



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA, GEOCIÊNCIAS E SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE
DO TRABALHADOR**

JULIANA SALVADOR DE LIMA SANTOS

**ESTUDO DAS REDES DE MULHERES QUE ATUAM EM SERVIÇO DE SAÚDE DE
ALTA COMPLEXIDADE NO TRIÂNGULO MINEIRO**

UBERLÂNDIA

2025

JULIANA SALVADOR DE LIMA SANTOS

**ESTUDO DAS REDES DE MULHERES QUE ATUAM EM SERVIÇO DE SAÚDE DE
ALTA COMPLEXIDADE NO TRIÂNGULO MINEIRO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, do Instituto de Geografia, Geociências e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Uberlândia.

Linha de pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientador: Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão

UBERLÂNDIA

2025

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

S237 2025	Santos, Juliana Salvador de Lima, 1987- ESTUDO DAS REDES DE MULHERES QUE ATUAM EM SERVIÇO DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE NO TRIÂNGULO MINEIRO [recurso eletrônico] / Juliana Salvador de Lima Santos. - 2025. Orientador: Ailton de Souza Aragão. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Modo de acesso: Internet. Disponível em: http://doi.org/10.14393/ufu.di.2025.391 Inclui bibliografia. 1. Geografia médica. I. Aragão, Ailton de Souza, 1974-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título. CDU: 910.1:61
--------------	--

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

16/06/2025, 10:58

SEI/UFU - 6305351 - Ata de Defesa - Pós-Graduação



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
 Trabalhador
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: 34-3239-4591 - ppgsat@igesc.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional PPGSAT				
Data:	28/04/2025	Hora de início:	09h:00	Hora de encerramento:	10h:45
Matrícula do Discente:	12112GST016				
Nome do Discente:	Juliana Salvador de Lima Santos				
Título do Trabalho:	ESTUDO DAS REDES DE MULHERES QUE ATUAM EM SERVIÇO DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE NO TRIÂNGULO MINEIRO				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se em web conferência, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores(as) Doutores(as):

Nome completo	Departamento/Faculdade de origem
Gerusa Gonçalves Moura	UFU/ICHPO
Luiza Maria de Assunção	UEMG/DCHS
Ailton de Souza Aragão (Orientador da candidata)	UFTM/Saúde Coletiva

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Dr. Ailton de Souza Aragão apresentou a Comissão Examinadora a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos examinadores, que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

APROVADA

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Ailton de Souza Aragão, Usuário Externo**, em 05/05/2025, às 17:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

https://www.sei.ufu.br/sei/controlador.php?acao=procedimento_trabalhar&acao_origem=procedimento_controlar&acao_retorno=procedimento_co... 1/2

16/06/2025, 10:58

SEI/UFU - 6305351 - Ata de Defesa - Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Luiza Maria de Assunção, Usuário Externo**, em 19/05/2025, às 12:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gerusa Gonçalves Moura, Professor(a) do Magistério Superior**, em 19/05/2025, às 18:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **6305351** e o código CRC **8525ECC2**.

Dedico este trabalho à minha família, base sólida da minha vida, que sempre acreditou em mim mesmo quando eu duvidei. Aos meus pais, pelo amor, ensinamentos e por me mostrarem, com seu exemplo, o valor da dedicação e da honestidade. Aos meus filhos, por serem minha inspiração diária para nunca desistir.

E especialmente a todos os profissionais da enfermagem, que, com coragem e empatia, enfrentam os desafios diários do cuidado. Este trabalho é por vocês e para vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela força e sabedoria concedidas durante toda essa trajetória.

Aos meus familiares, pelo amor incondicional, apoio e compreensão nos momentos de ausência e dedicação.

Ao meu orientador Dr. Ailton de Souza Aragão, pela paciência, orientação firme e generosa, que foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Aos colegas e amigos que estiveram comigo durante o percurso acadêmico, pelas trocas, aprendizados e incentivos

A todos os profissionais da saúde que participaram da pesquisa, pela disponibilidade e por compartilharem suas experiências com tanta sinceridade.

E, finalmente, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste sonho. Muito obrigada!

"A enfermagem é a arte de cuidar com ciência, coragem e compaixão."

Florence Nightingale.

RESUMO

Introdução: As atividades laborais, especialmente na área da saúde, expõem os trabalhadores a situações de sofrimento, lesões e ao adoecimento físico, mental e social. Quando analisadas sob a ótica de gênero, essas vulnerabilidades tornam-se ainda mais evidentes, especialmente para as mulheres, que enfrentam sobrecargas e desigualdades historicamente construídas no ambiente de trabalho. **Objetivo:** Compreender a conformação das redes sociais pessoais, segundo o modelo de Sluzki, de trabalhadoras de um hospital de referência regional no Triângulo Mineiro, sob a perspectiva da construção social do adoecimento. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, exploratório, de abordagem qualitativa, que busca compreender os valores culturais e as representações sociais sobre saúde, trabalho e gênero, além das relações estabelecidas entre os sujeitos no contexto institucional da saúde. A pesquisa utilizou um questionário sociodemográfico, aliado à adaptação do Mapa de Redes de Sluzki (1997), na forma de Mapa Mínimo de Rede, aplicado presencialmente a 14 participantes no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU), entre janeiro e março de 2024. **Resultados e Discussão:** Das entrevistadas, mais de 50% possuem entre 26 e 35 anos. A maioria se autodeclara branca (n = 11), é casada (n = 7) e tem pelo menos um filho (n = 8). Em relação à formação, 10 têm ensino superior Enfermagem ou mais, e outras 4 têm técnico de Enfermagem, 12 atuam em regime de 36 horas semanais e estão na instituição há menos de cinco anos. Além disso, 13 afirmaram praticar atividades físicas ao menos uma vez por semana. Os Mapas de Relacionamento demonstram redes sociais diversas, com variações no número de pessoas por camada e quadrante, evidenciando diferentes níveis de apoio e convívio social. **Conclusão:** As redes sociais de apoio, tanto no contexto comunitário quanto no ambiente de trabalho, exercem papel fundamental na promoção da saúde mental das trabalhadoras da área da saúde, podendo atuar como fator de proteção frente às adversidades e ao adoecimento relacionado ao trabalho.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Saúde ocupacional; Mapa de rede de Sluzki.

ABSTRACT

Introduction: Work activities, especially in the health area, expose workers to situations of suffering, injuries, and physical, mental, and social illness. When analyzed from a gender perspective, these vulnerabilities become even more evident, especially for women, who face overloads and inequalities historically constructed in the work environment. **Objective:** To analyze the formation of personal social networks, according to the Sluzki model, of workers at a regional reference hospital in the Triângulo Mineiro region, from the perspective of the social construction of illness. **Methodology:** This is a cross-sectional, exploratory study with a qualitative approach that seeks to understand the cultural values and social representations about health, work, and gender, in addition to the relationships established between the subjects in the institutional context of health. The research used a sociodemographic questionnaire, combined with the adaptation of Sluzki's Network Map (1997), in the form of a Minimum Network Map, applied in person to 14 participants at the Hospital de Clínicas of the Federal University of Uberlândia (HCU), between January and March 2024. **Results and Discussion:** Of the interviewees, more than 50% are between 26 and 35 years old. The majority declare themselves white ($n = 11$), are married ($n = 7$) and have at least one child ($n = 8$). Regarding education, 10 have higher education or more, 12 work 36 hours a week and have been at the institution for less than five years. In addition, 13 stated that they practice physical activities at least once a week. The Relationship Maps demonstrate diverse social networks, with variations in the number of people per layer and quadrant, evidencing different levels of support and social interaction. **Conclusion:** Social support networks, both in the community context and in the workplace, play a fundamental role in promoting the mental health of female healthcare workers, and can act as a protective factor against adversities and work-related illness.

Keywords: Women's health, Occupational health, Sluzki network map.

LISTA DE SIGLAS

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa.

HCU – Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

IGESC – Instituto de Geografia, Geociência e Saúde Coletiva

MEC – Ministério da Educação

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres

PPGSAT – Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

RSP – Rede Social Proximal

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e esclarecido

UFTM- Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UFU – Universidade Federal de Uberlândia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Mapa de Rede Social Proximal, conforme C. Sluzki (1997)	29
Figura 2. Quadrante família, Lavanda (Uberlândia, 2024)	38
Figura 3. Quadrante amizade, Rosa (Uberlândia, 2024)	41
Figura 4. Quadrante amizade, Iris (Uberlândia, 2024)	41
Figura 5. Quadrante amizade, Azaleia (Uberlândia, 2024)	41
Figura 6. Quadrante amizade, Flor De Lótus (Uberlândia, 2024)	42
Figura 7. Quadrante amizade, Violeta (Uberlândia, 2024)	43
Figura 8. Quadrante amizade, Jasmim (Uberlândia, 2024)	44
Figura 9. Quadrante família, Margarida (Uberlândia, 2024)	46
Figura 10. Quadrante família, Flor de Lótus (Uberlândia, 2024)	46
Figura 11. Quadrante família, Lila (Uberlândia, 2024)	47
Figura 12. Quadrante família, Iris (Uberlândia, 2024)	49
Figura 13. Quadrante família, Malva (Uberlândia, 2024)	50
Figura 14. Quadrante família, Gardênia (Uberlândia, 2024)	50
Figura 15. Quadrante família, Lavanda (Uberlândia, 2024)	51
Figura 16. Quadrante família, Rosa (Uberlândia, 2024)	53
Figura 17. Quadrante família, Iris (Uberlândia, 2024)	54
Figura 18. Quadrante família, Jasmim (Uberlândia, 2024)	54
Figura 19. Quadrante trabalho, Jasmim (Uberlândia, 2024)	55
Figura 20. Quadrante trabalho, Margarida (Uberlândia, 2024)	56
Figura 21. Quadrante trabalho, Petúnia (Uberlândia, 2024)	56
Figura 22. Quadrante trabalho, Iris (Uberlândia, 2024)	57
Figura 23. Quadrante trabalho, Dália (Uberlândia, 2024)	57
Figura 24. Quadrante rede comunitária, Petúnia (Uberlândia, 2024)	60
Figura 25. Quadrante rede comunitária, Margarida (Uberlândia, 2024)	60

Figura 27. Quadrante rede comunitária, Jasmin (Uberlândia, 2024)	61
Figura 28. Quadrante rede comunitária, Malva (Uberlândia, 2024)	62
Figura 29. Quadrante rede comunitária, Dália (Uberlândia, 2024)	63
Figura 30. Quadrante rede comunitária, Lila (Uberlândia, 2024)	63
Figura 31. Quadrante rede comunitária, Camélia (Uberlândia, 2024)	64
Figura 32. Quadrante rede comunitária, Lavanda (Uberlândia, 2024)	64
Figura 33. Quadrante rede comunitária, Gardênia (Uberlândia, 2024)	65
Figura 34. Quadrante rede comunitária, Flor De Lótus (Uberlândia, 2024).	66
Figura 35. Quadrante rede comunitária, Dália (Uberlândia, 2024)	66

Sumário

Introdução	14
Capítulo 1- A Enfermagem E A Construção Histórica Do Cuidado.....	16
1.1. Enfermagem Entre Técnica, Invisibilidade E Resistência.....	17
1.2. Interseccionalidade E O Trabalho Das Mulheres Negras	18
1.3. A Pressão Do Ambiente Hospitalar	20
1.4. Políticas Públicas E O Papel Das Instituições	23
1.5. Redes De Apoio: Cuidar De Quem Cuida	25
1.6. Metodologia: Local Da Pesquisa, Participantes, Método E Procedimentos De Análise 27	
1.7. Quanto Aos Objetivos E Seu Retorno.	32
Capítulo 2 – Perfil Das Participantes.....	33
2.1. <i>Um Retrato Da Sobrecarga E Da Resistência Feminina</i>	36
Capítulo 3 – As Redes Sociais Pessoais Das Participantes.....	37
Considerações Finais	70
Referências	73

INTRODUÇÃO

A enfermagem, por sua trajetória histórica vinculada ao cuidado, está marcada por relações sociais profundamente atravessadas pelas desigualdades estruturais presentes na sociedade brasileira, como as de gênero. Desde os primeiros momentos de sua constituição no país, o trabalho das mulheres nessa área vem sendo afetado por aspectos de gênero, raça e classe, o que contribui para processos contínuos de invisibilidade, precarização, mas, sobretudo, de resistência e de enfrentamento. De acordo com Silva et al. (2021), essas desigualdades estão presentes no discurso da enfermagem brasileira, revelando contradições entre a prática profissional e os ideais de compromisso social e equidade que fundamentam o campo. Ribeiro et al. (2022) também evidenciam que a identidade profissional da enfermeira ainda é percebida socialmente por meio de estigmas que reforçam a feminilização do cuidado e a subvalorização da categoria, especialmente no âmbito da Atenção Primária, onde a proximidade com as desigualdades sociais é mais evidente.

Essa realidade se mostra ainda mais evidente no cotidiano de técnicas e enfermeiras que atuam em instituições públicas de ensino e assistência, como é o caso da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Nesse cenário, tornam-se visíveis as contradições do sistema de saúde, que exigem dessas trabalhadoras não apenas competências técnicas, mas também resistência diante das fragilidades institucionais que atravessam suas rotinas. Conforme analisa Lopes (2009), os sujeitos inseridos nas instituições contemporâneas são constantemente interpelados por exigências que ultrapassam os limites do fazer técnico, demandando envolvimento subjetivo intenso, capacidade de lidar com situações ambíguas e resistência frente ao esvaziamento simbólico das relações de trabalho. Cenários que demonstram que o trabalho dessas profissionais é atravessado por relações sociais complexas, influenciadas por hierarquias institucionais, divisão de tarefas e distribuição desigual de poder, especialmente em ambientes hospitalares de alta complexidade. Mestoy et al. (2014) evidenciam que, no ambiente hospitalar, os desafios da liderança de enfermagem incluem lidar com conflitos decorrentes dessas estruturas hierárquicas rígidas, o que demanda das líderes habilidades específicas para equilibrar autoridade, escuta e mediação em contextos de alta pressão.

A perspectiva interseccional proposta por Crenshaw (2002) contribui para evidenciar como os marcadores de gênero e raça atuam de forma entrelaçada na conformação das experiências laborais, produzindo formas de exclusão, silenciamento e vulnerabilização que muitas vezes se expressam de maneira naturalizada. Na enfermagem, essas opressões se tornam ainda mais evidentes, dada a predominância de mulheres muitas delas negras que atuam em

funções de cuidado historicamente desvalorizadas, embora indispensáveis ao funcionamento do sistema de saúde.

A Universidade Federal de Uberlândia (UFU) constitui um cenário emblemático para a análise dessas vivências, dada sua relevância na formação de profissionais da saúde e pela presença de um hospital universitário voltado ao atendimento de alta complexidade. Trata-se de um espaço em que o trabalho em enfermagem se realiza de modo intensivo, articulando prática assistencial, ensino e pesquisa. Nessa realidade institucional, torna-se possível observar como se manifestam, no cotidiano laboral, as tensões entre saber técnico, relações humanas e condições de trabalho.

A escuta das narrativas de mulheres inseridas nesse espaço permite vislumbrar, de forma mais próxima, os desafios impostos pela rotina profissional, os efeitos do adoecimento relacionado ao trabalho e as estratégias de resistência construídas no dia a dia. Ao dialogar com autores como Karl Marx, Sueli Carneiro, Neusa Santos Souza, Djamila Ribeiro, Margareth Rago, Cecília Mello e Ricardo Antunes, ampliam-se as possibilidades de reflexão sobre o trabalho como dimensão estruturante da vida social, especialmente quando vinculado ao cuidado, à reprodução social e à manutenção da vida por meio de funções historicamente atribuídas às mulheres.

Ao invés de reduzir a enfermagem a uma atividade técnica, é possível compreendê-la como uma prática social complexa, marcada por afetos, disputas simbólicas e intensas exigências emocionais. Trezza, Santos e Leite (2008) argumentam que a enfermagem deve ser entendida como um campo de saber e de ação que se constrói na articulação entre técnica, subjetividade e relações sociais, envolvendo aspectos históricos, culturais e políticos que ultrapassam a lógica puramente biomédica do cuidado.

A partir do modelo teórico de redes sociais de Sluzki (1997), abre-se espaço para refletir sobre os vínculos construídos pelas trabalhadoras sejam familiares, profissionais, comunitários ou institucionais e sobre como esses laços operam na sustentação do trabalho e no enfrentamento da sobrecarga e do sofrimento.

CAPITULO 1

A ENFERMAGEM E A HISTÓRICA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO

Historicamente, a enfermagem foi sendo construída socialmente como uma profissão feminina, fortemente associada ao papel de cuidar. Ao longo do tempo, esse cuidado passou a ser visto não como uma atividade profissional que exige conhecimento e técnica, mas como algo “natural” das mulheres, reforçando a ideia de que cuidar seria uma extensão dos deveres do lar e da maternidade. Segundo Splendor e Roman (2003), essa associação contribuiu para que o trabalho da enfermagem fosse, durante muito tempo, desvalorizado e invisibilizado dentro das instituições de saúde.

Com a criação das primeiras escolas de enfermagem no começo do século XX, como a Escola Anna Nery, no Rio de Janeiro, começou também um movimento para tornar o cuidado algo mais profissional. Esse processo foi influenciado por modelos estrangeiros e por uma ideia de saúde muito voltada para a disciplina e a higiene. Nessa época, começaram a exigir das enfermeiras qualidades como obediência, vocação, abnegação e respeito à hierarquia o que acabou reforçando a imagem de que o papel da enfermeira era ser uma ajudante do médico, e não uma profissional com saber próprio e capacidade de decisão (Bellini, 2001).

Ao mesmo tempo, as mulheres negras enfrentavam ainda mais obstáculos nesse processo. Muitas foram impedidas de acessar a formação profissional e acabaram relegadas às funções menos valorizadas, como técnicas e auxiliares. Como aponta Sueli Carneiro (2003), o racismo estrutural opera de forma persistente, negando às mulheres negras o reconhecimento e a valorização de seus saberes. Na enfermagem, isso contribuiu para consolidar uma divisão racial do trabalho que persiste até hoje, reforçando desigualdades dentro da própria equipe de cuidado.

Mesmo com tantas contradições ao longo do tempo, a enfermagem sempre foi e continua sendo um espaço onde muitas mulheres constroem autonomia, apoio entre colegas e formas de resistência no dia a dia. Ao longo do século XX, profissionais da enfermagem estiveram à frente de lutas importantes por melhores condições de trabalho, por reconhecimento nos espaços acadêmicos e por mais valorização da profissão. Foi por meio de movimentos organizados, conselhos de classe e articulações políticas que a categoria foi se fortalecendo.

A criação do COFEN e dos CORENs, criados em 12 de julho de 1973, pela Lei nº 5.905/1973, por exemplo, representou um passo importante para garantir mais organização e reconhecimento à profissão, mesmo que ainda existem desafios no funcionamento desses órgãos no cotidiano da categoria.

1.1. Enfermagem entre Técnica, Invisibilidade e Resistência

A realidade vivida por mulheres na enfermagem revela as contradições históricas e estruturais que atravessam a profissão no Brasil. Em hospitais públicos, privados ou universitários, as exigências técnicas e científicas do cuidado se entrelaçam a normas institucionais rígidas e aos desafios cotidianos enfrentados por técnicas e enfermeiras em suas práticas profissionais. Barbosa e Silva (2007) destacam que, mesmo em ambientes hospitalares universitários, o cuidado humanizado só se concretiza quando há respeito às subjetividades envolvidas, superando a visão tecnicista e valorizando a escuta, o vínculo e o reconhecimento mútuo entre profissionais e pacientes. Nesse ambiente, essas trabalhadoras não apenas executam tarefas operacionais e assistenciais, mas também assumem funções emocionais e organizacionais como acolher o sofrimento dos pacientes, intermediar conflitos e sustentar o equilíbrio das equipes. Spagnol et al. (2010) identificam que técnicos e auxiliares de enfermagem, além das atribuições assistenciais, são frequentemente envolvidos em situações de conflito institucional que exigem habilidades emocionais, comunicacionais e de mediação, evidenciando o papel multifacetado dessas profissionais no cotidiano hospitalar.

Trata-se de atividades muitas vezes invisíveis e não reconhecidas oficialmente pelas estruturas institucionais.

O cotidiano dessas mulheres é marcado por uma sobrecarga persistente, que ultrapassa o esforço físico. Jornadas longas, plantões consecutivos, acúmulo de funções e ausência de pausas adequadas fazem parte da rotina de muitas profissionais. Silva, Rotenberg e Fischer (2011) analisam como essas condições de trabalho na enfermagem resultam em sobrecarga física e mental, afetando diretamente a saúde, o desempenho e a qualidade de vida das trabalhadoras, ao mesmo tempo em que refletem a tensão entre as necessidades individuais e as exigências institucionais impostas pelo sistema de saúde. Essa pressão contínua repercute diretamente na saúde mental e emocional, manifestando-se em quadros de estresse, ansiedade, adoecimento psíquico e, em situações mais graves, afastamentos prolongados. Como observa Dejours (2005), o sofrimento no trabalho está intimamente ligado à organização do ambiente laboral e à experiência subjetiva de desvalorização de quem exerce funções de cuidado.

Além do desgaste físico e emocional, muitas profissionais vivenciam situações de invisibilidade dentro das instituições: mudanças em protocolos, reestruturações internas e decisões que afetam diretamente suas rotinas são, frequentemente, implementadas sem qualquer consulta ou escuta. Essa ausência de participação reforça a percepção de que o trabalho da enfermagem é secundarizado, apesar de sua essencialidade para o funcionamento dos serviços

de saúde. Para Mendes e Araújo (2012), o não reconhecimento institucional e a exclusão das decisões estratégicas contribuem significativamente para o sofrimento psíquico das trabalhadoras da saúde.

Ainda assim, a resistência das mulheres na enfermagem não se limita ao enfrentamento silencioso do dia a dia. Ela também se constrói em espaços coletivos de escuta e fortalecimento, como rodas de conversa, grupos de pesquisa, iniciativas comunitárias e projetos voltados à saúde do trabalhador. Esses espaços possibilitam reflexões sobre as condições concretas do trabalho, promovem trocas de experiências e favorecem a criação de estratégias compartilhadas de enfrentamento. Quando essas ações são articuladas a práticas de formação crítica, pesquisa e ativismo, tornam-se ferramentas importantes conforme destaca Hirata (2021), ao abordarem a importância das práticas coletivas para a saúde mental e para a transformação das relações de trabalho. para valorizar a profissão e reconfigurar as formas de reconhecimento institucional.

