

Eduardo Espíndola Fontoura Junior
Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura
Organizadores

Saúde do trabalhador na atenção básica à saúde na pandemia de **COVID-19**

*considerações
teóricas e práticas*



**SAÚDE DO TRABALHADOR
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA
PANDEMIA DE COVID-19**

Considerações teóricas e práticas





AVALIAÇÃO, PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram avaliados por pares e indicados para publicação.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Bibliotecária responsável: Alice M. Benevides CRB-1/5889

C796	Saúde do trabalhador na atenção básica à saúde na pandemia de covid-19: considerações teóricas e práticas. / (organizadores) Eduardo Espíndola Fontoura Junior. Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura. – 1. ed. – Curitiba-PR: Editora Bagai, 2023. E-book Acesso em www.editorabagai.com.br Bibliografia. ISBN: 978-65-5368-274-0 1. Trabalhadores da Saúde. 2. Covid-19. 3. Saúde do trabalhador. I. Fontoura Junior, Eduardo Espíndola. II. Fontoura, Flaviany Aparecida Piccoli. 02-2023/49	CDD 613
------	---	---------


Índice para catálogo sistemático:


1. Saúde: Pandemia; Profissionais da Saúde. 613

 <https://doi.org/10.37008/978-65-5368-274-0.02.09.23>

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem autorização prévia da **Editora BAGAI** por qualquer processo, meio ou forma, especialmente por sistemas gráficos (impressão), fonográficos, microfilmicos, fotográficos, videográficos, reprográficos, entre outros. A violação dos direitos autorais é passível de punição como crime (art. 184 e parágrafos do Código Penal) com pena de multa e prisão, busca e apreensão e indenizações diversas (arts. 101 a 110 da Lei 9.610 de 19.02.1998, Lei dos Direitos Autorais).

Este livro foi composto pela Editora Bagai.

 www.editorabagai.com.br

 [/editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai)

 [/editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)

 contato@editorabagai.com.br

Eduardo Espíndola Fontoura Junior
Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura
Organizadores

SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19

Considerações teóricas e práticas

Esta obra foi publicada com financiamento da Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e da Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul através da chamada N° 08/2020 - Programa Pesquisa Para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS.



**Governo do Estado de
Mato Grosso do Sul**

FUNDAÇÃO DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO DO ENSINO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
DIRETOR- PRESIDENTE
MÁRCIO DE ARAÚJO PEREIRA



1.ª Edição - *Copyright*© 2023 dos autores
Direitos de Edição Reservados à Editora Bagai.

O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) respectivo(s) autor(es). As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referencial bibliográfico são prerrogativas de cada autor(es).

<i>Editor-Chefe</i>	Cleber Bianchessi
<i>Revisão</i>	Os autores
<i>Capa e Diagramação</i>	Brenner Silva
<i>Conselho Editorial</i>	Dr. Adilson Tadeu Basquerote – UNIDAVI Dr. Anderson Luiz Tedesco – UNOCHAPECÓ Dra. Andréa Cristina Marques de Araújo - CESUPA Dra. Andréia de Bem Machado – UFSC Dra. Andressa Grazielle Brandt – IFC - UFSC Dr. Antonio Xavier Tomo - UPM - MOÇAMBIQUE Dra. Camila Cunico – UFPA Dr. Carlos Alberto Ferreira – PORTUGAL Dr. Carlos Luís Pereira – UFES Dr. Claudino Borges – UNIPIAGET – CABO VERDE Dr. Cledione Jacinto de Freitas – UFMS Dra. Clélia Peretti - PUCPR Dra. Daniela Mendes V da Silva – SEEDUCRJ Dr. Deivid Alex dos Santos - UEL Dra. Denise Rocha – UFU Dra. Elnora Maria Gondim Machado Lima - UFPI Dra. Elisângela Rosemeri Martins – UDESC Dr. Ernane Rosa Martins – IFG Dra. Flavia Gaze Bonfim – UFF Dr. Francisco Javier Cortazar Rodríguez - Universidad Guadalajara – MÉXICO Dra. Geuciane Felipe Guerim Fernandes – UENP Dr. Helder Rodrigues Maunga - ISCED-HUILA - ANGOLA Dr. Helio Rosa Camilo – UFAC Dra. Helisamara Mota Guedes – UFVJM Dr. Humberto Costa – UFPR Dra. Isabel Maria Esteves da Silva Ferreira – IPPortalegre - PORTUGAL Dr. João Hilton Sayeg de Siqueira – PUC-SP Dr. Jorge Carvalho Brandão – UFC Dr. Jorge Henrique Gualandi - IFES Dr. Juan Eligio López García – UCF-CUBA Dr. Juan Martín Ceballos Almeraya - CUIM-MÉXICO Dr. Juliano Milton Kruger - IFAM Dra. Karina de Araújo Dias – SME/PMF Dra. Larissa Warnavin – UNINTER Dr. Lucas Lenin Resende de Assis – UFPA Dr. Luciano Luz Gonzaga – SEEDUCRJ Dra. Luísa Maria Serrano de Carvalho - Instituto Politécnico de Portalegre/CIEP-UE - POR Dr. Luiz M B Rocha Menezes – IFTM Dr. Magno Alexon Bezerra Scabra - UFPA Dr. Marciel Lohmann – UEL Dr. Márcio de Oliveira – UFAM Dr. Marcos A. da Silveira – UFPR Dra. Maria Caridad Bestard González - UCF-CUBA Dra. Maria Lucia Costa de Moura – UNIP Dra. Marta Alexandra Gonçalves Nogueira - IPLEIRIA - PORTUGAL Dra. Nadja Regina Sousa Magalhães – FOPPE-UFSC/UFPA Dra. Patrícia de Oliveira - IF BAIANO Dr. Porfírio Pinto – CIDH - PORTUGAL Dr. Rogério Makino – UNEMAT Dr. Reiner Hildebrandt-Stramann - Technische Universität Braunschweig - ALEMANHA Dr. Reginaldo Peixoto – UEMS Dr. Ricardo Cauica Ferreira - UNITEL - ANGOLA Dr. Ronaldo Ferreira Maganhotto – UNICENTRO Dra. Rozane Zaionz - SME/SEED Dra. Sueli da Silva Aquino - FIPAR Dr. Tiago Tendai Chingore - UNILICUNGO – MOÇAMBIQUE Dr. Thiago Perez Bernardes de Moraes – UNIANDRADE/UK-ARGENTINA Dr. Tomás Raúl Gómez Hernández – UCLV e CUM – CUBA Dra. Vanessa Freitag de Araújo - UEM Dr. Willian Douglas Guilherme – UFT Dr. Yoissell López Bestard- SEDUCRS

Apoios

PROGRAMA DE POS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
ENSINO EM SAÚDE, MESTRADO PROFISSIONAL

(PPGES-UEMS)



AGRADECIMENTOS

Aos Trabalhadores da Saúde da Atenção Básica do Município de Dourados/MS, partícipes desta pesquisa, pela disponibilidade, colaboração e participação fundamentais para a coleta de dados, possibilitando assim o desenvolvimento e os resultados obtidos da pesquisa aqui apresentada.

À Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul por meio do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional - Ensino em Saúde (PPGES) e do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES).

À Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul e ao Governo do Estado de Mato Grosso do Sul, pelo apoio financeiro na publicação deste livro, por meio da chamada FUNDECT N° 08/2020 – Programa Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em Saúde-PPSUS, seleção pública de Projetos de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (SUS).

À Fundação Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul – Fiocruz-MS, pela importante parceria, por meio da participação de seus pesquisadores.

Ao Instituto Federal de Mato Grosso do Sul- IFMS, pela relevante parceria, por meio da participação dos seus professores pesquisadores.

À Prefeitura Municipal de Dourados-MS, em especial à Secretaria Municipal de Saúde de Dourados-MS, pelo apoio e todo o auxílio prestado para que essa pesquisa pudesse ser realizada.

Aos pesquisadores(a) do Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida do Trabalhador da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB/CNPq) pela importante e sólida parceria ao longo dos anos.

Aos colegas, pesquisadores, que são autores e autoras neste livro, pela sua rica participação e compartilhamento de suas experiências e resultados de pesquisa.

À todos que participaram de forma direta ou indireta da realização deste livro.

Prof. Dr. Eduardo Espíndola Fontoura Junior

Profa. Dra. Flaviany Ap. Piccoli Fontoura

Dedicamos este livro a todos os trabalhadores da saúde, os heróis em ação, que em meio à pandemia de COVID-19, foram incansáveis no desempenho de sua função de salvar vidas.

APRESENTAÇÃO

As pesquisas no Brasil e no mundo apontaram número expressivo de trabalhadores e trabalhadoras que contraíram a COVID-19 durante a sua atividade laboral, e muitos deles morreram em decorrência da doença. Os profissionais de saúde que atuaram na linha de frente no combate ao COVID-19, em especial a categoria de enfermagem foi a que apresentou maior morbidade e mortalidade no período. Além do risco de contaminação e de transmissibilidade para seus familiares os profissionais de saúde apresentaram exaustão física e mental, ansiedade pela dor da perda, dificuldades na tomada de decisão foram alguns dos que influenciam no impacto psicossocial dos profissionais da saúde. O aumento da sobrecarga psíquica impactou os trabalhadores e trabalhadoras de saúde manifestados por transtornos mentais e comportamentais, ansiedade, depressão problemas de sono, entre outros.

O profissional de saúde adoecido afeta diretamente a qualidade do cuidado e da assistência aos usuários do SUS da atenção básica e demais serviços, portanto, é necessário e prioritário cuidar do cuidador. Este livro organizado pelos professores Eduardo Espíndola Fontoura Junior e Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, tem este olhar acurado sobre o adoecimento dos profissionais de saúde, suas percepções e estratégias individuais e coletivas para o seu enfrentamento.

O livro foi organizado em duas partes, sendo elas: parte I: Saúde do Trabalhador da Saúde da Atenção básica de Dourados, MS, Brasil: Resultados da pesquisa e diagnóstico, e Parte II: Saúde dos Trabalhadores da Saúde: Estudos e proposições, composto por treze capítulos. O primeiro capítulo intitulado Saúde mental dos trabalhadores da saúde da atenção básica do município de Dourados-MS no contexto da pandemia covid-19, os autores Ednéia Cerchiari, Eduardo Espíndola Fontoura Junior, João Carlos Caselli Messias, João Massuda Junior e Rodolfo Augusto Matteo Ambiel relatam os resultados de estudo com 279 trabalhadores das mais variadas profissões da saúde pertencentes a 29 unidades da rede de Atenção Básica do município de Dourados-MS, e cuja prevalência de Transtornos Mentais Menores foi de 43,7%, sendo que 25,7% apresentaram humor depressivo-ansioso, 30,7% sintomas somáticos e 32,2% decréscimo da energia vital.

O segundo capítulo - Fatores psicossociais de risco e capacidade para o trabalho de profissionais da saúde da atenção básica no município de Dourados-MS os autores João Massuda Júnior, Márcia Maria Ribera Lopes Spesoto, Marcia Regina Martins Alvarenga e Eduardo Espíndola Fontoura Junior avaliaram os Fatores Psicossociais de Risco destes profissionais de saúde da rede básica do município e constatam que a falta de controle sobre o trabalho (26,5%), de suporte da chefia (20,2 %) e de comunicação e mudanças (17,1%) como principais fatores de estresse percebidos. Além disso, para 45,5% a capacidade para o trabalho é baixa ou moderada para realizarem o seu trabalho.

O terceiro capítulo - Enfrentamento da covid-19 no município de Dourados/MS: percepções dos trabalhadores de saúde, os autores Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura, Roselaine Terezinha Migotto Watanabe, Débora Dupas Gonçalves do Nascimento e Sílvia Helena Mendonça de Moraes entrevistaram 14 profissionais de saúde que relataram as principais dificuldades enfrentadas no período da pandemia da COVID-19, e destacaram a falta de insumos, como equipamentos de proteção individual, falta de profissionais, falta de conhecimento, longas jornadas laborais como fatores de intensificação da precarização do trabalho. Os entrevistados destacaram o risco de se contaminar, de depressão e de estresse, insônia, o ganho de peso e ansiedade devido sobrecarga de trabalho, e como estratégias para minimizar riscos na atividade laboral destacaram a necessidade de suporte psicológico para os profissionais de saúde.

O quarto capítulo - Rastreamento das condições físicas e mentais dos trabalhadores da equipe de enfermagem em tempos de pandemia- os autores Eduardo Espíndola Fontoura Junior, Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura, Camila Arce Franco e Geovanna Ribeiro Olsen estudaram 98 profissionais de enfermagem na pandemia e a sua influência negativa na qualidade de vida e produtividade, causando problemas emocionais, como ansiedade, irritabilidade e insônia. Além disso, a desvalorização dos usuários da atenção básica contribuiu para que os profissionais sofressem com esgotamento, devido situações de violência, sobrecarga, exaustão física, falta de apoio e falta de recursos materiais para realizarem um trabalho de qualidade.

O quinto capítulo - Perfil, condições de trabalho e prevalência de transtornos mentais menores dos agentes comunitários de saúde de Dourados-MS em tempos da pandemia da covid-19- as autoras Amanda Furtado Ramos, Ana

Lucia Marran e Ednéia Albino Nunes Cerchiari – desenvolveram um estudo com 80 ACSs atuantes em UBSs de Dourados e encontraram uma prevalência de 51,8 % com indicativo de TMM. Os sintomas mais citados foram insônia, dores de cabeça, preocupação, falta de interesse pelas coisas, cansaço e tristeza. Consideraram a possibilidade de os transtornos mentais serem desencadeados por meio do desequilíbrio na harmonia do processo de trabalho e suas configurações sociais criam um espaço de desprazer e de adoecimento físico e psíquico dos profissionais.

O sexto capítulo - A pandemia de Covid-19 em datas, fatos e números: percurso histórico- os autores Roberto Dias de Oliveira e Márcia Maria de Medeiros analisam as formas de disseminação no mundo da pandemia de Covid-19 e o seu impacto. O Brasil atingiu mais de 30 milhões de casos confirmados e cerca de 660 mil óbitos e os homens, idosos e pessoas com comorbidades evoluíram mais para desfechos graves no país e no mundo. A velocidade da disseminação temporal e geográfica da pandemia, o impacto econômico e social, as mudanças de hábitos de consumo e a consolidação do home office são algumas características a serem refletidas pensando nas gerações futuras.

O sétimo capítulo- Para além da máscara e do álcool em gel: aspectos sobre a saúde mental dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde na pandemia- as autoras Elenita Sureke Abilio, Josiane França Peralta Dan, Claudia Janayna Carollo e Marcia Adriana Fokura buscaram entrelaçar a experiência vivida no trabalho durante a pandemia com o diálogo científico a partir do lugar em que atuavam na rede de saúde. As reflexões e lições aprendidas da crise sanitária evidenciada na pandemia destaca a mudança de perfil de morbidade da população e a necessidade de priorizar nos serviços, como política prioritária, o acolhimento e assistência da saúde mental para usuários e também suporte para os trabalhadores da saúde.

O oitavo capítulo - Promoção de saúde mental no ambiente de trabalho: relato de experiência – as autoras Adriana Izabel Macedo e Taissa Gonçalves Leal descrevem o processo de promoção da saúde implementado pelo CEREST de Dourados para os profissionais de saúde da atenção primária básica. O ambiente de escuta e acolhimento destes profissionais foi importante, a fim de despertá-los para o autoconhecimento e autopercepção de cada indivíduo, com objetivo de melhorar as relações interpessoais nos ambientes de trabalho.

O nono capítulo - Hábitos de vida, consumo de substâncias y otras adicciones durante el período de confinamiento- os autores Rafael Arredondo Quijada, Natalia del Pino-Brunet, María José Martos-Méndez e Anabel Melguizo Garín fizeram um inquérito com 540 participantes espanhóis sobre as mudanças de comportamentos e hábitos durante o período de confinamento na pandemia de Covid-19 e os impactos para saúde, tais como o aumento do sedentarismo, da obesidade, do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas. Os respondentes também relataram aumento de sintomas de estresse, ansiedade e síndrome de pânico. Além de aumento do teletrabalho e sobrecarga de trabalho e dificuldades para conciliar as atividades de domésticas com as laborais.

O décimo capítulo - Factores de riesgos psicosociales em trabalhadores da saúde: uma revisão sistemática- as autoras Maria Elisa de Lacerda Faria, Bianca da Silva Muniz e Liliana Andolpho Magalhães Guimaraes realizaram uma revisão sistemática sobre as evidências dos Fatores Psicosociais de Risco dos Trabalhadores da Saúde em diversos contextos de trabalho. Os artigos selecionados evidenciaram os principais fatores psicosociais, tais como excesso de demandas de trabalho, falta de autonomia, relações interpessoais assediadoras, falta de suporte das lideranças e da instituição afetam a saúde mental desses profissionais, e consequentemente, interfere na qualidade da assistência aos pacientes. Desta forma pontuaram como crucial a valorização dos profissionais de saúde e os cuidados em relação aos fatores psicosociais de risco no ambiente de trabalho, e que as organizações de saúde assumam a responsabilidade de implementar medidas para proteger e promover sua saúde mental e bem-estar.

O décimo primeiro capítulo - Programas de qualidade de vida no trabalho: possibilidades de atenção aos trabalhadores de saúde- o autor Fernando Faleiros de Oliveira pontua a relevância dos programas de qualidade de vida no trabalho (PQVT) e saúde para promover a saúde dos trabalhadores e ambientes saudáveis. Analisa as principais propostas de responsabilidade das organizações no campo das ações de promoção, prevenção e tratamento e a necessidade de qualificar os modos de gestão e tornar o ambiente mais propício à saúde e à mitigação de quaisquer riscos psicosociais e que possa efetivamente valorizar os trabalhadores como pessoas e profissionais.

O décimo segundo capítulo - Práticas educativas em saúde sobre a resiliência: proposições para a promoção da saúde mental- o autor Rogério Dias

Renovato destaca a importância do fortalecimento da resiliência como espaço de formação de futuros profissionais de saúde, para lidarem com o sofrimento mental, o adoecimento, as adversidades e a sobrecarga de trabalho, no cotidiano do trabalho em saúde e agravados no contexto da pandemia. Para isso é fundamental a concretização de espaços de atenção e cuidado em saúde, e desta forma, o campo do Ensino em Saúde precisam estratégias educativas mais efetivas direcionadas ao mundo do trabalho em saúde e formação em saúde.

O décimo terceiro capítulo - Experiências vivenciadas no enfrentamento da covid-19: percepções dos profissionais da saúde do estado de Mato Grosso do Sul/MS- a autora Débora Dupas relata o resultado de entrevistas com 37 profissionais da saúde de diversas categorias profissionais e que atuaram durante o período pandêmico, em unidades básicas de saúde e hospitais, nos municípios de Campo Grande, Corumbá e Dourados, tendo como referência a psicodinâmica de trabalho. Nas narrativas os participantes destacaram o excesso de trabalho, o medo da morte e de contaminar alguém, o cansaço e a falta de reconhecimento, bem como a privação de afeto e sofrimento em acompanhar o adoecimento dos colegas de trabalho.

Boa leitura!

Sergio Roberto de Lucca

Professor associado do Departamento de Saúde
Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.
Campinas, julho de 2023.

SUMÁRIO

PARTE I: SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA DE DOURADOS, MS, BRASIL: RESULTADOS DA PESQUISA E DIAGNÓSTICO	14
SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE DOURADOS-MS NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19.....	15
Ednéia Albino Nunes Cerchiari Eduardo Espíndola Fontoura Junior João Carlos Caselli Messias João Massuda Junior Rodolfo Augusto Matteo Ambiel	
FATORES PSICOSSOCIAIS DE RISCO E CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE DOURADOS-MS.....	37
João Massuda Júnior Márcia Maria Ribera Lopes Spessoto Marcia Regina Martins Alvarenga Eduardo Espíndola Fontoura Junior	
ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE DOURADOS/MS: PERCEPÇÕES DOS TRABALHADORES DE SAÚDE.....	53
Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura Roselaine Terezinha Migotto Watanabe Débora Dupas Gonçalves do Nascimento Sílvia Helena Mendonça de Moraes	
RASTREAMENTO DAS CONDIÇÕES FÍSICAS E MENTAIS DOS TRABALHADORES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM TEMPOS DE PANDEMIA	71
Eduardo Espíndola Fontoura Junior Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura Camila Arce Franco Geovanna Ribeiro Olsen Bianca Raquel Bianchi Celoto	
PERFIL, CONDIÇÕES DE TRABALHO E PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS MENORES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE DOURADOS-MS EM TEMPOS DA PANDEMIA DA COVID-19.....	91
Amanda Furtado Ramos Ana Lucia Marran Ednéia Albino Nunes Cerchiari	
PARTE II: SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE: ESTUDOS E PROPOSIÇÕES	110
A PANDEMIA DE COVID-19 EM DATAS, FATOS E NÚMEROS: PERCURSO HISTÓRICO.....	111
Roberto Dias de Oliveira Márcia Maria de Medeiros	
PARA ALÉM DA MÁSCARA E DO ÁLCOOL EM GEL: ASPECTOS SOBRE A SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PANDEMIA	125
Claudia Janayna Carollo Elenita Sureke Abilio Josiane França Peralta Dan Marcia Adriana Fokura	

PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL NO AMBIENTE DE TRABALHO — RELATO DE EXPERIÊNCIA	141
Adriana Izabel Macedo Taíssa Gonçalves Leal	
HÁBITOS DE VIDA, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y OTRAS ADICCIONES DURANTE EL PERÍODO DE CONFINAMIENTO	149
Rafael Arredondo Quijada Natalia del Pino-Brunet María José Martos-Méndez Anabel Melguizo Garín	
FATORES DE RISCOS PSICOSSOCIAIS EM TRABALHADORES DA SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	171
Maria Elisa de Lacerda Faria Bianca da Silva Muniz Liliana Andolpho Magalhães Guimaraes	
PROGRAMAS DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: POSSIBILIDADES DE ATENÇÃO AOS TRABALHADORES DE SAÚDE.....	183
Fernando Faleiros de Oliveira	
PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE SOBRE A RESILIÊNCIA: PROPOSIÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL	207
Rogério Dias Renovato	
EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL/MS	221
Francine Ramos de Miranda Débora Dupas Gonçalves do Nascimento Maria Fabiana Damásio Passos Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira Adriana Carvalho dos Santos Sílvia Helena Mendonça de Moraes	
SOBRE OS AUTORES.....	243
SOBRE OS ORGANIZADORES	249
ÍNDICE REMISSIVO.....	250

PARTE I

**SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE DA
ATENÇÃO BÁSICA DE DOURADOS, MS, BRASIL:
RESULTADOS DA PESQUISA E DIAGNÓSTICO**

SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE DOURADOS-MS NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

Ednéia Albino Nunes Cerchiar
Eduardo Espíndola Fontoura Junior
João Carlos Caselli Messias
João Massuda Junior
Rodolfo Augusto Matteo Ambiel

1. Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2022), cerca de 15% da população em idade de trabalhar deve desenvolver sofrimento psíquico em algum momento de sua trajetória ocupacional. Dentre essas ocorrências, destacam-se a ansiedade, depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar e suicídio, sendo que as duas primeiras representam um custo global à economia de cerca de um trilhão de dólares por ano. No glossário das suas diretrizes sobre saúde mental no trabalho, a OMS esclarece que as pessoas em estresse laboral não precisam, necessariamente, preencher os critérios diagnósticos para transtornos mentais, ao mesmo tempo em que alerta para sintomas como “tristeza, raiva, ansiedade, irritabilidade ou outros estados emocionais negativos” (WHO, 2022, p. 93).

Tais sintomas são abordados na literatura científica especializada como Transtornos Mentais Comuns (TMC) e incluem também insônia, dificuldade de concentração, esquecimentos, fadiga, queixas somáticas generalizadas e problemas com sobrepeso e obesidade, por exemplo. No caso dos profissionais da área da saúde, a prevalência dos TMC é especialmente elevada na categoria da enfermagem, o que pode acarretar prejuízos à produtividade, absenteísmo e afastamentos (CRUZ *et al.*, 2021).

A revisão integrativa elaborada por Souza *et al.* (2021) permitiu identificar características pessoais, laborais, hábitos de vida e condições de saúde associados aos TMC desenvolvidos por trabalhadores da saúde. Características sociodemográficas, como sexo, idade, renda, categoria profissional e atuação em múltiplos empregos, são mediadoras entre o contexto de trabalho e os TMC. Variáveis laborais, como insatisfação no trabalho, sentimentos de impotência, insegurança, e hábitos de vida, como sedentarismo e qualidade do sono, também se mostram relevantes.

O estudo de Alves *et al.* (2015) identificou, por meio do *Self Reporting Questionnaire* - SRQ-20, uma prevalência geral de 27,9% de TMC entre profissionais da saúde de um hospital localizado no Triângulo Mineiro. O SRQ-20 é um instrumento desenvolvido pela OMS para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos, validado para o Brasil e amplamente empregado em pesquisas sobre o tema. TMC são encontrados mesmo entre estudantes de medicina, vinculados a uma carga de trabalho elevada, pouco tempo para lazer, falta de apoio emocional ou psicoterápico adequado, bem como uso de álcool e outras substâncias, o que indica a necessidade de cuidados preventivos (GRETHER *et al.*, 2019).

Diante da relevante prevalência, que se observa não somente no Brasil, propostas de intervenção e cuidados tornam-se muito necessárias, assim como objeto de interesse em termos das suas características. Uma revisão sistemática conduzida por Axen *et al.* (2020) na Suécia identificou uma certa predominância de estratégias baseadas em terapia cognitivo-comportamental focada no trabalho, assim como o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas. Modalidades de intervenção de caráter preventivo mostraram-se heterogêneas, o que restringe a possibilidade de conclusões a respeito.

Por sua vez, a revisão sistemática e a meta-análise elaboradas por pesquisadores australianos (PETRIE *et al.*, 2019) explorou a relação entre TMC e ideação suicida em médicos. Os autores constataram um efeito moderado a favor das intervenções individuais para redução dos sintomas de depressão, ansiedade e suicídio. Intervenções organizacionais que

tenham como cerne a modificação do ambiente de trabalho e políticas institucionais, contudo, representam uma importante lacuna a ser preenchida.

No Brasil, a Portaria n. 849 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) inclui na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa - TCI e yoga. A TCI é uma ferramenta que se constitui em uma alternativa terapêutica de grupo reconhecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas à promoção da saúde, construção de redes de solidariedade e inclusão. Ainda que a revisão de Scholze *et al.* (2020) não tenha encontrado evidências na literatura científica que comprovem efetividade da TCI na abordagem de TMC, os autores recomendam o aprofundamento de estudos a respeito, dada a potencialidade terapêutica do método.

A eclosão da pandemia de Covid-19, no início de 2020, impactou profundamente a rotina dos trabalhadores da saúde, colocando-os em uma condição dramática de risco laboral. Necessidades básicas de competência, relacionamento e autonomia foram colocadas em xeque na mesma proporção em que recursos de enfrentamento tiveram que ser acionados, como aqueles propostos por Enumo *et al.* (2020). Profissionais da chamada “linha de frente” em todo o mundo experimentaram angústia, ansiedade, depressão e agravos à saúde física e emocional. À medida que o tempo passava, um sentimento de medo e progressiva exaustão foi se tornando mais predominante e esses profissionais passaram a repensar sua relação com a morte, vivenciada de uma forma sem precedentes (MESSIAS *et al.*, 2022).

De maneira brusca e repentina, a carga de trabalho sofreu um significativo aumento, somada à possibilidade de contaminação por um vírus letal e, até então, sem tratamento ou vacina. A falta de protocolos específicos, equipamentos de proteção individual - EPIs e o medo de contaminar familiares provocou um aumento dos TMC, em especial ansiedade e depressão, com abuso de álcool, tabaco e drogas, distúrbios de sono e/ou apetite (MATOS, 2021).

Na Argentina, a prevalência de TMC entre trabalhadores da saúde chegou a mais de 45%, além de taxas elevadas em depressão e ansiedade. Esses profissionais também tiveram um decréscimo na autopercepção de seu desempenho profissional e, entre os que expressaram receio pela infecção, uma piora significativa em relação à saúde mental. Steinmetz *et al.* (2021) concluem que a incerteza pode ser mais deletéria do que a própria infecção no tocante à saúde mental desses trabalhadores.

Um estudo que envolveu 420 profissionais de saúde do Hospital St. Paul's, na Etiópia (MULATU *et al.*, 2021), identificou uma prevalência de 20,2% de depressão, 21,9% de ansiedade, 12,4% de insônia e 15,5% de sofrimento psíquico na amostra. O estado civil casado mostrou-se altamente associado à depressão, o que pode ser explicado pelo receio de contaminar entes queridos. Além disso, baixa renda mensal, possuir nível superior e atuar na “linha de frente” também foram fatores que contribuíram para o aparecimento de sintomas graves de transtornos mentais.

A pesquisa de Lamb *et al.* (2022) também constatou, por meio de uma investigação longitudinal de 17 meses, que contou com mais de 22.000 profissionais de saúde atuantes em 18 instituições britânicas do National Health Service (NHS), que a prevalência de sintomas de transtorno mental aumentou, principalmente nos períodos de maior pressão sobre o sistema, com taxas de 55% de TMC. Mulheres mais jovens, com baixo salário, mal apoiadas por colegas ou superiores e expostas a eventos moralmente prejudiciais estiveram mais propensas a desenvolver agravos psíquicos.

Neste estudo utilizaremos a terminologia Transtornos Mentais Menores (TMM) para nos referirmos a sintomas não-psicóticos, tais como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas.

Diante desses elementos, o presente estudo teve como objetivo principal i) avaliar a prevalência de TMM e, como objetivos específicos, ii) caracterizar a amostra estudada; iii) avaliar a saúde antes e durante a pandemia e correlacionar os quatro agrupamentos do SRQ-20 com as

variáveis sociodemográficas, ocupacionais e doenças pré-existentes dos trabalhadores em saúde da atenção básica que atuam em unidades de atendimento a Covid-19 no município de Dourados-MS.

2. Método

Delineamento: trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de corte transversal e quantitativo.

2.1. Participantes e amostra

Participaram do estudo 279 trabalhadores das mais variadas profissões da saúde pertencentes a 29 unidades da rede de Atenção Básica do município de Dourados-MS, representando mais de 70% das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2021 a fevereiro de 2022.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado para pesquisa de proporção, considerando o tamanho da população conhecida, valor de proporção desconhecida de 50%, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5% (AGRANONIK; HIRAKATA, 2011). Dessa forma, o tamanho mínimo da amostra foi de 271 pessoas. A técnica adotada foi a de cotas ou proporcional (HOGA; BORGES, 2016).

2.2. Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo: i) trabalhadores da saúde pública que atuam no SUS (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros); ii) trabalhadores que atuaram no atendimento a pacientes (usuários) na linha de frente de combate à Covid-19 nas unidades de saúde em Dourados. Foram excluídos: i) trabalhadores afastados da atividade laboral no período da coleta de dados; ii) trabalhadores indígenas.

2.3. Procedimentos

A coleta de dados foi realizada utilizando o aplicativo *Google Forms*, que tem apresentado segurança na coleta e no armazenamento. Portanto, a aplicação dos instrumentos de autorresposta ocorreu de forma *on-line*, com o *link* para o acesso à pesquisa divulgado pelos sistemas de comunicação da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados e por meio de contatos telefônicos e agendamentos para coleta.

2.4. Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos: i) Questionário Socio-demográfico e Ocupacional (QSDO) e ii) SRQ-20.

I - Questionário Sociodemográfico Ocupacional: Trata-se de um conjunto de questões fechadas, constituído de informações sociais, demográficas e ocupacionais construídas especificamente para essa pesquisa, por serem consideradas relevantes para o estudo.

II - *Self Report Questionnaire* (SRQ-20): questionário de identificação de distúrbios psiquiátricos em nível de atenção primária, desenvolvido por Harding *et al.* (1980) e validado no Brasil por Mari e Williams (1986). É constituído de 20 perguntas com opções “sim” ou “não”, que podem ser respondidas por meio de autopreenchimento ou de entrevista, composto por quatro agrupamentos (humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia e pensamentos depressivos). Para cada resposta sim/positiva, atribui-se um ponto, variando, portanto, o escore de 0 a 20 pontos. O questionário permite fazer o rastreamento de distúrbios psiquiátricos menores (depressão, ansiedade, distúrbios somatoformes e neurastenia) mais do que estabelecer categorias diagnósticas, como na CID-11. É recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para essa finalidade e tem se mostrado eficaz na detecção de distúrbios psiquiátricos menores (DPM). Mostrou-se superior, inclusive, ao próprio exame clínico no que diz respeito à capacidade de detecção de casos (MARI; WILLIAMS, 1986; MARI *et al.*, 1987).

Os pontos de corte estabelecidos para caracterizar a presença de distúrbios psiquiátricos menores são distintos para os sexos (5-6 para os homens e 7-8 para as mulheres), uma vez que representam os melhores pontos de sensibilidade e especificidade do instrumento (MARI e WILLIAMS, 1986). Neste estudo, o ponto de corte adotado foi escore igual ou maior a sete respostas positivas, para ambos os sexos, como indicativos de transtornos mentais menores.

Os agrupamentos são compostos pelas seguintes questões: **Humor depressivo-ansioso** (Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? Assusta-se com facilidade? Sente-se triste ultimamente? Você chora mais do que de costume?); **Sintomas somáticos** (Tem dores de cabeça frequentemente? Você dorme mal? Você sente desconforto estomacal? Você tem má digestão? Você tem falta de apetite? Tem tremores nas mãos?); **Decréscimo de energia vital** (Você se cansa com facilidade? Tem dificuldade em tomar decisão? Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas? O seu trabalho traz sofrimento? Sente-se cansado todo o tempo? Tem dificuldade de pensar claramente?); **Pensamentos depressivos** (Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida? Tem perdido o interesse pelas coisas? Tem pensado em dar fim à sua vida? Sente-se inútil em sua vida?).

2.5. Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Dourados-MS, sob o parecer n. 4.393.782.

2.6. Análise estatística

Os dados foram tabulados e analisados pelo *software Statistical Package for Social Sciences* - SPSS, versão 22. Utilizou-se a estatística descritiva, testes de hipóteses (Qui-quadrado e o *t* de *student* para variáveis independentes), médias e frequências segundo o tipo de variável – o valor de $p \leq 0,05$ foi considerado significativo.

3. Resultados e discussão

A Covid-19 é causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), cujos impactos vão além do sistema respiratório, atingindo também a saúde mental, desencadeando transtornos psiquiátricos. Os sintomas mais comuns são “febre, tosse, dispneia, produção de expectoração, mialgia, cefaleia, diarreia, rinorreia, anosmia e ageusia” (RAONY *et al.* 2020, p. 1). Contudo, “sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ansiedade e depressão também têm sido prevalentes em pacientes infectados com Covid-19” (p. 1-2).

Inúmeros fatores podem estar associados à Covid-19 e os transtornos psicológicos, tais como: medo, isolamento social, efeitos adversos de tratamentos e estresse financeiro. É provável ainda que “tanto a infecção por SARS-CoV-2 quanto as medidas epidemiológicas de isolamento social possam levar a alterações neuroendócrinas imunológicas, prejudicando a saúde mental” (RAONY *et al.* 2020, p. 2). Vale ainda ressaltar que determinadas “características biológicas individuais associadas ao comprometimento da imunidade podem influenciar não apenas a história natural da Covid-19, mas também os desfechos psiquiátricos associados” (RAONY *et al.*, 2020, p. 5).

Estudos realizados com médicos da linha de frente em Wuhan, na China, apontam que o embate vivenciado desencadeou problemas de saúde mental, tais como “ansiedade, ocorrência de sintomas depressivos, insônia, negação, raiva e medo, problemas que não apenas afetam a atenção, o entendimento e a capacidade de tomada de decisões dos médicos, mas também podem ter um efeito duradouro em seu bem-estar geral” (TEIXEIRA *et al.*, 2020, p. 3468).

Dessa forma, neste estudo, buscamos refletir sobre o impacto na saúde mental dos trabalhadores da saúde da atenção básica do município de Dourados-MS no contexto da pandemia, uma vez que estudos mostram que ela “trouxe consigo acentuação em dificuldades existentes, criou novas e lançou inúmeros desafios para o cotidiano dos(as) profissionais de saúde que estão na linha de frente” (PARENTE; PORTO, 2021, p. 26).

Dos 279 participantes da pesquisa, 224 (80,3%) são mulheres e 55 (19,7%), homens. A equipe de saúde é formada por agentes comunitários de saúde (28,7%); assistentes sociais (0,7%); auxiliares de enfermagem (7,0%); dentistas (9%); enfermeiras/os (17,9%); farmacêuticas/os (2,2%); fisioterapeutas (0,7%); médicas/os (7,2%); psicólogas/os (0,7%); técnicas/os de enfermagem (10,4%); técnicas/os de laboratório (0,7%); trabalhadores administrativos da saúde (7,5%); trabalhadores de apoio à saúde (5%); e trabalhadores de apoio à odontologia (2,5%).

Os resultados apontam o predomínio de mulheres (80,3%), brancas (59%), casadas (49%), entre 35 e 50 anos, agentes comunitários de saúde (28,7%), com mais de 10 anos no exercício da função (65,2%), atuando no local atual de trabalho há até 5 anos (55,9%), com jornada de 20 a 40 horas semanais (79,9%), estatutários (71,3%) e sem outra jornada de trabalho (74,2%).

Esses resultados corroboram o estudo realizado em 2010 – portanto, antes da pandemia, mas com a mesma metodologia – com 378 profissionais da rede básica de saúde: trabalhadores administrativos, agentes comunitários, auxiliares/técnicos de enfermagem, auxiliares de consultório dentário, auxiliares de serviços gerais, enfermeiros, médicos, outros profissionais, dos quais 54% possuíam nível médio de escolaridade (BRAGA; CARVALHO; BINDE, 2010).

Quanto à saúde antes e durante a pandemia (Tabela 1), os resultados obtidos mostram que a maioria não possuía nenhuma doença pré-existente (67,7%), porém, com perturbação significativa do sono (58,1%), irritabilidade (65,6%), dificuldade de concentração ou pensamento lento (53,4%), incapacidade de relaxar (54,5%), mas sem alteração significativa de apetite (65,2%), sem perda de confiança em si, na equipe ou no trabalho realizado (67,4%), sem dificuldade de experimentar felicidade (64,9%), sem sensação negativa do futuro (59,9%), sem perda de satisfação na carreira ou na vida (55,9%) e sem aumento significativo no consumo de medicações, álcool ou bebidas energéticas (67,4%).

Tabela 1. Saúde antes e durante a pandemia

Variáveis		Total	
		Quantidade	Percentual
Possui alguma doença pré-existente antes da Covid-19?	Não	189	67,7%
	Sim	90	32,3
	Total	279	100,0%
Tem apresentado, de maneira significativa, perturbação do sono?	Não	117	41,9%
	Sim	162	58,1%
	Total	279	100,0%
Tem apresentado, de maneira significativa, alteração no apetite?	Não	182	65,2%
	Sim	97	34,8%
	Total	279	100,0%
Tem apresentado, de maneira significativa, perda de confiança em si, na equipe ou no trabalho realizado?	Não	188	67,4%
	Sim	91	32,6%
	Total	279	100,0%
Tem apresentado, de maneira significativa, dificuldade de experimentar felicidade?	Não	181	64,9%
	Sim	98	35,1%
	Total	279	100,0%
Tem apresentado, de maneira significativa, sensação negativa do futuro?	Não	167	59,9%
	Sim	112	40,1%
	Total	279	100,0%
Tem apresentado, de maneira significativa, irritabilidade	Não	96	34,4%
	Sim	183	65,6%
	Total	279	100,0%
Tem apresentado, de maneira significativa, perda de satisfação na carreira ou na vida?	Não	156	55,9%
	Sim	123	44,1%
	Total	279	100,0%
Tem apresentado, de maneira significativa, dificuldade de concentração ou pensamento lento?	Não	130	46,6%
	Sim	149	53,4%
	Total	279	100,0%
Tem apresentado, de maneira significativa, incapacidade de relaxar?	Não	127	45,5%
	Sim	152	54,5%
	Total	279	100,0%
Tem apresentado, de maneira significativa, aumento no consumo de medicações, álcool ou bebidas energéticas?	Não	188	67,4%
	Sim	91	32,6%
	Total	279	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa/2022

É importante ressaltar que esses resultados indicam que os profissionais envolvidos nos cuidados de pacientes infectados apresentam altos índices de sofrimento psíquico, tais como: alteração do sono, dificuldade de concentração ou pensamento lento e incapacidade de relaxar, em acordo com estudo sobre a integralização de vivências

interprofissionais desenvolvidas por uma equipe do Nasf-AB atuante no cenário da APS do município de Recife-PE (QUIRINO *et al.*, 2020).

Tais sofrimentos são um trampolim para os TMM, ou seja, aqueles que não incluem transtornos de personalidades nem transtornos psíquicos, embora representem, no mundo, 30% das doenças não fatais e 10% de todas as doenças mentais (MATOS *et al.*, 2021) e possam trazer consequências muito ruins para a vida social e até biológica do indivíduo. Tais transtornos têm alguns sintomas característicos, como irritabilidades, insônia e dificuldade de concentração. Assim, há um comprometimento das atividades diárias e posterior piora nos vínculos sociais, além de outras maleficências (FIORITTI *et al.*, 2010).

No que se refere ao ambiente de trabalho durante a pandemia (Tabela 2), observamos que a maioria não se contaminou pelo coronavírus (54,5%); não morava com familiar pertencente ao grupo de risco (52,7%); teve algum familiar contaminado (84,2%); não sofreu nenhum tipo de violência ou discriminação (74,6%); recebeu apoio no trabalho para o enfrentamento ao coronavírus (66,7%); sentia-se com um melhor relacionamento com os demais membros da equipe (55,9%), embora desprotegido no trabalho contra o coronavírus (42,3%); não se sentiu mais valorizado pela população usuária (66,7%); não se sentiu mais respeitado pelos colegas (62,7%); e não se sentiu mais acolhido pela chefia ou gestores (64,2%).

Tabela 2. O trabalho durante a pandemia da Covid-19

Variáveis		Total	
		Quantidade	Percentual
Você se contaminou pelo Coronavírus?	Não	152	54,5%
	Sim	127	45,5%
	Total	279	100,0%
Algum familiar já se contaminou pelo novo Coronavírus?	Não	44	15,8%
	Sim	235	84,2%
	Total	279	100,0%

Variáveis		Total	
		Quantidade	Percentual
Algum familiar está no grupo de risco para o Coronavírus e reside com você?	Não	147	52,7%
	Sim	132	47,3%
	Total	279	100,0%
Se sente protegido, no trabalho, contra o Coronavírus?	Sim	60	21,5%
	Às vezes	101	36,2%
	Não	118	42,3%
	Total	279	100,0%
Sofreu algum tipo de violência ou discriminação?	Não	208	74,6%
	Sim	71	24,4%
	Total	279	100,0%
Recebeu apoio, no trabalho, para o enfrentamento ao Coronavírus?	Não	93	33,3%
	Sim	186	66,7%
	Total	279	100,0%
Sentiu-se mais valorizado e reconhecido pela população usuária?	Não	186	66,7%
	Sim	93	33,3%
	Total	279	100,0%
Sentiu-se mais respeitado pelos colegas?	Não	175	62,7%
	Sim	104	37,3%
	Total	279	100,0%
Sentiu-se mais acolhido pela chefia ou gestores?	Não	179	64,2%
	Sim	100	35,8%
	Total	279	100,0%
Sentiu-se com um melhor relacionamento com demais membros da equipe?	Não	123	44,1%
	Sim	156	55,9%
	Total	279	100,0%
Sentiu-se menos valorizado e reconhecido pela população usuária?	Não	193	69,2%
	Sim	86	30,8%
	Total	279	100,0%
Sentiu-se menos respeitado pelos colegas?	Não	198	71,0%
	Sim	81	29,0%
	Total	279	100,0%
Sentiu que nada mudou profissionalmente?	Não	158	56,6%
	Sim	121	43,4%
	Total	279	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa/2022

Esses resultados mostram que os profissionais vivenciam sentimentos contraditórios, sugerindo que o “novo cenário posto à APS, como não poderia deixar de ser, apresentou impactos importantes nos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes [...] sem contar a transmutação e intensificação dos processos de trabalho, que, por si só, já seriam capazes de gerar um potencial fator de adoecimento” (QUIRINO *et al.*, 2020, p. 179-181).

Quanto à prevalência de TMM na amostra estudada e tendo como ponto de corte no SRQ-20, tanto para homens quanto mulheres, escore ≥ 7 , os resultados indicam que, dos 279 participantes, 122 (43,7%) são casos de suspeição de TMM (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalência de TMM para a amostra global (n=279)

Suspeição de TMM	Frequência	
	n	%
Presente	122	43,7%
Ausente	157	56,3%
Total	279	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa/2022

Na amostra com suspeição de TMM, constatou-se que o agrupamento sintomático de maior prevalência, (Tabela 4) foi o de decréscimo de energia vital, com 32,2%, acompanhado pelos de sintomas somáticos (30,7%), humor depressivo-ansioso (27,7%) e pensamentos depressivos (11,3%).

Tabela 4. Frequência relativa das respostas por agrupamento sintomático do SRQ 20

Sintomas	Casos Suspeitos % (n=122)
Humor depressivo-ansioso	25,7%
Sintomas somáticos	30,7%
Decréscimo de energia vital	32,2%
Pensamentos depressivos	11,3%
Total	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa/2022

O agrupamento Decréscimo de Energia Vital (32,2%) aborda as seguintes questões: Q8 - Tem dificuldades de pensar com clareza?; Q11 - Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?; Q12 - Tem dificuldades para tomar decisões?; Q13 - Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento?; Q18 - Sente-se cansado(a) o tempo todo?; Q20 - Têm sensações desagradáveis no estômago?

Já o de Sintomas Somáticos (30,7%) refere-se às questões: Q1 - Você tem dores de cabeça frequentes?; Q2 - Tem falta de apetite?; Q3 - Dorme mal?; Q5 - Tem tremores nas mãos?; Q7 - Tem má digestão?; Q19 - Você se cansa com facilidade?

O agrupamento Humor Depressivo-ansioso (27,7%) é composto pelas questões: Q4 - Assusta-se com facilidade?; Q6 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?; Q9 - Tem se sentido triste ultimamente?; Q10 - Tem chorado mais do que costume?

Por fim, o agrupamento Pensamentos Depressivos, de menor prevalência (11,3%), aborda as questões: Q14 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?; Q15 - Tem perdido o interesse pelas coisas?; Q16 - Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?; Q17 - Tem tido ideia de acabar com a vida? (Tabela 5)

Ainda nos casos com suspeição de TMM (n = 122) das 20 variáveis do SRQ-20, as questões mais frequentes foram: “sente-se nervoso, tenso ou preocupado?” (95,6%); e “sente-se triste ultimamente?” (84,4%), ambas do agrupamento humor depressivo-ansioso; “você dorme mal?” (82,0%), do agrupamento sintomas somáticos; “você se cansa com facilidade?” (82,0%), do agrupamento decréscimo de energia vital; “tem dores de cabeça frequentemente?” (77,9%), do agrupamento sintomas somáticos; e “tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?” (71,3%), do agrupamento decréscimo de energia vital (Tabela 5).

Tabela 5. Seis primeiros itens mais frequentes do SRQ 20 no agrupamento com suspeição de TMM (n=122)

Variável	%	Agrupamento Sintomático
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado	95,9%	Humor depressivo-ansioso
Sente-se triste ultimamente	84,4%	Humor depressivo-ansioso

Variável	%	Agrupamento Sintomático
Dorme mal	82,0%	Sintomas somáticos
Cansa-se com facilidade	82,0%	Decréscimo de energia vital
Dores de cabeça frequentes	77,9%	Sintomas somáticos
Dificuldades de ter satisfação em suas tarefas	71,3%	Decréscimo de energia vital

Fonte: Dados da pesquisa/2022

Na amostra global (n = 279), Tabela 6, a frequência relativa das respostas por agrupamentos foi: sintomas somáticos (32,6%); decréscimo de energia (32,0%); humor depressivo-ansioso (26,0%); e pensamentos depressivos (9,4%). As questões foram as seguintes: “sente-se nervoso, tenso ou preocupado” (66,7%); “dorme mal” (55,6%); “dores de cabeça frequentes” (54,1%); “cansa-se com facilidade” (52,0%); “sente-se triste ultimamente” (45,5%) e “sente-se cansado todo o tempo” (38,4%).

Tabela 6. Seis primeiros itens mais frequentes do SRQ 20 na amostra global (n=279)

Variável	%	Agrupamento Sintomático
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado	66,7%	Humor depressivo-ansioso
Dorme mal	55,6%	Sintomas somáticos
Dores de cabeça frequentes	54,1%	Sintomas somáticos
Cansa-se com facilidade	52,0%	Decréscimo de energia vital
Sente-se triste ultimamente	45,5%	Humor depressivo-ansioso
Sente-se cansado todo o tempo	38,4%	Decréscimo de energia vital

Fonte: Dados da pesquisa/2022

Na distribuição dos sintomas de TMM por agrupamento sintomático e questões do SRQ-20, Tabela 7, observa-se que a maior prevalência, tanto na amostra global (66,7%) quanto nos casos suspeitos, ocorreu na questão “sente-se nervoso, tenso e preocupado” (95,9%), do agrupamento humor depressivo-ansioso, que também traz as seguintes questões: “assusta-se com facilidade?”; “sente-se triste ultimamente?”; e “você chora mais do que de costume?”.

Tabela 7. Distribuição dos sintomas dos TMM por agrupamento sintomático do SRQ 20

Sintomas	Itens do SRQ20	Amostra Geral % (n=279)	Casos Suspeitos % (n=122)
Humor Depressivo/ Ansioso	Sente-se nervoso, tenso ou preocupado	66,7%	95,9%
	Assusta-se com facilidade	30,1%	53,3%
	Sente-se triste ultimamente	45,5%	84,4%
	Chora mais do que de costume	28,0%	55,7%
	Dores de cabeça frequentes	54,1%	77,9%
	Sente desconforto estomacal	32,3%	57,4%
Sintomas Somáticos	Tremores nas mãos	21,1%	44,3%
	Má digestão	34,1%	57,4%
	Dorme mal	55,6%	82,0%
	Falta de apetite	16,1%	26,2%
Decréscimo de Energia Vital	Dificuldade em tomar decisão	30,8%	47,5%
	Cansa-se com facilidade	52,0%	82,0%
	Dificuldade de pensar claramente	28,7%	52,5%
	Dificuldades de ter satisfação em suas tarefas	38,0%	71,3%
	Sente-se cansado todo o tempo	38,4%	68,9%
	O trabalho/ocupação traz sofrimento	21,9%	40,2%
Pensamentos Depressivos	Perdeu o interesse pelas coisas	32,3%	64,8%
	É difícil sentir-se útil /importante	10,8%	22,1%
	Sente-se inútil/sem importância	10,4%	23,0%
	Pensa em dar fim à vida	7,9%	17,2%

Fonte: Dados da pesquisa/2022

Ao correlacionarmos os resultados obtidos para os quatro agrupamentos do SRQ-20 com as variáveis sociodemográficas, ocupacionais e de doença pré-existente, constatou-se que a força das correlações de Person encontradas foi, na sua maioria, insignificante (Tabela 8).

Tabela 8. Correlação de Pearson para os quatro fatores do SRQ 20 com as variáveis sociodemográficas, ocupacionais e existência de doença pré-existente.

