

COVID-19 e mercado de trabalho da enfermagem: lições aprendidas por analogias entre eventos históricos

COVID-19 and the nursing labor market: lessons learned by analogies between historical events

COVID-19 y el mercado laboral de enfermería: lecciones aprendidas por analogías entre hechos históricos

Rodrigo Nogueira da Silva¹

ORCID: 0000-0002-3870-5239

Márcia de Assunção Ferreira¹

ORCID: 0000-0002-6991-7066

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro,
Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva RN, Ferreira MA. COVID-19 and the nursing labor market: lessons learned by analogies between historical events. Rev Bras Enferm. 2022;75(2):e20200328. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0328>

Autor Correspondente:

Rodrigo Nogueira da Silva
E-mail: rodrigonogueira.eean@gmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Marcos Brandão

Submissão: 22-04-2020 Aprovação: 09-05-2021

RESUMO

Objetivos: refletir sobre os impactos da resposta do Brasil às demandas da pandemia de COVID-19 ao mercado de trabalho da enfermagem à luz do resgate de experiências havidas nos EUA por ocasião da Segunda Guerra Mundial. **Métodos:** formulação discursiva, que discute o mercado de trabalho da enfermagem, estabelecendo analogias entre eventos históricos. **Resultados:** medidas implementadas na Segunda Guerra Mundial pelos EUA se assemelham às que o Governo Federal brasileiro tem adotado, e, assim como nos EUA, tais medidas atingiram fortemente tanto a formação profissional quanto o mercado de trabalho da enfermagem. No Brasil, as medidas também podem aprofundar problemas do mercado de trabalho da enfermagem nacional, reverberando na precarização. **Conclusões:** uma forma mais acertada de atender à demanda por trabalhadores de enfermagem pode ser com a oferta já existente de trabalhadores treinados e disponíveis.

Descritores: Enfermagem; História da Enfermagem; II Guerra Mundial; Infecções por Coronavírus; Mercado de Trabalho.

ABSTRACT

Objectives: to reflect on the impacts of Brazil's response to the COVID-19 pandemic demands on the nursing labor market in light of the recovery of experiences in the USA during the World War II. **Methods:** this is a discursive formulation, which discusses the nursing labor market, establishing analogies between historical events. **Results:** measures implemented in the World War II by the USA are similar to those that the Brazilian Federal Government has adopted, and, as in the USA, such measures strongly affected both professional training and the nursing labor market. In Brazil, the measures can also deepen problems in the national nursing labor market, reverberating in precariousness. **Conclusions:** a better way to meet the demand for nursing workers can be with the existing supply of trained and available workers.

Descriptors: Nursing; History of Nursing; World War II; Coronavirus Infections; Employment.

RESUMEN

Objetivos: reflexionar sobre los impactos de la respuesta de Brasil a las demandas de la pandemia de COVID-19 en el mercado laboral de enfermería a la luz de la recuperación de experiencias en Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial. **Métodos:** formulación discursiva, que analiza el mercado laboral de enfermería, estableciendo analogías entre hechos históricos. **Resultados:** las medidas implementadas en la Segunda Guerra Mundial por los Estados Unidos. Son similares a las adoptadas por el Gobierno Federal de Brasil y, al igual que en los Estados Unidos, estas medidas afectaron fuertemente tanto a la formación profesional como al mercado laboral de enfermería. En Brasil, las medidas también pueden profundizar los problemas en el mercado laboral nacional de enfermería, repercutiendo en la precariedad. **Conclusiones:** una mejor manera de satisfacer la demanda de trabajadores de enfermería puede ser con la oferta existente de trabajadores capacitados y disponibles.

Descritores: Enfermería; Historia de la Enfermería; Segunda Guerra Mundial; Infecciones por Coronavirus; Mercado de Trabajo.

