como estratégias de enfrentamento a esses desafios, os participantes recorriam aos estudos e à busca de conhecimentos no local de trabalho, sobretudo de forma coletiva, no sentido de mitigar dúvidas e encontrar formas de enfrentar as exigências clínicas do setor. Trabalhadores de enfermagem de terapia intensiva reconhecem a importância da formação permanente e da qualificação para o cuidado aos pacientes graves, principalmente após a pandemia, sendo fundamental que o processo de trabalho facilite esses movimentos.¹⁴ Esses profissionais se destacam ao encontrar maneiras inovadoras de prestar cuidados, ainda que em situações adversas. Na pandemia de COVID-19, em especial, os trabalhadores de enfermagem integraram práticas inovadoras baseadas em evidências para garantir a qualidade do cuidado diante da complexidade e imprevisibilidade da doença.¹⁵

A partir das vivências da UTI COVID-19, identificou-se que a equipe de enfermagem se tornou preparada, resiliente e fortalecida para os cuidados críticos. Estudo qualitativo realizado com profissionais de enfermagem evidenciou que, para eles, a pandemia movimentou as equipes de enfermagem em direção à agregação de novos conhecimentos e à criação de novas rotinas. O engajamento da equipe favoreceu a reorganização do trabalho.¹⁶ Portanto, pode-se considerar que as vivências desse período contribuíram para o fortalecimento da identidade profissional de enfermagem.

Na segunda categoria analítica, foram descritos os desafios vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem no processo de transição para a UTI geral. Os depoentes sinalizaram que o credenciamento desse serviço foi desejado e fruto de esforço por parte da gestão. No Brasil, a abertura de novos leitos de UTI junto ao sistema público de saúde é normalizada pela Portaria de Resolução nº 03, de 28 de setembro de 2017. O hospital interessado deve cumprir um conjunto de critérios como: estar com dados cadastrais atualizados; possuir minimamente 60 leitos gerais ativos ou operacionais (ou 30 leitos, no caso de hospitais especializados); cumprir um conjunto de normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; atender a critérios relativos à organização e à força de trabalho, de serviços e equipamentos; e existir um prévio planejamento que mostre a necessidade de leitos de UTIs na respectiva região. O processo de análise da avaliação situacional obedece a um rito que envolve diferentes instâncias do poder público.¹⁷ Portanto, observa-se que se trata de um trâmite cuidadoso que explica os esforços despendidos pela gestão.

Uma vez credenciados esses leitos, a transição para a UTI geral foi imediata e sentida como repentina pelos participantes. As primeiras vivências foram marcadas pela sensação de aumento da complexidade, sobretudo clínica dos pacientes, que possuíam múltiplas patologias. A enfermagem em terapia intensiva apresenta uma complexidade singular, devido à gravidade clínica dos pacientes.¹⁸ Os quadros de morbimortalidade dos pacientes e sua gravidade clínica impactam a enfermagem e podem causar sensações de aumento da carga de trabalho.¹⁹ Além disso, é importante considerar que, ao mudar a clínica dos pacientes, novos esforços são despendidos para refazer vários caminhos de aprendizados trilhados na fase da UTI COVID-19.

Outro elemento que marcou as vivências dos trabalhadores de enfermagem na transição para UTI geral foi a pouca disponibilidade de recursos humanos, contribuindo para a sobrecarga e o acúmulo de funções. Há restrita informação sobre os custos com a manutenção de leitos intensivos em regiões rurais ou interioranas no mundo.¹ Sabe-se que, em regiões rurais ou interioranas, podem coexistir desafios para a retenção da força de trabalho em saúde, comprometendo o cuidado e os resultados em saúde.²⁰

Outro fato que marcou as vivências dos participantes foi a coexistência prolongada de pacientes COVID-19 e outros pacientes críticos na UTI geral, mesmo após o término da pandemia. No Brasil, a fase aguda da COVID-19 foi marcada por instabilidades políticas e fragilidades de políticas públicas. Por esta razão, os resultados do enfrentamento da pandemia estiveram aquém dos obtidos na maior parte dos países da América Latina. Além disso, o controle da transmissão e das sequelas da doença também foi retardado, de forma que a morbimortalidade persistiu no Brasil por anos após decretado oficialmente o fim do estado pandêmico.²¹

Os depoentes elencaram fatores que facilitaram suas vivências neste cenário, como a telemedicina, que é uma realidade emergente em muitas UTIs, fenômeno impulsionado pela pandemia de COVID-19. Esse recurso tem potencial para melhorar a prestação de cuidados críticos.²² No contexto da interiorização e distância geográfica dos grandes hospitais, destaca-se a importância desse recurso para o fortalecimento da prática baseada em evidências e da qualidade do cuidado.