Agrupamentos sintomáticos	Sexo	Idade	Cor da pele	Estado civil	Profissão	Tempo atuação profissional	Tempo atuação local atual	Vínculo de trabalho	Carga horária	Trabalha outro lugar	Doença pré-existente
Humor depressivo-ansioso	0,140*	-0,098	0,032	0,000	-0,124*	0,069	0,158**	-0,055	0,100	-0,027	0,125*
Sintomas somáticos	0,082	-0,159**	0,129*	0,079	-0,053	0,020	0,087	0,067	0,128*	-0,008	0,183*
Decréscimo de energia vital	0,025	-0,163**	0,039	-0,022	-0,102	0,019	0,156**	-0,013	0,149*	-0,035	0,070
Pensamentos depressivos	-0,047	-0,203**	-0,013	-0,123*	0,074	-0,095	0,015	0,074	0,095	-0,050	-0,016
SRQ-20 Total	0,067	-0,184**	0,065	-0,006	-0,076	0,014	0,135**	0,017	0,147*	-0,033	0,120*

(*) $p < 0,05$ (**) $p < 0,01$ Fonte: Dados da pesquisa/2022

Em uma revisão da literatura nacional sobre os TMM com profissionais de saúde, especificamente os profissionais e os trabalhadores de saúde da atenção básica no contexto do enfrentamento da pandemia de Covid-19 e utilizando a mesma metodologia, verificamos a escassez de pesquisas limitando nossas discussões teóricas, porém enfatizamos a importância científica e social do presente estudo.

Na pesquisa intitulada *Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19*, em uma amostra de 490 de profissionais de enfermagem que atuam nos serviços de saúde de média e alta complexidade no estado do Rio Grande do Norte, os resultados apontam que 30,4% tiveram diagnóstico de algum transtorno mental nos últimos 12 meses; 39,6% sintomas de ansiedade moderadamente severa ou severa; 38,0% sintomas de depressão moderadamente severa ou severa; e 62,4% sintomas da Síndrome de Burnout (SANTOS *et al.*, 2021).

Em um estudo realizado por Alves *et al.* (2014) com o objetivo de verificar a prevalência de TMM entre os profissionais de saúde de um hospital universitário utilizando SRQ-20, encontrou-se uma prevalência geral de 27,9% para TMC. Na pesquisa *Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil* (2015), realizado com 3.618 sujeitos, sendo adolescentes de 12 a 19 anos de idade, homens adultos de 20 a 59 anos, mulheres adultas de 20 a 59 anos e idosos homens e mulheres de 60 anos ou mais, a prevalência de TMC encontrada foi de 19,7% (SANTOS *et al.*, 2019).

Observamos que em nosso estudo a prevalência geral de TMM foi de 43,7%, superior aos resultados dos estudos acima mencionados. Segundo a OMS, a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou em 25%, com estresse sem precedentes vivenciado pelo indivíduo, decorrente do isolamento social durante a pandemia. “Ligados a isso estavam às restrições à capacidade das pessoas de trabalhar, busca de apoio dos entes queridos e envolvimento em suas comunidades” (OMS, 2022, p. 1). Assim como a “solidão, medo de se infectar, sofrimento e morte de entes queridos, luto e preocupações financeiras também foram citados como estressores que levam à ansiedade e à depressão. Entre os profissionais de saúde, a exaustão tem sido um importante gatilho para o pensamento suicida” (OMS, 2022, p. 1).

Para Vigo, Thornicroft e Atun (2016), a carga global das doenças mentais equivale a 32,4% dos anos vividos com incapacidade, enquanto a prevalência global de TMM é de 17,6% para um adulto nos últimos 12 meses. “No Brasil, estimativas recentes mostraram que os transtornos depressivos e ansiosos respondem, respectivamente, pela quinta e sexta causas de anos de vida vividos com incapacidade” (LOPES, 2020, p. 1).

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), em 2019, incluindo 14% dos adolescentes, “quase um bilhão de pessoas viviam com um transtorno mental e o suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade” (OPAS, 2022, p. 1).

O coronavírus é a combinação perfeita e mais ameaçadora para a humanidade – estamos diante de uma ameaça mortal. Ele cruzou fronteiras psicológicas e geográficas e envolveu pessoas de diferentes idades e origens. O que era familiar e seguro tornou-se desconhecido e ameaçador, e a integridade física foi violentamente posta em dúvida, desencadeando uma corrente de pensamentos e fantasias de perseguição que estavam nas profundezas do inconsciente, especialmente quando a ameaça é indefinida em termos de seu alcance, duração, métodos de ataque e meios de defesa (GHAFOURI; HESSAM, 2020).

É “um estrangeiro que fez mudanças dramáticas no mundo exterior e no reino da nossa mente”, despertando as memórias traumáticas que

“inundam a mente com uma ansiedade poderosa” (ROTH, 2020, p. 4). É um estranho que invade nossos corpos e, conseqüentemente, nossa estrutura mental – percebido como um perigo externo cuja forma não é claramente delineada, dando lugar para a expressão dos sentimentos próprios e mais profundos do ser humano. “Ele ataca os limites de nossa existência, entra em nossa psique e desafia as estruturas de nossa existência e tem efeitos duradouros sobre ela” (GHAFOURI; HESSAM, 2020, p. 2). Nossos pensamentos sempre serão mais ameaçadores do que a realidade externa porque dentro de nós, eles não têm limites sólidos, e nenhuma lógica ou linguagem significativa (ROTH, 2020, p. 4).

Em face a essa ameaça, a mente reage de duas formas: primeiro rejeita, nega, recusa essa realidade insuportável em busca de evitar a dor intensa e a ansiedade que ativam o terror infantil de pânico e desamparo; em segundo aceita, reconhece os perigos da realidade e a vulnerabilidade humana, assumindo o que lhe cabe fazer de melhor em busca de cuidar de si mesmo, oscilando entre as forças de destruição e da construção – todos nós flutuamos entre essas duas formas de reação mental ao longo de nossas vidas (ROTH, 2020).

No dia 17 de junho de 2022 a OMS publicou “sua maior revisão mundial sobre saúde mental desde a virada do século”. Nela, há um detalhado “plano para governos, acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e outros com a ambição de apoiar o mundo na transformação da saúde mental” (OPAS, 2022, p. 1).

4. Considerações finais

Os resultados encontrados no presente estudo estão em consonância com outras pesquisas realizadas no Brasil e no mundo. A pandemia de Covid-19 surgiu como um evento global sem precedentes, impactando a sociedade como um todo e levando os profissionais da saúde a um sofrimento psíquico muito importante. Os dados sobre TMM aqui apresentados contribuem para essa constatação.

Como é de praxe em ciência, faz-se necessário considerar as limitações do trabalho realizado, o que, neste caso, refere-se ao fato de a amostra ser pertinente à cidade de Dourados, localizada em Mato

Grosso do Sul, Brasil. Sendo assim, as informações produzidas devem ser contextualizadas, e não tomadas como uma realidade nacional. Contudo, um dos efeitos surpreendentes da pandemia foi gerar um interesse global pelos mesmos temas, o que, a despeito da ressalva necessária, nos permite comparar os resultados de Dourados e perceber que são alinhados com as vivências de trabalhadores em inúmeras localidades.

Diante desses elementos, uma vez mais se faz imprescindível refletir a respeito do cuidado com os trabalhadores da saúde. Eventos como uma crise sanitária de tais proporções como a da Covid-19 corroboram o valor e a importância social do SUS, em sua abrangência e acessibilidade. E, para que possa funcionar adequadamente, além da devida infraestrutura, é necessário zelar pela saúde física e mental de seus trabalhadores.

Como indicado, o foco em ações preventivas não se mostra predominante, mesmo em países de primeiro mundo, e isso não deveria ser assim. As intervenções terapêuticas para os casos nos quais o sofrimento já está presente são necessárias e devem acontecer. Contudo, não deveriam ser o principal recurso em uma estratégia de cuidado com as equipes.

Essa constatação não é uma novidade trazida pela pandemia, mas parece ter sido amplificada por ela a partir dos contornos dramáticos que produziu e continua produzindo. Assim sendo, novos estudos que explorem estratégias e ações preventivas de cuidado com as equipes de trabalhadores da saúde no contexto do SUS são absolutamente relevantes e bem-vindos.

Referências

- AGRANONIK, M.; HIRAKATA, V. N. Cálculo de tamanho de amostra: proporções. *Rev. HCPA*, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 382-388, 2011.
- ALVES, A. P. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. *Rev enferm.*, UERJ, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 64-69, jan./fev. 2015.
- AXÉN, I. *et al.* Interventions for common mental disorders in the occupational health service: a systematic review with a narrative synthesis. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 2020.
- BRAGA, L. C. de; CARVALHO, L. R. de. BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 15 (Supl. 1), p. 1585-1596, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 849*, de 27 de março de 2017.

CRUZ, E. L. *et al.* Transtornos mentais comuns entre profissionais da saúde. *Health Residencies Journal* - HRJ, v. 3, n. 14, p. 1072–1090, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.321>>.

ENUMO, S. R. F. *et al.* Enfrentando o estresse em tempos de pandemia: proposição de uma Cartilha. *Estudos de Psicologia* (Campinas) [online], v. 37, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200065>>. Acesso em: 5 nov. 2022. Epub 18 mai. 2020. ISSN 1982-0275.

FIORITTI, K. P., ROSSONI, R. R., BORGES, L. H., MIRANDA, A. E. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 59, n. 1, p. 17-23, 2010.

GHAFOURI, S.; HESSAM, A. Corona Virus as a Foreigner. *IPA en News corona papers*. mar. 2020, p. 1-3. Disponível em: <https://www.ipa.world/IPA/en/News/corona_papers.aspx>.

GRETHER, E. O. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina da Universidade Regional de Blumenau (SC). *Revista Brasileira de Educação Médica* [online], v. 43, n. 1 supl. 1, p. 276-285, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180260>>. Acesso em: 4 nov. 2022. Epub 13 jan 2020. ISSN 1981-5271.

HOGA, L. A. K; BORGES, A. L. V. *Pesquisa empírica em saúde: guia prático para iniciantes*. São Paulo. EEUUSP, 2016. Disponível em: www.ee.usp.br/cartilhas/pesquisa_empirica_saude_2016.pdf. Acesso em: 19 ago. 2020.

LOPES, C. de S. Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. *Cad. Saúde Pública*, v. 36, n. 2, 2020:

MARI, J. J; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *The British Journal of Psychiatry*, v. 148, p. 23-26, 1986.

MARI, J. J. Psychiatric Morbidity in Three Primary Medical Care Clinics in the City of São Paulo. Issues on the Mental Health of the Urban Poor. *Social Psychiatry*, v.22, p. 129-138, 1987.

MATOS, L. V. *et al.* Transtornos mentais comuns em profissionais da saúde em tempos de pandemia pela Covid-19. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 5, p. 20863-20872, 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/download/36927/pdf/94456?__cf_chl_tk=UmTvD1UnaP0Q5riOk2uOozt6V64wW5pxwvjr0z-JeqtU-1669837756-0-gaNycGzNCP0>. Acesso em: 5 nov. 2022.

MESSIAS, J. C. C. *et al.* Death and resistance: professionals on the front line against Covid-19. *Paidéia* (Ribeirão Preto) [online]. v. 32, e32092022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-4327e3209>>. Acesso em: 5 nov. 2022.

MULATU, H. A. *et al.* The prevalence of common mental disorders among healthcare professionals during the Covid-19 pandemic at a tertiary Hospital in Addis Ababa, Ethiopia. *Journal of Affective Disorders Reports*, n. 6, 100246, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100246>>. Acesso em: 10 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Pandemia de Covid-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo*. 02 mar. 2022. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>>. Acesso em 04 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *OMS divulga informe mundial de saúde mental: transformar a saúde mental para todos*. 2022. Disponível em: <<https://bvsm.s.saude.gov.br/oms-divulga-informe-mundial-de-saude-mental-transformar-a-saude-mental-para-todos/>>. Acesso em: 02 nov. 2022.

PARENTE, B. M. F de S.; PORTO, K. da F. Cuidados em Saúde Mental na APS no contexto da pandemia e pós-pandemia (Covid-19). Secretaria de Saúde; *Série Documentos Técnicos para os Núcleos Ampliados de Saúde da Família a Atenção Básica*. Distrito Federal, fev. 2021.

PETRIE, K. et al. Interventions to reduce symptoms of common mental disorders and suicidal ideation in physicians: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, v. 6, n. 3, p. 225–234, 2019.

QUIRINO, T. R. L. et al. Estratégias de cuidado à saúde mental do trabalhador durante a pandemia da Covid-19: uma experiência na atenção primária à saúde. Estudos Universitários: *Revista de cultura*, v. 37, n. 1 e 2, dez. 2020.

RAONY, I et al. Psycho-Neuroendocrine-Immune Interactions in Covid-19: Potential Impacts on Mental Health. *Frontiers in Immunology*, v. 11, mai. 2020, Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/>>. Acesso em: 5 nov. 2022.

ROTH, M. Psychoanalyzing the Coronavirus: this is what happens to our mind under a mortal threat. *IPA en News corona papers*, mar. 2020, p. 1-5. Disponível em: <https://www.ipa.world/IPA/en/News/corona_papers.aspx>. Acesso em: 9 nov. 2022.

SANTOS, G. de B. V. dos S et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 35, n. 11, 2019: e00236318.

SANTOS, H. S.; SILVA, N. M. A Saúde Mental de profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde frente à Covid-19: uma pesquisa qualitativa. *Revista Portuguesa de Ciências e Saúde*, v. 2, n. 2, p. 01-23, ago./dez. 2021.

SANTOS, K. M. R. et al. Saúde mental de enfermeiros durante a pandemia. *Escola Anna Nery*, n. 25 (spE). 2021.

SCHOLZE, A. S.; SCHWARZ, T. O.; REIS, M. L. A. Terapia comunitária integrativa na abordagem de transtornos mentais comuns na atenção primária à saúde: uma revisão sistemática. *Rev. APS*, v. 23, n. 2, p. 436-453, 2021.

SOUSA, K. H. J. F et al. Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: revisão integrativa. *R. Pesq. Cuid. Fundam. Online*, v. 13, p. 268-275, jan./dez. 2021. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/8503>>. Acesso em: 30 nov. 2022.

STEINMETZ, L. C. L. et al. A Longitudinal Study on the Changes in Mental Health of Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *Psychiatry*, v. 85, n. 1, p. 56-71, 2021.

STEVELINK, A. M. Mental health of healthcare workers in England during the COVID-19 pandemic: a longitudinal cohort study. medRxiv, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1101/2022.06.16.22276479>>. Acesso em: 20 nov. 2022.

TEIXEIRA, C. F. S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020.

VIGO, D.; THORNICROFT, G.; ATUN, R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, n. 3, p. 171-178, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Guidelines on mental health at work*. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052>>. Acesso em: 5 nov. 2022.

FATORES PSICOSSOCIAIS DE RISCO E CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE DOURADOS-MS

João Massuda Júnior
Márcia Maria Ribera Lopes Spessoto
Marcia Regina Martins Alvarenga
Eduardo Espíndola Fontoura Junior

1. Introdução

Pesquisas no Brasil e no mundo apontaram número expressivo de trabalhadores que contraíram a COVID-19 durante a sua atividade laboral, ou seja, no próprio trabalho, sendo que muitos deles morreram em decorrência da doença. Segundo Koh (2020) em Singapura, dos 25 casos iniciais de contaminação comunitária inicial, 68% foram atribuídos ao trabalho. Aproximadamente 20% dos trabalhadores de saúde na Itália, que atuaram na linha de frente no combate ao COVID-19 contraíram o coronavírus e foram a óbito (THE LANCET, 2020).

Gholami et al (2021) realizaram uma revisão sistemática com 28 artigos que envolveram 119.883 trabalhadores de saúde com o intuito de descrever os resultados clínicos e os fatores de risco para a COVID-19. Analisaram que nos primeiros seis meses da pandemia, a prevalência de internação foi de 15,1% e a mortalidade de 1,5%. Destacaram, que a porcentagem de profissionais de saúde que testaram positivo para COVID-19 foi de 51,7% (IC 95% 34,7 – 68,2). A revisão integrativa feita por Rocha et al (2021) com 30 artigos sobre a saúde dos profissionais da saúde acometidos por COVID-19 aponta que dos 10.760 trabalhadores de saúde, a equipe de enfermagem (27,3%) e os médicos (13,2%) predominaram nas pesquisas. Os autores destacaram, ainda, que 66,6% dos estudos atestaram que os profissionais foram contaminados no ambiente de trabalho, principalmente, no âmbito hospitalar (ROCHA et al., 2021).

Estudos relacionados às equipes de profissionais de saúde na linha de frente de atendimento aos casos de COVID-19 demonstraram que esses trabalhadores apresentavam exaustão física e mental, ansiedade pela dor da perda, dificuldades na tomada de decisão, bem como risco de infecção e de transmissibilidade para seus familiares (THE LANCET, 2020). Portanto, esses eventos estressores em decorrência do trabalho, podem levar a um aumento da sobrecarga psíquica, acarretando afastamentos relacionados aos transtornos mentais, impactando o bem-estar dos trabalhadores e na efetividade do serviço (FARIA et al., 2018).

Essa pesquisa teve como objetivos caracterizar o perfil e analisar os fatores psicossociais de risco que se associam aos aspectos da capacidade para o trabalho dos profissionais da saúde da atenção básica que atuam em unidades de atendimento a COVID-19.

2. Material e Métodos

Tratou-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo de corte transversal. Participaram desta pesquisa 279 profissionais da saúde, atuantes nas diversas unidades de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados, MS. Inicialmente, o cálculo do tamanho amostral foi realizado seguindo-se as orientações para pesquisa de proporção (AGRANONIK, HIRAKATA, 2011), considerando-se o tamanho da população conhecida (916 servidores), valor de proporção desconhecida de 50%, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, estimando-se uma amostra mínima de 271 indivíduos para os fins deste estudo.

Com o intuito de respeitar os subgrupos existentes na população a ser investigada, foi adotada a técnica de amostragem por cotas ou proporcional (HOGA, BORGES, 2016). Para que fosse possível alcançar os objetivos previamente estabelecidos para este estudo, foi definido como critério de inclusão: ser profissional da Saúde Pública (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros), atuante no Sistema Único de Saúde (SUS), no momento da coleta de dados, e desenvolver sua atividade laboral na linha de frente ao combate a COVID-19 no Município de Dourados, MS. Trabalhadores afastados de suas atividades laborais e profissionais indígenas não foram incluídos nesta pesquisa.

Os dados descritos e analisados neste trabalho foram coletados entre os meses de setembro de 2021 e fevereiro de 2022, por meio do envio de formulário eletrônico aos trabalhadores da saúde investigados. O formulário contendo os instrumentos de pesquisa foi construído e disponibilizado por meio da utilização da plataforma *Google Forms*. Foram utilizados os sistemas de comunicação da Secretaria de Saúde do município de Dourados para divulgação da pesquisa e disponibilização do formulário para coleta. Também foram realizados contatos telefônicos e agendamentos para aplicação dos instrumentos nas diferentes unidades de saúde no município de Dourados.

Os seguintes instrumentos foram aplicados neste estudo com o intuito de caracterizar a amostra pesquisada, avaliar o nível de capacidade para o trabalho dos profissionais de saúde participantes e analisar o ambiente de trabalho e os fatores de risco psicossociais aos quais estes trabalhadores estavam expostos: i) Questionário Sociodemográfico e Ocupacional; ii) Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT); e iii) *Health Safety Executive Indicator Tool* (HSE-IT).

O Questionário Sociodemográfico e Ocupacional, elaborado especificamente para a realização desta pesquisa, foi construído de forma a permitir a coleta de informações sociodemográficas e ocupacionais relevantes para a construção do perfil dos trabalhadores participantes deste estudo.

O Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) foi desenvolvido por pesquisadores finlandeses do *Finnish Institute of Occupational Health*, na década de 1980. Trata-se de um questionário composto por dez itens, sintetizados em sete dimensões: (1) Capacidade para o trabalho (CT) comparada com a melhor de toda a vida, (2) CT em relação a exigências físicas, (3) número de doenças atuais diagnosticadas pelo médico, (4) perda estimada para o trabalho por causa de doenças, (5) faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses, previsão de trabalho daqui a 2 anos, (6) prognóstico próprio da CT daqui há 2 anos e (7) recursos mentais. O escore do ICT possui uma escala de análise que varia de 7 (pior índice) a 49 pontos (melhor índice). A versão em português deste instrumento, assim como as instruções detalhadas para o cálculo do escore, foi validada por Tuomi (2005).

O instrumento *Health Safety Indicator Tool* (HSE-IT), desenvolvido no ano de 2008 no Reino Unido, foi construído com o objetivo de auxiliar as organizações a cumprirem com a obrigatoriedade de implementar e manter um sistema de gestão de riscos psicossociais no trabalho. Este instrumento teve suas características psicométricas testadas inicialmente em estudo realizado por Edwards et al (2008) no Reino Unido e, posteriormente, foi validado para uso no Brasil por Lucca et al (2013), apresentando resultados satisfatórios quanto às suas características psicométricas. Trata-se de um questionário de autorrelato, composto por 35 itens, avaliados por meio de uma escala de *Likert* de 5 pontos e tendo seus resultados organizados em 7 dimensões: demandas, controle, apoio da chefia, apoio dos colegas, relacionamentos, mudanças e carga e função.

Este trabalho foi desenvolvido em conformidade com as exigências éticas para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, conforme estabelecido pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, assim como pela Resolução CNS nº 510/2016 e foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Dourados-MS, sob o parecer n. 4.393.782.

Os dados quantitativos foram tabulados e analisados utilizando-se o *software* estatístico SPSS em sua 22ª versão. Os dados coletados foram analisados segundo as especificações para correção dos instrumentos aplicados e descritos utilizando-se tabelas que apontavam a distribuição de frequência nos diversos elementos componentes dos instrumentos aplicados.

Para avaliar a existência de associação entre o nível de capacidade para o trabalho dos profissionais investigados e os fatores psicossociais de risco identificados nos locais de trabalho, foram utilizados testes de correlação de Pearson em que o valor de $p \leq 0,05$ foi considerado significativo.

3. Resultados e Discussão

Participaram desta pesquisa 279 profissionais da saúde da atenção básica do município de Dourados/MS, sendo que estes reportaram em sua maioria serem do sexo feminino (80,3%), autodeclararam-se brancos (59,1%), casados (48,7%) e com idade entre 35 e 50 anos (57,0%). O

detalhamento das variáveis sociodemográficas da amostra investigada neste estudo pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas dos profissionais de saúde. Dourados, MS, 2022. (n=279)

Variáveis		Total	
		Frequência	Percentual
Sexo	Feminino	224	80,3%
	Masculino	55	19,7%
Cor ou Raça	Branca	165	59,1%
	Parda	94	33,7%
	Preta	10	3,6%
	Amarela	10	3,6%
Estado Civil	Casada(o)	136	48,7%
	União de facto	35	12,5%
	Solteira(o)	81	29,0%
	Divorciada(o) ou separada(o)	24	8,6%
Idade	Viúva(o)	3	1,1%
	Até 25 anos	9	3,2%
	Mais de 25 até 35 anos	59	21,1%
	Mais de 35 até 50 anos	159	57,0%
	Mais de 50 até 60 anos	45	16,1%
	Mais de 60 anos	7	2,5%
	Total	279	100,0%

A revisão de Rocha et al (2021) destaca que houve predominância da faixa etária acima de 40 anos (n=13; 43,3%) e do sexo feminino (70,0%). Segundo Gholami et al (2021), a média de idade da revisão sistemática foi de 38,37 anos (IC 95% 36,72 – 40,03) e os homens compreendiam 21,4% (IC 95% 12,4 – 34,2) da população de profissionais de saúde. Baptista et al (2022) que pesquisaram indicadores de sofrimento e prazer em 437 trabalhadores de saúde brasileiros, na linha de frente da COVID-19, identificaram 71,0% dos profissionais do sexo feminino e 36,8% na faixa etária de 30 a 39 anos.

Com relação às características ocupacionais dos profissionais participantes desse estudo, foi observada que a maioria atuava há mais de 10 anos (65,2%) na profissão reportada. Quando questionados acerca do tempo de trabalho no local em que desenvolvia, naquele momento, sua atividade laboral, a maior parte dos entrevistados (55,9%) desenvolveram seu ofício por um período de até 5 anos naquele espaço. Os respondentes

eram em sua maioria (71,3%) servidores ocupantes de cargos efetivos (estatutário) e cumpriam com uma jornada laboral semanal maior do que 20 horas por semana a até 40 horas por semana (79,9%). 25,8% dos profissionais investigados declarou também trabalhar em mais de um emprego.

Dentre os profissionais com maior representatividade neste estudo, pode-se destacar: agentes comunitários de saúde (28,7%), enfermeiras(os) (17,9%), técnicas(os) de enfermagem (10,4%), dentistas (9,0%), trabalhadores administrativos da saúde (7,5%), médicas(os) (7,2%) e auxiliares de enfermagem (6,8%). A descrição completa das profissões informadas pelos participantes deste estudo pode ser observada na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos profissionais de saúde segundo a categoria. Dourados, MS, 2022. (n=279)

Profissão	Frequência	Percentual
Médica(o)	20	7,2%
Enfermeira(o)	50	17,9%
Técnica(o) de enfermagem	29	10,4%
Auxiliar de enfermagem	19	6,8%
Agente comunitário de saúde	80	28,7%
Dentista	25	9,0%
Farmacêutica(o)	6	2,2%
Fisioterapeuta	2	0,7%
Psicóloga(o)	2	0,7%
Assistente social	2	0,7%
Técnica(o) de laboratório	2	0,7%
Trabalhador administrativo da saúde	21	7,5%
Trabalhador de apoio da saúde	14	5,0%
Trabalhador de apoio à odontologia	7	2,5%
Total	279	100,0%

Na pesquisa de Baptista et al (2022) houve o predomínio de enfermeiras (55,6%), seguidos por médicos (15,8%), técnicos de enfermagem (9,4%) e as demais profissões (19,2%). O mesmo estudo ainda destaca que 49,3% tinham uma jornada semanal de 40 a 59 horas e 26,5% com jornada de 60 horas ou mais, sendo que 60,9% trabalhavam em uma única instituição. Para Rocha et al (2021), as categorias profissionais que mais foram acometidas por COVID-19 destacam-se os profissionais de enfermagem (27,3%), médicos (13,2%), outros profissionais (5,4%), e 54,1% dos estudos não tinham a identificação dos profissionais por categoria.

A avaliação dos Fatores Psicossociais de Risco contemplou o diagnóstico acerca de sete dimensões relacionadas ao trabalho, sendo elas: demandas e exigências de trabalho, controle e grau de autonomia, apoio e suporte da chefia, apoio e suporte dos colegas, relações interpessoais no trabalho, comunicação sobre mudanças e clareza quanto ao cargo e função (Tabela 3).

Os resultados quanto à avaliação das demandas e exigências de trabalho indicaram que 12,41% dos profissionais pesquisados perceberam este aspecto ocupacional como fator de estresse. Os elementos desta dimensão que tiveram maior impacto para o resultado obtido foram a percepção da necessidade de se trabalhar intensamente (20,58%), a impossibilidade de se fazer pausas suficientes (17,69%), a necessidade de se realizar o trabalho com rapidez (15,88%) e a dificuldade de combinar as exigências de trabalho feitas por colegas e superiores (13,36%).

O baixo nível de controle e a pouca autonomia foram apontados como fator de estresse por 26,52% dos participantes deste estudo. Os elementos que mais contribuíram para o resultado observado foram o horário de trabalho não flexível (36,04%), a falta de liberdade de escolha sobre como realizar o trabalho (19,37%) e a impossibilidade de opinar acerca da velocidade com que o trabalho deve ser realizado (15,09%).

A falta de apoio da chefia foi considerada como fator de estresse por 20,22% dos profissionais investigados nesta pesquisa. A dificuldade para suportar trabalhos emocionalmente exigentes (33,69%), a falta de incentivos por parte da chefia (19,86%) e a falta de informações e suporte no trabalho (17,73%) foram os fatores que mais contribuíram para os resultados observados nesta dimensão.

A falta de apoio e suporte dos colegas foi identificada como fator de estresse no trabalho por 11,38% da amostra pesquisada neste estudo. A indisponibilidade dos colegas para ouvir os problemas de trabalho de outros (30,71%), a impossibilidade de contar com o auxílio dos colegas para solucionar os problemas de trabalho (25,20%) e a indisponibilidade

dos colegas para auxiliar e apoiar quando necessário (24,41%) foram os elementos de maior impacto para os resultados apurados nesta dimensão.

As relações interpessoais no trabalho foram consideradas como fator de estresse para 8,60% da amostra estudada nesta pesquisa. A existência de conflitos no ambiente laboral (44,79%) e relações tensas de trabalho (28,13%) foram os aspectos associados às relações interpessoais que mais contribuíram para os resultados apresentados.

Problemas no processo de comunicação das mudanças foram percebidos como fator de estresse por 17,08% dos profissionais investigados neste estudo. O resultado obtido está associado fortemente à falta de consulta às equipes sobre as possíveis mudanças no ambiente ocupacional (61,54%) e a impossibilidade de pedir esclarecimentos à chefia imediata sobre as mudanças relacionadas ao trabalho (25,87%).

Por fim, a falta de clareza em relação às atividades relativas ao cargo ou função desempenhada foi considerada como fator de estresse por 3,80% dos profissionais avaliados nesta pesquisa. Os principais elementos atrelados ao resultado em questão foram: falta de clareza sobre o que é esperado no trabalho (26,42%), dificuldade em compreender como o trabalho desempenhado contribui para os objetivos da organização (22,64%) e a falta de clareza acerca dos objetivos e metas setoriais (20,75%).

Tabela 3. Frequência de estresse em cada dimensão do HSE-IT para os profissionais da saúde. Dourados, MS, 2022 (n=279).

Dimensão	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Fator de Estresse
Demandas	42,52%	25,13%	19,94%	6,41%	6,00%	12,41%
Controle	15,23%	11,29%	25,57%	24,67%	23,24%	26,52%
Apoio da chefia	9,10%	11,11%	19,86%	22,87%	37,06%	20,22%
Apoio dos colegas	4,93%	6,45%	24,37%	23,84%	40,41%	11,38%
Relacionamento	44,80%	24,91%	21,68%	5,56%	3,05%	8,60%
Mudanças	7,41%	9,68%	21,62%	21,27%	40,02%	17,08%
Cargo e Função	0,93%	2,87%	9,39%	25,16%	61,65%	3,80%

A avaliação da capacidade para o trabalho dos profissionais investigados nesta pesquisa indicou que 6,5% destes apresentavam baixa capacidade para o trabalho, 39,0% moderada capacidade para o trabalho,

40,5% boa capacidade para o trabalho e 14,0% ótima capacidade para o trabalho. Observa-se que 45,5% dos entrevistados responderam que sua capacidade para o trabalho está entre baixa e moderada, sendo resultado preocupante, pois estes servidores, por algum motivo, sejam físico e/ou mental não se percebem capazes para realizar o seu trabalho.

Fontoura Júnior e Guimarães (2017) utilizaram o Índice de Capacidade para o Trabalho para investigar a capacidade de peões pantaneiros no município de Aquidauana, MS, e constataram que 78,5% apresentaram capacidade moderada e 18,5% como boa capacidade para o trabalho. Os autores destacaram a preocupação com os índices encontrados, uma vez que não houve nenhuma classificação como ótima. Segundo Tuomi et al. (2005), uma classificação moderada de CT precisa ser melhorada e uma boa CT deve ser apoiada para que se torne ótima. Assim, observa-se que tanto profissionais da saúde, quanto os rurais, precisam ser valorizados, receberem apoio no seu ambiente de trabalho e acompanhamento ao longo do tempo para avaliar se a CT aumenta, uma vez que está sendo avaliada a subjetividade da capacidade para trabalhar.

Em pesquisas sobre ICT na Atenção Primária em Saúde, Anjos (2021) analisou 675 agentes comunitários de saúde em 2018 e identificou a prevalência e capacidade inadequada para o trabalho para 25,8% dos participantes, estando associadas ao tempo de serviço maior que cinco anos; percepção ruim da saúde; e sintomas depressivos. Durante o período da pandemia de COVID-19, Negreiros (2021) investigou 91 profissionais de saúde que trabalhavam em um hospital de referência no estado do Rio Grande do Norte e descreveu que 27 (29,67%) entrevistados apresentaram capacidade baixa/moderada.

Dentre as alterações apresentadas de forma significativa, organizadas por agrupamento de distúrbios ou doenças, pode-se destacar as doenças musculoesqueléticas (32,55%), os distúrbios emocionais (12,62%), as doenças endócrinas ou metabólicas (10,44%), as doenças respiratórias (9,66%) e as doenças digestivas (8,49%). O detalhamento completo das alterações identificadas na amostra pesquisada está descrito na Tabela 4.

Garbin et al (2022) pesquisaram 837 trabalhadores da saúde da Atenção Primária a Saúde de Ribeirão Preto, SP, durante a pandemia da COVID-19, em 2020 e identificaram que os motivos do absenteísmo por doenças estavam relacionados aos grupos de doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (15,2%); doenças infecciosas e parasitárias (14,9%); doenças do sistema respiratório (14,3%); e transtornos mentais e comportamentais (9,7%). Os autores também destacaram que os auxiliares de enfermagem foram os profissionais mais acometidos (32,4%), seguidos pelos agentes comunitários de saúde (19,0%) e médicos (19,0%).

Tabela 4. Alterações apresentadas de maneira significativa por agrupamento de distúrbios ou doença dos profissionais da saúde. Dourados, MS, 2022 (n= 1.284).

Alterações apresentadas de maneira significativa	N	Frequência Absoluta	Frequência Acumulada
1. Doenças musculoesqueléticas	418	32,55%	32,55%
2. Distúrbios emocionais	162	12,62%	45,17%
3. Doenças endócrinas ou metabólicas	134	10,44%	55,61%
4. Doenças respiratórias	124	9,66%	65,26%
5. Doenças digestivas	109	8,49%	73,75%
6. Doenças neurológicas ou dos órgãos do sentido	93	7,24%	81,00%
7. Doenças cardiovasculares	89	6,93%	87,93%
8. Doenças de pele	71	5,53%	93,46%
9. Doenças geniturinárias	56	4,36%	97,82%
10. Doenças do sangue	23	1,79%	99,61%
11. Defeito de nascimento	5	0,39%	100,00%

A descrição detalhada dos distúrbios e doenças apresentadas de forma significativa pelos profissionais da saúde é apresentada na Tabela 5. Quando descritos de forma analítica, têm-se como as três alterações mais recorrentes, os distúrbios emocionais leves (10,90%), as lesões nas costas (5,06%) e hipertensão arterial (4,98%).

Pesquisa de Carminati, Misura e Denis (2022) realizada nas 19 regiões do Uruguai, entrevistou 981 enfermeiros e identificou que 87,5% eram do sexo feminino, 69,0% na faixa etária de 31 a 50 anos, 38,9%

atuavam na saúde pública, durante o período da pandemia de COVID-19 chegaram trabalhar até 12 horas por dia, 96,1% disseram que o ritmo de trabalho aumentou. Ao serem questionados sobre os últimos seis meses de trabalho, constataram que 96,4% referiram cansaço, 92,4% tensão musculares, 89,9% esgotamento, 87,9% alterações no padrão de sono, 84,7% cefaleia e 72,7% alterações alimentares. Destacaram, também, que nos últimos seis meses foram mencionados aumento nos quadros de dores (85,8% na coluna cervical; 83,6% na coluna lombar; e 82,3% nos membros inferiores).

Tabela 5. Alterações apresentadas de maneira significativa dos profissionais da saúde. Dourados, MS, 2022 (n=1.284).

Alterações apresentadas de maneira significativa	N	Frequência Absoluta	Frequência Acumulada
1. Distúrbio emocional leve	140	10,90%	10,90%
2. Lesão nas costas	65	5,06%	15,97%
3. Hipertensão arterial	64	4,98%	20,95%
4. Dor nas costas que se irradia para a perna	62	4,83%	25,78%
5. Doença na parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	58	4,52%	30,30%
6. Obesidade	58	4,52%	34,81%
7. Doença na parte inferior das costas, com dores frequentes	56	4,36%	39,17%
8. Gastrite ou irritação duodenal	47	3,66%	42,83%
9. Lesão nos braços/mãos	46	3,58%	46,42%
10. Doença musculoesquelética afetando os membros com dores frequentes	44	3,43%	49,84%
11. Infecções repetidas no trato respiratório	41	3,19%	53,04%
12. Sinusite crônica	41	3,19%	56,23%
13. Alergia, eczema	35	2,73%	58,96%
14. Lesão nas pernas/pés	34	2,65%	61,60%
15. Doença ou lesão da visão	32	2,49%	64,10%
16. Problema ou diminuição da audição	30	2,34%	66,43%
17. Doença neurológica	26	2,02%	68,46%
18. Infecção nas vias urinárias	26	2,02%	70,48%
19. Bócio ou outra doença da tireoide	26	2,02%	72,51%

Alterações apresentadas de maneira significativa	N	Frequência Absoluta	Frequência Acumulada
20. Outra doença de pele	24	1,87%	74,38%
21. Distúrbio emocional severo	22	1,71%	76,09%
22. Lesão em outras partes do corpo	21	1,64%	77,73%
23. Outra doença musculoesquelética.	21	1,64%	79,36%
24. Diabetes	18	1,40%	80,76%
25. Pedras ou doença da vesícula biliar	16	1,25%	82,01%
26. Outra doença respiratória	15	1,17%	83,18%
27. Outra doença digestiva	14	1,09%	84,27%
28. Doenças dos rins	14	1,09%	85,36%
29. Outra doença endócrina ou metabólica	14	1,09%	86,45%
30. Anemia	14	1,09%	87,54%
31. Úlcera gástrica ou duodenal	13	1,01%	88,55%
32. Outra erupção	12	0,93%	89,49%
33. Tumor benigno	12	0,93%	90,42%
34. Artrite reumatoide	11	0,86%	91,28%
35. Bronquite crônica	11	0,86%	92,13%
36. Doença do pâncreas ou fígado	11	0,86%	92,99%
37. Asma	10	0,78%	93,77%
38. Doença nos genitais e aparelho reprodutor	10	0,78%	94,55%
39. Doença coronariana, dor no peito durante exercício	9	0,70%	95,25%
40. Outra doença do sangue	9	0,70%	95,95%
41. Colite ou irritação do colón	8	0,62%	96,57%
42. Outra doença cardiovascular	7	0,55%	97,12%
43. Outra doença geniturinária	6	0,47%	97,59%
44. Tumor maligno	6	0,47%	98,05%
45. Infarto do miocárdio, trombose coronariana	5	0,39%	98,44%
46. Outra doença neurológica ou dos órgãos do sentido	5	0,39%	98,83%
47. Defeito de nascimento	5	0,39%	99,22%
48. Insuficiência cardíaca	4	0,31%	99,53%
49. Enfisema	3	0,23%	99,77%
50. Tuberculose pulmonar	3	0,23%	100,00%

A avaliação da possível associação entre o Índice de Capacidade para o Trabalho dos profissionais investigados e os Fatores Psicossociais de Risco analisados indicou a existência de uma correlação fraca e positiva entre uma maior capacidade para o trabalho e maior nível de controle e autonomia ($\rho = 0,133$; p-valor = 0,026), maior apoio e suporte da chefia ($\rho = 0,196$; p-valor = 0,001), maior apoio e suporte dos colegas ($\rho = 0,185$; p-valor = 0,002) e um sistema eficaz de comunicação acerca das mudanças organizacionais ($\rho = 0,246$; p-valor = 0,001).

Ao analisar a associação entre a percepção dos trabalhadores acerca de sua capacidade para o trabalho, e não o escore geral obtido pelo instrumento aplicado, e os Fatores Psicossociais de Risco foco deste estudo, observou-se que uma maior capacidade para o trabalho estaria moderadamente correlacionada com uma maior clareza acerca dos papéis e responsabilidades inerentes ao cargo desempenhado ($\rho = 0,321$; p-valor = 0,001) e a existência de um sistema eficaz de comunicação acerca das mudanças organizacionais ($\rho = 0,337$; p-valor = 0,001). Também foi identificada uma fraca correlação entre uma menor capacidade para o trabalho com demandas laborais excessivas ($\rho = -0,254$; p-valor = 0,001) e a existência de problemas de relacionamento interpessoal no trabalho ($\rho = 0,164$; p-valor = 0,006). Novamente foi registrada a existência de uma correlação fraca entre uma maior capacidade para o trabalho e um maior nível de controle e autonomia ($\rho = 0,163$; p-valor = 0,006), maior apoio e suporte da chefia ($\rho = 0,172$; p-valor = 0,004) e maior apoio e suporte dos colegas ($\rho = 0,164$; p-valor = 0,006).

Verifica-se que uma maior capacidade para o trabalho está relacionada, de forma geral, a gestão dos recursos humanos em saúde e as relações imbricadas nesse processo. Destaca-se que a ocorrência da pandemia por COVID-19 foi um fenômeno que exigiu dos serviços e estabelecimentos de saúde, protocolos e ações de enfrentamento, as quais sofreram constantes revisões e atualizações, de acordo com as descobertas relacionadas ao vírus. Em especial, no Brasil, não houve um forte direcionamento central na condução das ações de prevenção e combate

a COVID-19, conferindo, então, às secretarias de saúde de estados e de municípios, ações e iniciativas de enfrentamento que necessitavam de constante atualização e mudanças de conduta dos profissionais de saúde.

4. Considerações Finais

A saúde do trabalhador é um tema presente nas políticas públicas de saúde, sendo um dos aspectos contemplados no Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção primária em saúde é a porta de entrada do usuário no SUS e o agente articulador da rede de atenção em saúde, colocando-a em uma posição privilegiada no cenário nacional. Dessa forma, a saúde dos profissionais de saúde atuantes na atenção primária é um fator relevante para a prestação dos serviços.

A pandemia por covid-19 trouxe impactos para a saúde dos trabalhadores da saúde, em especial, os da atenção primária, que configuraram a porta de entrada de indivíduos contaminados e não-contaminados no sistema. O estudo apresentado procurou demonstrar o perfil e analisar os fatores psicossociais de risco que se associam aos aspectos da capacidade para o trabalho dos profissionais da saúde da atenção básica que atuam em unidades de atendimento a COVID-19. Os resultados indicam a necessidade de maior atenção a esse grupo de profissionais, uma vez que são os implementadores da política de saúde e suas ações têm alcance na comunidade na qual estão inseridos. Além disso, a escassez de estudos relacionados ao tema demonstra a necessidade de mais pesquisas a respeito.

Referências

AGRANONIK, M.; HIRAKATA, V. N. Cálculo de tamanho de amostra: proporções. **Rev HCPA**, v. 31, n. 3, p. 382-388, 2011.

ANJOS, J. P. D. **Fatores associados ao comprometimento para o trabalho em agentes comunitários de saúde**. Dissertação [mestrado]. Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, 2021.

BAPTISTA, P. C. P. et al. Distress and pleasure indicators in health care workers on the COVID-19 front line. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 30, e3519, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/Y4KTxLqN4rWbhn9GcLQy44L/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 03 mar. 2023.

CARMINATI, A. E. S.; MISURA, S. M. P.; DENIS, Y. V. G. Situación de carga física y mental en enfermería de Uruguay durante la pandemia Covid 19. **Revista Uruguaya de Enfermería**, v. 17, n.2, 2022.

EDWARDS, J. A.; WEBSTER, S.; VAN LAAR, D.; EASTON, S. Psychometric analysis of the UK Health and Safety Executive's Management Standards work-related stress Indicator Tool. **Work Stress**. v. 22, n. 2, p. 96-107, 2008.

FARIA, N. M. X.; KLOSINSKI, R. F. S.; RUSTICK, G.; OLIVEIRA, L. M. Saúde mental dos trabalhadores da saúde pública em Bento Gonçalves, no Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Med. Trab.** São Paulo, v. 16, n. 2, p. 145-157, 2018.

FONTOURA JR., E. E.; GUIMARAES, L. A. M. **Saúde, Qualidade de Vida e Capacidade para o Trabalho de Peões Pantaneiros da região de Aquidauana, MS, Brasil**. In: Ramon Missias-Moreira; Zenilda Nogueira Sales; Márcia Andrea Marroni; Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral. (Org.). *Qualidade de Vida e Condições de Saúde de Diversas Populações*. 1ed. Curitiba: CRV, 2017, v. 1, p. 11-234.

GARBIN, A.J.I. et al. Sickness absenteeism of Primary Health Care professionals before and during the COVID-19 pandemic. **Rev Bras Enferm**. v. 75, Suppl 1, e20220028. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0028pt>>. Acesso em: 06 mar. 2023.

GHOLAMI, M. et al. COVID-19 and health care workers: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Infectious Diseases**. v. 104, p. 335-346, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.01.013>>. Acesso em: 05 mar. 2023.

HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V. **Pesquisa empírica em saúde: guia prático para iniciantes**. São Paulo: EEUSP, 2016. Disponível em: <www.ee.usp.br/cartilhas/pesquisa_empirica_saude_2016.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2023.

KOH, D. Occupational risks for COVID-19 infection. **Occup. Med.**, Oxford, v. 70, n. 5, p. 384, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa036>>. Acesso em: 05 mai. 2020.

LUCCA, S. R.; ZANATTA, A. B.; CORREA, C. R.; SOBRAL, R. D. **Health Satefy Executive-IT: Adaptação transcultural para o português brasileiro da ferramenta indicadora de estresse relacionado ao trabalho**. Mimeo. Disponível na AST/DSC/FCM/Unicamp; 2013.

NEGREIROS, B. T. C. **Resiliência, estresse ocupacional e capacidade para o trabalho em profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19**. Dissertação [mestrado]. Centro de Ciências Humanas, Letras, Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2021.

ROCHA, R. P. S. et al. Características de profissionais de saúde acometidos por Covid-19: revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, v. 45, n. 130, p. 871-884, 2021.

THE LANCET. COVID-19: protecting health-care workers. **The Lancet**, Editorial, v. 395, p. 922. 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30644-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30644-9.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2020.

TUOMI, K. et al. (Org.). **Índice de Capacidade para o Trabalho**. São Carlos: Ed. UFSCar, 2005.

ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE DOURADOS/MS: PERCEPÇÕES DOS TRABALHADORES DE SAÚDE

Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura
Roselaine Terezinha Migotto Watanabe
Débora Dupas Gonçalves do Nascimento
Sílvia Helena Mendonça de Moraes

1. Introdução

No início de novembro de 2022, o mundo contabilizava mais de 6,6 milhões de mortes pela Covid-19, de acordo com a Universidade Johns Hopkins (2022). Somente no Brasil, o número de óbitos superou os 680 mil (BRASIL, 2022), colocando o país entre os primeiros em número de vidas perdidas (TRT, 2022). Sabe-se que a disseminação do coronavírus acentuou as fragilidades sociais preexistentes no país, e a crise no mercado de trabalho nacional, por exemplo, atingiu sobretudo os mais vulneráveis, com baixa escolaridade e menor proteção social. Dessa vez, contrariando períodos de recessão anteriores, os trabalhadores informais foram mais impactados que os formais, com consequente queda no emprego, que foi de 12,6% e 4,2%, respectivamente (FGV, 2021).

O medo do desemprego é um drama antigo na sociedade brasileira e, em pesquisa desenvolvida pelo Inteligência em Pesquisa e Consultoria (Ipec) em 2018, o tema foi apontado como o segundo maior problema do país. Já em 2022, assumiu o primeiro lugar, seguido das preocupações com a corrupção e a saúde. Outras mazelas, como a pobreza, a fome e a miséria, não mencionadas pelos entrevistados em 2018, acabaram emergindo no contexto pandêmico, indicando a deterioração das condições de vida e saúde da população. Um segmento em particular teve um incremento a mais em seu sofrimento, pois, além de conviver com as preocupações que afligiam os brasileiros, de modo geral, foi convocado

a enfrentar a crise sanitária causada pelo coronavírus de perto – eram eles os trabalhadores da saúde (IPEC, O GLOBO, 2022).

Em março de 2020, o Ministério da Saúde publicou o Decreto n. 10.282, em que determinou quais eram os serviços públicos e as atividades essenciais a serem garantidos na pandemia (BRASIL, 2020). Como esperado em um cenário como esse, a assistência à saúde foi amplamente enfatizada e os trabalhadores da área extremamente exigidos. Estes compunham o que se popularizou chamar de “linha de frente da Covid-19”. O termo caracterizou aqueles que estavam em contato mais constante e direto com o vírus devido ao trabalho desempenhado e que, por isso, apresentavam maior risco de infecção (UFSCAR, 2020).

Em razão do papel exercido por essa categoria na crise, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que 2021 seria o Ano Internacional dos Trabalhadores de Saúde e Cuidadores. Essa ação buscou expressar gratidão aos que se dedicaram incansavelmente ao combate à pandemia e visou dar destaque à importância que esses trabalhadores têm no cuidado dos cidadãos de todo o mundo (OMS, 2020). Homenagens também foram vistas no Brasil, como, por exemplo, a onda de aplausos que costumava ocorrer em frente aos locais de atendimento. Essa iniciativa de exaltação, em particular, provocou reações ambíguas, pois, ao mesmo tempo em que indicava o reconhecimento acerca dos esforços empreendidos, também fazia refletir sobre o tipo de apoio de que eles realmente precisavam naquele momento (BITENCOURT; ANDRADE, 2021).

Um estudo recente da Internacional de Serviços Públicos - ISP (2022) revelou que entre março de 2020 e dezembro de 2021 mais de 4.500 profissionais da saúde, dos setores público e privado, morreram no Brasil devido à exposição à Covid-19. Foi possível constatar que essas mortes foram mais aceleradas que a média da população em geral, sobretudo no período em que não havia equipamentos de proteção individual (EPIs) disponíveis. Aqueles que ocupavam cargos com menor remuneração foram os mais atingidos. Assim, auxiliares e técnicos de enfermagem representaram 70% do total de óbitos, seguidos pelos

enfermeiros (25%) e médicos (5%). A cada dez mortes, oito foram do sexo feminino, gênero que também compõe a maioria dos trabalhadores de Enfermagem do país (85% do total), segundo dados do conselho federal da categoria (COFEN, 2019).

O medo do adoecimento, o elevado número de mortes, as longas jornadas de trabalho e o temor pela segurança de colegas e familiares colaboraram para a exaustão desses trabalhadores. De acordo com um levantamento realizado pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz (2021), 95% dos entrevistados admitiram que a pandemia alterou significativamente suas vidas. A saúde mental foi especialmente afetada por sintomas como insônia, irritabilidade, choro frequente, estresse, incapacidade para relaxar, dificuldade para se concentrar, perda de satisfação com a carreira e/ou com a vida, tristeza, apatia, pensamentos negativos e suicidas, alterações de apetite, dentre outros.

Essas “consequências devastadoras”, como descreveu o secretário-geral da Organização das Nações Unidas (ONU) acerca da herança da Covid-19, só poderão ser superadas coletivamente (ONU, 2020). Agora, passado o momento crítico, faz-se necessário rever de que forma os grupos mais atingidos fizeram frente a essa pandemia sem precedentes. Nessa direção, o presente estudo buscou compreender as percepções dos trabalhadores de saúde acerca dos processos de enfrentamento à Covid-19 no município de Dourados/MS. É possível que os dados levantados colaborem para ampliar o entendimento sobre a repercussão da pandemia, contribuindo, assim, para a construção de estratégias de apoio a esses trabalhadores.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de caráter qualitativo, realizado com trabalhadores de saúde, sendo eles enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS), médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem e dentistas do município de Dourados/MS, que desenvolveram suas atividades laborais na linha de frente no período de 2020 a 2021.

A inserção nesse campo de pesquisa foi possível por meio do projeto aprovado no edital da FUNDECT n. 08/2020 – PPSUS, intitulado “Saúde física e mental dos trabalhadores da saúde da atenção básica do município de Dourados-MS no contexto da pandemia: subsídios para compreensão do ambiente de trabalho”, do qual participaram 279 trabalhadores da saúde de diversas áreas profissionais.

