

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL

**Os impactos psicossociais da pandemia de covid-19 em profissionais de enfermagem
atuantes na atenção hospitalar: uma revisão sistemática dos últimos 5 anos.**

JOYCE EVELINY MORAES TOMICHA

CORUMBÁ

2025

JOYCE EVELINY MORAES TOMICHA

Os impactos psicossociais da pandemia de covid-19 em profissionais de enfermagem atuantes na atenção hospitalar: uma revisão sistemática dos últimos 5 anos.

Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Psicóloga(o). Orientador: Prof. Dr. Ilídio Roda Neves.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ilídio Roda Neves (Orientador)

Profa. Dr. Vanessa Catherina Neumann Figueiredo

Prof. Dr. Júlio Ricardo França

CORUMBÁ
2025

DEDICATÓRIA

Ao meu pai e à minha avó, que tiveram suas vidas ceifadas pelo vírus da covid-19. Vocês jamais serão esquecidos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, aos meus pais, Danielle Barbosa e Carmindo Massay, que, mesmo diante dos desafios da vida, sempre me ofereceram apoio, incentivo e a certeza de que eu poderia ir além do que imaginava. Nada disso seria possível sem vocês.

Às minhas avós, Edna e Maria, que me ensinaram o verdadeiro sentido de amor, da persistência e da fé. Seus ensinamentos, vindos das experiências e da sabedoria cotidiana, ultrapassaram qualquer conhecimento encontrado nos livros.

Aos meus irmãos, Luis Flávio e Marcos Neto, cujos olhares de admiração me fortaleceram e me acompanharam ao longo desses cinco anos de formação, dando-me motivação para seguir apesar do cansaço.

Ao meu noivo, Lucas, companheiro admirável de todas as horas, que sempre acreditou na minha capacidade e esteve ao meu lado de forma incondicional.

Aos meus amigos de graduação, que caminharam comigo nessa trajetória e tornaram cada etapa mais leve e possível. Sem vocês, este percurso teria sido muito mais árduo.

Ao meu querido professor orientador, Ilídio Roda Neves, pela escuta, pelas orientações e por incentivar meu olhar crítico, contribuindo significativamente para meu crescimento acadêmico e pessoal.

Ao Programa de Educação Tutorial (PET), espaço fundamental para minha formação, onde aprendi a ser mais ativa, comprometida e integrada ao ambiente acadêmico.

A toda/o/s que, de alguma forma, contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta etapa, deixo meu sincero agradecimento.

RESUMO

Este Trabalho tem como objetivo identificar a partir de uma revisão sistemática os impactos psicossociais da pandemia de covid-19 em profissionais de enfermagem atuantes na atenção hospitalar. Para tanto, a busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), contemplando as bases LILACS, IndexPsi e BDENF, considerando produções entre 2019 e 2024. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade estabelecidos (recorte temporal, texto completo, idioma em português, abordagem qualitativa e participação exclusiva de profissionais de enfermagem em serviços de alta complexidade), 18 estudos compuseram a amostra final. Os resultados indicam que a pandemia não inaugurou o adoecimento dessas profissionais, mas acentuou uma precarização pré-existente, evidenciando um modelo de organização do trabalho pautado na intensificação, redução de equipes, insuficiência de recursos e instabilidade de vínculos laborais. Nessas condições, emergiram repercussões emocionais como o medo de contaminação, ansiedade, sintomas depressivos e síndrome de *burnout*. Conclui-se que os impactos psicossociais observados decorrem da contradição entre o ideal de cuidado que fundamenta o SUS e a lógica produtivista que rege a gestão do trabalho hospitalar. A sistematização das evidências reforça a necessidade de políticas públicas que garantam condições dignas de trabalho e proteção à saúde emocional das profissionais de enfermagem.

Palavras chave: profissionais de enfermagem; covid-19; impactos psicossociais.

RESUMEN

Este Trabajo tiene como objetivo identificar, a partir de una revisión sistemática, los impactos psicosociales de la pandemia de COVID-19 en profesionales de enfermería que actúan en la atención hospitalaria. Para ello, la búsqueda se realizó en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), abarcando las bases LILACS, IndexPsi y BDENF, considerando producciones entre 2019 y 2024. Tras la aplicación de los criterios de elegibilidad establecidos (recorte temporal, texto completo, idioma portugués, enfoque cualitativo y participación exclusiva de profesionales de enfermería en servicios de alta complejidad), 18 estudios compusieron la muestra final. Los resultados indican que la pandemia no inauguró el proceso de desgaste y sufrimiento de estas profesionales, sino que intensificó una precarización ya existente, evidenciando un modelo de organización laboral marcado por la intensificación del trabajo, la reducción de equipos, la insuficiencia de recursos y la inestabilidad de los vínculos laborales. En estas condiciones, sugieren repercusiones emocionales como el miedo a la contaminación, ansiedad, síntomas depresivos y síndrome de burnout. Se concluye que los impactos psicosociales observados derivan de la gestión del trabajo hospitalario. La sistematización de las evidencias refuerza la necesidad de políticas públicas que garanticen condiciones laborales dignas y la protección de la salud emocional de las profesionales de enfermería.

Palabras clave: profesionales de enfermería; COVID-19; impactos psicosociales.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Justificativa	12
1.2 Objetivo	12
2 MÉTODO	12
3 RESULTADO E DISCUSSÃO	16
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	34

LISTA DE SIGLAS

EPI - Equipamento de Proteção Individual

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO

Em 1948, no contexto pós-guerra, é instituída a Organização Mundial de Saúde (OMS), que passa a difundir uma concepção ampliada de saúde. Tal definição rompe com a perspectiva estritamente biomédica, ao concebê-la como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças (Silva; Schraiber; Mota, 2019). Essa formulação traz um marco importante para a área ao superar os modelos biomédicos seguidos até então (Silva; Schraiber; Mota, 2019).

Em âmbito internacional, a OMS atua na produção de diretrizes, evidências científicas e recomendações que orientam os países na formulação de suas políticas sanitárias. Neste sentido, a Saúde Pública estrutura-se como o conjunto de ações estatais destinadas à prevenção de doenças e à melhoria das condições sanitárias da população. Souza (2014) observa que a Saúde Pública se organiza como campo de intervenção sobre mortes, doenças, agravos e riscos, considerando sua distribuição coletiva. Trata-se de uma construção institucional voltada à vigilância, ao diagnóstico e ao tratamento de enfermidades na comunidade, cujo propósito é garantir padrões mínimos de vida, capazes de assegurar assistência à saúde. Todavia, apresenta limitações e seu foco predominantemente biomédico impulsionou reflexões que abriram espaço para o surgimento de uma abordagem mais crítica e ampliada do processo saúde-doença.

Nesse sentido, a Saúde Coletiva emerge como movimento crítico à Saúde Pública. Para Neves (2013) constituiu-se em campo de práticas, saberes e políticas que problematizam tanto o enfoque higienista quanto a centralidade do paradigma biomédico. O processo saúde-doença é, nessa perspectiva, interpretado não apenas a partir de agentes patogênicos, mas como produto de múltiplos determinantes sociais, históricos, econômicos e culturais. A ênfase recai, assim, na dimensão social da produção do adoecimento e na defesa da universalidade do acesso aos bens, serviços e cuidados em saúde como direito fundamental. Conforme reforça Souza (2014), a Saúde Coletiva tem por objeto as necessidades de saúde, compreendidas como todas aquelas condições indispensáveis não apenas à prevenção de enfermidades e à ampliação da expectativa de vida, mas também à promoção de um bem-estar integral.

Nesse sentido, de acordo com Paim (2008), a Saúde Coletiva consolida-se no Brasil como desdobramento do movimento da Reforma Sanitária, processo marcado pela mobilização social e política envolvendo trabalhadores da saúde, intelectuais, movimentos sociais e entidades de classe. Essa articulação coletiva contestou o modelo biomédico

hegemônico, defendendo uma concepção ampliada de saúde, vinculada aos determinantes sociais e resguardando-a como direito universal. É nesse contexto que se insere a 8^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, evento que estabeleceu um novo marco político para a saúde no país. De acordo com Dallari (1988), esta Conferência, diferentemente das precedentes, caracterizou-se pela ampla participação popular, incorporando movimentos sociais, sindicais e setores acadêmicos. O relatório final da 8^a Conferência tornou-se documento de referência para o Movimento da Reforma Sanitária, que, em meio ao contexto de redemocratização e de resistência ao regime militar, contribuiu decisivamente para a reconfiguração das políticas de saúde. Esse acúmulo político ideológico se materializou, posteriormente, na Constituição Federal de 1988, a qual inscreveu a saúde como direito de todos e dever do Estado, instituindo as bases do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1988; Souza, 2014).

O SUS é instituído pela Lei nº 8080 (Brasil, 1990a), a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, conjuntamente com a Lei nº 8142 (Brasil, 1990b), que assegura a participação popular como parte da consolidação da política.

Sendo assim, todos os cidadãos brasileiros, sejam nascidos ou naturalizados, bem como estrangeiros domiciliados no país, têm direito de acessar os serviços de saúde públicos (Carvalho, 2013).

Esses serviços estão organizados em redes, estruturadas de modo a garantir a continuidade do cuidado. De acordo com Mendes (2014), a consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS, configura-se como um importante progresso na reestruturação dos serviços de saúde no Brasil, com o propósito de enfrentar a desarticulação do cuidado e assegurar a integralidade na atenção prestada à população.

A portaria nº 4.279 (Brasil, 2010), estabeleceu diretrizes para a organização das RAS, definindo que a estruturação do SUS se dá por níveis de atenção articulados segundo diferentes graus de complexidade: Atenção Primária, Secundária e Terciária. Esses níveis são integrados por mecanismos de suporte tecnológico, logístico e gerencial de modo a promover a integralidade, a continuidade e a articulação do cuidado em todos os pontos de atenção.

De acordo com Paim (2004), a Atenção Terciária é marcada pelo cuidado aos usuários que necessitam de procedimentos especializados, como hospitalizações prolongadas, cirurgias avançadas, acompanhamento de enfermidades de difícil manejo e suporte intensivo em unidades específicas. Além disso, este ambiente inclui ações de recuperação funcional, com foco na readaptação de indivíduos que apresentam limitações decorrentes do processo de

adoecimento. Conforme Mendes (2014), consideram-se os profissionais de saúde da atenção terciária, entre outros, profissionais de medicina e enfermagem.

Segundo Reis et al. (2020), os profissionais de enfermagem desempenham um papel essencial no sistema de saúde, atuando em diferentes níveis e áreas de atenção, gestão, ensino e pesquisa, sendo os responsáveis por prestar cuidados diretos aos pacientes, garantindo uma assistência integral que atenda às necessidades da população. Dentre esses níveis e áreas, envolvem as tecnologias em saúde.

Merhy (2007), classifica as tecnologias utilizadas no campo da saúde em três categorias inter-relacionadas, sendo elas: leves, leve-duras e duras. A primeira diz respeito às relações estabelecidas no processo de cuidado, como a produção de vínculo, o acolhimento, o acesso, a interação e a autonomia do usuário. A segunda refere-se aos saberes bem estruturados que orientam o trabalho em saúde, a exemplo da clínica médica, da psicanálise e da epidemiologia. E, por fim, as tecnologias duras correspondem aos equipamentos tecnológicos¹, às normas e às estruturas organizacionais que sustentam o processo produtivo em saúde. No entanto, não se apresentam de forma isolada, e sim, articuladas, demonstrando o trabalho vivo em ato, ou seja, o trabalho produzido pelo profissional a partir de seu conhecimento e contexto.

