



Impactos Biopsicossociais da Exaustão e dos Conflitos Interpessoais nos Profissionais de Enfermagem: Uma Análise à Luz da NR-1

Biopsychosocial impacts of exhaustion and interpersonal conflicts on nursing professionals: an analysis in light of NR-1

Jacilena Duarte Gonzalez Siqueira

Resumo: Objetivo: Analisar os prejuízos biopsicossociais decorrentes da exaustão e dos conflitos interpessoais enfrentados pelos profissionais de enfermagem, com base nas diretrizes da Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1), em vigor a partir de maio de 2026. Método: Revisão integrativa da literatura, fundamentada em bases de dados científicas e documentos normativos oficiais, com análise qualitativa dos impactos ocupacionais na saúde dos enfermeiros. Critérios de inclusão: publicações em português, inglês e espanhol (2020-2026) sobre saúde mental, burnout, riscos psicossociais, conflitos interpessoais e legislação trabalhista brasileira. Análise por categorização temática. Resultados: Os profissionais de enfermagem apresentam elevada vulnerabilidade aos riscos psicossociais, manifestados por sobrecarga laboral, exaustão crônica (burnout), conflitos interpessoais e deterioração das condições de saúde física, mental e social. A prevalência de burnout varia entre 9,5% e 55,1%. A NR-1, ao incluir riscos psicossociais no Gerenciamento de Riscos Ocupacionais, estabelece marco regulatório para prevenção, embora 68% das empresas ainda não compreendam as mudanças. Os prejuízos biológicos incluem fadiga crônica, distúrbios cardiovasculares e imunológicos; os psicológicos, exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal; os sociais, isolamento, deterioração familiar e rotatividade profissional. Conclusões: A adequação à NR-1 representa oportunidade estratégica para reestruturação das políticas de saúde ocupacional na enfermagem, exigindo integração entre segurança do trabalho, medicina ocupacional e gestão de pessoas, com foco na prevenção primária e promoção da saúde mental dos trabalhadores.

Palavras-chave: enfermagem; burnout profissional; riscos psicossociais; saúde do trabalhador; conflitos interpessoais; normas regulamentadoras.

Abstract: Objective: To analyze the biopsychosocial harms resulting from exhaustion and interpersonal conflicts faced by nursing professionals, based on the guidelines of Regulatory Standard No. 1 (NR-1), in force from May 2026. Method: Integrative literature review, based on scientific databases and official regulatory documents, with qualitative analysis of occupational impacts on nurses' health. Inclusion criteria: publications in Portuguese, English, and Spanish (2020-2026) on mental health, burnout, psychosocial risks, interpersonal conflicts, and Brazilian labor legislation. Thematic categorization analysis. Results: Nursing professionals show high vulnerability to psychosocial risks, manifested through work overload, chronic exhaustion (burnout), interpersonal conflicts, and deterioration of physical, mental, and social health conditions. Burnout prevalence ranges from 9.5% to 55.1%. NR-1, by including psychosocial risks in Occupational Risk Management, establishes a regulatory framework for prevention, although 68% of companies still do not understand the changes. Biological harms include chronic fatigue, cardiovascular and immune disorders; psychological harms include emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment; social harms

include isolation, family deterioration and professional turnover. Conclusions: Compliance with NR-1 represents a strategic opportunity for restructuring occupational health policies in nursing, requiring integration between occupational safety, occupational medicine and people management, with a focus on primary prevention and promotion of workers' mental health.

Keywords: nursing; burnout; professional; psychosocial risk factors; occupational health; interpersonal relations; regulatory standards.

INTRODUÇÃO

A enfermagem constitui uma das profissões mais desafiadoras do cenário contemporâneo, caracterizada por alta demanda física, emocional e cognitiva. Os profissionais dessa área estão expostos diariamente a situações de estresse agudo e crônico, incluindo sobrecarga de trabalho, turnos extensos, contato com sofrimento e morte, além de conflitos interpessoais com equipes multidisciplinares, pacientes e familiares^{1,2}. Esses fatores, conjugados, configuram um cenário propício ao adoecimento biopsicossocial, com repercussões diretas na qualidade de vida do trabalhador e na segurança do cuidado prestado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que transtornos mentais e comportamentais geram uma perda de aproximadamente US\$ 1 trilhão por ano em produtividade global³. No Brasil, dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) indicam que os afastamentos por questões de saúde mental apresentam crescimento consistente, com mais de 472 mil brasileiros afastados em 2024 por essa causa⁴. A enfermagem, como categoria profissional inserida no núcleo dos serviços de saúde, figura entre as mais atingidas por essa epidemia silenciosa, com prevalência de burnout variando entre 9,5% e 55,1% nos diferentes contextos de prática^{2,5}.

A partir de maio de 2026, as novas diretrizes da Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1) tornam-se obrigatórias, conforme a Portaria MTE nº 1.419/2024, estabelecendo a inclusão explícita dos riscos psicossociais no Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO)⁶. Essa mudança normativa representa um avanço significativo na proteção da saúde mental dos trabalhadores, exigindo das instituições de saúde — especialmente aquelas que empregam profissionais de enfermagem — a identificação, avaliação, registro e controle de fatores como assédio moral, pressão excessiva por resultados, jornadas exaustivas e conflitos interpessoais⁷.