A amostra foi composta por conveniência, com 14 trabalhadores de ambos os sexos que foram informados dos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação efetiva. A coleta foi realizada no período de junho a setembro de 2022, por meio de entrevistas semiestruturadas que foram gravadas e transcritas na íntegra. Após a transcrição, foi realizada uma leitura atenta, com vistas a apreender a interpretação dos participantes, bem como identificar as ideias predominantes, que foram organizadas em um quadro, de modo que fosse possível apontar eixos temáticos para a análise. Todos os participantes foram identificados com a letra P, seguida da ordem numérica das entrevistas, independentemente da categoria profissional.

A análise dos dados fundamentou-se nas concepções do materialismo histórico-dialético (MHD), no intuito de problematizar as temáticas que emergiram dessas falas, enfatizando que, nesse método adotado, não há um conjunto de regras estáticas e formais, mas sim uma estrutura dinâmica do objeto que conduz os procedimentos do pesquisador, em que o mesmo necessita de determinadas posições (perspectivas) que envolvem sua relação com o objeto (NETTO, 2011).

Diante da análise das entrevistas, buscou-se discutir acerca das repercussões da pandemia, especialmente nos processos de trabalho e aspectos relacionados à saúde física e mental dos trabalhadores de saúde, levando à concretização de 4 eixos temáticos: (i) Principais dificuldades enfrentadas na atividade laboral no período da pandemia da COVID-19; (ii) Principais riscos de saúde enfrentados pelos trabalhadores na pandemia da COVID-19; (iii) Percepções dos trabalhadores quanto a aspectos da saúde física e mental no período pandêmico; (iv) Estra-

tégias para minimizar riscos na atividade laboral dos trabalhadores de saúde na pandemia da COVID-19.

A pesquisa seguiu as determinações da resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos, e foi aprovada previamente pelo Comitê de Ética com Seres Humanos (CESH) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), sob o parecer n. 4.393.782 (BRASIL, 2012).

3. Resultados e discussão

A pandemia de Covid-19 produziu novos desafios para a humanidade, em especial os trabalhadores de saúde envolvidos no seu enfrentamento, devido à necessidade de adoção de novas formas de atuação e posturas no cotidiano de trabalho, com destaque aos sentimentos que podem causar sofrimento físico e mental oriundos das novas demandas do contexto, como, por exemplo, distanciamento da rede familiar, aumento da carga de trabalho, dificuldade de conscientizar a população, inserção de novos protocolos na rotina, aumento do risco de contaminação, medo da doença e da morte.

Nesse cenário, os participantes deste estudo relataram as **principais dificuldades enfrentadas na atividade laboral no período da pandemia da Covid-19**, sendo que se destacaram a falta de insumos, como equipamentos de proteção individual (EPIs), a falta de profissionais, a falta de conhecimento e as longas jornadas laborais, o que resultou na intensificação da precarização do trabalho, como pode ser verificado nas falas dos entrevistados a seguir:

A falta de insumos, de proteção individual (EPIs) e a falta de profissional na unidade (P. 01).

.... foi principalmente a falta de EPIs e a falta de conhecimento mesmo, de passar para a gente as coisas, o que era e o que deixava de ser, de informação... formação continuada eu acho... (P. 09).

A principal dificuldade é que, assim, por muito tempo a gente não conseguia sair do setor, por uma questão de demanda mesmo... sem condição laboral nenhuma; de pé, andando carregando peso.

E era essa a nossa demanda, sem comer direito, sem beber água, quase não conseguindo ir no banheiro... (P. 12).

Falta de medicação, a falta de estrutura da unidade, né, eram muitos pacientes; às vezes os profissionais não... a gente não conseguia atender todos os pacientes, e a gente tinha que atender esses pacientes, não podia mandar embora. Então, assim, foi uma situação bem delicada... (P. 07).

Segundo Barroso et al. (2020), a precarização e a desvalorização do trabalho no Brasil, em especial dos trabalhadores de saúde, é histórica. O trabalho caracteriza-se por baixos salários, ausência de plano de carreira, enfraquecimento dos vínculos trabalhistas, cargas horárias elevadas e ações de educação permanente insuficientes para atender a essa classe. Tal situação é descrita por Antunes (2020) como uma tragédia que não foi provocada pelo coronavírus, e sim amplificada exponencialmente pela pandemia, visto que a conjuntura antecede a atual situação, pois há muito tempo estava sendo gestada. Assim, a crise sanitária mundial foi capaz de trazer à tona o nível de vulnerabilidade enfrentado pelos trabalhadores e pela sociedade como um todo.

As narrativas expõem a questão do desabastecimento nacional e internacional de EPIs na fase mais crítica da pandemia. Entende-se por EPI todo dispositivo ou produto de uso pessoal utilizado pelo trabalhador com o intuito de protegê-lo de situações de risco que ameaçam a sua saúde e segurança, tais como luvas, óculos, máscaras, gorros e aventais, e são considerados, juntamente com a higienização e antisepsia das mãos, como as principais medidas de proteção individual durante a assistência prestada ao paciente, salientando que os trabalhadores de saúde possuem maior risco de contágio (BRASIL, 2020; WHO, 2020).

Soares et al. (2020) enfatizam que diversos países, inclusive o Brasil, registraram falhas na proteção dos trabalhadores da saúde por

conta da escassez desses equipamentos devido aos equívocos na parâmentação ou desparâmentação e/ou ao despreparo dos profissionais para sua utilização, muito embora sejam preconizados nas rotinas dos diferentes níveis assistenciais.

Torna-se importante ressaltar que os EPIs estão dispostos nas Normas Regulamentadoras (NR) do Ministério do Trabalho e Emprego, as quais trazem, dentre outros aspectos, que é responsabilidade do empregador, seja ele público ou privado, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) ou estatutários, garantir o acesso aos EPIs, disponibilizando-os em número suficiente e provendo o imediato fornecimento ou reposição em caso de contaminação ou dano, tendo em vista sua importância na proteção dos trabalhadores e minimização da exposição às doenças ocupacionais (BRASIL, 2020).

Para além da falta de insumos e de estruturas físicas para atendimento e assistência à população, foi possível identificar nas falas dos participantes elementos referentes a situações desafiadoras quanto aos recursos humanos, sendo os mais citados a falta de conhecimento para o manejo das novas rotinas de cuidados, da doença e suas complicações, assim como o número reduzido de profissionais. A educação permanente, com orientações e treinamentos sobre as precauções-padrão são prementes em situações como as vivenciadas na pandemia, realizadas por meio de protocolos institucionais com o intuito de garantir uma assistência segura, bem como envolver subsídios comportamentais associados ao fortalecimento do trabalho em equipe e à interação para a educação de familiares e acompanhantes.

Góes et al. (2020) ressaltam que o elevado número de profissionais contaminados e afastados do ambiente laboral levou a uma sobrecarga de trabalho ainda maior para as equipes de saúde, contribuindo de forma importante para o esgotamento psíquico da equipe. Tal fato se deveu à necessidade de afastar imediatamente os trabalhadores de saúde assintomáticos dos casos suspeitos ou confirmados de síndrome gripal, aliado ao afastamento daqueles mais vulneráveis ao adoecimento,

com consequente diminuição de profissionais que permaneceram na assistência. Vale ressaltar que esse cenário pode estar associado ao quadro insuficiente de trabalhadores anterior à pandemia, sendo ainda mais intensificado nesse período.

É notório e indiscutível que, independentemente do tipo de assistência prestada no serviço de saúde, os trabalhadores dessa área estão em maior contato com a população. Nesse sentido, estão mais susceptíveis à contaminação. No que se refere aos **principais riscos de saúde enfrentados pelos trabalhadores na pandemia da Covid-19**, destacam-se os discursos abaixo:

Maior risco é de infecção, de depressão, de estresse. Aumentou o trabalho, mas não aumentou o número de profissional (P. 03).

De se contaminar. E assim, eu vi muito, a debilidade psicológica mesmo, a pessoa ficar estressada, ficar cansada, e consequentemente, fisicamente (P. 07).

A contaminação e as sequelas... (P. 12).

Os riscos eram enormes, porque a gente estava assim, totalmente exposto, no início não tinha vacina, EPI era escasso... então o risco de se contaminar era muito grande (P. 02).

A preocupação dos participantes com o risco de contaminação foi e é legítima, visto que o setor de saúde enfrentava em tempo real uma doença pouco conhecida de elevada morbimortalidade em um sistema de gerenciamento frágil de provimento, de recursos materiais e humanos. Dessa forma, pode-se inferir o sentimento de medo e estado permanente de alerta num ambiente de exposição e incerteza contínuos, o que poderia ocasionar elevado nível de estresse psicológico.

Com o objetivo de discutir as condições de saúde e segurança dos trabalhadores que cuidavam de pacientes com Covid-19, Silva (2020) destaca que a maioria dos que prestavam assistência a pacientes contaminados estavam sujeitos a um alto risco de adquirir a doença, tornando evidente a intensidade e a alta prevalência da infecção, sendo relatada uma prevalência superior a 10% nessa população, chegando a 20% em italianos.

Moraes et al. (2020) alertam para as particularidades que envolvem os trabalhadores da saúde, que estão rotineiramente sujeitos a riscos diversos, especialmente de infecção, entendendo que necessitam de monitoramento e da adoção de medidas de biossegurança mais efetivos devido às funções laborais que exercem. Da mesma forma, compreendem a necessidade de segurança no cenário de execução das atividades, disponibilidade de tecnologias, assim como ações gerenciais e assistenciais elaboradas, com o intuito de amenizar as temeridades de aspectos físicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais a que esses trabalhadores estão expostos.

No momento mais crítico da pandemia o Governo Federal publicou, na contramão da sensatez, a Medida Provisória n. 927/2020, que dispunha sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública. Foram autorizadas medidas excepcionais para manter o vínculo empregatício, mas não se reconheceu a Covid-19 como doença ocupacional, salvo em casos comprovados, ou seja, de infecção e adoecimento entre trabalhadores expostos em seus ambientes laborais e no atendimento à população, seja na área de prestação de serviços à saúde ou em outros tipos de atividades. Essa condição agravou ainda mais a situação de vulnerabilidade e desamparo, devido à falta de cobertura em eventuais afastamentos naquele período. Esse fator contribuiu de maneira negativa para a saúde física e mental dos profissionais que atuavam na linha de frente.

A realidade desafiadora imposta pela crise de saúde pública que ameaçou e ainda ronda a humanidade trouxe consequências avassaladoras, especialmente para os trabalhadores de saúde, que se encontravam no fronte de combate direto à pandemia. Diante desse contexto, os participantes deste estudo foram questionados quanto às percepções acerca de sua saúde física e mental. Os discursos a seguir integram a categoria **percepções dos trabalhadores quanto aspectos da saúde física e mental no período pandêmico:**

A nossa saúde mental, ela raramente vai voltar ao que era antes. Ver aquele monte de paciente grave, sem condição nenhuma, então trouxe insônia, eu engordei, eu tive crise de ansiedade, a gente teve crise de choro. Então teve muitas, muitas alterações (P. 12).

Eu me sinto exausto fisicamente, mentalmente. Ganhei peso. Já vinha ganhando, na verdade, porque já desde antes da pandemia... eu mesmo já vinha com alguns problemas psicológicos – por sobrecarga, por problemas de relacionamento no trabalho com a gestão, muitas vezes. E aí a pandemia só agravou tudo. E aí, como o psicológico não vai bem, a gente não consegue colocar em prática; nenhuma atividade física se torna prazerosa (P. 14).

Ribeiro et al. (2020) e Santos et al. (2020), ao analisarem a produção científica sobre a saúde dos trabalhadores da saúde que atendiam a pacientes no contexto da pandemia, corroboram que os trabalhadores da linha de frente sentiram maior impacto em sua saúde mental, o que comprova o surgimento de um fator de risco para os sintomas de ansiedade, depressão, insônia, angústia e medo que resultam em esgotamento, trazendo consequências físicas, expressadas por meio de mialgia, febre, diminuição do ânimo e queda do sistema imunológico. Cabe asseverar que a saúde física impacta na saúde mental e vice-versa, pois são componentes intimamente interligados.

Segundo a Comissão Lancet de Saúde Planetária (2020), dados de relatórios das equipes atuantes na linha de frente confirmam que, para além do medo do contágio, as aflições com a segurança, a exaustão física e mental, preocupações resultantes de decisões difíceis no processo de triagem e a angústia de perder pacientes e colegas de trabalho foram fatores que afetaram trabalhadores da saúde na linha de cuidados mundialmente. Essa rotina extenuante aumentou os impactos psicológicos na saúde mental, bem como consequências na saúde física, causando adoecimento.

Os trabalhadores da saúde refletem o cuidado para com o outro e, por muitas vezes, esquecem de si, sendo sobrecarregados com responsabilidades quanto à prestação de um serviço de quali-

dade num cenário de colapso sanitário mundial. Desse modo, as falas abaixo expressam esta condição:

Olha, ultimamente... eu estou meio relaxada... eu tive que passar por tratamento psiquiátrico, né, que eu fiquei muito ruim, agora que eu estou melhorando. Fiquei assim, bem depressiva, com bastante medo, eu tinha medo, né, mesmo não trabalhando eu tinha medo (P. 05).

Então, a minha saúde tem ficado bastante para trás, eu sinto que eu fiquei muito abalada, a minha mente ficou bem abalada com as tragédias, com as coisas que nós passamos, e nós não temos a possibilidade de tratar. hoje eu pedalo para ver se eu tenho uma mente mais aberta, que me ajuda fisicamente também (P. 06).

Diante desse panorama, a conscientização sobre a necessidade de assumir mais responsabilidades sobre a própria qualidade de vida se tornou indispensável.

A Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) publicou, em 2020, a *Cartilha de autocuidado para profissionais de saúde em tempo de COVID-19*, com o propósito de orientar esses trabalhadores sobre a importância de reconhecer os sentimentos, sendo esse o primeiro passo para compreender o que estava acontecendo e buscar formas saudáveis de lidar com essas emoções. As autoras também alertavam que ser capaz de perceber as sensações e identificá-las faz parte do processo de controlar e regular as mesmas, e acrescentavam que não é possível evitar os impactos físicos que o organismo produz diante de uma situação de perigo e/ou estresse eminentes, no entanto, ao reconhecê-los pode-se diminuir tais impactos. Sabe-se que, diante de crises, priorizar-se pode ser confundido com egoísmo, visto que o outro necessita de cuidados realizados pelos profissionais de saúde, mas é importante estar bem para que não colocar em risco o desempenho profissional (AMORIM et al., 2020).

Contudo, um dos participantes da pesquisa se posiciona de maneira diferente acerca dessa questão:

Normal, a vida seguiu normal. Só estou cuidando, se prevenindo – máscara, mantendo o distanciamento com a família, diminuindo o contato com as pessoas. Mas normal, físico e mental permaneceram intactos (P. 01).

A fala acima se atravessa aos relatos dos demais participantes e não coaduna com a produção científica referente ao assunto. Diversos estudos evidenciaram que as transformações provocadas pelo estado de crise sanitária de dimensões planetárias em razão da Covid-19 poderiam gerar e intensificar repercussões físicas e psicossociais (RIBEIRO et al., 2020; SANTOS et al., 2020; MORAES et al., 2020; SILVA, 2020; LUZ et al., 2021; LOPES et al., 2022). É possível verificar, no contexto do discurso, que o participante passou por mudanças no cotidiano laboral e familiar, contudo relata não ter sofrido alterações na saúde física e mental. Também pode-se considerar aspectos de resiliência, bem como a não autopercepção em sofrimento e a busca de atitudes positivas em relação à adversidade.

Quanto às **estratégias para minimizar riscos na atividade laboral dos trabalhadores de saúde na pandemia de Covid-19**, os entrevistados elencaram algumas possibilidades de materializar meios para diminuir os efeitos na saúde física e mental dos trabalhadores de saúde:

Trabalho com o mental dos trabalhadores, um apoio psicológico (P. 04)

Primeiramente, a conscientização da população, a questão da vacina, e os cuidados, que a gente não pode achar que a pandemia já passou, que não passou, então, estar sempre assim, evitando aglomeração... ter apoio da gestão quanto aos recursos materiais e de pessoal (P. 05).

Carga horária fosse diminuída para seis horas direto, trabalhando mais compacto... você teria tempo para descansar mais. Porque não é só o cansaço físico, é o cansaço físico e o cansaço mental... também fornecer apoio psicológico (P. 07).

Lopes et al. (2022), ao analisarem o impacto na saúde mental de profissionais de enfermagem na pandemia, afirmam que as intervenções psicológicas para os trabalhadores desempenharam um papel imensamente importante no que se refere à formação da experiência. Os serviços psicológicos realizados por meio de tecnologia, informação e comunicação receberam grande atenção, em especial por constituírem um mecanismo de recebimento de queixas relacionadas à saúde mental.

As experiências aprendidas sobre o impacto da Covid-19 na saúde mental de trabalhadores revelam que a implementação de serviços de atenção psicossocial desenvolvidas em outros países se estabeleceram como uma estratégia baseada em evidências eficazes. A partir dessa ação é possível prevenir lesões futuras, reduzir o estresse e a dor intensa, sendo assim necessário recomendar medidas capazes de promover saúde mental (DUAN; ZHU, 2020).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) criou uma rede de apoio para os cuidados dos trabalhadores de enfermagem na pandemia, tendo por finalidade articular ajuda e oferecer gratuitamente à distância uma escuta psicológica direcionada e orientação para as práticas integrativas e complementares em saúde para apoiar os trabalhadores na diminuição dos sintomas do estresse e da ansiedade e para superar os desafios que provocam sofrimento físico, mental e emocional. Esses são exemplos de estratégias que poderiam ser instituídas e ampliadas para dar suporte no atendimento dos trabalhadores das diversas áreas da saúde que prestaram assistência na linha de frente da pandemia da Covid-19.

Também destacaram-se as questões referentes à diminuição de carga horária devido à complexidade da assistência, especialmente a pacientes graves e com risco de morte iminente, que exigem cuidados minuciosos, às condições peculiares vivenciadas no atendimento a pessoas infectadas ou suspeitas e também às cargas horárias elevadas, que afetam não somente a saúde mental e física dos trabalhadores, mas também a qualidade da assistência prestada ao paciente envolvido.

Outro aspecto importante diz respeito a estratégias de adesão da população à vacinação. Lachtim et al. (2021) estabelecem que a vacinação é uma estratégia consolidada de enfrentamento de doenças infecciosas e constitui um desafio para o enfrentamento do coronavírus. Essa questão diz respeito não apenas ao alcance da autossuficiência na produção de imunizantes, mas também à garantia de alcance da cobertura vacinal e à falta de comando no nível central. Contudo, deve-se investir em campanhas pautadas na comunicação adequada com a população, informando os reais benefícios de uma vacina, suas limitações e a importância da proteção individual e coletiva, bem como disponibilizar quantidades suficientes e flexibilizar locais e horários para a aplicação.

4. Considerações finais

Os trabalhadores de saúde que estiveram na linha de frente do combate à pandemia de Covid-19 foram essenciais para o cuidado dos seres humanos e, dessa forma, tornaram-se protagonistas no contexto que se configurou como uma das maiores crises sanitárias globais. Por conseguinte, suas condições de trabalho foram evidenciadas e tiveram transformações quanto à estrutura, organização, relações e em sua saúde física e mental.

Neste estudo foi identificado que os trabalhadores da atenção primária à saúde de Dourados/MS que atuaram na linha de frente do enfrentamento à Covid-19 apresentam inúmeros fatores que causaram impactos à saúde física e mental, como medo de contaminação e transmissão para a família, sobrecarga de trabalho, funções burocráticas, esgotamento físico, emocional e mental, desencadeando insônia, apatia, irritabilidade, desânimo, ansiedade e depressão, angústia, medo e incerteza, aumento de peso, risco de vivenciar óbitos de colegas e pessoas próximas, falta de recursos materiais e humanos, excesso de atividades diárias, exaustão da equipe pela alta demanda de pacientes e também condições de estrutura físicas inadequadas, entre outros.

Portanto, nota-se que sua saúde física e mental necessitaria de amparo emergencial, por meio da implementação de recursos e estratégias

provenientes da gestão pública com a finalidade de promoção, prevenção e tratamento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo crucial a adoção de medidas de incentivo, valorização, motivação e apoio, visto que a condição que se estabeleceu derivava das condições de trabalho inadequadas e que se tornaram mais desfavoráveis devido à situação de calamidade originada pela pandemia.

Sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos, tendo em vista a promoção da saúde física e mental do trabalhador de saúde, com o objetivo de des(vendar) as condições de trabalho, bem como contribuir para a melhoria da saúde daqueles que estão expostos a diversos riscos na linha de frente de um atendimento complexo em saúde, perante a dor, perdas e sentimento de impotência, diante do invisível e bárbaro contaminante que ainda nos desafia.

Referências

- AMORIM, C. et al. **Autocuidado para profissionais de saúde em tempos de Covid-19**. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação, Psicologia, Avaliação e Atenção à Saúde. Universidade Federal do Recôncavo Bahiano, 2020. Disponível em: <https://www.ufrb.edu.br/ccs/images/AscomCCS/DIRECAO/2020/COMISSAOCOVID/POSPSI/E-book_autocuidado_para_profissionais_de_sade_COVID-19.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2022.
- ANTUNES, R. **Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020.
- BARROSO, B. I. L. et al. A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 28, n. 03, p. 1093-1102, jul.-set., 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/7K494CxFTXtTtLsynky-JnjF/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 dez. 2022.
- BITENCOURT, S. M.; ANDRADE, C. B. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1013-1022, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021263.42082020>>. Acesso em: 12 dez. 2022.
- BRASIL. Resolução - **RDC n. 356**, de 23 de março de 2020. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-356-de-23-de-marco-de-2020-249317437>>. Acesso em: 05 nov. 2022.
- BRASIL. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.
- BRASIL. **Brasil registra 92 mortes e 12,6 mil novos casos de covid-19**. 2022. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-11/brasil-registra-92-mortes-e-126-mil-novos-casos-de-covid-19>>. Acesso em: 05 nov. 2022.

BRASIL. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. **Decreto n. 10.282, de 20 de março de 2020** - Publicação Original. Brasília, DF, 20 mar. 2020. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2020/decreto-10282-20-marco-2020-789863-publicacaooriginal-160165-pe.html>>. Acesso em: 07 nov. 2022.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). **Norma Regulamentadora 6 - NR 6 - Equipamento de Proteção Individual – EPI**. 2020. Disponível em: <https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-06.pdf>. Acesso em 13 dez. 2022.

COFEN. **Com 85% de mulheres, Cofen debate impactos da reforma da previdência para a Enfermagem**. 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/com-85-de-mulheres-cofen-debate-impactos-da-reforma-da-previdencia-para-a-enfermagem_71379.html>. Acesso em: 07 nov. 2022.

COMISSÃO LANCET DE SAÚDE PLANETÁRIA. COVID-19: protect-ing health-care workers. **Lancet**, v. 395, n. 10228, p. 922, 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30644-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30644-9/fulltext)>. Acesso em: 10 dez. 2022.

DUAN, L.; ZHU, G. Intervenções psicológicas para pessoas afetadas pela epidemia de COVID-19. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 4, p. 300-302, 2020. Disponível em: Acesso em: 08 dez. 2022. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32085840/> >. Acesso em: 12 dez. 2022.

FGV. **O impacto da pandemia no mercado de trabalho**. 2021. Disponível em: <<https://blogdoibre.fgv.br/posts/o-impacto-da-pandemia-no-mercado-de-trabalho>>. Acesso em: 05 nov. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **COVID-19: Estudo avalia condições de trabalho na Saúde**. 2021. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/covid-19-estudo-avalia-condicoes-de-trabalho-na-saude>>. Acesso em: 08 nov. 2022.

GÓES F. G. B. et al. Desafios de profissionais de enfermagem pediátrica frente à pandemia da COVID-19. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, p. 1-9, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/Zm88kfkbhvkYrvyQWGqgCF/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 13 dez. 2022.

INTELIGÊNCIA EM PESQUISA E CONSULTORIA (IPEC). **Desemprego lidera lista de preocupações dos brasileiros, que desejam carteira assinada e flexibilidade**. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/politica/tem-solucao/noticia/2022/09/desemprego-lidera-lista-de-preocupacoes-dos-brasileiros-que-desejam-carteira-assinada-e-flexibilidade.ghtml>>. Acesso em: 06 nov. 2021.

INTERNACIONAL DE SERVIÇOS PÚBLICO (ISP). Profissionais da saúde e a Covid-19 no Brasil: em dados e gráficos. **Lagom Data**, 2022. 7 p. Disponível em: <https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com/uploads/a8783437-7df0-408d-b8bf-f05113b32402_Profissionais_de_sa_de_na_pandemia_4_.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2022.

JOHNS HOPKINS. COVID-19 **Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)**. 2022. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>. Acesso em: 09 nov. 2022.

LACHTIM, S. A. F. et al. COVID-19 e o pacto coletivo em imunização: estratégias, êxitos e desafios do programa nacional de imunizações. In: **Estratégias de vacinação contra a COVID-19**

no Brasil: capacitação de profissionais e discentes de enfermagem. Brasília, DF: Editora ABEn, 2021 (Série Enfermagem e Pandemias, 6). Disponível em: <<https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2021/12/e8-vacinas-cap4.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2022.

LOPES, L. M. S.; SOUSA, P. V. C.; PASSOS, S. G. Saúde mental dos profissionais de enfermagem que atuam na linha de frente da covid-19: revisão literária. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 5, n. 10, jan.-jul. 2022. Disponível em: <<http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/370>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

LUZ, D. C. R. P. et al. Burnout e saúde mental em tempos de pandemia de COVID-19: revisão sistemática com metanálise. **Revista Nursing**, v. 24, n. 276, p. 5714-571, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/ACER/Downloads/diagramadora,+Revista+Nursing_276+ONLINE+ARTIGO+8.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2022.

MORAES, E. B. et al. A segurança dos profissionais de saúde em tempos de COVID-19: uma reflexão. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-15, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadpto/a/7K494CxFTXtTtLsynkyJnjF/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 08 dez. 2022.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método em Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Ano Internacional dos Trabalhadores de Saúde e Cuidadores 2021**. 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/campanhas/ano-internacional-dos-trabalhadores-saude-e-cuidadores-2021>>. Acesso em: 05 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Guterres: “Todos na luta contra uma pandemia sem precedentes”**. 2020. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2020/04/1709332>>. Acesso em: 10 nov. 2022.

RIBEIRO, C. D. C. et al. Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. **Rev Bras Saude Ocup**, v. 45, n. e25, p. 01-12, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbso/a/XMb5ddFXbpwB3C-QxtPD3VBD/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 05 nov. 2022.

SANTOS, K. O. B. et al. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 12, p. 1-14, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/W7bdfWDGNnt6jHCcCChF6Tg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 5 nov. 2022.

SILVA, L. S. et al. Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, p. 1-8, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbso/a/ZGgHY5SyGH36ySQgnrygvPR/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

SOARES, S. S. S. et al. Pandemia de Covid-19 e o uso racional de equipamentos de proteção individual. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 1-6. 2020. Disponível em: <<file:///C:/Users/ACER/Downloads/50360-176484-2-PB-2.pdf#50360>>. Acesso em: 14 dez. 2022.

TRT. **Coronavírus última situação (Covid-19)**. 2022. Disponível em: <<https://www.trt.net.tr/portuguese/covid19#>>. Acesso em: 8 nov. 2022.

UFSCAR. **Linha de frente**. 2020. Disponível em: <https://informasus.ufscar.br/linha-de-frente/>. Acesso em: 05 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the WHO-China Joint Commission on Coronavirus disease 2019 (COVID-19)** [Internet]. Geneva, 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2022.

RASTREAMENTO DAS CONDIÇÕES FÍSICAS E MENTAIS DOS TRABALHADORES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM TEMPOS DE PANDEMIA

Eduardo Espíndola Fontoura Junior
Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura
Camila Arce Franco
Geovanna Ribeiro Olsen
Bianca Raquel Bianchi Celoto

1. Introdução

O cenário pandêmico da COVID19, causada pelo SARS-CoV-2 no final do ano de 2019 na China, trouxe medo e pânico a toda a população, por ser desconhecida, com fácil disseminação, graves consequências e sem um tratamento específico. Diante deste panorama, os profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros foram o alicerce do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando de frente contra a Covid-19 (GALON et al., 2022; MOREIRA et al., 2020).

Vale ressaltar que a enfermagem representa mais da metade de todos os trabalhadores de saúde do Brasil, cuidando diretamente das necessidades humanas básicas, referenciadas por Wanda Horta, assim, o trabalho da enfermagem é de extrema importância para uma melhora na saúde e na qualidade de vida dos pacientes, e na pandemia, não foi diferente (MOREIRA et al., 2020; HORTA, 1974).

Foi observado que no país a contaminação dos profissionais está diretamente ligada ao fato do uso inadequado dos equipamentos de proteção, subestimação da responsabilidade e falsas percepções do verdadeiro risco, o que caracteriza uma falha humana, no contexto do conhecimento insuficiente acerca do vírus. Outro fator de disseminação, foram os profissionais de saúde que não atuavam na linha de frente, e tiveram baixa adesão a quarentena (SUMIYA et al., 2021).

Outrossim, o alto nível de letalidade da pandemia quando associada a inexistência de uma vacina eficaz naquela época, foi causa para a disseminação do medo e incertezas. Ao se tornarem heróis da sociedade, por estarem atuando na linha de frente, os profissionais de enfermagem substituíram esse heroísmo pela sensação de cansaço, cobranças e frustrações, mesmo sendo esse reconhecimento social um atenuador do desgaste psicológico (MESSIAS et al., 2022).

Vale ressaltar que os profissionais de enfermagem tiveram que conduzir o enfrentamento da pandemia, cuidando diariamente de cada doente, observando as altas e as perdas. Esses profissionais sofreram com a sobrecarga de trabalho, horários irregulares, exposição ao vírus e com as insuficiências de recursos, o que levou a um nível elevado de estresse na vida dessa população. Com esse nível elevado, a ansiedade e depressão foram as principais psicopatias que prevaleceram entre esses profissionais (SILVA et al., 2021; REINHARDT, 2022).

Convém lembrar que os profissionais de saúde mais afetados física e mentalmente foram os trabalhadores da enfermagem, que viveram o sofrimento dos doentes diariamente. Além da preocupação com a própria saúde e o medo de transmitir o vírus aos familiares (SILVA et al., 2021; PUSTIGLIONE, 2020).

Os estudos confirmam que entre os inúmeros fatores que causaram o medo da Covid-19 nos profissionais de saúde, estão: a ausência dos equipamentos de proteção individuais, a acelerada disseminação da doença, a incerteza acerca da doença, seus tratamentos e vacinas (LACERDA et al., 2022).

Dessa forma, é visto que a enfermagem, muitas vezes, deixa seu bem estar físico e mental para cuidar dos pacientes e infelizmente não é bem reconhecida e valorizada pelo cuidado que realiza e a pandemia ressaltou a importância dessa classe de profissionais (MOREIRA et al., 2020).

Outros problemas entre os profissionais durante a pandemia, são dificuldade para dormir e descansar, por estarem passando por sobrecarga de trabalho, os profissionais de enfermagem, não conseguiam desconectar-se do trabalho com isso, iniciou o uso de

medicamentos controlados para dormir ou o aumento dos mesmos, que podem causar dependências e trazer prejuízos para a vida desses profissionais (REINHARDT, 2022).

É visto ainda que, houve o aumento dos profissionais de saúde que sofrem com a síndrome de *burnout*, causada pelo estresse no local de trabalho, pelas condições desfavoráveis, a sobrecarga de trabalho e o desgaste físico e emocional desencadeado pelo serviço prestado (VIEIRA et al., 2022).

Sob a ótica de gênero, as mulheres predominam a força de trabalho de saúde em relação a enfermagem, e, portanto, na linha de frente do enfrentamento à COVID-19, cerca de 70% de toda a equipe foi do sexo feminino, portanto, foram observadas, mais consequências em profissionais do sexo feminino do que no masculino (HERNANDES; VIEIRA, 2020).

De acordo com o COFEN, em 2020, 44.441 profissionais de enfermagem foram afastados do ambiente de trabalho e entraram em quarentena pela infecção do Sars-Cov-2. Dessa maneira, de acordo com a Fiocruz a classe de profissionais da saúde, os enfermeiros somam 27%, o que demonstra que esse grupo de trabalhadores, obtiveram muitas perdas.

Portanto, a pandemia causou mudanças na vida de toda a população, porém, os profissionais de saúde, em especial, da enfermagem, foram os mais atingidos, pois conviveram diariamente com os pacientes e foram submetidos ao medo, ansiedade, insônia, entre outros. O que pode trazer problemas para o futuro desses profissionais (REINHARDT, 2022; SOUZA, 2021).

Diante do exposto, o objetivo deste capítulo é detalhar o perfil, as características sociodemográficas, a capacidade para o trabalho e as condições físicas e mentais dos trabalhadores da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) da saúde pública do município de Dourados/MS.

2. Método

Delineamento

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de corte transversal e quantitativo.

Participantes e amostra

Participaram do estudo 98 trabalhadores da equipe de enfermagem. A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2021 a fevereiro de 2022.

Crítérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos no estudo: (i) Trabalhadores da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) que atuam no Sistema Único de Saúde – SUS; (ii) Trabalhadores que atuaram no atendimento a pacientes (usuários) na linha de frente de combate a COVID-19, nas unidades de saúde no Município de Dourados, MS. Foram excluídos do estudo: (i) Trabalhadores afastados da atividade laboral no período da coleta de dados; (ii) Os trabalhadores indígenas.

Procedimentos

O procedimento para a coleta de dados foi realizado utilizando o aplicativo *Google Forms*. Portanto, a aplicação dos instrumentos de auto-resposta ocorreu de forma *online*, o *link* para o acesso a pesquisa foi divulgado por meio dos sistemas de comunicação da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados e por meio de contatos telefônicos e agendamento para coleta.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados:

(i) Questionário Sociodemográfico e Ocupacional (QSDO) elaborado especificamente para esse estudo, (ii) Questionário de saúde física e

mental relacionado a pandemia de Covid-19, (iii) Questionário de condições de trabalho dos profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19, (iv) Aspectos familiares dos profissionais de enfermagem durante a pandemia, e (v) índice de Capacidade para o Trabalho (ICT).

Análise estatística

Os dados foram tabulados e analisados pelo *software Statistical Package for Social Sciences*, o SPSS, versão 22. Utilizou-se a estatística descritiva, testes de hipóteses (análise de variância e correlação de Spearman), médias e frequências segundo o tipo de variável; o valor de $p \leq 0,05$ foi considerado significativo.

3. Resultados

Foram entrevistados 98 trabalhadores de enfermagem da atenção básica de saúde pertencentes ao SUS (Sistema Único de Saúde) da cidade de Dourados-MS.

De acordo com a Tabela 1, 80,6% declararam ser do sexo feminino e 19,4% do sexo masculino. Sobre a raça, 62,2% dos entrevistados declararam-se brancos, 29,6% pardos, 5,1% amarelos e por fim, 3,1% classificaram-se pretos. Em relação à faixa etária, 60,2% dos profissionais de enfermagem tinham de 35 até os 50 anos, 20,4% de 25 até 35 anos, e 15% estavam na faixa etária de mais de 50 até 60 anos. Em relação ao estado civil dos profissionais, 62,2% relataram ser casados ou viver juntos, 25,5% solteiros e os divorciados e viúvos totalizaram 12,3%.

Quanto à categoria profissional, 51% se declararam enfermeiros (as), 29,6% técnicos de enfermagem e 19,4% auxiliares de enfermagem, com um total de 98 participantes, demonstrando ser a categoria com maior número de trabalhadores, pertencentes a vinte e nove (29) Unidades da Saúde da Atenção Básica do município de Dourados-MS, representando mais de 70% das Unidades Básicas de Saúde. A respeito do tipo de vínculo empregatício, destacam-se os profissionais que ocupam cargo

efetivo como estatutário (68,4%), os empregados pela CLT e contrato temporário (29,6%), e apenas 2% foram contratados por processo seletivo.

Quanto ao tempo de atuação: 30,6% trabalham na instituição atual há mais de um ano e há menos de cinco, 19,4% até um ano de atuação profissional, 18,4% entre cinco e dez anos, 16,3% com mais de quinze anos e 15,3% atuam há mais de dez anos e há menos de quinze. Em relação a carga horária trabalhada pelos profissionais: 74,5% trabalhavam de 20 até 40 horas semanais, 23,5% mais que 40 horas semanais e apenas 2% trabalhavam até 20 horas semanais.

Tabela 1. Características sociodemográficas da equipe de enfermagem.

Variáveis		Frequência	Porcentagem
Sexo	Feminino	79	80,6
	Masculino	19	19,4
Cor ou Raça	Branco	61	62,2
	Pardo	29	29,6
	Amarelo	5	5,1
	Preto	3	3,1
Faixa etária	25 anos até 35 anos	21	21,4
	Mais de 35 até 50 anos	59	60,2
	Mais de 50	18	18,4
Estado civil	Solteiro	25	25,5
	Divorciado/Viúvo	11	12,3
	Casado/União estável	61	62,2
Profissão	Enfermeiro	50	51,0
	Téc. De Enfermagem	29	29,6
	Auxiliar de Enfermagem	19	19,4
Tempo de trabalho	Até 1 ano	19	19,4
	Mais de 1 ano até 5 anos	30	30,6
	Mais de 5 anos até 10 anos	18	18,4
	Mais de 10 anos	31	31,6

Em relação aos resultados da Tabela 2, ao serem perguntados sobre doença pré-existente anterior à Covid-19, os entrevistados responderam: 61,2% negaram e 38,2% confirmaram. Acerca da perturbação do sono, como insônia ou hipersonia, 54,1% declararam que sim e 45,9% negaram.

Quanto à alteração no apetite, 36,7% afirmaram que tiveram e 63,3% negaram. Em relação a perda de autoconfiança na equipe ou no trabalho praticado, 71,4% negaram, e 28,6% disseram que sim. No

tocante à dificuldade de experimentar a felicidade, 72,4% disseram que sim e 27,6% disseram que não.

Acerca da dificuldade de concentração ou pensamento lento, 51% confirmaram a dificuldade e 49% negaram. Em relação ao aumento no consumo de medicações, álcool ou bebidas energéticas, 68,4% negaram o aumento no consumo, e em 31,6% confirmaram. No tocante à incapacidade de relaxar, 54,1% confirmaram essa condição e 45,9% negaram.

Quanto à sensação negativa do futuro, 67,3% disseram que não possuíam sensação negativa, e 32,7% afirmaram que tinham essa sensação. Em relação a irritabilidade, 64,3% admitiram possuir e 34,7% negaram. No que diz respeito à perda de satisfação na carreira ou na vida, 59,2% negaram essa questão e 40,8% afirmaram que sim.

Tabela 2. Saúde física e mental dos profissionais de enfermagem, antes e durante a pandemia do COVID-19.

Variáveis		Frequência	Porcentagem
Doença pré-existente antes da covid	Não	60	61,2
	Sim	38	38,8
Insônia ou Hipersônia	Não	45	45,9
	Sim	53	54,1
Alteração no apetite	Não	62	63,3
	Sim	36	36,7
Perda de Confiança em si, na equipe e no trabalho	Não	70	71,4
	Sim	28	28,6
Dificuldade de experimentar felicidade	Não	71	72,4
	Sim	27	27,6
Sensação negativa do futuro	Não	66	67,3
	Sim	32	32,7
Irritabilidade	Não	64	65,3
	Sim	84	84,7
Perda de satisfação na carreira ou na vida	Não	58	59,2
	Sim	40	40,8
Dificuldade de concentração ou pensamento lento	Não	48	49,0
	Sim	50	51,0
Aumento de consumo de medicações, álcool ou Bebidas energéticas.	Não	67	68,4
	Sim	31	31,6

A Tabela 3 apresenta resultados, quanto à disponibilidade de máscara cirúrgica no estabelecimento de atuação, 44,9% afirmaram que há disponibilidade, porém em quantidade insuficiente, outros 41,8%

reiteraram que há disponibilidade em quantidade suficiente e 13,3% negaram essa disponibilidade. Com relação a disponibilidade da máscara N95/PFF2, 45,9% afirmaram que há disponibilidade, mas em quantidade insuficiente, outros 38,8% informaram que há disponibilidade em quantidade suficiente e 15,3% negaram essa disponibilidade.

Quanto à disponibilidade do capote/avental, 44,9% declararam a disponibilidade, porém em quantidade insuficiente, já 42,9% afirmaram a disponibilidade em quantidade suficiente e outros 12,2% negaram a disponibilidade desse material. Em relação a luvas de procedimento, 48% disseram que há em quantidades insuficientes, 34,7% afirmaram que há em quantidades suficientes e 17,3% declaram que não havia luvas de procedimento.

Com relação a proteção ocular, como óculos ou protetor facial, 41,8% afirmaram que havia em quantidade suficiente, 40,8% declararam que havia, porém, em quantidade insuficiente e 17,3% disseram que não havia esse tipo de proteção. No que diz respeito ao gorro, touca ou propé descartável, 45,9% expressaram que havia em quantidades insuficientes e 36,7% manifestaram que havia em quantidades suficientes e 17,3% informaram que não havia essas proteções.

No que se refere ao curso de treinamento para usos de EPIs, 40,8% declararam que tiveram treinamentos, 36,7% não tiveram treinamento, porém já sabiam utilizá-los e 22,5% manifestaram que não tiveram treinamento e que tiveram que aprender ou com colegas ou por conta própria.

Entre os participantes, 41,8% se sentiram protegidos às vezes, 20,4% dos trabalhadores se sentiram protegidos no trabalho contra a Covid-19 e 37,8% não se sentiam protegidos. Em relação à contaminação pela Covid-19, 55,1% acabaram se contaminando durante a pandemia e 44,9% não se contaminaram.

Quanto a violência ou discriminação, 69,4% dos trabalhadores relataram que não sofreram nenhum tipo de agressão dessa natureza,

entretanto, 30,6% dos trabalhadores afirmaram ter sofrido violência ou discriminação. No que diz respeito ao apoio no estabelecimento de trabalho durante a pandemia, 56,1% relataram ter apoio, em contrapartida, 43,9% negaram ter apoio em seus serviços durante a Covid-19.

Cerca de 75,5% dos trabalhadores afirmaram não ter se sentido mais valorizados e reconhecidos pela população após pandemia e cerca de 24,5% sentem que estão sendo mais valorizados e reconhecidos. Em relação ao respeito pelos colegas de trabalho, 62,2% declararam que não se sentiram mais respeitados e 37,8% afirmaram terem sido mais respeitados.

No que diz respeito, à acolhimento pela chefia/ gestão, 66,3% declaram que não se sentem mais acolhidos e 33,7% se sentem mais acolhidos. Sobre os relacionamentos com outros membros da equipe, 55,1% afirmam terem percebido uma melhora nos relacionamentos, em contrapartida 44,9% afirmam não ter havido melhoras nos relacionamentos entre membros da equipe.

Tabela 3. Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19.

Variáveis		Frequência	Porcentagem
No estabelecimento em que atua está disponível máscara cirúrgica?	Sim em quantidade suficiente	41	41,8
	Sim, em quantidade insuficiente	44	44,9
	Não	13	13,3
No estabelecimento em que atua está disponível máscara N95/PPF2?	Sim em quantidade suficiente	38	38,8
	Sim, em quantidade insuficiente	45	45,9
	Não	15	15,3
No estabelecimento em que atua está disponível capote/avental?	Sim em quantidade suficiente	44	44,9
	Sim, em quantidade insuficiente	42	42,9
	Não	12	12,2
No estabelecimento em que atua estão disponíveis luvas de procedimento?	Sim em quantidade suficiente	34	34,7
	Sim, em quantidade insuficiente	47	48,0
	Não	17	17,3

Variáveis		Frequência	Porcentagem
No estabelecimento em que atua está disponível proteção ocular (óculos ou protetor facial)?	Sim em quantidade suficiente	41	41,8
	Sim, em quantidade insuficiente	40	40,8
	Não	17	17,3
No estabelecimento em que atua houve curso ou treinamento para a equipe sobre o uso adequado das EPIs?	Não	58	59,2
	Sim	40	40,8
Se sente protegido contra a COVID-19 no seu ambiente de trabalho?	Às vezes	41	41,8
	Não	37	37,8
	Sim	20	20,4
Durante a pandemia você se contaminou pela COVID-19?	Sim	54	55,1
	Não	44	44,9
Nesse período de pandemia tem sofrido algum tipo de violência ou discriminação?	Não	68	69,4
	Sim	30	30,6
Você tem recebido apoio do estabelecimento em que atua no combate à COVID-19?	Sim	55	56,1
	Não	43	43,9
No estabelecimento em que atua você se sente mais respeitado pelos colegas?	Não	61	62,2
	Sim	37	37,8
No estabelecimento em que atua você sente mais valorizado e reconhecido pela população usuária?	Não	74	75,5
	Sim	24	24,5

Sobre os aspectos familiares durante a pandemia, cerca de 58,2% dos trabalhadores não possuíam familiares que moravam com eles e que eram do grupo de risco da Covid-19, já 41,8% tinham familiares no grupo de risco.

Acerca da contaminação dos familiares pelo Covid-19, cerca de 82,7% dos trabalhadores tiveram familiares contaminados e 17,3% negaram que seus entes queridos se contaminaram.

Tabela 4. Aspectos familiares dos profissionais de enfermagem durante a pandemia.

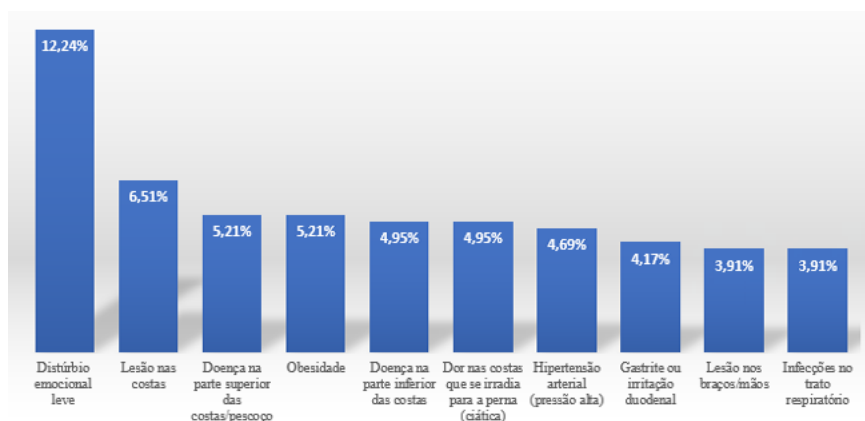
Variável		Frequência	Porcentagem
Você possui algum familiar que está no grupo de risco da Covid-19 e reside em sua casa (mesmo ambiente)?	Não	57	58,2
	Sim	41	41,8
Você possui algum familiar que já se contaminou com o novo Coronavírus?	Sim	81	82,7
	Não	17	17,3

A Tabela 5 apresenta os resultados relativos ao Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), com os valores das variáveis sendo baixa 4,1 %, moderada 34,7 %, boa 50 % e ótima 11,2 %.

Tabela 5. Resultados relativos ao Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT).

Variável	Frequência	Porcentagem
Baixa	4	4,1
Moderada	34	34,7
Boa	49	50,0
Ótima	11	11,2
Total	98	100,0

Gráfico 1. As dez (10) alterações de saúde encontradas com mais frequência nos trabalhadores da Enfermagem (N=384)



4. Discussão

A covid-19 causou mudanças e dificuldades em todo o mundo, porém, entre as classes profissionais que mais sofreram com essa pandemia, está a classe de enfermagem, que sofreu com a sobrecarga de trabalho, a alta exposição ao vírus, a falta de equipamentos de proteção e de recursos para o tratamento, e ainda vivenciou as perdas dos pacientes de perto. Essas circunstâncias, causaram repercussões negativas na vida física e mental desses profissionais, conforme comprovam as pesquisas (SILVA et al., 2021).

Com relação aos dados sociodemográficos (Tabela 1), constatou-se que há predominância do sexo feminino entre os profissionais de enfermagem (80,6 %). Diante disso, Cunha e Sousa (2016) afirmam, que o gênero feminino entre esses profissionais, está enraizada com os costumes da própria sociedade e vista como um dom natural das mulheres. Por esse aspecto, a enfermagem tornou-se uma profissão vista como delicada, feminina e por isso desvalorizada em relação a outras. Em decorrência disso, os homens procuravam se afastar dessa profissão no passado. Entretanto, ao longo do tempo, os homens vêm rompendo barreiras e os cursos de enfermagem apresentam boa aceitação do gênero masculino. Acerca da faixa etária profissional (Tabela 1), na qual 60,2% estão entre 35 e 50 anos, Machado et al. (2016) dizem que profissionais nessa faixa etária encontram-se em pleno progresso cognitivo, pois já estão formados e devidamente qualificados, além de estarem inseridos fixamente no mercado de trabalho.

Ainda seguindo a Tabela 1, de acordo com Machado et al. (2016), a força de trabalho de técnicos e auxiliares de enfermagem, abrange no Brasil 77% (1.389.823 profissionais) de toda a equipe de enfermagem. Resultados estes que se contrapõem aos encontrados por essa pesquisa, pois nesta amostra, o número de enfermeiros se sobrepõe aos técnicos e auxiliares, com 51 % do total.

Sobre a raça e cor resultantes na Tabela 1, segundo Lombardi e Campos (2016), em um cenário no qual as mulheres já eram vistas como subalternas em relação a medicina e da sociedade geral, as mulheres pardas e principalmente as negras, estão em número menor na profissão de enfermagem (37,8%) em relação às profissionais de cor branca (61%).

Foi evidenciado por meio de pesquisas, em comparação com os resultados da Tabela 2, que a pandemia do Sars Cov-2, causou a diminuição da qualidade e produtividade do serviço prestado aos usuários/pacientes do SUS, sobretudo pelo aumento da carga de trabalho e afastamento daqueles profissionais que se infectaram pela Covid-19. Corroborando com isso, temos, o aumento da pressão por produtividade, a baixa adesão da população às medidas preventivas e a desvalorização profissional intensificaram a sobrecarga física e emocional, confirmando os resultados da pesquisa feita com os profissionais de enfermagem da saúde pública de Dourados-MS (REINHARDT, 2022; GALON et al., 2022).

Vale ressaltar, que entre os problemas psicológicos que mais afetaram os profissionais, estão a ansiedade, irritabilidade e insônia (tabela 2), com isso, pode ocorrer o aumento do uso de medicamentos, entretanto, na pesquisa feita em Dourados-MS, a maioria dos profissionais afirmam não terem aumentado o uso de medicamentos durante a pandemia, porém, afirmam os outros sintomas citados anteriormente. Outras pesquisas confirmam também o aumento de pensamentos negativos e perda de satisfação, levando ao sofrimento psicológico, o que também é visto por meio das respostas dos entrevistados em Dourados (VIEIRA et al., 2022; GALON et al., 2022; MOREIRA et al., 2023).

Ainda em relação a dados da tabela 2, foi avaliado um estudo realizado por Baptista et al. (2022), onde evidenciou-se sofrimento mental, esgotamento profissional e falta de reconhecimento e prazer nos profissionais de enfermagem entrevistados, dados que divergem com a pesquisa feita em Dourados-MS, entretanto em relação a realização

profissional e pessoal entre a equipe e o vínculo entre os profissionais, esses resultados convergem, havendo pontos de concordância entre os profissionais entrevistados nas duas pesquisas.