O que se observa é que essas profissionais não se limitam à resistência passiva. Pelo contrário: criam caminhos, reinventam rotinas e se apoiam mutuamente. Seja nos pequenos gestos de solidariedade cotidiana, seja na militância por direitos, elas constroem, coletivamente, formas de enfrentar as adversidades impostas por um sistema que ainda naturaliza desigualdades. Suas vozes, historicamente silenciadas, seguem ecoando com força, afetividade e lucidez e demonstram que, no campo da enfermagem, o cuidado é também um ato político e profundamente transformador. Como argumenta Rabelo e Silva (2016), é justamente na crítica aos estereótipos de gênero e na resignificação do cuidado que se constrói uma enfermagem comprometida com a justiça social, a equidade e a emancipação das mulheres.

1.2. Interseccionalidade e o Trabalho das Mulheres Negras

O trabalho das mulheres negras na enfermagem envolve múltiplas camadas de desigualdades que atravessam suas experiências. Essas profissionais enfrentam desafios que vão além das exigências da profissão, lidando diariamente com questões relacionadas à raça, gênero e classe social. Tais desigualdades se manifestam de diversas formas: desde o acesso limitado a oportunidades de formação e ascensão profissional até a distribuição desigual de tarefas e a falta de reconhecimento institucional. Essas barreiras refletem a persistência de uma estrutura social que ancora a divisão de gênero do trabalho, atribuindo às mulheres funções menos valorizadas, mesmo quando exigem alta qualificação e responsabilidade. No campo da saúde, particularmente na enfermagem, essas disparidades se intensificam devido à histórica feminização da profissão e à naturalização das competências de cuidado como atributos

essencialmente femininos, o que contribui para a invisibilização do saber técnico e científico dessas profissionais (Hirata, 2021).

Embora se reconheça que, de maneira geral, a enfermagem no Brasil é composta majoritariamente por mulheres negras de contextos periféricos, os dados desta pesquisa apontam para uma realidade que convida à reflexão. O perfil das profissionais participantes revela uma presença predominante de mulheres brancas, o que, longe de contrariar os estudos existentes, evidencia outras formas de exclusão racial que ainda operam de maneira sutil e estrutural. A sub-representação de mulheres negras em cargos de destaque ou em espaços de decisão na área da saúde, por exemplo, revela como o racismo institucional se manifesta mesmo em contextos marcados por ampla participação feminina. Essa exclusão não se dá apenas pela ausência física, mas também pela desvalorização de saberes e trajetórias que rompem com o padrão hegemônico de branquitude e neutralidade que ainda impera nas instituições de saúde (Carneiro, 2003).

Como destaca Carneiro (2003), o racismo institucional se manifesta por meio de mecanismos que, embora nem sempre explícitos, restringem o acesso, a visibilidade e o reconhecimento das mulheres negras. Nesse sentido, a baixa presença dessas profissionais em determinados espaços institucionais, como os ambientes universitários e os serviços de alta complexidade, pode ser compreendida como consequência de um processo de afastamento histórico, onde as barreiras sociais e raciais continuam a limitar oportunidades e a invisibilizar trajetórias.

No contexto universitário, essas desigualdades são perceptíveis na escassa presença de mulheres negras em cargos de liderança, gestão e ensino. Apesar de sua presença ser numerosa nos setores assistenciais e operacionais, elas raramente são convidadas a compor comissões, grupos de pesquisa ou atividades estratégicas da enfermagem universitária. Esse processo de exclusão é reforçado por uma lógica meritocrática que desconsidera as barreiras estruturais enfrentadas por essas mulheres ao longo de sua trajetória profissional e acadêmica. A ausência de políticas afirmativas específicas dentro das instituições contribui para a perpetuação desse quadro de invisibilidade e marginalização. Segundo estudo de Santos et al. (2022), a aplicação da Lei nº 12.990/2014, que reserva 20% das vagas em concursos públicos federais para pessoas negras, ainda enfrenta desafios significativos nas universidades federais, resultando em uma baixa representatividade de docentes negros, especialmente mulheres, nos quadros permanentes das instituições.

É fundamental reconhecer que essas profissionais não atuam de forma passiva diante das opressões institucionais. Ao contrário, elas elaboram respostas criativas e potentes, tanto

no plano das relações interpessoais quanto na militância política e acadêmica. Suas vozes e ações revelam que o trabalho na enfermagem, mesmo em contextos adversos, pode ser espaço de resistência, de construção coletiva e de afirmação de identidades marcadas pelo saber, pela experiência e pela luta por dignidade.

A exclusão vivida por mulheres negras na enfermagem não se limita apenas à falta de oportunidades. Ela também afeta o modo como essas profissionais se sentem no ambiente de trabalho. Como aponta Souza (1983), o racismo pode gerar insegurança, baixa autoestima e a sensação de que não pertencem àquele espaço. Muitas vezes, essas mulheres têm suas opiniões ignoradas, enfrentam olhares de desconfiança e precisam provar o tempo todo que são competentes. Essa pressão constante acaba afetando tanto o emocional quanto o físico.

Mesmo diante dessas dificuldades, muitas seguem firmes. Como lembra Ribeiro (2017), a resistência também acontece quando essas mulheres ocupam espaços, cuidam, ensinam, pesquisam e se apoiam mutuamente. Estar presente nesses ambientes e se manter atuante já é, por si só, um ato de força e de mudança.

Por isso, é importante que o olhar sobre essas profissionais leve em conta sua história, seus desafios e suas conquistas. Valorizar suas trajetórias e garantir sua participação nas decisões é essencial para que a enfermagem avance de forma mais justa e inclusiva, como no ambiente de trabalho dos hospitais.

1.3. A Pressão do Ambiente Hospitalar

O ambiente hospitalar, especialmente em instituições públicas e de grande porte, configura-se como um espaço dinâmico, complexo e desafiador. Nele se sobrepõem demandas técnicas, humanas, administrativas e afetivas que exigem das profissionais de enfermagem muito mais do que o domínio técnico: exigem resistência, sensibilidade e enfrentamento constante das contradições presentes no mundo do trabalho. Para as mulheres da enfermagem, essa complexidade é intensificada por atravessamentos de gênero, raça e classe, que influenciam diretamente a forma como o trabalho é organizado, percebido e experienciado.

Em instituições de saúde que articulam assistência, ensino e pesquisa, enfermeiras e técnicas enfrentam pressões contínuas. Metas institucionais exigentes, escassez de recursos humanos e materiais, e uma cultura organizacional marcada por hierarquias rígidas tornam o cotidiano profissional exaustivo. Esses fatores organizacionais estrutura, liderança, cultura e comunicação influenciam significativamente o processo de implantação do planejamento estratégico, podendo tanto facilitar quanto limitar sua efetividade. A estrutura organizacional,

por exemplo, afeta a cultura da empresa, a liderança e a comunicação, interferindo diretamente no desempenho e na motivação dos colaboradores. A comunicação eficaz e a liderança envolvida são essenciais para alinhar o planejamento estratégico à cultura e à estrutura organizacional, promovendo um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo (Souza et al., 2019). Muitas profissionais vivem a sensação de estarem sempre “correndo contra o tempo”. O elevado número de pacientes, a burocratização das práticas e a lógica da produtividade comprometem não apenas a qualidade do cuidado, mas também o bem-estar físico e emocional dessas trabalhadoras.

Essa lógica produtivista tende a transformar o cuidado em tarefas repetitivas e padronizadas, esvaziando sua dimensão ética e relacional. Como destaca Merhy (2002), quando o cuidado é reduzido à execução técnica, perde-se o vínculo com a subjetividade do outro e com a essência da atenção em saúde.

O cenário é ainda mais desafiador em setores de alta complexidade como UTIs, centros cirúrgicos e serviços de emergência, onde o sofrimento, o risco e a urgência são elementos constantes. Nesses espaços, as profissionais enfrentam decisões imediatas, contato direto com situações-limite e uma sobrecarga emocional profunda. No entanto, é importante considerar que setores como a clínica médica também impõem demandas intensas, frequentemente desconsideradas nos discursos institucionais. A sobrecarga emocional e o estresse ocupacional são realidades enfrentadas por profissionais de saúde em diversos contextos, não se restringindo apenas às unidades de emergência. Estudos indicam que fatores como a pressão por produtividade, a escassez de recursos e a rigidez hierárquica contribuem significativamente para o desgaste emocional desses trabalhadores, afetando sua saúde mental e a qualidade do atendimento prestado (Souza et al., 2019).

O acompanhamento de pacientes crônicos, os vínculos afetivos estabelecidos ao longo de internações prolongadas e a escassez de recursos configuram uma sobrecarga silenciosa, sustentada por empatia e dedicação contínuas, mesmo diante da exaustão. Esse cenário favorece o desenvolvimento da fadiga por compaixão, uma condição caracterizada por esgotamento emocional e frustração resultantes do cuidado contínuo e da exposição constante ao sofrimento alheio. Profissionais de enfermagem, por estarem em contato direto e prolongado com pacientes em situações críticas, são particularmente suscetíveis a essa síndrome, o que pode comprometer sua saúde mental e a qualidade do atendimento prestado (Campos et al., 2022).

Os efeitos dessa rotina sobre a saúde mental das trabalhadoras são expressivos. Segundo Murofuse, Abranches e Napoleão (2005), o estresse crônico nesses ambientes está diretamente relacionado à fadiga, distúrbios do sono, alterações de humor e à síndrome de burnout.

A pressão vivenciada pelas mulheres na enfermagem vai além do esforço físico. Muitas vezes, espera-se delas não apenas competência técnica, mas também atitudes consideradas “emocionalmente adequadas”, como empatia, paciência e acolhimento. Essa cobrança, frequentemente naturalizada como parte do “jeito feminino de cuidar”, impõe uma carga subjetiva invisível, na qual essas profissionais também assumem a mediação de conflitos, o acolhimento de colegas e o equilíbrio emocional das equipes. Conforme argumenta Hirata (2009), essa expectativa reflete uma construção social que, há muito tempo, coloca sobre as mulheres a responsabilidade de cuidar dos outros mesmo em espaços cheios de tecnologia e com estruturas muito rígidas, onde essa entrega emocional nem sempre é reconhecida. A precarização das condições de trabalho intensifica esse cenário de adoecimento e vulnerabilidade.

Mesmo em instituições vinculadas ao ensino superior, são frequentes os relatos de estrutura física inadequada, equipamentos obsoletos, falta de materiais básicos e ambientes incompatíveis com a demanda real. O déficit de profissionais, aliado à rotatividade e à redistribuição constante de equipes, compromete a continuidade do cuidado e aumenta o risco de falhas, gerando insegurança e sensação de desamparo institucional. Como destaca Medeiros et al. (2010), a precarização dos vínculos de trabalho, associada às más condições laborais e à ausência de vínculos com a comunidade, contribui significativamente para a alta rotatividade de profissionais na Estratégia de Saúde da Família, impactando negativamente a qualidade da assistência prestada.

Diante de tantos desafios, as mulheres da enfermagem desenvolvem estratégias de resistência e autopreservação. A troca entre colegas, os momentos de escuta informal, os gestos de solidariedade e até pequenas pausas para reorganizar o pensamento funcionam como práticas de defesa subjetiva que, embora invisíveis às instituições, são fundamentais para a manutenção da saúde mental. Nesse sentido, Vasconcelos (2013) aponta que os grupos de ajuda e suporte mútuos, baseados na solidariedade e na escuta ativa entre pares, emergem como estratégias eficazes para o enfrentamento coletivo das adversidades no ambiente de trabalho.

Ainda assim, é urgente que as instituições de saúde assumam a responsabilidade pela promoção do bem-estar integral de suas trabalhadoras, implementando mudanças estruturais que contemplem desde a reorganização do trabalho até políticas efetivas de saúde mental e valorização profissional. Conforme estabelece a Portaria nº 1.823/2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, é essencial desenvolver ações intersetoriais que promovam ambientes de trabalho saudáveis, a vigilância dos riscos laborais e a valorização das condições físicas, psíquicas e sociais dos profissionais (Brasil, 2012).

Reconhecer a pressão vivida por essas profissionais implica compreender que o trabalho em enfermagem não se restringe a procedimentos técnicos. Ele envolve corpos, emoções, histórias e relações. Requer atenção plena, sensibilidade e presença ética. Ignorar essa dimensão do cuidado é desperdiçar a possibilidade de construir um modelo de atenção mais justo, humanizado e sustentável para os pacientes, para as equipes, e, sobretudo, para as mulheres que sustentam, diariamente, os pilares da saúde.

1.4. Políticas Públicas e o Papel das Instituições

As políticas públicas voltadas às mulheres trabalhadoras da saúde, especialmente da enfermagem, ainda se mostram frágeis, pontuais e distantes da complexidade vivida nos ambientes de trabalho. No Brasil, apesar da existência de diretrizes que reconhecem a importância da proteção à saúde do trabalhador e da promoção da equidade de gênero, a prática institucional muitas vezes caminha em sentido oposto: prevalecem a omissão, a negligência e a responsabilização individual diante do sofrimento coletivo.

Em diferentes instituições de saúde sejam elas públicas, privadas ou de ensino esse descompasso torna-se evidente. As profissionais da enfermagem frequentemente se deparam com a ausência de acolhimento institucional, o desrespeito às especificidades de gênero e raça, além da carência de medidas protetivas frente ao adoecimento físico e mental. Embora políticas como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída em 2012, representem avanços normativos, sua aplicação concreta enfrenta inúmeros entraves, como limitações orçamentárias, falta de articulação entre setores e, sobretudo, ausência de vontade política (Araújo; Moraes, 2007). O resultado é um cotidiano laboral marcado por desamparo psicológico, escassez de acompanhamento em saúde e inexistência de espaços reais de escuta e acolhimento.

De modo semelhante, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, lançada em 2004, reconhece a especificidade das vivências femininas, inclusive no contexto de trabalho. No entanto, sua desconexão com o ambiente hospitalar e a falta de articulação com a PNSTT comprometem sua efetividade. Técnicas e enfermeiras relatam dificuldades recorrentes para obter afastamentos, realizar exames periódicos ou encontrar uma escuta empática diante do sofrimento emocional ou físico. Suas queixas, muitas vezes, são deslegitimadas, tratadas com desconfiança ou reduzidas a questões individuais, ignorando os fatores estruturais que atravessam suas vivências.

Essa lógica individualizante, como aponta Dejours (2005), mascara as reais causas do

sofrimento no trabalho e transforma a dor em uma questão moral. As profissionais adoecem em decorrência de múltiplos fatores jornadas exaustivas, racismo institucional, desigualdade de gênero, precarização das condições laborais, mas a resposta institucional costuma recair sobre a culpabilização da mulher, na qual o racismo institucional é um agravante. De acordo com Santos et al. (2019), o racismo institucional nas instituições de saúde manifesta-se de maneira implícita, afetando negativamente o acesso e a qualidade do atendimento às mulheres negras, o que contribui para a invisibilização de suas demandas e para a responsabilização individual pelos agravos à saúde. Sua dedicação é colocada em dúvida, e suas licenças médicas, frequentemente questionadas. Antunes (2020) observa que essa é uma das marcas da nova precariedade do trabalho: a dor é invisibilizada, naturalizada e incorporada como parte inerente da função.

No âmbito institucional, esperava-se uma atuação mais firme e sensível por parte dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem (COFEN e COREN), especialmente na defesa das trabalhadoras em situação de maior vulnerabilidade, como as mulheres negras. No entanto, muitas profissionais expressam frustração com a atuação limitada desses órgãos, cuja presença se restringe, muitas vezes, à normatização técnica ou a campanhas educativas pouco conectadas com o cotidiano. Falta-lhes escuta ativa, presença efetiva nos serviços e ações fiscalizatórias que respondam concretamente às condições enfrentadas pelas profissionais nos diversos níveis de atenção à saúde.

É urgente, portanto, repensar o papel das instituições no cuidado com quem cuida. Políticas públicas só ganham sentido quando se vinculam à realidade, escutam as dores sem julgamento e se comprometem com transformações estruturais. O reconhecimento do sofrimento das mulheres na enfermagem não pode mais ser apenas protocolar ou técnico: precisa ser político, empático e comprometido com a dignidade de quem sustenta, com afeto e esforço, os pilares do cuidado em saúde. Como analisam Barbosa e Silva (2007), o cuidado humanizado exige mais do que ações técnicas pressupõe respeito, escuta sensível e valorização da subjetividade das profissionais e dos sujeitos envolvidos, especialmente em ambientes marcados por desafios estruturais e emocionais.

1.5. Redes de Apoio: Cuidar de Quem Cuida

Em meio às exigências físicas, emocionais e institucionais que fazem parte da rotina das mulheres na enfermagem, as redes de apoio surgem como uma base essencial de acolhimento, força e resistência. Martins (2014) ressalta que tais redes funcionam como mecanismos de proteção e promoção da resiliência, especialmente em contextos de vulnerabilidade, ao possibilitar vínculos de solidariedade que fortalecem a capacidade de enfrentamento diante das adversidades institucionais e emocionais. Elas se formam em diferentes espaços nas famílias, nos ambientes de trabalho, nas comunidades e nas conexões afetivas e políticas e, mesmo quando pouco reconhecidas pelas instituições, têm um papel fundamental na proteção da saúde mental, na sustentação do cuidado e na construção de estratégias coletivas diante das adversidades do cotidiano hospitalar.

No campo pessoal, os vínculos familiares costumam ser os primeiros a oferecer suporte. Para muitas mulheres, estar com os filhos, conversar com a mãe, ter um parceiro atencioso ou contar com irmãs próximas ajuda a amenizar os efeitos emocionais do trabalho intenso. Ao mesmo tempo, é importante lembrar que esse apoio pode vir acompanhado de cobranças: não são raras as situações em que a mulher, mesmo depois de um plantão exaustivo, ainda se vê responsável por toda a organização da vida doméstica. Como destacam Pedro, Rocha e Nascimento (2008), as redes familiares podem tanto acolher quanto sobrecarregar, especialmente quando reproduzem papéis tradicionais de gênero.

Já no ambiente de trabalho, os laços criados entre colegas também têm um valor imenso. Técnicas e enfermeiras compartilham não só os procedimentos e plantões, mas também as dificuldades emocionais, a escassez de recursos e a pressão por produtividade. O cuidado entre colegas aparece nos pequenos gestos: dividir tarefas, trocar um turno, escutar uma companheira cansada ou simplesmente oferecer presença. Esses gestos, mesmo que simples, criam uma rede silenciosa de apoio e pertencimento, que ajuda a tornar os dias menos pesados. Como observam Chaves e Rezende (2019), esse tipo de vínculo tem uma potência política e subjetiva, fortalecendo a confiança e a sensação de segurança emocional.

No entanto, nem toda rede de apoio funciona de forma acolhedora. Em alguns contextos, especialmente marcados por relações autoritárias ou ambientes de exclusão, as redes podem se tornar frágeis, ausentes ou até opressoras. Rocha, Galeli e De Antoni (2019) lembram que o mesmo espaço que deveria apoiar pode também silenciar ou julgar, gerando mais dor. Por isso, é fundamental que as instituições reconheçam essas redes, mas também assumam o compromisso de construir espaços formais de escuta, diálogo e cuidado dentro dos ambientes

de trabalho.

Fortalecer essas redes formais e informais é um passo necessário para criar ambientes mais saudáveis, justos e humanos. Cuidar de quem cuida não pode ser apenas um discurso bonito: precisa se traduzir em ações concretas, políticas inclusivas e respeito pela trajetória das mulheres que sustentam o cuidado em saúde com seu corpo, sua presença e seus afetos.

Além dos laços familiares e das amizades no trabalho, a participação em coletivos feministas, sindicatos, associações e grupos de pesquisa também tem sido um caminho de fortalecimento para muitas mulheres da enfermagem. Esses espaços favorecem o desenvolvimento de uma consciência crítica, permitindo que as experiências de sofrimento sejam politizadas e reconhecidas como expressão de desigualdades mais amplas. Como mostram Fernandes et al. (2021), essa articulação entre vivência e política ajuda a enfrentar a naturalização da precariedade e a construir caminhos de transformação dentro das instituições.

Transformar o sofrimento individual em denúncia coletiva é um movimento poderoso. Quando as dores se tornam visíveis e compartilhadas, elas ganham força para mobilizar e provocar mudanças. Goulart (2007) destaca que as redes ampliadas compostas por grupos informais e formais são essenciais para a circulação de saberes, o acolhimento das emoções e a construção de vínculos solidários entre as trabalhadoras da saúde.

Nos últimos anos, as redes digitais também passaram a ocupar um espaço importante na vida das profissionais da enfermagem. Grupos de WhatsApp, páginas nas redes sociais, perfis sobre saúde mental e aplicativos de apoio ao plantão se tornaram ferramentas de troca, escuta e informação. Para muitas mulheres, especialmente as mais jovens ou aquelas com pouco acesso a serviços formais de cuidado, esses espaços virtuais ajudam a organizar a rotina, encontrar apoio e se sentir menos sozinhas. Como apontam Barros, Batista e Santos (2019), quando usadas de forma crítica, as tecnologias podem ampliar os espaços de cuidado e fortalecer a autonomia das trabalhadoras no cuidado de si.

Apesar disso, é importante lembrar que nenhuma rede por mais acolhedora que seja substitui a responsabilidade das instituições. O apoio entre colegas, as conexões familiares ou os grupos online são fundamentais, mas não isentam os gestores e o Estado da tarefa de garantir condições dignas de trabalho, estruturas adequadas e políticas de saúde mental efetivas.

A valorizar e integrar essas redes ao cotidiano das instituições é um passo essencial para criar ambientes mais respeitosos e humanos. Nelas, o afeto se torna força política, e o cuidado entre mulheres revela sua potência transformadora. Afinal, cuidar de quem cuida não é apenas um gesto de empatia é um compromisso coletivo com justiça, dignidade e transformação social.