INTRODUÇÃO

O mercado de trabalho da enfermagem no Brasil vive um paradoxo. Há, ao mesmo tempo, tanto uma forte demanda reprimida por trabalhadores de enfermagem quanto uma grande oferta de trabalhadores de enfermagem desempregados, além de trabalhadores que deixaram de exercer a profissão para trabalhar em outro ramo⁽¹⁾. Grandes crises financeiras, como a que o sistema capitalista global já estava vivendo desde antes da pandemia de COVID-19, afetam o mercado de trabalho em todos os ramos da economia. Contudo, quando grandes eventos que aumentam sobremaneira a demanda por trabalhadores de saúde ocorrem, as amplas e crônicas deficiências do mercado de trabalho da enfermagem são expostas à luz do dia.

A COVID-19 é uma doença provocada pelo *Betacoronavirus SARS-CoV-2*⁽²⁾. Após detectar casos de pneumonia de causa desconhecida desde o início de dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na província de Hubei, e ter identificado o código genético do novo coronavírus dois dias antes, a doença foi reportada, pela primeira vez, pelas autoridades nacionais chinesas à Organização Mundial Saúde em 31 de dezembro de 2019⁽²⁾. O amplo espectro clínico da COVID-19 pode variar desde quadros assintomáticos até sepse, que provoca a síndrome de disfunção de múltiplos órgãos, passando por tosse seca e por insuficiência respiratória, que exige internação em Unidade de Terapia Intensiva para obter suporte ventilatório⁽²⁾.

Do total de 158.517.286 casos confirmados no planeta até o dia 10 de maio de 2021, há um total de 3.296.584 mortes confirmadas por COVID-19, embora esses números não representem adequadamente a realidade devido à escassez global de testes⁽³⁾. No Brasil, até esta mesma data, havia 15.184.790 casos confirmados e 422.340 mortes confirmadas em um cenário nacional de profunda escassez de testes⁽³⁾. Dada à alta transmissibilidade da doença e à grande incidência de hospitalizações, a COVID-19 impõe uma sobrecarga nos sistemas de saúde que afeta o mercado de trabalho em saúde, sobretudo o de enfermagem. Além disso, a mortalidade entre profissionais de saúde tende a ser maior em termos relativos, já que estão constantemente expostos a muitas pessoas em seus postos de trabalho e, eventualmente, prestam assistência diretamente a pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2.

O Governo Federal do Brasil tem tomado uma série de medidas para contornar a demanda reprimida por trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS). Essas medidas impactam diretamente não apenas o mercado de trabalho da enfermagem, mas também a formação de enfermeiras(os) e na qualidade e na segurança dos serviços de saúde. O mercado de trabalho da enfermagem no Brasil, atualmente, vive um cenário parecido com o dos Estados Unidos da América (EUA) na década de 1940, quando havia, por um lado, uma alta demanda por enfermeiras em serviços hospitalares devido a um evento de proporções mundiais que pressionava os sistemas de saúde por internações hospitalares e, por outro lado, um cenário de desemprego crônico da categoria⁽⁴⁾.

OBJETIVOS

Refletir sobre os impactos da resposta do Brasil às demandas da pandemia de COVID-19 ao mercado de trabalho da enfermagem

à luz do resgate de experiências havidas nos EUA por ocasião da Segunda Guerra Mundial.

Pandemia de COVID-19 e o mercado de trabalho da enfermagem no Brasil

Os coronavírus são vírus RNA de fita simples positiva da família *Coronaviridae*⁽²⁾. A sub-família *Orthocoronavirinae* possui quatro gêneros: *Alphacoronavirus*, *Betacoronavirus*, *Deltacoronavirus* e *Gammacoronavirus*⁽²⁾. Há, até o momento, sete coronavírus que infectam humanos. Os *Betacoronavirus* HCoV-OC43 e HCoV-HKU1 e os *Alphacoronavirus* HCoV-229E e HCoV-NL63 provocam resfriados comuns e infecções autolimitantes do trato respiratório superior, enquanto os *Betacoronavirus* SARS-CoV, SARS-CoV-2 e MERS-CoV podem provocar sintomas respiratórios graves e uma letalidade de até 35%⁽²⁾.