Referente a doenças pré-existentes, um estudo realizado por Alves et al. (2022) demonstrou que a maioria dos profissionais de enfermagem referem não ter nenhum tipo de doença antes da pandemia, da mesma forma ocorreu nas respostas da tabela 2 dos profissionais de enfermagem da saúde pública de Dourados-MS. Entretanto, na pesquisa publicada por Toeschler et al. (2020), com relação às principais alterações vivenciadas pelos profissionais de enfermagem, foram observadas as seguintes: distúrbio no apetite, distúrbios no sono e utilização de drogas lícitas e ilícitas, resultado que vai ao encontro com a tabela 2 deste capítulo (ALVES et al., 2022; TOESCHER et al., 2020).

Em relação a tabela 3, sobre os EPI 's, foi verificado por meio da comparação com o estudo de Püschel et al., (2022), que os profissionais de ambas, relatam que havia materiais para proteção, no entanto, em quantidade insuficiente, como máscaras, aventais e óculos de proteção. Porém, houve divergência entre as pesquisas, em relação a treinamento, pois a maioria dos profissionais de enfermagem referem a realização do treinamento para realizar cuidados com os pacientes contaminados pela COVID-19, porém, os profissionais de Dourados-MS referem que não tiveram esse tipo de capacitação (PÜSCHEL et al., 2022).

Ainda sobre a tabela 3, houve concordância entre os resultados das pesquisas em relação a violência, pois cerca de 30% dos entrevistados afirmaram ter sofrido violência durante a pandemia dos usuários do SUS. O que transforma o dia a dia dos profissionais em algo negativo, torna-se desgastante, podendo causar impacto na vida profissional e pessoal dos trabalhadores, em especial, os da equipe de enfermagem, pois foram eles que mais sofrem ataques de violência, pela proximidade da população. Em relação ao apoio, os profissionais afirmam que apesar da pandemia,

não houve aumento no apoio em relação ao trabalho, apesar do aumento dos riscos e da carga horária. Porém, é necessária uma rede de apoio para esses profissionais, visto que a saúde física e mental dos mesmos está se deteriorando e o serviço continua aumentando, é visto que para ocorrer um bom serviço por parte do trabalhador, o profissional deve estar com sua saúde física e mental adequada e sentir que seu esforço e trabalho está sendo reconhecido (ALVES et al., 2022; BAPTISTA et al., 2022).

Em relação a tabela 4, sobre a família dos profissionais, há poucos estudos que trazem as consequências que a pandemia causou nas famílias, porém, os que existem, dizem que houve medo do seu ente querido se contaminar e disseminar o vírus para dentro de sua casa. Então, ocorreram mudanças emocionais negativas, como o estresse e a ansiedade, e principalmente o preconceito, que ocorreu por ter um familiar da área da saúde que estava em contato direto e diário com o vírus, esse preconceito vinha de familiares, vizinhos e até mesmo da população. Entretanto, ocorreu a parte positiva, em que os familiares viam os profissionais como heróis, por estarem trabalhando na linha de frente, ajudando outras pessoas mesmo sem saber ao certo sobre a doença e os riscos com que estava lidando (BARRETO et al., 2021).

Em relação a tabela 5, sobre o ICT, foi analisado um estudo em que se observou que mais da metade dos enfermeiros apresentavam bom índice para o trabalho e a maioria tinha mais de 10 anos de trabalho, houve também piora no ICT daqueles profissionais em que vivem com companheiros em relação aqueles que vivem sozinhos, comparando com os resultados da pesquisa, houve convergência em relação ao ICT, em que a maioria dos profissionais entrevistados estavam com bom índice de capacidade para o trabalho (HILLESHEIN et al., 2011).

O Gráfico 1, apresenta os distúrbios emocionais leves, referidos pela equipe de enfermagem (12,24%), resultado que corrobora com Santos et al. (2021), que afirmam que a depressão, ansiedade e angústia estão

relacionadas aos sofrimentos físicos e emocionais desses profissionais, o que inclui a condição inerente ao trabalho da enfermagem e a falta de reconhecimento profissional. Em pesquisa realizada por Bordignon e Monteiro (2018) com 86 profissionais de enfermagem, a maioria deles (61,2%) reportaram alguma lesão ou doença diagnosticada pelo médico, aspecto que corrobora com os resultados do gráfico 1, que apresentou as dez (10) alterações (lesões, problemas, doenças) de saúde mais frequentes na equipe de enfermagem (BORDIGNON; MONTEIRO, 2018).

De acordo com Lacerda et al. (2022), o período de pandemia destaca-se por apresentar cenários de uso de EPIs inadequado, baixa remuneração, sobrecarga física e psicológica, sintomas de exaustão emocional e despersonalização, que podem provocar a Síndrome de *Burnout*.

Outro ponto crucial é a saúde física desses profissionais, que segundo Sales e Sousa (2022), se manifesta por meio de desconfortos físicos, como por exemplo, as crises gastrointestinais, a gastrite nervosa, além das enxaquecas e infecções cutâneas observadas. Sintomas que são indicativos de falta de suporte psicológico e organização das instituições de saúde, que acabam por impactar diretamente a saúde do profissional.

Ainda convém lembrar o medo constante que esses profissionais enfrentaram, não somente no caso de contrair a doença, mas também de transmiti-la a um ente querido. É preciso observar, portanto, que não foi um fator isolado que culminou na deterioração da saúde física e mental dos trabalhadores de enfermagem, mas sim, um acúmulo de condições desfavoráveis para seu bem estar.

Conclusão

Diante da pesquisa realizada e dos resultados obtidos, observou-se que a saúde, tanto física quanto mental dos profissionais de enfermagem foi abalada durante a pandemia. Vale ressaltar, a possibilidade desses profissionais já terem algum problema de saúde, que, com a

sobrecarga de trabalho imposta pela pandemia, gerou-se mais efeitos deletérios a saúde desses trabalhadores.

Durante este estudo, que foi realizado com os profissionais de enfermagem da rede pública de saúde de Dourados-MS, pôde-se observar que a pandemia trouxe consequências negativas para a qualidade de vida e produtividade desses profissionais, causando problemas emocionais, como ansiedade, irritabilidade, esgotamento e insônia. Somado a isso, a desvalorização por parte da população e das autoridades, corroborou para o desgaste e desânimo desses profissionais no ambiente de trabalho.

Ainda convém lembrar que o uso adequado e a oferta de EPIs interferiram na saúde física e mental dos trabalhadores de saúde, tendo em vista que seu uso foi indispensável para a proteção deles. Além disso, o estudo evidenciou que os profissionais de enfermagem passaram por momentos de violência, sobrecarga, exaustão física, falta de apoio e falta de recursos materiais para realizarem um trabalho de qualidade.

Por fim, entende-se que mesmo com o fim da pandemia, a mesma deixou suas consequências, suas sequelas e que estas precisam ser tratadas. Por isso, acredita-se na necessidade da realização de um programa voltado para a saúde e qualidade de vida do trabalhador da rede pública de Dourados-MS, pois a pesquisa em questão apresentou resultados alarmantes que devem ser considerados e que indicam a urgência de cuidar de quem cuida.

Referências

ALVES, J. S. et al. Sintomas psicopatológicos e situação laboral da enfermagem do Sudeste brasileiro no contexto da COVID-19. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 30, p. e3518, 2022. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/199000>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

BORDIGNON, M. Y MONTEIRO, M.I. 2018. Problemas de salud entre profesionales de enfermería y factores relacionados. **Enfermería Global**. 17, 3 (jun. 2018), 435–469. Doi:<https://doi.org/10.6018/eglobal.17.3.302351>.

BAPTISTA, P. C. P. et al. Indicadores de sofrimento e prazer em trabalhadores de saúde na linha de frente da COVID-19. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. 1.], v. 30, p. e3555, 2022. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/199082>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

BARRETO, M. S. et al. Pandemia da COVID-19: repercussões no cotidiano da família de profissionais de saúde atuantes em unidades emergenciais. **Escola Anna Nery**, 2021, v. 25, n. e20210064. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0064>>. Acesso em: 18 dez. 2022.

CUNHA, Y. F. F.; SOUSA, R. R. Gênero e enfermagem: um ensaio sobre a inserção do homem no exercício da enfermagem. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 3, p. 140-149, 2016. Disponível em: <<https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/140-149>>. Acesso em: 20 nov. 2022.

GALON, T. et al. Percepções de profissionais de enfermagem sobre suas condições de trabalho e saúde no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** [online]. 2022, v. 47. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-6369/15821PT2022v47e-cov2>>. Acesso em: 25 nov. 2022.

HERNANDES, E. S. C.; VIEIRA, L. A guerra tem rosto de mulher: trabalhadoras da saúde no enfrentamento à Covid-19. ANESP, 2020. Disponível em: <<http://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulher-trabalhadoras-da-sade-no-enfrentamento-covid-19>>. Acesso em: 26 out. 2022.

HILLESHEIN, E. F. et al. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online], v. 32, n. 3, pp. 509-515, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000300011>>. Acesso em: 9 nov. 2022.

HORTA, W. A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], v. 8, n. 1, p. 7-17, 1974. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0080-6234197400800100007>>. Acesso em: 30 out. 2022.

LACERDA, J. P. R. et al. Relação entre o medo do COVID-19 e a sobrecarga física e mental de profissionais de saúde em atendimento contínuo de pacientes durante a pandemia de COVID-19. *hu rev* [Internet]. 24º de junho de 2022, v. 48, p. 1-8. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/36671>>. Acesso em: 30 ago. 2022.

LOMBARDI, M. R.; CAMPOS, V. P. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da ABET**, 17. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/index.php/abet/article/view/41162/20622>>. Acesso em: 04 jan 2023

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. **Revista Enfermagem em Foco**. 7. Ed. 2016. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>>. Acesso em: 4 jan 2023.

MESSIAS, J. C. C. et al. Death and Resistance: Professionals on the Front Line Against COVID-19. **Paidéia** (Ribeirão Preto). 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/paideia/a/h4D3Dn37y5npH8DkRHgfMch/>>. Acesso em: 21 ago. 2022.

MOREIRA, M. et al. Enfermagem na pandemia da COVID-19: análise de reportagens à luz da Teoria do Reconhecimento, 2020. **Enfermagem em Foco**, 11(1.ESP). Disponível em: <<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3581>>. Acesso em: 1 nov. 2022.

MOREIRA, S. M. R. et al. Effects of the COVID-19 pandemic on nurses' psychological well being in an emergency room. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. Suppl 1, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0171>>. Acesso em: 05 jan. 2023.

PÜSCHEL, V. A. A. et al. Fatores associados à contaminação e internação hospitalar por COVID-19 em profissionais de enfermagem: estudo transversal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 30, p. e3571, 2022. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/199279>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

PUSTIGLIONE, M. Medicina do trabalho em tempos de COVID-19: a importância do cuidado integral à saúde do trabalhador. *Revista de Medicina*, [S. l.], v. 99, n. 6, p. i-iv, 2020. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/181053>>. Acesso em: 21 set. 2022.

REINHARDT, É. L. Transmissão da COVID-19: um breve reexame das vias de transmissão por gotículas e aerossóis. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 47, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbso/a/TLyRCLJ5KTzKkMpmgMhqfFb/?format=html&lang=pt#>>. Acesso em: 16 ago. 2022.

SALES, V. B.; SOUSA, H. R. Saúde física e mental dos profissionais de enfermagem no mundo pós pandemia: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**. v. 11, 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/33592/28495/377512>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

SANTOS, K. M. R. et al. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. **Escola Ana Nery**. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/DfmDPNnHcwnVymcDsHDC6hp/>>. Acesso em: 04 jan. 2023

SILVA, G. C. et al. Aspectos neurobiológicos do desenvolvimento de psicopatologias nos profissionais de saúde durante o enfrentamento à pandemia do SARS-CoV-2. **Revista de Medicina**, [S. l.], v. 100, n. 1, p. 49-56, 2021. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/174990>>. Acesso em: 21 set. 2022.

SOUZA MEDEIROS, P. C. et al. Prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão em profissionais da saúde na pandemia de Covid-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 5, p. 19572-19587, 2021.

SUMIYA, A. et al. Conhecimento, atitudes e práticas de profissionais da atenção primária à saúde no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, 2021. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v19n3a04.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2022.

TOESCHER, A. M. R. et al. Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio. **Escola Anna Nery** [online], v. 24, n. spe, e20200276, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0276>>. Acesso em: 12 dez. 2022.

VIEIRA, L. S. et al. Burnout e resiliência em profissionais de enfermagem de terapia intensiva frente à COVID-19: estudo multicêntrico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.5778.3589>>. Acesso em: 27 ago. 2022.

PERFIL, CONDIÇÕES DE TRABALHO E PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS MENORES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE DOURADOS-MS EM TEMPOS DA PANDEMIA DA COVID-19

Amanda Furtado Ramos
Ana Lucia Marran
Ednéia Albino Nunes Cerchiarri

1. Introdução

A Síndrome Respiratória Aguda Grave, causada pelo vírus SARS-CoV-2 e denominada Covid-19, é transmitida por meio de gotículas respiratórias vindas de um indivíduo infectado ou por contato, especialmente através de mãos não higienizadas (BRASIL, 2020).

Devido à rápida disseminação da doença no mundo e à sua gravidade, em 30 de janeiro de 2020, após reunião com especialistas, a Organização Mundial da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (WHO, 2020).

Diante de tal conjuntura, uma série de medidas foram indicadas para conter a transmissão da doença, como distanciamento social, higienização das mãos, uso de máscaras, limpeza e desinfecção de ambientes, isolamento em casos suspeitos e confirmados e quarentena dos contatos (BRASIL, 2020).

A Covid-19 é uma ameaça não somente à saúde física, mas também à saúde mental e ao bem-estar de muitas sociedades que foram afetadas gravemente por esse cenário. O medo, a tristeza, a ansiedade e a preocupação são algumas reações comuns que podem ocorrer com qualquer pessoa. Em alguns casos, essas reações se tornam mais acen-tuadas, podendo ocasionar transtornos mentais (OPAS, 2020a).

Como parte desse contexto, estão os profissionais da área da saúde que atuam na linha de frente, ou seja, diretamente com pessoas infectadas, sendo alvos fáceis de situações de grande estresse, angústia, violências, sobrecarga de trabalho e convívio frequente com a morte, entre outras (RAMOS-TOESCHER et al., 2020), o que pode impactar drástica e negativamente tanto a saúde mental quanto a física (SOUZA et al., 2021).

Essas vivências estressoras podem desencadear uma série de sintomas adversos, como insônia, insegurança, sentimento de incapacidade, tristeza, aumento do uso de álcool, tabaco e outras drogas, falta de energia, dores em geral, ou até mesmo distúrbios psiquiátricos de curto e longo prazo (OPAS, 2020a).

A prioridade é salvar vidas, promover o fortalecimento das medidas de saúde pública, higiene e saneamento. Todavia, as necessidades emocionais desses profissionais exigem extrema atenção neste período tão delicado, caso contrário isso pode desencadear uma epidemia silenciosa relacionada à saúde mental (PAHO, 2020).

O ser humano, como objeto de estudo, tem sua saúde física e mental relacionada a inúmeras variáveis. Sabe-se que o tempo e o lugar são determinantes para uma mente saudável, portanto o trabalho, com todas as suas implicações enquanto espaço de prazer ou de desprazer, pode se tornar tanto um fator de amadurecimento pessoal e profissional quanto de sofrimento físico e psíquico.

Atualmente, 1/3 do dia é vivido laboralmente e, diante disso, não é possível dissociar o trabalho do cotidiano. Ele ocupa preempatoriamente um importante espaço e tempo da vida contemporânea, tornando-se, mais do que um meio de satisfação das necessidades básicas, um caminho para a realização de potencialidades, de autoestima e de participação na sociedade enquanto ser humano útil, constituindo, assim, um significado além do vender mão de obra, conhecimentos ou habilidades em busca de remuneração, havendo uma recompensa social, ou seja, uma integração aos grupos de determinado espaço, assegurando certos direitos sociais.

Nesse sentido, conforme apontam Lourenço e Bertani (2007), as condições de trabalho, como o aumento do ritmo das atividades e a pressão vivenciada, interferem na saúde e afetam a forma de agir, pensar,

sentir e fazer. Desse modo, podem influenciar na qualidade do trabalho desses profissionais, pois, mesmo tendo como objeto cuidar da saúde do outro, o cansaço e o estresse pessoal podem afetar esse cuidado (HUMERIZ et al., 2020). Com isso, a saúde desses trabalhadores não influencia apenas a qualidade de vida, mas também o exercício de sua profissão.

Nesse cenário, estão as equipes de saúde vinculadas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) atuando na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a principal porta de entrada do SUS. Essas equipes estão em constante contato com os usuários, as famílias e a vizinhança de sua respectiva área, promovendo a expansão e a consolidação da atenção básica da saúde na comunidade, cujos princípios são: promoção da saúde, prevenção de doenças, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2012).

Essas equipes são compostas por, no mínimo, um médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de família e comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; um auxiliar ou técnico de enfermagem; e os agentes comunitários de saúde (ACSs), que estão em contato permanente com as famílias, auxiliando no trabalho de vigilância e promoção da saúde, que é realizado por toda a equipe multiprofissional (BRASIL, 2012). Eles são fundamentais na aproximação entre a equipe da Unidade de Saúde e as famílias, promovendo um elo cultural e facilitando o processo educativo (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Diante da situação pandêmica provocada pela Covid-19, a rotina dos ACSs foi modificada, provocando ajustes no seu processo de trabalho, o que não os colocou em situação de menor risco ou minorou sua importância junto à equipe. Entretanto, houve situações em que seu trabalho não foi visto dessa forma, o que levou a Fiocruz, por meio do Observatório da Covid-19, a emitir a “Nota técnica sobre trabalho seguro, proteção à saúde e direitos dos agentes comunitários de saúde no contexto da pandemia de Covid-19” em 20 de julho de 2020, a fim de evitar desvios de funções desses profissionais.

Em atenção a essa conjuntura, este estudo tem como objetivos: i) caracterizar a amostra segundo dados sociodemográficos e ocupacionais; ii) verificar as condições de trabalho; e iii) estimar a prevalência de Transtornos Mentais Menores (TMM) dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Dourados-MS durante a pandemia de Covid-19.

Para chegar aos resultados aqui apresentados foi realizada uma pesquisa de campo de desenho quantitativo, utilizando técnica de amostragem aleatória simples, em que participaram 80 ACSs atuantes em UBSs do município estudado, com dados coletados entre janeiro e abril de 2022. Para Chizzotti (2018), nos estudos quantitativos é possível descrever, explicar e prever os fatos.

Para a coleta de dados foi utilizada a Plataforma Google Forms a partir dos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Ocupacional, elaborado especificamente para este estudo; e o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), que busca identificar Transtornos Mentais Menores, instrumento já validado no Brasil (LIMA et al., 1996; GOLÇALVEZ; STEIN; KAPCZINSKI, 2008) e originalmente desenvolvido por Harding et al. (1980). Por ser uma pesquisa exploratória descritiva, foi utilizada a análise estatística simples. Quanto aos aspectos éticos, houve aprovação do Comitê de Ética da UEMS sob Parecer n. 4.393.782, de 11 de novembro de 2020.

A seguir são apresentados os resultados e a discussão, iniciando pela apresentação dos dados sociodemográficos e ocupacionais, as condições de trabalho durante a pandemia e as condições de saúde mental, considerando o resultado da aplicação do SRQ-20.

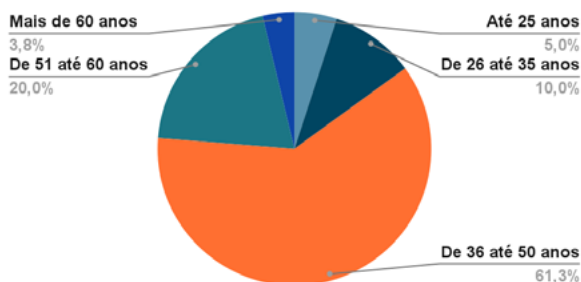
2. Resultados

2.1 Dados sociodemográficos e ocupacionais

Ao todo, foram entrevistados 80 ACSs atuantes em UBSs de Dourados, sendo 11,3% dos profissionais do sexo masculino e 88,8% do sexo feminino, evidenciando que a grande maioria são mulheres.

Em relação à cor e raça, 53,8% dos entrevistados se auto-declararam pardos, 43,8% brancos e 2,5% pretos. Quanto à idade, cerca de 60% possuem entre 35 e 50 anos, e mais de 20% têm idade entre 50 e 60 anos (Figura 1).

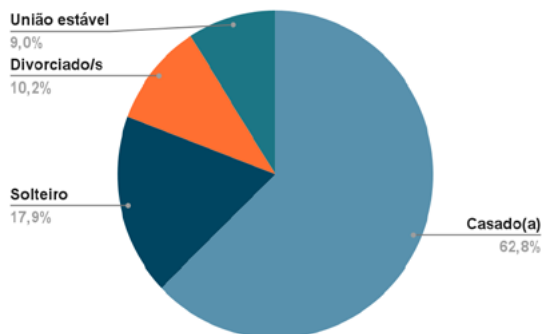
Figura 1 - Faixa etária



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2023.

De forma geral, mais de 60% dos entrevistados são casados e 9% possuem união estável, como pode-se observar na figura 2.

Figura 2 - Estado civil

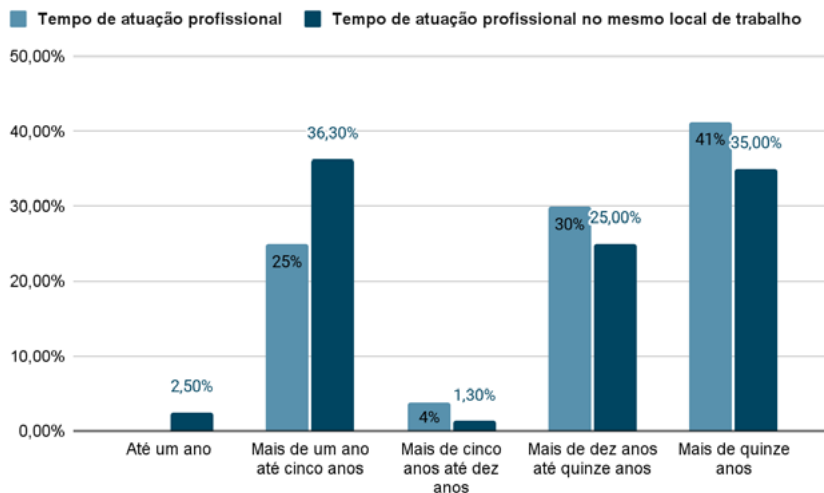


Fonte: Elaborado pelas autoras, 2023.

Quanto ao tempo de atuação, cerca de 25% possuem de um e até cinco anos (estes são os convocados do último concurso realizado em

Dourados para o cargo), 3,8% têm de cinco a 10 anos, 30% de dez a quinze anos e a maioria atua há mais de 15 anos, totalizando 41,4% dos participantes. Os dados demonstraram ainda que os ACSs costumam atuar por mais tempo em uma mesma área (Figura 3).

Figura 3 - Tempo de atuação profissional relacionado com o tempo de trabalho no mesmo local



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2023.

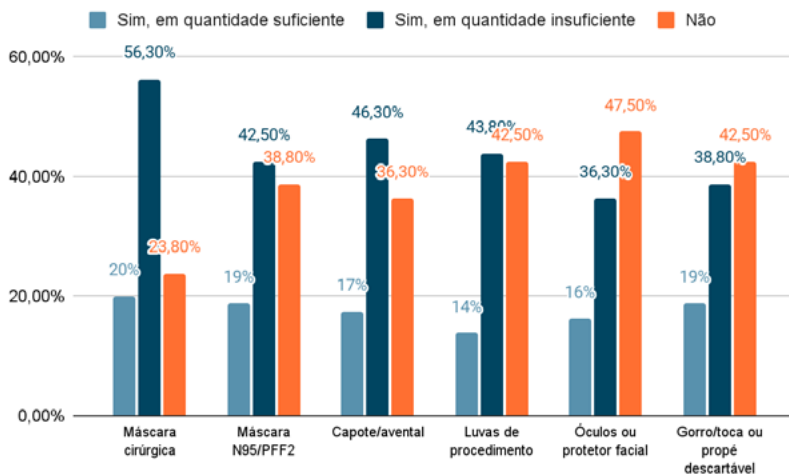
Quanto ao vínculo empregatício, a grande maioria relatou ser estatutário, ou seja, ocupante de cargo efetivo, totalizando cerca de 93,8% dos participantes. Já em relação à carga horária semanal, 63% relataram trabalhar entre 20 e 40 horas semanais e 21,3% mais de 40 horas. Por fim, em relação à atividade profissional em outros lugares, 91,3% afirmaram não possuir outro vínculo empregatício.

2.2 Condições de trabalho

Considerando que a disponibilidade de equipamentos de proteção individual durante o período pandêmico é fundamental para desem-

penhar as atividades com segurança, esse foi um ponto abordado no questionário, revelando que predominou a ausência ou a disponibilidade insuficiente de EPIs (Figura 4).

Figura 4 - Disponibilidade de equipamentos de proteção



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2023.

Além disso, os participantes foram questionados se houve curso/ treinamento para a equipe sobre o uso adequado dos EPIs para o trabalho na linha de frente no combate à Covid-19, pois um grande fator de infecção não é somente o não uso de EPIs, mas também seu uso inadequado (Tabela 1).

Tabela 1 – Realização de curso/treinamento para a equipe sobre o uso adequado dos EPIs

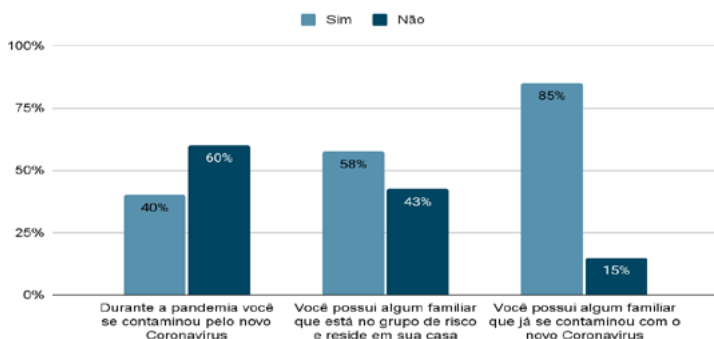
	Frequência	Porcentagem
Sim	43	53,8
Não, no entanto já sabia utilizá-los	8	10,0
Não, tive de aprender com outros colegas de trabalho	17	21,3
Não, tive de buscar informações por conta própria	12	15,0
Total	80	100,0

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2023.

Quando questionados se sentem-se protegidos em seu ambiente de trabalho contra a Covid-19, 66,3% dos entrevistados relataram que não e cerca de 70% relataram terem sofrido algum tipo de violência ou discriminação durante o período da pandemia.

Quanto à contaminação pelo novo coronavírus, familiares no grupo de risco residindo na mesma casa e casos positivos com algum familiar, 40% dos ACSs já haviam se contaminado até abril de 2022, número significativo comparado ao índice de 15% de algum caso entre familiares, como mostra a Figura 5. Observa-se ainda que 58% possuíam pessoas do grupo de risco para casos graves da doença residindo na mesma casa.

Figura 5 - Relação entre o número de profissionais contaminados pelo novo coronavírus, familiares do grupo de risco que residem com os mesmos e familiares contaminados



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2023.

2.3 Condições de saúde mental, antes e durante a pandemia

Para a coleta dessas informações foi elaborado um questionário específico, com 11 questões para respostas “sim” ou “não”: 1) Possuía doença pré-existente antes da Covid-19?; 2) Tem apresentado, de maneira significativa, perturbação do sono, como insônia ou hipersonia?; 3) Tem apresentado, de maneira significativa, alteração no apetite?; 4) Tem apresentado, de maneira significativa, perda de confiança em si,

na equipe ou no trabalho realizado? 5) Tem apresentado, de maneira significativa, dificuldade de experimentar felicidade?; 6) Tem apresentado, de maneira significativa, sensação negativa do futuro?; 7) Tem apresentado, de maneira significativa, irritabilidade?; 8) Tem apresentado, de maneira significativa, perda de satisfação na carreira ou na vida?; 9) Tem apresentado, de maneira significativa, dificuldade de concentração ou pensamento lento?; 10) Tem apresentado, de maneira significativa, aumento no consumo de medicações, álcool ou bebidas energéticas?; 11) Tem apresentado, de maneira significativa, incapacidade de relaxar?.

Os resultados desse questionário apontam que a maioria não possuía doenças pré-existentes antes da Covid-19 (70%); não tem apresentado, de maneira significativa, alteração no apetite (73%); não tem apresentado, de maneira significativa, perda de confiança em si, na equipe ou no trabalho realizado (63%); não tem apresentado, de maneira significativa, dificuldade de experimentar felicidade (64%); não tem apresentado, de maneira significativa, sensação negativa do futuro (55%); não tem apresentado, de maneira significativa, perda de satisfação na carreira ou na vida (54%); e não tem apresentado, de maneira significativa, aumento no consumo de medicações, álcool ou bebidas energéticas (63%).

Porém, a maioria tem apresentado, de maneira significativa, perturbação do sono, como insônia ou hipersonia (63%), irritabilidade (64%), dificuldade de concentração ou pensamento lento (60%) e incapacidade de relaxar (54%).

Esses resultados mostram que esses profissionais apresentam altos índices de sofrimento psíquico, tais como: alteração do sono, irritabilidade, dificuldade de concentração ou pensamento lento e incapacidade de relaxar, o que pode interferir no desempenho das atividades profissionais, nas relações pessoais e interpessoais, assim como desencadear transtornos psíquicos.

2.4. Prevalência de Transtornos Mentais Menores

Os Transtornos mentais menores (TMM) representam quadros menos graves e mais frequentes de transtornos mentais, ou seja, sintomas não-psicóticos, tais como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Contudo, em termos de sofrimento psíquico, eles interferem sobremaneira nos relacionamentos pessoais, interpessoais e laborais, comprometendo significativamente o desempenho das atividades diárias, sendo substrato para o desenvolvimento de transtornos mentais mais graves (DANTAS, 2012).

O SRQ-20 foi utilizado para mensuração dos níveis de suspeição de transtornos mentais entre os trabalhadores. É um questionário de rastreamento de TMMs recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para esse fim na atenção primária. Foi desenvolvido por Harding et al. (1980) e validado no Brasil por Mari e Willians (1986). É um instrumento constituído de 20 perguntas que podem ser respondidas por meio de autopreenchimento ou de entrevista, com opções de respostas “sim” ou “não”, sendo que, para cada resposta sim/positiva, atribui-se 01 (um) ponto, variando, assim, o escore de zero a 20 pontos, tendo como ponto de corte 5-6 para os homens e 7-8 para as mulheres (MARI; WILLIAMS, 1986). É composto por quatro agrupamentos sintomáticos: humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos.

Em relação aos TMMs, tendo como ponto de corte no SRQ-20, tanto para homens quanto mulheres, escore ≥ 7 , os resultados mostram uma prevalência de 41 casos de suspeição de TMM (51,2%) do total dos entrevistados (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência de TMM para a amostra global (n=80)

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não suspeito	39	48,8	48,8	48,8
	Suspeito	41	51,2	51,2	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa/2022.

3. Discussão

A quantidade predominante de ACSs do sexo feminino pode influenciar os resultados quanto ao aumento de sobrecarga, estresse, depressão e ansiedade, pois, de acordo com Vieira, Anido e Calife (2022), além da sobrecarga relatada pelos profissionais da saúde no combate à Covid-19, há diferenças de gênero nos impactos da pandemia – em geral as mulheres sofreram o mesmo impacto que os homens durante esse período, entretanto, ao analisar sua realidade de vida nesse contexto, houve diferenças nos fatores que geraram sobrecarga, como os afazeres domésticos, cuidados com os filhos e da família, baixa remuneração para desenvolver as mesmas funções e o papel de gênero, o que refletiu em maior fragilização de sua saúde mental.

Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde (2022), foi verificado que, independentemente do ano em análise, mulheres referiram diagnóstico de depressão com aproximadamente 2,8 vezes mais frequência do que os homens.

De modo geral, os profissionais são jovens, logo a idade não é um fator que influencie diretamente em sua saúde física e no desenvolvimento de suas funções, assim como em relação à sua saúde mental, pois, de acordo com o Ministério da Saúde (2021), o índice de depressão no Brasil é maior entre os idosos com idade superior aos 60 anos, seguido por jovens com idade entre 15 e 30 anos. Portanto, acredita-se que nesse período esse fator tenha contribuído de forma significativa na saúde física e mental desse grupo.

Por outro lado, de acordo com o Ministério da Saúde (2021), a taxa de mortalidade por suicídio é maior em pessoas solteiras, divorciadas e viúvas, descartando a maioria em questão. Entretanto, ao analisar os três grupos juntos, obtêm-se 30% dos participantes, valor que deve ser levado em consideração, pois há maior risco de cometer suicídio, uma das principais consequências da depressão.

Quanto ao regime de trabalho, nota-se que mais de 93% são funcionários efetivos do município, com mais de cinco anos no cargo, caracterizando-os como trabalhadores com segurança de estabilidade, pois, além de serem concursados, já cumpriram o período de estágio probatório e foram aprovados na avaliação. Conforme o art. 41 da Constituição Federal de 1988, essa é uma condição para a aquisição da estabilidade no serviço público e tem duração de três anos, a cortar o início das atividades ao assumir um concurso.

Com isso, o fator insegurança salarial decorrente de desemprego não é algo que contribua para a saúde mental nesse caso, embora Guirado e Pereira (2016, p. 93) sustentem que nos “modelos de organização no trabalho, tanto estatais quanto privados, identifica-se a real necessidade de intervenção quanto aos cuidados relacionados à saúde mental”.

Considerando o risco de transmissibilidade e de desenvolvimento de caso grave de Covid-19, a disponibilidade de equipamentos de proteção individual em quantidade suficiente é essencial. Entretanto, é possível observar na figura 4 que a maioria referiu que havia equipamentos disponíveis, mas em quantidade insuficiente, além de haver um número significativo de respostas acusando a falta desses equipamentos, especialmente óculos e/protetor facial. As máscaras cirúrgicas merecem ser destacadas, pois é, entre os EPIs recomendados (OPAS, 2020b), o mais utilizado para o desenvolvimento de atividades diárias desse grupo, e 80% relataram falta ou quantidade insuficiente. Esse fato favorece sentimentos de medo e insegurança quanto ao risco de adquirir a doença e ser um transmissor. A Fiocruz (2020) denuncia, em uma Nota Técnica, a falta de EPIs para os ACSs e aponta um processo discriminatório sofrido por eles, por muitas vezes não serem vistos como profissionais de saúde.

Vale ressaltar que, durante pandemia, o processo de trabalhos dos ACSs sofreu modificações, assim como outros profissionais da saúde, a fim de atender às novas demandas. Contudo, eles não deixaram de trabalhar com o público e realizavam as visitas para identificar os novos casos e comunicar quanto à importância do isolamento, estabelecendo

contato direto com pacientes infectados. Assim, é de suma importância a disponibilidade de equipamentos de segurança individual para protegê-los.

No que se refere à disponibilidade de EPIs, os ACSs foram questionados acerca da realização de treinamentos para o seu uso de forma adequada. Nesse ponto as respostas divergiram. Nota-se que aproximadamente metade dos participantes informaram que não houve treinamento e alguns afirmaram buscar informações por iniciativa própria. Todavia, é sabido que vídeos educativos acerca do uso de EPIs e fluxos de atendimentos foram realizados e disponibilizados via aplicativos de mensagem para os funcionários municipais de saúde. De todo modo, por motivo não identificado nesta pesquisa, metade dos ACSs não teve acesso a esse material. Mas, ao serem questionados se estavam recebendo apoio da instituição que atua no combate à Covid-19, 70% responderam que sim.

O uso adequado de EPIs, a organização do trabalho, o estabelecimento de fluxo de atendimento, o uso de técnicas e protocolos, bem como o treinamento ou capacitação dos profissionais de saúde, são fatores essenciais para a proteção dos profissionais de saúde durante seu trabalho (GARCIA et al., 2021).

Observa-se que até abril de 2022, 40% dos ACSs haviam se contaminado com o novo coronavírus, provavelmente devido à grande exposição a pessoas infectadas, disponibilidade de equipamentos de proteção individual insuficiente e/ou uso inadequado.

Eles não se sentiam protegidos quando estavam desempenhando sua função. Além das considerações acerca dos EPIs, há de se lembrar da incerteza acerca da vacinação, que se encontrava no início, e que mais de 50% destes tinham contato direto com familiares que estavam em grupos de risco, conforme representado na figura 5. Essas situações provocam irritabilidade, estresse, ansiedade, medo e angústia, o que também foi identificado em pesquisas realizadas com outros profissionais da saúde, como a de Humerez, Ohl e Silva (2020), com foco na equipe de enfermagem. Além disso, os ACSs referiram ter sofrido discriminação

em sua atividade laboral, situação vivenciada em outras localidades e destacada pela Fiocruz (2020).

Os resultados do SRQ-20 revelaram que 51% dos participantes (41) apresentam suspeição de transtornos mentais menores, indicando uma alta prevalência entre os ACSs do município de Dourados-MS. Essa prevalência é superior à encontrada em estudos que utilizaram o mesmo instrumento, como o de Santos et al. (2017), anterior à pandemia, realizado com 231 agentes nas unidades de saúde da zona urbana da cidade de Montes Claros (MG), cuja prevalência encontrada foi de 41,6%, e o de Neves et al. (2017), com 179 agentes da rede de serviços da Atenção Básica à Saúde do município de Itabuna, Bahia, o qual encontrou uma prevalência de 39,4%.

Estudos apontam (GUIMARÃES et. al, 2018) que a prevalência de transtornos mentais tem aumentado. Eles são “apontados como os que mais afastam os trabalhadores do ambiente laboral” (p. 61), ocupam “a terceira posição entre os motivos de concessão de benefícios previdenciários no Brasil e representam 13% da carga de doenças no mundo” (p. 61).

Quanto aos resultados do formulário elaborado pelos pesquisadores deste estudo sobre as condições de saúde mental, antes e durante a pandemia de Covid-19, a maioria apresentou, de maneira significativa, perturbação do sono, como insônia ou hipersonia (63%), irritabilidade (64%), dificuldade de concentração ou pensamento lento (60%) e incapacidade de relaxar (54%). Esses resultados são também superiores aos encontrados na pesquisa da Fiocruz (2020), intitulada *Monitoramento da saúde e contribuições ao processo de trabalho e à formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde em tempos de Covid-19*, realizada com 1.978 agentes de seis municípios – São Paulo, Guarulhos, Rio de Janeiro, São Gonçalo, Fortaleza e Maracanaú –, utilizando um formulário digital, autoinstrucional, com perguntas fechadas, organizadas em 4 eixos: perfil; acesso a equipamentos de proteção individual em tempos de Covid-19; condições de saúde do ACS frente à pandemia; e formação profissional para atuação na conjuntura de avanço do novo coronavírus.

Nessa pesquisa, evidenciou-se significativa frequência de sofrimento emocional – 96,1% relataram sofrimento relacionado ao contexto de pandemia, cujos sinais mais frequentemente indicados foram insônia (50,4%), tristeza (49,3%) e angústia (45,4%).

Os achados acima mencionados indicam que os ACSs vivenciam sofrimento psíquico em suas atividades, tais como: ansiedade, distúrbios do sono, irritabilidade, inquietude e dificuldade de concentração, o que interfere e compromete as relações de trabalho e os vínculos sociais, além de outras maleficências. Esses sintomas estão “associados a alterações de funcionamento comportamental, o que resulta em perturbação do equilíbrio emocional, podendo surgir quando as exigências do ambiente e do trabalho ultrapassam a capacidade de adaptação do sujeito, afetando sua capacidade produtiva” (GUIMARÃES et al., 2018, p. 62).

Vale ressaltar que os reflexos dos transtornos mentais “representam um importante custo em termos de sofrimento humano e prejuízos para trabalhadores, familiares, empresas e sociedade” (GUIMARÃES et al., 2018, p. 61).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), as consequências econômicas da perda de saúde são igualmente importantes, prevendo que, em termos de perdas econômicas, “o impacto cumulativo global de distúrbios psíquicos será de US\$ 16,3 bilhões entre 2011 e 2030” (GUIMARÃES et al., 2018, p. 62).

4. Considerações finais

Os resultados encontrados sugerem que no período da pandemia houve um agravamento na saúde física e mental dos ACSs de Dourados. Os sintomas mais citados foram insônia, dores de cabeça, preocupação, falta de interesse pelas coisas, cansaço e tristeza.

A alta prevalência de TMM (51,2%) evidencia a necessidade de políticas públicas que visem o bem-estar e promoção da saúde mental, com diagnóstico e tratamento precoce.

É considerável a probabilidade de transtornos mentais serem desencadeados por meio do desequilíbrio na harmonia do processo de trabalho e suas configurações sociais, criando, assim, um espaço de desprazer e, conseqüentemente, de adoecimento físico e psíquico.

Portanto, faz-se necessário que essas políticas públicas acompanhem todas as transformações na forma de trabalho, especialmente em tempos de pandemia, além de suas conseqüências para o processo saúde-doença. Sabe-se que as pesquisas que englobam a saúde do trabalhador, a saúde mental e a subjetividade humana são indissociáveis, do ponto de vista teórico, da pesquisa e da intervenção. Dessa forma, a compreensão da articulação entre saúde do trabalhador, subjetividade humana e trabalho depende de estratégias teóricas e ações interdisciplinares.

Por fim, nossos resultados indicam que novos estudos com essa população precisam ser realizados, posto que esta pesquisa foi realizada com uma amostra pequena e não permite generalizações para toda a população de ACSs. Além disso, por haver um corte transversal, não se pode estabelecer um fator causal ou sequencial para as associações encontradas. Contudo, o presente estudo tem relevância social e científica não somente para a área da saúde mental do trabalhador da saúde, mas, especialmente, para a área da saúde pública, visto que se mostra como possibilidade viável de desvendar a complexidade das ações voltadas à saúde do trabalhador da saúde e servir de estímulo a novas produções.

Referências

BARROS, M. B. A. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400018>. Acesso em: 25 jan. 2023.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 24 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de manejo clínico da COVID-19 na atenção especializada*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2020, p. 8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância. *Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil*. Boletim epidemiológico: v. 52, n. 33, set. 2021. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional da Família. Saúde mental. *Boletim Fatos e Números*, Brasília: v. 1, 2022. Disponível em <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/5.SADEMENTALLTIMAVERSO10.10.22.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf/>. Acesso em: 12 dez. 2022.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15 (supl. 1), jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700063>. Acesso em: 24 out. 2022.

CHIZZOTTI, Antonio. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

DANTAS, Giovana et al. Prevalência de transtornos mentais menores e subdiagnóstico de sintomas depressivos na atenção primária. *Clinical & Biomedical Research*, [S.l.], v. 31, n. 4, jan. 2012. ISSN 2357-9730.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. Observatório Covid-19. *Nota técnica sobre trabalho seguro, proteção à saúde e direitos dos agentes comunitários de saúde no contexto da pandemia de Covid-19*, 20 jan. 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/42355/nota_tecnica_acs_poli.pdf?jsessionid=73F67ACD0FBE611C60DA357DF7533BFD?sequence=2. Acesso em: 19 jan. 2023.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. 1º boletim da pesquisa monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19. 2020. Disponível em: https://acscovid19.fiocruz.br/sites/acscovid19.fiocruz.br/files/boletim_acs_25-08.pdf. Acessado em: 1 fev. 2023.

GARCIA, G. P. A. et al. Utilização de equipamentos de proteção individual para atendimento de pacientes com Covid-19: revisão de escopo. *Revista Gaúcha Enfermagem* v. 42, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200150>. Acesso em: 14 jan. 2023.

GONÇALVES, D. M., STEIN, A. T., KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSMIV-TR. *Caderno de Saúde Pública*, v. 24, n. 02, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>. Acesso em: 5 jun. 2021.

GUIMARÃES, L. A. M.; CERCHIARI, E. A. N.; MINARI, V. M. et al. Saúde mental do trabalhador do Pantanal sul-mato-grossense, Brasil. In: GUIMARÃES, L. A. M.; CERCHIARI, E. A. N. (Orgs.). *Saúde do trabalhador do Pantanal de Aquidauana, MS, Brasil: diagnóstico e propostas de intervenção*. Campo Grande, MS: Ed. UCDB, 2018. p. 61-82.

GUIRADO, G. M. P.; PEREIRA, N. M. P. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. *Caderno de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 01, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/jZgpygMZKXZtqzM53BLYGqR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2023.

HARDING, T. W.; ARANGO, M. V.; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C. E.; IBRAHIM, H. H. A.; LADRIDO-IGNACIO, L., et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* v. 10, n. 2, 1980. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700043993>. Acesso em: 27 ago. 2020.

HUMEREZ, D. C.; OHL, R. I. B.; SILVA, M. C. N. Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia Covid-19: ação do Conselho Federal de Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, v. 25, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.74115>. Acesso em: 17 jun. 2021.

LIMA, M. S. et al. Eventos de vida estressantes e transtornos psiquiátricos menores: uma estimativa da fração atribuível da população em um estudo brasileiro de base comunitária. *O Jornal Internacional de Psiquiatria em Medicina*. v. 26 n. 2, 1996. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2190/W4U4-TCTX-164J-KMAB>. Acesso em: 26 de jun. 2021.

LOURENÇO, E. A. S.; BERTANI, I. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Revista brasileira de saúde ocupacional*, v. 32, n. 115, jun. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572007000100011>. Acesso em: 15 jan. 2023.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *The British Journal of Psychiatry*, v. 148, p. 23-26, 1986.

NEVES, M. O.; ALMEIDA, T. H. R. C.; QUERINO, A. D. L. et al. Aspectos psicossociais do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. *Rev. Saúde Col. UFEF*, Feira de Santana, v. 7, n. 1, jun. 2017, p. 24-28. DOI: 10.13102/rsdcuaef.v7i1.1123.

OPAS. Pan American Health Organization. *Considerações psicossociais e de saúde mental durante o surto de COVID-19*. Mar. 2020a. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51996/OPASBRACOV1920040_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 17 jun. 2021.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. *Uso de máscara no contexto da Covid-19*. Orientação provisória, 1 dez., 2020b. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53101/OPASWBRAPHECOV1920162_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 16 maio 2021.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. *Uma em cada 100 mortes ocorre por suicídio, revelam estatísticas da OMS*. 17 de jun. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms>. Acesso em: 25 jan. 2023.

PAHO. Pan American Health Organization. *Covid-19 recommended interventions in mental health and psychosocial support (MHPSS) during the Pandemic*. Jun. 2020. Disponível em: <https://iris.paho>.

org/bitstream/handle/10665.2/52485/PAHONMHMHCVID-19200026_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 17 jun. 2021.

RAMOS-TOESCHER, A. M. et al. Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de Covid-19: recursos de apoio. *Escola Anna Nery*, v. 24, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ean/a/HwhCLFJwBRv9MdDqWCw6kmy/?lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2021.

SANTOS, A. M. V. de S.; LIMA, C. de A.; MESSIAS, R. B. et al. Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. *Cad. Saúde Colet.*, 2017, Rio de Janeiro, v.25, n. 2, p. 160-168. DOI: 10.1590/1414-462X201700020031.

SILVA NETO, R. M. et al. Efeitos psicológicos causados pela pandemia de Covid-19 em profissionais de saúde: uma revisão sistemática com meta-análise. *Progresso em Neuro-Psicofarmacologia e Psiquiatria Biológica*, v. 104, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110062>. Acesso em: 22 jan. 2023.

SOUZA, I. M. J. et al. Impacto na saúde dos profissionais de enfermagem na linha de frente da pandemia de Covid-19. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-214>. Acesso em: 20 jan. 2022.

VIEIRA, J., ANIDO, I., CALIFE, K. Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas? *Saúde em Debate*, v. 46, n. 132, 2022. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3trZqtP9WXKBeJ5WYzPzbKJ/>. Acesso em 12 jan. 2023.

WHO. World Health Organization. *WHO director-general's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)*. 30 jan. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-er-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-er-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 17 jun. 2021.

PARTE II

SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE:
ESTUDOS E PROPOSIÇÕES

A PANDEMIA DE COVID-19 EM DATAS, FATOS E NÚMEROS: PERCURSO HISTÓRICO

Roberto Dias de Oliveira
Márcia Maria de Medeiros

Um conceito fundamental

O termo pandemia, outrora restrito aos meios acadêmicos ou aos profissionais de saúde, desde o surgimento da doença do Coronavírus – 2, ou COVID-19 como ficou popularmente conhecido, passou a integrar a fala cotidiana da maior parte da população mundial. Logo, como a ideia de pandemia se tornou uma novidade, é necessário que se entenda o seu significado, a fim de não reproduzir falsas informações. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o termo pandemia pode ser definido como “uma epidemia que ocorre em todo o mundo, ou em uma área muito ampla, cruzando fronteiras internacionais e geralmente afetando um grande número de pessoas” (LAST, 2001).

Se você ficou satisfeito com este conceito, lamentamos decepcioná-lo, mas a própria OMS admite que o mesmo é limitado, pois valoriza o critério da propagação, em detrimento, por exemplo, da gravidade da doença ou entidade clínica, compreendida aqui como uma doença cuja história é conhecida no seu todo ou em parte (KELLY, 2011). Várias outras discussões podem ser suscitadas a luz da epistemologia¹, mas isso nos levaria a um caminho muito distante do que pretendemos com este ensaio e, para continuar nossa conversa, precisamos que você entenda que uma pandemia sempre está imersa em um contexto histórico, cultural, social, econômico e científico. Portanto, ela se caracteriza por ser um fenômeno plural e que articula questões de diferentes

¹ NUNES, João Arriscado. O resgate da epistemologia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 80, p. 45-70, 2008.

âmbitos além de ser marcada também pelo atravessamento de processos que envolvem o poder político.

Pandemias no decorrer da história

No decorrer da história, vivenciamos cinco eventos impactantes, sob a égide do termo pandemia, os quais descreveremos aqui em uma perspectiva cronológica. Começamos com a varíola, causada pelo vírus *Orthopoxvirus variolae* (FIELDS; KNIPE, 1990), responsável pela morte de mais de 60 milhões de pessoas e que aparece em várias épocas, desde o Egito de Ramsés II, passando pela Inglaterra da rainha Maria II e pela França de Luís XV. Felizmente, dado aos esforços mundiais, a OMS a considera esta doença erradicada desde 1980. No cenário da história das doenças, ela é única enfermidade que alcançou este *status* (SCHATZMAYR, 2001; FARRELL, 2003).

Posteriormente, tivemos a pandemia da peste bubônica, causada pela *Yersinia pestis* (FIELDS; KNIPE, 1990), evento que ficou conhecido como Peste Negra e vitimou cerca de 100 milhões de pessoas no século XIV (FARRELL, 2003; BENEDICTOW, 2011). A peste negra foi responsável pela criação de outro conceito que a COVID-19 popularizou: o termo quarentena (DOKE; DOKE, 2021). Advindo do italiano “*quaranta giorn?*”, pode ser traduzido livremente como quarenta dias, período aproximado de incubação da *T. pestis*. O impacto da peste negra foi tão significativo que aparece em diversas obras de arte do período da Baixa Idade Média (figura 1).



Figura 1 - O Triunfo da Morte (Museo del Prado, 1562) .

No século XIX temos o aparecimento da primeira pandemia de cólera (nossa terceira pandemia das cinco), uma doença causada pelo *Vibrio cholerae* (FIELDS; KNIPE, 1990; FARRELL, 2003) e responsável por centenas de milhares de mortes. A doença está fortemente associada a condições socioeconômicas desfavoráveis e ausência de tratamento de água e esgoto, condições presentes nas periferias do mundo todo até os dias atuais. Associado a isso, o *V. cholerae* é bastante propenso a mutações, favorecendo a ocorrência de surtos e epidemias atualmente. A OMS estima que ocorram de 1,4 a 4,3 milhões de casos de cólera anualmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023a).