1.6. Percurso Metodológico: local da pesquisa, participantes, método e procedimentos de análise

Na perspectiva do método empregado, o estudo foi desenvolvido no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU). Este possui 520 leitos e mais de 50 mil m² de área construída. Maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, e terceiro no *ranking* dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC), é referência em média e alta complexidade para 86 municípios de macro e microrregiões do Triângulo Norte. Construído como unidade de ensino para o ciclo profissionalizante do curso de Medicina da Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia, foi inaugurada em 26 de agosto de 1970, iniciou suas atividades em outubro do mesmo ano, com apenas 27 leitos.

Com a Constituição de 1988, o HC-UFU se transformou em um importante elo na rede do SUS, principalmente, para atendimento de urgência e emergência e de alta complexidade sendo o único hospital público regional com porta de entrada aberta 24 horas para todos os níveis de atenção à saúde. A inauguração oficial do Hospital de Clínicas em: 26 de agosto de 1970, contaram com a presença de importantes autoridades políticas como o Ministro da Educação Jarbas Passarinho, Rondon Pacheco e Renato de Freitas.

O setor de pesquisa foi a Enfermaria de Clínica Médica, localizada no Campus Umuarama. Escolhemos este setor por possuir diversidade na complexidade da assistência de enfermagem prestada, com 71 leitos divididos nas especialidades de Medicina Interna, Gastrenterologia, Cardiologia, Nefrologia, Neurologia, Geriatria e Endocrinologia.

Considerando um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5% para uma população de aproximadamente 112 funcionários atuantes na assistência no setor de clínica médica, dos quais 77 são mulheres, a amostra foi composta por 14 mulheres, o que representa cerca de 18,18% do total de mulheres na população-alvo. A amostra foi não probabilística, por conveniência, de forma consecutiva durante o período de realização do estudo, até completar o número previsto de participantes. Após a aprovação pelo CEP-UFTM, as mulheres que integram as equipes multidisciplinares foram convidadas a participar da pesquisa pela própria proponente durante as atividades das trabalhadoras e, após devidamente esclarecidas, com aquelas que concordarem em participar do estudo foi agendado um dia, horário e local para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I) seguido da aplicação do instrumento de coleta de informações. O projeto de pesquisa fora aprovado sob CAAE n.º 74088923.2.0000.5154 e por Parecer n.º 6.440.882.

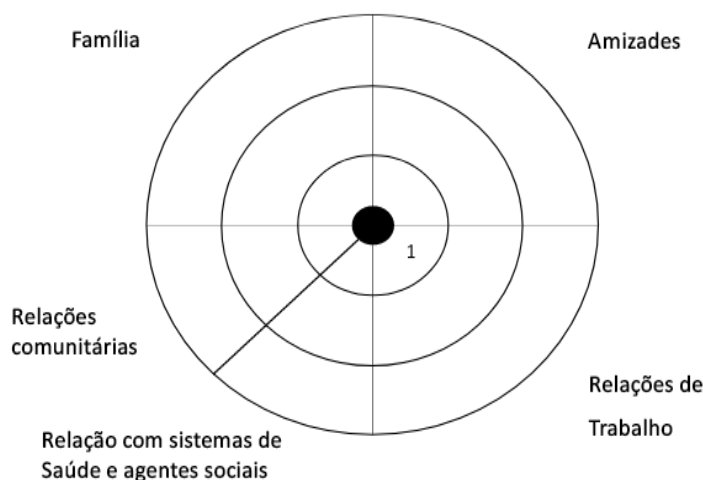
Esse é um estudo transversal exploratório de abordagem qualitativa, tentando compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo social sobre o tema saúde, trabalho e gênero, as relações que se dão entre os atores sociais no âmbito das instituições de saúde, refletindo sobre o adoecimento no trabalho em saúde. Por meio de um Questionário Sociodemográfico, com intuito de caracterizar a amostra (Anexo II), associados a adaptação do Mapa de Redes de Sluzki (1997) – instrumento gráfico utilizado para analisar e compreender as redes sociais de um indivíduo ou grupo (Anexo III) sob a forma de Mapa Mínimo de Rede, foram aplicados às participantes presencialmente no Hospital de Clínicas da UFU (HCU) em horário de trabalho, em uma sala de reuniões, com horário de maior flexibilidade e de acordo com entrevistado, entre os períodos de janeiro a março de 2024.

O preenchimento do Questionário, da entrevista e do Mapa de Redes transcorreu no período de 1 (uma) hora.

A investigação qualitativa requer atitudes como abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação com os atores sociais envolvidos. Em uma busca qualitativa a maior preocupação é com o aprofundamento e abrangência da compreensão do contexto social que se está investigando e menos com a generalização dele. Para Chizotti (2003), esta abordagem parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, uma relação inseparável entre as dimensões objetivas da realidade e a experiência interna do indivíduo.

Para obter dados para a investigação este estudo utilizou um questionário sociodemográfico associado a um roteiro ajustado ao Mapa Mínimo de Rede Pessoal Social, criado por Sluzki (1997) e adaptado por Ude (2008) para contextos institucionais (Figura 1), para o preenchimento deste mapa foram utilizado lápis de cores identificar a rede, grau de proximidade e quem são as pessoas que compõem esta rede, com ambos foi possível identificar os vínculos institucionais e lacunas vivenciadas pelas trabalhadoras para a realização do trabalho no ambiente hospitalar. Com a articulação desse mapa à problemática estudada, permitiu a construção de uma identificação, representação e sinalização dos aspectos estudados, obtendo uma visão global das partes que o compõem, a fim de compreender seu contexto (Pádua, 2014).

Figura 1. Mapa de Rede Social Proximal, conforme C. Sluzki



Fonte: Elaboração dos autores. Adaptado de C. Sluzki (1997).

Leitura e Aplicação do Mapa Mínimo de Relacionamentos na Pesquisa.

Nesta pesquisa, o Mapa Mínimo de Relacionamentos foi empregado como recurso metodológico complementar às entrevistas semiestruturadas, visando representar graficamente os vínculos interpessoais significativos das participantes. O instrumento contribui para uma leitura qualitativa das redes de apoio, articulando a percepção subjetiva de quem responde com a análise técnica de quem investiga.

O mapa é estruturado por meio de quatro círculos concêntricos que representam os diferentes níveis de proximidade dos vínculos. No centro está o "EU" (ego), e, à medida que se expandem os círculos, indica-se a diminuição do grau de intimidade e envolvimento afetivo:

- **1º círculo (mais interno):** Relações íntimas, afetivas e de alta confiança, como filhos, cônjuge ou mãe.
- **2º círculo:** Relações próximas e significativas, com menor intensidade emocional do que o círculo anterior, como irmãos, amigos ou colegas próximos.
- **3º círculo:** Relações formais ou de apoio pontual, como chefias, vizinhos ou médicos.
- **4º círculo (mais externo):** Relações distantes, de pouco envolvimento afetivo ou contato esporádico.

Além dos círculos, o mapa é dividido em quatro quadrantes, cada um representando uma esfera da vida social do sujeito. Essa divisão permite analisar a distribuição dos vínculos entre os diferentes contextos de convivência:

Quadro 1. Exemplo do preenchimento do Mapa Mínimo de Rede.

Quadrante	Área apresentada	Exemplos de vínculos
1	Família nuclear e extensa	Pais, irmãos, filhos, cônjuge e avós
2	Amigos e relações efetivo externos	Amigos íntimos, colegas pessoas e vizinhos.
3	Trabalho e vida profissional	Chefias, colegas, supervisores, pacientes.
4	Relações institucionais, comunitárias e religiosas	Igrejas, associações e serviços públicos.

Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa. 2025.

A leitura do mapa envolve observar não apenas a quantidade de vínculos, mas também a sua qualidade, localização nos quadrantes e círculo correspondente. A análise considera fatores como:

- Quais áreas da vida estão mais representadas ou ausentes.
- A presença ou ausência de apoio institucional ou comunitário.
- A centralização excessiva em um único vínculo (ex. dependência emocional).
- A presença de vínculos ambivalentes ou frágeis.
- A sobreposição de papéis sociais (ex. colega e amiga, mãe e cuidadora).

O uso do Mapa Mínimo de Relacionamentos revelou-se extremamente eficaz para compreender como essas trabalhadoras constroem suas redes de apoio, especialmente diante das adversidades do cotidiano hospitalar. A representação gráfica tornou visível a fragilidade dos vínculos institucionais e, em muitos casos, a concentração do suporte em vínculos familiares ou espirituais. Essa ferramenta permitiu captar nuances que, muitas vezes, não são verbalizadas nas entrevistas, como silenciamentos, distanciamentos ou sentimentos de sobrecarga emocional.

Entre a fala e o traço: o Mapa como janela sensível para escutar redes femininas na enfermagem

Quando escolhemos usar o Mapa Mínimo de Rede, de C. Sluski na pesquisa com

mulheres da enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia, sabíamos que estávamos nos abrindo para algo além do que os métodos convencionais costumam captar. Essa técnica, que propõe a construção do chamado “mapa mínimo de rede”, parecia simples à primeira vista: entregar uma folha em branco e convidar a entrevistada a se desenhar no centro e posicionar ao redor as pessoas com quem se relaciona no trabalho. Mas o que aconteceu nas entrevistas foi muito mais profundo do que um exercício gráfico.

O Mapa de Rede está longe de ser apenas um desenho. Ele é uma forma de contar histórias. Algumas mulheres escreviam nomes com pressa, outras hesitavam, pensavam, apagavam, voltavam atrás. Algumas falavam muito sobre uma colega, mas não a colocavam no papel. Outras colocavam nomes no mapa, mas não os mencionavam em nenhum momento da conversa. E foi aí que entendemos: havia algo muito valioso nesse espaço entre a fala e o traço.

Essas “faltas” ou “excessos” não eram erros, eram pistas. Pistas de vínculos frágeis, conflitos velados, estratégias de silêncio, de proteção. Talvez uma relação importante fosse tão dolorosa que não dava para falar. Talvez o medo de se expor fizesse a pessoa desenhar, mas não comentar. E talvez fosse o contrário: falar, mas não conseguir transformar isso em imagem. Em cada mapa havia um pedaço da complexidade que é ser mulher, trabalhadora da saúde e existir num espaço institucional marcado por pressões, invisibilidades e resistências diárias.

O método da construção do Mapa de Rede nos permitiu acessar esses pedaços que não cabem em respostas prontas. Foi um caminho para escutar não só o que é dito com palavras, mas também com hesitação, com silêncio, com a escolha de deixar alguém de fora ou de incluir quem talvez já nem esteja presente no dia a dia. Como bem afirma Spink (2007), os sentidos também são produzidos nos silêncios. E foi exatamente isso que encontramos: sentidos produzidos nos gestos, nos olhares para o papel, nos nomes que foram escritos com firmeza e nos que nunca apareceram.

Esses Mapas, então, deixaram de ser um recurso técnico e se tornaram uma espécie de espelho sensível das redes que essas mulheres constroem (ou tentam construir) dentro dos hospitais. Redes que não são apenas profissionais, mas afetivas, políticas, simbólicas. Redes que sustentam, mas às vezes também machucam. Redes que se desfazem, que resistem, que se reinventam.

Ao longo da análise, percebemos que C. Sluski nos oportunizou ver com mais nitidez os caminhos sutis das relações entre mulheres num ambiente de alta complexidade. De enxergar não só quem está perto, mas quem é lembrado, esquecido, evitado, protegido. E assim, o mapa deixou de ser apenas um instrumento e passou a ser também um gesto de escuta e de cuidado com a história de cada uma.

1.7. Quanto aos objetivos e seu retorno

Com base nesses fatores este estudo objetiva contribuir com modificações do campo da saúde da trabalhadora, sob um prisma que promova a visibilidade aos fenômenos, visualizando novos enfoques no processo trabalho-saúde-gênero. Além de falar com e sobre as mulheres acerca de suas perspectivas em relação à sua saúde e ao seu trabalho. Deste modo, o presente estudo pretende articular análises sobre o processo de trabalho em saúde no serviço público de alta densidade tecnológica, sob uma perspectiva de gênero bem como as redes sociais de apoio dessas profissionais.

Contribuir com o meio acadêmico e com a sociedade para uma compreensão mais aprofundada da relação entre trabalho e saúde das mulheres trabalhadoras, a partir da perspectiva das servidoras de uma unidade de um hospital público federal. Além disso, busca-se fortalecer o conhecimento científico aplicado à prática profissional das trabalhadoras dessa unidade, promovendo reflexões que possam gerar melhorias nas condições de trabalho e na atenção à saúde dessas profissionais. Os resultados serão disponibilizados às próprias participantes da pesquisa, e gestoras da unidade estudada, à comunidade acadêmica, às instituições públicas e à comunidade em geral, para que todos possam ser beneficiados com as discussões propostas.

CAPITULO 2

PERFIL DAS PARTICIPANTES

Para termos um compreensão ampliada das participantes da pesquisa, segue um breve perfil das mesmas.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das 14 profissionais da saúde entrevistadas em um hospital do Triângulo Mineiro. Uberlândia, MG, 2024.

Faixa etária	n	%
< 25 anos	1	7,14
26 a 35 anos	8	57,14
36 a 45 anos	5	35,71
Raça/Cor autorreferida		
Branca	11	78,57
Parda	3	21,43
Estado Civil		
Solteira	4	28,57
Casada	7	50,00
Divorciada	3	21,43
Religião		
Protestante ou Evangélica	5	35,71
Católica	6	42,86
Espírita	2	14,29
Outra	1	7,14
Escolaridade		
Ensino Superior	4	28,57
Ensino Médio Completo	5	35,71
Pós-graduação	5	35,71
Filhos		
Sem filhos	6	42,86
1 - 2 filhos	7	50,00
3 - 4 filhos	1	7,14
Carga Horária Semanal de Trabalho		
36h	12	85,71

40h	2	14,29
Tempo de Trabalho na Instituição		
Menos de 5 anos	12	85,71
5 a 10 anos	2	14,29
Idade que iniciou a trabalhar		
Antes dos 18 anos	5	35,71
Após os 18 anos	9	64,29
Atividade Física		
Acima de 3 vezes por semana	6	42,86
2 vezes por semana	4	28,57
1 vez por semana	2	14,29
Sedentário	2	14,29

Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

Ao mergulharmos nos dados sociodemográficos das 14 mulheres participantes deste estudo, não estamos apenas diante de números, mas de trajetórias de vida marcadas por sobrecarga, cuidado, resistência e silenciosa potência. Mais da metade tem entre 26 e 35 anos mulheres jovens, que carregam em seus corpos e rotinas o peso de múltiplos papéis. Ser mãe, esposa, filha, profissional, estudante. Quase todas começaram a trabalhar antes dos 25 anos e muitas antes mesmo da maioridade, revelando uma entrada precoce no mundo do trabalho, muitas vezes motivada por necessidade econômica uma realidade que, como aponta Crenshaw (2002), é atravessada por marcadores de classe, gênero e raça.

A maioria das entrevistadas se autodeclara branca (n = 11), mas é fundamental reconhecer que, mesmo entre mulheres brancas, há desigualdades estruturais de gênero que se impõem no cotidiano da enfermagem. Para as mulheres negras e pardas ainda sub-representação em cargos de liderança e reconhecimento técnico os desafios se aprofundam. Como nos lembra Sueli Carneiro (2011), o racismo é estruturante das desigualdades e impacta diretamente o acesso a oportunidades, reconhecimento e suporte institucional.

Quanto ao estado civil, sete das participantes são casadas e oito têm filhos. Esses dados revelam a sobreposição de papéis sociais que recaem de forma quase naturalizada sobre as mulheres. Elas não apenas cuidam no ambiente profissional, mas também sustentam o cuidado na esfera doméstica. Hirata (2009) chama atenção para esse fenômeno ao discutir a divisão de gênero do trabalho: o cuidado, socialmente associado ao feminino, raramente é dividido de forma equitativa e continua sendo invisibilizado nas políticas públicas e nas práticas institucionais.

Apesar dessa carga intensa, essas mulheres buscam se qualificar. Dez das 14 têm ensino superior ou pós-graduação. Mesmo assim, muitas atuam em cargos de técnica ou auxiliar, o que

reforça a tese de Cunha e Sousa (2017) sobre a desvalorização dos saberes femininos na saúde especialmente quando esses saberes são relacionados ao cuidado. O conhecimento da mulher na enfermagem é muitas vezes tratado como extensão de um “dom natural” e não como produto de formação e competência.

A maioria (n = 12) trabalha 36 horas semanais, e quase todas estão na instituição há menos de cinco anos. Essa informação pode indicar rotatividade, contratos recentes e vínculos frágeis com a equipe e a gestão, dificultando a criação de laços afetivos e de suporte no ambiente de trabalho. Segundo Dejours (2005), a ausência de reconhecimento simbólico no espaço laboral gera sofrimento psíquico, especialmente quando o trabalho envolve entrega emocional constante como é o caso do cuidado hospitalar.

Por outro lado, os dados mostram que essas mulheres estão em movimento. Treze praticam atividades físicas com frequência mesmo que apenas uma vez por semana o que revela uma tentativa de autocuidado, de conexão com o corpo, de resistência ao adoecimento. Como aponta Mattos et al. (2024), muitas profissionais de saúde buscam, no autocuidado, estratégias individuais para lidar com um cotidiano que nem sempre oferece suporte coletivo.

A religiosidade também aparece como elemento relevante. Há diversidade entre as participantes católicas, evangélicas, espíritas e outras crenças, mas o que se destaca é a presença da fé como uma forma de apoio emocional e espiritual. Goldenberg (2021) reforça que, em contextos de estresse emocional elevado, a espiritualidade pode se tornar uma âncora afetiva, oferecendo conforto, sentido e pertencimento. Essa rede de suporte espiritual aparece nos mapas de relacionamento como uma das mais fortes quando os vínculos institucionais são frágeis.

Essa leitura se aprofunda quando observamos os Mapas Mínimos de Relacionamentos (Sluzki, 1997). Os dados apontam que os vínculos mais fortes das participantes estão concentrados nos quadrantes familiar e espiritual. Já os vínculos profissionais aparecem, em muitos casos, como distantes ou ausentes o que é preocupante, pois reforça a ideia de que o hospital, embora coletivo, pode ser um espaço de solidão. Quando não há espaço para partilha, reconhecimento ou acolhimento entre colegas, a sobrecarga se intensifica e o sofrimento se silencia.

A ausência de redes de apoio institucionais como supervisões sensíveis, espaços de escuta ou políticas de cuidado com o trabalhador deixa essas mulheres expostas ao adoecimento, tanto físico quanto psíquico. Dejours (2005) já alertava para esse risco: quando o sofrimento no trabalho não é legitimado ou compartilhado, ele se transforma em dor solitária, capaz de gerar sofrimento profundo.

Ribeiro (2017) nos lembra que a escuta das experiências das mulheres é fundamental

para transformar estruturas. Os dados desta pesquisa sociodemográficos e relacionais — são, portanto, muito mais do que descrições: são denúncias. Denúncias da ausência de políticas sensíveis à realidade feminina, da invisibilização do cuidado que essas mulheres ofertam e da falta de suporte concreto para que também possam ser cuidadas.

2.1. Um retrato da sobrecarga e da resistência feminina

A análise dos dados sociodemográficos revela uma realidade que é, ao mesmo tempo, dura e potente. São mulheres jovens, qualificadas, atuando em ambientes exigentes, muitas vezes sem apoio institucional adequado. Carregam nos ombros as demandas do hospital e do lar. E mesmo assim, seguem em movimento. Buscam cuidar de si, de seus filhos, de seus pacientes. Encontram força na fé, na família, nos afetos quando os têm. E constroem, com o pouco que lhes é ofertado, redes de apoio que sustentam o cotidiano.

Essas mulheres não são apenas parte da engrenagem do sistema de saúde. Elas são o sistema. E por isso, reconhecer seus perfis, escutar suas vozes e compreender suas redes é um passo fundamental para pensar políticas públicas mais justas, ambientes de trabalho mais acolhedores e práticas de cuidado que incluam também quem cuida.

CAPITULO 3

AS REDES SOCIAIS PESSOAIS DAS PARTICIPANTES

Desde a década de 1970, o mundo do trabalho tem passado por transformações profundas, impulsionadas por mudanças econômicas, políticas, tecnológicas e culturais que impactam diretamente a vida das pessoas (Castel, 1998; Antunes, 2020). Tais mudanças não apenas intensificaram a complexidade das relações laborais, como também contribuíram para o crescimento dos processos de adoecimento físico, mental e social, afetando de maneira expressiva a saúde de quem trabalha (Dejours, 2005; Seligmann-Silva, 2011). No campo da saúde, esses efeitos se tornam ainda mais evidentes, considerando a sobrecarga emocional constante, a responsabilidade permanente pelo cuidado com o outro e a rigidez das estruturas institucionais, sobretudo em ambientes hospitalares de alta complexidade (Pires, 1998; Franco et al., 2010).

A organização do trabalho em saúde frequentemente gera situações de esgotamento físico, sofrimento psíquico e tensões interpessoais, impactando não apenas os profissionais, mas também a qualidade da assistência prestada (Silva et al., 2011). Além disso, a exigência constante por atualização, muitas vezes desvinculada de políticas institucionais que favoreçam o bem-estar dos trabalhadores, agrava esse cenário (Mendes; Merhy, 2009). Essas pressões recaem de forma ainda mais acentuada sobre as mulheres, que representam a maioria na área da saúde e lidam com a sobreposição entre o trabalho formal e as responsabilidades domésticas reflexo das desigualdades históricas na divisão de tarefas e na desvalorização social do cuidado (Scott, 1995; Hirata, 2009).

Mesmo com o avanço da participação feminina no mercado de trabalho, as desigualdades persistem e se expressam na invisibilidade das demandas específicas dessas profissionais, no reconhecimento limitado de seu trabalho e na sobrecarga gerada pela dupla ou tripla jornada. Essas questões atingem com especial intensidade as técnicas e auxiliares de enfermagem, que convivem diariamente com vínculos instáveis, longas jornadas e exposição constante ao sofrimento alheio (Oliveira; Scavone, 1997; Souza; Guedes, 2016).