De acordo com Oliveira et al. (2020), o trabalho da/o/s enfermeira/o/s exige não apenas conhecimento teórico consolidado, mas também a capacidade de adaptar-se às demandas específicas de cada situação, utilizando diferentes tecnologias do cuidado de maneira crítica e criativa. Essa articulação entre o saber, técnica e sensibilidade confere ao profissional a competência necessária para promover um cuidado integral e qualificado, reafirmando o valor de seu papel nas práticas de saúde e na humanização dos atendimentos.

A organização hierárquica desses profissionais é assegurada pela Lei nº7.498 (Brasil, 1986), conjuntamente com o decreto nº 94.406 (Brasil, 1987), que diz que a organização é composta por enfermeiro/a/s, técnica/o/s e auxiliares de enfermagem, e estabelece os direitos, deveres e responsabilidades para cada função. Sendo assim, cabe ao profissional de enfermagem o planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços propostos, além de realizar cuidados diretos a pacientes graves e tomadas de decisões em situações de risco e alta complexidade. Os profissionais de nível técnico, por sua vez, desempenham atividades assistenciais, bem como administração de medicamentos,

¹ Dispositivos, máquinas e/ou ferramentas que utilizam princípios, voltados para a realização de funções práticas específicas, automatização de processos, facilitação de tarefas, melhoria da comunicação, produção de bens ou ampliação das capacidades humanas.

monitoramento dos sinais vitais, registros de dados e apoio na prevenção e controle de infecções hospitalares. Já os auxiliares exercem funções de apoio, como cuidados básicos de higiene e conforto ao paciente.

Nesse sentido, de acordo com Lisboa (2021), no século XIX, Florence Nightingale² desempenhou papel determinante no processo da profissionalização da enfermagem, que antes se pautava na caridade e na vocação religiosa. Sua atuação durante a Guerra da Crimeia sistematizou princípios que associavam condições ambientais, como ventilação, iluminação e organização do espaço, à redução de infecções hospitalares. A autora identifica que a proposta arquitetônica conhecida como “Enfermaria Nightingale”, implementada a partir de 1867 pela enfermeira, constituiu um marco na transformação dos hospitais modernos. Seu objetivo era corrigir os principais problemas estruturais da época, que favoreciam a propagação de infecções e elevavam as taxas de mortalidade. O modelo proposto consistia em um salão longitudinal, com leitos organizados perpendicularmente às paredes e grandes janelas altas entre eles, o que garantia ventilação cruzada e entrada de luz natural. Além disso, a disposição espacial previa áreas específicas para suporte e cuidado, como o posto de enfermagem centralizado, espaços destinados ao isolamento de pacientes e ambientes reservados para a organização de materiais e outras utilidades. Lisboa (ob. cit) explica que esse espaço possibilitou um novo paradigma, onde os hospitais passam a ser planejados com foco na prevenção de infecções e na sistematização do cuidado.

De acordo com Gonçalves (1998), o hospital desempenha papel decisivo em momentos críticos da vida, como o nascimento, a doença e a morte. No entanto, sua função social nem sempre esteve vinculada à assistência à saúde. Foucault (1981), lembra que, antes do século XVIII, os hospitais destinavam-se majoritariamente a acolher pobres e aqueles que já estavam à beira da morte, atuando como espaços de assistência espiritual, enquanto a prática médica se desenvolvia de modo independente e voltada às elites. Nesse período, eram frequentemente considerados “morredouros”, marcados pela propagação de infecções. Por razões políticas e econômicas, tais instituições foram forçadas a se reorganizar, tornando-se alvo de aplicação do chamado “mecanismo de disciplina”, caracterizado pela vigilância, pela distribuição espacial dos corpos e pela produção sistemática de registros dos pacientes, visando reduzir desordens e preservar a vida.

² De acordo com Lisboa (2021), Florence Nightingale (1820-1910) foi uma enfermeira inglesa reconhecida internacionalmente por sua contribuição à profissionalização da enfermagem e pela reformulação do espaço hospitalar moderno. Em 1860, fundou a primeira escola de enfermagem laica, contribuindo para que o cuidado deixasse de ser associado à caridade religiosa e se tornasse uma profissão regulamentada.

Somente no final do século XVIII, sob influência da história natural, a medicina passou a conceber a doença como fenômeno estreitamente ligado ao ambiente, encontrando no hospital disciplinado o espaço privilegiado para o desenvolvimento da chamada “medicina do meio”. A instituição hospitalar deixou, então, de ser vista como local de exclusão e passou a ser estruturada como instrumento terapêutico, caracterizado por ambientes arejados, leitos individualizados e crescente medicalização dos espaços. Nesse processo, o cuidado em saúde passou a ocupar posição central na organização hospitalar, substituindo gradualmente o pessoal religioso, ao passo que a prática clínica hospitalar se consolidou como espaço de ensino e produção de conhecimento (Foucault, 1981).

Ao longo dos séculos, essas instituições permaneceram como pilares indispensáveis da organização do cuidado em saúde (Gonçalves, 1998), sendo constantemente convocadas a responder a crises sanitárias que marcaram a história da humanidade, inclusive aquelas desencadeadas por epidemias e pandemias, como a da covid-19.

A pandemia de covid-19, causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2), iniciou-se em Wuhan, na China, no final de 2019, e rapidamente se configurou como um dos maiores desafios sanitários contemporâneos (Centenaro et al., 2023). No Brasil, em 6 de fevereiro de 2020, foi sancionada a Lei nº 13.979 (Brasil, 2020), que reconheceu a crise como emergência de saúde pública e estabeleceu medidas de enfrentamento, como isolamento social, quarentena e aquisição emergencial de insumos. Fenômenos epidemiológicos dessa magnitude podem impactar diretamente a saúde pública e a organização social, evidenciando desigualdades históricas e fragilidades estruturais do sistema de saúde.

Nesse contexto, o trabalho da/o/s profissionais de enfermagem³, especialmente da atenção terciária, mostrou-se essencial durante a pandemia de covid-19. Segundo Fernandez et al. (2021), esses profissionais estiveram na linha de frente do enfrentamento à doença, oferecendo assistência direta aos pacientes em estado grave. Além de realizarem procedimentos técnicos complexos, assumiram papel central no cuidado, no acolhimento às famílias, e na manutenção dos vínculos afetivos em meio às condições adversas, à alta demanda e aos riscos ocupacionais intensificados pela crise sanitária. Posto isso, a pandemia de covid-19 evidenciou não apenas a relevância histórica e social da enfermagem, mas a necessidade de reconhecimento e valorização de seu trabalho, frequentemente inviabilizado nas estruturas hierárquicas do sistema de saúde.

³ Considerando que a maioria das pesquisas analisadas foi conduzida e composta por mulheres, optamos por utilizar, ao longo deste trabalho, a forma feminina para referir-se às participantes/profissionais de enfermagem, como em “as profissionais” ou “as trabalhadoras”, em forma de reconhecimento à predominância feminina que caracteriza a categoria das produções científicas analisadas.

Esta pesquisa se insere no campo da Psicologia do Trabalho, área que busca compreender como a atividade laboral participa da constituição dos indivíduos e das formas de viver em sociedade. Nessa perspectiva, contemplar o trabalho é fundamental para entender a experiência humana, pois conforme discute Dejours (1987), é no encontro com o trabalho real que o sujeito mobiliza sua inteligência prática, sua criatividade, seus afetos e suas estratégias defensivas para enfrentar as exigências, contradições e limites impostos pela organização do trabalho. Defende-se que, o trabalho, portanto, não se reduz à execução de tarefas técnicas: ele constitui um espaço de produção de sentido, construção de identidade, reconhecimento e afirmação de valor social, podendo também gerar sofrimento quando a organização impede que a atividade seja realizada de maneira significativa. Assim, observar o trabalho significa observar como os indivíduos transformam o mundo e, ao mesmo tempo, são transformados por ele, revelando a estreita relação entre as condições concretas de trabalho e a vida das pessoas.

1.1 Justificativa

Considera-se esse tema relevante, pois a discussão sobre os efeitos psicossociais da pandemia envolve não apenas as vivências das profissionais, mas também o modo como o cuidado em saúde é estruturado na sociedade. Espera-se que esta pesquisa acentue o debate sobre as condições de trabalho nos hospitais, especialmente o trabalho das enfermeiras.

1.2 Objetivo

Identificar, a partir de uma revisão sistemática, os impactos psicossociais da pandemia de covid-19 em profissionais de enfermagem atuantes na atenção hospitalar.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, modalidade de pesquisa científica caracterizada pelo rigor metodológico, transparência e reproduzibilidade em todas as etapas de sua elaboração (Galvão; Ricarte, 2019). Diferentemente das revisões narrativas, a revisão sistemática segue protocolos previamente definidos para a busca, seleção, análise e síntese dos estudos, com o propósito de reunir e avaliar criticamente evidências disponíveis sobre um

determinado fenômeno, garantindo maior confiabilidade aos resultados. Este estudo seguiu, de forma parcial e adaptada, às recomendações do protocolo internacional *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA, 2020), considerando as limitações inerentes ao formato de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

De acordo com Page *et al.* (2021), o PRISMA, diretriz internacional que estabelece padrões de qualidade para a condução do relato de revisões sistemáticas e meta-análise, assegura clareza, completude e transparência em todas as etapas do processo, por meio de listas de verificação e fluxogramas que orientam desde a formulação da questão de pesquisa até a síntese dos resultados.

A questão norteadora desta revisão foi: quais são os impactos psicossociais da pandemia de covid-19 em profissionais de enfermagem atuantes na atenção hospitalar?

A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), contemplando as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico da Pesquisa Latino-Americana e do Caribe (IndexPsi) e Base de Dados da Enfermagem (BDENF). O recorte temporal contemplou o período de 2019 a 2024, considerando o início da pandemia até as produções mais recentes.

Os descritores utilizados foram combinados por meio de operadores booleanos AND e OR, sendo: “profissionais de enfermagem” AND “covid-19” OR “impactos psicossociais”. Essa combinação buscou identificar estudos que abordassem diretamente as repercussões emocionais, sociais e laborais vivenciadas pelos profissionais de enfermagem durante a pandemia.

Foram incluídos artigos: a) publicados entre 2019 a 2024, b) disponíveis integralmente em português, c) de abordagem qualitativa, d) que tratassem das experiências e impactos psicossociais vivenciados especificamente por profissionais de enfermagem atuantes em serviços hospitalares de alta complexidade e foram excluídos: a) artigos de revisões bibliográficas, teses e dissertações, b) estudos voltados a outros níveis de atenção à saúde, c) produções que abordassem populações distintas dos profissionais de enfermagem e por fim, d) artigos indisponíveis na íntegra ou fora do recorte temporal proposto.