A COVID-19 é a doença provocada pelo SARS-CoV-2. Nomeado em referência ao SARS-CoV devido à alta identidade nucleotídica, o SARS-CoV-2 tem um formato elíptico, embora eventualmente pleomórfico, com diâmetro em torno de 60-140 nm⁽²⁾. Análises genômicas apontam que o SARS-CoV-2 teria sido resultado de uma mutação que disparou a virulência em humanos de um coronavírus que infectam morcegos⁽²⁾. Acredita-se que o SARS-CoV-2 seja transmitido entre humanos por gotículas respiratórias e há evidência da viabilidade da transmissão por aerossol em espaços fechados⁽⁵⁾.

Situações de enfrentamento de pandemias provocam uma forte ansiedade em profissionais de saúde na linha de frente. Algumas das fontes de ansiedade durante a pandemia de COVID-19 entre profissionais de saúde são problemas de acesso a equipamentos de proteção individual, possibilidade de transmissão do vírus aos seus familiares, não ter acesso a testes diagnósticos quando apresentam sintomas, incerteza sobre o acesso de familiares contaminados a serviços de saúde, falta de acesso a cuidados com seus filhos durante as medidas de mitigação ou supressão, insegurança em trabalhar em algum setor que não tem familiaridade e falta de acesso a informações atualizadas e a meios de comunicação⁽⁶⁾.

Fiscalização do Sistema COFEN/Conselhos Regionais apontou que havia denúncias de falta de máscaras N95/PFF2 e outros equipamentos de proteção individual para assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 em cerca de 90% das instituições consultadas em todo o país⁽⁷⁾. O relatório apontou, ainda, que, até o dia 13 de abril de 2020, havia um déficit de 7.603 trabalhadores de enfermagem, sendo 2.689 enfermeiros e 4.914 técnicos e auxiliares de enfermagem⁽⁷⁾.

Em 2013 havia 80.631 trabalhadores de enfermagem desempregados e 6.521 que haviam abandonado a profissão⁽¹⁾. O aumento de 77,4% na taxa de desocupação da população brasileira entre o último trimestre de 2013 e o último trimestre de 2019 pode ter agravado ainda mais o desemprego na enfermagem⁽⁸⁾. Além disso, 500.161 trabalhadores de enfermagem informaram ter mais de um vínculo empregatício⁽¹⁾; 65,9% dos trabalhadores de enfermagem brasileiros realizam atividades desgastantes; no setor público, 62,5% têm salários de até 3 mil reais; 14,4% têm subsalários (até mil reais); no setor privado, 68,2% têm salários de até 3 mil reais; 22,1% têm subsalários; no setor filantrópico, 70,1% têm salários de até 3 mil reais; e 22,1% têm subsalários⁽⁹⁾.

Uma das respostas do Governo Federal, para suprir a demanda por profissionais de saúde em meio à emergência em saúde pública de importância nacional decorrente da COVID-19, foi instituída pela Portaria nº 492/2020 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a Ação Estratégica 'O Brasil Conta Comigo'. A Portaria nº 492/2020 trata do chamamento público de estudantes da enfermagem, fisioterapia e farmácia do último ano de seus respectivos cursos de graduação e de medicina dos dois últimos anos para realização de estágio curricular obrigatório no âmbito do combate à COVID-19; segundo o Edital 4/2020 do Ministério da Saúde, receberão uma bolsa no valor de um salário mínimo por mês para cumprir cargas semanais de trabalho de 40 horas. Além disso, chama também estudantes de qualquer etapa curricular desses cursos para atuar no combate à COVID-19, recebendo, ainda segundo o Edital 4/2020 do Ministério da Saúde, uma bolsa no valor de meio salário mínimo por mês para cumprir cargas semanais de trabalho de 20 horas.