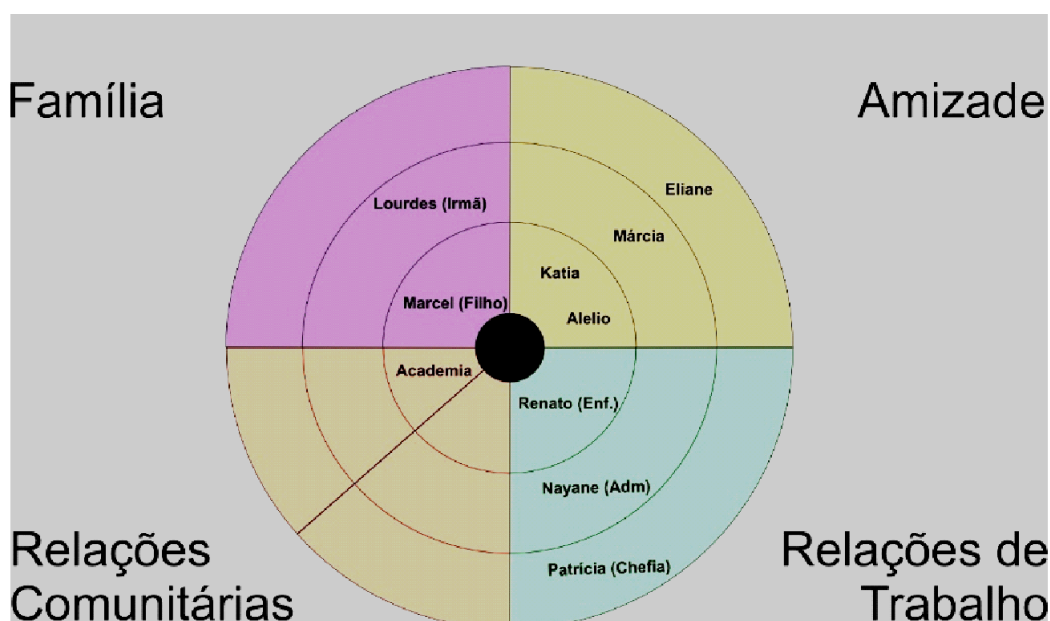
Neste cenário, as redes de apoio familiares, institucionais, comunitárias ou entre colegas se revelam fundamentais para sustentar a saúde física e emocional dessas mulheres. Elas funcionam como espaços de acolhimento, escuta, afeto e compartilhamento de experiências, contribuindo para o fortalecimento da resiliência e das estratégias de enfrentamento diante das adversidades (Sluzki, 1997; Goldenberg, 2021).

Para aprofundar a análise dessas relações, o estudo utilizou o Mapa Mínimo de

Relacionamentos, desenvolvido por Sluzki (1997), como instrumento metodológico. Essa ferramenta tem se mostrado eficaz em diversas pesquisas na área da saúde e da enfermagem por sua capacidade de revelar vínculos significativos e lacunas de suporte, articulando dimensões subjetivas e objetivas da realidade vivida (Carlos et al., 2016; Prado et al., 2020; Silva et al., 2021). Também apresenta valor terapêutico e reflexivo ao permitir que as participantes visualizem sua rede e repensem a qualidade de suas relações (Carlos et al., 2020).

Nesta pesquisa, os mapas possibilitaram identificar de que maneira os laços com familiares, colegas, amigos e membros da comunidade interferem na forma como as trabalhadoras vivenciam seu cotidiano. A análise dos dados revelou variações significativas entre as participantes quanto à quantidade, proximidade e intensidade dos vínculos de apoio. Para ilustrar esse aspecto, apresenta-se a seguir a **Figura 2**, com o mapa de rede da participante identificada sob o codinome “Lavanda”, cujas conexões demonstram como as relações interpessoais se organizam e afetam sua experiência de trabalho e saúde.

Figura 2. Exemplo de Mapa Mínimo de Rede preenchido completamente, de Lavanda, 36-45 anos, quadrante família. (Uberlândia, 2024).



Fonte: Elaboração dos pesquisadores, 2025.

O uso do Mapa Mínimo de Relacionamentos revelou-se extremamente eficaz para compreender como essas trabalhadoras constroem suas redes de apoio, especialmente diante das adversidades do cotidiano hospitalar. A representação gráfica tornou visível a fragilidade dos vínculos institucionais e, em muitos casos, a concentração do suporte em vínculos

familiares ou espirituais. Essa ferramenta permitiu captar nuances que, muitas vezes, não são verbalizadas nas entrevistas, como silenciamentos, distanciamentos ou sentimentos de sobrecarga emocional.

Além de sua função analítica, a elaboração do mapa proporcionou às participantes uma oportunidade de reflexão sobre suas relações sociais. Como exemplo, a Figura 2 apresenta o mapa da participante sob o nome fictício como “Lavanda”, que demonstra uma forte centralidade no núcleo familiar e ausência de apoio efetivo no quadrante profissional.

Essa metodologia também encontra respaldo em estudos anteriores. Carlos et al. (2016) destacam a eficácia dos Mapas de Rede em pesquisas de enfermagem por sua capacidade de integrar aspectos subjetivos e objetivos. Carlos et al. (2020) ampliam esse entendimento ao mostrar sua aplicabilidade em contextos de sofrimento psíquico entre adolescentes. Já Prado et al. (2020) e Silva et al. (2021) reforçam seu valor tanto na identificação de vínculos quanto como ferramenta terapêutica e de promoção da autonomia.

Portanto, o Mapa Mínimo de Relacionamentos foi fundamental para a construção de uma análise mais densa e humanizada sobre o contexto relacional das mulheres trabalhadoras da saúde, permitindo reconhecer não apenas os apoios presentes, mas também os vazios que atravessam suas experiências no ambiente hospitalar.

A visualização das redes permitiu compreender de maneira concreta os diferentes níveis de apoio mobilizados pelas participantes. A análise mostrou que, em muitos casos, a ausência de suporte institucional e a fragilidade dos vínculos entre colegas contribuem para a intensificação da sobrecarga emocional. Por outro lado, quando há presença ativa de laços afetivos sólidos seja na família, na comunidade ou em espaços religiosos, as trabalhadoras relatam maior capacidade de enfrentamento e sensação de pertencimento.

Diante desse panorama, torna-se imprescindível repensar as condições de trabalho das mulheres na saúde com base em uma abordagem interseccional que considere os marcadores de gênero, classe e raça como estruturantes das desigualdades e das formas específicas de adoecimento (Crenshaw, 2002; Ribeiro, 2017; Carneiro, 2011). Este estudo propõe-se, assim, a compreender as vivências de mulheres atuantes em um hospital público de referência do Triângulo Mineiro, com foco nas redes de apoio que mobilizam, nos impactos do trabalho sobre sua saúde e nas estratégias coletivas construídas para resistir ao desgaste cotidiano.

A pesquisa foi realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), referência regional em atendimentos de média e alta complexidade. O recorte espacial se justifica pela intensidade do trabalho desenvolvido e pela predominância de mulheres nas funções de cuidado direto como técnicas, auxiliares e enfermeiras que enfrentam

rotinas exaustivas marcadas por exigências físicas e emocionais, muitas vezes silenciadas pelas estruturas institucionais.

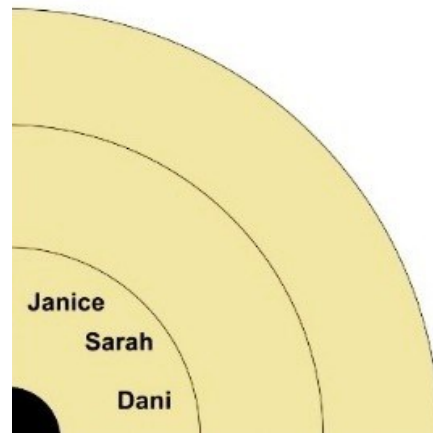
Com abordagem qualitativa, centrada na escuta atenta das experiências das participantes, foram realizadas entrevistas semiestruturadas ao longo do ano de 2024, com seleção baseada em critérios previamente estabelecidos. Ao delimitar esse universo, o estudo não pretende realizar generalizações estatísticas, mas sim lançar luz sobre as trajetórias individuais e coletivas de mulheres da saúde, reconhecendo suas vozes e propondo caminhos para políticas mais humanas e sensíveis à realidade de quem cuida.

A seguir expomos os Mapa Mínimos de Relacionamentos, proposto por Sluzki, fragmentados de acordo com as sessões: Amizade, Família, Relações Sociais e Relações de Trabalho.

3.1. “Essas pessoas me dão todo o apoio necessário”: os mapas das relações de amizade

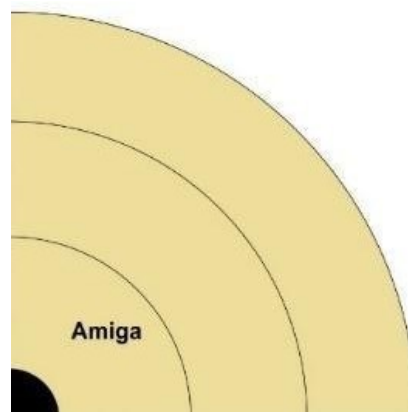
O quadrante de Amizades dos mapas de Sluzki (2007), elaborado pelas participantes, evidencia o quanto essas relações são significativas na construção das redes de apoio. Contudo, a distribuição não homogênea desses vínculos aponta que nem todas mantêm amizades próximas ou em grande quantidade. Essa distância entre as mulheres pode estar relacionada a dinâmicas estruturais de gênero que atravessam o ambiente de trabalho, nas quais a competitividade, a sobrecarga e os discursos de desempenho individual dificultam a construção de vínculos solidários. Em contextos marcados pela pressão social para que a mulher exerça múltiplos papéis com excelência como cuidadora, trabalhadora, mãe e gestora de afetos, a possibilidade de compartilhar fragilidades ou estabelecer laços de confiança é muitas vezes inibida. Além disso, a naturalização da rivalidade entre mulheres, historicamente incentivada por estruturas patriarcais, contribui para a fragmentação dessas redes, mesmo em espaços majoritariamente femininos. Quando questionadas sobre suas relações de amizade, mulheres como Rosa e Íris revelam vínculos próximos, ao contrário de Azaleia, cujas conexões aparecem mais distantes (Figuras 3, 4 e 5), conforme ilustrado a seguir.

Figura 3. Quadrante Amizade, Rosa (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

Figura 4. Quadrante amizade, Iris. (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

Figura 5. Quadrante amizade, Azaleia. (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

“Amizades eu não tenho muitas. As mais próximas que são ali, realmente mais próximas de mim, são as amigas que eu tenho da época da escola.”

“...próximas de mim, são as amigas que eu tenho da época da escola.”

Entende-se como amizade, uma relação voluntária de apoio emocional e social, pode desempenhar um papel fundamental na mitigação dos efeitos negativos do estresse ocupacional (Rachmayanti *et al.*, 2023). O suporte social, essencial para o bem-estar psicológico das trabalhadoras da saúde é especialmente valioso em ambientes de alta demanda, que abrange tanto interações no ambiente de trabalho quanto relações externas. Esse suporte oferece uma rede crucial para enfrentar os desafios diários (Rahmon *et al.*, 2023).

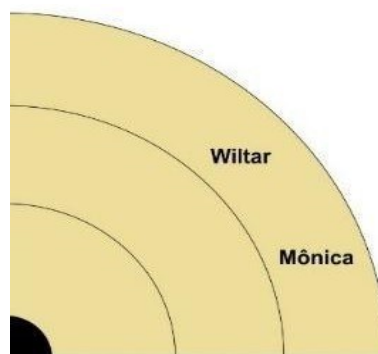
Ao serem indagadas sobre os benefícios dessas Amizades, Rosa (Figura 3) afirma que:

“estou com uma amiga, distante, mais próxima no momento também e daqui do trabalho.”

Expressão próxima a de Flor de Lótus (Figura 6): “Essas pessoas me dão todo o apoio necessário”. Contudo, algumas mulheres expressam que suas relações são distantes, sejam no plano territorial, referente aos bairros em que residem, seja no plano da história de vida das mulheres. Como Flor de Lótus (Figura 6) cujas amizades que possui são “mais distantes” e de Azaleia (Figura 5) que afirmou que:

“Não tenho muitas amizades. As mais próximas que são ali, realmente mais próximas de mim, são as amigas que eu tenho da época da escola.”

Figura 6. Quadrante amizade, Flor de Lótus (Uberlândia, 2024).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2024.

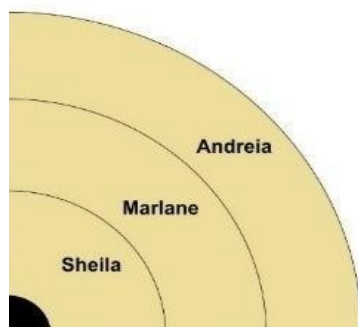
Ressalta-se que as mulheres na saúde enfrentam desafios que demandam não apenas habilidades técnicas, mas também alta resiliência emocional. Nesse contexto, as amigas no local de trabalho criam um espaço seguro para a troca de experiências e a expressão de emoções, essenciais para a manutenção da saúde mental e do bem-estar geral (Shimabuku *et al.*, 2017).

Destaca-se que o suporte social, seja por meio de colegas, supervisores ou redes de amizade, desempenha um papel crucial na redução do estresse e na promoção da resiliência das mulheres (Galanis *et al.*, 2022). A criação de redes de apoio robustas e a promoção de ambientes inclusivos são essenciais para o avanço das mulheres na área da saúde (Bedrov; Gable, 2022).

É fundamental que as organizações de saúde adotem políticas voltadas ao fortalecimento das redes de suporte, por meio de programas de mentoria e treinamentos em sensibilidade de gênero, a fim de promover um ambiente de trabalho mais justo e acolhedor, que favoreça o desenvolvimento pleno das profissionais (Prathivadi; Macpherson, 2024). As amigas no ambiente laboral contribuem para o aprimoramento de habilidades sociais, como a comunicação eficaz, a empatia e o trabalho em equipe competências valorizadas no setor da saúde e essenciais para a progressão na carreira (Lima; Almeida, 2019).

Além disso, fortalecem o acesso a oportunidades de crescimento, como promoções e participação em projetos desafiadores, conforme destacam Oliveira e Silva (2022). A distribuição das redes de Amigas das participantes expressa um significado, como um grupo de estudos que auxiliou a Violeta (26-35 anos) (Figura 7) para participar de um concurso, seguido das amigas realizadas no ambiente de trabalho no hospital e a das amigas para as festas.

Figura 7. Quadrante amizade, Violeta. (Uberlândia, 2025).



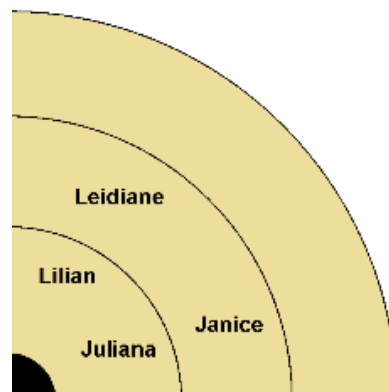
Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

O ambiente de trabalho se mostra um local privilegiado para estabelecer algumas amizades. Os quadrantes de Rosa (Figura 3) e de Jasmin (Figura 8) destacam que as relações de amizades mais relevantes são aquelas com as quais se convive diariamente, ou seja, aquelas construídas no espaço do trabalho. Como elas mesmas mencionam:

“Minhas amizades, estou com uma amiga, distante, mais próxima no momento também e daqui do trabalho”. (Rosa) (Figura 3).

“Está mais relacionado ao pessoal do mesmo, são amizades que eu fiz no trabalho. Uma amiga que a gente se fala sempre, e outra amiga, que eu trouxe de outro hospital, que tem 10 anos que a gente está juntos e acabou que a gente se encontrou aqui na UFU também.” (Jasmin) (Figura 8).

Figura 8. Quadrante amizade Jasmin. (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

No entanto, algumas participantes revelaram um número reduzido ou distante de relações de amizade em suas redes proximais. Evidencia-se que o Suporte Social Percebido (SSP) tem um impacto significativo na mitigação dos efeitos negativos do estresse sobre a saúde mental. Em um estudo transversal com enfermeiras chinesas, altos níveis de SSP moderaram a relação entre autoeficácia e sintomas de ansiedade e depressão. A elevada autoeficácia está associada à melhor capacidade de enfrentar situações estressantes, promovendo uma redução desses sintomas. Assim, o SSP não apenas melhora a saúde mental, mas também fortalece a capacidade de lidar com o estresse e as demandas do trabalho (Hou *et al.*, 2020; Souza; Martins, 2020).

Isso pois o ambiente de trabalho nas profissões da saúde é amplamente reconhecido como exigente, marcado por altos níveis de estresse, demandas intensas e a constante pressão por oferecer cuidado de qualidade (Pernicioti *et al.*, 2020). As mulheres, que constituem uma parcela significativa dessa força de trabalho, enfrentam desafios adicionais, como as disparidades salariais, segregação ocupacional e a sobrecarga da dupla jornada são algumas das realidades que exigem atenção contínua (Silva e Lima, 2021; Souza, 2024).

Segundo Karasek e Theorell (1990) o suporte social pode moderar os efeitos adversos do estresse laboral, funcionando como um amortecedor contra as demandas excessivas e desafios no setor da saúde. Reafirmado por Matos *et al* (2017) que destaca que o suporte social, especialmente vindo de amizades, está associado a menores níveis de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde.

"Ressalta-se que condições de trabalho precárias, como a falta de justiça organizacional e o desequilíbrio entre esforço e recompensa, contribuem para o sofrimento psíquico de profissionais da saúde, manifestado por sentimentos de esgotamento, ansiedade e desmotivação. No entanto, a resiliência e o capital social, frequentemente fortalecidos por redes de suporte, atuam como fatores de proteção, reduzindo os impactos negativos dessas condições (LIU *et al.*, 2021)."

Além do suporte emocional, amizades no trabalho desempenham um papel importante no desenvolvimento profissional das mulheres. Relações de confiança e apoio mútuo entre colegas facilitam a troca de conhecimentos e experiências, promovendo o aprendizado contínuo e o crescimento na carreira. Esses laços de amizade também fortalecem a coesão da equipe e a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes (Malheiros *et al.*, 2024).

Destaca-se que o suporte social proveniente de supervisores pode reduzir significativamente o estresse ocupacional, uma vez que os trabalhadores passam a perceber seus papéis como essenciais dentro da organização, impactando positivamente o desempenho e a satisfação no trabalho (Deng *et al.*, 2021).

3.2. “Uma vizinha que considero como uma irmã”: o mapa das relações Familiares

O quadrante de Família dos mapas das participantes demonstra importância dessa instituição para as trabalhadoras da área da saúde em um complexo hospitalar de alta demanda é imensa, pois oferece o suporte emocional necessário para lidar com as intensas pressões do ambiente de trabalho. Muitas entrevistadas revelam que possuem relações familiares próximas, o que contribui significativamente para seu bem-estar emocional.

O seu principal apoio vem de sua mãe, irmã e filho, destacando a importância dessas relações em sua vida, menciona (Margarida) (Figura 9).

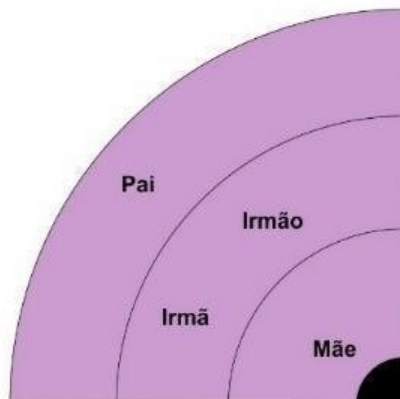
Figura 9. Quadrante família, Margarida. (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

O suporte que recebe de sua mãe e irmãos, afirmando que todas elas estão sempre dispostas a ajudar quando necessário, enfatiza Flor De Lótus (Figura 10).

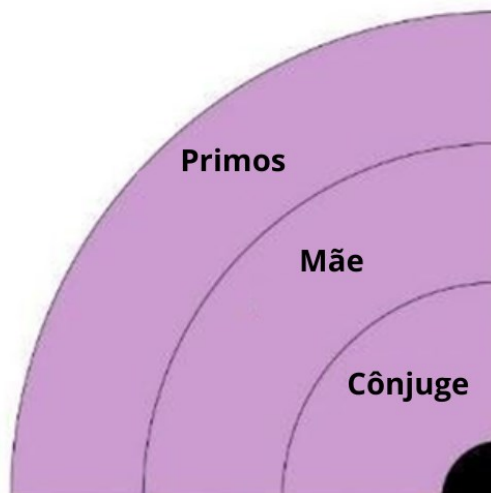
Figura 10. Quadrante família, Flor de Lótus (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

Conta com o apoio de seus filhos e cônjuge, ressaltando como essas conexões familiares são fundamentais em sua jornada, relata Lila (Figura 11).

Figura 11. Quadrante família, Lila. (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

A família desempenha um papel crucial no alívio do sofrimento no trabalho das profissionais de saúde, fornecendo apoio emocional, promovendo a resiliência e melhorando o bem-estar geral. Esse apoio pode mitigar os fatores estressores associados aos ambientes de trabalho em saúde, que frequentemente são caracterizados por altas demandas e exaustão emocional, em que profissionais de saúde que recebem apoio emocional da família apresentam níveis mais baixos de sintomas de ansiedade e depressão e especialmente durante crises como a pandemia de COVID-19 (Styra *et al.*, 2022).

Além disso, o suporte familiar é fundamental para a saúde mental dos profissionais de saúde. Segundo Styra *et al.* (2022) 77,3% desses profissionais receberam apoio emocional de seus familiares, o que está associado a melhores resultados de saúde mental. Bem como podem incentivar as profissionais de saúde a manterem um equilíbrio saudável entre vida profissional e pessoal, que é essencial na prevenção do estresse ocupacional e do esgotamento; a envolverem-se em atividades familiares, as quais pode servir como uma forma de relaxamento mental, ajudando a aliviar o estresse e melhorar o desempenho no trabalho (Tamminga *et al.*, 2023).

Para Lila (36-45 anos) (Figura 11) os significados se aproximam da relação familiar:

“Eu tenho uma vizinha que considero como uma irmã, que a vida me deu, que é a Sueli”

Uma amizade que a distância não separa, embora residam na mesma cidade:

“A gente se vê pelo menos três ou quatro vezes no ano, que é a Vera, uma amiga minha que mora no São Jorge”.

Mas há amizades que, embora haja uma distância geográfica considerável, as novas tecnologias de comunicação auxiliam em superar essas barreiras:

“É uma amizade ainda mais distante, que é a Eliane, que mora lá em Tocantins, com quem converso de vez em quando, mas bem raramente, às vezes passam até anos sem nos vermos”.