O trabalho em UTI é desafiador e provoca os profissionais de enfermagem em direção ao crescimento profissional, movimento que acontece principalmente no coletivo de trabalho. Estudo qualitativo realizado com profissionais de enfermagem de UTI evidenciou que eles empreendiam estratégias de enfrentamento diante dos desafios do trabalho. No entanto, as melhores oportunidades de melhorar a experiência laboral estavam nas estratégias empreendidas de forma coletiva, principalmente na agregação e na colaboração.²³

A última categoria analítica mostra que o credenciamento da UTI foi percebido como uma conquista para os participantes, para o hospital e para a comunidade. Esse evento era pensado como uma resposta à pressão de pacientes graves nesse território. Estudo realizado em UTI de regiões interioranas de um país africano evidenciou que, apesar dos desafios, esses setores possuíam capacidade e potencial para absorção de grande demanda de pacientes críticos, evidenciando sua importância para o sistema de saúde.⁸

A partir das vivências dos trabalhadores de enfermagem, a UTI geral era percebida como a concretização de uma expectativa alimentada pelos habitantes do município e região, acostumados a enfrentar longas linhas de cuidado até alcançar um leito de cuidados intensivos. Estudo ecológico brasileiro evidenciou que existem importantes fragilidades na oferta de estabelecimentos públicos de saúde, especialmente em regiões que concentram população negra, com renda precária e baixa escolaridade.²⁴ Portanto, a interiorização das UTIs se justifica como uma expectativa dessas regiões, já historicamente fragilizadas pelas desigualdades na oferta de leitos intensivos.

Uma das consequências da dificuldade de direcionamento dos pacientes críticos às UTIs é sua permanência nas unidades de urgência e emergência. A permanência de pacientes críticos nessas unidades impõe sobrecarga adicional a esses setores, tanto do ponto de vista assistencial quanto gerencial. Pacientes críticos em unidades de urgência e emergência podem sofrer múltiplos prejuízos em seu estado de saúde. O manejo desse problema é complexo, e uma das soluções justamente é a ampliação e melhor distribuição geográfica dos leitos de cuidados intensivos.²⁵

Em determinado momento, houve relatos adstritos a vivências familiares, rememorando entes que faleceram em outros tempos devido às barreiras na obtenção de cuidados intensivos na região interiorana. Sabe-se que, em regiões rurais ou interioranas, existem desafios importantes na organização dos serviços de cuidados intensivos, como baixo número de leitos para grandes contingentes populacionais, infraestrutura precarizada e dificuldade na obtenção de insumos.⁹ Essa situação pode fragilizar a linha de cuidado dos pacientes e impactar a morbimortalidade.

A UTI era compreendida pelos trabalhadores de enfermagem como um serviço que conferiu melhorias e visibilidade para o hospital, tornando-o mais efetivo, mais resolutivo e respeitado pela comunidade. Estudo qualitativo brasileiro realizado com profissionais de enfermagem hospitalares investigou os sentidos que esses atribuíam aos seu trabalho. Foram evidenciados os seguintes elementos: *status* de reconhecimento e visibilidade; eficiência e produção de resultados; importância para a instituição; senso de capacidade de realizar atividades complexas; utilidade social; e excelência nos cuidados prestados.²⁶ Portanto, ao reconhecerem a importância da UTI geral para o hospital, o município e a comunidade, pode-se considerar que essas vivências contribuem para o próprio senso de pertencimento que os participantes vêm construindo com a terapia intensiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os resultados evidenciaram vivências importantes no trabalho de enfermagem, primeiramente na UTI COVID-19, marcada por complexidade, imprevisibilidade, inexperiência e busca por conhecimento, e, posteriormente, na UTI geral, cujo processo de implementação foi abrupto, fragilizado pela escassez de recursos humanos e pela coexistência de pacientes com COVID-19, mas enfrentado com auxílio da telemedicina e dos esforços coletivos.

Apesar das dificuldades e barreiras enfrentadas, os profissionais entendiam a UTI geral como uma conquista para a região interiorana, pois representava a possibilidade de mitigar as deficiências da linha de cuidados dos doentes críticos, que padeciam em longos períodos de espera aguardando leitos intensivos. Os aspectos inerentes à interiorização foram vivenciados na transição dos leitos intensivos. Porém, esse fenômeno foi entendido como um avanço para a linha de cuidado ao paciente crítico nos municípios interioranos.

Este estudo apresentou como limitação a realização das entrevistas no local e no horário de trabalho dos depoentes. Apesar de essa estratégia ser fundamental para obter adesão e acesso aos participantes, a urgência pelo retorno às atividades, em alguns momentos, pode ter impactado o tempo de duração das entrevistas. No entanto, em nenhum momento foi necessário interromper as entrevistas. Também deve-se considerar o viés de memória, capaz de limitar a produção de informações.