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar os prejuízos biopsicossociais da exaustão e dos conflitos interpessoais nos profissionais de enfermagem, à luz das novas exigências da NR-1, buscando contribuir para a reflexão sobre políticas preventivas e estratégias de intervenção no ambiente de trabalho. A pesquisa fundamenta-se no modelo teórico biopsicossocial de Engel⁸, na teoria do estresse ocupacional de Karasek⁹ e na teoria do cuidado de Watson¹⁰, integrando perspectivas da saúde do trabalhador, da psicologia organizacional e da enfermagem.

SUBSTRATO

O presente substrato teórico fundamenta a análise dos prejuízos biopsicossociais na enfermagem, articulando conceitos da saúde do trabalhador, da psicologia organizacional, da teoria do cuidado e da legislação trabalhista brasileira. A integração desses referenciais teóricos permite compreender a complexidade do fenômeno da exaustão e dos conflitos interpessoais como produto de uma interação dinâmica entre o trabalhador, o ambiente organizacional e o contexto socioeconômico mais amplo.

O Modelo Biopsicossocial e a Saúde do Trabalhador

O modelo biopsicossocial, proposto por George Engel em 1977, constitui-se como um paradigma revolucionário na compreensão da saúde e da doença, rompendo com a visão dualista corpo-mente que predominava na medicina biomédica tradicional. Engel argumenta que a doença não pode ser compreendida isoladamente como um processo biológico, mas deve ser analisada como resultado de uma interação complexa entre dimensões biológicas, psicológicas e sociais, considerando também o contexto cultural e o sistema de saúde no qual o indivíduo está inserido⁸.

No contexto ocupacional, o modelo biopsicossocial permite analisar o adoecimento do trabalhador não apenas como resultado de agentes físicos, químicos ou biológicos, mas como produto de uma interação dinâmica entre demandas laborais, recursos individuais, suporte social e contexto organizacional. Para os profissionais de enfermagem, essa abordagem é particularmente relevante, pois a profissão exige simultaneamente esforço físico (movimentação de pacientes, permanência em pé por longos períodos), demanda emocional (empatia, contenção de angústia, lidar com a morte) e exigência cognitiva (tomada de decisões rápidas, cálculos de medicamentos, acompanhamento de múltiplos parâmetros clínicos)¹.

A dimensão biológica dos prejuízos na enfermagem manifesta-se por meio de fadiga crônica, distúrbios do sono, alterações cardiovasculares e imunológicas, além de maior susceptibilidade a doenças infecciosas. A dimensão psicológica compreende ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e a síndrome de burnout. A dimensão social engloba o isolamento social, conflitos familiares, deterioração das relações interpessoais e prejuízos na qualidade de vida fora do ambiente de trabalho². A integração dessas três dimensões configura um quadro de adoecimento multifatorial que exige intervenções igualmente integradas.

A Síndrome de Burnout na Enfermagem

A síndrome de burnout, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2019 como uma síndrome resultante de estresse crônico no trabalho, caracteriza-se por três dimensões fundamentais, conforme proposto por Maslach e Jackson¹¹: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. A exaustão emocional refere-se ao sentimento de esgotamento completo

dos recursos emocionais, representando o componente individual do estresse. A despersonalização consiste em uma postura clínica, distante e impessoal em relação às pessoas que recebem o serviço, configurando o componente interpessoal da síndrome. A redução da realização pessoal traduz-se em uma tendência a avaliar negativamente o próprio desempenho profissional, representando o componente de autoavaliação^{11,12}.

Na enfermagem, a síndrome de burnout assume contornos particularmente graves, dado o caráter essencialmente humano e empático do cuidado prestado. Estudos brasileiros indicam prevalência de burnout entre 9,5% e 55,1% entre enfermeiros, com variações conforme o contexto de prática (hospitalar, ambulatorial, unidade básica de saúde) e a metodologia de avaliação utilizada^{2,5}. A sobrecarga de trabalho é apontada como um dos principais preditores da síndrome, sendo que 46% dos profissionais que desenvolvem burnout citam a sobrecarga como fator-chave¹³. A sobrecarga de trabalho na enfermagem traduz-se em relações de cuidado distorcidas, aumento da taxa de erros, queda na qualidade assistencial e, em casos extremos, abandono da profissão¹.

A relação entre o número de pacientes por enfermeiro e resultados clínicos é bem estabelecida na literatura internacional: cada paciente adicional por enfermeiro aumenta em 7% a probabilidade de mortalidade hospitalar em 30 dias¹⁴. Essa relação demonstra que o burnout não é apenas um problema individual do trabalhador, mas uma questão de segurança do paciente e de qualidade do sistema de saúde. No contexto brasileiro, a escassez de profissionais de enfermagem e a precarização das condições de trabalho intensificam a sobrecarga, configurando um cenário de alta tensão ocupacional conforme o modelo de Karasek⁹.

Conflitos Interpessoais no Ambiente Hospitalar

Os conflitos interpessoais constituem um risco psicossocial de alta relevância na enfermagem, manifestando-se em diferentes níveis hierárquicos e funcionais. A literatura identifica quatro tipos principais de conflitos no ambiente hospitalar: conflitos horizontais (entre membros da mesma equipe de enfermagem), conflitos interprofissionais (entre enfermeiros e médicos), conflitos verticais (entre enfermeiros e gestores) e conflitos externos (com pacientes e familiares)¹. Cada tipo de conflito apresenta dinâmicas específicas, mas todos compartilham a capacidade de gerar um ambiente de trabalho tóxico, caracterizado por assédio moral, competição desleal, comunicação deficiente e clima de desconfiança.