Uma rede de apoio ampla e presente oferece diversos benefícios significativos, especialmente para profissionais que atuam em ambientes desafiadores, como as trabalhadoras da saúde. Além do suporte emocional, que permite a partilha de desafios e frustrações, essas redes contribuem para a redução do estresse e a promoção do bem-estar mental. No entanto, o fato de muitas mulheres recorrerem a redes fora do núcleo familiar para obter ajuda em tarefas cotidianas, como cuidados com filhos ou afazeres domésticos, evidencia o nível de sobrecarga a que estão submetidas. Essa dinâmica, longe de representar uma solução estrutural, pode, na verdade, reforçar a lógica patriarcal que naturaliza o cuidado como responsabilidade exclusivamente feminina.

Como aponta Hirata (2010), a divisão de gênero do trabalho ainda se manifesta de forma persistente, alocando às mulheres a responsabilidade quase exclusiva pelo trabalho reprodutivo e pela manutenção da vida, mesmo quando estas já enfrentam exaustivas jornadas no mercado formal. A dependência dessas redes, portanto, embora funcione como estratégia de sobrevivência, também revela os limites de um sistema que perpetua a desigualdade de gênero como base organizativa das relações sociais e laborais.

No entanto, há variações nessas redes de apoio, que podem influenciar a experiência de cada trabalhadora. Considerando que é importante reconhecer que nem todas as dinâmicas familiares são positivas ou promotoras de saúde mental para as mulheres que atuam nos serviços de saúde, como o hospital. Em alguns casos, os estressores familiares, como a má diferenciação entre os membros da família, hierarquias indefinidas e padrões rígidos de comunicação dentro das famílias, podem exacerbar o sofrimento relacionado ao trabalho, destacando a complexidade dessa relação. Desta forma, o suporte social atua de modo

prejudicial haja vista que depende da qualidade dos vínculos que são estabelecidos entre a mulher e demais membros do grupo familiar e os familiares (Paschoal; Tamoyo, 2005).

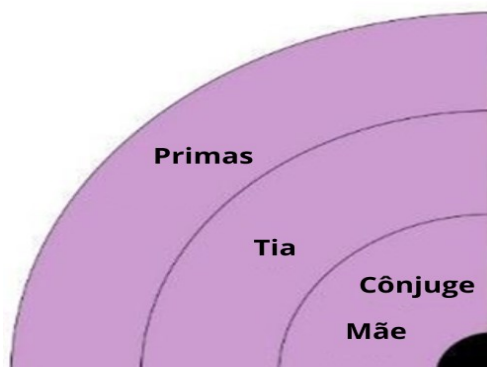
Embora a maioria das profissionais tenha acesso a uma rede familiar consistente, algumas enfrentam desafios como a distância geográfica, a falta de tempo para manter contato frequente ou até mesmo relações familiares tensas. Essas circunstâncias podem criar um efeito de isolamento, onde a trabalhadora não consegue usufruir do suporte emocional que sua família poderia oferecer. Além disso, outras podem sentir que, apesar da presença física da família, a falta de compreensão sobre as demandas do trabalho na saúde limita a profundidade do apoio recebido (Akhter; Mahmud, 2024).

Em determinadas situações, profissionais podem hesitar em compartilhar o estresse do trabalho com familiares, por receio de gerar preocupação ou angústia entre os entes queridos (Styra et al., 2022). Esse comportamento evidencia a importância de sistemas abertos de comunicação e suporte, tanto no ambiente doméstico quanto no local de trabalho.

Além disso, como apontado por Paschoal e Tamoyo (2005), essa necessidade torna-se ainda mais evidente diante das exigências emocionais envolvidas no exercício profissional. As entrevistadas relatam que, apesar de manterem boas relações familiares, enfrentam dificuldades devido à distância. Essas entrevistadas expressam graus variados de aproximação com suas famílias, mas a separação geográfica impacta a frequência e a profundidade das interações, criando desafios para o fortalecimento desses laços.

“Estou distante da minha família, embora mantenha um bom contato com eles.” (Iris) (Figura 12).

Figura 12. Quadrante família, Iris. (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

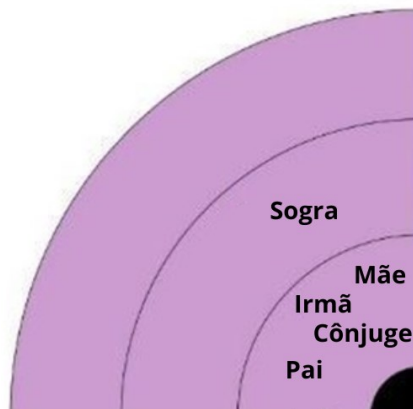
No entanto, essa distância torna a comunicação complicada, como exposta na rede de

Iris (Figura 12).

“Moro com o meu esposo, enquanto sua irmã reside em Ribeirão Preto e seus pais estão no sul de Minas” (Malva) (Figura 13).

Porém, apesar de não se verem com frequência, ela se comunica muito por telefone e sente que pode contar com eles.

Figura 13. Quadrante família, Malva. (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

Para Gardênia (Figura 14): “*Minha relação mais próxima é com o filho e o noivo*”, enquanto a relação com a mãe, sobrinha e irmã é intermediária, já que elas moram em outra cidade, o que limita a proximidade. Ela se sente bem distante do pai e do irmão (Figura 12).

Figura 14. Quadrante família, Gardênia. (Uberlândia, 2024).



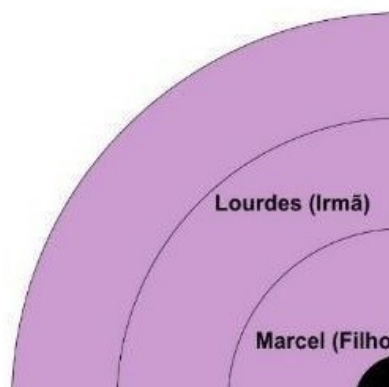
Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2024.

Nota-se que a relação familiar é presente, mas fisicamente distante, pode ter tanto benefícios quanto desafios para as entrevistadas que trabalham em um hospital de complexo de alta demanda.

Uma das entrevistadas menciona que seu filho é sua principal rede proximal de apoio devido à ausência do cônjuge. Essa inversão de rede revela uma dinâmica onde o adolescente, normalmente visto como dependente, se torna uma fonte significativa de suporte emocional para a mãe. A presença do filho oferece companhia e um vínculo afetivo que ajuda a amenizar a solidão e a pressão do dia a dia. Essa situação ilustra como os papéis familiares podem se adaptar em momentos de necessidade, fortalecendo a relação entre mãe e filho.

Comenta sobre sua rede de apoio com seu filho, destacando a proximidade da relação: "Meu filho e eu temos um vínculo muito estreito. Não somos apenas mãe e filho, mas também amigos. Temos bastante espaço para conversas e trocas, o que fortalece ainda mais nossa conexão." (Lavanda) (Figura 15).

Figura 15. Quadrante família, Lavanda (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

Essa inversão de rede destaca a flexibilidade e a resiliência das relações familiares, evidenciando como as circunstâncias podem transformar os papéis tradicionais e criar vínculos profundos em meio a desafios. Apesar de o filho estar em uma fase da vida que exige cuidado, orientação e autonomia progressiva, a proximidade descrita por Lavanda, marcada por afeto, diálogo e parceria, pode ser vista como uma forma saudável de adaptação familiar.

diante de um momento delicado: a separação conjugal (Kehlstadt, 2018). Nessa situação, a inversão parcial de papéis, na qual o adolescente também oferece suporte emocional à mãe, não deve ser automaticamente entendida como prejudicial. Ao contrário, pode fortalecer o vínculo entre ambos, criando um espaço de confiança e construção conjunta de afeto.

Essa dinâmica relacional, em que mãe e filho compartilham conversas, trocas e companheirismo, pode funcionar como um fator de proteção emocional para ambos. Para a mãe recém-separada, representa uma rede de apoio interna, que suaviza sentimentos de solidão e incerteza. Para o adolescente, assumir temporariamente um papel mais ativo na relação pode favorecer o desenvolvimento de empatia, responsabilidade afetiva e maturidade, desde que não haja uma transferência de responsabilidades adultas que o sobrecarregue (SILVA, 2019).

Assim, essa inversão, quando equilibrada e acolhedora, não significa necessariamente sobrecarga, mas sim uma reconfiguração provisória da relação, típica de muitos contextos familiares em transição. Ao ser sustentada pelo afeto e pela escuta mútua, essa convivência reforça a confiança entre mãe e filho, tornando a relação mais sólida e significativa para ambos (Kehlstadt, 2018).

Três trabalhadoras entrevistadas revelam que, embora não tenham redes de apoio em linhas mais distantes, suas conexões próximas e intermediárias são fundamentais. Elas contam com relações significativas e de confiança, principalmente com familiares, que podem não estar fisicamente próximas, mas mantêm um contato regular e significativo. Essas relações oferecem suporte emocional e prático, criando um ambiente de ajuda mútua onde podem compartilhar experiências e desafios do dia a dia.

Essa dinâmica demonstra que, mesmo na ausência de uma rede de apoio mais ampla, a proximidade emocional e a comunicação frequente são essenciais. As trabalhadoras sentem-se apoiadas e compreendidas em suas necessidades diárias, independentemente da distância física. O vínculo afetivo e a solidariedade que cultivam com seus familiares permitem que enfrentem as exigências de seu trabalho de forma mais resiliente.

A interconexão entre os fatores que contribuem para o sofrimento moral, o estresse ocupacional e o bem-estar geral é evidente. Profissionais de saúde frequentemente enfrentam sofrimento moral devido a ameaças à sua integridade, infraestrutura inadequada e dificuldades no trabalho em equipe. Diante disso, é essencial adotar estratégias para proteger sua integridade moral e promover um ambiente de trabalho mais saudável (Caram *et al.*, 2021). Pois, considerando a alta prevalência de distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho entre profissionais da saúde, torna-se fundamental a implementação de intervenções

ergonômicas para mitigar tais impactos (Pleho *et al.*, 2021).

A grande maioria das entrevistadas conta com uma rede de apoio mais próxima, composta principalmente por pais, mães, irmãos e companheiros. Essas relações são caracterizadas por um forte vínculo emocional e uma comunicação frequente, permitindo que elas se sintam apoiadas em suas necessidades diárias.

Por outro lado, poucas entrevistadas mencionam outros membros da família, como avós, primos, sogros ou sogras, como parte significativa de sua rede de apoio. Isso pode indicar que, apesar da importância dessas relações, elas não são tão próximas ou frequentes em termos de interação e suporte emocional. Essa limitação pode refletir a dinâmica familiar e as circunstâncias de cada uma, enfatizando que a maioria das trabalhadoras se apoia em um núcleo familiar direto.

“As mais próximas são a minha mãe e a minha irmã, e a intermediária, a minha avó e a minha tia.” (Rosa) (Figura 16)

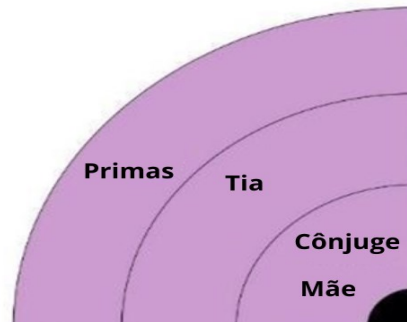
Figura 16. Quadrante família, Rosa (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

“Mais próximos, minha mãe e meu esposo, e mais distantes, primos.” (Iris) (Figura 17).

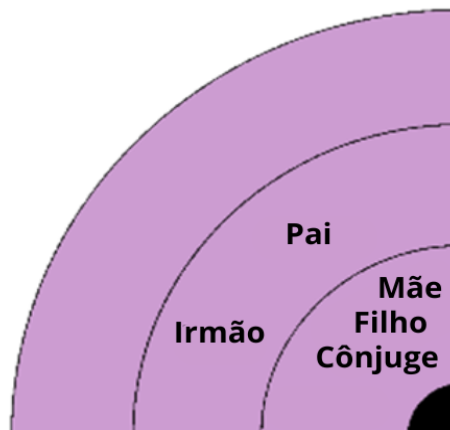
Figura 17. Quadrante família, Iris (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

“Então, sou mais próxima das pessoas que moram comigo mesmo, é esposo e filhos, e minha mãe eu converso com todo dia, por isso eu coloquei aqui no número um, mais próximo.” (Jasmin) (Figura 18).

Figura 18. Quadrante família, Jasmim. (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

A rede de apoio familiar fortalece o bem-estar emocional das trabalhadoras, proporcionando uma sensação de segurança e estabilidade. Esses laços próximos contribuem para a manutenção da saúde mental, especialmente em ambientes desafiadores como o hospitalar, onde o desgaste emocional é constante. A presença desse suporte faz com que elas se sintam menos solitárias, sabendo que, mesmo à distância, podem contar com familiares

para oferecer auxílio e apoio.

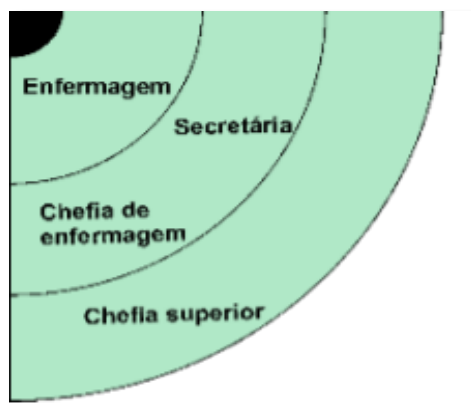
3.3. “Coloquei colegas, não é mais próximo”: o mapa das relações no Trabalho

Ao cruzar as informações obtidas nos quadrantes do Trabalho dos mapas de Sluzki (2007), fica evidente que as relações interpessoais entre as trabalhadoras não são homogêneas. Embora todas as entrevistadas mantenham algum nível de relacionamento com seus colegas, a proximidade e a qualidade dessas interações variam consideravelmente. A maioria é composto por trabalhadoras que mantêm relações estreitas. Essas conexões são caracterizadas por apoio mútuo e comunicação frequente. As interações são marcadas pela colaboração e pela confiança, permitindo um ambiente de trabalho solidário.

O que corrobora com os achados de Sousa *et al.* (2024) ao evidenciar que profissionais de saúde em diferentes departamentos hospitalares exibem padrões variados de comportamento interpessoal, que se correlacionam com a vulnerabilidade ao estresse e a satisfação no trabalho.

Destaca-se que os relacionamentos interpessoais no local de trabalho são importantes para manter um ambiente de saúde, isso pois os relacionamentos interpessoais entre profissionais de saúde são influenciados por fatores individuais e institucionais (Fernandes *et al.*, 2000). De acordo com Margarida (Figura 20) destaca sua relação com os colegas como "muito boa e tranquila", enquanto Petúnia (Figura 21) complementa essa visão ao afirmar: "Eu tenho um bom relacionamento com todos". Jasmin (Figura 19) acrescenta: "Eu sou aberta a novas amizades, gosto de ouvir, então eu vejo de forma positiva".

Figura 19. Quadrante trabalho, Jasmim. (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

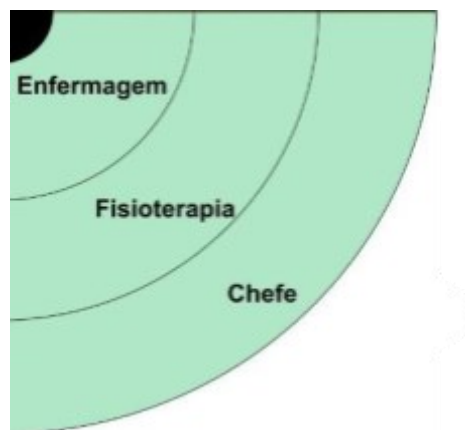
E como demonstrado nos quadrantes de outras trabalhadoras.

Figura 20. Quadrante trabalho, Margarida (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

Figura 21. Quadrante trabalho, Petúnia. (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

Os relacionamentos interpessoais influenciam significativamente a síndrome de *burnout* no local de trabalho (Rodríguez-Mantilla; Fernández-Díaz, 2017), isso pois o estresse ocupacional afeta negativamente os relacionamentos interpessoais e organizacionais, levando potencialmente à síndrome de *burnout* (Soares *et al.*, 2023).

Entre as 14 entrevistadas, uma destacou que mantém uma relação de conexões mínima e distante, caracterizadas por contatos superficiais. Essas relações tendem a ser limitadas e com pouco suporte emocional.

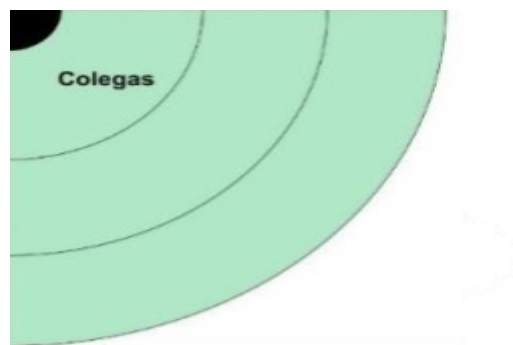
Flor de Lótus expressou sua convivência no trabalho como "apenas boa." Essa avaliação sugere que, embora ela mantenha relações amistosas com suas colegas, não sente

uma conexão profunda ou um vínculo significativo.

Há trabalhadoras que, durante a entrevista, demonstram ter um ambiente de trabalho no qual mantêm uma rede de apoio pequena, mas muito próxima com colegas diretas. A dinâmica entre elas é marcada por forte solidariedade e cooperação, embora essa proximidade esteja limitada a um grupo específico. Essa relação cria um ambiente de confiança mútua, no qual essas trabalhadoras se sentem à vontade para compartilhar desafios, trocar conselhos e oferecer apoio tanto em questões pessoais quanto profissionais. Mesmo que a rede de apoio seja restrita, ela é fundamental para o bem-estar e a motivação das integrantes desse grupo.

“Coloquei colegas, não é mais próximo. São muitos colegas.” [E ainda ressaltou que] “Tem uma boa relação com todos, mas tem uns vínculos com alguns que são mais próximos.” (Iris) (Figura 22).

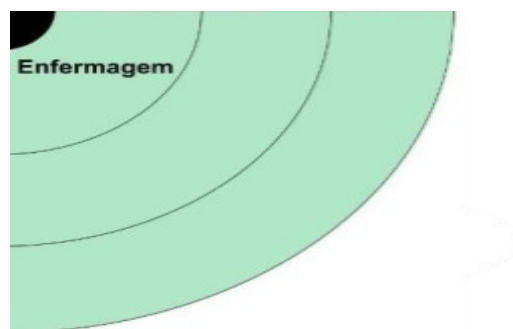
Figura 22. Quadrante trabalho, Iris. (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

Enquanto Dália (Figura 23), ao ser perguntada sobre sua relação de trabalho hoje e com quem você tem mais contato mencionou sua colega da equipe de enfermagem.

Figura 23. Quadrante trabalho, Dália (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

Já Camélia explicou: “Da mesma forma, eu fico um pouco mais no meu cantinho, mas tem algumas amizades que foram feitas no trabalho, que eu ainda levo. E, atualmente, no trabalho, são as que eu lido com elas no dia a dia. São mais pessoas enfermeiras. É mais o pessoal da enfermagem. Tem também o pessoal da limpeza, que não tem problema, mas no geral é o pessoal da enfermagem.”

Entre essas trabalhadoras a comunicação é fluida e aberta, e elas colaboram com facilidade, se apoiando mutuamente em momentos de desafios ou pressão. Elas desenvolvem uma espécie de "microclima" dentro do ambiente maior de trabalho, onde a empatia e o suporte são constantes. Essa rede de apoio, embora pequena, é bastante significativa para quem faz parte dela, criando uma espécie de refúgio em meio às pressões do ambiente profissional, corroborando com Jucá (2011) ao destacar que um ambiente de trabalho favorável e profissionais motivados contribuem para melhores interações sociais e perspectivas futuras.

Essas descobertas ressaltam a importância de promover relacionamentos interpessoais positivos no ambiente de trabalho, favorecendo o bem-estar dos funcionários e contribuindo para a prevenção do burnout. No entanto, o desenvolvimento dessa síndrome também está relacionado a fatores individuais, como os traços de personalidade especialmente o neuroticismo, caracterizado por uma maior propensão a experimentar emoções negativas, como ansiedade e instabilidade emocional os quais desempenham um papel preditivo relevante no surgimento do burnout (Costa; Borsari; Damásio, 2020).

Com os colegas de outras áreas ou equipes, as interações tendem a ser formais e focadas em questões estritamente profissionais. Elas podem evitar se envolver emocionalmente ou estabelecer laços mais profundos com essas pessoas, seja por falta de tempo, afinidade, ou simplesmente porque se sentem mais confortáveis dentro de seu grupo restrito.

Relações de trabalho precárias, caracterizadas por contratos temporários e falta de estabilidade no emprego, são comuns principalmente em programas de saúde pública, o que impacta negativamente a saúde mental e a qualidade do cuidado oferecido (Parreira; Souza, 2021). No complexo hospitalar de alta demanda, as variações no grau de proximidade nas relações interpessoais entre as trabalhadoras podem ser bastante evidentes, influenciadas tanto pela pressão constante quanto pela exigência do trabalho em equipe. Entre colegas de função direta, como enfermeiras, técnicas e auxiliares, costuma haver maior proximidade, pois

dependem umas das outras para a execução eficiente das atividades. No entanto, essa mesma exigência de cooperação pode, em determinados contextos, gerar tensões e afastamentos, especialmente diante de sobrecargas, conflitos de comunicação ou desigualdade na divisão de tarefas. Essas relações são caracterizadas por um suporte mútuo, tanto emocional quanto profissional, especialmente diante da rotina intensa e da responsabilidade compartilhada. No entanto, mesmo nesses grupos, a carga de trabalho e o tempo limitado podem impedir o desenvolvimento de laços mais profundos, resultando em interações funcionais e focadas no trabalho.

Por outro lado, as trabalhadoras tendem a manter relações mais distantes com profissionais de outros setores, como médicos, administrativos ou equipes de apoio, como manutenção. Nessas interações, o foco é mais pontual e diretamente ligado às tarefas, o que reduz a possibilidade de vínculos interpessoais significativos. A própria hierarquia do hospital e as diferentes especializações contribuem para esse distanciamento.

Apesar dessa distância em relação à chefia, as trabalhadoras costumam encontrar apoio nas relações mais próximas com suas colegas diretas, criando uma rede de suporte que as ajuda a enfrentar os desafios do dia a dia, mesmo em um ambiente tão exigente e complexo.