Sugere-se que novas pesquisas sejam conduzidas na temática da interiorização dos cuidados intensivos pós-COVID-19. Superada a pandemia, é necessário realizar o levantamento de evidências sobre as transformações dos serviços de UTI e novos desafios enfrentados pela enfermagem. No que tange aos estudos qualitativos, sugere-se que outras pesquisas sejam conduzidas a partir da perspectiva de outros atores, como gestores e equipes multidisciplinares, no sentido de agregar diferentes olhares sobre o fenômeno em tela.

Acredita-se que este estudo contribuiu na compreensão da expansão da terapia intensiva nos próximos anos pós-COVID-19, fornecendo subsídios para analisar os novos desafios das equipes de enfermagem em UTIs interioranas, fenômeno emergente e pouco investigado.

AGRADECIMENTOS

Não há.

FINANCIAMENTO

Não há.

DISPONIBILIDADE DOS DADOS DA PESQUISA

Os dados estarão disponíveis sob demanda por e-mail ao autor correspondente, devido ao fato de que o banco contém dados sensíveis e sigilosos para a instituição.

CONFLITO DE INTERESSE

Sem conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

- Hung TM, Van Hao N, Yen LM, McBride A, Dat VQ, van Doorn HR et al. Direct medical costs of tetanus, dengue, and sepsis patients in an intensive care unit in Vietnam. *Front Public Health*. 2022 Jun 20;10:893200. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.893200>. PMID:35812512.
- Araujo MCR, da Silva DA, Wilson AMMM. Nursing interventions in palliative care in the intensive care unit: a systematic review. *Enferm Intensiva (Engl)*