O assédio moral, definido como qualquer conduta abusiva manifestada por comportamentos, gestos, palavras ou escritos que possam trazer prejuízo à personalidade, à dignidade ou à integridade física ou psíquica de uma pessoa, comprometendo sua saúde ou degradando suas condições de trabalho, é uma manifestação particularmente grave dos conflitos interpessoais⁶. Na enfermagem, o assédio moral frequentemente assume a forma de humilhações públicas, delegação de tarefas humilhantes, isolamento social da vítima, críticas excessivas e injustas, e sabotagem do trabalho. A vítima de assédio moral experimenta uma deterioração

gradual da autoestima, ansiedade, depressão, insônia e, em casos graves, ideação suicida⁵.

A NR-1, em sua nova redação, classifica explicitamente os relacionamentos deteriorados, o assédio moral e a falta de suporte social como riscos psicossociais que devem ser identificados e controlados no Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR)⁶. A pontuação média de segurança psicológica no Brasil situa-se entre 6,2 e 6,8 (escala de 0 a 10), abaixo da média global de 7,1, indicando um ambiente laboral marcado pela insegurança interpessoal 15. Para a enfermagem, esses dados são particularmente preocupantes, uma vez que a profissão depende de comunicação efetiva e colaboração para a segurança do paciente.

A NR-1 e os Riscos Psicossociais

A Norma Regulamentadora nº 1, prevista na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), estabelece disposições gerais sobre Segurança e Saúde no Trabalho (SST). As alterações de 2024/2026, consolidadas pela Portaria MTE nº 1.419/2024, representam uma mudança paradigmática na legislação trabalhista brasileira, ampliando o escopo da segurança do trabalho para incluir explicitamente os riscos psicossociais⁶. A nova redação da norma estabelece seis categorias principais de riscos psicossociais que devem ser incluídos no Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO):

(a) Demanda excessiva: volume de trabalho incompatível com o tempo disponível, pressão por resultados sem recursos adequados, ritmo de trabalho impossível de ser cumprido; (b) Baixo controle: pouca autonomia sobre como e quando executar as tarefas, falta de participação nas decisões que afetam o trabalho; (c) Suporte insuficiente: falta de apoio de liderança e colegas, isolamento funcional, comunicação inadequada; (d) Relacionamentos deteriorados: conflitos interpessoais, assédio moral ou sexual, bullying, falta de respeito; (e) Papel ambíguo: falta de clareza sobre responsabilidades, metas contraditórias, conflito de papéis; (f) Mudança mal gerenciada: reestruturações sem comunicação adequada, incerteza sobre o futuro, falta de transparência^{6,7}.

A norma exige que esses riscos sejam incluídos no PGR, com classificação de probabilidade e severidade, medidas de controle, responsáveis e prazos. A fiscalização pelo Ministério do Trabalho e Emprego é efetiva a partir de maio de 2026, com aplicação de multas que podem ultrapassar R\$ 6.000, além da exigência de adequação de processos¹⁶. A inclusão dos riscos psicossociais no PGR implica a necessidade de instrumentos de avaliação validados, como o Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), o Job Content Questionnaire (JCQ) e o Maslach Burnout Inventory (MBI), adaptados para a realidade brasileira¹⁷.

O Cuidado de Enfermagem como Trabalho de Atenção

A teoria do cuidado de Jean Watson 10 oferece um substrato teórico fundamental para compreender a especificidade do trabalho de enfermagem e sua vulnerabilidade aos prejuízos biopsicossociais. Watson propõe que o cuidado de

enfermagem transcende a execução de procedimentos técnicos, constituindo-se como um ato de amor humano, uma transação interpessoal que exige presença autêntica, empatia profunda e compromisso ético com o outro. O cuidado, nessa perspectiva, não é uma mercadoria, mas um processo relacional que envolve a totalidade do ser humano — corpo, mente e espírito — tanto do cuidador quanto do cuidado¹⁰.

Essa concepção do cuidado como trabalho de atenção (care work) tem implicações diretas para a saúde do trabalhador. O trabalho de atenção, conforme analisado por Hochschild¹⁸ em sua teoria do trabalho emocional, exige que o profissional gerencie suas próprias emoções de forma a produzir um estado emocional desejado no outro. No caso da enfermagem, isso significa que o enfermeiro deve suprimir sua própria fadiga, ansiedade ou tristeza para oferecer conforto, esperança e segurança ao paciente. Esse gerenciamento emocional contínuo, especialmente quando não há espaço para a expressão das próprias emoções, constitui uma carga psíquica adicional que se acumula e pode levar ao esgotamento^{18,1}.

A teoria de Watson¹⁰ identifica dez caritas (processos de cuidado) que orientam a prática de enfermagem: formação de uma relação de ajuda humano-a-humano; instalação e sustentação de uma atitude de fé e esperança; cultivo da sensibilidade para com o próprio e para com o outro; desenvolvimento de uma relação de ajuda, confiança e aceitação; promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; uso criativo de todos os meios de comunicação, verbais e não verbais; promoção da transpersonalidade do cuidado; criação de um ambiente de cura; assistência com necessidades básicas; abertura para o mistério e ao desconhecido. Cada um desses processos exige um investimento emocional e energético que, quando não é reciprocado ou reconhecido pelo sistema de saúde, gera um déficit de cuidado que se traduz em adoecimento¹⁰.