Convocar estudantes de graduação na área da saúde para atuar em um cenário tão complexo como o do combate à COVID-19 pode gerar um desserviço à população, pois ela contará com a assistência de pessoas que, embora tenham certa carga de conhecimentos, competências e habilidades na área, ainda precisam desenvolvê-las para atuar profissionalmente. Ademais, esse cenário pode ser prejudicial aos próprios estudantes⁽¹⁰⁾, pois a sua supervisão por profissionais de saúde provavelmente será bastante prejudicada pela sobrecarga de trabalho e não há clareza sobre uma série de aspectos legais, como potenciais indenizações e contratos de trabalho dos estudantes e dos profissionais que passarão a ser encarregados da sua supervisão.

A ação estratégica agrava, ainda mais, a situação problemática do mercado de trabalho em saúde, especialmente o da enfermagem, que sofrerá com a concorrência dessa mão de obra vasta e muito barata. Havia, em 2017, 795 Instituições de Ensino Superior (IES) oferecendo 990 cursos de enfermagem entre presenciais e à distância, com 285.097 estudantes matriculados, sendo 249.958 em IES privadas e 35.139 em IES públicas⁽¹¹⁾. Por outro lado, temos exemplos como o do estado do Rio Grande do Norte, onde um significativo número de enfermeiros que concluem a graduação fica sem se inserir no mercado de trabalho por falta de oportunidades⁽¹²⁾. Além disso, utilizar a mão de obra de estudantes pode mascarar os índices de acidentes de trabalho, já que qualquer acidente que venham a ocorrer com quem não tem vínculo empregatício não será configurado como acidente de trabalho. Enfermeiro foi a ocupação de nível superior mais afetada por acidentes de trabalho envolvendo material biológico, tanto em termos absolutos quanto em termos relativos, segundo análise dos dados do Sistema de Informação de Agravos Notificáveis⁽¹³⁾. Pesquisa em 22 hospitais públicos no estado da Bahia identificou que 34,7% das enfermeiras se afastaram do trabalho por motivos de saúde, desfecho associado de forma estatisticamente significativa a esforço repetitivo frequente e presença de ruídos no trabalho⁽¹⁴⁾.

Embora em menor medida, outra ameaça ao mercado de trabalho da enfermagem foi instituída por meio da Portaria nº 374/2020 do Ministério da Educação, que flexibiliza a antecipação da colação de grau para os alunos dos cursos de medicina, enfermagem, farmácia e fisioterapia. Tal antecipação, se realizada sem a adequada completude da formação no que se refere às

competências requeridas para o exercício profissional, põe em risco a saúde e a vida dos usuários dos serviços de saúde, agravando ainda mais a crise sanitária instalada na sociedade brasileira.

A flexibilização da formação de enfermeiros no Brasil e a precarização do mercado de trabalho observadas no contexto desta pandemia se aproximam do que ocorreu nos EUA na crise provocada pela Segunda Guerra Mundial, quando medidas desta monta foram também implementadas por aquele país.

Apesar de sabermos que uma Guerra Mundial e o enfrentamento de uma pandemia serem eventos distintos, e os contextos socio-político e econômico dos países em tela também se diferenciam, as medidas de interferência dos EUA no mercado de trabalho da enfermagem durante a Segunda Guerra Mundial se assemelham às que o Brasil implementou para enfrentar a crise sanitária de COVID-19. Logo, não há, propriamente, intenção de comparação de contextos, mas sim de despertar a consciência de que não se deve negligenciar as histórias pregressas de outros países e suas lições, que podem ser úteis para informar decisões a serem tomadas no Brasil em meio à emergência em saúde pública de importância nacional decorrente de uma pandemia como a da COVID-19.

Segunda Guerra Mundial e o mercado de trabalho da enfermagem nos EUA

A Segunda Guerra Mundial foi o maior conflito bélico da história da humanidade. Embora não tivesse interesse em entrar na guerra no primeiro momento, após a derrubada, em 1940, da Lei de Neutralidade de 1935 e do ataque japonês à base militar de Pearl Harbor, em 7 de dezembro 1941, os Estados Unidos da América (EUA) declararam guerra ao Japão no dia 8 de dezembro 1941⁽¹⁵⁾. Enquanto isso, membros do Eixo junto ao Japão, Alemanha e Itália declararam guerra aos EUA três dias depois⁽¹⁵⁾.