- Ed). 2023 Jul-Sep;34(3):156-72. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2023.08.008>. PMID:37684063.
3. Dai X, Cao X, Jiang Q, Wu B, Lou T, Shao Y et al. Neurological complications of COVID-19. *QJM*. 2023 Mar 27;116(3):161-80. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcac272>. PMID:36484692.
 4. Topple M, Jaspers R, Watterson J, McClure J, Rosenow M, Pollock W et al. Nursing workforce deployment and intensive care unit strain during the COVID-19 pandemic in Victoria, Australia. *Aust Crit Care*. 2023 Jan;36(1):84-91. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.12.001>. PMID:36572575.
 5. Santos PPGV, Oliveira RAD, Albuquerque MV. Inequalities in the provision of hospital care in the Covid-19 pandemic in Brazil: an integrative review. *Saude Debate*. 2022;46(spe1)::322-37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022e1122>.
 6. Coelho PHO, Garcia Fo C. Políticas de interiorização das unidades de UTI, efetividade, avaliação, implantação e monitoramento da Tele-UTI na literatura nacional, internacional e literatura cinzenta: protocolo revisão de escopo. *RECIMA21*. 2023;4(2):e421994. <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i2.1994>.
 7. Campos FCC, Canabrava CM. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. *Saude Debate*. 2020;44(spe4):146-60. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E409>.
 8. Sonenthal PD, Kasomekera N, Connolly E, Wroe EB, Katete M, Minyaliwa T et al. Critical care units in Malawi: a cross-sectional study. *Ann Glob Health*. 2023 Aug 3;89(1):51. <https://doi.org/10.5334/aogh.4053>. PMID:37547484.
 9. Pacheco HFM, Souza ES. Perspectivas sociopolíticas do enfermeiro: critérios de visibilidade. *Rev Científica Online [Internet]*. 2022 [citado 2026 mar 11];14(6):1-13. Disponível em: https://www.atenas.edu.br/uniatenas/assets/files/magazines/1/PESPECTIVASSOCIOPOLIOTICASDOENFERMEIRO_criteriosdevisibilidade.pdf
 10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
 11. Centenaro APFC, Andrade A, Bonow CA, Costa MC, Silva RM, Sepúlveda JJR. Cotidiano y desafíos de la enfermería en las unidades hospitalarias COVID-19: perspectiva de los profesionales. *Rev Cuid*. 2023;14(2):e2600. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2600>.
 12. Santos JLG, Neves K, Betat MG, Lemos M, Silva GWS, Assis GGT et al. Brazilian nurses' perception of professional and personal stress during the COVID-19 pandemic. *Esc Anna Nery*. 2025;29:e20240113. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2024-0113en>.
 13. Daniellis M, Destrebecq ALL, Terzoni S, Palese A. Nursing care factors influencing patients' outcomes in the intensive care unit: findings from a rapid review. *Int J Nurs Pract*. 2022 Apr;28(2):e12962. <https://doi.org/10.1111/ijn.12962>. PMID:34002435.
 14. Gomes BF, Ribeiro JHM. A educação permanente em saúde para a enfermagem em cuidados críticos: estudo qualitativo. *J Nurs Health*. 2023;13(2):e1322575. <https://doi.org/10.15210/jonah.v13i2.22575>.
 15. Shiner D, Bock B, Simpson C, Skorupski T. Nursing strategies to safeguard COVID-19 patients from harm in the intensive care unit. *Crit Care Nurs Q*. 2022;45(1):13-21. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000383>.
 16. Ribeiro AA, Oliveira MV, Furtado BM, Freitas GF. Impacts of the COVID-19 pandemic on Brazilian nurses' lives, health and work. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE01046. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO010466>.
 17. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BR). Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [periódico na internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2017 [citado 2025 jul 17]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXOIIIILIVROIIITITX
 18. Pérez-Talavera C. Nursing specialization in intensive care: a scoping review. *Enferm Intensiva (Engl Ed)*. 2025 Apr-Jun;36(2):500529. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2025.500529>. PMID:40157283.
 19. Ross P, Howard B, Ilic D, Watterson J, Hodgson CL. Nursing workload and patient-focused outcomes in intensive care: a systematic review. *Nurs Health Sci*. 2023 Dec;25(4):497-515. <https://doi.org/10.1111/nhs.13052>. PMID:37784243.
 20. Morris ME, Brusco NK, McAleer R, Billett S, Brophy L, Bryant R et al. Professional care workforce: a rapid review of evidence supporting methods of recruitment, retention, safety, and education. *Hum Resour Health*. 2023 Dec 13;21(1):95. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00879-5>. PMID:38093376.
 21. Batista KBC, Fernandez MV, Barberia LG, Silva ET, Pedi VD, Pontes BMLM et al. Panorama da COVID longa no Brasil: análise preliminar de um inquérito para pensar políticas de saúde. *Cad Saude Publica*. 2024;40(4):e00094623. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT094623>. PMID:38695461.
 22. Graves JM, Krings JG, Buss JL, Kallogjeri D, Ofoma UR. Telemedicine critical care availability and outcomes among mechanically ventilated patients. *J Crit Care*. 2024 Aug;82:154782. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2024.154782>. PMID:38522373.
 23. Oliveira ES, Centenaro APFC, Garcia CTF, Flores CML, Franco GP, Glowacki J. From loneliness to cooperation: coping strategies of intensive care nursing workers. *Cogitare Enferm*. 2022;27(27):e87199. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.87199>.
 24. Fechine JMR, Fleury MPS, Vasconcelos AMN, Cruz RCS. Indicador de acesso aos serviços de saúde no Distrito Federal: um estudo ecológico. *Rev Bras Estud Popul*. 2025;42:e0298. <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0298>.
 25. Silva Ramos FJ, Freitas FGR, Machado FR. Boarding in the emergency department: challenges and mitigation strategies. *Curr Opin Crit Care*. 2024 Jun 1;30(3):239-45. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000001149>. PMID:38525875.
 26. Carminatti S, Rech L, Gallon S, Corte VFD. Os sentidos do trabalho para profissionais de enfermagem. *REUNA [Internet]*. 2024 Jan-Mar [citado 2025 set 1];26(1):62-82. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/reuna/article/view/49764/46695>

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Cassio Adriano Zatti. Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro. Rosângela Marion da Silva. Silviomar Camponogara.

Aquisição de dados. Cassio Adriano Zatti. Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro. Eslei Lauane Pires Cappa. Luana Aparecida Zardinello.

Análise de dados e interpretação dos resultados. Cassio Adriano Zatti. Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro. Rosângela Marion da Silva. Eslei Lauane Pires Cappa. Letícia Gabriele Albano Antunes. Luana Aparecida Zardinello. Silviomar Camponogara.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Cassio Adriano Zatti. Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro. Rosângela Marion da Silva. Eslei Lauane Pires Cappa. Letícia Gabriele Albano Antunes. Luana Aparecida Zardinello. Silviomar Camponogara.

Aprovação da versão final do artigo. Cassio Adriano Zatti. Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro. Rosângela Marion da Silva. Eslei Lauane Pires Cappa. Letícia Gabriele Albano Antunes. Luana Aparecida Zardinello. Silviomar Camponogara.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Cassio Adriano Zatti. Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro. Rosângela Marion da Silva. Eslei Lauane Pires Cappa. Letícia Gabriele Albano Antunes. Luana Aparecida Zardinello. Silviomar Camponogara.

EDITOR ASSOCIADO

Rubenilson Caldas Valois 

EDITOR CIENTÍFICO

Marcelle Miranda da Silva 

^a Extraído da dissertação de mestrado "Processo de trabalho de enfermagem na interiorização dos cuidados intensivos no período transpandêmico", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade, Universidade Federal de Santa Maria, em 2024.