A Teoria do Estresse Ocupacional de Karasek

O modelo de demanda-controle-suporte (DCS), proposto por Robert Karasek⁹ e posteriormente expandido por Karasek e Theorell¹⁹, constitui um dos referenciais teóricos mais influentes na compreensão do estresse ocupacional e dos riscos psicossociais. O modelo propõe que a saúde mental do trabalhador é determinada pela interação entre duas dimensões do ambiente de trabalho: a demanda psicológica do trabalho (pressão por resultados, ritmo, complexidade) e o controle ou autonomia do trabalhador sobre como executar suas tarefas (uso de habilidades, tomada de decisões, variedade de tarefas)⁹.

Karasek⁹ identifica quatro tipos de trabalho com base na combinação dessas duas dimensões: (1) trabalho ativo — alta demanda e alto controle, associado a aprendizado e motivação; (2) trabalho passivo — baixa demanda e baixo controle, associado a apatia e perda de habilidades; (3) trabalho de baixa tensão — baixa demanda e alto controle, associado a relaxamento e recuperação; (4) trabalho de alta tensão (job strain) — alta demanda e baixo controle, associado a estresse crônico, ansiedade, doenças cardiovasculares e burnout. A enfermagem, em muitos contextos hospitalares brasileiros, configura-se como um trabalho de alta tensão,

com demanda psicológica extremamente elevada (múltiplos pacientes, situações de emergência, contato com sofrimento) e baixo controle (jornadas rígidas, pouca autonomia sobre escalas, supervisão hierárquica intensa)^{19,2}.

Posteriormente, o modelo foi expandido para incluir a dimensão de suporte social no trabalho, formando o modelo demanda-controle-suporte (DCS). O suporte social refere-se às relações interpessoais no ambiente de trabalho, incluindo o apoio emocional e instrumental de colegas e supervisores. A presença de suporte social moderador é capaz de reduzir os efeitos negativos do job strain, transformando um trabalho de alta tensão em um trabalho ativo. Na enfermagem, a falta de suporte social — manifestada por conflitos interpessoais, liderança ausente, competição entre colegas e falta de reconhecimento — potencializa os efeitos negativos da alta demanda e do baixo controle, acelerando o processo de burnout e adoecimento biopsicossocial¹⁹.

A NR-1, ao incluir a demanda excessiva, o baixo controle, o suporte insuficiente e os relacionamentos deteriorados como riscos psicossociais, incorpora diretamente as dimensões do modelo de Karasek. Isso significa que as instituições de saúde devem avaliar não apenas a carga física de trabalho dos enfermeiros, mas também a demanda psicológica, a autonomia e a qualidade das relações interpessoais, implementando medidas de controle que promovam um ambiente de trabalho mais equilibrado e saudável^{6,7}.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa, que buscou artigos, documentos normativos e relatórios oficiais publicados entre 2020 e 2026, nas bases SciELO, Google Acadêmico, PubMed, repositórios institucionais e portais governamentais. A revisão integrativa, conforme definida por Souza, Silva e Carvalho²⁰, permite a síntese de múltiplos estudos com diferentes abordagens metodológicas, possibilitando uma compreensão abrangente do fenômeno estudado.

Os critérios de inclusão contemplaram publicações em português, inglês e espanhol, que abordassem: (i) saúde mental e enfermagem; (ii) burnout e exaustão em profissionais de saúde; (iii) riscos psicossociais e legislação trabalhista brasileira; (iv) conflitos interpessoais no ambiente hospitalar; (v) modelo biopsicossocial de Engel; (vi) teoria do cuidado de Watson; (vii) modelo de demanda-controle-suporte de Karasek. Foram excluídos artigos de opinião, editoriais e publicações sem referência bibliográfica.

A análise foi conduzida por meio de categorização temática, com ênfase na identificação dos prejuízos biopsicossociais e nas estratégias de prevenção preconizadas pela NR-1. Os dados foram organizados em categorias analíticas: prejuízos biológicos, prejuízos psicológicos, prejuízos sociais, riscos psicossociais conforme a NR-1 e estratégias de prevenção e intervenção. A triangulação de fontes (literatura científica, documentos normativos e dados estatísticos oficiais) permitiu a validação cruzada das informações²⁰.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise integrativa da literatura e dos documentos normativos permitiu a identificação de quatro eixos principais de prejuízos biopsicossociais na enfermagem, bem como os desafios e oportunidades trazidos pela nova NR-1. Os resultados são apresentados e discutidos a seguir, organizados segundo as dimensões do modelo biopsicossocial de Engel⁸ e articulados com os referenciais teóricos do cuidado de Watson¹⁰ e do estresse ocupacional de Karasek⁹.

Prejuízos Biológicos

Os prejuízos biológicos da exaustão e dos conflitos na enfermagem manifestam-se de forma multifatorial e interdependente. A fadiga crônica, resultante de turnos de 12 horas ou mais, jornadas excessivas e plantões noturnos frequentes, compromete o sistema cardiovascular, aumentando o risco de hipertensão arterial sistêmica, arritmias cardíacas, doença arterial coronariana e acidente vascular cerebral. A supressão do ritmo circadiano, consequência da inversão dos ciclos sono-vigília, afeta a secreção de melatonina e cortisol, com impactos no metabolismo energético, na regulação glicêmica, na função imunológica e no controle do peso corporal. Estudos demonstram que enfermeiros que trabalham em turnos noturnos apresentam risco aumentado de diabetes mellitus tipo 2, obesidade e síndrome metabólica¹.