Após a definição das bases de dados e descritores, foi realizado o processo de triagem por meio do *Software Rayyan*, ferramenta destinada à organização e seleção dos estudos em revisões sistemáticas. Inicialmente, foram identificados 260 artigos nas bases selecionadas. Após a remoção de duplicatas, restaram 254 artigos para triagem inicial, realizada pela leitura de títulos e resumos.

Dessa etapa, 190 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, resultando em 64 estudos elegíveis para a leitura. Após a leitura completa, 46 artigos foram excluídos por apresentarem características incompatíveis com o objetivo da pesquisa, como foco em outros públicos, revisões bibliográficas ou ausência de dados relacionados à pandemia.

A amostra final foi composta por 18 artigos, que atenderam integralmente aos critérios estabelecidos.

Considerando o processo de análise dos estudos, adotou-se um conjunto de referenciais teóricos que possibilitaram um entendimento amplo das relações entre trabalho, determinações estruturais e vivências das profissionais de enfermagem. As interpretações foram orientadas por contribuições de gênero, fundamentais para a problematização da histórica desvalorização da categoria; por perspectivas que situam o trabalho em suas dimensões organizacional, técnica e simbólica; e, de modo complementar, pela teoria do desgaste em sua abordagem histórico-crítica, voltado à identificação dos processos de desgaste decorrentes da organização e intensidade do trabalho. Essa articulação permitiu uma análise integrada dos impactos psicossociais, considerando elementos estruturais, materiais e as dimensões subjetivas que atravessam a atividade das enfermeiras na atenção hospitalar.

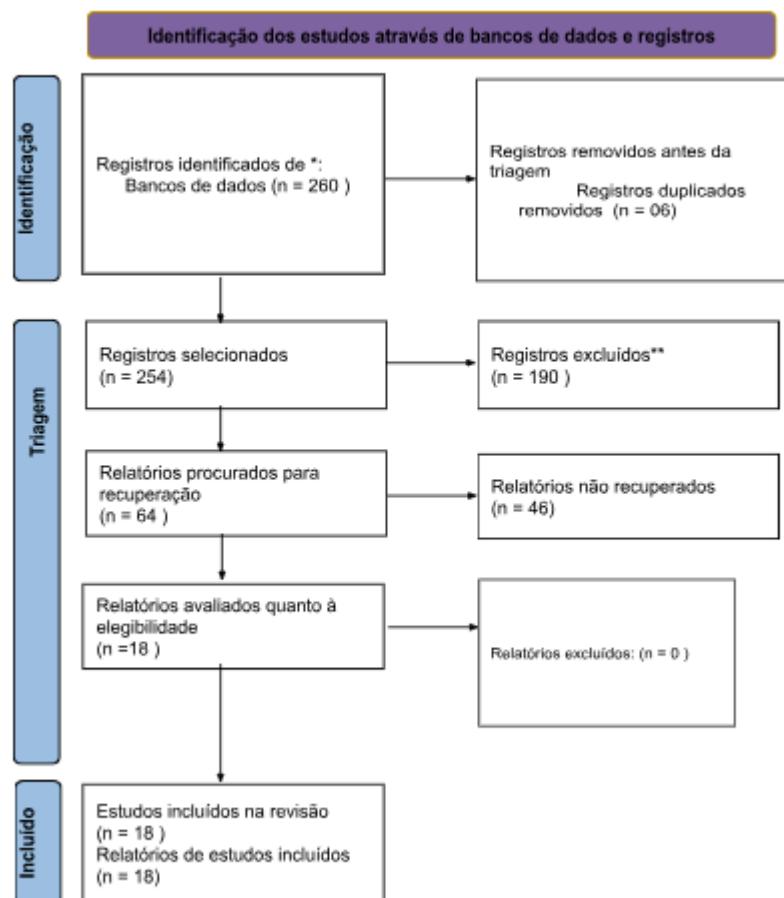
Por fim, o processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos foi representado graficamente por meio do fluxograma *PRISMA* (2020), para assegurar transparência e clareza metodológica. Todas as etapas foram conduzidas de forma sistemática e criteriosa, assegurando a confiabilidade e a reproduzibilidade dos resultados.

Considerando o escopo e o tempo disponível para a realização deste trabalho, reconhece-se que nem todos os 27 itens da lista de verificação *PRISMA* (2020) foram integralmente contemplados. No entanto, as etapas principais do protocolo metodológico da revisão sistemática foram rigorosamente seguidas, garantindo a transparência e a fidedignidade do processo. Entre os itens contemplados, destacam-se: a identificação do estudo como revisão sistemática (item 1), a definição clara da questão norteadora e do objetivo (item 4), a descrição dos critérios de inclusão e exclusão (item 5), a explicitação das fontes de informação e período de busca (item 6), a elaboração e aplicação da estratégia de busca com descritores controlados e operadores booleanos (item 7), o detalhamento do processo de seleção dos estudos (item 8), a organização e extração dos dados em tabela (itens 9 e 10), bem como a apresentação dos estudos incluídos por meio de fluxograma conforme modelo *PRISMA* (item 16).

Em relação aos itens não plenamente executados, compreendem-se aqueles referentes à avaliação formal do risco de viés (itens 11 e 18), à mensuração das medidas de efeito (item 12), à análise da certeza das evidências (itens 15 e 22), à avaliação do viés de publicação (itens 14 e 21) e ao registro prévio do protocolo de revisão (item 24). A ausência desses procedimentos justifica-se pelas limitações temporais e pela natureza qualitativa da revisão, que não exige aplicação de ferramentas quantitativas ou meta-analíticas.

Apesar dessas restrições, ressalta-se que as etapas fundamentais de busca sistematizada, definição dos critérios de elegibilidade, seleção criteriosa dos estudos e síntese dos resultados foram integralmente conduzidas conforme as recomendações do *PRISMA* (2020), assegurando o rigor metodológico, a coerência interna e a credibilidade dos achados apresentados.

Figura 1. Fluxograma PRISMA



Fonte: Page et al., 2021, tradução própria.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

Considerando o recorte temporal, observou-se que três artigos foram publicados em 2020 (Reis et al., 2020; Melo et al., 2020; Oliveira et al., 2020), três em 2021; (Fernandez et al., 2021; Hagopian et al., 2021; Queiroz et al., 2021), dois em 2022; (Ribeiro et al., 2022; Herculano et al., 2022), sete em 2023; (Silva et al., 2023a; Centenaro et al., 2023; Cassiano, Oliveira e Santos 2023; Krautkner, Cordeiro E Campelo 2023; Oliveira et al., 2023; Silva et al., 2023b; Souza et al., 2023) e três em 2024; (Barreto, Kuyat e Tonello 2024; Monteiro et al., 2024; Silva et al., 2024).

Em relação à distribuição geográfica dos estudos, houve predominância na região Sudeste, onde foram identificadas nove publicações: São Paulo (quatro), Minas Gerais (três) e Rio de Janeiro (duas). A região Nordeste aparece em seguida, com cinco estudos localizados no Ceará, Paraíba, Rio Grande do Norte e Alagoas. As regiões Sul e Norte apresentaram menor número de investigações, com duas pesquisas no Rio Grande do Sul (Sul) e duas nos estados de Roraima e Amazonas (Norte). Esse cenário indica maior concentração de produções científicas em regiões com maior estrutura de pesquisa e serviços hospitalares de alta complexidade.

De modo geral, observou-se uma expressiva predominância feminina na produção científica analisada. Entre os dezoitos artigos selecionados, oito foram produzidos exclusivamente por mulheres, (REIS et al., 2020, Fernandez et al., 2021, Silva et al., 2023, Centenaro et al., 2023, Krautkenr, Cordeiro e Campelo (2023), Barreto, Kuyat e Tonello (2024), Herculano et al., (2022), Silva et al., (2024)). Nos demais estudos, embora houvesse a presença de autores homens, todos contaram com a participação de ao menos uma autora mulher, mantendo a predominância feminina na composição dos grupos de pesquisa. Essa configuração reforça a centralidade das mulheres tanto na produção acadêmica sobre o tema quanto na vivência concreta do trabalho de enfermagem analisados nos estudos.

A seguir, são apresentados, de forma sintetizada, os principais enfoques abordados nos estudos ao longo dos anos.

No ano de 2020, período em que a pandemia ainda era recente, os trabalhos de Reis et al., 2020; Melo et al., 2020; Oliveira et al., 2020, enfatizaram os medos e anseios dos profissionais frente ao desconhecido vírus. Destacaram-se, nesse contexto, as precárias condições de trabalho, evidenciadas pela escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e pela insuficiência de profissionais, fatores que contribuíram para o aumento da sobrecarga laboral.

Em 2021, as pesquisas de Fernandez et al., 2021; Hagopian et al., 2021; Queiroz et al., 2021, passaram a evidenciar o agravamento da sobrecarga de trabalho, a solidão vivenciada tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais, a irritabilidade diante das mudanças nas rotinas hospitalares e domiciliares, bem como episódios de violência laboral, provenientes tanto da gestão quanto de pacientes. As incertezas e a sensação de impotência diante da crise sanitária resultaram em um significativo impacto emocional e físico nessas trabalhadoras.

Nos estudos publicados em 2022 por Ribeiro et al., 2022; Herculano et al., 2022, ainda se observou a ênfase nos efeitos da pandemia sobre as condições de trabalho e a saúde dessas profissionais. Persistiram as queixas relacionadas à má gestão, escassez de EPIs e ao número reduzido de trabalhadores para atender à alta demanda de pacientes. Conforme evidenciado por Cassiano, Oliveira e Santos (2023), a desproporção entre o quantitativo de enfermeiras e o volume de pacientes sob seus cuidados reforça a sobrecarga que atravessou o cotidiano dessas profissionais.

O ano de 2023 concentrou o maior número de publicações, reunindo estudos como Silva et al., 2023a, Centenaro et al., 2023; Cassiano, Oliveira e Santos, 2023, Krautkner, Cordeiro E Campelo, 2023, Oliveira et al., 2023, Silva et al., 2023b, Souza et al., 2023, marcando um período de ampliação significativa das temáticas investigadas. Os estudos desse período destacaram as vivências de esgotamento físico, emocional e moral. As rotinas, já caracterizadas por complexidade, tornaram-se ainda mais tensas devido ao contato frequente com a morte de pacientes e colegas de trabalho. As restrições sanitárias limitaram os ritos funerários e a pressão laboral, por sua vez, dificultou o espaço e o tempo para a elaboração adequada do luto.

Por fim, os estudos mais recentes publicados em 2024 de Barreto, Kuyat e Tonello, 2024; Monteiro et al., 2024; Silva et al., 2024, que mantiveram o foco na sobrecarga e na necessidade de apoio psicológico a essas profissionais.

Diante da predominância feminina nesses estudos, impõe-se a necessidade de discutir como as relações de gênero atravessam e configuram o trabalho em saúde, influenciando não apenas a distribuição de tarefas, mas também como esse trabalho é socialmente valorizado, reconhecido e remunerado.

Neste sentido, conforme aponta Coelho (2005), sobretudo nas primeiras décadas do século XX no Brasil, a inserção das mulheres no espaço público ocorreu sob fortes restrições morais, o que levou à conformação de determinadas profissões segundo valores considerados femininos, como docilidade, obediência, disciplina e abnegação. O discurso higienista e

religioso colaborou para essa construção, chegando ao ponto de afirmar que o trabalho da enfermeira derivava de um suposto “instinto materno”. Esse imaginário consolidou a ideia de que a enfermagem não exigia competência técnica, mas sim vocação, moralidade e devoção. Enquanto a medicina era reconhecida como campo científico e masculino, a enfermagem era tratada como extensão do lar.