As lideranças da enfermagem estadunidense haviam se preparado desde 1940, quando montaram o *Nursing Council for National Defense*, posteriormente chamado de *National Nursing Council for War Service*. O Conselho foi formado por representantes da *American Nursing Association (ANA)*, da *National League for Nursing*, da *National Association of Public Health Nursing*, da *Association of Collegiate Schools of Nursing*, da *National Association of Colored Graduate Nurses*, da *American Association of Industrial Nurses*, dos serviços federais de enfermagem e da *American Hospital Association*⁽¹⁵⁾. O governo federal demandou uma série de 'esforços de guerra', com um forte apelo patriótico para suprir a demanda dos hospitais por trabalhadoras de enfermagem. As condições de trabalho, contudo, eram péssimas e os salários muito pouco recompensadores, o que levou o Conselho a retirar ainda mais direitos das trabalhadoras de enfermagem e a aumentar a concorrência no seu mercado de trabalho⁽⁴⁾.

O mercado de trabalho da enfermagem, na década de 1930, nos EUA, foi marcado por desemprego massivo, devido, majoritariamente, aos reflexos da crise que levou à quebra da bolsa de valores de Nova Iorque em 1929⁽⁴⁾. As taxas de ocupação hospitalar caíram drasticamente no período e as chances de enfermeiras privadas serem contratadas por alguma família eram muito baixas. Em resposta a esse cenário, a ANA e alguns atores do setor hospitalar e da educação desenvolveram uma estratégia para fechar escolas de treinamento de enfermeiras de má qualidade, estabelecer uma jornada de trabalho diário de no máximo 8 horas

para enfermeiras privadas, criar serviços de apoio à contratação de enfermeiras e desenvolver uma experiência de contratação de enfermeiras por hora⁽⁴⁾. Basicamente, todas as medidas falharam, seja por falta de interesse da própria ANA seja pela resistência das enfermeiras em relação à perda de segurança no vínculo de trabalho ou de autonomia.

Um importante passo tomado em favor das enfermeiras foi a exigência da ANA, em 1932, pela substituição do uso da força de trabalho de aprendizes e pela contratação de enfermeiras registradas com segurança de vínculo, salários e benefícios⁽⁴⁾. Contudo, os postos de trabalho para enfermeiras teriam seus salários reduzidos e uma forte divisão do trabalho seria aplicada por meio de princípios tayloristas⁽⁴⁾. Surgiram, nesse período, a categoria *Licensed Practical Nurse* (LPN), enfermeiras graduadas em um programa técnico de um ano de duração, estudos de tempo e movimento sobre as atividades da enfermagem e o modelo da enfermagem funcional, onde cada enfermeira era responsável por realizar uma determinada tarefa com todos os pacientes do setor nos moldes de linha de produção fordista⁽⁴⁾. As péssimas condições de trabalho levaram as trabalhadoras de enfermagem a buscar sindicalização, porém esses esforços foram prontamente rechaçados pela própria ANA⁽⁴⁾.

Com o avanço dos seguros privados de saúde, como os da *Blue Cross*, a hospitalização na década de 1940 passou a ser uma opção bem mais acessível à população que a tradicional atenção domiciliar⁽⁴⁾. Para suprir a demanda por trabalhadoras de enfermagem em hospitais, o Conselho, ao invés de qualificar a oferta de postos de trabalho, promovendo a melhoria das condições de trabalho, dos salários, da segurança no emprego e dos benefícios às trabalhadoras de enfermagem, decidiu desfazer todos os avanços alcançados na década passada que surtiram algum efeito positivo no mercado de trabalho da enfermagem. Desse modo, o Conselho liberou o treinamento de mais 50.000 enfermeiras por ano, rebaixou os requisitos de entrada em programas de treinamento em enfermagem, encurtou o tempo mínimo exigido de duração desses programas, permitiu a volta do uso da força de trabalho de estudantes de enfermagem e reconheceu, legalmente, e endossou a criação de cursos de formação de LPN – mais de 200.000 destas trabalhadoras foram formadas durante a guerra⁽⁴⁾.