Além disso, a exposição contínua ao estresse eleva os níveis de cortisol e catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), promovendo um estado de hipervigilância fisiológica que, mantido cronicamente, leva à exaustão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (eixo HPA), distúrbios gastrointestinais (síndrome do intestino irritável, úlcera péptica), aumento da susceptibilidade a infecções e aceleração do processo de envelhecimento celular (encurtamento dos telômeros). A enfermagem, por sua natureza, ainda enfrenta riscos biológicos adicionais, como exposição a patógenos (bactérias multirresistentes, vírus respiratórios, hepatites), materiais perfurocortantes e produtos químicos (antineoplásicos, desinfetantes), que se potencializam quando o profissional opera em estado de exaustão, com reflexos motores, atenção e julgamento clínico comprometidos².

A relação entre conflitos interpessoais e prejuízos biológicos é mediada pela ativação crônica do sistema nervoso simpático. O assédio moral, por exemplo, está associado ao aumento da pressão arterial, distúrbios do sono, cefaleias tensionais, fibromialgia e síndrome do pânico. A literatura internacional demonstra que trabalhadores expostos ao assédio moral apresentam risco duas a três vezes maior de desenvolver doenças cardiovasculares e transtornos de ansiedade, comparados a trabalhadores não expostos. Na enfermagem, onde a pressão por resultados e a hierarquia médica são intensas, o assédio moral assume frequência alarmante, com estudos brasileiros indicando prevalência entre 20% e 35% entre enfermeiros hospitalares⁵.

Prejuízos Psicológicos

A dimensão psicológica é talvez a mais visível e documentada entre os prejuízos enfrentados pelos enfermeiros. A exaustão emocional, primeiro estágio do burnout, caracteriza-se pela sensação de esgotamento completo dos recursos emocionais, dificultando a empatia e o vínculo terapêutico com o paciente. O profissional sente-se vazio, incapaz de oferecer o cuidado que considera adequado, e experimenta uma crise de sentido profissional. Essa exaustão emocional não é apenas um estado subjetivo, mas tem bases neurobiológicas: a ativação crônica do sistema límbico (amígdala) e a supressão da função do córtex pré-frontal comprometem a regulação emocional, a tomada de decisões e a capacidade de resiliência^{11,12}.

A despersonalização, segundo estágio do burnout, traduz-se em uma postura cínica, distante e impessoal, em que o paciente deixa de ser visto como sujeito de direitos e necessidades e passa a ser tratado como objeto, tarefa ou número. Essa despersonalização é uma estratégia de defesa psicológica — uma tentativa de distanciar-se emocionalmente para proteger-se do sofrimento — mas que, paradoxalmente, aumenta o sofrimento do profissional, pois contradiz a essência do cuidado de enfermagem. A literatura de Watson¹⁰ alerta que a despersonalização representa uma violação da caritas do cuidado, uma ruptura da relação terapêutica que é o núcleo da prática de enfermagem. Quando o profissional deixa de ver o paciente como um ser humano único e passa a vê-lo como uma categoria diagnóstica ou um número de leito, o sentido do trabalho é perdido e o adoecimento se acelera.

A redução da realização pessoal, terceiro estágio do burnout, implica uma crise de identidade profissional, com sentimentos de incompetência, inadequação e fracasso. O enfermeiro questiona sua capacidade, sua escolha de carreira e seu valor como profissional. Essa crise gera um ciclo vicioso: o profissional exausto comete mais erros (por distração, falta de atenção ou desmotivação), recebe mais críticas (de colegas, gestores ou pacientes), se sente mais incompetente e se afunda ainda mais no esgotamento. A ansiedade generalizada e os transtornos depressivos são comorbidades frequentes, com estudos indicando que enfermeiros apresentam taxas de depressão e ansiedade significativamente superiores às da população geral⁵.

Dados do INSS⁴ indicam que os transtornos mentais e comportamentais representam a segunda maior causa de afastamentos previdenciários no Brasil, com crescimento consistente nos últimos cinco anos. Para a enfermagem, esses números são particularmente alarmantes, uma vez que a profissão exige estabilidade emocional para o exercício do cuidado. Além disso, a exposição a eventos traumáticos (morte de pacientes, violência, acidentes graves) pode levar ao desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), com prevalência estimada entre 10% e 20% entre profissionais de enfermagem que trabalham em unidades de terapia intensiva, emergência e oncologia².

Prejuízos Sociais

Os prejuízos sociais da exaustão e dos conflitos na enfermagem estendem-se além dos muros do hospital, afetando as relações familiares, comunitárias e a qualidade de vida global do trabalhador. O isolamento social é frequente, pois o profissional exausto tende a se retrair de relacionamentos interpessoais, priorizando o descanso ou, paradoxalmente, a evasão por meio de comportamentos de risco (consumo excessivo de álcool, tabagismo, uso indevido de medicamentos, compulsão por redes sociais ou jogos eletrônicos). Estudos indicam que enfermeiros com burnout apresentam taxas de consumo de álcool e tabaco significativamente superiores às da população geral, utilizando essas substâncias como mecanismos de coping para lidar com o estresse laboral ¹.