Sob outra ótica, Beauvoir (2009) afirma que “não se nasce mulher, torna-se mulher”, indicando que o feminino é construído socialmente por meio de papéis, responsabilidades e estereótipos impostos. O gênero, assim, deve ser entendido como uma construção histórica e social, que favorece um dos gêneros e define quem ocupa posições de poder.

Com base no pensamento marxista, Carloto (2010) discute que o gênero expressa uma desigualdade estrutural na distribuição das responsabilidades sociais, refletindo relações assimétricas na produção da existência humana. Assim como, no capitalismo, o detentor do capital exerce poder sobre o proletariado, nas relações de gênero o homem ocupa posição de dominação em relação à mulher. Contudo, não se trata apenas de um paralelo, pois o capitalismo se apropria dessa divisão sexual do trabalho e a acentua ao potencializar mecanismos de exploração, o que fortalece uma divisão social e simbólica atravessada por dimensões sexistas, classistas e racistas, reforçando hierarquias e desigualdades historicamente construídas.

Nessa direção, Narvaz (2010) destaca que o conceito de gênero deve ser compreendido a partir de relações de poder que atravessam as esferas econômica, cultural e simbólica. Já Scott, Louro e Silva (1995) definem o gênero com base em duas proposições: (i) categoria relacional, construída socialmente a partir das diferenças percebidas entre os sexos; e (ii), forma de significar as relações de poder. Ambas se interligam, pois tais relações são dinâmicas e se transformam conforme mudanças sociais, culturais e históricas. As organizações sociais, portanto, operam como sistemas de representação e manutenção do poder.

Os rótulos sociais exercem papel determinante na divisão de profissões “femininas” e “masculinas”, perpetuando estereótipos de gênero. Essa dicotomia tende a persistir, pois está enraizada na sociogênese das relações sociais, isto é, na formação histórico-cultural que molda representações e papéis atribuídos a homens e mulheres no mundo do trabalho (Figueiredo e Cruz, 2017).

Hirata (2002) demonstra que o trabalho doméstico e o cuidado, ainda que frequentemente desconsiderados nas análises econômicas, possuem papel essencial na manutenção da produtividade e da organização do trabalho. Essas atividades, realizadas em

grande parte por mulheres, garantem a reposição física e emocional da força de trabalho, contribuindo de forma significativa, embora invisibilizada, para o funcionamento do sistema produtivo. Ao compreender o cuidado como atividade historicamente associada ao feminino, a autora evidencia que as relações de gênero estruturam a divisão do trabalho, definindo papéis e responsabilidades de maneira desigual entre homens e mulheres.

Desse modo, o cuidado é entendido como um elemento constitutivo da divisão sexual do trabalho, articulando o espaço doméstico e o espaço produtivo (Hirata, 2002). Essa articulação revela que o trabalho reprodutivo, ainda que não remunerado, é indispensável para a continuidade das atividades econômicas e para a reprodução social. Assim, a autora contribui para ampliar a compreensão de que o cuidado, longe de se restringir a uma função privada ou afetiva, integra as dinâmicas mais amplas do mundo do trabalho e da economia, evidenciando a interdependência entre produção e reprodução.

Seligmann-Silva (2011), dedica parte significativa de sua análise à relação entre gênero, trabalho e sofrimento psíquico, discutindo como as desigualdades estruturais impactam a vivência laboral das mulheres. Na parte V da obra, observa-se a interface família-trabalho, destacando especificidades da condição feminina no mundo do trabalho, tanto no setor formal quanto no informal, com desvantagens salariais, posições hierárquicas menos valorizadas e menor reconhecimento social.

Através dessas considerações, nota-se que as enfermeiras passam a desempenhar diversas funções sociais ao mesmo tempo. O estudo de Silva *et al.* (2023b), evidencia que as trabalhadoras enfrentam duplas ou triplas jornadas, acumulando funções profissionais, domésticas e familiares. Metade das participantes relatou dedicar de duas a dez horas semanais a atividades domésticas, o que demonstra a persistência da sobrecarga decorrente da divisão sexual do trabalho. As participantes expressam o desejo de dispor de mais tempo para a família e de reduzir o número de vínculos empregatícios, buscando conciliar suas diversas atividades. Como relatou uma participante: “Trabalhar em apenas um trabalho para poder curtir a casa e a família” (Silva *et al.*, 2023b, p. 10)

A atuação durante a pandemia trouxe consigo a amplificação dessas jornadas de maneira física, psíquica e social. Na pesquisa de Oliveira *et al.* (2023), evidencia-se que o medo de transmitir a covid aos familiares constitui uma das experiências mais angustiantes vivenciadas pelas profissionais durante o atendimento aos pacientes. Esse receio ultrapassava a preocupação com a própria saúde, alcançando a esfera afetiva e familiar, como revela o relato de uma participante:

O medo de adquirir a doença e levar para casa, porque a gente tem a outra vida da gente lá fora, tem filho, tem marido, tem família lá fora, então eu acho que o medo é a parte mais complicada para a gente lidar, a gente vai tentando driblar, mas o medinho ainda fica presente, eu acho que todos os dias (Oliveira et al., 2023, p. 8)

Conforme Coelho (2005), os estereótipos de gênero configuram, portanto, uma barreira para o reconhecimento do saber de enfermagem como ciência, limitando a autonomia profissional e restringindo a tomada de decisões no processo de cuidado. Quando o cuidado é percebido como atributo emocional ou moral, e não como prática especializada, tornam-se naturalizadas cargas excessivas de trabalho, pouca valorização salarial e baixa legitimação social.

Sendo assim, torna-se evidente que a ampliação das jornadas impostas às enfermeiras reflete também o modo como a organização do trabalho hospitalar estrutura a utilização da força do trabalho, orientando-se pela maximização do tempo produtivo e pela racionalização dos recursos administrativos.

Nessa direção, Antunes (2000), observa que as dinâmicas contemporâneas de gestão, herdadas do taylorismo e toyotismo, aprofundam a fragmentação das tarefas, a flexibilização dos vínculos empregatícios e a subordinação dos trabalhadores à lógica da produtividade e do desempenho. Tendo isso em vista, observa-se que a organização do trabalho se constitui como um dos principais fatores associados ao sofrimento físico e psíquico das profissionais de enfermagem durante a pandemia de covid-19.

De modo complementar, o autor evidencia que o neoliberalismo reorganiza as relações laborais a partir de um princípio orientador: o trabalho deixa de ser um direito social e passa a ser tratado como variável de ajuste. Nessa lógica, garantias trabalhistas deixam de ser compreendidas como conquistas históricas e tornam-se entraves à eficiência econômica. O resultado é a flexibilização de vínculos, a fragmentação das relações empregatícias e a transformação da força de trabalho em recurso descartável, disponível enquanto útil, eliminado quando se torna custo. Ao deslocar a centralidade da proteção social para a produtividade, o neoliberalismo redefine o sentido do trabalho e legitima a precarização como estratégia permanente de gestão.

Esse movimento pode ser observado na condução política da pandemia no Brasil. Em vídeo divulgado pela UOL (2020), durante uma reunião ministerial, o então ministro do meio ambiente, Ricardo Salles, afirmou ver na pandemia a oportunidade para “passar a boiada”, isto é, aprovar medidas infralegais sem o devido debate público. A fala, proferida em um espaço institucional que deveria orientar ações de enfrentamento à crise sanitária,

revela o uso estratégico da pandemia como ocasião para desmonte de políticas estruturantes. Ao priorizar interesses econômicos e abrir brechas normativas, essa postura governamental comprometeu direitos coletivos, entre eles o direito constitucional à saúde. Assim, percebe-se que a precarização das relações laborais não emerge como resultado acidental das circunstâncias, mas como efeito de uma racionalidade política e econômica que instrumentaliza a crise, naturaliza o desmonte de direitos e desloca para os trabalhadores, como as profissionais de enfermagem, o ônus de sustentar o serviço à custa do próprio esforço, convertendo o cuidado em exaustão.

Nesse sentido, a Emenda Constitucional nº 95 (Brasil, 2016), constituiu um marco regressivo nas políticas públicas ao instituir o teto de gastos públicos, restringindo o aumento das despesas primárias da União por um período de vinte anos. Essa medida impactou diretamente o financiamento do SUS, reduzindo investimentos e comprometendo a capacidade de funcionamento, manutenção e expansão dos serviços públicos de saúde. Na prática, essa política fiscal resultou em redução progressiva da capacidade do Estado de financiar ações e serviços essenciais, gerando congelamento de contratações, falta de insumos, interrupções de programas e fragilização das redes de atenção. Ao limitar o aporte de recursos, a EC 95 produziu um cenário de estrangulamento financeiro que impediu a expansão e a adequada manutenção das unidades de saúde, comprometendo a resposta do SUS diante de novas demandas assistenciais.

Posteriormente, durante a pandemia de covid-19, os efeitos desse teto de gasto tornam-se mais evidentes. No mesmo vídeo anteriormente mencionado (UOL, 2020), o então ministro da saúde Nelson Teich utilizou a expressão “não tem gordura” para descrever a inexistência de margem operacional e financeira do sistema público de saúde para enfrentar a crise pandêmica. A fala ilustra a ausência de reservas estruturais e de recursos humanos, materiais e financeiros, que pudessem garantir respostas rápidas e eficazes diante do aumento repentino da demanda hospitalar, isto é, o país já não dispunha de profissionais em número suficiente, leitos disponíveis, equipamentos adequados ou financiamento compatível com a complexidade da emergência sanitária.

Essa fala revela, de forma implícita, o esgotamento estrutural do SUS, que já operava em seu limite antes da pandemia, e expõe a fragilidade histórica do planejamento estatal na área da saúde. O sistema, carente de investimentos e sem mecanismos preventivos ou sustentáveis, evidenciou o risco do colapso diante das pressões impostas pela crise. O que impactou diretamente as enfermeiras que atuaram na linha de frente. Torna-se evidente que as condições de trabalho são, também uma expressão das transformações socioeconômicas e

políticas do mundo, que intensificam a dominação e o controle sobre os trabalhadores, reduzindo sua autonomia e transformando o labor, especialmente na enfermagem, em uma atividade marcada pela produtividade, exaustão e falta de reconhecimento.

Elias e Navarro (2006) apontam que essa forma de organização converte o ambiente hospitalar em um espaço de intensificação e mecanização das práticas, no qual o aumento da produtividade ocorre à custa do desgaste físico e emocional das trabalhadoras. Surge, assim, uma contradição central: como oferecer um cuidado humanizado quando o próprio ambiente de trabalho impõe desumanização e sofrimento?

Os estudos de Ribeiro et al. (2022) e Herculano et al. (2022), evidenciam as formas de desumanização no ambiente laboral relacionadas à escassez de recursos materiais e humanos, contribuindo para a sobrecarga. No entanto, pode-se entender que tais práticas de desumanização legitimam a contenção de custos por meio de discursos de escassez, transferindo às trabalhadoras a responsabilidade de manter a produtividade mesmo em condições adversas, revelando a desvalorização do trabalho.