A quarta pandemia, ocorrida entre os anos de 1918 – 1920, foi causada por um vírus Influenza subgrupo A – H1N1 (FIELDS; KNIPE, 1990) e ficou conhecida historicamente pelo nome de **gripe espanhola**, levando a óbito de 50 a 100 milhões de pessoas, além de infectar $\frac{1}{4}$ da população mundial da época, estimada em 500 milhões de pessoas (BERCHE, 2022). A Espanha, com grande número de pessoas contaminadas,

se encarregou de divulgar a notícia e isso fez com que o país tenha sido associado, injustamente, à gripe, dando-lhe o nome. Cabe ressaltar que os sintomas provocados pela gripe espanhola eram semelhantes aos da COVID-19 (SIMONETTI; MARTINI; ARMOCIDA, 2021), assim como a gravidade dos desfechos (número de infectados e mortes).

E finalmente, chegamos a nosso último grande evento “pré-COVID-19”, considerando os mais de 25 milhões de óbitos registrados, a epidemia de HIV/AIDS². Com o primeiro caso assinalado em 1981 (FARRELL, 2003; GREENE, 2007), estima-se que mais de 40 milhões de pessoas vivam com o vírus atualmente e 650 mil tenham morrido de AIDS em 2021 (UNAIDS, 2023). Esta epidemia carrega singularidades, a começar por sua dimensão temporal. As projeções mostram mais de 7 milhões de mortes nos próximos 10 anos, em decorrência da sinergia com a COVID-19 (WHO, 2023).

A pandemia de COVID-19

Os primeiros casos da COVID-19 foram relatados na cidade de Wuhan, província de Hubei – China, no início de dezembro de 2019, como uma pneumonia de etiologia desconhecida (HUANG et al., 2020). Provavelmente, devido ao fato de que a maioria dos infectados era assintomática ou oligossintomática (DAY, 2020; KRONBICHLER et al., 2020), a transmissão comunitária pode ter ocorrido antes destes primeiros relatos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Após a identificação do agente causal desta pneumonia de Hubei, o SARS-CoV-2³, a doença se espalhou para as províncias chinesas circunvizinhas (WU; MCGOOGAN, 2020).

Em aproximadamente 30 dias, outros países relataram circulação viral significativa, tendo como fonte de infecção primária pessoas que retornavam de viagens à China. Em janeiro de 2020, o vírus se dispersou pela

² HIV – do inglês *Human Immunodeficiency Virus*, vírus da imunodeficiência humana; AIDS – do inglês *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, síndrome da imunodeficiência adquirida.

³ SARS-CoV-2 – do inglês *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*, Síndrome respiratória aguda grave do Coronavírus 2.

Coréia do Sul, Itália, Irã e Japão e a seguir, para os demais países da Europa, Américas e África (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023b).

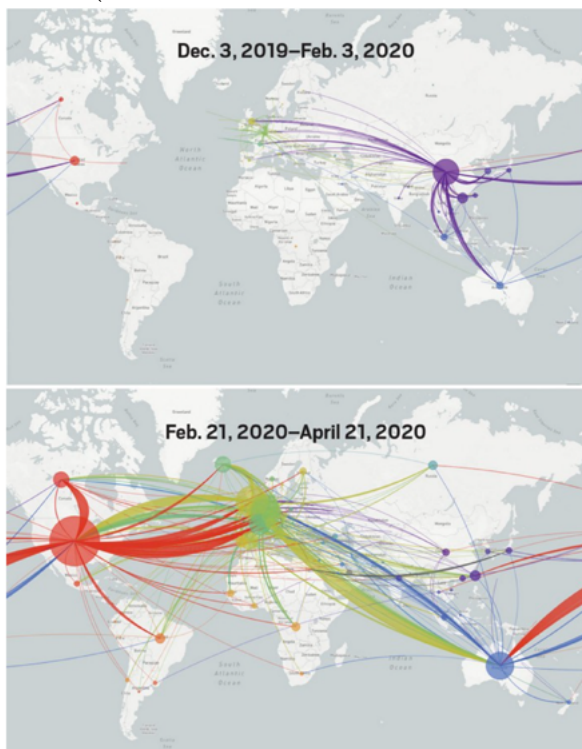


Figura 2 – Dispersão dos casos de COVID-19, de dezembro de 2019 a abril de 2020 (NEXTSTRAIN, 2023).

A OMS declarou que o surto de COVID-19 se constituía em uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), em 30 de janeiro de 2020. Essa decisão tinha como objetivo aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade mundial para interromper a dispersão da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Após o vírus se espalhar para vários países e regiões do mundo, a OMS declarou o surto de COVID-19 como uma pandemia, em 11 de março de 2020 (CUCINOTTA; VANELLI, 2020; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

Até o momento da escrita deste texto, o SARS-CoV-2 se espalhou para 223 países, com mais de 750 milhões de casos e aproximadamente 6,8 milhões de óbitos relatados globalmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023c). Os EUA ainda computam o maior número de infecções por SARS-CoV-2 (mais de 78 milhões) e óbitos (mais de 900 mil), seguidos pelo Brasil e pela Índia. A estimativa atual da OMS da taxa global de mortalidade pela COVID-19 é de 2,7% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023c) (Figura 2). Já a mortalidade intra-hospitalar variou em média de 10% a 30% em diferentes países, com taxas mais elevadas encontradas em pessoas doentes que foram admitidas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), homens, idosos e sujeitos com doenças preexistentes (AULD et al., 2022; CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, 2022; DESSIE; ZEWOTIR, 2021; FINELLI et al., 2021; RANZANI et al., 2021; ZIMMERMANN et al., 2021).

A COVID-19 no Brasil

O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo, em um homem de 61 anos, com histórico de viagem ao norte da Itália (BURKI, 2020). Um estudo estimou que 54,8% de todos os casos importados no Brasil, no início da pandemia, seriam provenientes de viajantes infectados que voltavam de viagens ao exterior: Itália, China (9,3%) e França (8,3%), respectivamente. Apesar das medidas adotadas pelo governo brasileiro, o vírus se espalhou rapidamente por todo território nacional (CRODA et al., 2020).

Transcorreram pouco menos de 5 meses desde a notificação do primeiro infectado pelo SARS-CoV-2 (8ª semana epidemiológica - SE), até o pico da primeira onda (30ª SE) com mais de 65 mil novos casos e 1500 óbitos registrados em um único dia (figura 2). Nesse momento, o Brasil já apresentava, aproximadamente, 2,5 milhões de casos confirmados, 213 mil hospitalizações e mais de 85 mil óbitos, sendo o segundo país com maior número de casos e óbitos pela COVID-19 no ranking mundial. A partir da 30ª até a 44ª SE ocorreu um declínio substancial de casos e óbitos (BRASIL, 2020).

A primeira onda de COVID-19 no Brasil foi caracterizada pela introdução e dispersão do vírus no país. O estado de São Paulo foi responsável por 35% das hospitalizações e 25% do total de óbitos nesse período (BRASIL, 2020). Com a implementação de medidas de isolamento e biossegurança, o número de infectados e de óbitos teve um declínio entre a 30ª e a 44ª SE (ZEISER et al., 2022). Análises genômicas demonstraram que as variantes prevalentes no início e meio da primeira onda foram B.1.1.28 (20 a 30%), B.1.1.33 (10 a 35%) e, ao final, a prevalência foi de aproximadamente 20% da variante P.2 (Zeta) (CANDIDO et al., 2020) assessments of the impact of nonpharmaceutical interventions (NPIs).

Série Temporal por Semana Epidemiológica

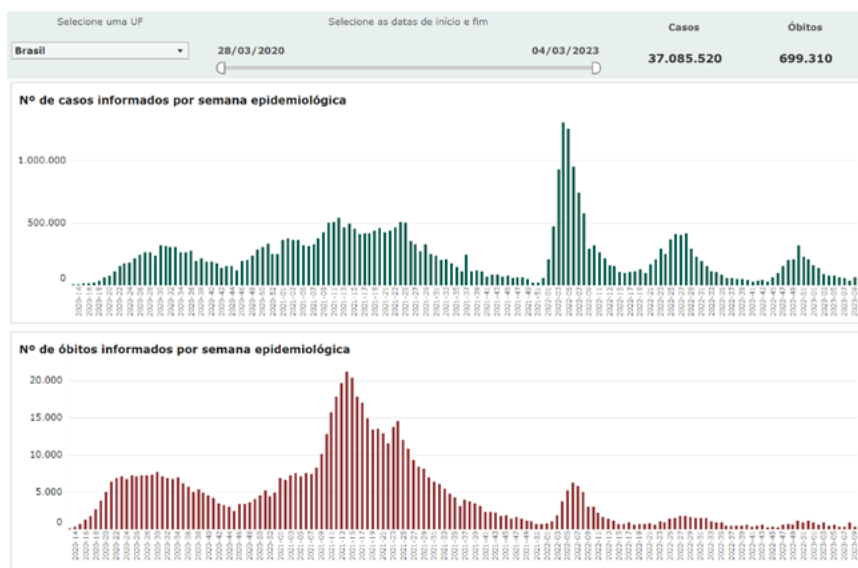


Figura 3 - Distribuição temporal (por SE) do número de casos e óbitos por COVID-19, registrados no Brasil (CONASS, 2020).

Em meados de novembro de 2020 teve início a segunda onda da doença em território nacional (BRASIL, 2020). Essa, por sua vez, com maior número de infectados diariamente, foi impulsionada pela introdução de uma nova variante, a P.1 (Gama), descoberta em Manaus (COUTINHO et al., 2021). Durante a segunda onda, prevaleceram as variantes Zeta e Gama. A Zeta teve maior ocorrência durante a 50ª/2020 a 7ª/2021 SE

(~20%). A partir da 7ª SE a Gama dominou o cenário, oscilando entre 60% a 90% das variantes circulantes no Brasil (ZEISER et al., 2022).

A segunda onda da COVID-19 foi marcada pelo colapso no sistema de saúde na cidade de Manaus, capital do estado do Amazonas o qual foi noticiado mundialmente, com dezenas de pessoas mortas por asfixia devido à falta de oxigênio para suprir a demanda de casos graves (BARRETO et al., 2021). Entretanto, não foi apenas o sistema de saúde da região supramencionada que sofreu com a disseminação da variante Gama. À medida que ela se disseminou pelo território nacional, novos recordes de óbitos foram registrados em todos os estados (BRASIL, 2020). Na 11ª SE a taxa de ocupação de leitos de UTI para adultos encontrava-se em nível crítico (taxas superiores a 80% de ocupação) em 18 estados e Distrito Federal (CRUZ, 2023). O estado de São Paulo voltou a apresentar os maiores números, com acúmulo de quase 20 mil internações em uma semana (11ª SE) (BASTOS et al., 2021) e mais de 1300 óbitos em um dia, correspondendo a 30% dos óbitos no pico da segunda onda (BRASIL, 2020).

Os números médios de admissões por semana aumentaram, durante esse período, em 59% em relação à primeira onda. Já o número de pessoas que necessitaram de suporte ventilatório não invasivo ou invasivo aumentou 192% e os óbitos intra-hospitalares passaram de 33% para 40%. Outro dado importante é que a mediana da idade dos indivíduos hospitalizados sofreu uma queda (de 63 para 59 anos) (BASTOS et al., 2021). Análise realizada pela FIOCRUZ reforçou essa tendência de hospitalizações em menores de 60 anos, incluindo pessoas que necessitaram de internação em UTI (FIOCRUZ, 2021).

Com predominância da variante Gama, a segunda onda foi a responsável pelos maiores registros de internações e óbitos ocorridos no Brasil desde o início da pandemia, com o número diário de óbitos ultrapassando a casa dos 4 mil. A partir de então, as infecções, internações e óbitos apresentaram uma queda, mas mantiveram estabilidade em altos patamares até a 21ª SE. Entretanto, a estabilidade não

durou muito e o número de casos e óbitos voltou a subir. Na 25ª SE o Brasil atingiu um novo recorde diário de casos novos e aproximadamente 124 mil pessoas foram diagnosticadas com a doença (BRASIL, 2020; JOHNS HOPKINS, 2023).

A vacinação contra a COVID-19 foi iniciada no final de janeiro de 2021, ainda durante a segunda onda, com duas vacinas aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para uso emergencial: a CoronaVac® (Sinovac/Butantan) e ChAdOx1® (AstraZeneca/Fiocruz) (BRASIL, 2022). A aplicação concentrou-se em quatro grupos prioritários, um deles, os idosos, o que pode explicar a diminuição nas hospitalizações (BASTOS et al., 2021; FIOCRUZ, 2021) e mortalidade (VICTORA et al., 2021) dos indivíduos desse grupo a partir da 6ª SE. Apesar de a vacinação ter começado na 3ª SE, a implementação foi muito lenta, devido principalmente a questões burocráticas e dificuldade de resolutividade dos governos estaduais e federal. A redução efetiva de óbitos pode ser observada apenas a partir da 24ª SE, em meados de junho (BRASIL, 2020; JOHNS HOPKINS, 2023).

A queda de casos e óbitos se mantiveram até a 1ª SE de 2022, com um pequeno aumento de casos no meio desse período, na 38ª SE/2021, devido a disseminação da variante Delta (JOHNS HOPKINS, 2023). A rápida introdução e disseminação da variante Ômicron, e o relaxamento das medidas não farmacológicas e a alta mobilidade por conta das comemorações de final de ano, contribuíram para o substancial aumento no número de casos da COVID-19, com novo recorde diário de 287 mil novos casos registrados em apenas um dia na 5ª SE (BRASIL, 2020).

Apesar do aumento exponencial de infecções, as hospitalizações e óbitos não ultrapassaram os números observados durante o pico da variante Gama, compatível com estudos de outros países que demonstraram que pessoas infectadas pela variante Ômicron tem menor probabilidade de serem hospitalizadas e ter desfechos graves (LEWNARD et al., 2022; WOLTER et al., 2022). O Brasil atingiu mais de 30 milhões de casos confirmados da COVID-19. O número de óbitos chegou a mais

de 660 mil, com uma taxa de letalidade de 2,2%. Destes, 5 milhões de casos (~17%) e 167 mil óbitos (~25%) estão concentrados no estado de São Paulo (CONASS, 2020). Segundo o Registro Nacional de Terapia Intensiva, 19% das admissões em UTI foram devido a COVID-19, desses ~35% foram a óbito. Homens, idosos e pessoas com comorbidades evoluíram mais para desfechos graves no Brasil e no mundo (DESSIE; ZEWOTIR, 2021; MIB, 2019).

Algumas palavras finais

Neste momento você deve estar se questionando o que torna a pandemia de COVID-19 um evento marcante para a história contemporânea das doenças, já que, se analisarmos somente sob a égide da mortalidade, comparada com a peste negra por exemplo, a COVID-19 não atingiu 10% do total de mortes, o que parece pouco impactante.

Por isso retomamos nossa frase, na qual dizemos que uma pandemia tem várias dimensões. Vale salientar que a dimensão temporal da COVID-19 foi impressionante, desde o relato dos primeiros casos até a declaração de pandemia, transcorreram-se pouco mais de 4 meses, singularidade que não tinha sido registrada até então. Ou seja, a doença se alastrou pelo mundo em uma velocidade até então sem precedentes. Em parte, esse fenômeno se deve a facilidade com que hoje, nos deslocamos pelo planeta devido ao uso do avião, por exemplo.

Outro aspecto no qual a COVID-19 impactou foi nas mudanças relativas ao estilo de vida. Ao redor do mundo, as pessoas alteraram seus hábitos cotidianos desde a ida ao supermercado até o universo do mundo do trabalho, com a consolidação das práticas de *home office* e reuniões virtuais.

A velocidade com a qual a COVID-19 percorreu o mundo é apenas um reflexo da globalização que vivemos na atualidade, na qual a circulação de pessoas, mercadorias e informações é impressionante, o que, ao mesmo tempo que facilitou a dispersão da doença, foi responsável pelo rápido desenvolvimento de vacinas.

E por fim, o impacto econômico e social desencadeado pela pandemia de COVID-19 é alarmante. Estima-se um decréscimo de 3% no PIB⁴ mundial (AHMAD et al., 2020), um excesso de morte na casa dos 20,5 milhões (AROLAS et al., 2021), enquanto que na educação, estima-se que 1,5 bilhões de estudantes ficaram fora da escola entre nos anos de 2020 e 2021 (TADESSE; MULUYE, 2020). Não obstante, o impacto de tudo isso ainda não temos condições de avaliar e, certamente, sentiremos os desdobramentos deste processo pelos anos vindouros.

Indubitavelmente a pandemia promoveu uma série de reflexões em torno de alguns setores, mostrando que o modelo atual de organização impetrado pela globalização e pelas práticas capitalistas de consumo, o qual prioriza o crescimento pode se mostrar insustentável. Por conta desse processo, podemos afirmar que estamos atualmente em uma bifurcação do tempo histórico que nos aponta para algumas direções, entre elas uma mudança nos hábitos de consumo e de convivência entre as pessoas, inclusive para repensar as atitudes em relação à saúde em termos mundiais, com o intuito de garantir um futuro melhor para as próximas gerações.

Referências

- AHMAD, T. et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic and Economic Impact. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, v. 36, n. COVID19-S4, p. S73–S78, maio 2020.
- AROLAS, H. P. I. et al. Years of life lost to COVID-19 in 81 countries. **Scientific Reports**, v. 11, n. 1, p. 3504, 18 fev. 2021.
- AULD, S. C. et al. Trends in ICU Mortality From Coronavirus Disease 2019: A Tale of Three Surges. **Critical Care Medicine**, v. 50, n. 2, p. 245–255, 1 fev. 2022.
- BARRETO, I. C. DE H. C. et al. Health collapse in Manaus: the burden of not adhering to non-pharmacological measures to reduce the transmission of Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 1126–1139, 8 dez. 2021.
- BASTOS, L. S. et al. COVID-19 hospital admissions: Brazil's first and second waves compared. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 9, n. 8, p. e82–e83, 1 ago. 2021.
- BENEDICTOW, O. J. **La Peste Negra, 1346-1353: La historia completa**. [s.l.] Ediciones AKAL, 2011.

⁴ PIB – Produto Interno Bruto.

- BERCHE, P. The Spanish flu. **Presse Medicale (Paris, France: 1983)**, v. 51, n. 3, p. 104127, set. 2022.
- BRASIL. **Boletins Epidemiológicos COVID-19**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/boletins-epidemiologicos-covid-19>>. Acesso em: 13 mar. 2023.
- BRASIL. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra Covid-19 - 13ª Edição - 05/2022 — Ministério da Saúde**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/13a-edicao-pno-23-05-2022-1.pdf/view>>. Acesso em: 13 mar. 2023.
- BRUGEL THE ELDER, P. **The Triumph of Death**, 1562. Disponível em: <<https://www.museodelprado.es/en/the-collection/art-work/the-triumph-of-death/d3d82b0b-9bf2-4082-ab-04-66ed53196ccc>>. Acesso em: 13 mar. 2023.
- BURKI, T. COVID-19 in Latin America. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 20, n. 5, p. 547–548, 1 maio 2020.
- CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. **COVID-19 hospitalization and emergency department statistics | CIHI**. Disponível em: <<https://www.cihi.ca/en/covid-19-hospitalization-and-emergency-department-statistics>>. Acesso em: 13 mar. 2023.
- CANDIDO, D. S. et al. Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. **Science (New York, N.Y.)**, v. 369, n. 6508, p. 1255–1260, 4 set. 2020.
- CONASS. **PAINEL CONASS | COVID-19**. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>>. Acesso em: 13 mar. 2023.
- COUTINHO, R. M. et al. Model-based estimation of transmissibility and reinfection of SARS-CoV-2 P.1 variant. **Communications Medicine**, v. 1, n. 1, p. 1–8, 15 nov. 2021.
- CRODA, J. et al. COVID-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. **Revista Da Sociedade Brasileira De Medicina Tropical**, v. 53, p. e20200167, 2020.
- CRUZ. **MonitoraCovid-19**. Disponível em: <<https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 13 mar. 2023.
- CUCINOTTA, D.; VANELLI, M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. **Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis**, v. 91, n. 1, p. 157–160, 19 mar. 2020.
- DAY, M. Covid-19: four fifths of cases are asymptomatic, China figures indicate. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 369, p. m1375, 2 abr. 2020.
- DESSIE, Z. G.; ZEWOTIR, T. Mortality-related risk factors of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of 42 studies and 423,117 patients. **BMC infectious diseases**, v. 21, n. 1, p. 855, 21 ago. 2021.
- DOKE, P.; DOKE, P. P. Revisiting the Quarantine Concept Amid the COVID-19 Pandemic. **Asia-Pacific Journal of Public Health**, v. 33, n. 2–3, p. 309–310, 2021.
- FARRELL, J. **A Assustadora História das Pestes e das Epidemias**. Trad. Mauro Silva, São Paulo; Ediouro, 2003.

- FIELDS, B. N.; KNIPE, D. M. **Fields virology**. 2nd. ed. New York: Raven Press, 1990.
- FINELLI, L. et al. Mortality Among US Patients Hospitalized With SARS-CoV-2 Infection in 2020. **JAMA network open**, v. 4, n. 4, p. e216556, 1 abr. 2021.
- FIOCRUZ. **Boletim Observatório COVID-19, semanas epidemiológicas 18 e 19**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2021.
- GREENE, W. C. A history of AIDS: looking back to see ahead. **European Journal of Immunology**, v. 37 Suppl 1, p. S94-102, nov. 2007.
- HUANG, C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **Lancet (London, England)**, v. 395, n. 10223, p. 497–506, 15 fev. 2020.
- JOHNS HOPKINS. **Brazil - COVID-19 Overview - Johns Hopkins**. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/region/brazil>>. Acesso em: 13 mar. 2023.
- KELLY, H. The classical definition of a pandemic is not elusive. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 89, n. 7, p. 540–541, 1 jul. 2011.
- KRONBICHLER, A. et al. Asymptomatic patients as a source of COVID-19 infections: A systematic review and meta-analysis. **International journal of infectious diseases: IJID: official publication of the International Society for Infectious Diseases**, v. 98, p. 180–186, set. 2020.
- LAST, J. M. **A Dictionary of Epidemiology**. 4th. ed. New York: Oxford University Press, 2001.
- LEWNARD, J. A. et al. Clinical outcomes associated with SARS-CoV-2 Omicron (B.1.1.529) variant and BA.1/BA.1.1 or BA.2 subvariant infection in Southern California. **Nature Medicine**, v. 28, n. 9, p. 1933–1943, set. 2022.
- MIB. **Benchmarking - COVID-19 - UTIs Brasileiras**. Disponível em: <<http://www.utis-brasileiras.com.br>>. Acesso em: 13 mar. 2023.
- NEXTSTRAIN. **Nextstrain / ncov / gisaid / global / 6m**. Disponível em: <<https://nextstrain.org/ncov/gisaid/global/6m>>. Acesso em: 14 mar. 2023.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Histórico da pandemia de COVID-19**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 13 mar. 2023.
- RANZANI, O. T. et al. Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 9, n. 4, p. 407–418, 1 abr. 2021.
- SCHATZMAYR, H. G. A varíola, uma antiga inimiga. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 1525–1530, dez. 2001.
- SIMONETTI, O.; MARTINI, M.; ARMOCIDA, E. COVID-19 and Spanish flu-18: review of medical and social parallelisms between two global pandemics. **Journal of Preventive Medicine and Hygiene**, v. 62, n. 3, p. E613–E620, set. 2021.
- TADESSE, S.; MULUYE, W. The Impact of COVID-19 Pandemic on Education System in Developing Countries: A Review. **Open Journal of Social Sciences**, v. 8, n. 10, p. 159–170, 30 set. 2020.

UNAIDS. **Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet**. Disponível em: <<https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>>. Acesso em: 13 mar. 2023.

VICTORA, P. C. et al. Estimating the early impact of vaccination against COVID-19 on deaths among elderly people in Brazil: Analyses of routinely-collected data on vaccine coverage and mortality. **EClinicalMedicine**, v. 38, p. 101036, ago. 2021.

WHO. **HIV - Key facts**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>>. Acesso em: 13 mar. 2023.

WOLTER, N. et al. Early assessment of the clinical severity of the SARS-CoV-2 omicron variant in South Africa: a data linkage study. **Lancet (London, England)**, v. 399, n. 10323, p. 437–446, 29 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)**. Disponível em: <[https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-n-cov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-n-cov))>. Acesso em: 13 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO-convened global study of origins of SARS-CoV-2: China Part**. Disponível em: <<https://www.who.int/publications-detail-redirect/who-convened-global-study-of-origins-of-sars-cov-2-china-part>>. Acesso em: 13 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cholera**. Disponível em: <<https://www.who.int/health-topics/cholera>>. Acesso em: 10 mar. 2023a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus Disease (COVID-19) Situation Reports**. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 13 mar. 2023b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. Disponível em: <<https://covid19.who.int>>. Acesso em: 13 mar. 2023c.

WU, Z.; MCGOOGAN, J. M. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. **JAMA**, v. 323, n. 13, p. 1239–1242, 7 abr. 2020.

ZEISER, F. A. et al. First and second COVID-19 waves in Brazil: A cross-sectional study of patients' characteristics related to hospitalization and in-hospital mortality. **Lancet Regional Health. Americas**, v. 6, p. 100107, fev. 2022.

ZIMMERMANN, I. R. et al. Trends in COVID-19 case-fatality rates in Brazilian public hospitals: A longitudinal cohort of 398,063 hospital admissions from 1st March to 3rd October 2020. **PloS One**, v. 16, n. 7, p. e0254633, 2021.

PARA ALÉM DA MÁSCARA E DO ÁLCOOL EM GEL: ASPECTOS SOBRE A SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PANDEMIA

Claudia Janayna Carollo
Elenita Sureke Abilio
Josiane França Peralta Dan
Marcia Adriana Fokura

1. Introdução

A proposta deste capítulo foi descrever a experiência de quatro profissionais de saúde que atuam em processos de gestão de educação em saúde e na área assistencial da atenção básica e especializada da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados, no Mato Grosso do Sul (MS). A reflexão abrange os impactos à saúde do trabalhador ocasionados no período da pandemia de COVID-19, iniciada em 2020. As autoras buscaram entrelaçar a experiência vivida no trabalho durante a crise sanitária com o diálogo científico, a partir do lugar onde atuavam como profissionais de saúde.

O cenário analisado nesse período indicou a necessidade de mudanças das políticas de valorização do trabalhador e da trabalhadora de saúde, considerando a precariedade a que estes são submetidos no exercício de suas funções, como o baixo investimento na Política de Educação Permanente, conforme apontado por Santos Filho et al. (2009), e nas demais pesquisas que estruturam a Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003 com o objetivo de qualificar as práticas de gestão e atenção em saúde (BRASIL, 2004).

Ressalta-se que uma das diretrizes da PNH foi denominada “Valorização do trabalho e do trabalhador de saúde” e trata das questões relacionadas ao processo de trabalho e o contexto nos quais eles estão inseridos. Santos Filho et al. (2009) cita que a valorização compreende conceitos

ligados às relações de trabalho e sua reorganização a partir das experiências de produção e vínculo, relações interpessoais e participação na gestão dos serviços, visto que o trabalhador é o ator essencial no processo.

Podemos afirmar que a forma de trabalho na área da saúde, por sua complexidade, ao mesmo tempo em que produz saúde, pode gerar sofrimento por envolver os trabalhadores em situações diversas de fragilidade do ser humano, que os colocam em contato com os usuários na vivência de dores, angústias, sofrimento e outros sentimentos. Então, além do exercício da função enquanto técnica prescrita em editais, regulamentos e normas, há uma sobrecarga intensa, com fatores subjetivos não contemplados nestes documentos que trazem como consequências o desgaste, o sentimento de impotência frente às demandas apresentadas, a interferência nas relações interpessoais no cotidiano de trabalho, o aumento de manifestações, como ansiedade e depressão, dentre outros.

Citamos a PNH para afirmar que a análise do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido destacada desde a sua constituição. Por mais de uma década foi incluída nas agendas gestoras, garantindo espaços de cogestão e protagonismo, ainda que com ressalvas aos trabalhadores. Porém, aos poucos, foi deixando de ser destaque, visto que as agendas prioritárias, como financiamento, acesso aos serviços e o investimento em tecnologia e na atenção hospitalar passaram a ser o foco da gestão.

Outro ponto importante a ser destacado é a Política Nacional de Saúde Mental, que tem seu histórico concretizado a partir da luta de trabalhadores de saúde mental e usuários do SUS, descritos por Amarante e Nunes (1995) como protagonistas na “Reforma Psiquiátrica: aquelas organizadas a partir das ações diretas da sociedade civil e dos trabalhadores de Saúde Mental (p. 2069)”, que ocorre para além das lutas para concretização da política com garantia de direitos dos usuários e a inclusão dos trabalhadores como atores essenciais nessa luta.

Assim, pensar nos trabalhadores como atores na constituição política dos serviços de saúde é o caminho libertário para o protagonismo, que por enquanto aparece tímido em ações de controle social e

grupos sindicais, mas potente na esperança de mudanças políticas que garantam espaços dialógicos aos profissionais.

Partimos da análise citando a saúde mental como referência para a atuação dos trabalhadores do SUS na pandemia, que só evidenciou o quanto a gestão política está despreparada e fragilizada para lidar com os aspectos subjetivos que validam a atuação junto aos usuários e claramente expôs os aspectos objetivos para a tão sonhada concretização da implantação da PNH. Há desafios imensos, que se repetem durante os anos de lutas pelas políticas de saúde.

Espera-se contribuir com discussões, trocas e proposição de ideias para a melhoria do cuidado da saúde desses profissionais. No entanto, discorrer acerca da pandemia, para nós, é apenas um recorte para tratarmos do sofrimento no trabalho, como um alerta para a sensibilização dos gestores e dos caminhos para o fortalecimento da classe. O ideal seria se a cogestão fosse valorizada por estes e apropriada por trabalhadores e usuários, como potência para garantir a organização das práticas em saúde e o alcance de objetivos comuns que atendam as demandas da população.

2. Aspectos sobre o processo de trabalho na pandemia

O dia 11 de março de 2020 foi marcado mundialmente pelo decreto da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) e uma nova pandemia. Causada pelo vírus SARS-CoV-2, a COVID-19 se espalhou rapidamente e, no dia 18 de março de 2022, os casos confirmados já ultrapassavam a marca de 214 mil no mundo.

Sem planejamento prévio ou planos estratégicos para combater essa nova doença, o impacto social, econômico e principalmente nas políticas de saúde foi calamitoso. Só no Brasil foram registrados até o dia 22 de novembro de 2022 cerca de 35.052.152 casos e um total de 689.155 mil óbitos ocasionados da doença (BRASIL, 2022, p. 6).

Considerando a precarização do sistema de saúde brasileiro, congelamento de gastos, terceirizações, deterioramento dos serviços,

subfinanciamentos, desmantelamento do SUS, fechamento de comércios, contenção de gastos, altos índices de desemprego, acréscimos fiscais, corrupção e escândalos envolvendo órgãos governamentais e fiscais, o Brasil foi acometido pelo vírus, e o caos se instaurou em todos os setores públicos e privados.

As configurações da saúde no mundo são singulares, tendo características governamentais, populacionais, sociais, dentre outras, que as diferenciam. O Brasil, diante das inúmeras condições adversas das políticas de saúde, principalmente no tocante às questões de precarização do trabalho em saúde, não estava preparado para combater a COVID-19, pois a falta de infraestrutura e garantias trabalhistas ocasionou um “boom” de contratações de profissionais de saúde, que até então se encontravam desempregados. Para tal, priorizou-se maior agilidade na formação e concessão de diplomas às classes médicas nas instituições de ensino superior, expandindo serviços e, de certa forma, rompendo normas institucionais frente à emergência sanitária que nos foi imposta.

Além dos danos à integridade física, a falta de materiais e insumos de saúde no mercado foi motivo de preocupação e anseio para os profissionais de saúde, por serem indispensáveis em suas atividades laborais (OKUMURA; TOMAZELA, 2020). Cita-se o ônus da máscara cirúrgica, pois a demanda da oferta e da procura prevaleceu, e uma caixa de máscaras, com 50 unidades, passou de R\$ 4,50 para até R\$ 140,00.

A pandemia de COVID-19 se configurou como uma crise mundial, dados os agravantes ocorridos nos contextos biomédico, econômico, epidemiológico e social, requerendo uma série de ações, condutas e práticas emergenciais em todas as repartições públicas e privadas, essencialmente nos serviços de saúde.

Na tentativa de cessar a disseminação do vírus, diversas medidas passaram a ser tomadas; implementadas de forma abrupta ou gradativa, cada país adotou os critérios específicos, considerando sistemas econômicos, políticos e culturais da região (KUPFERSCHMIDT; COHEN, 2020). Quanto às práticas aplicadas, a grande maioria dos estados incluiu:

higienização das mãos; precauções respiratórias; uso de máscaras faciais; fechamento das instituições de ensino; impedimento de eventos e aglomeração de pessoas; restrição de meios de transporte intra e intermunicipais; orientações para a permanência da comunidade em suas casas; proibição da população nas ruas, quando estes não pertenciam à classe de serviços de saúde ou segurança, período este em que as pessoas saíam apenas para realizar a compra de alimentos ou remédios.

A preocupação dos trabalhadores de saúde transcendeu as paredes hospitalares ou de outras unidades de saúde para o ambiente domiciliar, que também exigiu deles um remodelamento. Desde a chegada em casa, a retirada de vestimentas e calçados utilizados no trabalho, até os cômodos segregados exclusivamente para sua permanência, a lavagem das louças e de roupas de banho e cama já não eram mais tão simples e práticos de realizar.

A COVID-19 acometeu em um curto intervalo milhares de pessoas, proporcionalmente a interconectividade propagava constantemente uma série de informações e notícias de forma veloz. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) denomina infodemia o fenômeno de disseminar em demasia informações associadas a um determinado tema e que se multiplica exponencialmente por meio de mídias e redes sociais, em um curto período, caracterizado por murmurinhos e dados nem sempre fidedignos ou de caráter duvidoso.

O excesso de informações, muitas vezes conflitantes, torna difícil encontrar aquelas que são verdadeiramente úteis para orientar as pessoas, e pode dificultar a tomada de decisão por gestores e profissionais da saúde, especialmente quando não há tempo hábil para avaliar as evidências disponíveis (GARCIA; DUARTE, 2020, p. 1).

Em Dourados/MS, no início da pandemia, o direcionamento para as intervenções em saúde foi baseado no Decreto Municipal n.º 2.511, no mês de março de 2020, que dispunha “[...] sobre as medidas a serem adotadas para prevenção do contágio da Coronavírus”, com o intuito

de evitar o adoecimento da população e dos trabalhadores de saúde. Houve o distanciamento social da população, exceto os profissionais de saúde. Os serviços precisaram ser ajustados e estratégias emergenciais foram planejadas para se adequar às normas de vigilância epidemiológica que garantiam e evidenciavam a gravidade da situação, mesmo que ainda houvesse, no início, instabilidade de informações e desconfiança de grande parte da população.

As medidas de saúde e de segurança não se referiam somente aos aspectos objetivos relacionados ao trabalho em saúde, visto que a saúde mental dos profissionais surge como uma temática subjetiva e relevante a ser investigada, estando este grupo especialmente suscetível a agravantes.

O reconhecimento dos trabalhadores de saúde na linha de frente, mesmo sem recursos materiais, realizou-se em favor dos usuários, pois estes, pela vinculação com as unidades como referência em saúde no território, tinham a certeza de que seriam atendidos em suas demandas, principalmente no que se referia às informações de prevenção. A vacina era a garantia de minimização dos agravos e da proteção da população, assegurando o princípio da universalidade.

Um dos maiores embates entre a gestão de saúde e os trabalhadores ocorreu entre os fatores econômicos e as necessidades de saúde. A situação do setor era o real problema para o enfrentamento da pandemia, que já estava defasado para suporte de logística, recursos humanos e cogestão. Faltava um posicionamento da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados (SEMS) que garantisse a segurança do profissional para a atuação. Tratava-se do suporte para os trabalhadores com garantia de cuidados mínimos, como equipamentos de proteção individual (EPIs) que faltavam, apesar da disponibilidade de um recurso financeiro específico para o combate à pandemia.

Para promover o diálogo, foi criado um comitê com representantes de algumas instâncias coletivas, como o Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde. Ademais, a Prefeitura Municipal de Dourados realizou algumas conversações via internet, denominadas *lives*, com interesse

público, porém não apresentavam a situação real, visto que era caótica, e era citada a necessidade de distanciamento social, mas ao mesmo tempo estimulava-se a procura por unidades de saúde na presença de sintomas. Era um discurso confuso e incongruente. A situação gerou nas ações de assistência a resistência dos trabalhadores ao atendimento presencial, criando um misto de confusão e impotência, pois se sentiam pressionados.

Tal pressão sobre os profissionais foi aumentando a instabilidade da saúde mental, em que os níveis de estresse, ansiedade, irritabilidade, insônia e depressão se acentuaram. Outros fatores que contribuíram para aumentar o nível de estresse desses trabalhadores foram: excesso de informações em relação ao vírus; constante reorganização de protocolos; aumento no volume dos atendimentos; medo de ser contaminado; receio de disseminar o vírus entre seus familiares; constante falta de medicamentos e insumos para atendimento à população infectada e o afastamento de colegas contaminados, reduzindo a equipe e causando sobrecarga de trabalho.

3. Aspectos sobre o processo de trabalho e a saúde mental na pandemia

Quão bom seria se os sentimentos e as emoções pudessem ser visíveis ou palpáveis na prática clínica? O que os monitores evidenciariam diante dessa catastrófica doença? O disparo de informações e rumores associado ao desconhecimento da nova doença contribuíram para que o gatilho do medo, da insegurança e de uma cadeia de transtornos da mente e do comportamento acometesse grande parte da sociedade e, entre estes, os trabalhadores da saúde.

Somado ao número de mortes, o novo coronavírus trouxe além do desconhecimento sobre a doença, a falta de leitos hospitalares e de EPIs, isolamento e distanciamento social, *lookdown*, redução de recursos humanos nas instituições de saúde em razão dos afastamentos, mesmo tendo contratado mais profissionais, sobrecarga de trabalho, lesões de pele pelo uso incessante de EPIs, escassez de alimentos, entre outros agravantes.

A saúde mental no Brasil já vinha de um processo de muita fragilidade e instabilidade, considerando os constantes desmontes. Em Dourados havia, além da instabilidade política, a oscilação de gestão e as questões de manutenção dos próprios serviços que apresentavam, há um tempo, sinais de falhas na gestão de insumos, de recursos humanos, alta rotatividade de trabalhadores de saúde, pouco financiamento e planejamento, e outras dificuldades que comprometem os resultados. A pandemia reforçou a maior fragilidade do serviço que era o enfraquecimento político, apresentado pelo pouco investimento na atenção básica, e o desmonte das políticas de saúde mental que influenciou ainda mais no adoecimento psíquico dos trabalhadores.

Os profissionais de saúde foram atingidos, de certa forma, com maior intensidade, pois além da angústia e do medo da contaminação, pelo fato de estarem em contato direto com o doente, havia o temor de contaminarem os seus familiares, conforme descrevem Teixeira *et al.* (2020). Não foram raros os casos em que médicos e enfermeiros permaneciam no ambiente hospitalar, em hotéis ou outras formas de alojamento a fim de poupar a família de uma eventual contaminação pela grave e temida doença. Além disso, muitos vivenciaram a solidão como estratégia de proteção e diminuição de riscos.

É fato que não houve apenas os danos à saúde física dos portadores da COVID-19, mas também uma disseminação mundial de cansaço, sintomas depressivos, desânimo, esgotamento, estafa, exaustão, raiva, insônia, ansiedade e estresse (BROOKS *et al.*, 2020). Ornell *et al.* (2020) chegaram a nomear o período de “pandemia de medo e estresse”.

Shigemura *et al.* (2020) definem o medo como um processo fisiológico imprescindível para a sobrevivência dos seres vivos, já que ele envolve impulsos ou reações frente a episódios violentos e cominadores e, consequentemente, as pessoas tendem a tomar mais cuidado, o que contribui para a redução da transmissibilidade da doença. Conclui-se que a ausência do “medo” por parte da sociedade em adquirir a COVID-19 certamente impactaria no aumento da morbimortalidade desta patologia no mundo.

No entanto, quando o medo se torna crônico ou é intensificado pode trazer sérios danos à saúde, favorecendo o aparecimento dos agravos de saúde mental em pessoas saudáveis e acentuando sintomas em pessoas com transtornos mentais já existentes.

Não se trata apenas do combate a essa nova, desconhecida e desastrosa doença, mas a interrupção de hábitos, rotinas e ocupações. O indivíduo, como nas guerras, agora precisa rever sua identidade e repensar o estilo e os modos de vida já estabelecidos, e isso foi de fato o maior desafio.

Reardon (2015) afirma que durante surtos de uma doença específica, o número de indivíduos afligidos mentalmente é superior ao infectados. Aqueles que atuam na saúde, sejam médicos ou técnicos administrativos, zeladores ou enfermeiros, motoristas ou farmacêuticos estão diariamente expostos a pressões diversas e angústias, onde grande parte acaba por adquirir a Síndrome de *Burnout*, ou Síndrome do Esgotamento Profissional, geralmente associada a cargas horárias extensas, esgotamento extremo devido às funções que exigem níveis de atenção e responsabilidade em demasia, manejo de pacientes críticos, estigmatização pela sociedade (indivíduos aqui taxados pela comunidade como maior potencial risco de transmitir a doença) e o distanciamento da família (OMS, 2020).

Lidar com o sofrimento do outro e com o temor de ser contaminado; vivenciar mortes e a angústia dos filhos, esposos e esposas; trabalhar com restrição ou falta de recursos adequados e não saber ao certo a fidedignidade das informações que recebem constantemente contribuem para o adoecimento mental e até mesmo o pânico do trabalho executado.

É importante ressaltar o sentimento de impotência dos trabalhadores da saúde frente ao contexto da pandemia e o prognóstico ruim dos pacientes acometidos pela enfermidade. A aflição de ter que se afastar por muitas vezes estar suspeito ou infectado também tem culminado em sofrimento psicológico, diante da escassez de recursos humanos e da alta demanda de pacientes necessitando de cuidados.

A equipe de saúde enfrentou longas rotinas de trabalho, e a cada momento surgiam mais pacientes diagnosticados com o vírus SARS-CoV-2, dentre eles crianças, idosos, gestantes e até mesmo os colegas de trabalho que adoeciam, evoluíam para quadros graves ou morriam. Como seria vivenciar a morte de alguém próximo e não possuir um ventilador mecânico para garantir a vida desta pessoa?

Outra circunstância a ser relatada, e não menos danosa, é o fato dos profissionais necessitarem se adequar às novas funções e atribuições nunca antes vivenciadas, como é o caso de uma enfermeira, que sempre atuou na saúde pública, precisar abruptamente assistir pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pois para adequar o escalonamento de trabalhadores, como médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, se fossem atuantes em serviços considerados “não essenciais” deveriam atuar nas áreas de risco por questões emergenciais, independente de qualificação ou desejo.

Ainda sobre a enfermeira atuante na saúde pública, o que se percebeu no contexto da pandemia é que foi concedida maior atenção em todos os aspectos, desde econômicos até recursos materiais e humanos, para a classe hospitalar, negligenciando de certa forma aqueles atuantes na porta de entrada do atendimento de saúde, no caso, a atenção primária de saúde. Com isso, caberiam novos estudos para concluirmos os danos à saúde mental desses trabalhadores, mas, hipoteticamente, essa enfermeira certamente enfrentou grandes dificuldades para exercer o seu papel, desde a falta de testes até a ausência de máscaras faciais, não sendo raros os casos em que a própria equipe ou a comunidade confeccionou esse material para amenizar as chances de contágio.

Outra questão importante foi o distanciamento familiar. O trabalho não podia parar, mas para a proteção dos familiares, tal distanciamento foi necessário. O contágio foi alarmante e muitos trabalhadores tiveram entes queridos diagnosticados com a patologia, houve internações de alta complexidade e alguns vivenciaram o luto de familiares e amigos, não podendo passar pelo luto de forma saudável, tendo que

seguir com o trabalho frente à gravidade dos casos e o aumento cada vez maior dos índices pandêmicos.

4. Vivências na atenção primária e atenção secundária

Com o Decreto Municipal n.º 2.511/2020, readequamos as atividades de rotina tanto na atenção básica como na especializada, da forma que naquele momento nos parecia a ideal, visto que a comunicação com as instâncias gestoras não era estável, considerando o não preparo para uma situação emergencial, a necessidade de cuidados básicos de proteção e as previsões com dados alarmantes da mídia.

Apesar do medo e receio em manter as atividades, era consenso entre as equipes que os serviços não poderiam parar e havia preocupação com os tantos usuários vinculados aos trabalhadores e que necessitariam de apoio, principalmente nesse momento de crise, e eram o foco do trabalho. Mantivemos a porta de entrada aberta, as unidades não poderiam fechar, mas deveriam ser readequadas, pois era previsível que a vulnerabilidade dos usuários estaria muito mais latente pelas próprias condições psicossociais que a pandemia impunha.

Medina *et al.* (2020) apontam que a atenção primária em saúde, mantendo a sua missão, necessitou se adaptar às novas formas de cuidado a distância, como o uso de monitoramento via tecnologias de informação e comunicação, usando o telefone ou aplicativos, como o WhatsApp, e outras formas de cuidado. Quando necessário, o atendimento presencial foi mantido garantindo de forma segura a oferta do atendimento. Acrescentamos que mesmo com as tantas fragilidades que as equipes já vinham enfrentando, a solidariedade e o comprometimento com os usuários mobilizaram as equipes para o atendimento de demandas cada vez maiores e foi necessária a organização de fluxos distintos mesmo que, por vezes, os EPIs essenciais não estavam disponíveis.

Kang *et al.* (2020) evidenciaram sentimentos negativos, como exaustão, estigmatização, excesso de trabalho, distanciamento familiar e enorme pressão sobre a classe médica, culminando em altos níveis de estresse, depressão, sintomas ansiosos, irritabilidade, medo e falta de sono

entre os profissionais. Questiona-se como será executada a assistência por esses profissionais? É possível garantir um atendimento livre de danos e iatrogenias? O seu estado de atenção e sua capacidade de tomar condutas clínicas pode estar afetados? São indagações que precisam ser refletidas principalmente pelas autoridades governamentais e sanitárias.

Outra pesquisa interessante realizada em 34 hospitais na China encontrou profissionais de saúde depressivos, ansiosos, com insônia e falta de apetite, entre estes, de forma mais intensa em mulheres enfermeiras e demais profissionais atuantes no diagnóstico e tratamento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 (LAI *et al.*, 2020).

Mesmo diante das publicações e da dimensão de estudos envolvendo o vírus SARS-CoV-2, ainda existiam lacunas sobre a doença e seu prognóstico, e atender as demandas nesse processo pandêmico exigiu dos serviços de saúde readequações em todos os níveis de atenção, principalmente relacionados à prevenção do contágio, como isolamento, uso de máscara e álcool em gel. Criaram-se protocolos governamentais e normas de segurança na tentativa de amenizar a proliferação da patologia, e ainda assim a disseminação é acelerada tanto na população como nos profissionais dos setores de saúde.

Cabe esclarecer que o termo distanciamento físico é a diminuição de interação entre as pessoas de uma comunidade para diminuir a velocidade de transmissão do vírus. É uma estratégia importante quando há indivíduos já infectados, mas ainda assintomáticos ou oligossintomáticos, que não sabem se são portadores da doença e não estão em isolamento (QUAL..., 2022). A medida deve ser aplicada especialmente em locais onde existe transmissão comunitária, como é o caso do Brasil, quando a ligação entre os casos já não pode ser rastreada e o isolamento das pessoas expostas é insuficiente para frear a transmissão.

O isolamento e a quarentena restringem a circulação de pessoas infectadas em local e tempo pré-determinados. A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) definiu isolamento social como sendo uma forma de isolar as pessoas infectadas, seja em domicílio ou ambiente hospitalar, e a quarentena como meio de estabelecer limites e separar os indivíduos saudáveis ou que estão em período de incubação, que foram

expostos ao vírus. Já o distanciamento social é definido como sendo o mínimo de dois metros de distância entre os sujeitos (QUAL..., 2022).

Diante da necessidade do distanciamento entre as pessoas, o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2020) e o Conselho Federal de Medicina (ESCLARECIMENTO..., 2020) normatizaram a tele consulta ou teleatendimento, os quais foram tecnicamente ampliados e substituíram a consulta presencial em grande parte da rede de saúde. Somado ao esforço de garantir o acesso ao atendimento de saúde no período, as instituições de ensino e muitos profissionais de saúde se voluntariaram para realizar atendimentos virtuais de forma gratuita à população e aos integrantes das equipes de saúde em geral.

A *Inter-Agency Standing Committee* (IASC) (INTERIM..., 2020) cita que, de forma geral, os materiais textuais e digitais existentes tendem a abordar a fisiopatologia da doença, os cuidados paliativos e as diversas formas de melhorar a qualidade de vida e amenizar os danos psicológicos gerados pelo distanciamento social, citando vários fatores, desde o esclarecimento de aspectos da pandemia e a importância das medidas de higiene, a oferta de momentos reflexivos e de relaxamento, isentar-se de situações que possam criar desconforto emocional, dentre outros. A desigualdade social certamente impactou diretamente as recomendações adscritas, já que na classe marginalizada o risco da falta de alimentos ou emprego se sobrepõe à prescrição do “permanecer em casa”.

Diante de todo o caos ocasionado pela pandemia no mundo, é imprescindível que haja discussões e reflexões acerca das condições de trabalho, físicas e mentais das equipes que compõem hospitais, pronto atendimentos, clínicas e instituições de saúde em geral, afinal a qualidade da assistência aos doentes dependerá do serviço prestado pelos profissionais. Um serviço de qualidade, sem riscos de danos ao cliente, executado com segurança e eficiência só pode ser oferecido por um profissional em plenas condições físicas e mentais.

Sem dúvidas, a sociedade e a família têm um papel crucial na saúde mental dos trabalhadores de serviços de saúde, por serem valorizados e reconhecidos, além de estarem cientes de que os seus entes queridos

estão seguros, traz maior tranquilidade e entusiasmo para continuarem atuando na linha de frente na guerra contra o vírus.

Afinal, como amenizar o número dos agravos à saúde mental dos profissionais de saúde? Fica evidente a necessidade de os órgãos governamentais realizarem publicações e mídias a fim de aumentar o conhecimento sobre a COVID-19 à população, com o intuito de reduzir os danos da doença à saúde mental. Outra estratégia seria a divulgação e oferta de consultas e acompanhamento por psicólogos nos setores da saúde aos profissionais.

É sabido que nem todos os profissionais que trabalham com COVID-19 vão adoecer psicicamente, mas o debate é essencial como preconizado em ações de promoção da saúde e prevenção a agravos. Contudo, os atingidos por estresse crônico ou outra forma de transtorno ao bem-estar, que de algum modo esteja prejudicando seu trabalho, um serviço especializado de saúde mental pode ajudar no reequilíbrio emocional.

Evidências científicas relacionadas a serviços eficazes de saúde mental necessitam ser fortalecidas, especialmente a partir de diferentes experiências que buscam proteger e minimizar avanços em frequência e gravidade de transtornos mentais, decorrentes do estresse agudo provocado, no momento em que é formulado pelas medidas de distanciamento, assim como os efeitos posteriores da pandemia.

5. E, por fim, analisando o caos

A crise sanitária de COVID-19 expôs a fragilidade em que se encontram os serviços de saúde no Brasil e o quanto os sistemas de vigilância precisam de investimento. O impacto da doença infelizmente será sentido por muito tempo nas relações do trabalho em saúde. Ainda que não esteja totalmente extinta e a vacina seja uma realidade positiva no SUS, as situações adversas relacionadas às vivências no período de pandemia afetaram a saúde mental de muitos trabalhadores e trabalhadoras.