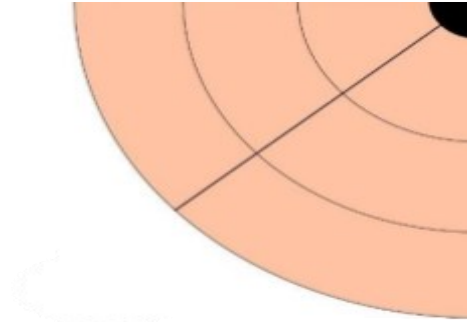
No contexto de Unidades de Saúde da Família, pesquisas têm revelado fragilidades em relacionamentos interpessoais entre equipes multiprofissionais, enfatizando a necessidade de ambientes de trabalho dialógicos e espaços dedicados para discussões em equipe para melhorar a prestação de cuidados de saúde (Fernandes *et al.*, 2015). Em seu conjunto, esses estudos ressaltam a importância dos relacionamentos interpessoais e redes sociais em ambientes de saúde.

3.4. “A idade chega, e se você pratica uma caminhada”: as relações comunitárias

Conforme as entrevistas, o quadrante de Rede comunitária dos mapas de Sluzki (2007) indicam que a maioria das entrevistadas possuem algum grau de envolvimento com a comunidade, mas essas relações variam em intensidade e frequência, e destaca-se as atividades específicas relacionadas a locais de lazer ou práticas de autocuidado são academias, igrejas e parques, enquanto outras demonstram uma interação mais limitada ou distante com a comunidade, que não apresenta nenhuma relação comunitária. Durante a entrevista, Petúnia (Figura 24) compartilhou:

“Enfrento dificuldades porque preciso encontrar tempo para realizá-las”.

Figura 24. Quadrante rede comunitária, Petúnia (Uberlândia, 2025).



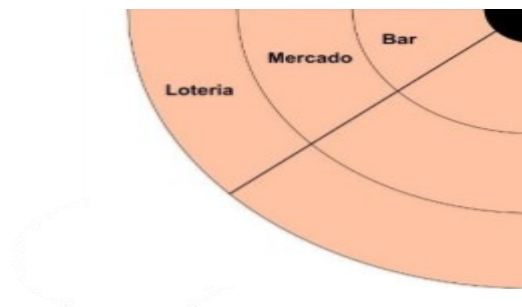
Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

O lazer é uma parte essencial do desenvolvimento pessoal e do bem-estar. Ressalta-se que as práticas de lazer abrangem uma ampla gama de atividades, desde passatempos em casa até viagens e atividades ao ar livre (Fiori, 2011). Além disso, o lazer tem uma relevância particular para a saúde, especialmente para aqueles que trabalham em ocupações mentalmente exigentes, como advogados e profissionais de saúde. Esses profissionais sacrificam o lazer, o que pode comprometer sua saúde física e mental (Reis *et al.*, 2023).

Algumas entrevistadas compartilharam suas opiniões ao serem questionadas sobre sua relação comunitária. As respostas mais frequentes mencionaram bares, restaurantes, shoppings, supermercados e loterias, indicando uma participação voltada para o lazer e a utilização de serviços. Como manifestaram as participantes a seguir:

“Eu visito bares, supermercado e loteria onde gosto de me socializar.” (Margarida) (Figura 25).

Figura 25. Quadrante rede comunitária, Margarida. (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

“Gosto de frequentar restaurantes e shoppings.” (Azaleia) (Figura 26).

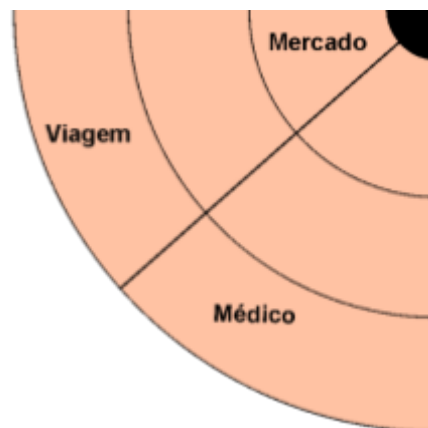
Figura 26. Quadrante rede comunitária, Azaleia (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

“Eu mesmo, sem precisar, gosto de ir ao mercado. Às vezes passo, compro qualquer coisa só para entrar mesmo, e a sensação de comprar é muito boa. Outra coisa que gosto de fazer é uma viagem.” (Jasmin) (Figura 27).

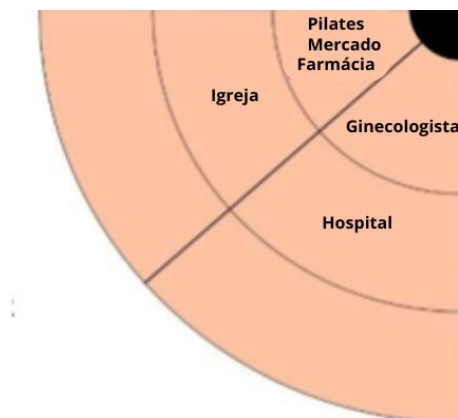
Figura 27. Quadrante rede comunitária, Jasmim. (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

“Faço pilates toda semana e frequento o comércio, como supermercado e farmácia; a igreja também, pelo menos uma vez por semana.” (Malva) (Figura 28).

Figura 28. Quadrante rede comunitária, Malva (Uberlândia, 2025).



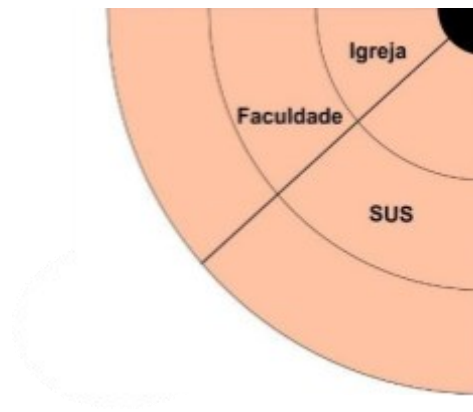
Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

No Brasil a relação entre lazer e saúde vem ganhando destaque com o lazer sendo reconhecido como um importante meio de promoção do desenvolvimento humano (Maciel *et al.*, 2022). Pois envolver-se em atividades recreativas pode melhorar habilidades críticas como flexibilidade, sensibilidade e criatividade, impactando positivamente o atendimento ao paciente (Beuter *et al.*, 2005). No entanto, há uma lacuna no conhecimento interdisciplinar e nas políticas intersetoriais para integrar efetivamente o lazer e a saúde no cotidiano (Barbosa; Moura Júnior; Ximenes, 2021; Maciel *et al.*, 2022).

As redes sociais comunitárias são determinantes de saúde importantes, oferecendo apoio emocional e cuidados alternativos (Lopes; Ribeiro; Oliveira, 2023), e para algumas entrevistadas a igreja foi considerada um importante ponto na RSP das participantes, não apenas como um espaço de espiritualidade, mas também como um ambiente propício à interação e ao suporte social. Algumas pessoas a destacam como um local de interação comunitária, visitando-a com frequência, isso pois essas relações não apenas ajudam a moldar a permanência em áreas periféricas, mas também fortalecem a coesão comunitária em momentos de adversidade (Fontes, 2022). Como expresso por elas:

“A minha rotina é ir a igreja e a faculdade”. (Dália) (Figura 29).

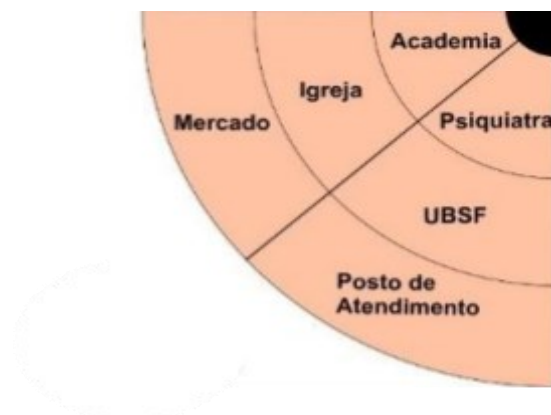
Figura 29. Quadrante rede comunitária, Dalia (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

“Vou à academia todos os dias; vou à igreja duas vezes por semana e raramente desço ao mercado, que é um lugar com muito movimento e agitação.” (Lila) (Figura 30).

Figura 30. Quadrante rede comunitária, Lila. (Uberlândia, 2025).



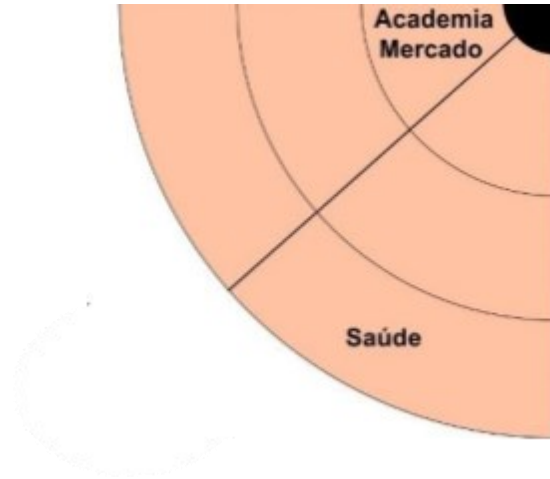
Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

Outras entrevistadas destacam que a academia desempenha um papel fundamental em suas interações comunitárias, servindo não apenas como um espaço para a prática de exercícios físicos, mas também como um ponto de encontro social. A participação em atividades físicas, como aulas em grupo e treinamentos coletivos, fomenta laços de amizade e apoio mútuo entre os participantes, contribuindo para um senso de pertencimento e bem-estar emocional dentro da comunidade.

“Eu frequento a academia diariamente, segunda a sexta, o mercado é raro passar mais de dois dias. Saúde é só quando necessário

mesmo, então é bem distante.” (Camélia) (Figura 31).

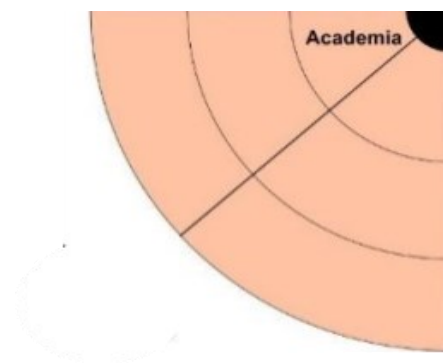
Figura 31. Quadrante rede comunitária, Camélia (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

Olha, hoje eu tirei um tempo para cuidar mesmo da saúde, que é uma prática de exercício físico. A idade chega, e se você pratica uma caminhada, faço academia e pilates também. (Lavanda) (Figura 32).

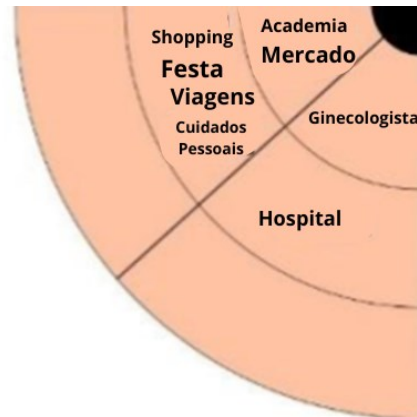
Figura 32. Rede comunitária, Lavanda (Uberlândia, 2024).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2024.

“A rotina combina atividades diárias, como academia e mercado, com lazer nos finais de semana cinema, shopping, viagens ocasionais e saídas mais espaçadas, ajustadas à disposição e ao estilo de vida.” (Gardênia) (Figura 33).

Figura 33. Quadrante rede comunitária, Gardênia (Uberlândia, 2025).



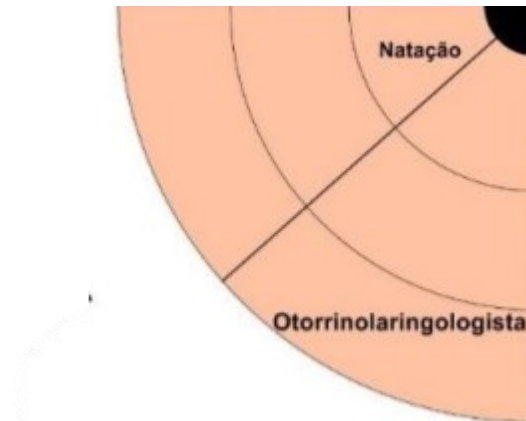
Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

Essas declarações não apenas revelam a dedicação individual ao exercício físico, mas também ilustram como essas práticas criam uma rede de apoio. O ambiente da academia e as aulas de pilates oferecem oportunidades para socialização e motivação mútua, promovendo um senso de comunidade entre os participantes. Assim, a prática regular de exercícios não só beneficia a saúde física, mas também fortalece laços sociais, proporcionando um suporte emocional vital, especialmente à medida que envelhecemos (Kalfin *et al.*, 2024).

Uma entrevistada não relata uma conexão forte com atividades comunitárias, mas menciona a prática de esportes, como a natação. Isso sugere uma participação mais individualizada na comunidade, refletindo relações sociais mais limitadas ou menos frequentes.

“Eu pratico sim, Natação.” (Flor de Lótus) (Figura 34)

Figura 34. Quadrante rede comunitária, Flor De Lótus. (Uberlândia, 2025).



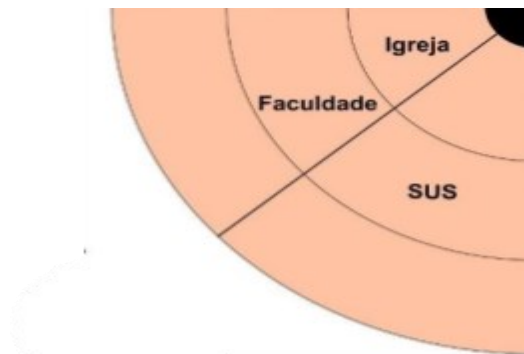
Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

O envolvimento com a comunidade, seja por meio de atividades físicas, religiosas ou sociais, serve como uma válvula de escape e tem um impacto positivo no bem-estar emocional (Tripathi e Samanta, 2023).

Por outro lado, existem trabalhadoras que têm pouca busca por cuidados de saúde. Muitas vezes, essas profissionais enfrentam longas jornadas de trabalho e priorizam as demandas do trabalho e da família em detrimento de seus próprios cuidados. Essa falta de atenção à saúde pode levar à negligência de consultas médicas regulares, resultando em problemas de saúde não tratados e um aumento no estresse emocional (Hamzah *et al.*, 2024).

“A rotina é simples e focada: ‘Vou só pra igreja e pra faculdade mesmo.’”
(Dália) (Figura 35).

Figura 35. Quadrante rede comunitária, Dália (Uberlândia, 2025).



Fonte: Elaboração da equipe de pesquisa, 2025.

Muitas trabalhadoras reconhecem a importância de cuidar da saúde e buscam

regularmente acompanhamento médico, incluindo consultas com nutricionistas, psicólogos, ginecologistas e dentistas. Para essas profissionais, manter uma rotina de cuidados preventivos é uma prioridade, entendendo que a prevenção é essencial tanto para o bem-estar geral quanto para o desempenho no trabalho. A participação em grupos de apoio e a troca de experiências com outras pessoas fortalecem essa rede de suporte, incentivando hábitos saudáveis e o acesso a informações relevantes (Alshammari *et al.*, 2022).

As relações comunitárias desempenham um papel secundário na vida das entrevistadas, servindo mais como uma fonte de lazer e autocuidado do que de suporte emocional direto. A participação comunitária, portanto, tende a ser ocasional e de menor intensidade, mas ainda relevante para o equilíbrio entre vida profissional e pessoal (Lowe *et al.*, 2023).

Ao buscarem assistência médica de forma ativa, essas trabalhadoras se sentem empoderadas por tomar decisões informadas sobre sua saúde, o que aumenta seu senso de segurança e autoestima. O acesso a esses recursos também as ajuda a enfrentar melhor o estresse e os desafios do dia a dia, promovendo um equilíbrio físico e emocional mais estável (Lenger *et al.*, 2023).

As redes sociais desempenham um papel fundamental no apoio emocional e prático, com os familiares sendo as principais fontes de suporte (Domingues *et al.*, 2013; Sabino, 2024). E, em cenários como o vivenciado durante a pandemia da COVID-19 – em que as atividades de lazer sofreram uma mudança significativa, com a migração para práticas internas e virtuais, enquanto as atividades ao ar livre e sociais diminuíram consideravelmente ressaltou-se a importância de intervenções organizacionais focadas no bem-estar psicológico. Estudos anteriores apontam que programas de resiliência e suporte psicológico direcionado mostraram-se eficazes no combate ao burnout, promovendo a saúde mental das trabalhadoras da saúde (Smith *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2022).

No presente estudo, embora a maioria das entrevistadas não tenha relatado acesso direto a esse tipo de intervenção institucionalizada, muitas apontaram estratégias próprias de enfrentamento psicológico e emocional, como o apoio entre colegas, a religiosidade, e o fortalecimento de vínculos familiares. Isso evidencia não apenas a ausência de políticas organizadas de cuidado emocional, mas também a capacidade de resiliência construída coletivamente entre as trabalhadoras. A análise da rede comunitária das mulheres que atuam em um hospital de alta complexidade evidencia que, embora as relações com a comunidade não ocupem o centro de suas redes de apoio, elas exercem papel relevante na promoção do bem-estar, da saúde mental e do senso de pertencimento. Espaços como academias, igrejas,

mercados, parques e comércios locais surgem como pontos de encontro onde essas profissionais encontram, ainda que de forma pontual, respiro, escuta e socialização.

Para muitas das entrevistadas, a academia, por exemplo, se configura não apenas como espaço de atividade física, mas como um ambiente de fortalecimento emocional. Ela representa uma pausa necessária diante das exigências cotidianas do hospital. Entre o som dos aparelhos, os movimentos sincronizados nas aulas e os encontros casuais com outras pessoas da comunidade, cria-se um espaço seguro, onde não há crachá, uniforme ou protocolos rígidos. Ali, elas deixam de ser apenas cuidadoras para se tornarem também cuidadas, seja pelo próprio corpo em movimento, seja pela troca silenciosa de olhares e cumplicidade com outras mulheres. O exercício físico, nesses casos, extrapola o cuidado corporal: é também uma forma de resistência subjetiva ao esgotamento emocional e psicológico.

A igreja, por sua vez, aparece como um espaço de transcendência e reconexão espiritual. Para algumas participantes, frequentar cultos ou missas representa não apenas um compromisso religioso, mas também um reencontro com aquilo que lhes dá sentido. É um espaço de pertencimento coletivo, de acolhimento simbólico e de escuta, onde podem ressignificar dores e renovar esperanças. Nessas vivências, as profissionais encontram conforto diante da incerteza, da perda e das exigências emocionais do cuidado em saúde.

Outras entrevistadas relataram vínculos com espaços comunitários cotidianos, como feiras, supermercados e comércios locais. Embora pareçam atividades banais, esses espaços representam momentos de leveza, descontração e autonomia. O simples ato de escolher frutas na feira, conversar com um vendedor conhecido ou passear por uma loja sem pressa pode funcionar como estratégia de autorregulação emocional e sensação de normalidade. Esses momentos criam intervalos afetivos que rompem com a rigidez do ambiente hospitalar.

Também foram mencionadas práticas mais individualizadas, como a natação ou o pilates, que demonstram como o autocuidado pode ser cultivado em ambientes silenciosos e introspectivos. Mesmo quando não há uma rede comunitária ampla, essas experiências são potentes na medida em que permitem que as mulheres se reconectem com si mesmas, com seus corpos e com seu tempo interno.

Entretanto, é preciso reconhecer que nem todas conseguem acessar esses espaços de forma regular. Muitas profissionais relataram a dificuldade de conciliar o tempo de autocuidado com a exaustão das longas jornadas de trabalho e as responsabilidades familiares. A ausência de tempo não significa ausência de desejo, mas sim um indicativo das barreiras estruturais que impedem que essas mulheres priorizem suas próprias necessidades (Hamzah et al., 2024; Smith et al., 2022).

Essas observações nos levam a compreender que, mesmo que ocupem um papel periférico, as redes comunitárias são fundamentais para a manutenção da saúde mental e emocional dessas profissionais. Elas ajudam a equilibrar a sobrecarga do trabalho com a possibilidade de existência para além dele. Mais do que espaços físicos, representam territórios simbólicos de reconstrução de identidade, de fortalecimento subjetivo e de resistência cotidiana. Promover políticas que garantam acesso seguro, gratuito e contínuo a atividades culturais, esportivas e de lazer é também promover saúde, dignidade e reconhecimento para essas mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As trabalhadoras atuam em um hospital de referência regional no Triângulo Mineiro e apresentam Mapas de Relacionamento diversificados, com diferentes camadas de convívio social, variando em número de pessoas por camada e quadrante.

O perfil sociodemográfico dessas profissionais é predominantemente composto por mulheres brancas, com pelo menos o ensino superior completo, casadas, com ao menos um filho e que trabalham 36 horas semanais, além de praticar exercício físico ao menos uma vez por semana.

As relações comunitárias e de amizade das participantes revelam uma diversidade de experiências, com variações significativas na intensidade e na proximidade das interações, o que reflete as diferentes formas de enfrentamento das adversidades do trabalho e da vida cotidiana.

Em relação às redes comunitárias, observou-se que a maioria das participantes possui algum grau de envolvimento com a comunidade, sendo as interações mais intensas e frequentes com espaços como academias, igrejas e parques, que funcionam como pontos de lazer e autocuidado. Essas atividades são essenciais para o desenvolvimento pessoal e o bem-estar, especialmente em profissões como a da saúde, que exigem grande resiliência emocional e física. Contudo, algumas participantes reportaram um envolvimento mais limitado com a comunidade, o que pode indicar uma relação mais distante ou até mesmo uma sensação de desconexão, especialmente em contextos de alta demanda e falta de tempo para o autocuidado.

Além disso, as redes de amizade demonstraram ser um aspecto fundamental na saúde mental e no suporte emocional das participantes. As relações de amizade, muitas vezes estabelecidas no ambiente de trabalho, desempenham um papel importante na mitigação dos efeitos do estresse ocupacional. Algumas participantes, como Rosa e Iris, revelaram ter amigas próximas e significativas, que funcionam como uma rede de apoio essencial para o enfrentamento das adversidades. Por outro lado, outras, como Azaleia e Flor de Lótus, expressaram ter amigas mais distantes, o que pode afetar negativamente a percepção de suporte social e aumentar o risco de isolamento.