O resultado das ações do Conselho foi forçar as trabalhadoras a receberem salários tão baixos quanto metade do necessário para sobreviver, queda brusca da qualidade dos serviços e até mortes de enfermeiras por sobrecarga de trabalho, fadiga e suscetibilidade a doenças⁽⁴⁾. Com o aumento da demanda por trabalhadores em fábricas provocado pela guerra, o salário das operárias se tornou mais vantajoso que o das enfermeiras em hospitais da época, criando uma escassez meramente artificial de enfermeiras para o serviço hospitalar⁽⁴⁾. Homens foram proibidos de praticar a enfermagem, enfermeiras negras não eram aceitas pelos hospitais da época e enfermeiras com mais de 40 anos de idade sofriam preconceito no trabalho⁽⁴⁾.

Observa-se que, diante da situação de crise imposta aos EUA no contexto da Segunda Guerra Mundial, as ações implementadas pelo país atingiram fortemente tanto a formação profissional quanto o mercado de trabalho da enfermagem. Os custos de tais medidas foram pagos por estratégias de flexibilização no perfil de entrada e pela aceleração da saída do curso, e, no mercado, os

custos foram o alto desemprego, a precariedade e vulnerabilidades às trabalhadoras.

No Brasil, reflexões sobre o enfrentamento da COVID-19, por meio de estratégias de relativização na formação do enfermeiro, conduziram à conclusão de que pode haver comprometimento da aplicação dos padrões empíricos e éticos na assistência da enfermagem, o que suscita dúvidas sobre a viabilidade e os benefícios de tais medidas, em especial quando aliadas a experiências anteriores de outros países e cenários mundiais⁽¹⁶⁾.

A análise da situação ocorrida nos EUA com as medidas implementadas na Segunda Guerra Mundial se alia a essas reflexões e reforça ainda mais a posição de que a inserção de estudantes e de profissionais, precocemente formados na assistência, em meio a uma crise sanitária como a atualmente vivenciada, agrava ainda mais não somente a qualidade da formação, como também o mercado de trabalho da enfermagem, bem como a sua precarização.

Nesse sentido, conhecer a história recente dos países, as crises vivenciadas e as respostas aos problemas delas decorrentes podem, a partir de aproximações possíveis, servir para informar potenciais decisões e analisar prospectivamente suas consequências, no caso em tela, para o mercado de trabalho da enfermagem.

CONCLUSÕES

No século XX, mesmo em um cenário de desemprego crônico entre trabalhadoras de enfermagem antes e durante a Segunda Guerra Mundial, o governo estadunidense pressionou o *National Nursing Council for War Service*, dentre outras medidas, aumentar a oferta de vagas para formação de trabalhadoras de enfermagem e permitir a volta da exploração da força de trabalho de estudantes de enfermagem em troca de baixíssima remuneração. Neste século XXI, em meio à emergência em saúde pública de importância nacional decorrente da COVID-19, o governo brasileiro age sobre o mercado de trabalho da enfermagem, que vive um cenário de importante desemprego e de abandono da profissão, impondo condições inadequadas de trabalho – inclusive de biossegurança – e chamam estudantes de graduação para trabalhar em serviços na linha de frente em troca de baixíssima remuneração por meio da Ação Estratégica ‘O Brasil Conta Comigo’. Embora em circunstâncias diferentes, as estratégias adotadas por ambos os países põem toda a categoria em situação de vulnerabilidade, seja os que estão empregados, os que estão desempregados e os que estão em seu processo de formação. Economizar gastos com a convocação de estudantes e profissionais que não completaram sua formação para combater essa grave ameaça à saúde e à vida do seu povo pode gerar graves consequências.