Os conflitos interpessoais no trabalho frequentemente se transferem para o ambiente familiar, gerando tensões conjugais, distanciamento dos filhos e prejuízos na parentalidade. O profissional que experimenta assédio moral ou conflitos com colegas no hospital pode replicar padrões de irritabilidade, desconfiança e isolamento em casa. A incompatibilidade de horários (turnos, plantões, fins de semana, feriados) dificulta a participação em eventos sociais, reforçando o isolamento e a sensação de exclusão. A literatura sobre trabalho de atenção (care work) destaca que os profissionais que cuidam de outros durante o dia frequentemente não têm energia para cuidar de si mesmos e de seus familiares, configurando uma situação de dupla carga de cuidado (double burden) que é particularmente intensa para as mulheres, que constituem a maioria da força de trabalho de enfermagem no Brasil¹⁸.

A rotatividade por esgotamento é outro prejuízo social significativo, com impactos sistêmicos. A perda de profissionais experientes compromete a continuidade do cuidado, aumenta os custos de recrutamento e treinamento e fragiliza a coesão da equipe. Além disso, a imagem social da enfermagem como profissão sacrificada, pouco valorizada e mal remunerada contribui para a desmotivação dos jovens que consideram a carreira e para o abandono da profissão por parte de profissionais experientes. A fuga de capital humano qualificado representa uma perda irreparável para o sistema de saúde, especialmente em um contexto de escassez de profissionais de enfermagem em diversas regiões do país².

Estudos mostram que 63% dos profissionais de saúde no Brasil não se sentem seguros para discordar da liderança, indicando um ambiente de submissão e medo que se replica nas relações sociais externas. Essa insegurança psicológica, conforme conceituada por Edmondson²¹, impede a aprendizagem organizacional, a inovação e a melhoria contínua, perpetuando um ciclo de baixa qualidade, alta pressão e adoecimento. Para a enfermagem, a insegurança psicológica é particularmente danosa, pois a profissão depende de comunicação aberta, colaboração e confiança mútua para a segurança do paciente^{21,15}.

A NR-1 como Instrumento de Proteção e seus Desafios

A inclusão dos riscos psicossociais na NR-1 representa um avanço normativo sem precedentes na proteção da saúde mental dos trabalhadores brasileiros. Para a

enfermagem, essa mudança é particularmente relevante, pois reconhece oficialmente que a sobrecarga laboral, os conflitos interpessoais e a pressão por resultados não são características inerentes à profissão, mas sim riscos ocupacionais que devem ser identificados, avaliados e controlados pelos empregadores. A norma estabelece que os riscos psicossociais devem ser incluídos no Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), com classificação de probabilidade e severidade, definição de medidas de controle, atribuição de responsáveis e estabelecimento de prazos. Essa exigência transforma a saúde mental de uma questão de bem-estar voluntário em uma obrigação legal do empregador^{6,7}.

No entanto, a implementação prática enfrenta obstáculos significativos. Uma pesquisa conduzida em janeiro de 2026 com 1.730 empresas brasileiras revelou que 68% das organizações ainda não compreendem plenamente as mudanças trazidas pela norma; 62% não possuem indicadores formais para identificar e monitorar riscos psicossociais; e 58% tratam questões de saúde mental apenas quando já há afastamentos, denúncias ou ações judiciais¹⁵. Esses dados indicam uma abordagem predominantemente reativa, em desacordo com o princípio da prevenção primária que deve orientar a segurança e saúde no trabalho. Na enfermagem, esses desafios se intensificam pela cultura institucional de heroísmo profissional, onde o sacrifício pessoal é frequentemente valorizado como mérito e a vulnerabilidade é estigmatizada como fraqueza¹.

A resistência em reconhecer a vulnerabilidade psíquica, o medo de represálias e a escassez de recursos humanos (que torna a sobrecarga estrutural, não apenas pontual) dificultam a identificação e o relato dos riscos psicossociais. Muitos enfermeiros temem que a denúncia de assédio moral, a solicitação de redução de carga ou a expressão de dificuldades emocionais seja interpretada como incompetência profissional, resultando em punições, estagnação na carreira ou demissão. Essa cultura de silêncio perpetua o ciclo de adoecimento, pois os riscos não são identificados, as medidas de controle não são implementadas e os trabalhadores continuam expostos a condições de trabalho deterioradas⁵.

A fiscalização pelo Ministério do Trabalho e Emprego, efetiva a partir de maio de 2026, com aplicação de multas que podem ultrapassar R\$ 6.000, representa um mecanismo de coerção importante, mas insuficiente por si só. A transformação cultural das instituições de saúde exige investimento em educação continuada, capacitação de lideranças, criação de canais de escuta seguros e anônimos, e integração entre segurança do trabalho, medicina ocupacional, gestão de pessoas e assistência social. A NR-1 oferece o arcabouço normativo; a implementação efetiva depende da vontade política, dos recursos financeiros e da competência técnica das organizações^{16,22}.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO

Com base na NR-1, na literatura especializada e nos referenciais teóricos apresentados no substrato, propõe-se um conjunto de estratégias integradas para

a prevenção dos prejuízos biopsicossociais na enfermagem. Essas estratégias são organizadas segundo os níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) e articuladas com as dimensões do modelo de demanda-controle-suporte de Karasek 9 e dos caritas de Watson¹⁰.