O suporte social percebido, especialmente aquele proveniente de colegas de trabalho e amigos, é crucial para reduzir o estresse, promover a resiliência emocional e melhorar o bem-estar psicológico das trabalhadoras da saúde. As amigas estabelecidas no ambiente de

trabalho, como observadas em participantes como Jasmin, são particularmente valiosas, pois permitem a troca de experiências e a criação de um espaço seguro para a expressão de emoções. Esse suporte social tem sido associado a menores níveis de transtornos mentais, como ansiedade e depressão, além de proporcionar maior autoestima e capacidade de enfrentar os desafios do trabalho.

Porém, o ambiente de trabalho nas profissões de saúde é frequentemente caracterizado por altos níveis de estresse e sobrecarga, o que pode agravar o impacto de condições de trabalho precárias. A falta de justiça organizacional, a sobrecarga da dupla jornada e a pressão constante por oferecer cuidados de qualidade aumentam os riscos de sofrimento mental entre as trabalhadoras. Nesse contexto, o suporte social, especialmente em forma de amizades, funciona como um amortecedor contra essas adversidades, promovendo um ambiente mais resiliente e saudável. Políticas organizacionais que incentivem o fortalecimento dessas redes de apoio, como programas de mentoria, treinamento de sensibilidade de gênero e ambientes inclusivos, são essenciais para reduzir os efeitos negativos do estresse ocupacional e promover a saúde mental e o bem-estar das trabalhadoras.

Em termos de desenvolvimento profissional, as amizades no trabalho não só contribuem para o bem-estar emocional, mas também favorecem o aprendizado contínuo e o crescimento na carreira. A troca de conhecimentos, a colaboração e o apoio mútuo entre colegas fortalecem o trabalho em equipe e melhoram a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes. Além disso, relações de confiança no trabalho proporcionam oportunidades de avanço na carreira, acesso a projetos desafiadores e promoção de um ambiente mais justo e acolhedor, onde as trabalhadoras podem se desenvolver plenamente.

Conclui-se que as redes sociais de apoio, tanto no ambiente comunitário quanto no trabalho, desempenham um papel crucial na saúde mental das trabalhadoras da saúde, especialmente em contextos marcados por sobrecarga, tensões emocionais e exigências constantes.

Nesse contexto, as relações familiares se destacam como um dos principais pilares de sustentação, oferecendo suporte afetivo, escuta e auxílio prático diante das adversidades enfrentadas no cotidiano profissional. Embora o apoio entre colegas e redes ampliadas também exerça influência positiva, o núcleo familiar quando presente e funcional tende a ser o primeiro espaço de cuidado e recuperação emocional.

A valorização dessas redes deve ser considerada em políticas e práticas institucionais voltadas à saúde do trabalhador, reconhecendo que o bem-estar mental das profissionais da

saúde está intrinsecamente ligado aos vínculos que mantêm fora e dentro do ambiente laboral.

A construção e o fortalecimento dessas redes, por meio de políticas de apoio institucional e práticas organizacionais inclusivas, são fundamentais para garantir o bem-estar das profissionais e a eficácia no cuidado prestado aos pacientes. O investimento em estratégias que incentivem a criação de amizades no trabalho e o suporte emocional é essencial para promover uma cultura organizacional mais saudável, resiliente e justa, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das trabalhadoras e da qualidade do serviço prestado.

REFERÊNCIAS

AKHTER, M., MAHMUD, S. Family support—a critical factor to reduce work stress and facilitate work life balance for female employees of banking sectors in Bangladesh.

International Journal of Latest Technology in Engineering Management & Applied Science, v. 13, n. 12, p. 96-105, 2024. <https://doi.org/10.51583/IJLTEMAS.2024.131209>

ALOBALID, A. M. *et al.* Challenges faced by female healthcare professionals in the workforce: A scoping review. **Journal of multidisciplinary healthcare**, v. 13, p. 681-691, 2020.

ALSHAMMARI, D. R. *et al.* The negative consequences of poor treatment of the elderly patients in hospitals. **International Journal of Bio-Medical Informatics and e-Health**, v. 10, n. 6, 2022. <https://doi.org/10.30534/ijbmieh/2022/61062022>

ALSHAMMARI, S. A. *et al.* Self-care practices and health-promoting behaviors among healthcare professionals: A cross-sectional study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 2, p. 1–12, 2022. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020986>

ANTUNES, R. L. C. **Os sentidos do trabalho**. Ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2000. 258 p.

ANTUNES, R., PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. Soc. Soc.**, n. 123, p. 407-427, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.030>

ARAUJO, M. R. M.; MORAIS, K. R. S. Precarização do trabalho e o processo de derrocada do trabalhador. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 1-13, 2017.

BARBOSA, D. M. G. *et al.* Lazer e políticas públicas no Brasil: articulações possíveis entre saúde, educação e assistência social. **Licere**, v. 24, n. 1, p. 109–137, 2021.

BARBOSA, I. de A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 546–551, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000500012>

BARBOSA, R. H. S. *et al.* Gender and healthcare work: a critical view of community health agents' work. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.42, p.751-65, 2012.

BARBOSA, V. N. M.; MOURA JÚNIOR, J. F.; XIMENES, V. M. Relações comunitárias de mulheres em situação de pobreza no interior do Nordeste brasileiro. **Psicologia Argumento**, v. 39, n. 107, p. 1077–1105, 2021.

BEDROV, A. *et al.* Thriving together: the benefits of women's social ties for physical, psychological and relationship health. **Philosophical Transactions of the Royal Society**, v. 378, n. 1868, 2022. <https://www.doi.org/10.1098/rstb.2021.0441>

BEUTER, M. *et al.* O lazer como instrumento de promoção de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 97–104, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000200009>

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Porto Editora, 1994. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 30 maio 2025.

BRITO, J. C. **Saúde, trabalho e modos sexuais de viver**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 179 p.

BULLOCK, K. **Family social support**. In P. J. BOMAR (Ed.), *Promoting health in families: Applying Research and theory to nursing practice*. Philadelphia: Saunders 2004. 663 p.

CAMARANO, A. A.; PINHEIRO, L. **Cuidar, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados do Brasil**. Rio de Janeiro, Ipea, 2023. 538 p.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma: Repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997a. 220 p.

CAMPOS, L. F. et al. Implicações da atuação da enfermagem no enfrentamento da pandemia da COVID-19: fadiga por compaixão e estratégias de enfrentamento. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210391, 2022. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0302pt>

CANDATEN, A. E. Análise da associação entre a intenção de abandono da profissão e o estresse laboral de enfermeiros de um hospital da Serra Gaúcha/RS. 2015. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2015.

CARAM, C. DA S. *et al.* Moral suffering in health professionals: portrait of the work environment in times of COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. suppl 1, 2021.

CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, p. 117–132, 2003.

CARNEIRO, S. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CASTRO, B. N.; STADUTO, J. A. R. Percepção de saúde no Brasil: uma análise das diferenças por sexo dos trabalhadores. **Economia e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 855-884, dez. 2019. <http://doi.org/10.1590/1982-3533.2019v28n3art10>

CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA - CFEMEA. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher/ PAISM – 1983. 1983. Disponível em: https://www.cfemea.org.br/plataforma25anos/_anos/1983.php?iframe=lanc_paism_1983. Acesso em: 06 fev. 2025.

COSTA, A. M.; AQUINO, E. L. **Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira**. In: COSTA; A. M. *et al.* **Saúde, Equidade e Gênero – Um desafio para as políticas públicas**.

Brasília: UNB, 2000.

COSTA, M. H. et al. A influência das relações interpessoais no ambiente de trabalho na satisfação profissional. **Revista Brasileira de Psicologia Organizacional**, v. 22, n. 1, p. 43-57, 2020.

COSTA, V. H. L. et al. Relações entre Burnout, Traços de Personalidade e Variáveis Sociodemográficas em Trabalhadores Brasileiros. **Psico-USF**, v. 25, n. 3, p. 439-450, 2020.

CRENSHAW, K. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativa ao gênero**. In: PATRONO, M. A; MUNANGA, K. (org.). Superando a Discriminação Racial e de Gênero no Mundo do Trabalho. Brasília: OIT, 2002. p. 69-84.

CUNHA, C. R. M. da; SOUSA, M. V. de. Gênero e enfermagem: reflexões sobre o cuidado e a feminização da profissão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 6, p. 1199-1202, 2017. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0142>

DE LIMA NEVES, J. et al. Família, tomada de decisão e apoio dos profissionais nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **Journal of Nursing and Health**, v. 12, n. 3, 2022.

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

DENG, et al. Social support, work stress, and work outcomes: A cross-cultural perspective. **Journal of Occupational Health Psychology**, 2021.

DOMINGUES, M. A. et al. Redes de relações sociais dos idosos residentes em Ermelino Matarazzo, São Paulo: um estudo epidemiológico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 49-59, 2013.

FERNANDES, H. N. et al. Interpersonal relationships in work of multiprofessional team of family health unit. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 1915-1926, 2015.

FERNANDES, J. D. et al. Relações interpessoais no contexto organizacional: representações sociais de profissionais de saúde. **Rev Rene**, v. 1, n. 1, p. 68-75, 2000.

FIORI, M. A. Lazer, cultura e desenvolvimento humano. **Cadernos Cedes**, v. 31, n. 84, p. 229-239, 2011.

FIORI, S. R. Cartografia e as dimensões do lazer e turismo: o potencial dos tipos de representação cartográfica. **Revista Brasileira de Cartografia**, v. 62, n. 3, 2011.

FONTES, L. DE O. Histórias de quem quer fugir e de quem quer ficar: laços comunitários nas cambiantes periferias de São Paulo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 37, n. 109, 2022.

FRANCO, T. et al. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200006>

FREIRE, L. **O Serviço Social na Reestruturação produtiva: espaços, programas e trabalho**

profissional. São Paulo: Cortez, 2003.271 p.

GALANIS, P. *et al.* Relationship between social support and resilience among nurses: a systematic review. **medRxiv**, 2022.

GOLDENBERG, Mirian. **A beleza possível: envelhecer bem é reinventar a si mesmo**. São Paulo: Record, 2021.

HAMZAH, A. et al. Burnout and lack of self-care among healthcare workers: A systematic review. **BMC Health Services Research**, v. 24, n. 1, p. 1–12, 2024.

HAMZAH, K.Q.A.; MOHD ZULKEFLI, N.A.; AHMAD, N. Health-seeking behaviour during times of illness among urban poor women: a cross-sectional study. **BMC Women's Health**, v. 24, n. 334, 2024. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03178-w>

HIRATA, H. Relações sociais de sexo/gênero, trabalho e saúde: contribuições de Helena Hirata. **Saúde em Debate**, v. 45, n. esp. 1, p. 137-153, 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E111>

HOU, T. *et al.* Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. **PLOS ONE**, v. 15, n. 5, p. 1-14, 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233831>

JUCÁ, L. A. DA S. O. Uma boa qualidade de vida no trabalho gera bons resultados. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e58210817638, 2021.

KALFIN, D. K. et al. Significant Positive Impact of Regular Exercise on Mental and Physical Health. **International Journal of Health, Medicine, and Sports**, v. 2, n. 3, p. 89–93, 2024. <https://doi.org/10.46336/ijhms.v2i3.126>

KALFIN, B. et al. Exercise and social connection in healthcare workers: A protective factor against emotional burnout. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 29, n. 1, p. 38–47, 2024.

KARASEK, R.; THEORELL, T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books, 1990.

KEHLSTADT, L. Z. Des adultes encore parentifiés: la parentification, un concept clé en psychothérapies d'adultes. **Thérapie Familiale**, v. 39, n. 2, p. 127-147, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190126>

KIRCHOFF, A. L. C. Reflexões sobre o processo de trabalho em saúde: recriando instrumentos para adequar o trabalho a sua finalidade. **Texto e contexto**. Florianópolis, v. 4, n.1, p. 60-65, 1995.

KRUG, S. B. F. Sofrimento no trabalho: a construção social do adoecimento de trabalhadoras da saúde. **Tese de Doutorado** apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Doutorado da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Doutor em Serviço Social. Porto Alegre 2006. <https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5062/1/000381648-Texto%2BCompleto-0.pdf>

LABIAK, F. P. *et al.* Influências das construções estereotipadas de gênero na carga mental de trabalho das mulheres. **Revista Trabalho (En)Cena**, v. 8, p. e023027, 2023.
<https://doi.org/10.20873/2526-1487e023027>

LACERDA, A. Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. 2010. **Tese de Doutorado**. Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

LENGER, M. *et al.* Feeling Informed and Safe Are Important Factors in the Psychosomatic Health of Frontline Workers in the Health Sector during the COVID-19 **Pandemic in Austria. Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 20, n. 2023.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20021533>

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. p.187-209.

LEOPARDI, M. T. **Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: UFSC, 1999.

LIMA, R., ALMEIDA, F. DA S. A amizade no ambiente de trabalho como fator de desenvolvimento profissional. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 22, n. 3, p. 185-196, 2019. <https://doi.org/10.11606/issn.1982-0275201933>

LIU, Q. *et al.* The relationship between perceived stress, social support and mental health among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Wuhan, China. **Journal of Affective Disorders**, v. 291, p. 1-7, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.055>

LOPES, G. S. *et al.* Redes sociais comunitárias como suporte à saúde mental de trabalhadores. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 2, p. e220174, 2023.

LOPES, R. L. B.; RIBEIRO, L. C.; OLIVEIRA, D. M. DE. A saúde promovida por redes sociais e comunitárias de mulheres de baixa renda. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 7, 2023.

LOWE, J. *et al.* Getting old is not all bingo and knitting'. An exploration of positive ageing and occupational participation through engagement with community leisure activities: a qualitative study. **International Journal of Therapy and Rehabilitation**, v. 20, n. 9, 2023.
<https://doi.org/10.12968/ijtr.2022.0170>

MACIEL, M. E. *et al.* Lazer e saúde: interfaces possíveis na vida das mulheres trabalhadoras. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 44, p. e021021, 2022.

MACIEL, M. G. *et al.* Sobre a compreensão dos profissionais das áreas do lazer e da saúde a respeito dessa interface. **Journal of Physical Education**, v. 33, n. 1, 2022.

MALHEIROS, M. B. *et al.* Benefícios e desafios da amizade no ambiente de trabalho: revisão sistemática e agenda de pesquisa. **REAd. Revista Eletrônica de Administração**, v. 30, n. 2, p. 1192–1220, 2024.

MARTINS, P. H. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 135–152, set. 2014.
<https://doi.org/10.1590/S1414-753X2014000300009>

MATTOS, A. I. S. et al. Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 48, 2017.

MATTOS, M. G. de et al. Ser mulher, mãe e profissional de saúde: desafios enfrentados durante a pandemia de Covid-19. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 28, e230095, 2024. <https://doi.org/10.1590/interface.230095>

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 1525–1534, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

NASCIMENTO, D. D. G. do et al. Family Health Support Center: suffering from the perspective of psychodynamics of work. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

OLIVEIRA, E. M. **A Mulher, a sexualidade e o Trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1999a. 159 p.

OLIVEIRA, E. M; SCAVONE, L. **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: AB, 1997. 139 p.

OLIVEIRA, F., SILVA, C. M. Redes de apoio no trabalho: Impacto nas oportunidades de crescimento profissional das mulheres. **Revista de Estudos de Gênero e Trabalho**, v. 8, n. 4, p. 75-88, 2022. <https://doi.org/10.5935/1997-2056.2022.0049>

ORTH, Z. *et al*. Breaking barriers and building bridges: reimagining a feminist health workforce. **BMJ**, v. 381, p. 1268-1268, 2023. <https://www.doi.org/10.1136/bmj.p12608>

PÁDUA, E. M. M. **Pesquisa e Complexidade: Estratégias Metodológicas Multidimensionais**. Curitiba: CRV; 2014. p. 132.

PARREIRA, F. R.; DE SOUZA, M. R. O Trabalho no SUS: retrato das relações trabalhistas no Programa Academia da Saúde. **Archives of Health**, v. 2, n. 5, p. 1455–1464, 2021.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Impacto dos valores laborais e da interferência família: trabalho no estresse ocupacional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 2, p. 173–180, 2005.

PERNICIOTTI, P. *et al* . Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. **Rev. SBPH**, v. 23, n. 1, p. 35-52, 2020.

PIRES, D. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. 253 p.

PLEHO, D. *et al*. Work Caused Musculoskeletal Disorders in Health Professionals. **Journal of Health Sciences**, v. 11, n. 1, p. 7-16, 2021.

PRADO, F. K. M. *et al*. Therapeutic follow-up and network intervention as a strategy in psychosocial care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, 2020.

PRATHIVADI, P., MACPHERSON, N. Supporting intersectional mentoring of women in medicine. **Medical Journal of Australia**, v. 221, n. 2, p. 83-85, 2024. <https://doi.org/10.5694/mja2.52358>

PROIMOS, J. *et al.* The role of medical colleges and member organisations in advancing women in health care leadership. **Medical Journal of Australia**, v. 220, n. 7, p. 346-351, 2024. <https://doi.org/10.5694/mja2.52244>

RABELO, A. R. M.; SILVA, K. L. da. A politicidade do cuidado na crítica aos estereótipos de gênero. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1223–1230, 2016. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0441>

RACHMAYANTI, R. D. *et al.* The Effect of Social Support on Stress Levels of Health Workers During The COVID-19 Pandemic: A Literature Review. **Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia**, v. 18, n. 2, p. 116-125, 2023. <https://doi.org/10.14710/jpki.18.2.116-125>

RAHMON, I. *et al.* Patterns of Distress and Supportive Resource Use by Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 38, n. 1, p. 117-118, 2023. <https://www.doi.org/10.1017/s1049023x2300315>

REIS, M. K. C. *et al.* Impactos da ocupação sobre estilo de vida, atividade física e lazer de advogados: uma revisão integrativa. **Peer Review**, v. 5, n. 13, p. 32–51, 2023.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento, 2017.

RODRÍGUEZ-MANTILLA, J. M.; FERNÁNDEZ-DÍAZ, J. The effect of interpersonal relationships on burnout syndrome in Secondary Education teachers. **Psicothema**, v. 29, n. 3, p. 370–377, 2017.

RUOTSALAINEN, J. H. *et al.* **Preventing occupational stress in healthcare workers**. In: RUOTSALAINEN, J. H. (Ed.). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2014.

SABINO, A. DA S. A importância da participação comunitária na efetividade da estratégia saúde da família. **Anais do II Congresso Nacional de Saúde da Família On-line**. **Anais...Revista Multidisciplinar em Saúde**, 2024.

SANTIAGO, M. A. Implicações da boa convivência e afetividade no processo de ensino-aprendizagem: relação professor-aluno. **PhD Scientific Review**, v. 1, n. 3, p. 77–89, 2021.

SANTOS, A. C. W. Mulheres, violência, rede de serviços de referência e suporte psicossocial. 2009. **Dissertação** (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2009.

SANTOS, L. M. dos *et al.* Aplicação da Lei nº 12.990/2014: a gramática da exclusão na UFRGS. **Sociedade e Estado**, v. 37, n. 1, p. 15–36, 2022. <https://doi.org/10.1590/2175-6236117094vs01>

SANTOS, M. A., SOUZA, R. L. A importância das relações de amizade no ambiente de trabalho para a construção da identidade profissional. **Psicologia em Estudo**, v. 26, n. 2, p. 1-14, 2021. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202136e0285>

SANTOS, M. C. dos et al. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 939–948, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>

SCHABBACH, L. M. A reprodução simbólica das desigualdades entre mulheres e homens no Brasil. **Opinião Pública**, v. 26, n. 2, p. 323-350, 2020. <http://doi.org/10.1590/1807-01912020262323>

SCHABBACH, L. de O. Trabalho de cuidado e desigualdades de gênero: uma análise à luz da interseccionalidade. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 2, p. 1–16, 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n254129>

SHAN, F. *et al.* Coping with Occupational Stress, Burnout and the Moderating Effect of Social Support on Teachers' Stress. **Asian Social Work Journal**, v. 7, n. 6, p. 1-8, 2022. <https://doi.org/10.47405/aswj.v7i6.230>

SHIMABUKU, R. H., MENDONÇA, H., FIDELIS, A. Presenteísmo: contribuições do Modelo Demanda-Control para a compreensão do fenômeno. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 20, n. 1, p. 65-78, 2017. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v20i1p65-78>

SILVA, A. A. et al. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1117–1126, dez. 2011.

SILVA, A. Z. *et al.* Redes sociais dos profissionais da estratégia saúde da família no cuidado ao hipertenso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 4, 2021.

SILVA, J. M. C. et al. Efeitos da pandemia de COVID-19 sobre o lazer e a saúde mental de trabalhadores da saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 20, n. 4, p. 507–514, 2022.

SILVA, M. A. **A construção da parentalidade após a dissolução conjugal e as oficinas de parentalidade**. 2019. <https://doi.org/10.38034/NPS.V29I66.519>

SILVA, M. L. DA *et al.* **Olhares acerca do lazer no contexto pandêmico da COVID-19 em 2020**. In: Educação Física e Suas Interfaces: lazer, aventura e meio ambiente. Editora Científica Digital, 2022. p. 43–61.

SKRINAR, M., *et al.* Promoting the psychological well-being of healthcare providers facing the burden of adverse events: a systematic review of second victim support resources. **Journal of Patient Safety**, v. 17, n. 6, p. 466-474, 2021. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000629>

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1997. p. 145.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

SMITH, P. M., *et al.* **Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: a multinational cross-sectional study**. PSNet. 2022. Disponível em <https://psnet.ahrq.gov/issue/determinants-burnout-and-other-aspects-psychological-well-being-healthcare-workers-during-covid>. Acesso

em: 01 out 2024.

SMITH, S. A. et al. Organizational interventions to support mental health among frontline healthcare workers during pandemics: Lessons from COVID-19. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 64, n. 7, p. 542–549, 2022. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002545>

SOARES, J. C. *et al.* Influence of occupational stress on interpersonal and organizational relationships: an integrative review. **Open Journal of Pain Medicine**, v. 7, n. 1, p. 001–005, 2023.

SOUSA, L. A. A. *et al.* Relações interpessoais, satisfação no trabalho e vulnerabilidade ao estresse em um hospital. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 16, n. 4, p. e3866, 2024.