A saúde mental do trabalhador de saúde tem sido destaque há vários anos, e com essa situação de crise aumentaram as manifestações de adoe-

cimento psíquico, principalmente a ansiedade e depressão e, conseqüentemente, a busca por ajuda profissional e o aumento do uso de psicotr3picos.

A atenç3o prim3ria e secund3ria vem sendo desconstru3da, pois s3o quest3es pol3ticas que vem mudando o perfil. Entendemos que os trabalhadores de sa3de precisam se posicionar, porque a falta de posicionamento gera um tipo de gest3o que preconiza o sistema produtivo, n3o favorece o di3logo e acarreta falta de protagonismo e adoecimento.

O di3logo precisa ser horizontal e a sa3de mental necessita ser pulverizada no SUS como situaç3o essencial. A pandemia evidenciou todas as fragilidades do sistema de sa3de e emergiram discuss3es sobre a sa3de mental do trabalhador, considerando as emerg3ncias estabelecidas para o exerc3cio do trabalho em sa3de, dentre estas, a garantia de meios para a realizaç3o do trabalho com o m3nimo de dignidade.

Refer3ncias

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiqui3trica no SUS e a luta por uma sociedade sem manic3mios. **Ci3ncia & Sa3de Coletiva**, v.23, n. 6, p. 2067–2074, 2018. Dispon3vel em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso 14 nov. 2022.

BRASIL. Minist3rio da Sa3de. **Painel coronav3rus**. Bras3lia: Minist3rio da Sa3de, 2022. Dispon3vel em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 23 nov. 2022.

BROOKS, S. K. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912-920, 2020.

CFP. **Resoluç3o n.º 4, de 26 de març3o de 2020**. Disp3e sobre regulamentaç3o de serviç3os psicol3gicos prestados por meio de Tecnologia da Informaç3o e da Comunicaç3o durante a pandemia do COVID-19. Dispon3vel em: <https://crpsp.org/legislacao/view/207>. Acesso em: 18 out. 2022.

ESCLARECIMENTO do CFM sobre a lei da telemedicina. **CFM**, Bras3lia, 25 abr. 2020. Dispon3vel em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/notacfmhonorarioscovid19.pdf>. Acesso em: 24 out. 2022.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Infodemia: excesso de quantidade em detrimento da qualidade das informaç3es sobre a COVID-19. **Epidemiol. Serv. Sa3de**, Bras3lia, v. 29, n. 4, e2020186, set. 2020. Dispon3vel em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000400001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 nov. 2022.

INTERIM briefing note addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak. **IASC**, Genebra, 17 mar. 2020. Dispon3vel em: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/MHPSS%2520COVID19%2520Briefing%2520Note%2520%2520March%25202020-English.pdf>. Acesso em: 15 out. 2022.

KANG, L. *et al.* The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. **Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 3, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035030>. Acesso em: 24 out. 2022.

KUPFERSCHMIDT, K.; COHEN, J. Can China's COVID-19: strategy work elsewhere? **Science**, v. 367, n. 6482, 2020.

LAI, J. *et al.* Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. **JAMA**, [s. l.], v. 3, n. 3, 2020.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, ago. 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer/autores>. Acesso em: 7 nov. 2022.

OKUMURA, R.; TOMAZELA, J. M. Caixa de máscara sobe de R\$ 4,50 para R\$ 140, denunciam hospitais. **Estadão**. São Paulo, 18 mar. 2020. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/estado-contenido/2020/03/18/caixa-de-mascara-sobe-de-r-450-para-r-140-denunciam-hospitais.htm>. Acesso em: 20 nov. 2022.

OMS. **Coronavirus disease (COVID-19) outbreak**. Genebra: OMS, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 20 nov. 2022.

OPAS. **Guia de Intervenção Humanitária mhGAP**. Manejo clínico de condições mentais, neurológicas e por uso de substâncias em emergências humanitárias. Brasília: OPAS, 2020a.

OPAS. **Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19**. Brasília: OPAS, 2020b. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52054?locale-attribute=pt>. Acesso em: 9 nov. 2022.

ORNELL, F. *et al.* “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. **Braz. J. Psychiatry**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 232-235, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/WGD9CnJ95C777tcjnkHq4Px/?lang=en>. Acesso em: 9 nov. 2022.

QUAL a diferença entre distanciamento físico, isolamento e quarentena? UFRGS. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. **TelessaúdeRS**, Porto Alegre, 13. jan. 2022. Disponível em https://www.ufrgs.br/telessauders/posts_coronavirus/qual-a-diferenca-de-distanciamento-social-isolamento-e-quarentena/. Acesso em: 13 nov. 2022.

REARDON, S. Ebola's mental-health wounds linger in Africa. **Nature**, Londres, n. 519, p. 13-14, 2015.

SANTOS FILHO, S. B. *et al.* The National Humanization Policy as a policy produced within the healthcare labor process. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 13, supl.1, p. 603-13, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/cPzfFW5bmpkf9dSh7gyVwsf/?lang=en>. Acesso em: 12 nov. 2022.

SHIGEMURA, J. *et al.* Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. **Psychiatry Clin Neurosci**, 2020.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência e Saúde Coletiva**, Salvador, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3465.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL NO AMBIENTE DE TRABALHO — RELATO DE EXPERIÊNCIA

Adriana Izabel Macedo
Taissa Gonçalves Leal

1. Introdução

A Saúde do Trabalhador (ST) é um tema em voga e que tem estimulado debates no que tange às causas relacionadas ao adoecimento do trabalhador e da trabalhadora. Primeiramente, antes de abordar um tema de tamanha complexidade, e que envolve subjetividades, é preciso estabelecer que os agravos de notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) relacionados à ST estão descritos e atualizados na Nota Informativa n.º 94, de 26 de julho de 2019, do Ministério da Saúde, sendo eles: acidente de trabalho; acidente de trabalho com exposição a material biológico; transtornos mentais relacionados ao trabalho; câncer relacionado ao trabalho; dermatoses ocupacionais; pneumoconioses; perda auditiva induzida por ruído; lesão por esforço repetitivo e doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho; e intoxicação exógena e acidente com animais peçonhentos, os quais também podem estar ligados ao trabalho.

Durante a pandemia causada pelo SARS-CoV-2, o coronavírus ou COVID-19, observou-se um aumento da demanda por mão de obra na área de saúde associado a condições inadequadas de trabalho, como falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), sobrecarga de trabalho e jornadas exaustivas, que resultaram em impactos negativos à saúde desses trabalhadores. Os efeitos evidentes dessa equação são percebidos nos aspectos emocionais, psíquicos e físicos desses profissionais.

O presente artigo propõe uma reflexão diante da ação desenvolvida pelo Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) com profissionais da atenção primária em saúde do município de Dourados, no Mato Grosso do Sul (MS), com foco na promoção de saúde mental no ambiente de trabalho no decorrer da pandemia de COVID-19.

O ambiente de trabalho é um cenário que favorece a expressão das emoções pessoais dos profissionais, já que envolve competitividade e pressão para o cumprimento de metas, exige a capacidade em lidar com figuras de autoridade e com divergências entre colegas de trabalho. Os serviços de saúde, além de lidarem com os fatores descritos, têm que atender as expectativas externas dos usuários, os quais habitualmente chegam aos serviços, na grande maioria, em busca de reestabelecer a sua saúde por meio das propostas de tratamento e do acompanhamento ofertados por esses serviços.

A crise sanitária, decretada em março de 2020, trouxe à tona uma explosão de emoções e sentimentos com os quais não estávamos habituados a lidar. O medo e as incertezas acometeram a todos, mas principalmente aos profissionais de saúde que estavam na linha de frente do enfrentamento de algo tão grave e desconhecido. No início da pandemia, a escassez de EPIs, a ausência de imunizantes e a alta transmissibilidade do vírus levaram à contaminação e, conseqüentemente, à morte de muitos profissionais de saúde.

A mudança brusca na rotina e as incertezas sobre o futuro acarretaram um misto de sentimentos, como medo, insegurança e impotência, e isso acabou desencadeando o adoecimento físico e mental dos profissionais de saúde, tanto na atenção primária como na especializada em saúde. Porém, as atenções estavam voltadas aos profissionais que atuavam em hospitais, centros de referência em atendimento a casos suspeitos e confirmados de COVID-19 e aos centros de coleta de material para diagnóstico, o que fez com que aqueles que atuavam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) se sentissem desvalorizados e sobrecarregados, em especial os agentes comunitários de saúde, responsáveis por monitorar os pacien-

tes positivos para infecção por coronavírus, e isso gerou em aumento das demandas relacionadas a transtornos mentais nesses profissionais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que não existe uma definição única para saúde mental (GAINO, 2018). termo é utilizado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional, e inclui a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Nos profissionais de saúde o comprometimento da saúde mental se dá devido à especificidade do trabalho e por estarem sujeitos a elevados níveis de estresse (GUIMARÃES; GRUBITS, 2004).

Uma das formas utilizadas pelos indivíduos na prevenção de doenças mentais é a estratégia de *Coping*, na qual um esforço cognitivo e comportamental é usado para diminuir ou tolerar as demandas advindas dos meios internos ou externos, por meio da autopercepção e do autoconhecimento (ZANELLI, 2010).

Os profissionais do Cerest, assim como muitos outros dos demais serviços, precisaram lidar a princípio com o sentimento de impotência, pois, apesar da alta demanda relacionada à verificação de ambientes e processos de trabalho, com o intuito de mitigar a contaminação laboral por coronavírus, não foram considerados como linha de frente no combate à doença, e enfrentaram dificuldades de atuação em alguns serviços de saúde, com o objetivo de reconhecer a fundo as demandas dos trabalhadores e de promover ações educativas de prevenção e de promoção de saúde.

Com a liberação por parte de órgãos e comitês competentes de vigilância e monitoramento da COVID-19 e dos gestores, foi possível dar início às ações de prevenção e promoção de saúde, e optou-se por priorizar os profissionais da atenção primária em saúde, especialmente os agentes comunitários de saúde, com foco na saúde mental.

Diante da demanda do adoecimento mental desses profissionais, o Cerest realizou ações de promoção à saúde, ofertando acolhimento e escuta qualificada das angústias por meio da realização de rodas de conversa e da aplicação de dinâmicas de grupo, para favorecer o autoco-

nhecimento e a autopercepção sobre as demandas individuais e coletivas, considerando que o autoconhecimento e a percepção da realidade são fundamentais para a elaboração de estratégias de enfrentamento dos fatores desencadeadores de sofrimento psíquico.

As ações foram desenvolvidas ao longo do ano de 2021, quinzenalmente, com duração de no máximo uma hora, tempo esse em que os profissionais se sentiam livres para comunicar dificuldades, angústias, apreensões e sofrimentos. O simples fato de o indivíduo poder falar sobre o que lhe causa sofrimento pode provocar melhorias no tocante à autocompreensão da situação e na mudança de comportamento, que podem contribuir para o alívio do sofrimento.

2. Resultados

É sabido que a saúde pública no Brasil vem enfrentando dificuldades em relação a recursos, insumos, remuneração e déficit de profissionais, o que acarreta transtornos tanto para trabalhadores quanto para usuários.

Por meio do trabalho desenvolvido foi possível verificar que a pandemia gerou um sofrimento mental significativo em profissionais de saúde e, especificamente no que tange os trabalhadores da atenção primária de saúde, agravou uma situação que já era grave.

Além das queixas em relação aos problemas estruturais, a falta de insumos para o desenvolvimento das atividades e a rotatividade de coordenadores e médicos nas unidades foram apontadas pelas equipes como fatores estressores e, por conseguinte, adoecedores, por não haver tempo hábil para o estabelecimento de vínculos desses profissionais com o restante da equipe e com a comunidade.

O Cerest apresentou a proposta de trabalho a ser desenvolvida com as 28 equipes de saúde da família que tiveram a liberdade de optar por participar ou não das atividades. Dessas, apenas 16 equipes indicaram interesse em participar.

A hipótese para a baixa adesão pode estar relacionada à resistência e ao preconceito que os profissionais de saúde, assim como a população em geral, têm com trabalhos desenvolvidos com enfoque em saúde mental, com a habitual crença de que sejam voltados somente às pessoas que apresentam algum transtorno mental grave. Desse modo, coube também ao Cerest trabalhar essas questões com os participantes, a fim de que reconhecessem que o cuidado com a saúde mental se faz importante para que possamos nos conhecer e para que se aprenda a lidar melhor com os problemas do cotidiano.

No final de 2021, ao encerrar as atividades do trabalho, foi aplicado um questionário simples para avaliar o nível de satisfação de cada participante em relação à ação do Cerest para promoção de saúde mental. No total, 48 participantes responderam ao questionário, e 17 classificaram as atividades desenvolvidas como muito relevantes e citaram que gostariam que houvesse uma continuidade; 29 consideraram o trabalho executado como relevante, e apenas dois acharam pouco relevante; 44 participantes que responderam ao questionário apontaram que o trabalho desenvolvido proporcionou mudanças comportamentais positivas tanto no ambiente de trabalho quanto na vida pessoal; dois não notaram nenhuma mudança em seu comportamento; e dois não responderam a este item do questionário.

É possível atribuir ao preconceito e ao desconhecimento acerca dos benefícios da psicoterapia a resistência de muitos profissionais em aderir ao trabalho desenvolvido, seja ela em grupo ou individual. Contudo, apesar da resistência, houve retornos positivos, como relatos de mudança no comportamento e na maneira de enxergar as dificuldades estabelecidas no dia a dia e nos ambientes de trabalho.

Posto isso, optamos por mostrar trechos dos relatos dos seguintes participantes: um auxiliar administrativo (40 anos), um agente comunitário de saúde (23 anos), um agente comunitário de saúde (41 anos), uma coordenadora (38 anos), um auxiliar de enfermagem (54 anos), um

auxiliar de apoio e manutenção 45 anos, um enfermeiro (51 anos), e a diretora de uma das unidades 39 anos.

Aprender a dizer não, isso tornou minha vida mais leve (AUXILIAR ADMINISTRATIVO, 2021).

Olhar o próximo com mais empatia (AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE 1, 2021).

Aprender a controlar melhor minhas emoções (AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE 2, 2021).

Cuidar melhor da equipe (COORDENADORA, 2021).

Estar bem comigo mesma para poder cuidar do outro (AUXILIAR DE ENFERMAGEM, 2021).

Mudei minhas atitudes em relação aos colegas de trabalho (AUXILIAR DE APOIO E MANUTENÇÃO, 2021).

Resiliência e compreensão do comportamento humano (ENFERMEIRO, 2021).

A ver as coisas de forma diferente, se permitir mais, aceitar o diferente (DIRETORA, 2021).

3. Considerações finais

O trabalho desenvolvido pelo Cerest de Dourados-MS teve como objetivo realizar ações de promoção à saúde, proporcionando um ambiente de escuta e acolhimento aos profissionais de saúde da atenção primária em saúde, a fim de despertá-los para o autoconhecimento e para a autopercepção de cada indivíduo, com o intuito de melhorar as relações interpessoais no ambiente de trabalho.

Os serviços públicos de saúde enfrentam a escassez de recursos e insumos, o que faz com que, mesmo ofertando profissionalismo ao desempenhar suas funções, os profissionais se sintam desmotivados e impotentes diante de certas dificuldades na execução de suas atividades. A pandemia de COVID-19 agravou essa situação e provocou o adoecimento e sofrimento psíquico desses trabalhadores.

O reconhecimento dessa impotência diante das dificuldades impostas pela crise sanitária é uma das formas de enfrentamento possível para amenizar o adoecimento psíquico. O trabalho realizado pelo Cerest demonstrou que desenvolver ações de promoção de saúde mental, como as rodas de conversas, são formas de promover o bem-estar dos trabalhadores. Oferecer a oportunidade para que eles externalizem suas dificuldades promove acolhimento, o qual pode refletir diretamente na saúde mental, fazendo com que eles se sintam melhores (no que se refere ao aspecto emocional), impactando, assim, em melhorias nos relacionamentos nos ambientes de trabalho, tornando-os mais saudáveis, efetivos, dinâmicos e produtivos.

Com a experiência relatada, pode-se verificar que, apesar de profissionais de saúde executarem funções nessa área específica, há uma paradoxal desconsideração com a saúde desses trabalhadores em seus processos de trabalho, e o contexto pandêmico evidenciou profissionais adoecidos, em exaustão e sofrimento.

Em síntese, faz-se urgente a necessidade de considerar a saúde mental na construção do processo de trabalho de profissionais de saúde, oferecendo suporte profissional de qualidade para questões relacionadas à saúde mental e, ainda, garantir que sejam assegurados EPIs e materiais de trabalho para que possam exercer suas funções com segurança.

Referências

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE 1. Entrevista concedida às pesquisadoras Adriana Izabel Macedo e Taíssa Gonçalves Leal. Dourados, 2021.

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE 2. Entrevista concedida às pesquisadoras Adriana Izabel Macedo e Taíssa Gonçalves Leal. Dourados, 2021.

AUXILIAR ADMINISTRATIVO. Entrevista concedida às pesquisadoras Adriana Izabel Macedo e Taíssa Gonçalves Leal. Dourados, 2021.

AUXILIAR DE APOIO E MANUTENÇÃO. Entrevista concedida às pesquisadoras Adriana Izabel Macedo e Taíssa Gonçalves Leal. Dourados, 2021.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM. Entrevista concedida às pesquisadoras Adriana Izabel Macedo e Taíssa Gonçalves Leal. Dourados, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota informativa** n.º 94, de 26 de julho de 2019. Orientação sobre as novas definições dos agravos e doenças relacionados ao trabalho do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Brasília: Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública, 2019.

COORDENADORA. Entrevista concedida às pesquisadoras Adriana Izabel Macedo e Taissa Gonçalves Leal. Dourados, 2021.

DIRETORA. Entrevista concedida às pesquisadoras Adriana Izabel Macedo e Taissa Gonçalves Leal. Dourados, 2021.

ENFERMEIRO. Entrevista concedida às pesquisadoras Adriana Izabel Macedo e Taissa Gonçalves Leal. Dourados, 2021.

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (org.). **Série saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004. v. 2.

GAINO, Loraine Vivian et al. **O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/SciELO>>

ZANELLI, J. C. **Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenções baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

HÁBITOS DE VIDA, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y OTRAS ADICCIONES DURANTE EL PERÍODO DE CONFINAMIENTO

Rafael Arredondo Quijada

Natalia del Pino-Brunet

María José Martos-Méndez

Anabel Melguizo Garín

Introducción

La situación sanitaria excepcional que se produjo debido al SARS-CoV-2 ha sido estudiada en todo el mundo por el gran impacto que causó a nivel social y de salud de las personas. Esta pandemia ha llevado a medidas restrictivas y de confinamiento domiciliario por parte de gobiernos de múltiples países. Los períodos de confinamiento implican cambios en la rutina diaria y en el estilo de vida de la población (Sánchez-Sánchez, 2020). En este tiempo, se produjo un empeoramiento general en los hábitos de sueño, alimentarios, y hubo cambios en la actividad física debido a las cuarentenas que se implantaron (Álvarez-Gómez, et al., 2021; Intelangelo, Molina, Bevacqua, Mendoza, Guzmán-Guzmán y Jerez-Mayorga (2022). En este sentido, se empezó a consumir más comida procesada y el sedentarismo aumentó debido a la imposibilidad de realizar actividad física en espacios abiertos (Izzo, et al., 2021; Rodríguez-Pérez, 2020). La calidad del sueño también se vio perjudicada y muchas personas cambiaron sus estilos de sueño nocturnos retrasando la hora de irse a la cama, al igual que la hora a la que se levantaban por la mañana. Todos estos cambios provocaron alteraciones en el estado mental y de salud (Buitrago, Ciurana, Fernández y Tizón, 2021; Cooke, Eirich, Racine y Madigan, 2020). De este modo, algunas investigaciones han relacionado el confinamiento en los hogares con un aumento de los problemas psicológicos, como el aumento del estrés y la ansiedad (Brooks,

et al., 2020). El confinamiento en sí mismo, y sus efectos psicológicos negativos, pueden conducir a conductas perjudiciales como la inactividad física, el aumento del sedentarismo y cambios en los comportamientos dietéticos hacia el consumo de alimentos y bebidas poco saludables (Sánchez-Sánchez, 2020). Esta conducta podría aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer y otras que constituyen un importante problema de salud pública (López-Bueno, et al., 2020).

Durante el confinamiento domiciliario se establecieron por parte de las autoridades una serie de pautas y recomendaciones relacionadas con los hábitos que deberían de seguirse para mantenerse con una buena salud. Esto es, establecer un mismo horario para comer y seguir una dieta mediterránea, al igual que realizar actividad física a diario para evitar problemas de salud asociados al sedentarismo (Martinez-Ferran, De La Guía-Galipienso, Sanchis-Gomar y Pareja-Galeano, 2020). Aunque se produjo un incremento en la adherencia a la dieta mediterránea (Sánchez-Sánchez, 2020), también fue una dieta más calórica y tuvo un mayor consumo de hidratos y alimentos con alto contenido de azúcar, debido al estrés de la situación. Con respecto a la realización de actividad física en la población española durante el confinamiento, se observa un descenso de la misma con un aumento del sedentarismo de hasta un 23,8%, debido a las restricciones para poder realizar ejercicio físico al aire libre (Álvarez-Gómez, et al., 2021; Pérez-Rodrigo, 2020). Es recomendable, por tanto, mantener la actividad física en periodos de confinamiento y seguir una dieta saludable. Tras la cuarentena y, teniendo en cuenta que muchas personas no siguieron estas recomendaciones en cuanto a alimentación y ejercicio físico parece necesario que la población vuelva a unos hábitos más saludables. La Dieta Mediterránea y la realización de una actividad física apropiada han mostrado diferentes beneficios como la reducción de las enfermedades cardíacas, un perfil lipídico mejorado, presión arterial más baja y menor riesgo de cáncer y accidentes cerebrovasculares (Gómez-Sánchez, 2020).

Algunas investigaciones indican un aumento en el número de casos de trastornos psicológicos por las condiciones generadas por el confinamiento y su interacción con variables sociales, culturales, económicas e individuales. Del mismo modo, los niños y adolescentes se vieron también afectados por estos problemas de salud (Mazza et al., 2020; Rosero y Ortega, 2022). Por tanto, es necesario investigar variables como los hábitos de sueño, la calidad del mismo y las conductas relacionadas con el descanso, y que tienen relaciones directas con la aparición y el desarrollo de algunos padecimientos mentales (Coico-Lama, Diaz-Chingay, Castro-Díaz, Céspedes-Ramírez, Segura-Chavez y Soriano-Moreno, 2022; Stanley et al., 2017). La prevalencia de trastornos del sueño en todo el mundo oscila entre 35 y 45% de la población adulta (Tlatoa, Ocaña, Márquez, Bermeo y Gallo, 2015). Otros estudios sobre las dificultades del sueño y su calidad en la población infantil arrojan estadísticas similares (Rosero y Ortega, 2022).

Varios estudios han justificado las posibles consecuencias para la salud del confinamiento inducido por COVID-19, particularmente alteraciones del sueño (Altena, et al., 2020). En los sujetos analizados en una investigación realizada en España (Diz-Ferreira, 2021) se encontró una disminución en la satisfacción del sueño y un incremento en la puntuación de insomnio. Magaz-González, Mendaña-Cuervo, Sahelices-Pinto y García-Tascón (2022) encontraron resultados similares, esto es, aunque la cantidad de horas de sueño aumentó en general, la calidad del sueño empeoró. Alomari, Alzoubi, Khabour y Darabseh (2021) concluyeron que aproximadamente la mitad de los participantes en su estudio reportaron un desajuste de los parámetros del sueño durante la pandemia, donde la edad, el género y el nivel de educación parecían contribuir a estos cambios. Friedman et al. (2007) encontraron que el estatus socioeconómico está altamente relacionado con la calidad del sueño en mujeres mayores. Principalmente son los adultos mayores más que los jóvenes, y las mujeres más que los hombres, los que tienen mayores trastornos del sueño. Algunos autores atribuyen los trastornos del sueño al estrés que pueden estar experimentando debido al confinamiento y a los cambios

en los niveles hormonales entre hombres y mujeres y los cambios de la edad (Vitiello Larsen y Moe, 2004), entre otras causas.

Las consecuencias de la pandemia por el SARS-CoV2 y el confinamiento ha tenido repercusiones también en los hábitos de consumo de sustancias adictivas y en conductas adictivas sin sustancias, con las derivadas implicaciones que ello conlleva para la salud mental de la población (García-Álvarez, Fuente-Tomás, Sáiz, García-Portilla y Bobes, 2020).

A pesar de que estos patrones de consumo pueden afectar a toda la población, las personas más vulnerables a estos problemas han sido aquella que ya presentaban un trastorno por abuso de sustancias previo a la pandemia o que padecían otros problemas de salud mental, estas personas se han visto afectadas y aún es necesario explorar todas la consecuencias que la pandemia ha conllevado (Marel, Mills y Teesson, 2021).

Aunque el estudio de las consecuencias que la pandemia ha tenido a este nivel es incipiente, ya existen algunas investigaciones que arrojan información importante sobre la cuestión y contribuyen a plantear intervenciones y políticas centradas en mejorar la situación de las personas con han visto alterado su comportamiento en cuanto al uso de sustancias y otras adicciones (Clay y Parker, 2020).

El estrés y la ansiedad que la situación de pandemia y confinamiento ha conllevado ha dado lugar a un incremento en la motivación para consumir sustancias psicoactivas como mecanismo de afrontamiento (Marel et al., 2021; Shanahan et al., 2019).

Las personas que son vulnerables al consumo de sustancias podrían ser consideradas colectivo de riesgo para padecer otros problemas psicológicos (Brooks et al., 2020; Pfefferbaum y North, 2020), por ello es importante estudiar las consecuencias que el confinamiento ha podido tener en ellas.

En este sentido, las investigaciones concluyen, por un lado, que el aumento del miedo y la preocupación por los contagios por COVID-19 ha aumentado el consumo pero, por otro lado, también se ha producido una disminución del consumo de sustancias ilegales debido a que

durante el confinamiento el tráfico de estas sustancias bajó, provocando un mayor número de síndromes de abstinencia entre las personas que ya eran consumidoras (Cisneros y Cunningham, 2021; Dubey et al., 2020; Kumar et al., 2022; Mallet, Dubertret y Le Strat, 2021). En esta línea, los tratamientos para personas consumidoras de sustancias se vieron alterados o anulados durante el confinamiento y el posterior periodo post-confinamiento, lo que ha provocado un número mayor de recaídas (Blithikioti, Nuno, Paniello, Gual y Miquel, 2021; Tracy, Wachtel y Friedman, 2021).

Cuando hablamos de población general que no sufre de un trastorno por abuso de sustancias los estudios que se han llevado a cabo informan de dos cuestiones: por un lado, de un incremento en el consumo ya que ha sido un mecanismo de afrontamiento del estrés y los estados emocionales negativos, y por otro lado una reducción drástica en el consumo “social” de sustancias debido a las restricciones de movimiento, pérdida del ocio y potencial pérdida de nivel económico (Lapeyre-Mestre et al., 2020). El impacto del confinamiento sobre la calidad de vida de la población podría haber influido en el abuso de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol, así como en el aumento de conductas adictivas sin sustancias (juego online, adicción a Internet) (Martinotti et al., 2020).

Algunas investigaciones indican que el aumento del consumo de sustancias, así como el abuso o uso problemático de internet y del juego online podría actuar como mecanismo de afrontamiento del estrés, la ansiedad y los síntomas depresivos derivados de la pandemia, pero también como una forma de entretenimiento, distracción o evitación de las consecuencias desagradables de las cuarentenas y la crisis sanitaria (García-Álvarez et al., 2020; Rojas-Jara, 2020).

Un estudio de Czeisler et al., (2020) realizado en Estados Unidos con personas mayores de 18 años puso de manifiesto que un 13,3% de los participantes habían iniciado o aumentado el consumo de sustancias como estrategia de control del estrés y las emociones derivadas del confinamiento.

Otros estudios a nivel europeo y nacional han encontrado una estabilización y descenso del consumo de sustancias en pandemia. Así,

un estudio encontró que casi el total de las personas encuestadas, que se declaraban como consumidoras de sustancias psicoactivas ilegales, habían dejado de consumirlas o habían reducido su consumo durante este periodo de pandemia (71,9%) (Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones, EMCDDA, 2020). Por otro lado, los resultados encontrados en el estudio anterior de Czeisler et al., 2020, concluían que un grupo considerable de personas (11,9%) habían aumentado la frecuencia o la cantidad del consumo de drogas psicoactivas ilegales en el confinamiento.

Otras investigaciones llevadas a cabo han descrito también esta reducción en el consumo de alcohol (Kilian et al., 2020; Villanueva et al., 2021), y de tabaco (Ministerio de Sanidad, 2020). Pero para el consumo de cannabis se han obtenido resultados contradictorios, algunos autores han observado una reducción (Villanueva et al., 2021), y en el estudio del Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones (2020) se recogió la existencia de un aumento del consumo en un número considerable de personas.

Si atendemos exclusivamente al consumo de alcohol las cifras han aumentado durante el confinamiento (Llorens, Brime y Molina, 2021). Se han descrito algunos factores de riesgo para el consumo de alcohol durante la pandemia: edad avanzada, desempleo, bajo nivel adquisitivo, soledad, mal estado de salud física y mental, entre otros. La depresión ha sido el trastorno que más se ha relacionado con el consumo de alcohol (Blithikioti et al., 2021). Entre los factores que se han asociado con una reducción del consumo de alcohol encontramos contar con un nivel elevado de apoyo social, así como ser estudiante, ya que durante el confinamiento se han visto privados del ocio, y la mayoría de los jóvenes hacen un consumo del alcohol asociado a hábitos de ocio y tiempo libre (Lundahl y Cannoy, 2021). En esta línea van los resultados obtenidos por Pérez-Albéniz et al., (2022), que encontraron una disminución muy significativa del consumo de alcohol esporádico y de fin de semana, debido a la paralización en el confinamiento del ocio relacionado con dicho consumo. Estos resultados contrastan con los de otro estudio

llevado a cabo por Lechner et al., (2020) en el que obtuvieron que el consumo de alcohol en general aumentaba conforme se iba alargando el periodo de confinamiento, además en este mismo estudio se encontró una relación entre consumo de alcohol y mayores síntomas de ansiedad y depresión. Otros autores concluyen que durante el confinamiento se redujo el consumo de alcohol en estudiantes universitarios, pero aumentó el consumo de hipnosedantes (Corujo et al., (2020).

Atendiendo al consumo general de tabaco, los datos recogidos en el estudio realizado por el Ministerio de Sanidad de España (2020) indican que durante el confinamiento su consumo disminuyó. Pero la cantidad de cigarrillos aumentó entre las personas que no dejaron de consumirlo o eran consumidores muy habituales. Además, en este mismo estudio se describió un aumento de las recaídas durante el confinamiento. En esta misma investigación también se señala que los porcentajes de reducción mayores se encuentran en estudiantes y menores de 24 años. Aunque también se hallaron datos contradictorios en el estudio de Yehudai et al. (2020), en el que se encontró un aumento del consumo por parte de estudiantes universitarios. Con respecto al consumo de tabaco se hace necesario prevenir el aumento de su consumo, siendo esta sustancia un factor de riesgo para complicaciones asociadas a la COVID-19 (Volkow, 2020).

Con respecto al consumo de cannabis se ha observado una disminución de su consumo en el confinamiento (Villanueva et al., (2021), dato que contrasta con lo hallado por otras investigaciones en las que el cannabis era la droga ilegal en la que menos había variado el porcentaje de consumo (Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones, 2020; Yehudai et al., 2020). Una explicación de ello puede ser que existiera una mayor disponibilidad de esta droga ilegal con respecto al resto de las drogas ilegales. En un estudio llevado a cabo por Winstock et al., (2020), se concluyó que a consecuencia de un aumento de la sensación general de estrés se aumentó el consumo de cannabis y benzodiacepinas como estrategia de control y relajación, a la vez que la

demanda de sustancias estimulantes bajó ya que no era posible acceder a entornos recreativos y de ocio.

Cuando hablamos de conductas de riesgo relacionadas a las adicciones comportamentales (sin sustancias), la situación descrita es bastante negativa. Un estudio desarrollado con una muestra total de casi 7.000 adultos concluyó que el 23% de los participantes tenían un nivel de dependencia a Internet grave a partir del confinamiento (Sun et al., 2020). En España también se alertó de un aumento significativo del uso de juegos online, videojuegos e Internet con fines recreativos durante la cuarentena impuesta debido a la COVID-19 (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2020). Otro estudio llevado a cabo por Gómez-Galán et al., (2020) puso de manifiesto que entre los estudiantes universitarios se produjo un aumento considerable del uso de las redes sociales, informando de un uso excesivo y de falta de control personal. Por tanto, el uso de internet y de redes sociales, al igual que ocurre con el consumo de sustancias, pueden ser estrategias de afrontamiento del estrés generado por el aislamiento durante el confinamiento (Brooks et al., 2020; Rojas-Jara, 2020; Sun et al., 2020). Se ha descrito además que la edad es un factor de riesgo y los jóvenes pueden ser más vulnerables a padecer estas adicciones conductuales (Kar et al., 2020).

Pero si atendemos a la conducta de juego no online, ésta se vio disminuida durante el confinamiento, produciéndose un descenso en la frecuencia de juego presencial, apuestas y juego con dinero (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2020; Villanueva et al., 2021).

Algunas de las conclusiones que diversos autores destacan tras el estudio del consumo de sustancias y las adicciones en el confinamiento y en la pandemia son que se hace necesario el desarrollo de intervenciones comunitarias ante el cambio de paradigma que ha supuesto esta crisis sanitaria, sobre todo para los colectivos de población con mayores factores de riesgo y vulnerabilidad psicosocial (Campodónico, 2022). De ello se deriva la importancia de llevar a cabo una planificación e implementación de políticas públicas para abordar las situaciones de emergencia psicosocial a consecuencia de la pandemia. Sixto-Costoya, et al., (2021) destaca la disminución de servicios sanitarios centrados en

las adicciones y la salud mental durante la pandemia y las consecuencias negativas que ello pueda tener. Y por otro lado Dustin (2020) indica que se han realizado diversos estudios sobre la salud mental de la población durante la pandemia del COVID-19, pero se hace necesario seguir indagando para conocer los efectos a largo plazo.

En este estudio, en la línea de las investigaciones realizadas y comentadas previamente, se pretende conocer los efectos que el confinamiento por la crisis sanitaria de la COVID-19 tuvo en los hábitos de vida y consumo de sustancias en las personas participantes.

2. Metodología

La presente investigación se establece desde una metodología de corte cuantitativo. En la que los participantes fueron un total de 545 personas, de las que el 71,7% fueron mujeres (391), sobre un 28,3% de hombres (154). Quedando la muestra definitiva para su análisis conformada por 540 participantes, ya que cinco registros fueron anulados al corresponderse de fuera de España, concretamente de Colombia, Chile, Ecuador y Perú.

Para ello se elaboró un cuestionario expreso a través de Google Forms, que permite crear formularios para su posterior difusión. Ya que debido a la situación de confinamiento existente se tuvo que realizar a través de redes sociales desde internet.

El formulario se componía de cinco apartados, uno primero relacionado con aspectos sociodemográficos (preguntas 1 a 3), otro de hábitos de vida y rutinas diarias (preguntas 4 a 14), un tercero sobre el uso de sustancias psicoactivas (de la 15 a la 26), otro sobre internet y redes sociales (preguntas 27 a 31), para finalizar con un bloque de otras cuestiones de interés (de la 32 a la 38). Se adjunta como Anexo I

Como ya se ha indicado su distribución se realizó vía internet como medio de difusión y respuesta, desde el 18 de abril al 8 de mayo de 2020, desde la ciudad de Málaga (España), colaborando para la difusión las entidades sociales pertenecientes a la Agrupación de Desarrollo de Prevención de Adicciones del Ayuntamiento de Málaga, conformada por: Asociación Cívica para la Prevención (ACP), Federación Mala-

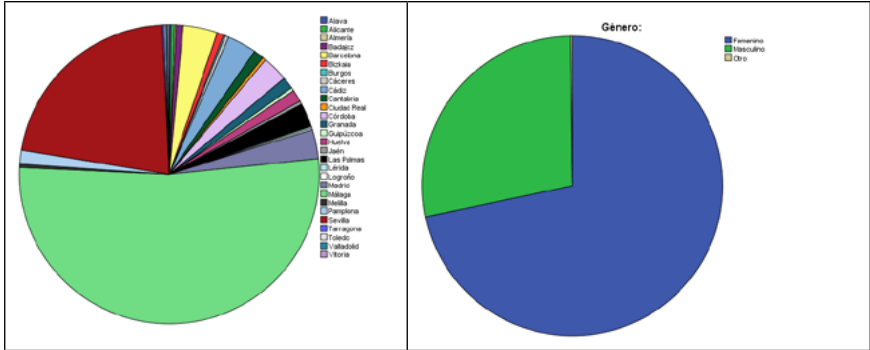
guña de Asociaciones de Drogodependencias (FEMAD), Integración para la Vida (INPAVI), Asociación Malagueña de Jugadores de Azar en Rehabilitación (AMALAJER), Asociación Malagueña de Alcohólicos Rehabilitados (AMAR), Ayuda recuperación enfermo alcohólico (AREA), Proyecto Hombre, Asociación Libre de Alcohol y otras adicciones de Málaga (ALAMA), el Área de Juventud del Ayuntamiento de Málaga y el Área de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Málaga.

Una vez se cerró la fecha de recogida los datos fueron exportados desde Google Forms, para ser analizados a través del programa estadístico SPSS en su versión 19. Desarrollándose obtención de frecuencias, estadísticos como media, mediana y moda y diferentes tablas cruzadas en la combinación de variables de interés sobre los objetivos alcanzar, principalmente el género.

3. Resultados

En cuanto a nivel de género el 71,7% se ha correspondido al femenino por un 28,1% de masculino, y un 0,2% otros, sobre una (N) de 540 participantes, pertenecientes a 28 provincias del estado español, destacando con un 52,4% Málaga, al ser la provincia desde la que se distribuyó la encuesta y se encontraban las entidades que colaboraron en su difusión. Seguida de Sevilla y Barcelona.

Con una edad media de 37,22 años (SD 13,03)



Hábitos de vida y rutinas diarias:

Sobre una escala Likert de 1 que sería nada y 5 mucho, ante la pregunta si durante la cuarentena se había visto alterada la rutina del sueño, un 25,6% indicó que sí, llegando casi a la mitad de los encuestados entre la puntuación 4 y 5 (48,7%). En el lado contrario sólo un 11,7% expresó que no se había visto afectada.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	63	11,7
2	108	20,0
3	106	19,6
4	125	23,1
Mucho	138	25,6
Total	540	100,0

Considerando esta respuesta en base al género, son las mujeres las que en menor porcentaje responden que el confinamiento no le había afectado al sueño, un 9,3% sobre un 17,8% del género masculino.

		Género:			Total
		Femenino	Masculino	Otro	
Nada	% dentro de Género:	9,3%	17,8%	0,0%	11,7%
2	% dentro de Género:	19,9%	19,7%	100,0%	20,0%
3	% dentro de Género:	20,2%	18,4%	0,0%	19,6%
4	% dentro de Género:	25,1%	18,4%	0,0%	23,1%
Mucho	% dentro de Género:	25,6%	25,7%	0,0%	25,6%
Total	Recuento	387	152	1	540
	% dentro de Género:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Respecto a la hora en que se solía ir a dormir previa al confinamiento el 66,9% lo hacía entre las doce de la madrugada y la una, por un 33,1% a partir de la una. Este horario se vio alterado ya que durante el confinamiento el 84,6% expresó que lo hizo entre las doce y la una y un 15,2% pasada la una. No existiendo grandes diferencias si se incorpora la variable género.

Por su parte tal y como se recoge en la tabla siguiente, el 45,2% reconoce que sus hábitos alimenticios han empeorado en: tomar más dulces y bollerías que antes del confinamiento, sin que tan poco se establezcan diferencias significativas según el género.

		Género:			Total
		Femenino	Masculino	Otro	
Han empeorado	Recuento	177	67	0	244
	% dentro de Género:	45,7%	44,1%	0,0%	45,2%
Han mejorado	Recuento	62	25	0	87
	% dentro de Género:	16,0%	16,4%	0,0%	16,1%
No se han visto modificados	Recuento	148	60	1	209
	% dentro de Género:	38,2%	39,5%	100,0%	38,7%
Total	Recuento	387	152	1	540
	% dentro de Género:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sobre la frecuencia que se ha realizado actividad física el 20,2^o ha expresado que no ha realizado ninguna, con una diferencia de casi cinco puntos de los hombres sobre las mujeres. Pero son los hombres los que marcan haber realizado una actividad física más de 5 veces por semana, aunque sólo con una diferencia de 1,9 puntos. Siendo las mujeres las que más tanto en 2-3 veces como en 4-5 veces.

		Género:			Total
		Femenino	Masculino	Otro	
1 vez por semana	Recuento	59	26	0	85
	% dentro de Género:	15,2%	17,1%	0,0%	15,7%
2-3 veces por semana	Recuento	101	34	0	135
	% dentro de Género:	26,1%	22,4%	0,0%	25,0%
4-5 veces por semana	Recuento	91	28	0	119
	% dentro de Género:	23,5%	18,4%	0,0%	22,0%
Más de 5 veces por semana	Recuento	64	28	0	92
	% dentro de Género:	16,5%	18,4%	0,0%	17,0%
No he realizado ningún tipo de actividad física	Recuento	72	36	1	109
	% dentro de Género:	18,6%	23,7%	100,0%	20,2%
Total	Recuento	387	152	1	540
	% dentro de Género:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Uso de sustancias psicoactivas:

		Género:			Total
		Masculino	Femenino	Otro	
2-3 días laborables por semana	Recuento	43	24	0	67
	% dentro de Género:	11,1%	15,8%	0,0%	12,4%
No he consumido alcohol durante los días laborables	Recuento	227	69	0	296
	% dentro de Género:	58,7%	45,4%	0,0%	54,8%
Solo de vez en cuando	Recuento	75	40	1	116
	% dentro de Género:	19,4%	26,3%	100,0%	21,5%
Todos los días laborables	Recuento	42	19	0	61
	% dentro de Género:	10,9%	12,5%	0,0%	11,3%
Total	Recuento	387	152	1	540
	% dentro de Género:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Mientras que un 54,8% no ha consumido alcohol durante los días laborales, en el período de confinamiento, un 11,3% indica haberlo realizado todos los días, destacando los hombres con el 12,5% sobre las mujeres con un 10,9%.

Porcentajes de consumo de alcohol que se incrementan durante los fines de semana, ya que sólo el 36,9% expresa no consumir nunca. Pasando a un 17,2% los que consumen todos los días del fin de semana, siendo los hombres con un 21,7% los que más sobre las mujeres que alcanzan al 15,5%

		Género:			Total
		Femenino	Masculino	Otro	
No he consumido alcohol durante los fines de semana	Recuento	154	45	0	199
	% dentro de Género:	39,8%	29,6%	0,0%	36,9%
Solo de vez en cuando	Recuento	131	53	1	185
	% dentro de Género:	33,9%	34,9%	100,0%	34,3%
Todos los días del fin de semana	Recuento	60	33	0	93
	% dentro de Género:	15,5%	21,7%	0,0%	17,2%
Varias veces a lo largo del fin de semana	Recuento	42	21	0	63
	% dentro de Género:	10,9%	13,8%	0,0%	11,7%
Total	Recuento	387	152	1	540
	% dentro de Género:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Por su parte el 15% ha respondido que se ha emborrachado durante el confinamiento, siendo el género masculino el que más con un 18,4% sobre el femenino con un 13,7%.

A su vez el 7,4% expresa que ha sido durante el confinamiento cuando se ha dado cuenta que tiene alguna dificultad o problema con el consumo de sustancia (7,9% de hombres por un 7,2% de mujeres).

		Género:			Total
		Masculino	Femenino	Otro	
No	Recuento	2	2	0	4
	% dentro de Género:	0,5%	1,3%	0,0%	0,7%
Sí	Recuento	357	138	1	496
	% dentro de Género:	92,2%	90,8%	100,0%	91,9%
Total	Recuento	28	12	0	40
	% dentro de Género:	7,2%	7,9%	0,0%	7,4%
Total	Recuento	387	152	1	540
	% dentro de Género:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sobre otras sustancias para el 13,3% se ha visto incrementado el consumo de tabaco, aunque para un 8,9% ha disminuido. Y respecto a sustancias ilegales el 4,8% expresó que había incrementado su consumo

por un 5,9% que había disminuido. Habiendo sido fácil su acceso para el 31,4% y difícil para un 22%. A la vez que se produjo un proceso de recaída durante la cuarentena en el 2% de los casos.

Internet, redes sociales y demás:

El número de horas como media que se ha pasado conectado a internet en sus diferentes dispositivos: móvil, tablet, portátil, etc., se ha situado en 7,23.

Si la pregunta se realiza en cuanto a conexión a redes sociales: Facebook, Instagram, WhatsApp, Twitter, etc., el resultado se eleva a las 4,5 horas. Siendo las personas del género femenino las que se sitúan en un mayor porcentaje en el intervalo de entre 5 a 8 horas, representando el 24,3% sobre el 19,5% de los hombres.

		Género:			Total
		Masculino	Femenino	Otro	
0	Recuento	6	6	0	12
	% dentro de Género:	1,6%	4,0%	0,0%	2,3%
De 1 a 4	Recuento	240	103	0	343
	% dentro de Género:	62,7%	69,1%	0,0%	64,4%
De 5 a 8	Recuento	93	29	0	122
	% dentro de Género:	24,3%	19,5%	0,0%	22,9%
De 9 a 12	Recuento	23	3	0	26
	% dentro de Género:	6,0%	2,0%	0,0%	4,9%
De 13 a 16	Recuento	7	5	1	13
	% dentro de Género:	1,8%	3,4%	100,0%	2,4%
De 17 a 20	Recuento	2	1	0	3
	% dentro de Género:	0,5%	0,7%	0,0%	0,6%
De 21 a 24	Recuento	12	2	0	14
	% dentro de Género:	3,1%	1,3%	0,0%	2,6%
Total	Recuento	383	149	1	533
	% dentro de Género:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Otras cuestiones de interés:

En este apartado se han cuestionados aspectos como:

- si pasó la cuarentena sola/o o en compañía, destacando con el 93,3% haberlo hecho en compañía, principalmente con familiares, y sólo un 6,7% indicó haberla pasado sola/o.

- en cuanto a si existió un aumento de conflictos familiares, para el 17,2% efectivamente se produjo este incremento, sin diferencia entre género femenino y masculino. Respondiendo el 11,3% que la cuarentena vino a disminuir los conflictos. Con un 71,3% que marcó no haberse producido cambios en la convivencia familiar.

		Género:			Total
		Masculino	Femenino	Otro	
Han aumentado los conflictos familiares	Recuento	67	26	0	93
	% dentro de Género:	17,3%	17,1%	0,0%	17,2%
Han disminuido los conflictos familiares	Recuento	48	13	0	61
	% dentro de Género:	12,4%	8,6%	0,0%	11,3%
No	Recuento	1	0	0	1
	% dentro de Género:	0,3%	0,0%	0,0%	0,2%
No se han producidos cambios en la convivencia familiar	Recuento	271	113	1	385
	% dentro de Género:	70,0%	74,3%	100,0%	71,3%
Total	Recuento	387	152	1	540
	% dentro de Género:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

- también se abordó el posible incremento durante la cuarentena de sobrecarga debido a tareas académicas y/o laborales, debido al teletrabajo. En este caso un 21,9% expresó haberse sentido muy sobrecargado, superando casi en diez puntos el género femenino al masculino un 24,9% sobre un 14,6%. Aunque para un 32,3%, el mayor porcentaje no existió incremento de sobrecarga, siendo en este caso el género masculino el que supera al femenino en otros diez puntos, un 40,3% sobre un 29%.

		Género:			Total
		Masculino	Femenino	Otro	
Nada	Recuento	105	58	1	164
	% dentro de Género:	29,0%	40,3%	100,0%	32,3%
2	Recuento	33	26	0	59
	% dentro de Género:	9,1%	18,1%	0,0%	11,6%
3	Recuento	57	23	0	80
	% dentro de Género:	15,7%	16,0%	0,0%	15,8%
4	Recuento	77	16	0	93
	% dentro de Género:	21,3%	11,1%	0,0%	18,3%
Mucho	Recuento	90	21	0	111
	% dentro de Género:	24,9%	14,6%	0,0%	21,9%
Total	Recuento	362	144	1	507
	% dentro de Género:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

- en cuanto a si durante la cuarentena habían experimentado situaciones de estrés, ansiedad y/o pánico, para un 68% la respuesta fue positiva sobre un 32% que respondió negativamente. Con una diferencia en cuanto a género importante, ya que son las mujeres con un 75,7% las que mayoritariamente respondieron afirmativamente, una de cada cuatro. Por un 48% del género masculino.
- para finalizar con una pregunta abierta a fin de que pudieran valorar los aspectos positivos del confinamiento, destacando el tiempo para uno mismo que ha supuesto de reflexión valorando otras cuestiones, a la vez que haber podido pasar más tiempo con la familia.

4.- **Discusión y conclusiones**

Los resultados obtenidos en esta investigación van en línea de los estudios que se han publicado hasta el momento sobre las consecuencias del confinamiento en los hábitos de vida y consumo de sustancias. Así, el conjunto de estudios realizados conforman una amplia base empírica y teórica, que pueden servir para el desarrollo de medidas de carácter preventivo de cara a posibles nuevas situaciones de emergencia, parecidas a la vivida pero también a otras de menor calado. Las medidas implementadas, las diferentes decisiones tomadas, vistas en la distancia permiten una evaluación de cara a valorar los resultados previstos sobre los obtenidos. En aspectos concretos, como, por ejemplo, se puede indicar que los hábitos dietéticos y el conocimiento de la actividad física realizada durante el confinamiento pueden ayudar al desarrollo de políticas de salud más efectivas durante un posible nuevo período de aislamiento.

Entre las cuestiones que debieran de ser tenidas en cuenta, se sitúan los cambios en el sueño e identificar los factores que podrían afectar a la calidad de este durante la cuarentena. Es necesario diseñar estrategias e intervenciones para educar a la población en hábitos adecuados de sueño que contribuyan al mantenimiento o mejora de la salud, tanto en situaciones normales como en situaciones de alarma que restringen la movilidad.

Así mismo, es necesario destacar los roles de género en los resultados, ya que en cuestiones que tienen que ver con el estrés, la sobrecarga y problemas de sueño, las mujeres parecen haberlo experimentado más con respecto a los hombres. Tomando como referencia el aspecto de sentirse con sobrecarga de trabajo, las mujeres superaron a los hombres en casi diez puntos, un 24,9% sobre un 14,6%, se pudiera interpretar que, aunque los hombres estaban en casa, siguieron siendo las mujeres las que tuvieron que continuar con las tareas domésticas unidas a las propias laborales en el hogar, incrementándose por ello la sobrecarga sentida.

La investigación también pone de manifiesto que el confinamiento a raíz de la pandemia situó a la ciudadanía ante retos que hasta el momento no habían existido, afectando a sus dinámicas personales, del día a día, pero también familiares y comunitarias, generando desconcierto sobre el futuro más cercano. Así como de estrés, ansiedad o pánico (68%), circunstancias que pudieran estar en la génesis en el caso español del incremento en cuanto a situaciones relacionadas con la salud mental que en la actualidad se vienen observando de una manera cada vez más preocupante. Aunque por otra parte el confinamiento también se ha planteado desde aspectos díganse “positivos”, ya que muestran que sirvió para incrementar los momentos de reflexión personal, de contactos con familiares y/o amigos que no se hubieran producido en otras circunstancias.