Nessa perspectiva, Marx (1975) evidencia que os ambientes que privilegiam a produtividade e eficiência em detrimento do bem-estar tendem a produzir desequilíbrios entre o corpo e o meio social, contribuindo para a alienação dos trabalhadores. Sendo assim, o aumento das jornadas de trabalho descrito nos estudos de Ribeiro et al. (2022) e Herculano *et al.* (2022) não pode ser considerado apenas como uma resposta emergencial à pandemia, mas como expressão de uma lógica de gestão que minimiza gastos e maximiza resultados às custas da força de trabalho. Essa dinâmica dialoga diretamente com Marx (1975), que descreve que, no capitalismo, a chamada “eficiência” não significa melhorias nas condições de trabalho, pelo contrário, é a capacidade de extrair ao máximo do trabalhador com o mínimo de investimento.

Essa lógica torna-se evidente no estudo de Monteiro et al. (2024), onde uma participante relata: “Quem trabalhava 12 horas passou a trabalhar 15, domingo a domingo... agora que trabalhamos até sábado meio-dia, mas a gente ficava até nove da noite e já chega saturado em casa, já um pouco estressada e pela manhã ter que voltar de novo, cansa muito.” (p. 5)

Nesse relato é possível observar a alienação no ambiente organizacional, onde as trabalhadoras exercem a repetição exaustiva de tarefas, diante da pressão por resultados, gerando a perda do sentido simbólico no labor, transformando a profissional em uma simples executora de tarefas. Essa realidade dialoga com o conceito de “trabalho bestializado”, formulado por Marx (2004), segundo o qual, o trabalho, em vez de representar a essência

criadora e consciente do ser humano, torna-se alienado, mecânico e desprovido de significado, uma vez que a profissional, após enfrentar uma longa jornada de trabalho, repete no outro dia os mesmos manejos. O ambiente de trabalho passa, portanto, a favorecer o adoecimento, visto que a chamada “eficiência” se sustenta sobre o esgotamento contínuo das profissionais, exigindo o máximo de desempenho com o mínimo de investimentos. Laurell (1983) aponta que o processo saúde-doença deve ser compreendido como um fenômeno socialmente determinado, resultante das condições concretas de vida e de trabalho nas quais os sujeitos estão inseridos. A autora propõe uma análise que ultrapassa a visão biologicista tradicional, reconhecendo que o adoecimento está diretamente relacionado às formas de organização do trabalho, às relações de produção e às condições laborais que geram desgaste físico e emocional.

No que tange aos investimentos destinados ao enfrentamento da pandemia torna-se imprescindível considerar a aquisição adequada dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), uma vez que constituem instrumentos essenciais de biossegurança voltados à proteção contra a exposição direta a riscos químicos, biológicos e psicológicos. Nesse sentido, a Norma Regulamentadora nº6, instituída pela portaria nº 3.214 (Brasil, 1978), dispõe sobre os EPIs, estabelecendo diretrizes para sua aprovação, comercialização, fornecimento e utilização nos ambientes de trabalho. De acordo com essa norma, consideram-se EPIs todo dispositivo ou produto de uso individual destinado à proteção do trabalhador contra riscos ocupacionais que possam ameaçar sua saúde e segurança. Entre as responsabilidades previstas, cabe ao empregador adquirir EPIs devidamente certificados, fornecê-los gratuitamente aos trabalhadores, garantir seu estado de conservação, além de orientar, treinar e supervisionar o uso correto, assegurando também a higienização e substituição periódica dos equipamentos sempre que necessário.

Conforme apontam Pompeu e Slovic (2023), os principais EPIs utilizados durante a pandemia incluíam máscaras cirúrgicas ou respiradores de alta filtração (como a PFF2), óculos de proteção ou protetores faciais, luvas, aventais e macacões impermeáveis para prevenir o contato direto com fluidos corporais e proteger contra gotículas e aerossóis durante procedimentos de risco elevado, como a intubação e a ventilação não invasiva. No entanto, no estudo de Oliveira et al. (2023) tem-se o seguinte relato: “Os aventais são finos e passam longe de ser impermeáveis, e sapatos não são fornecidos pelo serviço. A máscara N95 é uma briga para conseguir.” (Oliveira et al., 2023, p. 223).

Nessa mesma direção, Silva et al. (2024) apontam a má gestão da saúde frente à crise sanitária, onde as enfermeiras foram submetidas a longas jornadas de trabalho,

permanecendo em pé por horas seguidas, muitas vezes sem pausas adequadas para alimentação, descanso e sem o material adequado, conforme relato:

Tinha dias que a gente tinha o material adequado, tinha dias que a gente ia pra assistência com outro tipo de material muito mais desconfortável, eu ficava dentro do box do paciente por 4 horas... então eram 4 horas sem comer, sem beber, sem poder fazer xixi, sem poder sair do box, então foi muito ruim, muito ruim pra gente mesmo. (Silva et al., 2024).

Essa rotina resultou em quadros de desidratação, fadiga, distúrbios alimentares e infecções urinárias, associadas à sobrecarga e à ausência de repouso. A exaustão física acumulada pelas jornadas extensas e pela escassez de pessoal contribuiu para um desgaste generalizado, comprometendo a recuperação física e emocional das profissionais. Esse cenário de sobrecarga e exaustão pode ser interpretado à luz da teoria de desgaste mental no trabalho, elaborada por Seligmann-Silva (2011), com base no conceito trazido por Laurell e Noriega (1989).

De acordo com essa perspectiva, o desgaste não é apenas o resultado de fatores isolados, como longas jornadas de trabalho ou escassez de recursos, mas um processo complexo e multidimensional, produzido pela interação entre aspectos ambientais, psicossociais e intrapsíquicos. Em outras palavras, o desgaste emerge de condições concretas de trabalho e das relações de poder que estruturam o ambiente laboral, afetando simultaneamente o corpo, a mente e a subjetividade da trabalhadora.

Seligmann-Silva (ob. cit.), comprehende o desgaste mental como uma resposta ao modelo organizacional que fragmenta, controla e desumaniza o trabalho, ampliando os impactos da precarização sobre a saúde. O desgaste, portanto, manifesta-se em três dimensões interdependentes: a orgânica, relacionada ao corpo e ao esgotamento físico; a funcional, que se refere à perda de desempenho e energia vital; e a subjetiva ou mental, que envolve o sofrimento psíquico, desmotivação e ruptura dos laços afetivos e coletivos (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Assim, o desgaste mental das enfermeiras durante a pandemia não deve ser compreendido como uma fragilidade individual, mas como um efeito estrutural das condições sociolaborais que produziram a intensificação do trabalho e o enfraquecimento dos espaços de cuidado e escuta. A teoria do desgaste mental permite, portanto, compreender a articulação entre as dimensões objetivas do trabalho e o sofrimento subjetivo⁴ das profissionais,

⁴ Por subjetividade, entendemos aqui o conceito como formulado por González Rey (2002), que o define como um processo histórico, social e material produzido nas relações concretas da vida, como o trabalho e as interações políticas, culturais e afetivas. Em vez de concebê-lo como algo interno, abstrato e individualizado, o

revelando como a organização institucional e a precarização das políticas públicas incidem diretamente sobre a saúde e a capacidade de resistência das trabalhadoras.

A resistência diante das adversidades é expressa no estudo de Souza et al. (2023), conforme relato: “Eram 24 horas, como eu já falei, exaustivas, mas eu tentava ao máximo dar o melhor que eu pudesse oferecer ao paciente, o que ele realmente estava precisando, então foi difícil.” (Souza et al., 2023, p.9). Essa experiência de persistência cotidiana, contudo, não ocorre de forma isolada; ela se entrelaça a outras formas de sofrimento vivenciadas no ambiente laboral durante a pandemia.

No estudo de Queiroz et al. (2021, p. 6), evidencia-se que as profissionais vivenciaram diversas formas de violência no ambiente laboral durante a pandemia, o que impactou diretamente seu bem-estar e qualidade da assistência prestada. Um dos relatos expressa de maneira contundente essa realidade:

O atendimento aos pacientes fica comprometido, pois tenho vivido momentos de angústia. Sofro agressões. Presencio a falta de empatia de muitos pacientes e familiares, que não reconhecem o desafio enfrentado. A convivência com a violência tem sido mais frequente com a pandemia. As pessoas reagem negativamente por trabalharmos com a covid-19. Emocio no com o reconhecimento, mas entristeço com a discriminação, falta de amor, compaixão e o não cumprimento do isolamento social, o que torna o trabalho de enfermagem ainda mais difícil.

Em um plano estrutural, o estudo aponta a violência organizacional como um dos principais agravantes do sofrimento dessas trabalhadoras, evidenciada pela precarização, pela exposição constante a ambientes insalubres e pela falta de reconhecimento profissional (Queiroz et al., 2021).

Defende-se que a compreensão dos riscos psicossociais é essencial nesse contexto, pois esse conceito se refere aos efeitos produzidos quando determinadas condições de trabalho ultrapassam a capacidade de enfrentamento das trabalhadoras, gerando repercussões que se expressam em diferentes dimensões da experiência humana. Conforme definido por Rodrigues, Faiad e Facas (2020), os riscos psicossociais não devem ser confundidos com os fatores de risco que os antecedem. Enquanto os fatores correspondem às condições organizacionais que aumentam a probabilidade de desgaste como sobrecarga, ritmo acelerado, insuficiência de pessoal, conflitos nas relações e limitações da autonomia, os

autor o comprehende como uma construção situada, que emerge das contradições do cotidiano, especialmente das experiências de sofrimento, precariedade, resistência e luta por conhecimento. Trata-se de uma subjetividade substantiva, ancorada na materialidade da existência e produzida no entrelaçamento entre emoção e simbolismo, dimensões por meio das quais o trabalhador elabora sentidos sobre sua dor e cria modos de persistir diante das adversidades.

riscos psicossociais dizem respeito aos efeitos resultantes dessa exposição prolongada, que se manifestam no corpo, nas emoções, nas interações sociais e na forma como o trabalho é vivido. No contexto de alta complexidade, demandas intensas e responsabilidades contínuas, esses riscos assumem especial relevância, pois as condições de trabalho podem intensificar vulnerabilidades e produzir efeitos cumulativos sobre quem atuou na linha de frente.

Diante disso, essas condições agravam o sofrimento psicossocial nas trabalhadoras que atuam nos contextos hospitalares. Em um relato presente no estudo de Melo *et al.* (2020, p. 4) torna-se evidente o sofrimento psíquico, decorrente das condições de trabalho frente à pandemia:

Por eu trabalhar num hospital de referência de doenças infectocontagiosas (...) o que me deixou mais impotente foi ver a solidão daquelas pessoas, principalmente os idosos, tinha certeza de não suportar (...) e isso estava me consumindo, já não conciliava meu sono, estava com o psicológico abalado, desencadeando ansiedade. Não estava bem, principalmente à noite.