Atuar em conjunto às entidades político-organizativas de enfermagem, sem medir esforços no sentido de proteger e valorizar os trabalhadores de enfermagem, para que atuem com segurança na prevenção e enfrentamento da COVID-19, é uma importante e necessária estratégia a ser aplicada pelo governo federal para mitigar os efeitos da pandemia no país. A história nos ensina que ações, como as que o Governo Federal tem empregado, podem gerar consequências danosas à qualidade da assistência de saúde. Atuar sobre o mercado de trabalho da enfermagem, no sentido de preencher a demanda com a oferta já existente de trabalhadores treinados e disponíveis, pode ser a decisão mais acertada.

FOMENTO

Rodrigo Nogueira da Silva foi bolsista do Programa Pós-Doutorado Júnior (PDJ) do Conselho Nacional de Desenvolvimento

Científico e Tecnológico, Processo nº 159643/2019-8. Márcia de Assunção Ferreira é bolsista do Programa de Produtividade em Pesquisa (PQ) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, nível 1C.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem. Bloco perfil do mercado de trabalho: equipe da enfermagem [Internet]. Brasília, DF; 2016 [cited 2020 Apr 22]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/Blocos/Bloco5/mercado-de-trab-aux-equipe.pdf>
2. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, evaluation and treatment Coronavirus (COVID-19) [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [cited 2020 Apr 22]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>
3. Johns Hopkins University of Medicine. COVID-19 dashboard by the center for systems science and engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU) [Internet]. [Baltimore]: JR School of Medicine; c2020 [cited 2020 Jul 17]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
4. Wagner D. The proletarianization of nursing in the United States, 1932–1946. *Int J Health Serv.* 1980;10(2):271-90. <https://doi.org/10.2190/JY5F-VFQC-Y699-CJ6E>
5. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med.* 2020;382(16):1564–7. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2004973>
6. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA.* 323(21):2133-4. 2020 <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>.
7. Conselho Federal de Enfermagem. Conselhos da enfermagem fiscalizaram 3.772 instituições na pandemia [Internet]. Brasília, DF: Cofen; 2020 Apr 14 [cited 2020 Apr 22]. Available from: http://www.cofen.gov.br/conselhos-de-enfermagem-fiscalizaram-3-772-instituicoes-na-pandemia_79098.html
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores IBGE: pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua: quarto trimestre de 2019 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [cited 2020 Apr 22]. Available from: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2019_4tri.pdf
9. Silva MCN, Machado MH. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2020;25(1):7-13. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>
10. Representatives of the STARSurg Collaborative, EuroSurg Collaborative, and TASMAN Collaborative. Medical student involvement in the COVID-19 response. *Lancet.* 2020;395(10232):1254. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30795-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30795-9)
11. Ximenes Neto FRG, Lopes Neto D, Cunha ICKO, Ribeiro MA, Freire NP, Kalinowski CE, et al. Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet.* 2020;25(1):37-46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27702019>
12. Oliveira JSA, Pires DEP, Alvarez ÂM, Sena RR, Medeiros SM, Andrade SR. Trends in the job market of nurses in the view of managers. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):148-55. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0103>
13. Souza HP, Otero UB, Silva VSP. Perfil dos trabalhadores de saúde com registros de acidentes com material biológico no Brasil entre 2011 e 2015: aspectos para vigilância. *Rev Bras Med Trab.* 2019;17(1):106-18. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520190305>
14. Araújo-dos-Santos T, Nunes DO, Pereira RB, Góes MM CSR, Ferreira IQBP, Santos SD, et al. Association between variables related to precariousness of work and leave of absence in the nursing field. *Cien Saude Colet.* 2020;25(1):123-33. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28242019>
15. Donahue MP. *Nursing, the finest art: an illustrated history.* 3rd ed. Maryland Heights (MO): Mosby Elsevier; 2011.
16. Peres MAA, Brandão MG, Aperibense PGG, Lacerda AC, Paim L, Ferreira MA. Facing up COVID-19: what cannot be relativized in nursing higher education. *Texto Contexto Enferm.* 2020;29:e20200236. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0236>