Mapeamento e Monitoramento Contínuo

A aplicação de instrumentos validados, como o Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) em versão brasileira, o Maslach Burnout Inventory (MBI) e o Job Content Questionnaire (JCQ), permite identificar os riscos psicossociais específicos de cada unidade de enfermagem. O monitoramento deve ser periódico (semestral ou anual), anônimo e integrado ao PGR, com registro formal dos riscos, classificação de probabilidade e severidade e definição de medidas de controle. Os resultados devem ser comunicados às equipes e utilizados como base para a tomada de decisões gerenciais. A transparência dos dados e a participação dos trabalhadores na definição das medidas de controle são essenciais para a legitimidade e a eficácia do processo^{17,20}.

Gestão da Carga de Trabalho

A revisão das escalas de trabalho, limitação das horas extras, garantia de intervalos de descanso adequados e dimensionamento de equipes conforme a demanda assistencial são medidas estruturais essenciais. A NR-1 exige que a demanda excessiva seja controlada, o que implica, na prática, a contratação de profissionais suficientes para a demanda assistencial. Estudos internacionais recomendam uma proporção de no máximo seis pacientes por enfermeiro em unidades de internação geral e no máximo dois pacientes por enfermeiro em unidades de terapia intensiva. A redução da carga de trabalho não é apenas uma medida de proteção ao trabalhador, mas uma estratégia de segurança do paciente, com impacto direto na redução de mortalidade, infecções hospitalares e eventos adversos^{14,2}.

Mediação de Conflitos e Comunicação

A implementação de canais de escuta estruturados, mediação de conflitos, treinamento de lideranças em comunicação empática e gestão de equipes são medidas de controle organizacional. A segurança psicológica, entendida como a capacidade de expressar discordância, admitir erros e propor melhorias sem medo de represálias, deve ser cultivada como valor institucional. A liderança transformacional, que inspira, motiva e desenvolve os colaboradores, é mais eficaz na prevenção de burnout do que a liderança autoritária ou laissez-faire. A mediação de conflitos deve ser conduzida por profissionais neutros e treinados, com garantia de confidencialidade e não retaliação. A comunicação assertiva, o feedback construtivo e o reconhecimento público das contribuições individuais são práticas que fortalecem as relações interpessoais e a coesão da equipe^{21,1}.

Navegação Clínica e Acompanhamento Psicológico

A triagem periódica de saúde mental, o encaminhamento proativo de profissionais em risco e o acompanhamento psicológico não devem depender de autodeclaração. A NR-1 exige ações preventivas, o que implica na oferta de suporte psicológico como benefício estruturado, não como iniciativa voluntária de bem-estar. A navegação clínica (case management) pode ser implementada por enfermeiros especializados em saúde mental do trabalhador, que acompanham os profissionais em risco, coordenam o acesso a serviços de saúde e garantem a continuidade do cuidado. O acompanhamento psicológico deve ser confidencial, gratuito e acessível, com horários compatíveis com as jornadas de trabalho. A terapia cognitivo-comportamental, a *mindfulness* e as técnicas de regulação emocional são intervenções com evidência científica de eficácia na prevenção e no tratamento de burnout^{17,5}.

Integração PGR-PCMSO

A integração entre o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) e o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) é mandatória pela NR-1. Na enfermagem, isso significa que os exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, de retorno ao trabalho e demissional) devem incluir avaliação de saúde mental, utilizando instrumentos validados como o Patient Health Questionnaire (PHQ-9) para depressão e o Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) para ansiedade. Os afastamentos por CID F (transtornos mentais e comportamentais) devem ser analisados como indicadores de risco psicossocial, com investigação das causas ocupacionais e implementação de medidas de controle. Ações de segurança do trabalho e medicina ocupacional devem atuar de forma integrada, com compartilhamento de informações e coordenação de intervenções. A proteção da confidencialidade dos dados de saúde mental é imperativa, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e o Código de Ética Médica^{6,7}.

Cultura de Cuidado com Quem Cuida

A promoção de uma cultura organizacional que valorize o cuidado com o cuidador é a estratégia mais abrangente e sustentável. Inspirada na teoria de Watson¹⁰, essa cultura reconhece que o profissional de enfermagem não é uma máquina de produção de cuidados, mas um ser humano integral que precisa de cuidado para poder cuidar. As práticas de autocuidado (self-care) devem ser incentivadas e estruturadas: pausas ativas durante o plantão, espaços de descanso adequados, alimentação saudável, atividade física, práticas de *mindfulness* e espiritualidade. A liderança deve modelar o autocuidado, demonstrando que a saúde do trabalhador é uma prioridade institucional, não uma responsabilidade individual. O reconhecimento formal e informal das contribuições, a celebração das conquistas e a construção de um sentido compartilhado de propósito são elementos que fortalecem a resiliência individual e coletiva^{10,1}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os prejuízos biopsicossociais da exaustão e dos conflitos interpessoais na enfermagem constituem uma questão de saúde pública, com impactos individuais, institucionais e sociais que transcendem os muros do hospital. A análise conduzida no presente estudo, fundamentada no modelo biopsicossocial de Engel 8, na teoria do cuidado de Watson¹⁰ e no modelo de demanda-controle-suporte de Karasek 9, demonstra que o adoecimento do enfermeiro é produto de uma interação complexa entre demandas laborais excessivas, baixa autonomia, suporte social insuficiente, conflitos interpessoais e uma cultura organizacional que valoriza o sacrifício e invisibiliza a vulnerabilidade^{1,2}.