No estudo de Silva *et al.*, (2023), aproximadamente 48,3% das participantes relataram diagnóstico de ao menos um transtorno mental, evidenciando a elevada prevalência de problemas de saúde entre as profissionais de enfermagem. Dentre os transtornos identificados, destacaram-se os de ansiedade (15,5%), caracterizados por medo e apreensão excessivos, aspectos que se alinham aos relatos de enfermeiras que, durante a pandemia, referiram sentir-se inseguras e temerosas em relação às suas famílias. Os transtornos depressivos, por sua vez, afetaram (12,1%) das profissionais, manifestando-se por meio de cansaço, desesperança e desmotivação, como expressos em falas que revelam o desejo de “esquecer o ambiente de trabalho”. Já a síndrome de *burnout* foi diagnosticada em 6,8% das profissionais, sendo descrita como esgotamento físico e emocional associado ao estresse crônico. Outros transtornos, ainda que menos prevalentes, também foram relatados, ampliando o espectro de comprometimento à saúde mental observado entre as trabalhadoras.

No estudo de Herculano *et al.* (2022), uma participante relatou ter desenvolvido quadro depressivo em decorrência da pandemia de covid-19, mencionando a necessidade de afastamento e o medo constante de contaminar familiares, sentimento descrito como “viver um filme de terror”.

Os relatos presentes nos estudos descritos acima, evidenciam a intensa carga emocional vivenciada pelas profissionais de enfermagem, que, além do cuidado técnico, exerceram funções afetivas essenciais, oferecendo escuta, acolhimento e presença nos momentos finais de vida dos pacientes. Essa dimensão do cuidado, tal como discute Merhy

(2007), integra as tecnologias leves do trabalho em saúde, que se constituem no encontro, na relação e na produção de vínculos entre trabalhador e usuário. Essas tecnologias expressam a essência da prática das enfermeiras, pois envolvem acolhimento, escuta e presença, elementos que não dependem de equipamentos, mas da capacidade de sustentar relações humanas em situações de extrema vulnerabilidade. Durante a pandemia, tais tecnologias assumiram relevância ainda maior, uma vez que o distanciamento físico, o isolamento hospitalar e a rápida deterioração dos quadros clínicos exigiram dessas profissionais não apenas habilidades técnicas, mas também sensibilidade para recriar modos de manter os vínculos entre pacientes, equipes e famílias. A convivência diária com a dor e morte intensificou sentimentos de exaustão e impotência.

Especificamente sobre a morte, os estudos apontam que o convívio rotineiro com uma doença até então desconhecida e associada a um elevado potencial de letalidade foi um fator agravante de sofrimento, gerando receios e insegurança. Nesse contexto, Foucault (1975), aponta que em períodos históricos marcados por epidemias, como lepras, peste e varíola, a morte era uma presença constante no cotidiano, integrando-se à experiência social como um evento familiar. Tal familiaridade não representava aceitação, mas sim a convivência inevitável com a finitude humana em contextos de vulnerabilidade coletiva. Similarmente, o advento da pandemia em 2019 resgatou essa experiência de convívio cotidiano com a morte, agora potencializada com a tecnologia e pela comunicação em massa.

Conforme isso, Cassiano, Oliveira e Santos (2022) demonstraram que a experiência pandêmica levou muitas trabalhadoras a ressignificarem aspectos cotidianos da vida, como o convívio familiar, o descanso e o cuidado de si. A privação dessas práticas, antes rotineiras, fez emergir uma consciência da fragilidade da existência e da importância de valorizar o presente, diante da constante incerteza em relação à morte.

A morte, nesse contexto, emerge como importante somatizador do sofrimento psíquico das enfermeiras, como evidenciado nas pesquisas de Silva *et al.* (2023a), Krautkenr, Cordeiro e Campelo (2023), Centenaro *et al.* (2023), Cassiano, Oliveira e Santos (2023), Oliveira *et al.* (2020), Silva *et al.* (2023b), Ribeiro *et al.* (2022), Queiroz *et al.* (2021), Souza, *et al.* (2023), Monteiro *et al.* (2024), Herculano et al. (2022) e Silva *et al.* (2024). Também foram relatados sofrimento moral e ético, decorrente de atuar em condições que contrariavam o sentido de cuidado, marcadas pela baixa escuta e pelo insuficiente apoio institucional. O estigma do “herói” dificultou a busca por ajuda psicológica e a legitimação da necessidade de cuidado emocional.

Sob a ótica de Becker (1973), o heroísmo constitui um mecanismo simbólico de defesa diante da consciência da morte, funcionando como uma forma de negação vital da finitude humana. O autor comprehende o heroísmo como uma necessidade existencial que impulsiona o indivíduo a buscar significado e permanência em um mundo marcado pela transitoriedade. Assim, o ato enérgico surge como uma tentativa de transcendência, uma “mentira vital” que protege o ser humano do terror da morte e sustenta sua capacidade de agir, criar e resistir. Aplicando essa perspectiva ao estigma de “herói” associado aos profissionais de enfermagem, observa-se que essa visão, ao invés de reconhecer sua humanidade, acabou por idealizar e romantizar o sofrimento, transformando o cuidado em um ato sobre-humano e inviabilizando as condições concretas de trabalho e desgaste emocional enfrentado.

A pesquisa de Centenaro et al. (2023, p. 8), corrobora essa ideia ao registrar o relato de uma participante:

[...] todos da saúde brincam: ‘sou herói’, ‘vamos vencer isso e vencer aquilo’. A gente não vê que, atrás da gente, tem uma família, que às vezes está prestes a se quebrar. E a gente vê que não é herói de nada. A gente é só um médico, uma enfermeira, um técnico... Lutando contra um ser invisível que a gente nem sabe o que é [...]

Embora o discurso midiático tenha consagrado a/o/s profissionais de saúde como “heróis”, essa narrativa não se traduziu em reconhecimento organizacional ou em condições adequadas de trabalho, mas evidenciou o contraste entre a idealização social e a realidade cotidiana das enfermeiras. No entanto, é possível compreender que, diante do enfrentamento diário da morte e da incerteza, a ideia de heroísmo expressa um tipo de mobilização subjetiva, descrita por Dejours (1987), relacionada à coragem necessária para sustentar a atividade em situações extremas. Trata-se menos de uma exaltação pública e mais da ativação de mecanismos de enfrentamento que permitem às trabalhadoras lidar com o risco, o medo e a imprevisibilidade do trabalho em contextos críticos.

Nos estudos de Reis et al. (2020); Melo et al. (2020); Oliveira et al. (2020) e Krautkenr, Cordeiro e Campelo (2023), evidencia-se que os impactos psicossociais entre as profissionais de enfermagem incluíram medo persistente de contrair a doença e, sobretudo, de contaminar familiares, além de sintomas de ansiedade e depressão, frequentemente agravados pelo contexto pandêmico. O estudo de Krautkenr, Cordeiro e Campelo (2023) mostra que, em muitos casos, o óbito dos pacientes era inevitável e repentino, intensificando o sentimento de impotência. Uma participante afirmou: “Paciente que entrava ao meio dia e, à noite, já estava

entubado. No outro dia, a gente chegava e já tinha ido a óbito.” (Krautkenr; Cordeiro; Campelo, 2023, p. 50)

As autoras destacam ainda que, em diversas situações, as enfermeiras se tornaram o único elo entre os pacientes e familiares, assumindo papel simbólico de mediação e acolhimento diante da impossibilidade de contato físico imposta pelo isolamento. Tal experiência é expressa no seguinte relato:

Eles entravam ali, muitos saíam e só viam a gente ali, todos os dias. E os que não saíam, o último contato deles era nós. Não tinha família, não tinha enterro depois, não tinha velório, na verdade. Então o último contato deles seria nós (Krautkenr; Cordeiro; Campelo, 2023, p. 53)

Fernandez *et al.* (2021) evidenciam que a ruptura dos vínculos afetivos e familiares foi um dos fatores mais marcantes de sofrimento. O distanciamento social imposto pelas medidas sanitárias impossibilitou o contato físico com familiares e pessoas próximas, intensificando sentimentos de isolamento e solidão em um período de grande sobrecarga emocional e laboral.

De modo complementar, Krautkenr, Cordeiro e Campelo (2023), evidenciam que, durante a pandemia, diante das restrições sanitárias que impiedam o contato direto entre pacientes e familiares, as profissionais de enfermagem desenvolveram estratégias de cuidado mediadas pela tecnologia, promovendo o contato entre paciente e familiares por meio de videochamadas a fim de ressignificar o sofrimento constante no ambiente hospitalar. Essa iniciativa demonstra uma ação intencional, orientada pela compaixão e pelo compromisso ético com o cuidado, na busca por humanizar a experiência de adoecimento em um contexto de profunda vulnerabilidade. Ao realizar essas mediações, as enfermeiras reafirmaram o valor relacional do cuidado, demonstrando capacidade de adaptação criativa e de atuação sensível mesmo diante das adversidades impostas pela crise sanitária.

Esse contexto de crise e adversidade foi observado em outro relato presente no estudo de Queiroz *et al.* (2021, p.7), onde, observa-se o cotidiano laboral das enfermeiras que atuavam na linha de frente:

[...] tive que lidar com a insalubridade, a exposição elevada à contaminação pelo coronavírus, e aumento do tempo de permanência no trabalho. Esses problemas institucionais não são novos, o ‘novo’ é a chegada da covid-19 que intensificou as faltas de condições dignas de trabalho e não atenção para os profissionais. É um cenário novo e difícil. É humanamente impossível um profissional de enfermagem sozinho, atender vinte pacientes, sem uma equipe completa e com insuficiência de materiais. Me aflige, gera impotência, insatisfação e não reconhecimento financeiro e social.

O cenário descrito no relato de Queiroz *et al.* (2021) expressa uma lógica que vai além das circunstâncias da pandemia. Antunes (2000) explica que a redução de equipes e a intensificação das tarefas fazem parte de uma forma contemporânea de gestão, que adota a produtividade como prioridade e transforma a precarização em estratégia. Para o autor, a demanda por “dar conta” do serviço com menos recurso não é consequência de falhas de organização, mas resultado de uma racionalidade que considera o trabalhador como variável de ajuste: reduz-se o número de pessoas e aumenta-se a exigência sobre quem permanece. Nesse modelo, o sofrimento não surge apenas pelo excesso de trabalho, mas pela responsabilidade deslocada do próprio indivíduo. Se tudo está faltando, é o trabalhador quem precisa compensar.

Além disso, essa precarização também é evidenciada nas formas de contratação, onde no estudo de Souza *et al.* (2023, p.8), aponta a inexistência de contratos formais, conforme relato:

[...] minha forma de contratação era serviço prestado. Inclusive, algo que me deixou bastante assim, chocada, foi que eu trabalhava com covid-19, eu peguei covid... tinha lá comprovado que eu realmente estava infectada, eu não fui trabalhar durante 10 dias e no meu salário final do mês foi descontado 10 dias, ou seja, eu trabalhava com isso, fui infectada muito provavelmente no meu trabalho e descontaram, porque eu era prestadora de serviços, ou seja, eu só recebo pelo meu trabalho prestado. Então isso aí foi algo que realmente eu fiquei incrédula, mas aconteceu e nos dois vínculos eu era prestadora de serviços [...].