SOUSA, L. P.; GUEDES, D. R. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. **Estudos Avançados [online]**, v. 30, n. 87. P. 123-139. 2016. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30870008>

SOUZA, D. de O. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde [online]**, v. 19, 2021. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00311>

SOUZA, M. A. et al. A influência da liderança, cultura, estrutura e comunicação organizacional no processo de implantação do planejamento estratégico. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 17, n. 4, p. 1-20, 2019. <https://doi.org/10.1590/S1679-39512011000400007>

SOUZA, R. **Desafios financeiros das mulheres**: Explorando as interações entre trabalho e família. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/investidor/pt-br/desafios-financeiros-das-mulheres-explorando-as-interacoes-entre-trabalho-e-familia-3>. Acesso em: 15 out 2024.

SPAGNOL, C. A. et al. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 803–811, 2010.

STYRA, R. *et al.* Support for health care workers and psychological distress: thinking about now and beyond the COVID-19 pandemic. **Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada**, v. 42, n. 10, p. 421–430, 2022.

TAMMINGA, S. J. *et al.* Individual-level interventions for reducing occupational stress in healthcare workers. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2023, n. 5, 2023.

TREZZA, M. C. A. F. et al. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 6, p. 904–908, 008.

TRIPATHI, A., SAMANTA, T. Leisure as social engagement: does it moderate the association between subjective wellbeing and depression in later life? **Front. Sociol.**, v. 8, 2023. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2023.1185794>

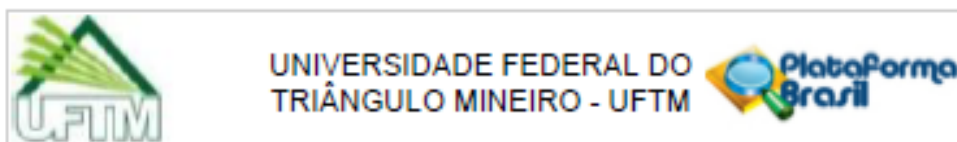
UDE, W. **Enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil e construção de redes sociais: produção de indicadores e possibilidades de intervenção**. In: Cunha E.P. *et al.* Enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil: expansão do PAIR em Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG; 2008. p.30-60. Universidade Federal de Uberlândia – UFU. **Hospital de**

Clínicas de Uberlândia – HCU. 2016. Disponível em: <https://ufu.br/unidades-organizacionais/hospital-de-clinicas-de-uberlandia-hcu>. Acesso: 29 mai. 2023.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 167 p.

VASCONCELOS, E. M. **Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.ufmg.br/saudemental/wp-content/uploads/2020/01/Manual-ajuda-e-suporte-m%C3%BAtuos-em-sa%C3%BAde-mental-para-facilitadores-trabalhadores-e-profissionais-de-sa%C3%BAde-e-sa%C3%BAde-mental.pdf>. Acesso em: 30 maio 2025.

Anexo A – Parecer do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DAS REDES DE MULHERES QUE ATUAM EM SERVIÇOS DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE NO TRIÂNGULO MINEIRO.

Pesquisador: AILTON DE SOUZA ARAGÃO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 74088923.2.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.440.882

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO, de 11/09/23) e do Projeto Detalhado (Projetocepuftm.docx, de 10/08/23).

Segundo os pesquisadores:

INTRODUÇÃO

As diversas transformações dos processos societários globais que vêm ocorrendo, dos quais, no mundo do trabalho, principalmente desde a década de 1970, são relevantes na determinação de inúmeras manifestações na sociedade mundial, destas, os processos de adoecimento/enfermidade, as quais influem nas formas de viver e conviver. As transformações no mundo do trabalho envolvem características como econômica, política, social, cultural dentre outras, como por exemplo, no contexto da pandemia de Covid-19, o processo de precarização notadamente fora agravado (ARAUJO, MORAES, 2017; SOUZA, 2021).

Alçadas a esse panorama, a reflexão e a análise a respeito das transformações, nos aspectos organizacionais e estruturais do trabalho, necessitam ser periodicamente repensadas para que, a partir desse entendimento, o sofrimento no trabalho, bem como os danos à saúde dos trabalhadores possam ser minimizados e prevenidos (ANTUNES PRAUN, 2015).

Endereço: Av. Getúlio Vargas, nº 159, Casa das Comissões

Bairro: Abadia

CEP: 38.025-440

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-8803

E-mail: cep@uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 6.440.002

Para acompanhar estas rápidas e profundas modificações sociais, políticas, culturais, econômicas e tecnológicas, é imposta aos trabalhadores a necessidade de uma atualização constante; atingida de acordo com o esforço individual. O volume de exigências para o acompanhamento das modificações tem trazido prejuízos, como as doenças, os acidentes e o sofrimento de trabalho (ARAUJO, MORAES, 2017).

Nesse movimento, segundo Freire (2003), a imposição do desenvolvimento de novas habilidades e competência aumentam as responsabilidades das trabalhadoras e, por conseguinte, uma grande carga de sofrimento psíquico se desenvolve, cujo processo resulta na ampliação do seu desgaste físico e mental. Esse panorama pode ser definido como complexo, no qual tanto o ambiente quanto o trabalho estão relacionados às atividades de saúde, executadas por profissionais da área específica.

Os aspectos organizacionais do trabalho em saúde, pelas próprias particularidades e singularidades inerentes ao processo de trabalho, acabam determinando situações de sofrimento, de lesões e de adoecimentos, que não são somente físicos e mentais, mas também, sociais. Esses podem envolver, entre outros, dificuldades no relacionamento e na assistência ao usuário e ao próprio trabalhador da saúde, prestador dessa assistência (KRUG, 2006; ANTUNES, PRAUN, 2015).

Destaca-se que as políticas públicas governamentais, de maneira geral, ainda estão iniciando sua trajetória de atendimento e assistência à saúde das trabalhadoras. Também se verifica, historicamente, que os estudos das intercorrências em saúde da população trabalhadora sempre estiveram vinculados ao desempenho de atividades laborais das áreas produtivas dos segmentos industriais, comerciais e de serviços (FRANCO et al., 2010).

Sobre esse último segmento, Antunes (2000) os reconhece em franca expansão no capitalismo contemporâneo, reconhecendo a retração de outros setores. Nesse segmento, sempre houve estudos significativos relacionados às atividades desenvolvidas em saúde. Os trabalhadores dessa área e as suas intercorrências em saúde até hoje não foram alvo de muitos estudos, apesar de alguns já levantarem a possibilidade de que esse segmento seja um dos mais acometidos e um dos menos assistidos nos danos à sua saúde. Nesse cenário, há de se reconhecer a presença madura de mulheres que atuam no setor saúde. A dualidade do papel social feminino no processo de produção capitalista e na reprodução, determina algumas particularidades em aspectos como comportamentos, posturas, expectativas, sentimentos, saúde, valores e crenças, perfis diferentes dos que ocorrem na população trabalhadora masculina. Completando esse panorama, conhece-se ainda a realidade discriminatória – apesar de algumas exceções – das situações de mercado de trabalho em relação

Endereço: Av. Getúlio Vargas, nº 150, Casa das Comissões

Bairro: Abadia

CEP: 38.025-440

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6803

E-mail: cep@uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 6.440.662

ao trabalho feminino e à visão a respeito da atuação e do sucesso das mulheres em profissões que ainda são predominantemente masculinas (OLIVEIRA; SCAVONE, 1997). Ressalta-se, ainda, a atividade doméstica e de responsabilidade e cuidado dos filhos, cultural e historicamente atribuída exclusivamente às mulheres.

Apesar do avanço e do incremento da mão de obra feminina no mercado de trabalho, esta realidade, com algumas iniciativas e exceções, ainda traduz a discriminação em relação às mulheres em seu desempenho profissional (OLIVEIRA; SCAVONE, 1997; SOUZA, GUEDES, 2016). Essas situações acabam originando posturas de descaso e sub-relevância em relação à sua saúde. Seguindo esse viés, o estudo do gênero como um dos balizadores, tem como reflexão as semelhanças e divergências nas necessidades de saúde em relação a homens e mulheres, de forma a identificar e analisar os obstáculos relacionados ao gênero (CASTRO; STADUTO, 2019).

Ao que se refere a gênero, é inerente a perspectiva de representações sociais, que configura e fortalece grupos e suas identidades, onde prescrevem as permissões, proibições, valores e normas partilhadas, construindo relações entre os agentes e as lutas simbólicas em torno das definições sociais. Nesse sentido, as representações sociais são expressas pelos indivíduos sob a influência do contexto e do grupo social, como também da sua posição nos espaços, estando veiculado como diferentes elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos etc. O que evidencia, no aspecto do trabalho, quais posições são majoritariamente ocupadas pelo gênero feminino, sendo influenciada pelo contexto e pelas obrigações sociais impostas, onde impacta diretamente na sua saúde (SCHABBACH, 2020).

No sentido, de enfatizar as considerações a respeito da escassez de estudos acerca da presença do variável gênero nos estudos da saúde das trabalhadoras, Oliveira (1999a) menciona que é restrita a capacidade e mesmo o interesse das ciências biomédicas em estudar essa questão. A autora enfatiza que os poucos estudos realizados com esse direcionamento não adotam, por exemplo, perspectivas comparativas dos efeitos dos riscos no trabalho em homens e mulheres. Estudos demonstram que apesar das mulheres terem uma maior expectativa de vida, elas são mais propensas a desenvolver doenças crônicas, o que caracteriza uma maior longevidade com uma menor qualidade de vida. Onde, o gênero se apresenta divergente na forma da percepção do autocuidado e da saúde, que elucida a influência desse fator a respeito desta temática (CASTRO, STADUTO, 2019).

Com relação à atenção à saúde da mulher na história das políticas de saúde no Brasil, essas têm sido ainda demasiadamente limitadas ao binômio materno-infantil, em função de serem mais enfatizados os aspectos reprodutivos em saúde. Falta, assim, a efetividade de políticas que

Endereço: Av. Getúlio Vargas, nº 150, Casa das Comissões

Bairro: Abadia

CEP: 38.025-440

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-8803

E-mail: cep@uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 6.440.602

asseguem a saúde mental, sexual, no trabalho, na adolescência e na velhice, que promovam a cidadania e a segurança à saúde da mulher em outros âmbitos, tão importantes quanto aquele. Dessa forma, as especificidades dessas políticas poderiam auxiliar no rompimento com o modelo materno-infantil que focaliza a mulher como cliente especial em função tão somente do seu papel na reprodução biológica da espécie (BARBOSA et al., 2012).

Evidencia-se que, segundo Pires (1996), o trabalho em saúde tem características especiais. Localiza-se no campo do trabalho em serviços e diferencia-se da produção material, industrial e do trabalho no setor primário da economia. O trabalho em hospitais se diferencia com relação à carga horária e intensidade de trabalho, que impactam na saúde física e mental das trabalhadoras. Isso fica evidente ao se tratar de hospitais referências, pois há um elevado fluxo de pacientes. Destaca-se que para região do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba o Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) é referência para o atendimento de casos de média à alta complexidade, onde a unidade de saúde realiza atendimentos de pronto socorro e ambulatoriais, oferecendo assistência em diversas especialidades clínicas e cirúrgicas (UFU, 2016).

Vale ressaltar que como os demais trabalhos humanos, o setor de saúde tem sido influenciado pelas mudanças tecnológicas e pelos modos de organização do trabalho vigentes nos setores mais dinâmicos da economia. Destaca-se alguns fatores que nos levaram à realização deste estudo. Consideramos que o panorama da saúde das trabalhadoras, de forma geral, no Brasil, ainda não apresenta uma realidade condizente com a prática a ser desenvolvida.

Com base nesses fatores este estudo objetiva-se contribuir com modificações do campo da saúde da trabalhadora, sob um prisma que promova a visibilidade aos fenômenos, visualizando novos enfoques no processo trabalho-saúde-gênero. Além de falar com e sobre as mulheres acerca de suas perspectivas em relação à sua saúde e ao seu trabalho. Deste modo, o presente estudo pretende articular análises sobre o processo de trabalho em saúde no serviço público de alta densidade tecnológica, sob uma perspectiva de gênero bem como as redes sociais de apoio dessas profissionais."

"MÉTODO (S) A SER (EM) UTILIZADO (S)

Trata-se de um estudo transversal exploratório de abordagem qualitativa, tentando compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo social sobre o tema saúde, trabalho e gênero, as relações que se dão entre os atores sociais no âmbito das instituições de saúde, refletindo sobre o adoecimento no trabalho em saúde. Por meio de um Questionário Sociodemográfico, com intuito de caracterizar a amostra (Anexo II), associados a adaptação do

Endereço: Av. Getúlio Vargas, nº 159, Casa das Comissões

Bairro: Abadia

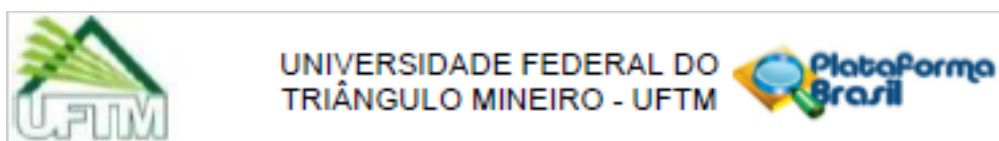
CEP: 38.025-440

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-8803

E-mail: csp@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 6.440.662

Mapa de Redes de Szuzki (1997) (Anexo III) sob a forma de Mapa Mínimo de Rede, serão aplicados às participantes de forma presencial no Hospital de Clínicas da UFU (HCU), em local e horário que melhor lhes aprouver. Estima-se que o preenchimento do Questionário, da entrevista e do Mapa de Redes transcorra no período de 1 (uma) hora.

A Investigação qualitativa requer atitudes como abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação com os atores sociais envolvidos. Em uma busca qualitativa a maior preocupação é com o aprofundamento e abrangência da compreensão do contexto social que se está investigando e menos com a generalização do mesmo. Para Chizzotti (2003), esta abordagem parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

Para obter dados para a Investigação este estudo utilizará um questionário sociodemográfico associado a um roteiro ajustado ao Mapa Mínimo de Rede Pessoal Social, criado por Szuzki (1997) e adaptado por Ude (2008) para contextos institucionais. Com ambos será possível identificar os vínculos institucionais e lacunas vivenciadas pelas trabalhadoras para a realização do trabalho no ambiente hospitalar. Com a articulação desse mapa à problemática estudada, permitirá a construção de uma identificação, representação e sinalização dos aspectos estudados, obtendo uma visão global das partes que o compõem, a fim de compreender seu contexto (PÁDUA, 2014)."

"CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

Crêterios de Inclusão

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa são: ser do sexo ou do gênero feminino; ter idade igual ou superior a 18 anos; estar no desempenho de suas funções a pelo menos 6 meses no HC-UFU; aceitar participar da pesquisa, assinando o TCLE; não possuir deficiência que inviabilize o preenchimento do Mapa Mínimo de Rede.

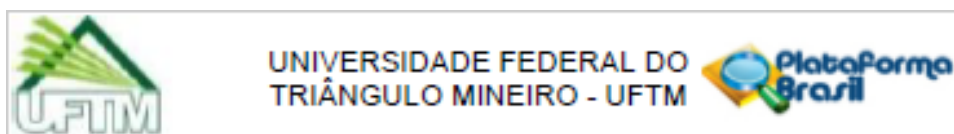
Crêterios de Exclusão

Os critérios de exclusão para participação na pesquisa são: não preencher completamente os instrumentos da pesquisa; estar afastada de suas funções no período de coleta de dados; estar gozando férias; estar de afastamento por motivos doença ou licença maternidade; e recusar a assinar o TCLE."

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores:

Endereço: Av. Getúlio Vargas, nº 159, Casa das Comissões
 Bairro: Abadia CEP: 38.025-440
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3700-6803 E-mail: cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 6.440.662

"Objetivo Geral: Analisar a conformação das redes sociais pessoais de trabalhadoras que atuam em hospital de referência regional no Triângulo Mineiro na perspectiva da construção social do adoecimento."

"Objetivos específicos:

1. Elaborar um perfil sócio demográfico das trabalhadoras do setor de Clínica Médica do Hospital da UFU;
2. Identificar a existência de redes proximais e como estas atuam diante do sofrimento das trabalhadoras;
3. Identificar possíveis ações estratégicas de atenção à saúde da trabalhadora da área da saúde em setor hospitalar."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

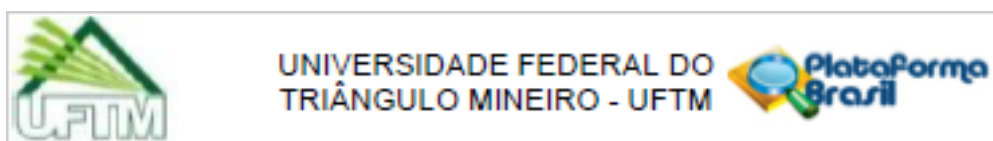
"Riscos: Os riscos referentes a esta pesquisa são mínimos, já que a participação tem caráter voluntário e os dados gerados serão mantidos em segurança pelos pesquisadores. Os riscos mínimos referem-se à divulgação da identidade do participante ou pela possibilidade de ele sentir-se desconfortável ao responder as perguntas de cunho pessoal. Quanto ao anonimato, este será garantido na medida que as participantes serão identificadas com um pseudônimo, escolhido pelas mesmas no ato do preenchimento do questionário e do Mapa Mínimo.

No entanto, a equipe de pesquisadores se compromete a garantir total privacidade e sigilo absoluto de sua identidade, haja vista que a entrevista será em local escolhido pela participante. Os textos transcritos serão arquivados sob a guarda dos pesquisadores por um período de 5 anos, em formato digital (drive, na "nuvem"), cujo acesso se dá com uso de senha. Os participantes poderão ter acesso a qualquer informação, a qualquer tempo, pelo e-mail dos pesquisadores.

Se a participante se sentir desconfortável ao responder as perguntas e/ou Mapa, a pesquisadora lhe orientará durante o processo para que as atividades desenvolvidas no serviço de Saúde do Trabalhador do HC-UFU. E que, não obstante, a mesma poderá optar em suspender a coleta de informações.

Além disso, será assegurada à participante total liberdade para aceitar ou não participar da pesquisa e interromper a participação a qualquer momento, sem precisar se justificar ou sofrer qualquer tipo de implicação legal ou ética. A pesquisa não tem fins lucrativos e tampouco há conflitos de interesses, não apresentando riscos à integridade física dos participantes."

Endereço: Av. Getúlio Vargas, nº 159, Casa das Comissões
 Bairro: Abadia CEP: 38.025-440
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3700-8803 E-mail: cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 6.440.662

"Benefícios: Quanto aos benefícios, o estudo das representações sociais do processo saúde-doença permite conhecer as fragilidades e potencialidades das trabalhadoras diante do processo de trabalho, no sentido de estabelecer uma possível relação entre a execução do trabalho/estrutura organizacional e a saúde das trabalhadoras que atuam na unidade pesquisada. A partir das Redes Proximalis observa-se o grau de intimidade e comprometimento das redes pessoais sociais, que permite analisar de forma qualitativa seus impactos nos processos vitais de desenvolvimento e como estes implicam no cotidiano de trabalho das participantes.

Ademais, oportunizar espaços de escuta dentro do ambiente de trabalho traz à consciência os desejos e as necessidades das trabalhadoras, o que fomenta e fundamenta ações de intervenção voltadas à promoção da saúde, em sua integralidade. Pressupõe-se, ainda, que as perguntas da entrevista estimulem reflexões em busca de mudanças por melhores condições de saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores propõem realizar um estudo transversal exploratório de abordagem qualitativa sobre o adoecimento de profissionais de saúde no trabalho, visando identificar as redes de apoio entre mulheres profissionais de saúde e compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo social sobre o tema saúde. O estudo será realizado com 14 participantes, sendo 2 de cada setor da enfermaria de clínica médica, com idade acima de 18 anos, que serão recrutadas do hospital de clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Serão realizados: (1) Questionário Demográfico e (2) Mapa de Redes de Szuzki sob a forma de Mapa Mínimo de Rede.

Equipe de pesquisadores vinculada na Plataforma Brasil: Aliton de Souza Aragão (Responsável Principal), Juliana Salvador de Lima Santos (Técnica Administrativa da Universidade Federal de Uberlândia)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 510/16 e Norma Operacional 001/2013, o Colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, situação definida em reunião do dia 20/10/2023.

Endereço: Av. Getúlio Vargas, nº 159, Casa das Comissões
 Bairro: Abadia CEP: 38.025-440
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3700-6803 E-mail: cep@uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 6.440.882

O CEP-UFTM informa que de acordo com as orientações da CONEP, o pesquisador deve notificar na página da Plataforma Brasil, o início do projeto. A partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestrais), assim como também é obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado em reunião de Colegiado do CEP-UFTM realizada em 20/10/2023.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2187306.pdf	11/09/2023 23:16:38		Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTASEI.pdf	11/09/2023 23:15:58	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	25/08/2023 10:27:28	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito
Outros	AnexoIIIMapaminimo.docx	10/08/2023 00:49:33	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito
Outros	AnexoIIquestionario.docx	10/08/2023 00:47:53	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AnexoITCLE.docx	10/08/2023 00:46:20	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocepuftm.docx	10/08/2023 00:44:15	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito

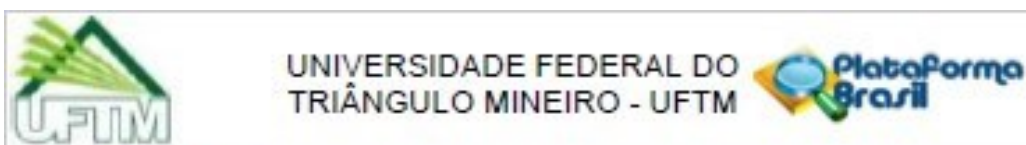
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Getúlio Vargas, nº 159, Casa das Comissões
Bairro: Abadia CEP: 38.025-440
UF: MG Município: UBERABA
Telefone: (34)3700-6803 E-mail: cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 6.440.002

UBERABA, 22 de Outubro de 2023

Assinado por:
Daniel Fernando Bovolenta Ovigli
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Getúlio Vargas, nº 150, Casa das Comissões
Bairro: Alameda CEP: 38.025-440
UF: MG Município: UBERABA
Telefone: (34)3700-8803 E-mail: cep@ufm.edu.br