Pero si hay un área donde la pandemia ha marcado un antes y un después, es el de las redes sociales con internet como columna vertebral, ya que el ámbito tecnológico jugó un papel sumamente clave, posiblemente sin los avances existentes los resultados, a todos los niveles, hubieran sido otros. De ahí el como entornos a nivel individual o familiar, con dificultad para el acceso o de conocimiento a la hora de utilizar diferentes tecnologías, ha supuesto que se visualice de una manera mucho más concreta problemáticas como el analfabetismo y la brecha digital. También es importante destacar como los participantes del cuestionario comentan pasar 4,5 horas al día en plataformas de mensajería estilo What-

sapp, u otras como Facebook, etc., lo que a su vez pone de manifiesto la necesidad de realizar acciones de carácter preventivo en cuanto a la dependencia a estos espacios, sobre todo en las edades más tempranas.

Por último, indicar respecto a las limitaciones del estudio, entre ellas se ha encontrado el número de participantes, donde la muestra de mujeres es significativamente mayor debiendo de existir una mayor proporcionalidad entre los géneros, a la par que las propias del medio utilizado para la recogida de información.

5. Referencias

Alomari, M.A., Alzoubi, K.H., Khabour, O.F y Darabseh, M.Z. (2021). Sleeping habits during COVID-19 induced confinement: A study from Jordan. *Heliyon*, 7, 12, e08545. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e08545>.

Altena, E., Baglioni, C.,Espie, C.A., Ellis, J., Gavriloff, D., Holzinger, B., et al. (2020). Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. *J. Sleep Res.* Article e13052. <https://doi.org/10.1111/jsr.13052>.

Álvarez-Gómez, C., De La Higuera, M., Rivas-García, L., Díaz-Castro, J., Moreno-Fernández, J. y López-Frias M. (2021). Has COVID-19 Changed the Lifestyle and Dietary Habits in the Spanish Population after Confinement? *Foods*, 10(10), 2443. <https://doi.org/10.3390/foods10102443>

Bliethikioti, C., Nuno, L., Paniello, B., Gual, A. y Miquel, L. (2021). Impact of COVID-19 lockdown on individuals under treatment for substance use disorders: Risk factors for adverse mental health outcomes. *J Psychiatr Res*, 139, 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.05.006>.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).

Buitrago, F., Ciurana,R., Fernández, M.C. y Tizón, J.L. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of the general population: Reflections and proposals. *Atención primaria*, 53, (7) 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102143>.

Campodónico, N. (2022). El impacto del COVID-19 en el campo de la salud mental en América Latina y España: una revisión sistemática. *Calidad De Vida Y Salud*, 15(1), 53-79. Recuperado a partir de <http://revistacdvs.ufflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/358>

Cisneros, I. E. y Cunningham, K. A. (2021). Covid-19 in- terface with drug misuse and substance use disorders. *Neuropharmacology*, 198, 108766. <https://doi.org/10.1016/j.neuro-pharm.2021.108766>.

Clay, J. M. y Parker, M. O. (2020). Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: A potential public health crisis? *Lancet Public Health*, 5, e259. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30088-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30088-8).

Coico-Lama, A.H., Diaz-Chingay, L.L., Castro-Diaz, S.D., Céspedes-Ramírez, S.T., Segura-Chavez, L.F. y Soriano-Moreno, A.N. (2022). Asociación entre alteraciones en el sueño y problemas de salud mental en los estudiantes de Medicina durante la pandemia de la COVID-19. *Educación Médica*, 23 (3), 100744. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2022.100744>.

Cooke, J.E., Eirich, R., Racine, N. y Madigan, S. (2020). Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during COVID-19: a rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Res.*, 292, pp. 113347. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113347>.

Corujo, Z., Díaz, L., García, J. D. y Saavedra, M. L. (2020). Incidencia del estado de alarma por COVID-19 en el consumo de alcohol y psicofármacos en alumnado de la Universidad de La Laguna. Documento no publicado. Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación: Universidad de La Laguna.

Czeisler, M. É., Lane, R. I., Petrosky, E., Wiley, J. F., Christensen, A., Njai, R.,... Czeisler, C. A. (2020). Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic—United States, June 24–30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69, 1049. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>.

Diz-Ferreira, E., Díaz-Vidal, P., Da Cunha Soares Nicolau, M.L., Criado-Santos, M.P., Ayán, C. y Diz, J.C. (2021). Efecto del confinamiento por la pandemia de covid-19 sobre la calidad del sueño en Galicia. *Rev Esp Salud Pública*, 95, e202101001.

Dubey, M. J., Ghosh, R., Chatterjee, S., Biswas, P., Chatterjee, S. y Dubey, S. (2020). COVID-19 and addiction. *Diabetes Metab Syndr*, 14, 817-823. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.008>.

Dustín, E. (2020). La pandemia del COVID-19, su impacto en la Salud Mental y el Consumo de Sustancias. *Humanismo y cambio social*, 7(16).

EMCDDA, E. (2020). EU Drug Markets: Impact of COVID-19.

García-Álvarez, L., de la Fuente-Tomás, L., García-Portilla, M. P., Sáiz, P. A., Moya-Lacasa, C., dal Santo, F.,... Bobes, J. (2020). Early psychological impact of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) pandemic and lockdown in a large Spanish sample. *Journal of Global Health*, 10, 020505. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020505>.

Gómez-Galán, J., Martínez-López, J. Á., Lázaro-Pérez, C. y Sarasola Sánchez-Serrano, J. L. (2020). Social networks consumption and addiction in college students during the COVID-19 pandemic: Educational approach to responsible use. *Sustainability*, 12, 7737. <https://doi.org/10.3390/su12187737>.

Gómez-Sánchez, M., Gómez-Sánchez, L., Patino-Alonso, M.C., Alonso-Dominguez, R., Sanchez-Aguadero, N., Lugenos-Sanchez, C., Rodriguez Sanchez, E., Garcia Ortiz, L. y Gomez-Marcos, M.A. (2020). Adherence to the mediterranean diet in spanish population and its relationship with early vascular aging according to sex and age: EVA study. *Nutrients*, 12, 1025.

Intelangelo, L., Molina Gutiérrez, N., Bevacqua, N., Mendoza, C. Guzmán-Guzmán, I.P. y Jerez-Mayorga (2022). Efecto del confinamiento por COVID-19 sobre el estilo de vida en población universitaria de Argentina: Evaluación de la actividad física, alimentación y sueño. *Retos*, 43, 274-282.

Izzo, L., Santonastaso, A., Cotticelli, G., Federico, A., Pacifico, S., Castaldo, L., Colao, A. y Ritieni, A. (2021). An Italian Survey on Dietary Habits and Changes during the COVID-19 Lockdown. *Nutrients*, 13, 1197.

Kar, S. K., Arafat, S. Y., Sharma, P., Dixit, A., Marthoenis, M. y Kabir, R. (2020). COVID-19 pandemic and addiction: Current problems and future concerns. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102064. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102064>.

Kilian, C., Manthey, J., Braddick, F., Matrai, S., Gual, A. y Rehm, J., con el Grupo de estudio europeo sobre el consumo de alcohol y COVID-19. (2020). Cambios en el consumo de alcohol desde el brote de la pandemia de SARS-CoV-2 en Europa: Un protocolo de estudio. Recuperado de <https://www.deep-seas.eu/standard-eu-alcohol-survey/>.

Kumar, N., Janmohamed, K., Nyhan, K., Martins, S. S., Cerda, M., Hasin, D.,... Khoshnood, K. (2022). Substance use in relation to COVID-19: A scoping review. *Addict Behav*, 127, 107213. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107213>.

Lapeyre-Mestre, M., Boucher, A., Daveluy, A., Gibaja, V., Jouanjus, E., Mallaret, M.,... Micallef, J. (2020). Addictive vigilance contribution during COVID-19 epidemic and lockdown in France. *Therapie*, 75, 343-354. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2020.06.006>.

Lechner, W. V., Laurene, K. R., Patel, S., Anderson, M., Grega, C. y Kenne, D. R. (2020). Changes in alcohol use as a function of psychological distress and social support following COVID-19 related University closings. *Addictive Behaviors*, 110, 106527. <https://doi.org/10.1016/j.add-beh.2020.106527>.

Llorens, N., Brime, B. y Molina, M. (2021). [COVID-19 impact on substance use and behaviors with addictive potential: Spanish Observatory on Drugs and Addictions survey.]. *Rev Esp Salud Pública*, 95.

López-Bueno, R., Calatayud, J., Casaña, J., Casajus, J.A., Smith, L., Tully, M.A., Andresen, L.L. y Lopez-Sanchez, G.F. (2020). COVID-19 Confinement and Health Risk Behaviors in Spain. *Front. Psychol*, 11, 1426.

Lundahl, L. H. y Cannoy, C. (2021). COVID-19 and substance use in adolescents. *Pediatr Clin North Am*, 68, 977- 990. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2021.05.005>.

Magaz-González, A.M., Mendaña-Cuervo, C., Sahelices-Pinto, C. y García-Tascón, M. (2022). The quality of rest and its relationship with physical activity practice during the COVID-19 lockdown in Spain. *Retos*, 44, 155-166.

Mallet, J., Dubertret, C. y Le Strat, Y. (2021). Addictions in the COVID-19 era: Current evidence, future perspectives a comprehensive review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 106, 110070. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110070>.

- Marel, C., Mills, K. L. y Teesson, M. (2021). Substance use, mental disorders and COVID-19: A volatile mix. *Curr Opin Psychiatry*, 34, 351-356. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000707>.
- Martinez-Ferran, M., De La Guía-Galipienso, F., Sanchis-Gomar, F., Pareja-Galeano, H. (2020). Metabolic Impacts of Confinement during the COVID-19 Pandemic Due to Modified Diet and Physical Activity Habits. *Nutrients*, 12, 1549.
- Martinotti, G., Alessi, M. C., Di Natale, C., Sociali, A., Ceci, F., Lucidi, L.,... Fiori, F. (2020). Psychopathological burden and quality of life in substance users during the COVID-19 lockdown period in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 896. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.572245>.
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C. y Roma, P. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3165. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>.
- Ministerio de Sanidad (Unidad de Tabaquismo de la Dirección General de Salud Pública). (2020). Tabaco, otras formas de consumo y confinamiento. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informe_de_los_resultados_de_la_encuesta.pdf.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones. (2020). Encuesta europea sobre consumo de drogas en el contexto de la pandemia por COVID-19 (Mini-EWSD-COVID-19). Recuperado de https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200715_Informe_IMPACTO_COVID-19_OEDA_final.pdf.
- Pérez-Albéniz, A., Nuez, C., Lucas-Molina, B., Ezquerro, M., y Fonseca-Pedrero, E. (2022). Impacto del confinamiento en la conducta adictiva de los universitarios riojanos. *Adicciones*, 0. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1646>
- Pérez-Rodrigo, C., Citores, M.G., Hervás Bárbara, G., Litago, F.R., Casis Sáenz, L., Aranceta-Bartrina, J., Val, V.A., López-Sobaler, A.M., Martínez De Victoria, E., Ortega, R.M., et al. (2020). Cambios en los hábitos alimentarios durante el período de confinamiento por la pandemia COVID-19 en España. *Rev. Esp. Nutr. Comunitaria*, 26, 28010.
- Pfefferbaum, B. y North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 383, 510-512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>.
- Rodríguez-Pérez, C., Molina-Montes, E., Verardo, V., Artacho, R., García-Villanova, B., Guerra-Hernández, E.J. y Ruíz-López, M.D. (2020). Changes in dietary behaviours during the COVID-19 outbreak confinement in the Spanish COVIDiet study. *Nutrients*, 12, 1730.
- Rojas-Jara, C. (2020). Cuarentena, aislamiento forzado y uso de drogas. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14, 24-28. <https://doi.org/10.7714/CNPS/14.1.203>.
- Rosero, A.D. y Ortega, G.E. (2022). Hábitos de sueño en el confinamiento por Covid-19 en una muestra de niños colombianos. *Psicología y salud*, (32) 1, 125-135. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2719>

- Shanahan, L., Hill, S. N., Gaydos, L. M., Steinhoff, A., Cos-tello, E. J., Dodge, K. A.,... Copeland, W. E. (2019). Does despair really kill? A roadmap for an evidence-based answer. *Am J Public Health*, 109, 854-858. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305016>.
- Sánchez-Sánchez, E., Ramírez-Vargas, G., Avellaneda-López, Y., Orellana-Pecino, J.I., García-Marín, E. y Díaz-Jimenez, J. (2020). Eating Habits and Physical Activity of the Spanish Population during the COVID-19 Pandemic Period. *Nutrients*, 12(9):2826. <https://doi.org/10.3390/nu12092826>
- Sixto-Costoya, L. y Aquilló-Calatayud, V. (2021). Covid-19 y su repercusión en las adicciones. *Health and addictions: salud y drogas*, 21(1), 259-278.
- Sun, Y., Li, Y., Bao, Y., Meng, S., Sun, Y., Schumann, G.,...Shi, J. (2020). Brief report: Increased addictive Internet and substance use behavior during the COVID 19 pandemic in China. *The American Journal on Addictions*, 29, 268-270. <https://doi.org/10.1111/ajad.13066>.
- Tracy, K., Wachtel, L. y Friedman, T. (2021). The impact of COVID-19 on opioid treatment program (OTP) services: Where do we go from here? *J Subst Abuse Treat*, 131, 108394. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108394>.
- Villanueva, V. J., Motos, P., Isorna, M., Villanueva, V., Blay, P. J. y Vázquez, A. (2021). Impacto de las medidas de confinamiento en la pandemia de covid-19 en el consumo de riesgo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 20, e202101015.
- Vitiello, M.V., Larsen, L.H. y Moe, K.E. (2004). Age-related sleep change: Gender and estrogen effects on the subjective-objective sleep quality relationships of healthy, non complaining older men and women. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 5, 503-510. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(04\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(04)00023-6).
- Volkow, N. D. (2020). Collision of the COVID-19 and addiction epidemics. *Annals of Internal Medicine*, 173, 61-62. <https://doi.org/10.7326/M20-1212>.
- Winstock, A. R., Davies, E. L., Gilchrist, G., Zhuparris, A., Ferris, J. A., Maier, L. J. y Barratt, M. J. (2020). GDS Global Drug Survey on COVID-19. Recuperado de https://www.globaldrug-survey.com/wp-content/themes/globaldrugsurvey/assets/GDS_COVID-19-GLOBAL_Interim_Report-2020.pdf.
- Yehudai, M., Bender, S., Gritsenko, V., Konstantinov, V., Reznik, A. y Isralowitz, R. (2020). COVID-19 fear, mental health, and substance misuse conditions among univer- sity social work students in Israel and Russia. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00360-7>.

FATORES DE RISCOS PSICOSSOCIAIS EM TRABALHADORES DA SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Maria Elisa de Lacerda Faria
Bianca da Silva Muniz
Liliana Andolpho Magalhães Guimaraes

Introdução

Os fatores psicossociais de risco são características do ambiente de trabalho que podem afetar negativamente a saúde mental e o bem-estar dos trabalhadores. Segundo o estudo de Ferreira et al. (2020), esses fatores podem ser divididos em quatro categorias principais:

Demanda: relacionada ao volume de trabalho e à necessidade de atender às demandas crescentes em um período limitado. A sobrecarga de trabalho e a falta de recursos podem ser considerados fatores de risco de demanda.
Controle: refere-se ao grau de autonomia e decisão que o trabalhador tem em relação às suas atividades de trabalho. A falta de controle ou o excesso de controle podem ser considerados fatores de risco de controle.
Apoio: relacionado ao apoio social e emocional que o trabalhador recebe de colegas e superiores. A falta de apoio e reconhecimento podem ser considerados fatores de risco de apoio.
E, relacionado ao papel: refere-se ao papel e responsabilidades do trabalhador dentro da organização. A falta de clareza e conflitos de papéis podem ser considerados fatores de risco relacionados ao papel.

É importante destacar que a presença desses fatores psicossociais de risco pode levar a consequências negativas para a saúde mental dos trabalhadores, como estresse, ansiedade, depressão, burnout e outras doenças relacionadas ao trabalho. (LEKA E HOUDMONT,

2010; NIEUWENHUIJSEN ET AL., 2010; LANDSBERGIS ET AL., 2017; GUIMARAES, 2019)

Os profissionais de saúde podem ser expostos a diversos fatores de risco psicossociais no ambiente de trabalho, que podem afetar negativamente sua saúde mental e bem-estar. De acordo com o estudo de Fagin et al. (2019), alguns dos principais fatores de risco psicossociais para os profissionais de saúde incluem:

Excesso de trabalho e pressão: a sobrecarga de trabalho e a pressão para atender demandas cada vez maiores podem levar ao estresse e esgotamento físico e mental dos profissionais de saúde. Ambiente de trabalho negativo: conflitos interpessoais, assédio moral, bullying e falta de apoio e reconhecimento podem criar um ambiente de trabalho tóxico e prejudicar a saúde mental dos profissionais. Exposição a situações traumáticas: profissionais de saúde que trabalham em áreas como emergência, cuidados paliativos e oncologia podem ser expostos a situações traumáticas e estressantes, como morte, dor e sofrimento, o que pode afetar sua saúde mental. Falta de autonomia e controle: a falta de autonomia e controle sobre as atividades do trabalho pode levar a sentimentos de frustração e insatisfação, além de contribuir para o esgotamento profissional.

Leka, Vartia, and Houdmont (2010) destacam que os profissionais de saúde são particularmente vulneráveis a fatores de risco psicossociais, como estresse, carga de trabalho excessiva, conflitos interpessoais e falta de autonomia no trabalho. Maslach e Leiter (2016) apontam que o burnout, um dos principais problemas de saúde mental entre os profissionais de saúde, é resultado da exposição prolongada a fatores de risco psicossociais, como a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos e o conflito de papéis. Já Guimarães et al. (2019) ressaltam que os fatores psicossociais de risco, como a demanda emocional e a falta de apoio organizacional, estão associados a diversos problemas de saúde

mental em profissionais de saúde, incluindo ansiedade, depressão e transtornos relacionados ao estresse.

Esse trabalho, tem como objetivo verificar o que a literatura dos últimos cinco anos produziu sobre os fatores de riscos psicossociais para profissionais da saúde e suas implicações na saúde mental.

1. Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática, que compreendeu o período de janeiro de 2018 a dezembro de 2022 nos idiomas português, inglês e espanhol. Sendo consultados os seguintes bancos de dados: MEDLINE, LILACS, IBECs cujos descritores foram: Fatores Psicossociais de Risco e Trabalhadores da Saúde.

Com a busca foi possível encontrar sete artigos que se encaixavam nos critérios de inclusão para a revisão. Após a seleção, foi realizada a descrição individual de cada estudo, tendo como principal objetivo responder ao questionamento de quais são as evidências presentes na literatura em relação à existência dos fatores psicossociais de risco de trabalho do profissional da saúde.

Foram consideradas revisões sistemáticas, artigos científicos e teses, cujos desenhos incluíam as características especificadas na Tabela 1. Foram excluídos os estudos não feitos com profissionais da saúde, estudos que não apresentassem dados da relação entre a população e os fatores psicossociais de risco, e a relação com o ambiente de trabalho, e estudos com período de seguimento maior do que cinco anos.

Tabela 1. Variáveis de estudo incluídas na revisão

População	Profissionais da área da saúde;
Intervenção	Busca em bancos de dados, de materiais sobre fatores psicossociais de risco em profissionais da área da saúde;
Comparação	Deveria haver a comparação entre materiais sobre os fatores psicossociais de risco em profissionais da área saúde;
Desfechos	Importância de mais pesquisas na área, e a melhor maneira para diagnósticos e intervenção.

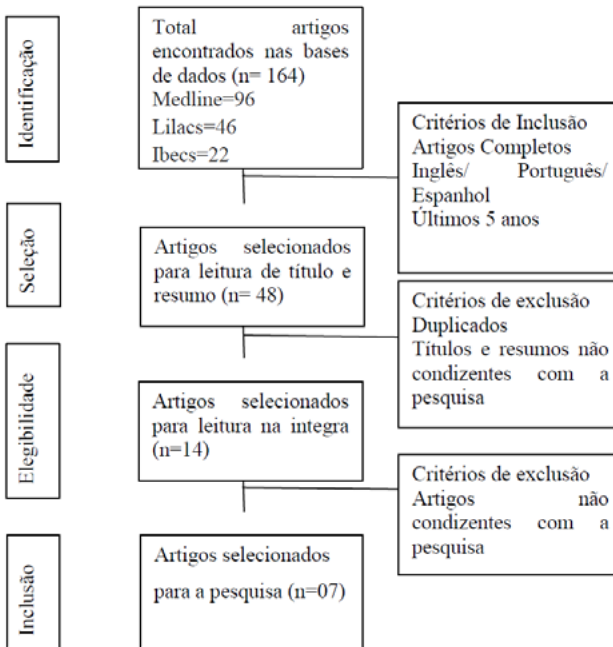
Fonte: Dados da Pesquisa

2. Resultados

Foram encontrados de início 164 nas bases de dados MEDLINE (96), LILACS (46) e IBECS (22) dos quais foram selecionadas somente artigos em português, inglês e espanhol e que estavam com o texto na íntegra disponível, publicado nos últimos cinco anos. Após a leitura dos resumos e títulos, foram excluídos os artigos duplicados e aqueles cujos títulos e resumos não condiziam com a pesquisa. Resultando em artigos elegíveis para a revisão conforme é possível observar na figura 1.

Figura 1: Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para revisão sistemática.

Fonte: Dados da Pesquisa



A seguir, foi feita a descrição individual de cada estudo, seguindo a ordem cronológica de publicação e de banco de dados, conforme demonstrado na tabela 2.

Tabela 2: Fichamento dos artigos por ordem cronológica.

Título	Ano	População	Autor
Riesgos psicosociales y satisfacción laboral: una relación significativa para los trabajadores de oncología	2021	Trabalhadores de cuidados paliativos	Flérida Rivera-Rojas, Paula Andrea Ceballos-Vásquez & Yanni González-Palacios
Factors contributing to the distress, concerns, and needs of UK Neuroscience health care workers during the COVID-19 pandemic	2021	Trabalhadores que atuam em um hospital de neurociência	Lisa Cipolotti et al.
Factores de riesgo psicosocial que afectan a los profesionales en enfermería	2019	Profissionais da Enfermagem	Orozco-Vásquez, Margarita-María, Zuluaga-Ramírez, Yury-Carolina & Pulido-Bello, Geraldine
Psychosocial risk factors, organizational conflict and job satisfaction in Health professionals: a SEM model	2019	Profissionais da Saúde	Elena Sureda, Javier Mancho & Albert Sesé
Burnout y factores de riesgo psicosocial en el personal de un hospital de larga estancia	2018	Trabalhadores de um hospital de longa permanência	Maria-Jose Merino-Plaza et al.
Risk factors for burnout among caregivers working in nursing homes	2018	Cuidadores	Nadia Kandelman, Thierry Mazars & Antonin Levy

Fonte: Dados da Pesquisa

O primeiro artigo “Riesgos psicosociales y satisfacción laboral: una relación significativa para los trabajadores de oncología” de 2021 discute a relação entre os riscos psicossociais e a satisfação no trabalho para os profissionais de oncologia. A pesquisa mostrou que os profissionais de oncologia estão expostos a vários riscos psicossociais que podem afetar sua satisfação no trabalho. Além disso, a satisfação no trabalho também pode ser afetada por outros fatores, como a qualidade do ambiente de trabalho e a relação com os colegas e pacientes. Os resultados do estudo sugerem que é importante levar em conta os riscos psicossociais no ambiente de trabalho dos profissionais de oncologia, a fim de melhorar sua satisfação no trabalho e, por consequência, sua saúde mental e bem-estar. As medidas para abordar esses riscos podem incluir a implementação de políticas de gestão do estresse, a promoção de um ambiente de trabalho saudável e o fornecimento de recursos para ajudar os trabalhadores a lidar com o estresse e a carga de trabalho.

O artigo dois “Factors contributing to the distress, concerns, and needs of UK Neuroscience health care workers during the COVID-19 pandemic” aborda os fatores que contribuíram para o estresse, preocupações e necessidades dos trabalhadores de saúde da área de Neurociência no Reino Unido durante a pandemia de COVID-19. A pesquisa mostrou que os trabalhadores de saúde da Neurociência enfrentaram muitos desafios durante a pandemia, incluindo preocupações com a saúde e segurança, falta de equipamentos de proteção adequados, aumento da carga de trabalho e falta de suporte emocional. Além disso, muitos profissionais de saúde relataram sentir-se abandonados pelas autoridades de saúde e governamentais. Os resultados do estudo sugerem que é importante fornecer suporte emocional adequado e recursos para os profissionais de saúde da Neurociência durante a pandemia. Isso pode incluir o fornecimento de equipamentos de proteção individual adequados, a oferta de treinamento e recursos para ajudar os profissionais de saúde a lidar com o estresse e a carga de trabalho, e a criação de um sistema de suporte emocional para ajudar os trabalhadores a lidar com os desafios emocionais da pandemia.

O artigo três “Factores de riesgo psicosocial que afectan a los profesionales en enfermería” aborda os fatores de risco psicossocial que afetam os profissionais de enfermagem. A pesquisa mostrou que os profissionais de enfermagem estão expostos a diversos fatores de risco psicossocial, como sobrecarga de trabalho, conflitos interpessoais, falta de reconhecimento, falta de recursos e falta de controle sobre o trabalho. Esses fatores de risco psicossocial podem afetar negativamente a saúde mental e o bem-estar dos profissionais de enfermagem, levando a problemas como burnout, estresse, ansiedade e depressão. Além disso, esses fatores podem afetar a qualidade do cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem aos pacientes. Os resultados do estudo sugerem que é importante implementar medidas para reduzir os fatores de risco psicossocial no ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem. Isso pode incluir a promoção de um ambiente de trabalho saudável, a melhoria das condições de trabalho, a oferta de recursos adequados e o

fornecimento de suporte emocional aos profissionais de enfermagem. O reconhecimento e a valorização do trabalho dos profissionais de enfermagem também podem contribuir para a redução desses fatores de risco psicossocial e para a melhoria da satisfação no trabalho e da qualidade do cuidado prestado aos pacientes.

O quarto artigo “Psychosocial risk factors, organizational conflict and job satisfaction in Health professionals: a SEM model” apresenta um modelo de equações estruturais (SEM) para examinar a relação entre os fatores de risco psicossocial, conflito organizacional e satisfação no trabalho em profissionais de saúde. A pesquisa mostrou que os profissionais de saúde estão expostos a vários fatores de risco psicossocial, como sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento, baixo controle sobre o trabalho e conflitos interpessoais no ambiente de trabalho. Além disso, conflitos organizacionais também podem afetar negativamente a satisfação no trabalho dos profissionais de saúde. Os resultados do estudo sugerem que a satisfação no trabalho dos profissionais de saúde pode ser melhorada pela redução dos fatores de risco psicossocial e pela gestão adequada do conflito organizacional. As medidas para abordar esses problemas podem incluir a promoção de um ambiente de trabalho saudável, a melhoria das condições de trabalho e o aumento do suporte emocional aos profissionais de saúde. A SEM model apresentada no estudo pode ajudar a entender melhor a relação entre esses fatores e orientar estratégias eficazes para melhorar a satisfação no trabalho dos profissionais de saúde.

O quinto artigo “Burnout y factores de riesgo psicossocial en el personal de un hospital de larga estancia” de 2018 trata do problema do burnout entre os profissionais de saúde em um hospital de longa permanência. A pesquisa mostrou que os profissionais de saúde que trabalham em um hospital de longa permanência estão especialmente em risco de desenvolver burnout, devido às condições de trabalho difíceis e à natureza emocionalmente desafiadora do trabalho. Além disso, fatores como a falta de apoio social e a falta de controle sobre o trabalho também aumentam

o risco de burnout. Os resultados do estudo sugerem que as medidas de prevenção do burnout devem ser implementadas para melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde em hospitais de longa permanência. Essas medidas podem incluir a melhoria das condições de trabalho, a promoção da saúde mental dos profissionais, o aumento do apoio social e a criação de oportunidades para que os profissionais tenham mais controle sobre seu trabalho.

O sexto artigo “Risk factors for burnout among caregivers working in nursing homes” aborda os fatores de risco para o burnout entre os cuidadores que trabalham em casas de repouso. A pesquisa mostrou que os cuidadores que trabalham em casas de repouso estão expostos a diversos fatores de risco para o burnout, incluindo sobrecarga de trabalho, conflitos interpessoais, falta de reconhecimento, falta de recursos e falta de controle sobre o trabalho. Esses fatores de risco podem afetar negativamente a saúde mental e o bem-estar dos cuidadores, levando a problemas como burnout, estresse, ansiedade e depressão. Além disso, esses fatores podem afetar a qualidade do cuidado prestado aos idosos nas casas de repouso. Os resultados do estudo sugerem que é importante implementar medidas para reduzir os fatores de risco para o burnout no ambiente de trabalho dos cuidadores de casas de repouso. Isso pode incluir a promoção de um ambiente de trabalho saudável, a melhoria das condições de trabalho, a oferta de recursos adequados e o fornecimento de suporte emocional aos cuidadores. O reconhecimento e a valorização do trabalho dos cuidadores também podem contribuir para a redução desses fatores de risco e para a melhoria da satisfação no trabalho e da qualidade do cuidado prestado aos idosos nas casas de repouso.

Já o sétimo artigo O texto “Acoso laboral y factores asociados en trabajadores de servicios de emergencias” aborda o assédio moral no trabalho e os fatores associados em trabalhadores de serviços de emergência. A pesquisa mostrou que os trabalhadores de serviços de emergência estão expostos a um alto risco de assédio moral no trabalho, o que pode ter consequências negativas para a sua saúde mental e

física. Os resultados do estudo sugerem que fatores como sobrecarga de trabalho, falta de recursos e apoio emocional, ambiguidade de papéis, conflitos interpessoais e falta de reconhecimento podem aumentar o risco de assédio moral no trabalho para os trabalhadores de serviços de emergência. É importante implementar medidas para prevenir e lidar com o assédio moral no ambiente de trabalho dos serviços de emergência, como a criação de políticas de tolerância zero para o assédio, a promoção de um ambiente de trabalho saudável, o fornecimento de suporte emocional e recursos adequados para os trabalhadores, a melhoria da comunicação e do trabalho em equipe, e a criação de canais de denúncia confidenciais e acessíveis para os trabalhadores.

3. Discussão

Os artigos citados têm em comum o fato de tratarem da saúde mental e bem-estar dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho. Eles abordam diferentes fatores de risco psicossociais que podem afetar a saúde mental dos profissionais e conseqüentemente a qualidade do atendimento prestado aos pacientes. (GUIMARAES, 2004; ROSSI, 2010; BARBOZA, 2017; FORNARI et al, 2020)

Para lidar com os fatores psicossociais de risco no trabalho em saúde, é fundamental que as organizações implementem medidas de prevenção e intervenção. Segundo Guimarães (2014), algumas ações que podem ser adotadas incluem a melhoria das condições de trabalho, a promoção de um ambiente organizacional saudável, a capacitação dos profissionais para lidar com situações estressantes e a oferta de suporte psicológico e social aos trabalhadores.

De acordo com Landsbergis et al. (2017), a implementação de estratégias de intervenção deve ser baseada em uma abordagem participativa, que envolva os trabalhadores e os gestores na identificação e resolução dos problemas. Além disso, é importante que essas estratégias sejam adaptadas às características específicas de cada organização e de cada grupo de trabalhadores.

Nieuwenhuijsen et al. (2010) destacam que as políticas de saúde e segurança no trabalho devem estar alinhadas com a promoção da saúde mental e do bem-estar dos trabalhadores. Isso significa que as organizações devem adotar uma abordagem integrada, que contemple não apenas a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, mas também a promoção da qualidade de vida e do equilíbrio entre vida pessoal e profissional dos trabalhadores.

Por fim, Leka e Houdmont (2010) ressaltam a importância de se adotar uma abordagem proativa na gestão dos fatores psicossociais de risco, ou seja, de se antecipar aos problemas e de buscar soluções preventivas. Isso requer uma cultura organizacional que valorize a saúde e o bem-estar dos trabalhadores e que promova a participação ativa dos mesmos na gestão dos riscos psicossociais.

Em resumo, lidar com os fatores psicossociais de risco no trabalho em saúde requer ações preventivas e de intervenção, que sejam participativas, adaptadas às características da organização e dos trabalhadores, e que promovam a saúde e o bem-estar dos profissionais.

É importante cuidar dos profissionais de saúde em relação aos fatores psicossociais de risco, pois esses fatores podem ter um impacto negativo não apenas na saúde mental e bem-estar dos trabalhadores, mas também na qualidade do atendimento prestado aos pacientes. Como destacado por Guimarães (2014), a demanda emocional, sobrecarga de trabalho, conflito de papéis e falta de apoio social e organizacional podem levar a consequências negativas para a saúde mental dos trabalhadores, como estresse, ansiedade, depressão, burnout e outras doenças relacionadas ao trabalho. Essas condições podem afetar negativamente a qualidade do cuidado prestado, aumentar os erros médicos e diminuir a satisfação do paciente.

Portanto, é fundamental que as organizações de saúde implementem medidas para proteger a saúde mental e o bem-estar dos trabalhadores, incluindo a promoção de ambientes de trabalho saudáveis, o acesso a programas de apoio emocional e psicológico, o desenvolvimento de

estratégias de prevenção do estresse e do burnout e o estabelecimento de políticas que promovam a saúde mental e o bem-estar dos trabalhadores (Shanafelt et al., 2016). Ao cuidar dos profissionais de saúde, podemos garantir que eles tenham a capacidade de fornecer um atendimento de qualidade e melhorar a experiência dos pacientes.

4. Conclusão

Cada um desses estudos apresenta uma perspectiva e abordagem diferente sobre a temática, mas todos são relevantes para a compreensão dos fatores de risco psicossociais no ambiente de trabalho em saúde. Esses estudos são importantes para destacar a importância da saúde mental dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho e para fornecer informações sobre como mitigar fatores de risco psicossociais e promover um ambiente de trabalho saudável.

É importante destacar que cuidar da saúde mental dos profissionais de saúde não é apenas uma questão ética, mas também uma questão de eficácia no cuidado aos pacientes. Como afirma Maslach e Leiter (2016), “ignorar o bem-estar dos profissionais é um erro estratégico para qualquer organização de saúde, pois a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes é inextricavelmente ligada ao bem-estar dos trabalhadores”.

Portanto, é fundamental que as organizações de saúde implementem medidas de prevenção e promoção da saúde mental, como políticas de suporte social e emocional, treinamento em gestão de estresse e sobrecarga de trabalho, e ações para promover um ambiente de trabalho saudável e respeitoso. Como afirmam Landsbergis et al. (2017), “o desenvolvimento de ambientes de trabalho saudáveis é uma abordagem sistêmica que não só protege e promove a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, mas também ajuda a melhorar a qualidade e eficácia dos cuidados prestados aos pacientes”.

Portanto, é crucial que os profissionais de saúde sejam valorizados e cuidados em relação aos fatores psicossociais de risco no ambiente de trabalho, e que as organizações de saúde assumam a

responsabilidade de implementar medidas para proteger e promover sua saúde mental e bem-estar.

Referências

- Guimarães, L. A. M. (2004). *Saúde do trabalhador de enfermagem: riscos e prevenção*. São Paulo: Atheneu.
- Rossi, A. M. (2010). *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Barboza, T. M. P., Câmara, S. G., Cardoso, R. C., & Carlotto, M. S. (2017). Prevalência de burnout em trabalhadores de um hospital universitário. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(1), 56-68.
- Fornari, M., Vicentin, M. C. G., Ribeiro, M. C., & Marziale, M. H. P. (2020). Saúde mental de enfermeiros em um hospital público. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), e20180979.
- Guimarães, L. A. M. (2014). Riscos psicossociais no trabalho em saúde: perspectivas e desafios para a gestão. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 39(130), 8-19.
- Guimarães, L. A. M. (2019). Fatores psicossociais e transtornos mentais em trabalhadores de saúde: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 17(1), 80-91.
- Figueiredo-Ferraz, H., Gil-Monte, P. R., & Olivares-Faúndez, V. E. (2018). Burnout y factores de riesgo psicosocial en el personal de un hospital de larga estancia. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 11(2), 67-80.
- Leka, S., & Houdmont, J. (2010). *Occupational health psychology*. John Wiley & Sons.
- Nieuwenhuisen, K., Hoeksma, J. B., & Visser, R. (2010). Factors influencing the development of burnout and engagement in emergency nurses: a burnout trajectory model. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1579-1591.
- Landsbergis, P. A., Dobson, M., & Kochitzky, C. (2017). *Work and health: An introduction to occupational health psychology*. Springer.
- Ferreira, A. I., Pereira, H., Lopes, S., & Carvalho, J. (2020). Psychological Impact of COVID-19 in Health Professionals Working in Portugal: A Multilevel Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5994. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165994>.
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2016). Interventions to promote physician well-being and mitigate the effects of burnout. *Journal of the American Medical Association*, 315(17), 1893-1904.
- Dobson, M., & Koutsouradi, M. (2017). Occupational exposure to psychosocial stressors: The role of coping strategies. In G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 295-301). Academic Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding burnout: New models. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 36-57). John Wiley & Sons. burnout: a systematic review. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(9), 1292-1309.

PROGRAMAS DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: POSSIBILIDADES DE ATENÇÃO AOS TRABALHADORES DE SAÚDE

Fernando Falcões de Oliveira

Contextualização

As diversas e constantes alterações no âmbito do trabalho tem mostrado que as tarefas vêm ganhando complexidade, aumentando em volume e fazendo com que às exigências físicas, cognitivas e emocionais postas ao trabalhador sejam maiores que em outros momentos da humanidade, ao mesmo passo em que tal trabalho ainda é considerado elemento fundamental e transformador, de vida psíquica, social, cultural, política e econômica do trabalhador, que viabiliza a sobrevivência e a realização desse ser humano.

Contudo, em virtude do avanço da reestruturação produtiva e o quanto esta faz com que as organizações busquem ampliar sua eficiência para atender as demandas de um mercado extremamente competitivo, agitam a forma de cada indivíduo reconhecer subjetivamente o ato e o produto de seu respectivo trabalho, sem que necessariamente se consiga perceber ou reconhecer sua condição de ser e existir, de materializar e expressar seu poder sobre o meio, de movimentar fatores materiais, culturais e institucionais do ambiente laboral, incluídas aquelas que podem desenvolver melhores condições de qualidade de vida (HELENO, BORGES, AGULLÓ-TOMÁS, 2021; SCHMIDT, GUIMARÃES, 2021).

Assim, compreender o contexto atual das organizações de trabalho, a partir da necessidade de mudança e capacidade de adaptação das pessoas, e dos modelos de gestão contemporânea voltados para o cuidado e atenção ao trabalhador, visando a ambos um desenvolvimento sadio e organizado, de modo a se consolidar a efetivi-

dade das práticas de bem-estar por meio de uma gestão integrada das relações pessoas-organização (FALEIROS DE OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2021).

Os estudos voltados à temática da QVT costumam ser concentrados, cada qual, em públicos específicos, e em processo de desenvolvimento científico para tentativas de consolidação de modelos e propostas que possam ser realizados em diferentes frentes (LIMONGI-FRANÇA, MURITIBA, MURITIBA, 2011; FERREIRA, 2016; SUGUIMOTO et al, 2021; FONTOURA JUNIOR et al, 2022; PASCHOAL et al, 2022).

Assim, considerando as transformações impostas no processo de reestruturação produtiva, que tem impactos na administração pública (vide reformas administrativa, trabalhista e previdenciária), se observam divergências na forma de atuar entre o público e o privado, bem como, se tem poucos registros de pesquisas e atividades voltadas à políticas de atenção à saúde dos agentes públicos de saúde, em ambiente de trabalho (GARCIA, 2010; PAIVA, AVELAR, 2011) – setor no qual, grande parte da força de trabalho em saúde se encontra empregada/ocupada no Brasil (DIEESE, 2018; MACHADO et al, 2022).

Ao propor esse debate se espera criar condições para a orientação de modos de ação capazes de gerar práticas que contribuam para a saúde dos trabalhadores da saúde, beneficiando a oferta de serviços à sociedade (AMANCIO, MENDES, MARTINS, 2021), bem como para atingir tal objetivo se faz necessária a contextualização dos conceitos de qualidade de vida no trabalho (QVT) que permearão essa caminhada, e as características do trabalho em saúde no Brasil, de forma que se possam propor modelos que atendam a efetiva demanda da respectiva força de trabalho em saúde.

1.1. Qualidade de Vida no Trabalho

Considerados os fatores apresentados anteriormente, se consolida o entendimento da crescente demanda de informações e atribuições das atividades de trabalho, que dificultam o equilíbrio entre desempe-

nho e bem-estar, por meio de múltiplos fatores sociais, tecnológicos e econômicos que exigem maior rendimento do/a trabalhador, e impactam diretamente na saúde de cada indivíduo e em diferentes níveis da gestão organizacional, visto que atravessam os diferentes níveis de análise dispostos em uma organização.

Ao se preocupar com as características e capacidades de cada ser humano (e respectivos grupos formados nessa interação) no trabalho, bem como com os fatores comportamentais, pessoais, relacionais, profissionais que acontecem nessa dinâmica, é um dos caminhos para entender que o trabalho e o ambiente laboral podem ser fontes de adoecimento ou de realização de potencialidades do indivíduo. (GUIMARÃES et al, 2022).

Desde a década de 1950 vem sendo estudados modelos para tratar a correlação Pessoa-Trabalho-Organização, a qual ganhou impulso ao longo do tempo pela influência que a conscientização dos/as trabalhadores/as e o aumento das responsabilidades sociais exerceram sobre pesquisadores/as e dirigentes organizacionais, partindo do entendimento de um modelo fundamentado em humanização do trabalho e responsabilidade social da organização de trabalho ou da gestão dinâmica e contingencial de fatores físicos, tecnológicos e sociopsicológicos que afetam a cultura e renovam o clima organizacional. (GUIMARÃES, 2015).

Historicamente, a QVT passa pela evolução de ser observada inicialmente como variável (reações individuais), como abordagem (indivíduo e resultado organizacional), como método (técnicas para melhoria e produtividade do ambiente de trabalho), como movimento (administração participativa e democracia industrial como ideais de QVT), como solução geral (contra a globalização, qualidade, produtividade, etc.), como nada (modismo, ação passageira), até encontrar um estágio de se viabilizar como possibilidade de ser estratégica nas organizações (por meio de dimensões e indicadores), e/ou compreendida como vetor para a construção de ações ou programas (voltados à saúde dos trabalhadores, a [re]organização do ambiente de trabalho ou ainda para acompanhar condições de bem e mal-estar nesse ambiente) (GARCIA, 2010; SANT'ANNA,

KILIMNIK, MORAES, 2011; FERREIRA, 2016, KLEIN, PEREIRA, LEMOS, 2019; FALEIROS DE OLIVEIRA, GUIMARÃES, 2021)

Assim, a QVT dialoga com noções como motivação, satisfação, saúde-segurança no trabalho, o que envolve discussões mais recentes sobre novas formas de organização do trabalho e novas tecnologias e visa articular duas tendências: a melhora da qualidade geral de vida como uma aspiração básica para a humanidade/classe trabalhadora; e uma maior participação dos trabalhadores nas decisões que diretamente dizem respeito à sua vida profissional (LIMONGI-FRANÇA, 2011; PAIVA, AVELAR, 2011; MARIYA, 2019; SUGUIMOTO et al, 2021).

A QVT também está direta e intrinsecamente relacionada aos valores e aspectos culturais da organização, bem como aos atributos de clima organizacional, principalmente em como afeta e é afetada por eles. Por isso, Programas de QVT, Promoção da Saúde e Clima Organizacional afetam o comportamento das organizações e tem se tornando parte integrante da cultura organizacional (FERREIRA, 2016; KLEIN, PEREIRA, LEMOS, 2019; MARIYA, 2019; GUIMARÃES, LAUDELINO NETO, MASSUDA JR, 2020).

Nesse ponto se observa um entrelaçamento entre as demandas de QVT, saúde e saúde mental, o qual demanda a necessidade de se compreender que a realização de ações ou iniciativas individualistas/individualizantes não se pode ser eliminada, contudo, é fundamental apontar que elas não atingem as relações e a organização do processo de trabalho, categoria central para explicar as principais demandas de saúde dos trabalhadores e de desenvolvimento de ambientes saudáveis de trabalho (ALVES, 2011; VASQUES-MENEZES et al, 2016; CNJ, 2018; GUIMARÃES, LAUDELINO NETO, MASSUDA JR, 2020).

A saúde mental é definida como um estado de bem-estar no qual cada indivíduo realiza seu próprio potencial pode lidar com o estresse normal da vida, pode trabalhar de maneira produtiva e é capaz de contribuir com sua comunidade (PAHO, 2014). Já a saúde mental no trabalho diz respeito ao processo multifacetado e que atende, ao mesmo tempo, o

adoecimento e a promoção da saúde, já que o trabalho tem papel estruturante na vida cotidiana do trabalhador contemporâneo e na própria construção da condição humana e das sociedades, sustentando-se assim o pressuposto da existência denexo entre o trabalho e a saúde psíquica (VASQUES-MENEZES et al, 2016; GUIMARÃES et al, 2022).

Logo, proteger e valorizar a saúde (mental) dos trabalhadores é fundamental para sua qualidade de vida, e por isso, quando se trata do campo do trabalho em saúde, é preciso também observar que esses profissionais lidam a todo o tempo com a morte, com demandas de saúde biológica e psicossocial de outrem e com tomadas de decisão difíceis que podem afetar o bem-estar físico e mental dessa categoria de trabalhadores, e da forma como está construído e é realizado tal trabalho.

Por fim, ainda que a QVT apresente diferentes definições por vários autores, encontra-se como ponto comum, o entendimento de que se apresenta como um movimento de reação aos métodos tayloristas e, como um instrumento, que tem por objetivo propiciar maior humanização do trabalho, aumento do bem-estar dos trabalhadores e maior participação nas decisões e gestão dos conflitos no trabalho, criando um modelo em que saúde e produtividade se retroalimentam. (LIMONGI-FRANÇA, 2011; AMANCIO, MENDES, MARTINS, 2021; FALEIROS DE OLIVEIRA, GUIMARÃES, 2021).

Pode ainda estar voltada a um conjunto de ações que, promovidas por uma instituição, visem à implantação de inovações e melhorias contínuas nos processos gerenciais, nas condições de trabalho e na cultura organizacional, e ser considerada responsável por tornar a relação laboral duplamente benéfica, uma vez que foca no bem-estar, na motivação e no compromisso dos trabalhadores com o alcance dos objetivos institucionais (LIMONGI-FRANÇA, 2011). Deste modo, a promoção do bem-estar no local de trabalho se enfatiza, nas relações de melhoria das condições laborais, ampliação dos benefícios referentes a saúde e à segurança do trabalho, e indo além da limitação de jornada e da ergonomia, passando a agregar aspectos outros, como o incentivo

ao uso da criatividade e à maior participação nas decisões no contexto de trabalho (AMANCIO, MENDES, MARTINS, 2021).

Assim, **Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)** diz respeito a ações que envolvem diagnóstico, implantação de melhorias e inovações relacionadas ao trabalho (tanto fora quanto dentro desse local) e construção de programas, que visam ofertar ações e (re)organizar atividades laborais com a participação dos trabalhadores, para propiciar condições de desenvolvimento de ambientes e pessoas mais saudáveis durante a realização do trabalho.

1.2. Trabalho em Saúde no Brasil

O modelo contemporâneo de saúde no Brasil, fundamentado na existência de um Sistema Único de Saúde (SUS), ocorre em função de um movimento político reformador iniciado na década de 1970, motivado pela necessidade de abertura política do país – democratização em todos os setores, inclusive no da saúde. Esses ideais de reforma (destacadas, a sanitária e a psiquiátrica) se consolidaram de forma mais expressiva a partir de 1986, quando, devido à necessidade de introduzir mudanças no setor com o objetivo de torná-lo democrático, acessível, universal e equitativo, formalizou-se na VIII Conferência Nacional de Saúde (e também I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental), a participação de usuários na definição das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (LÜCHMANN, RODRIGUES, 2007; OLIVEIRA, CONCIANI, 2009).

Tais movimentos sustentaram a proposição e criação do SUS e ainda são compostos por entidades de compromisso com a defesa do direito universal à saúde, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a Rede-Unida, os Conselhos de Saúde (nacional, estaduais e municipais), os Conselhos Nacionais de Secretários e Secretarias Municipais de Saúde (respectivamente, Conass e Conasems), o Movimento Popular de Saúde, o Movimento dos Tra-

balhadores de Saúde Mental (MTSM), a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), entre outras. O país avançou no desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, a exemplo dos referentes à mortalidade, às internações hospitalares e aos agravos de notificação, importantes para o monitoramento e avaliação de políticas, planos e programas (LÜCHMANN, RODRIGUES, 2007; PAIM, 2018).

Para regular essa conquista do direito universal à saúde previsto na constituição de 1988 (BRASIL, 1988), em 1990 foi promulgada a Lei 8080 conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, e posteriormente regulamentada pelo Decreto 7508/2011, bem como a contribuição da legislação do redirecionamento do modelo assistencial de saúde mental no país (BRASIL, 1990, 2001, 2011), que definiram e estruturam o SUS como uma das principais bandeiras de movimentos políticos e poder do plano federal para os planos estaduais e, particularmente, municipais, visando obter a municipalização plena da oferta de serviços de saúde, cuja oferta deve guardar proximidade com os locais de moradia da população usuária do sistema de saúde (CLEMENTINO, FALEIROS DE OLIVEIRA, 2022).

Foi aprofundada a compreensão multidimensional do processo saúde-doença, contemplando fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, políticos e ambientais, fortalecendo o diálogo com outras áreas do conhecimento, acompanhado da necessidade de avançar nas discussões sobre o trabalho em saúde, ampliando seu escopo teórico-metodológico, técnico-prático e ético-político em defesa de um projeto amplo de saúde e societário para o país, já que está intrinsecamente relacionado aos fenômenos sociais presentes no contexto em que serão realizadas as dinâmicas da saúde, visando à ampliação do modelo tecno-assistencial no âmbito do SUS, com a incorporação de novos cenários de atuação e experiências práticas não apenas no âmbito da assistência, mas da gestão, da educação, da promoção e da vigilância em saúde (COHN et al, 2010; SOARES, MACEDO, 2020).

Nesse ínterim, passaram a ser consideradas categorias de atividades da saúde segundo regulamentações do Ministério da Saúde e do Trabalho,

de modo a atender todas as demandas da amplitude das ações em saúde: quatorze categorias profissionais regulamentadas – Assistentes Sociais, Biólogos, Biomédicos, Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais e Técnicos de Radiologia (CNS, 1998; MS, 2020), além de mais de 60 famílias de ocupações entre técnicos, auxiliares e/ou apoio (MTE, 2010; DIEESE, 2018).

Tudo isso para atender uma população numerosa e diversa como a brasileira (de mais de 210 milhões de pessoas), espalhada de forma desigual em um território com dimensões continentais, há um SUS complexo e sólido, com 329.854 estabelecimentos de saúde (ambulatoriais e/ou hospitalares), que possui 447.510 leitos (sendo 34.318 de UTIs, para o atendimento de pacientes em estado crítico), além de 2.836 CAPS em 1.910 municípios brasileiros (MS, 2021).

O SUS, exclusivamente, emprega mais de 3,5 milhões de profissionais da saúde, médicos de diversas especialidades, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, odontólogos, nutricionistas e psicólogos, bem como técnicos e auxiliares de enfermagem, de laboratório, de radiologia etc., compondo uma força de trabalho (FT) tão numerosa quanto diversa, capaz de intervir de várias formas para a manutenção ou recuperação da saúde dos cidadãos. Além disso, essa estrutura – o SUS e sua FT – está presente e atua em todos os 5.570 municípios das cinco regiões do país (MACHADO et al, 2022).