A nova NR-1, ao incluir os riscos psicossociais no Gerenciamento de Riscos Ocupacionais, oferece um marco normativo robusto para a transformação desse cenário. A norma reconhece oficialmente que a saúde mental não é um luxo administrativo, mas um direito do trabalhador e uma responsabilidade do empregador. No entanto, a eficácia da norma dependerá da vontade política das instituições, da capacitação dos gestores, da superação da cultura de silêncio e do investimento em recursos humanos, tecnológicos e financeiros. A fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego é um mecanismo necessário, mas insuficiente: a mudança cultural exige liderança comprometida, participação ativa dos trabalhadores e uma visão estratégica de longo prazo^{6,7}.

A enfermagem, como profissão essencial e historicamente sacrificada, merece políticas de saúde ocupacional que reconheçam sua vulnerabilidade e promovam sua proteção. A prevenção do burnout, a mediação de conflitos e a promoção da segurança psicológica não são luxos administrativos, mas imperativos éticos e legais. A adequação à NR-1 é, portanto, uma oportunidade de ressignificar o cuidado: não apenas o cuidado com o paciente, mas também o cuidado com quem cuida. Como propõe Watson¹⁰, o cuidado é um ato de amor humano que exige a totalidade do ser — e essa totalidade só pode ser preservada quando o cuidador é, ele próprio, cuidado.

Sugere-se, para pesquisas futuras, a realização de estudos quantitativos de prevalência de burnout e riscos psicossociais em diferentes contextos de prática de enfermagem (hospitais, unidades básicas de saúde, home care, saúde mental), a avaliação da eficácia de intervenções preventivas implementadas segundo as diretrizes da NR-1 e a investigação das experiências subjetivas dos enfermeiros em relação à segurança psicológica e ao clima organizacional. A produção de conhecimento rigoroso e contextualizado é indispensável para a construção de políticas públicas e práticas institucionais que promovam a saúde e a dignidade dos profissionais de enfermagem²⁰.

REFERÊNCIAS

1. Galvão CM, *et al.* Conflitos interpessoais entre profissionais de enfermagem: uma análise situacional. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(6):1005-10.
2. Marçal MHA. Síndrome de Burnout em enfermeiros: revisão integrativa da literatura. *Rev Enferm Contemp.* 2019;8(1):56-63.
3. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2017.
4. Instituto Nacional do Seguro Social. Estatísticas de benefícios por incapacidade. Brasília, DF: INSS; 2024.
5. Araújo KS, *et al.* Prevalência de burnout e fatores associados em profissionais de enfermagem: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm.* 2024;77(2):e20230789.
6. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria MTE nº 1.419, de 20 de dezembro de 2024. Altera a Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1) – Disposições Gerais sobre Segurança e Saúde no Trabalho. *Diário Oficial da União.* 2024 dez 23;Seção 1:1-45.
7. Hilgemberg GR, *et al.* Direitos trabalhistas e saúde mental à luz da NR-1: impactos jurídicos nas relações de trabalho. *Rev DCS.* 2026;23(89):e5338.
8. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129-36.
9. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q.* 1979;24(2):285-308.
10. Watson J. Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing. Norwalk: Appleton-Century-Crofts; 1985.
11. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2(2):99-113.
12. Maslach C, Leiter MP. The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
13. Asana. Cinco sinais de alerta de sobrecarga: dicas para indivíduos e equipes [Internet]. 2026 [acesso 2026 jul 19]. Disponível em: <https://asana.com/pt/resources/overworked-signs>.
14. Aiken LH, *et al.* Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA.* 2002;288(16):1987-93.
15. Axenya. NR-1 e saúde mental no trabalho: o que sua empresa precisa fazer até 2026 (guia prático) [Internet]. 2026 [acesso 2026 jul 19]. Disponível em: <https://www.axenya.com/recursos/blog/nr-1-saude-mental-trabalho-guia-empresa-2026>.
16. G1. NR-1: o que muda para o trabalhador com a nova regra sobre saúde

mental no trabalho [Internet]. 2026 mai 27 [acesso 2026 jul 19]. Disponível em: <https://g1.globo.com/trabalho-e-carreira/noticia/2026/05/27/nr-1-o-que-muda-para-o-trabalhador-com-a-nova-regra-sobre-saude-mental-no-trabalho.ghtml>.

17. Ativa Medicina. Janeiro Branco: Saúde Mental, PCMSO e NR-1 em 2026 [Internet]. 2026 [acesso 2026 jul 19]. Disponível em: <https://ativamedicina.com.br/janeiro-branco-saude-mental-pcmso-e-nr-1-em-2026/>.

18. Hochschild AR. The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling. Berkeley: University of California Press; 1983.

19. Karasek RA, Theorell T. Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. New York: Basic Books; 1990.

20. Souza MTS, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010;8(1):102-6.

21. Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. Adm Sci Q. 1999;44(2):350-83.

22. Consultor Jurídico. Impactos práticos da NR-1 e os seus reflexos para as empresas [Internet]. 2026 fev 12 [acesso 2026 jul 19]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2026-fev-12/impactos-praticos-da-nr-1-e-os-seus-reflexos-para-as-empresas/>.

23. World Health Organization. Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases (ICD-11) [Internet]. Geneva: WHO; 2019.

24. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1). Disposições Gerais sobre Segurança e Saúde no Trabalho. Brasília, DF: MTE; 2026.