Nesse sentido, Antunes (2000) explica que a expansão do trabalho em serviços no capitalismo é acompanhada pela fragilização dos vínculos, pela informalidade e pela responsabilização individual pelo resultado. Onde a organização se beneficia da disponibilidade de trabalhador, mas se exime de garantir condições dignas de trabalho e proteção social. O relato da participante exemplifica esse processo ao passo que, mesmo exposta à covid-19 no exercício de sua função, a remuneração foi descontada pelos dias de afastamento, reforçando a lógica apontada pelo autor de que, na prestação de serviços, o trabalhador é tratado como variável de ajuste.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente à centralidade do trabalho das enfermeiras no cuidado hospitalar, impõe-se a necessidade de refletir criticamente sobre as condições laborais que organizam esse contexto e moldam as experiências dessas profissionais. Posto isso, conforme Elias e Navarros (2006),

a organização do trabalho hospitalar reproduz, em grande medida, a lógica industrial capitalista, sustentada na fragmentação das tarefas, na rigidez hierárquica e na busca incessante por produtividade. Inspirados nos princípios do taylorismo e do fordismo, o cuidado em saúde é frequentemente transformado em um conjunto de atividades padronizadas e repetitivas, que limitam a autonomia profissional e esvaziam o sentido simbólico do trabalho, resultando na alienação do trabalho e, por consequência, na perda subjetiva do labor.

Em contraponto a isso, o anti-taylorismo, conforme proposto por Campos (2000), constitui o fundamento conceitual do método da roda e configura-se como uma crítica profunda à racionalidade gerencial hegemônica derivada do taylorismo. Em contraposição a essa lógica, o anti-taylorismo propõe uma organização democrática e participativa do trabalho, pautada na co-gestão, na autonomia e na valorização dos sujeitos. Nessa perspectiva, o trabalho é compreendido como espaço de criação e constituição humana, e não apenas como meio de produção, favorecendo o fortalecimento dos coletivos e a construção de relações horizontais, nas quais o diálogo e o compartilhamento de decisões substituem o controle e a hierarquia. Assim, o anti-taylorismo representa uma ruptura política com os modelos tradicionais de gestão, promovendo a humanização das instituições e a democratização das práticas organizacionais.

No campo da saúde pública, o método da roda dialoga diretamente com os pressupostos normativos do SUS, que reconhece o trabalhador como sujeito de direitos e participante do processo de cuidado. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, estabelece como competência do SUS a execução de ações voltadas à saúde do trabalhador, consolidando-a como direito fundamental e dever do Estado (Brasil, 1988). Em consonância, a Lei nº 8080/90, no §3º do artigo 6º, define a saúde do trabalhador como um conjunto de atividades voltadas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, realizadas por meio de ações integradas de vigilância epidemiológica e sanitária, orientadas à prevenção de riscos e agravos decorrentes das condições de trabalho (Brasil, 1990). Nessa mesma direção, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNSTT), instituída pela portaria nº 1.823/2012, estabelece diretrizes para a vigilância e prevenção de agravos relacionados ao trabalho, propondo ações que contemplem a integralidade da saúde do trabalhador e a articulação intersetorial das políticas públicas (Brasil, 2012).

À luz desses ordenamentos jurídicos, faz-se necessário a comparação do trabalho prescrito e trabalho real proposto por Dejours (1997), onde há o distanciamento entre ambos. No contexto do trabalho na saúde pública, esse conflito ainda é mais complexo, pois existem

dois prescritos em disputa: o prescrito institucional do SUS, orientado pelo cuidado integral e humanizado, e o prescrito neoliberal, que opera pela escassez, redução de recursos e intensificação do trabalho.

Ressalta-se que a crítica de Elias e Navarro (2006), à lógica taylorista do hospital dialoga diretamente com o anti-taylorismo proposto por Campos (2000). Enquanto Elias e Navarro mostram como a fragmentação das tarefas e a hierarquia rígida produzem alienação, Campos (ob. cit.) oferece um contraponto ao defender que o trabalho em saúde deve ser organizado pela cogestão e pela participação dos trabalhadores. Assim, enquanto o modelo taylorista reduz o sujeito a executor de tarefas, o modelo anti-taylorista o reconhece como agente do processo de cuidado, aproximando o trabalho real daquele que é eticamente prescrito pelos princípios do SUS.

Diante desse cenário, torna-se urgente repensar a organização de saúde pública, de modo que o cuidado não se limite ao paciente, mas que alcance aqueles que o oferecem. A recente alteração do artigo 7º da lei 8080 (Brasil, 1990), que incluiu o princípio da atenção humanizada entre as diretrizes da política de saúde (Brasil, 2025), representa um avanço social. Mais do que um dispositivo legal, ela reforça a necessidade de reconstruir práticas institucionais que valorizem o trabalhador como sujeito do cuidado, reconhecendo que não há humanização possível onde o próprio profissional é desumanizado. Para que a humanização exista de fato, ela precisa estar presente no cotidiano laboral; não é cabível exigir cuidado ao usuário se a própria profissional está submetida a práticas que a esgotam.

Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006), reforçam que a humanização no ambiente hospitalar requer relações pautadas no respeito, na colaboração e no cuidado mútuo. A implementação de espaços de escuta e suporte psicológico, aliada ao incentivo às práticas integrativas, constitui um caminho promissor para promover a saúde integral das trabalhadoras e, simultaneamente, a qualidade da assistência prestada.

Os estudos de Herculano *et al.* (2022), Monteiro *et al.* (2024), Queiroz *et al.* (2021), Silva *et al.* (2024) e Oliveira *et al.* (2020) evidenciam a importância de um olhar contínuo de cuidado e apoio às profissionais que estiveram na linha de frente durante a pandemia de covid-19. As autoras ressaltam que medidas como suporte psicológico, a escuta, o acolhimento, e o reconhecimento institucional constituem práticas indispensáveis para a preservação da saúde integral dessas trabalhadoras. Tais ações reforçam o princípio de oferecer o cuidado a quem cuida, reafirmando o dever social das instituições e da sociedade em reconhecer o valor humano e profissional das enfermeiras, cujas vivências e contribuições

permanecem como legado e aprendizado para o fortalecimento das políticas de saúde e das relações de cuidado no pós-pandemia.

Mesmo após cinco anos do início da pandemia, persistem marcas dessa experiência, evidenciando a necessidade de políticas e práticas institucionais de cuidado e humanização direcionadas às profissionais de enfermagem, como condição para a promoção de saúde, a prevenção de adoecimento e o reconhecimento do valor social do seu trabalho. O cuidado, nesse contexto, deve ser compreendido para além das tecnologias aplicadas em saúde, envolvendo reconhecimento do trabalho vivo em ato que caracteriza a prática cotidiana dessas profissionais.

Esta pesquisa evidenciou que os impactos psicossociais da pandemia de covid-19 sobre as profissionais de enfermagem ultrapassam o contexto emergencial e permanecem como marcas que atravessam o cotidiano e as organizações de trabalho dessa categoria. As experiências analisadas revelaram que o sofrimento não se limita às condições impostas pelo vírus, mas está enraizado em estruturas históricas de desigualdade, na organização do trabalho e na forma como o cuidado é socialmente compreendido.

Dessa forma, defende-se a efetivação das políticas e leis que asseguram a saúde do trabalhador, especialmente aquelas previstas na lei nº 8080 (Brasil, 1990). Urge que tais prescrições sejam implementadas de forma concreta, de modo que o trabalho real das profissionais reflita os princípios estabelecidos que orientam o SUS. Ignorar esses ordenamentos e manter práticas que distanciam o cotidiano laboral dos ideais do sistema de saúde pública configura uma forma de anti-SUS, expressão que, em analogia ao anti-taylorismo proposto por Campos (2000), denuncia a persistência de modelos de gestão desumanizados e contrários à lógica do cuidado.

Por fim, reconhece-se que esta pesquisa apresenta limitações quanto aos critérios previstos no PRISMA, sendo que nem todos os itens foram contemplados em sua totalidade. Essa ausência decorre do escopo e do tempo estabelecido para o desenvolvimento do estudo, o que implicou priorizar as etapas centrais do protocolo.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.** São Paulo: Cortez, 20000. Disponível em:

<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=DWVREQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=Adeus+ao+trabalho%3F+Ensaio+sobre+as+metamorfoses+e+a+centralidade+do+mundo+do+trabalho.&ots=ouf1SRDZ2r&sig=fL2j6AL3v4UUpAUT_eFxIFg_mI&redir_esc=y#v=onepage&q=Adeus%20ao%20trabalho%3F%20Ensaio%20sobre%20as%20metamorfoses%20e%20a%20centralidade%20do%20mundo%20do%20trabalho.&f=false>. Acesso em 20 set. 2025

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson D.; LUNARDI, Valéria Lerch. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, p. 221-227, 2006.

BARRETO, Tárcia Millene de Almeida Costa; KUYA, Soraya Uevelin; TONELLO, Luciana Márcia Rodrigues. Desafios e oportunidades dos profissionais de enfermagem na vacinação contra covid-19. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 15, n.1, p. 1-7 2024. Disponível em: <https://enfermoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-15-e-2024161/2357-707X-enfoco-15-e-2024161.pdf>. Acesso em 11 set. 2025

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo**. Tradução de Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

BECKER, Ernest. **A negação da morte**. Rio de Janeiro: Record, 1973.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 10 jul. 2025

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020**. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 mar. 2020, n. 55-C. Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/dlg6-2020.htm>. Acesso em 05 jul. 2025

BRASIL. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências**.

Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 jun. 1987. Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm>. Acesso em 05 ago. 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir um Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 16 dez. 2016. Seção 1. Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em 02 ago. 2025

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm>. Acesso em 05 ago. 2025

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em 20 jun. 2025

BRASIL. Lei nº 15.126, de 28 de abril de 2025. Altera a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para estabelecer a atenção humanizada como princípio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 abr. 2025. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2025/Lei/L15126.htm#art1>. Acesso em 15 set. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 ago. 2012. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.gestao.gov.br/bitstream/123456789/980/1/Portaria%201823%20-%20PNSTT.pdf>> Acesso em 02 set. 2025

BRASIL. Ministério do Trabalho. Portaria nº3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Norma Regulamentadora nº 6 (Equipamento de Proteção Individual - EPI). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 6 jul. 1978. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarIntegra?codteor=333673&filename=LegislacaoCitada%20INC%205891/2005>. Acesso em 02 set. 2025

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em 07 ago. 2025

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000. Disponível em: <<https://dokumen.pub/um-metodo-para-analise-e-co-gestao-de-coletivos-versao-nova-2anbsped-8527105314.html>>. Acesso em 08 ago. 2025

CARLOTO, Cassia Maria. O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 3, n. 2, p. 201-213, 2001. Disponível em: <https://www.academia.edu/24178441/O_CONCEITO_DE_G%C3%83NERO_E_SUA_IMPORT%C3%82NCIA_PARA_A_AN%C3%81LISE_DAS_RELAC%C3%87%C3%95ES_SOCIAIS>. Acesso em 07 set. 2025

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil**. Estudos avançados, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em 15 ago. 2025

CASSIANO, Carolina; OLIVEIRA, Priscila Andreja; SANTOS, Álvaro da Silva. **Covid-19: processo de trabalho da equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**.

Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, São Paulo, v. 26, n.1 e238612, 2023. Disponível em: <<https://revistas.usp.br/cpst/article/view/196969>>. Acesso em 19 set. 2025

CENTENARO, Alexa Pupiara Flores Coelho et al. Cotidiano e desafios da enfermagem em unidades hospitalares COVID-19: perspectiva dos profissionais. **Revista Cuidarte**, Cúcuta, v.14, n.2, e2412, 2023. Disponível em:

<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1443053>>. Acesso em 26 out. 2025

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Gênero, saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n.3, p. 345-348, 2005. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reben/a/xWX6N8BkKsm4bcMhXBLCdQp/?format=html&lang=pt>>. Acesso em 12 out. 2025

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 22, n.1, p. 57-63, 1988. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rsp/a/jSj9cfJhsNcjyBfG3xDbyfN/?format=html&lang=pt>>. Acesso em 14 ago. 2025

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 1999. Disponível

em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=k7OhsrX1quIC&oi=fnd&pg=PA_11&dq=A+banaliza%C3%A7%C3%A3o+da+injusti%C3%A7a+social&ots=qo37vXxWjp&sig=so2wvbjNDcdCsB56U4tctgk3mjk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>. Acesso em 15 ago. 2025

DEJOURS, Christophe. **Psicodinâmica do trabalho: casos clínicos**. Porto Alegre: Dublinense, 2017. Disponível em:

<<https://dokumen.pub/psicodinamica-do-trabalho-casos-clinicos-9788583180647-9788583180685-9788583180708.html>>. Acesso em 15 ago. 2025

ELIAS, Marisa Aparecida; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, p. 517-525, 2006. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rlae/a/pqMqTKMtvdrwPbdKd4kWC9b/?format=html&lang=pt>>.

Acesso em 15 out. 2025

FERNANDEZ, Michelle et al. Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à covid-19 no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n.4, e201011, 2021. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rHQ55dwmfK5WCSGS8xDpyDt/?lang=pt>>. Acesso em 26 set. 2025

FIGUERÊDO, Raiza Barros de; CRUZ, Fatima Maria Leite. Psicologia: profissão feminina? A visão dos estudantes de Psicologia. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 25,n.2, p. 803-828, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ref/a/9kBC9cLnfsfxKW3xNwtVtTd/?format=html&lang=pt>>. Acesso em 07 set. 2025.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento do hospital**. In: FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 57-64. Disponível em: <https://www.nodo50.org/insurgentes/biblioteca/A_Microfisica_do_Poder_-_Michel_Foucault.pdf>. Acesso em 25 ago. 2025

GALVÃO, Maria Cristiane Barbosa; RICARTE, Ivan Luiz Marques. **Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação**. Logeion: Filosofia da informação, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 57-73, 2019. Disponível em: <<https://sites.usp.br/dms/wp-content/uploads/sites/575/2019/12/Revis%C3%A3o-Sistem%C3%A1tica-de-Literatura.pdf>>. Acesso em 02 ago. 2025

GONÇALVES, José Ernesto Lima. Estrutura organizacional do hospital moderno. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, 1998. Disponível em: <<https://periodicos.fgv.br/rae/article/view/37820>>. Acesso em 22 ago. 2025

GONZÁLEZ REY, Fernando Luiz. Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Thomson Pioneira, 2002.

HAGOPIAN, Ellen Maria et al. Identidades profissionais em construção: conjecturas sobre a enfermagem no pós-pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Salvador, v.35, e42883, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.usp.br/item/003039429>>. Acesso em 13 set. 2025

HERCULANO, Marta Maria Soares et al. Vivência dos profissionais de enfermagem em emergência obstétrica de alto risco frente à pandemia da COVID-19. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, n. spe, p. e20210496, 2022. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1380665>>. Acesso em 12 out. 2025

HIRATA, Helena. **Nova divisão sexual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade**. São Paulo: Boitempo, 2002. Coleção Mundo do Trabalho.

KRAUTKENR, Mirele Viégas Moura; CORDEIRO, Franciele Roberta; CAMPELO, Helena da Cruz. Cuidado de enfermería a las personas al final de su vida por COVID-19 en la unidad de cuidados intensivos: Experiencias de profesionales. **Revista Chilena de Enfermería**, Santiago, v. 5, n. 1, 2023. Disponível em: <<https://estudiosdeadministracion.uchile.cl/index.php/RCHE/article/view/69945>>. Acesso em 22 set. 2025

LAURELL, Asa Cristina. **A saúde-doença como processo social**. In: Nunes Everardo Duarte (Org.) Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983. p. 135-158. Disponível em:

<https://unansas2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf>. Acesso em 12 ago. 2025

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

MARX, Karl. **O capital**. v.1. São Paulo: Civilização Brasileira, 1975.

MELO, Geórgia Alcântara Alencar et al. Benefícios da auriculacupuntura em profissionais de enfermagem atuantes na COVID-19 à luz da Teoria do Conforto. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. spe, e20200311, 2020. Disponível em:

<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1140004>>. Acesso em 22 set. 2025

MENDES, Eugênio Vilaça. **Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Saúde debate, v. 52, p. 38-49, 2014. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunoes-e-resumos/2014/dezembro/1-b-divulgacao-52.pdf#page=40>>.

Acesso em 06 de ago. 2025

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONTEIRO, Wagner Ferreira et al. Sofrimento emocional vivenciado por profissionais de enfermagem em situação de crise sanitária. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 29, e92625, 2024. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1582134>>. Acesso em 10 out. 2025

NARVAZ, Martha Giudice. **Gênero: para além da diferença sexual - revisão da literatura**. Aletheia, Canoas, n.32, p. 68-81, 2010. Disponível em: <<http://posgrad.ulbra.br/periodicos/index.php/aletheia/article/view/3530>>. Acesso em 02 ago. 2025.

NEVES, Ilidio Roda. **De centro de reabilitação a Cerest: análise de um centro de referência regional em saúde do trabalhador no interior do Mato Grosso do Sul**. Tese de doutorado. PUC-SP, 2013. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17029/1/ILIDIO%20RODA%20NEVES.pdf>>. Acesso em 15 out. 2025

OLIVEIRA, Caio Bismarck Silva de et al. Discursividade de profissionais de enfermagem sobre tecnologias leves na assistência a pacientes hospitalizados com covid-19. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 37, e49183-e49183, 2023. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/49183>>. Acesso em 20 set. 2025

OLIVEIRA, Heloisa Sousa et al. Desafios da enfermagem em uma unidade de transplantes ante a Covid-19. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.25 p. 219-226, 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/ru/biblio-1141399>>. Acesso em 26 set. 2025

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, London, v.372, n.71, 2021. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n71>>. Acesso em 26 ago. 2025

PAIM, Jairnilson Silva. **Atenção à saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6539/1/Paim%20JS.%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20a%20saude.%202004.pdf>>. Acesso em 13 ago. 2025

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira : contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>>. Acesso em 12 ago. 2025

POMPEU, Eriton; SLOVIC, Anne. Desafios da Segurança da Saúde Global em tempos de pandemia: O acesso a Equipamentos de Proteção Individual na crise da covid-19. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n.2, e230331pt, 2023. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/sausoc/2023.v32n3/e230331pt/>>. Acesso em 21 out. 2025

QUEIROZ, Aline Macêdo et al. O ‘NOVO’da COVID-19: impactos na saúde mental de profissionais de enfermagem? **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, eAPE02523, 2021. Disponível em: <https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-34-eAPE02523/1982-0194-ape-34-eAPE02523.pdf>. Acesso em 15 out. 2025

REIS, Luciene Maria dos et al. Atuação da enfermagem no cenário da pandemia COVID-19. **Nursing - Edição Brasileira**, São Paulo, v. 23, n. 269, p. 4765-4772, 2020. Disponível em: <<https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/975>> Acesso em 16 set. 2025

RIBEIRO, Anesilda Alves de Almeida et al. Impactos da pandemia COVID-19 na vida, saúde e trabalho de enfermeiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, p. eAPE01046, 2022. Disponível em: <<https://repositorio.usp.br/item/003116490>>. Acesso em 10 set. 2025

RODRIGUES, Carlos Manoel Lopes; FAIAD, Cristiane; FACAS, Emílio Peres. Fatores de risco e riscos psicossociais no trabalho: definição e implicações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 36, p. e36nspe19, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ptp/a/JXLWrsLFmp8hFpb8GQ3yTxG/?format=html&lang=pt>>. Acesso em 20 out. 2025

SCOTT, Joan Wallach; LOURO, Guacira Lopes; SILVA, Tomaz Tadeu da. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica de Joan Scott**. Educação & realidade, Porto Alegre. v. 20, n. 2 jul./dez. 1995. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/257862/000037108.pdf>>. Acesso em 15 set. 2025

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011. Disponível em:

<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=BBxkEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=Trabalho+e+desgaste+mental:+o+direito+de+ser+dono+de+si+mesmo.&ots=AHj5Eet5rC&sig=pTtt43YOWkukrC7UCKxv6cmbQ_s&redir_esc=y#v=onepage&q=Trabalho%20e%20desgaste%20mental%3A%20o%20direito%20de%20ser%20dono%20de%20si%20mesmo.&f=false>. Acesso em 15 set. 2025.

SILVA, Bruno Neves da et al. Estrutura das representações sociais da enfermagem sobre a morte decorrente da COVID-19. **Revista Cuidarte**, Cúcuta, v. 14, n. 1, e2285, 2023. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1428632>>. Acesso em 11 set. 2025

SILVA, Juliette Nobre dos Santos et al. Vivências de profissionais de enfermagem quanto ao cuidado crítico a pacientes com covid-19. **Enferm Foco**, Brasília, v. 15, e2024145, 2024. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/enl/biblio-1588382>>. Acesso em 12 set. 2025

SILVA, Lívia Silveira et al. Contextos de saúde e trabalho de profissionais de enfermagem em tempos de pandemia de COVID-19. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 44, e525556, 2023. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1430295>>. Acesso em 28 set. 2025

SILVA, Marcelo José de Souza; SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n.1, e290102, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/7jH6HgCBkrmFm7RdwkNRHfm/?lang=pt>>. Acesso em 05 set. 2025

SOUZA, Diego de Oliveira et al. O trabalho de Enfermagem a partir da experiência de enfermeiras da linha de frente contra Covid-19: na trilha da precarização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 27, e230021, 2023. Disponível em: <<https://interface.org.br/press-release-scielo-precarizacao-do-trabalho-e-adoecimento-marca-m-as-experiencias-das-trabalhadoras-de-enfermagem-da-linha-de-frente-contra-a-covid-19/>>. Acesso em 10 out. 2025

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. Saúde pública ou saúde coletiva. **Revista Espaço Saúde**, Londrina, v. 15, n. 4, p. 7-21, 2014. Disponível em: <https://www.espp.pr.gov.br/sites/escola-saude/arquivos_restritos/files/migrados/File/saude_publica_4.pdf>. Acesso em 08 jul. 2025

TEODORO, Cássia de Jesus et al. Resiliência em enfermeiros da atenção terciária à saúde no contexto da pandemia Covid-19. **Research, Society and Development**, Itajubá, v. 11, n. 6, e43311629089-e43311629089, 2022. Disponível em: <<https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/29089>>. Acesso em 25 set. 2025

UOL. ÍNTÉGRA DA REUNIÃO MINISTERIAL: ASSISTA AO VÍDEO COMPLETO.
YouTube, 23 maio 2020. 1h55min. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=6cg5AAcijv4&t=3188s>>. Acesso em 21 out. 2025.