Apesar dessa grandiosidade, ao longo de mais de três décadas de funcionamento do SUS, há um enfraquecimento dos movimentos e estruturas de base devido à crescente predominância do trabalho político dentro do aparelho de Estado, também reforçadas por estratégias de precarização do trabalho (terceirização de serviços, contratos temporários ou intermitentes) e de gestão inadequada de recursos de saúde. As Universidades Públicas têm papel decisivo na formação de profissionais com visão reflexiva e dispostos a combinar o trabalho sanitário com ativismo democrático. Os trabalhadores, apoiados em grupos de usuários, vêm

buscando criar possibilidades de cogestão no cotidiano dos serviços, com objetivo de reformular radicalmente o processo de trabalho e de gestão em qualquer espaço em que isto seja possível (CAMPOS, 2018).

Além destes, tais profissionais também podem atuar em espaços privados de saúde (DIEESE, 2018; MS, 2021) que não estão contemplados nos modelos até aqui citados, como consultórios, clínicas, e mais recentemente a realização de práticas em ambientes virtuais e de teleconsulta. Tanto quanto é importante ressaltar que o período mais agudo da pandemia da Covid-19, entre agosto de 2020 e maio de 2021 (MACHADO et al, 2022), não criou o processo de teletrabalho, mas, devido ao distanciamento e/ou isolamento social demandados nesse espaço de tempo, reforçou essa necessidade para a tentativa de manutenção de funcionamento de determinados tipos de serviços de saúde à população, principalmente em atuações que não demandassem ação presencial, o que trouxe outras situações de dificuldade ou degradação das condições de trabalho e possíveis impactos na saúde desse grupo de trabalhadores. (PORTO, PUENTE-PALACIOS, NEIVA, 2020; FERREIRA, 2021; PEREIRA, VIEIRA, SANTOS, 2022).

Outrossim, para a Força de Trabalho em Saúde (FTS) que permaneceu no trabalho presencial durante a pandemia, foram ressaltadas as questões de intensificação e precarização da realidade do trabalho quais sejam: despreparo técnico de colegas da equipe; insensibilidade da gestão às necessidades dos trabalhadores da saúde no seu cotidiano de trabalho; turnos e plantões extenuantes; transporte seguro e sem aglomeração, para ida e volta entre casa e trabalho; mudanças constantes na rotina de trabalho; medo da morte em decorrência de contaminação; privação do convívio familiar; supressão de direitos já existentes, tais como adicionais de insalubridade, adicionais salariais e até mesmo férias, devido a mudanças temporárias ou definitivas na legislação de trabalho (LAI et al, 2020; PRADO et al, 2020; MACHADO et al, 2022).

Tal contextualização se faz necessária, pois essas questões relacionadas ao trabalho, tem sido assunto de interesse ao alinhar o trabalho

e o ambiente ocupacional *per se*, como fontes de adoecimento ou de realização de potencialidades do indivíduo e a explicação do processo saúde/adoecimento pode vir diretamente das condições de trabalho, tendo o trabalho como foco principal (FERREIRA, FALCÃO, 2020).

Ao pensar o trabalho em seu propósito, seja ele presencial ou remoto, se observa que os trabalhadores buscam cada vez mais encontrar formas de serem reconhecidos e valorizados pelas suas realizações, sabendo o que estão realizando e não alienados a isso, de modo que todo ambiente combine características que valorizem e potencializem a pessoa, sua respectiva saúde, qualidade de vida e conseqüentemente a qualidade e os resultados do ambiente da organização e do trabalho como um todo, para tanto é que se apresentam possibilidades de Programas de Qualidade de Vida que possam ser utilizados com a FTS, respeitando as particularidade de cada tipo de serviço ou local de trabalho em saúde para tal construção.

2. Programas de Qualidade de Vida

2.1. Programa de QVT – Empresa Pública de Pesquisa (FALEIROS DE OLIVEIRA, GUIMARÃES, 2021)

O presente modelo foi desenvolvido em uma empresa pública de pesquisa, no Brasil, e partiu da proposta de sistematizar e integrar ações esporádicas, por meio da criação de indicadores e acompanhamento de efetividade das ações propostas. O modelo foi elaborado a partir da gestão do comportamento organizacional, viabilizado por meio de Clima Organizacional e QVT, para alinhamento de conceitos, metodologia e suporte organizacional para as iniciativas em todas as Unidades (à época, a referida empresa tinha 43 unidades em 24 estados e no Distrito Federal, bem como 16 departamentos – com funcionamento similar ao de cada unidade – em sua sede administrativa nacional, sediada em Brasília).

Foi desenvolvido a partir de uma diretriz estratégica que tinha o desafio de atrair, desenvolver e reter talentos técnicos e gerenciais, para

oferecer um programa que contemplasse ações nas diferentes dimensões da pessoa, e do âmbito corporativo e local, para estabelecer uma política capaz de reter o/a profissional na organização e promover um ambiente de trabalho saudável, de acordo com a realidade da referida organização. Assim, o Programa foi concebido com objetivo de proporcionar condições favoráveis ao equilíbrio dinâmico das dimensões biológica e psicossocial da pessoa no ambiente de trabalho; gerar atração e retenção de pessoas; otimizar os recursos e os esforços da gestão organizacional; promover o comprometimento e o resultado sustentável; e, fortalecer valores de gestão da qualidade de vida no trabalho. Tudo isso fundamentado na premissa da prática dos conceitos envolvidos como ações de responsabilidade compartilhada, que envolvem tanto a organização como a pessoa que trabalha na Empresa.

Realizou-se por meio de ciclos trienais que permitiram a aplicação e o acompanhamento sistemático de cada fase, comparações históricas dos resultados, ao passo de cada uma das seguintes fases: **Planejamento** (definição de cronograma do ciclo, estratégias de divulgação e instrumentos utilizados; atualização dos/as Representantes de QVT das unidades); **Diagnóstico** (divulgação e aplicação da pesquisa, tabulação dos dados e entrega dos resultados para as Unidades – relatórios); **Intervenção** (ações a partir dos resultados da pesquisa; capacitação dos Representantes para elaboração dos Planos de Ação, a partir dos pontos críticos e favoráveis do relatório); **Monitoramento** (acompanhamento da execução das ações do Plano, realinhamento das estratégias adotadas – reuniões periódicas, registro da execução e divulgação das ações realizadas); e, **Avaliação** (dificuldades e facilidades na implementação, motivos da não implementação, preparação para o novo ciclo).

Para tanto é preciso observar as práticas sempre de modo a: (i) manter o alinhamento das ações com o Plano Estratégico; (ii) aperfeiçoar competências estratégicas para preparar atuais e futuros líderes; (iii) exercitar novos paradigmas para atender o presente e olhar para o futuro da organização para compreender a importância e o impacto

mútuo entre gestão e saúde; (iv) explorar o comportamento para além das questões voltadas exclusivamente à produtividade; (v) valorizar as habilidades de interação (área e atuação interdisciplinar); (vi) focar na geração de competência com base em mudanças na organização e não somente em processos de aprendizagem; tratar os fenômenos organizacionais, utilizando métodos científicos e visando profundidade na gestão, gerando criatividade e desejo de mudança no ambiente; (vii) criar cultura de visão preventiva para enfrentamento dos problemas das organizações.

2.2. Programa de Saúde nas Organizações (MARIYA, 2019)

Para estabelecer questões de ciclos de trabalho, criação e acompanhamento de indicadores e intervenções efetivas, Mariya propõe seguir o modelo de ambiente saudável de trabalho, proposto pela OMS (2010), considerando fatores como: mobilização do ambiente físico de trabalho; reunir, diagnosticar e priorizar recursos para a saúde pessoal; planejar o envolvimento da empresa com a comunidade; e, melhorar, avaliar e fazer um ambiente psicossocial de trabalho voltado para a saúde. Todos esses fatores são permeados pelo compromisso das lideranças e pela participação dos trabalhadores, e transversalizados pela ética e valores das pessoas e da organização.

Este modelo está vinculado a um processo organizacional de melhoria contínua que garante que um programa de saúde, segurança e bem-estar atenda às necessidades de todos os interessados e seja sustentável ao longo do tempo e a adesão a esses princípios, evita afastamentos e incapacidades para o trabalho, minimiza os custos com saúde e os custos associados com a alta rotatividade tais como treinamento, e aumenta a produtividade a longo prazo bem como a qualidade dos produtos e serviços (OMS, 2010).

Para mobilizar os trabalhadores e empregadores a investir em mudanças é necessário, entender que as etapas da mudança existem para ajudar a configurar um programa de saúde para as diferentes pessoas-alvo. Para que elas possam progredir nos estágios, precisam ter:

(i) informações claras sobre o processo; (ii) razões para mudança; (iii) interesse e mentalidade positiva sobre a mudança; (iv) crença na capacidade de mudança; (v) conhecimento, habilidades e/ou recursos para mudar; (vi) apoio social e encorajamento; e, (vii) um ambiente que suporte e permita a prática da mudança.

Os programas de saúde devem inspirar os trabalhadores a viver bem e a encontrar informações simples e acesso fácil a tudo, desde ideias de receitas saudáveis a programas e eventos de bem-estar em seu local de trabalho, logo, o programa de saúde deve incluir os impulsores globais do bem-estar: conectividade social; saúde emocional e segurança financeira; e a saúde física.

2.3. Políticas e Programas de Organizações Públicas (CNJ, 2018)

Essas propostas tem como diretrizes o comprometimento institucional com as ações estratégicas que visem ao desenvolvimento e à promoção da qualidade de vida no trabalho, bem como com o bem-estar individual e coletivo, físico, psicológico e social, a prevenção de riscos à saúde e a valorização do servidor, por meio do incentivo à criação de cultura organizacional que motive a integração e a participação dos servidores na construção, manutenção e ações da qualidade de vida no trabalho, utilizando a gestão participativa para a concepção, o planejamento, a execução e a avaliação em Qualidade de Vida no Trabalho.

A implantação ocorre de forma gradual e continuada, passa por ajuste periódico para ampliação e/ou melhoria de suas ações, bem como demanda a avaliação periódica de sua execução e dos resultados alcançados. A gestão passa por uma Secretaria específica que se responsabiliza pelo projeto e que tem comitês de representação em cada unidade, dos respectivos órgãos, com integrantes de pelo menos oito diferentes setores dessas repartições.

Objetiva-se alcançar com tais propostas a promoção da saúde, do bem-estar físico, psicológico e social, prevenir agravos, promover ambiente de trabalho confiável e seguro, condições de trabalho ade-

quadas e favorecer a organização do trabalho humanizada por meio de relações socioprofissionais saudáveis.

E as ações perpassam questões vinculadas à gestão da qualidade de vida no trabalho e saúde, ao suporte organizacional e gerencial, à adoção de Hábitos Saudáveis, Promoção da Saúde e Prevenção de agravos; ao reconhecimento e Crescimento Profissional, às condições de Trabalho, e à integração e atividades culturais, podendo ainda realizar ações solidárias, de responsabilidade socioambiental e de inclusão social, para favorecer comportamentos de cidadania.

A representatividade dessa demanda pode advir da constituição do Comitê Gestor Local de Gestão de Pessoas e/ou das Comissões de QVT e Combate ao Assédio e à Discriminação, reforçando que a construção participativa busca o comprometimento dos colaboradores, fazendo-os perceber e mobilizar os esforços da instituição para a criação de ambiente voltado para a excelência organizacional.

2.4. Gestão da Qualidade de Vida no Trabalho – GQVT *(LIMONGI-FRANÇA, 2011; LIMONGI-FRANÇA, MURITIBA, MURITIBA, 2011)*

A GQVT, e fatores associados, pode ser analisada sob a ótica do indivíduo ou da organização. Ao nível do indivíduo, a discussão tem se caracterizado pela compreensão a respeito do estresse e de doenças associadas às condições do ambiente organizacional, considerando que todo ser humano é um ser biopsicossocial – ou seja, com potencialidades biológicas, psicológicas e sociais.

Já as empresas precisam focar, no reconhecimento do local de trabalho como um espaço importante para os programas de proteção da saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças. Enquanto os empregadores têm a responsabilidade de fornecer um local de trabalho seguro e livre de riscos, eles também têm grandes oportunidades para promover a saúde individual e um ambiente de trabalho saudável.

A utilização de programas e políticas eficazes no local de trabalho pode reduzir os riscos para a saúde e melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores, visto que tal gestão tem como objetivo buscar o aumento do bem-estar perante o trabalho sempre avaliando o risco a que os colaboradores estão expostos, ou seja, tudo aquilo que pode vir acontecer no ambiente trabalho e também verificar a eficácia da empresa sendo assim a saúde ocupacional irá influenciar diretamente no desenvolvimento no trabalho ou seja integração entre colaboradores e supervisores. Para tanto a utilização de programas de intervenção em saúde no local de trabalho pode reduzir os riscos para a saúde e manter uma força de trabalho mais saudável para diminuir os custos direto (assistência médica e absentéismo), e nos indiretos (produtividade dos trabalhadores), para criar uma cultura de bem-estar centrada no empregado e fornecer ambientes de apoio nos quais a segurança é assegurada e a saúde pode florescer.

2.5. Intervenção Integrada em Saúde *(GUIMARÃES, LAUDELINO NETO, MASSUDA JR, 2020)*

A forma ideal de enfrentar estímulos nocivos à saúde no contexto ocupacional é desenvolver intervenções que integrem ações em três níveis: prevenção primária, voltada a fontes estressoras associadas ao indivíduo e aos sistemas sociais; prevenção secundária, visando minimizar os impactos e promover recursos individuais e sociais; e prevenção terciária, com o intuito de reabilitar os indivíduos e os sistemas sociais, como o contexto do trabalho.

A abordagem integrada se amparou em três aspectos: (i) intervenção individual, com ações relacionadas à psicoeducação e à gestão dos primeiros socorros psicológicos (plantão psicológico), além de um sistema de atenção ao trabalhador; (ii) intervenção grupal, centrada nos sistemas sociais (treinamentos, palestras, grupos); e (iii) intervenção organizacional, voltada ao ambiente de trabalho (consultorias relacionadas ao cotidiano, organização e contexto do trabalho, entre outras).

A transformação de estratégias em saúde, promoveu a identificação e a prevenção de situações que ocasionam desmotivação, sofrimento e doenças causadas no trabalho, atuando em intervenção e promoção, visando o desenvolvimento de cultura de prevenção, seja com indivíduos, grupos ou com a organização de trabalho como um todo.

2.6. Avaliações de QVT e Outras Observações sobre o Tema

Em muitos ambientes laborais, como apresentado inicialmente, ainda não se faz presente um programa, o que não limita a realização de avaliações que permitam – dentro de diferentes modelos teóricos e metodológicos – conhecer mais sobre a realidade da QVT em determinada organização ou grupo de trabalhadores de uma organização, que pode vir a ser o primeiro passo para delinear um modelo de gestão estruturado.

Além dos estudos já apresentados nessa seção 2 e que possuem a avaliação de QVT como um de seus níveis de análise, é importante apresentar também estudos que podem contribuir na avaliação de tal realidade para trabalhadores de saúde, tais como: Antloga, Carmo e Krüger (2020), utilizando o IAQVT em um Instituto de Pesquisa Público; Barbosa et al (2018), utilizaram o TQWL-42, para avaliar trabalhadores de saúde do sistema penitenciário; Silva (2016), também com o IAQVT, do qual a partir dos resultados já iniciou a elaboração de um programa para a agência de pesquisa e inovação estudada; Garcia (2010), apresentada na seção 1, elaborou um instrumento próprio para avaliar trabalhadores de saúde de um município do interior do estado do Rio de Janeiro.

Poderiam ser citados outros estudos para ilustrar a variedade de ações, propostas e instrumentos de avaliação da QVT, no entanto e em suma, o que se torna possível relatar a respeito desse movimento é a necessidade, de considerar a saúde emocional também como ponto primordial na busca por qualidade de vida e bem-estar.

Estudando o campo dessa forma é possível entender que o trabalho e o ambiente ocupacional podem ser fontes de adoecimento ou de realização de potencialidades do indivíduo. A explicação do processo

saúde/adoecimento diretamente nas condições de trabalho, tendo o trabalho como foco principal e as características pessoais como elementos facilitadores do processo saúde/doença ou mediadores da relação pessoa/trabalho, ou seja, a subjetividade e as exigências de trabalho precisam ser compreendidas de forma equânime, para manter a saúde nas relações interpessoais e na gestão organizacional.

3. Considerações finais

Programas de QVT (e/ou de saúde) precisam compreender o trabalhador como um todo para proporcionar reconhecimento e oferecer saúde, visando relações interpessoais e processos de trabalho efetivos e produtivos, bem como outros segmentos de sua vida, visto que a busca por qualidade de vida e bem-estar nas organizações tendem a ser vistas como uma perspectiva estratégica para a sobrevivência e desenvolvimento futuro nas e das organizações.

Compreendendo essa situação, cada vez mais empresas e pesquisadores vêm se ocupando e se preocupando com as características e capacidades de cada ser humano no trabalho e com o modo deles agirem no contexto organizacional e reagirem às diversas situações e fatores motivacionais, comportamentais, pessoais, relacionais, profissionais, entre outras. Para proporcionar tal bem-estar a todos envolvidos nesse ambiente ocupacional, há de se realizar diagnósticos periódicos para acompanhamento dos trabalhadores, como base para a construção de modelo de gestão de saúde, monitoramento dos resultados e realização de ações estruturantes para evidenciar a importância da saúde e das pessoas para trabalhadores de saúde.

Além disso, a saúde emocional dos trabalhadores tem ocupado mais espaço no mundo do trabalho, tornando-se uma das vertentes principais para que o trabalhador possua qualidade de vida, bem-estar, desempenho e produtividade. Na ausência de um ambiente organizacional saudável, tem se apresentado crescente demanda de sintomas que prejudicam a qualidade de vida e o desempenho do trabalhador, em dimensões que

podem extrapolar a realidade do espaço laboral. Logo, programas contínuos podem ofertar soluções, sistematizar, acompanhar e promover mais QVT nos diferentes ambientes organizacionais.

Ressalta-se que, para além das soluções privadas de atenção à saúde no país, no serviço público esse ambiente é ainda mais diverso, pois é composto de equipes multidisciplinares, em diferentes equipamentos (UBS, UBSF, CRS, CAPS, Hospitais, entre outros), atendendo diferentes ações, dirigidas à população geral, ou à práticas e/ou públicos específicos (pessoa idosa, pessoa com deficiência, pessoa privada de liberdade, saúde integral da mulher, saúde integral do homem, população indígena, plano nacional de imunização, atenção a IST/HIV/AIDS, etc.), o que traz a demanda de se compreender com assertividade o ambiente ao qual se proporá a intervenção, para que seja construída da forma mais alinhada possível à realidade do respectivo espaço de trabalho, principalmente após o contexto de maior pressão cotidiana e mudanças bruscas na forma de trabalhar para a FTS, durante e após o período de maior sobrecarga decorrente da pandemia.

Além disso, se observou a escassez de programas já descritos para trabalhadores desse grupo específico (FTS) e que contribuíssem para o estudo e análise de casos, o presente estudo espera contribuir para a compreensão da necessidade de delineamento e aplicação de estratégias para gerir as pessoas e processos de trabalho, em prol de melhor QVT.

Espera-se então que as organizações de saúde estejam abertas a novas formas de lidar com seus trabalhadores, e que proporcionem treinamento para desenvolver a FTS, de modo a estarem qualificados a lidar com demandas dessa temática que vão surgindo no trabalho, aliadas à estrutura de apoio organizacional.

Por isso é importante buscar formas de atender tal público, nos diferentes níveis de atenção à saúde (promoção, prevenção e tratamento), para qualificar os modos de gestão e tornar o ambiente mais propício à saúde e à mitigação de quaisquer riscos psicossociais que advenham dessas relações, visto que, é impossível tentar valorizar o homem sem

valorizar o profissional. Portanto, programas preventivos e que atuem na resolutividade das demandas se configuram em grande oportunidade de otimizar a QVT desse ambiente.

A recomendação mais destacada com o avanço da implementação de um PQVT, é priorizar a boa organização do trabalho, evitar a sobrecarga laboral e estabelecer oportunidades de aperfeiçoamento e crescimento profissional, de modo a promover o reconhecimento do trabalho executado pelos funcionários.

Além disso, há necessidade de acompanhamento e avaliação dos programas já implementados para que, a partir de ações corretivas, melhorias contínuas possam ser promovidas, de modo a valorizar a imagem institucional, subsidiar o aprimoramento da gestão, e impactar positivamente no cotidiano tanto para os trabalhadores quanto para a população atendida.

Ao utilizar e aplicar um Modelo de Gestão ou um Programa de QVT a organização e o trabalhadores passam a contar com destaques que podem apontar caminhos a se respeitar ao longo de cada ciclo para manter a perenidade da proposta como ferramenta estratégica de mudança, avaliação continuada do próprio fazer, consolidação de ações estruturantes que permitem a inovação, e a efetiva realização da qualidade de vida no ambiente de trabalho, potencializando os resultados da organização e valorizando a saúde do trabalhador.

Nesse sentido também se deve observar a importância de compreender os diferentes níveis de análise para compreender a dinâmica das demandas pessoais (microorganizacionais), inter-relacionais e grupais (mesoorganizacionais), e das políticas, cultura e envolvimento da empresa com o ambiente que cria, que a cerca e do qual faz parte (macroorganizacionais), de modo que exista assertividade no nível de intervenção e atendimento das demandas de QVT.

O ideal é que se compreenda um modelo integrado, de melhoria contínua, que permita o diagnóstico, a intervenção, o acompanhamento e a (re)avaliação das ações, de modo em que a sistematização de infor-

mações seja ponto fundamental da consolidação estratégica das ações de saúde e qualidade de vida nessas organizações de trabalho.

Referências

- ALVES, E. F. Programas e ações em qualidade de vida no trabalho. **INTERFACEHS – Revista de Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade**, 6(1), 60-78, 2011. Disponível em: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-341359>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- AMANCIO, D. L. P.; MENDES, D. C.; MARTINS, S. Qualidade de Vida no Trabalho nas Organizações Públicas Brasileiras: uma Revisão Integrativa da Literatura. **Teoria e Prática em Administração**, v. 11, n. 2, 88-102, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2238-104X.2021v11n2.57593>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- ANTLOGA, C. S.; CARMO, M. M.; KRUGER, L. Qualidade de Vida no Trabalho em um Instituto de Pesquisa Brasileiro. **Psicologia Revista**, 29(1), 83–108, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2020v29i1p83-108>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- BARBOSA, M. L.; MENEZES, T. N.; SANTOS, S. R.; OLINDA, R. A.; COSTA, G. M. C. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde no sistema prisional. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 4, pp. 1293-1302. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.09292016>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: DOU de 05/10/1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 04 fev. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DOU de 20.9.1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 24 mar. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: DOU de 9.4.2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 10 jun. 2023.
- BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: DOU de 29.6.2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 10 jun. 2023.
- CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6, pp. 1707-1714. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- CLEMENTINO, D. S.; FALEIROS DE OLIVEIRA, F. Saúde Mental do Trabalhador da Saúde Indígena. In: SOUSA; BUENO (Org.). **Sujeitos e linguagens: novos olhares dos estudos culturais**. (pp. 313-329). 1ed. Campo Grande: Editora UFMS, 2022. Disponível em: <https://>

repositorio.ufms.br/bitstream/123456789/4951/4/SUJEITOS_E_LINGUAGENS_NOVOS_OLHARES_DOS_ESTUDOS_CULT.pdf. Acesso em: 3 jun. 2023.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. R.; KARSCH, U. S. **A saúde como direito e como serviço**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Instrução Normativa nº 41 de 25/01/2018**. Dispõe sobre o Programa de Qualidade de Vida no Trabalho do Conselho Nacional de Justiça. Brasília: DJe/CNJ, n. 12, de 29/01/2018, p. 9-10. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/compilado14574520221215639b35e923b57.pdf> . Acesso em: 4 jun 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 287 de 08/10/1998**. Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS. Brasília: CNS, 1998. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em: 10 jun. 2023.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **Anuário dos trabalhadores do SUS: 2018**. São Paulo: DIEESE, 2018. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/anuario/2018/AnuarioTrabalhadores.html> Acesso em: 10 jun. 2023.

FALEIROS DE OLIVEIRA, F.; GUIMARÃES, L. A. M. Modelo e práticas de gestão da qualidade de vida no trabalho (QVT) nas organizações. In: Franco, A. A., & Laudelino Neto, A. (orgs.) **Qualidade de vida e trabalho: conceitos e interfaces no contexto da pesquisa científica** (pp. 14-30). Ituiubata: Editora Barlavento, 2021.

FERREIRA, M. C. **Qualidade de vida no trabalho: Uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores** (3rd ed.). Brasília, DF: Paralelo 15, 2016.

FERREIRA, M. C.; FALCÃO, J. T. R. Trabalho em Contexto de Pandemia, Saúde Mental e Qualidade de Vida no Trabalho: Diretrizes Essenciais. In: MORAES (Org) **Os impactos da pandemia para o trabalhador e suas relações com o trabalho** [recurso eletrônico]. (pp. 23-34) Porto Alegre: Artmed, 2020. Disponível em: <https://www.sbpot.org.br/site2021/wp-content/uploads/2021/06/volume-2-os-impactos-da-pandemia-para-o-trabalhador-e-suas-relacoes-com-o-trabalho.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2023.

FERREIRA, M. P. Ampliação do teletrabalho e home office em tempos de pandemia e seus reflexos na saúde do trabalhador. **Revista do Direito do Trabalho e Meio Ambiente do Trabalho**. v. 7, n. 1, pp. 101-119, Jan/Jul, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2525-9857/2021.v7i1.7934>. Acesso em: 10 jun 2023.

FONTOURA-JUNIOR, E. E.; GUIMARÃES, L. A. M.; LIRA, E. R.; TELLES, F. S. Work-related accidents, musculoskeletal pain, and health-related quality of life among Pantanal farm workers in Brazil and ganaderos in Mexico. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 20, p. 287-297, 2022. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/en_v20n2a16.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

GARCIA, E. O. P. O conteúdo significativo da qualidade de vida no trabalho para funcionários públicos de uma secretaria de saúde. **Revista Eletrônica Gestão e Serviços**, v. 1, n. 1, Jan-Jul, pp.76-94, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.15603/2177-7284/regs.v1n1p76-94>. Acesso em: 10 jun. 2023.

- GUIMARÃES, L. A. M. Qualidade de Vida e Psicologia da Saúde Ocupacional. In: Ogata (Org.). **Temas avançados em qualidade de vida**. Londrina: Midiograf, v1, p. 87-108, 2015.
- GUIMARÃES, L. A. M.; LAUDELINO NETO, A.; MASSUDA JR, J. Intervenção integrada em saúde mental do trabalhador em uma corporação policial de Campo Grande (MS). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 45(8), 1-8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000018618>. Acesso em: 05 fev. 2023.
- GUIMARÃES, L. A. M.; TAMAYO, M. R.; SCHMIDT, M. L. G.; FALEIROS DE OLIVEIRA, F. Saúde Mental e Trabalho: Avanços e Vicissitudes. In: CARVALHO-FREITAS et al. (Org.). **Psicologia Organizacional e do Trabalho: Perspectivas Teórico-Práticas**. (pp. 339-382). 1ed. São Paulo: Vetor Editora, 2022, v. 1.
- HELENO, C. T.; BORGES, L. O.; AGULLÓ-TOMÁS, E. 4ª Revolução Industrial e Precarização no Trabalho: dois discursos e o mesmo fenômeno? In: BORGES; CRUZ; GUIMARÃES (org.). **Psicossociologia do trabalho: temas contemporâneos**. (pp. 43-76). Curitiba: CRV, 2021.
- KLEIN, L. L.; PEREIRA, B. A. D.; LEMOS, R. B. Qualidade de vida no trabalho: Parâmetros e avaliação no serviço público. **Revista de Administração Mackenzie**, 20(3), 1-35, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-6971/eRAMG190134>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- LAI, J. et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA Netw Open**. 2020; 3(3):e203976. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>. Acesso em: 18 mar 2023.
- LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Qualidade de Vida no Trabalho – QVT: Conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- LIMONGI-FRANÇA, A. C.; MURITIBA, P. M.; MURITIBA, S. N. Avaliação da gestão da qualidade de vida no trabalho. In: SOUZA, J. C. (Org.). **Qualidade de vida e saúde**. (pp. 125-162). 1ed. São Paulo: Vetor, 2011, v. 1.
- LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2007, v. 12, n. 2, pp. 399-407. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-8123200700020001>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- MACHADO, M. H.; WERMELINGER, M.; MACHADO, A. V.; VARGAS, F. L.; PEREIRA, E. J.; AGUIAR FILHO, W. Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade brasileira. In: PORTELA; REIS; LIMA (eds.). **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022, pp. 283-295. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0019>. Acesso em: 12 fev. 2023.
- MARIYA, F. A. O desafio de engajar a participação dos trabalhadores nos programas de saúde para a mudança de hábitos. **Rev.Br.Med.Trab**. 17(0):32-3, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v17s1a14.pdf> . Acesso em: 02 fev. 2023.
- MINARI, M. R. T., GUIMARÃES, L. A. M. Impacto da cultura organizacional no desequilíbrio entre esforço-recompensa no trabalho em uma universidade pública federal. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 616-623, jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.17652/rpot/2019.2.15580>. Acesso em: 20 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portaria GM/MS nº 639, de 31 de março de 2020.** Dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde”. Brasília: Diário Oficial da União, 02/04/2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-639-de-31-de-marco-de-2020-250847738>. Acesso em: 18 jun. 2023.

MS. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**, 2021. Página inicial. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 10 jun. 2023.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (MTE). Classificação Brasileira de Ocupações: CBO, 2010. 3ª Ed. Brasília: MTE, SPPE. Disponível em: https://portalfat.mte.gov.br/wp-content/uploads/2016/04/CBO2002_Liv3.pdf. Acesso em: 27 mar. 2023.

OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIANI, M. E. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2009, v. 14, n. 1, pp. 319-331. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100038>. Acesso em: 10 jun 2023.

OLIVEIRA, P. M.; LIMONGI-FRANÇA, A. C. Avaliação da gestão de programas de qualidade de vida no trabalho. **RAE eletrônica [online]**. 2005, v. 4, n. 1, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1676-56482005000100005>. Acesso em: 19 jun. 2023.

OMS. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação.** SESI/DN, 2010. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44307/9789241599313_por.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 10 jun. 2023.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Strategic Plan of the PAHO 2015-2020 [Internet]. 53rd Directing Council of PAHO, 66th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas; 2014 Sep 29-Oct 3; Washington (DC), USA. PAHO: 2014 (CD53/8, Rev. 1). Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-of-action-on-MH-2014.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2023.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2018, v. 23, n. 6, pp. 1723-1728. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 26 jun. 2023.

PAIVA, K. C. M.; AVELAR, V. L. L. M. Qualidade de vida no trabalho em uma central de regulação médica de um serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Organizações & Sociedade [online]**. 2011, v. 18, n. 57, pp. 303-321. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-92302011000200006>. Acesso em: 10 jun. 2023.

PASCHOAL, T.; SILVA, P. M.; DEMO, G.; FOGAÇA, N.; FERREIRA, M. C. Qualidade de vida no teletrabalho, redesenho do trabalho e bem-estar no trabalho de professores de ensino público no Distrito Federal. **Contextus – Revista Contemporânea de Economia e Gestão**, 20(1), 1-12, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.19094/contextus.2022.70500>. Acesso em: 10 maio 2023.

PEREIRA, E. F. S. F.; VIEIRA, A. B. P.; SANTOS, J. C. A Precarização Do Teletrabalho E Seus Impactos Na Saúde Do Trabalhador Decorrentes Do Cenário Da Pandemia. **Revista Jurídica Do Cesupa**, 3(2), 150-171, 2022. Disponível em: <http://periodicos.cesupa.br/index.php/RJCESUPA/article/view/72>. Acesso em: 13 jun. 2023.

PORTO, J. B.; PUENTE-PALACIOS, K.; NEIVA, E. R. Ajustes e Mudanças Organizacionais em Tempos de Pandemia da COVID-19. In: QUEIROGA (Org.) **Orientações para o home office durante a pandemia da COVID-19** [recurso eletrônico]. (pp. 59-65) Porto Alegre: Art-

med, 2020. Disponível em: <https://www.sbpot.org.br/site2021/wp-content/uploads/2021/06/volume-1-orientacoes-para-o-home-office-durante-a-pandemia-da-covid-19.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2023.

PRADO, A. D.; PEIXOTO, B. C.; SILVA, A. M. B.; SCALIAL, A. M. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, (46), e4128. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020>. Acesso em: 10 jun. 2023.

SANT'ANNA, A. S.; KILIMNIK, Z. M.; MORAES, L. F. R. Antecedentes, origens e evolução do movimento em torno da qualidade de vida no trabalho. In: Sant'anna & Kilimnik. **Qualidade de vida no trabalho: abordagens e fundamentos** (pp. 3-30). Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

SCHMIDT, M. L. G.; GUIMARÃES, L. A. M. Fatores psicossociais e saúde no trabalho sob a ótica da psicossociologia. In: BORGES; CRUZ; GUIMARÃES (org). **Psicossociologia do trabalho: temas contemporâneos**. Curitiba: CRV, 2021, pp. 309-346.

SILVA, A. Q. **Diagnóstico, política e programa de qualidade de vida no trabalho em uma instituição pública brasileira: a percepção dos trabalhadores como premissa para mudanças no contexto organizacional**. 180 f., Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

SOARES, F. B. P.; MACEDO, J. P. S. Intersecções Entre Psicologia da Saúde e Saúde Coletiva: Uma Revisão Integrativa. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 1, jan./abr., p. 33-47, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.v12i1.741>. Acesso em: 16 jun. 2023.

SUGUIMOTO, E. Y. A.; RABACOW, F. M.; LAUDELINO NETO, A.; GUIMARÃES, L. A. M. Os estudos no Brasil sobre qualidade de vida de trabalhadores: revisão sistemática. In: FRANCO, LAUDELINO NETO (Org). **Qualidade de Vida e Trabalho: conceitos e interfaces no contexto da pesquisa científica**. (pp. 47-67). 1ed. Minas gerais: Ituiutaba, 2021.

VASQUES-MENEZES, I.; FERNANDES, S. R. P.; GUIMARÃES, L. A. M.; LIMA, E. P. Saúde mental e trabalho: uma proposta de intervenção em contextos organizacionais. In: MENDONÇA, H.; FERREIRA, M. C.; NEIVA, E. R. **Análise e diagnóstico organizacional: teoria e prática**. São Paulo: Vetor; 2016. p. 251-72.

PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE SOBRE A RESILIÊNCIA: PROPOSIÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Rogério Dias Renovato

Introdução

À medida que os casos de COVID-19 se disseminaram por todos os continentes, culminando em um quadro pandêmico, a procura por serviços de saúde cresceu exponencialmente. E assim, do desgaste emocional já costumeiramente vivenciado pelos profissionais de saúde, a partir de 2019, a sobrecarga se intensificou, quer por casos suspeitos, como por casos confirmados pela infecção ao SARS-CoV-2.

Para Dantas (2021), as repercussões sobre a saúde mental dos profissionais de saúde trouxeram um quadro plural de sentimentos, dentre eles, o medo da morte de si e de seus familiares e amigos, o desespero, a desesperança, bem como sintomas de depressão e ansiedade, além do estresse pós-traumático.

Algumas estratégias foram adotadas para atenuar o quadro acima e a crise deflagrada, sendo elas: plantões de apoio psicológico, processos formativos para assegurar assistência à saúde mais segura, a contratação de mais profissionais de saúde, a oferta abundante de equipamentos de proteção individual e o ensino de técnicas para reduzir a ansiedade durante as práticas assistenciais (DANTAS, 2021). Este autor reforça que o conceito de resiliência precisa ser inserido cada vez mais nos serviços de saúde, independente de situações epidêmicas e pandêmicas.

As discussões sobre a resiliência não emergiram apenas em tempos de pandemia, mas vêm aflorando na contemporaneidade ao pleitear por um profissional/trabalhador resiliente, portador de algumas características, como a flexibilidade, a capacidade de se adaptar às mudanças e

ser polivalente. Segundo Ribeiro *et al.* (2011), o adoecimento dos trabalhadores em seus ambientes de atuação profissional pode decorrer de vários fatores, como, o pouco tempo para a família, a pressão e a responsabilidade do trabalho, a ausência de apoio institucional, e até o assédio moral. Vislumbra-se, então, um cenário que se intensificou por conta da situação pandêmica, ou seja, as tensões e as adversidades no mundo do trabalho não são recentes, mas decorrem de um contexto bem mais amplo, recheado de transformações nas instituições/organizações e permeado de inovações tecnológicas.

No trabalho em saúde, o processo de adoecimento mental é objeto de estudos que também abordam a precarização. Este fenômeno evidenciado na tessitura social atual traz à tona relações laborais desiguais, que assumem a concretude nas diferenças salariais, nas hierarquias estabelecidas estruturalmente e no conjunto de horas trabalhadas (MOROSINI, 2016). Portanto, olhar para a saúde mental do profissional de saúde requer que se percorram as relações de campos que se inter cruzam, campos relacionados ao mundo do trabalho em saúde, aos espaços institucionais de atuação, aos elementos de subjetividade deste trabalhador e à divisão técnica e social do seu fazer. Portanto, ao trazer a resiliência, como um conceito relevante para a saúde mental do trabalhador, não implica empregá-lo como mera ferramenta de resignação, mas como meio de transformação, que suscita a reflexão, análise da situação e enfrentamentos para vencer os obstáculos, em prol da superação.

Logo, após este preâmbulo, o que se propõe no percurso deste capítulo é buscar responder as seguintes perguntas: o que é a resiliência? Seria possível desenvolver práticas educativas em saúde (PES) acerca da resiliência, que auxiliem na promoção da saúde mental do profissional/trabalhador de saúde? Quais aportes teóricos fundamentariam tais práticas educativas? E haveria alguma proposição para tais práticas? Assim, para responder às questões acima, o capítulo será organizado nas seguintes seções: a resiliência – um construto polissêmico; PES sobre resiliência;

referenciais teóricos para as práticas educativas sobre resiliência e uma proposta de práticas educativas.

Resiliência: um construto polissêmico

O termo resiliência assume múltiplos conceitos em contextos também variados. No campo da psicologia, segundo Bonanno, Romero e Klein (2015), a resiliência é um processo global, em como desenvolver e manter adaptações saudáveis. Pode ser considerado um conceito amplo, um fenômeno guarda-chuva, que apresenta perspectivas distintas, a depender dos grupos ou indivíduos. Para esses autores, a resiliência contempla quatro elementos-chave: um evento potencialmente traumático, ajustes/adaptações, preditores e resultados. Já para Jackson, Firtko e Edenborough (2007), o construto da resiliência é visto como uma trajetória, um sistema, um processo, um ciclo e uma categoria qualitativa

Para a Associação Americana de Psicologia (APA, 2022), a resiliência é o processo de adaptar-se bem diante de adversidades, traumas, tragédias, ameaças ou fontes importantes de estresse, neste caso, problemas de relacionamento, doenças, questões financeiras ou dificuldades em seus trabalhos. Segundo a APA (2022), ser resiliente não implica em que a pessoa não experimente situações difíceis, ou que é algo inato neste ser humano. A resiliência compreende comportamentos, pensamentos e ações que podem ser aprendidos e desenvolvidos em qualquer indivíduo.

Mas quais seriam os fatores que interferem nas práticas de resiliência em profissionais de saúde? Conforme Huey e Palaganas (2020), quatro fatores permeiam a resiliência: aqueles de cunho individual, as influências organizacionais e institucionais, os meios como tais profissionais interagem e respondem diante de circunstâncias profissionais e a implementação de ações educativas efetivas. Neste último item, mostrou-se necessário construir múltiplas estratégias educativas, com o intuito de ampliar o conhecimento acerca da resiliência, e considerando sempre as singularidades de cada grupo de profissionais de saúde envolvidos.

Dentre os profissionais de saúde, sem dúvida, na enfermagem, a resiliência assume considerável relevância, pois os enfermeiros lidam continuamente com situações estressantes em seus cotidianos. E dentre os benefícios da resiliência para a enfermagem seria proporcionar redução da vulnerabilidade às adversidades vivenciadas, bem como permitir um ambiente de trabalho mais saudável, e o processo de cuidado mais efetivo (JACKSON; FIRTKO; EDENBOROUGH, 2007).

Na pesquisa de Silva *et al.* (2019) sobre a associação da resiliência com a capacidade para o trabalho de trabalhadores em enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem), aqueles que desenvolveram estratégias melhores de resiliência, mostraram-se mais aptos para enfrentar as intempéries da vida laboral. Além disso, os enfermeiros com mais tempo de trabalho mostraram-se mais resilientes, pois desenvolveram meios de atenuar os estressores, e assim, abrandar as adversidades em espaços de forte impacto sobre a saúde mental.

Partindo da premissa já relatada antes, a resiliência pode assumir contornos específicos. Como definir a resiliência para estudantes de enfermagem, que serão os enfermeiros no futuro? Em revisão integrativa conduzida por Thomas e Revell (2016), buscou-se conhecer acerca da resiliência em estudantes de enfermagem. E os resultados apontaram um construto ainda incipiente, mas necessário para fomentar nestes futuros profissionais da enfermagem competências acerca da resiliência. O apoio dos familiares, de amigos e da própria instituição formadora constituem elementos indispensáveis para a constituição de estudantes resilientes.

Ching *et al.* (2020) investigaram sobre os agentes estressores e os enfrentamentos desencadeados pelos estudantes de enfermagem vivenciando a aprendizagem em ambientes de prática clínica, e correlacionando-os com a resiliência e o *burnout*. Neste estudo, um dos estressores identificados se referem ao “choque” de realidade, ou seja, aquilo que se aprende durante a sua formação no curso de bacharelado de enfermagem, e o que ocorre nos cenários de assistência à saúde. Ao experienciar culturas de cuidado distintas, a sobrecarga do mundo do

trabalho em saúde e a avaliação contínua de sua atuação como estudante, faz-se necessário desenvolver nos estudantes ações de enfrentamento, bem como o entendimento de suas limitações, capacidade para reconhecer os estressores e colocar em práticas modos para atenuá-los

E assim, retornando ao conceito de resiliência da APA, e os resultados obtidos pela pesquisa de Huey e Palaganas (2020), é possível, então, aprender sobre a resiliência por meio de PES, isto é, processos educativos podem contribuir para fomentar ações promotoras de saúde mental.

Práticas Educativas em Saúde sobre Resiliência

McAllister e McKinnon (2009) pautadas em revisão de literatura acerca da importância do ensino e aprendizagem da resiliência em cursos de saúde reforçaram sua relevância e propuseram recomendações, dentre elas: o tema resiliência deve ser incorporado nas matrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde, buscando articular esse fenômeno com as identidades profissionais, as expectativas, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e o engajamento em sua formação profissional. Para as autoras, o ensino da resiliência deve se estender aos locais de ensino clínico, fomentando espaço de reflexão e ação, entre os docentes, profissionais, gestores, estudantes e pacientes. A premissa aqui é o diálogo que se constroi intencionalmente nos espaços formativos destes futuros profissionais de saúde.

Além da abordagem sobre resiliência nos cursos de graduação em saúde, práticas educativas nos serviços também assumem impacto em minimizar os níveis de estresse ocupacional e promover maiores níveis de resiliência. Babanataj *et al.* (2019) investigaram intervenção educativa aplicada a enfermeiros de unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital no Irã. Ao todo foram cinco encontros educativos abordando o conceito de resiliência e suas características, os fatores individuais, como otimismo e autoestima, os fatores sociais, e os meios de desenvolver a resiliência. Este estudo quase-experimental empregou instrumento específico para mensurar os níveis de resiliência, e os seus achados reforçam

o papel importante das práticas educativas em promover resiliência em profissionais de saúde, neste caso, de enfermeiros atuando em UTI.

Duboy *et al.* (2020) publicaram um protocolo de estudo de intervenção para a promoção da resiliência voltado para profissionais atuando em oncologia. A intervenção que será realizada chamou a atenção pelas suas características, que consistirá em uma construção coletiva, multidimensional, participativa e em que a equipe definirá os objetivos dos encontros educativos, fazendo uso de várias estratégias de ensino e aprendizagem. E assim, outra questão emerge, existem estratégias educacionais mais efetivas?

Rogers (2016), por meio de revisão sistemática, verificou estratégias educativas para desenvolver resiliência em profissionais de saúde, como *workshops* de resiliência, grupos menores para solucionar problemas, capacitação apoiada em terapia cognitivo comportamental, grupos reflexivos, *mindfulness*, mentorias e práticas de relaxamento. Enquanto que Pollock *et al.* (2020), em revisão sistemática de métodos mistos, e voltada para intervenções sobre resiliência em situações de epidemias e pandemias, apontaram evidências moderadas de intervenções, quando elas consideram a realidade local e a instituição oportuniza suporte e compreende a importância destas intervenções, e também quando os profissionais de saúde percebem a necessidade dessas intervenções em suas ações do dia a dia.

Sendo assim, e em consonância, aos achados acerca da resiliência, desenvolver PES sobre este construto, quer para profissionais de saúde, quer para estudantes de cursos da saúde, constituem estratégias efetivas e eficazes em promover saúde mental, atenuar processos de adoecimento, e implementar ações para atenuar os estressores nos ambientes de trabalho e de formação em saúde.

Referenciais teóricos para práticas educativas em saúde sobre resiliência

Como, então, seriam as PES sobre resiliência? Para responder esta questão nos aproximamos de dois referenciais teóricos, um proveniente da enfermagem, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (MSN) (LAWSON, 2018), e o outro, do campo da Educação em Saúde, que traz os pressupostos de Maria Helena Salgado Bagnato e Renovato.

Sobre o MSN e suas potencialidades com o construto da resiliência, alguns conceitos e princípios precisam ser apresentados, como por exemplo, sua abordagem holística, o conceito de sistemas abertos, as linhas de defesa e a concepção de estressores.

Betty Neuman (1924-2022) propôs seu modelo para estudantes de enfermagem da Universidade da Califórnia em Los Angeles, na década de 1970. O MSN é baseado na teoria geral de sistemas, e mais especificamente em sistemas abertos, em que há um fluxo de entrada e de saída, e constante retroalimentação. Assim, as pessoas estão sempre em interação umas com as outras, inseridas em redes sociais, e envoltas pelo ambiente, tanto interno, como externo, influenciando esses indivíduos e sendo influenciado por eles (LAWSON, 2018).

Na perspectiva de MSN, a saúde e a doença são processos dinâmicos, e o bem-estar somente ocorre quando todas as necessidades dos sistemas foram atendidas, e estão harmônicas. Para Neuman, a abordagem de cuidado à pessoa deve ser holística, atentando as dimensões fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais (LAWSON, 2018).

Um dos pontos mais citados em relação ao MSN, são os estressores, ou seja, estímulos que produzem tensão, e podem provocar instabilidade, e assim, desencadear respostas positivas ou negativas. Os estressores podem de ser natureza intrapessoal, interpessoal e extrapessoal. As tensões provenientes dos estressores provocam medidas de enfrentamento das pessoas, e são denominadas de linhas resistência e de defesa, visto que tem a finalidade de proteção contra os estressores (LAWSON, 2018).

Conforme o MSN, diante das instabilidades provocadas pelos estressores, e o grau de reação deflagrada, é necessário implementar intervenções, quer primárias, secundárias ou terciárias, com o intuito de ajudar a pessoa a manter o máximo possível o equilíbrio, e assim, a harmonia, ou melhor, a saúde de si (LAWSON, 2018).

Assim, conforme Turner e Kaylor (2015), o MSN pode servir de aporte teórico para compreender melhor a resiliência em profissionais de saúde, como a enfermagem, e além disso, o próprio conceito de resiliência pode receber contribuições a partir do MSN. Turner e Kaylor (2015) propuseram que a resiliência pode ser conceituada como fator protetor na ótica do MSN, e assim gerenciar, reduzir e prevenir reações decorrentes do estresse.

O MSN tem-se constituído como aporte de pesquisas no campo da saúde mental, o que corrobora a escolha deste referencial para compor as PES sobre a resiliência. Na pesquisa realizada por Moola, Ehlers e Hattingh (2008), o MSN consistiu em um dos aportes teóricos para desvelar as situações de estresse por enfermeiros de UTI na África do Sul. Já o estudo conduzido Gigliotti (1999), o MSN foi referencial empregado para compreender os estressores vivenciados por mulheres, que são mães e também são estudantes ao mesmo tempo. Enquanto que a investigação de Etchin *et al.* (2020) propôs um modelo conceitual, teórico e empírico, tendo o MSN, como uma das referências, para entender o processo de reintegração dos militares às suas famílias e comunidades.

Em relação ao referencial da Educação em Saúde, a proposta para PES sobre resiliência traz os pressupostos de Bagnato e Renovato (RENOVATO, 2017). Esse referencial tem conduzido pesquisas sobre educação em saúde em vários temas e cenários educacionais, como por exemplo, prescrição de medicamentos por enfermeiros (TRINDADE JÚNIOR, 2017), abordagem da fotoproteção e prevenção de câncer de pele para estudantes de ensino médio (SANTOS, 2017), cessação do tabagismo em usuários da atenção primária em saúde (SANTOS, 2018), ensino híbrido sobre medicamentos em UTI para estudantes de enfermagem

(BELARMINO, 2020) e processos educativos para pessoas com distúrbios osteomioarticulares assistidas por fisioterapeuta (LOPES, 2021).

Nos pressupostos de Bagnato e Renovato (RENOVATO, 2007), as PES assumem a perspectiva de encontros educativos entre pessoas com vivências, sentidos, significados e representações singulares acerca das concepções de saúde. Nestes encontros educativos, o que se busca é reciprocidade dialógica, em que o educador em saúde, assume o papel de mediador cultural. Neste caso, o conceito de cultura é percebida como elemento do cotidiano, que atravessa as atividades diárias, isto é, os sentidos e significados perpassam como nos alimentamos, como vestimos, o nosso lazer, o ir e o vir, nossas práticas terapêuticas, dentre outras dimensões.

Na perspectiva de Bagnato e Renovato (RENOVATO, 2017), as PES não são de caráter informacional e instrumental. Tais práticas assumem outras possibilidades, que avançam para além da gestão de riscos, e prosseguem para a dimensão da vulnerabilidade do ser humano em suas múltiplas dimensões. Os encontros educativos em saúde ocorrem entre pessoas, que ao longo de suas vidas vêm adquirindo experiências, e também alargando suas biografias, estabelecendo espaços de intersubjetividade, e construindo percepções de si e do outro. Assim, a saúde, nestes encontros educativos, não é capturada ou restrita pela cosmovisão biomédica, e sim se permite avançar em outros territórios, envoltos de recriação e de ressignificação, em que se observam fugas, enfrentamentos, resistências e possibilidades.

Assim posto, segue o desafio em como operacionalizar, ou pelo menos, propor um caminho para a implementação de PES sobre resiliência na promoção da saúde mental.

Proposta de práticas educativas em saúde sobre resiliência

Conforme já apresentado anteriormente, entendemos que a resiliência pode ser compreendida na perspectiva do MSN, e que o referencial teórico para a educação em saúde seriam os pressupostos de Bagnato e Renovato (RENOVATO, 2017). Deste modo, como sugestão de uma

trilha educativa em saúde trazemos o percurso proposto por Renovato (2017) e adaptado para este tema, que consiste nas seguintes etapas: 1) conhecendo o grupo/sujeitos; 2). diagnóstico educativo; 3) planejamentos das PES; 4) implementação das PES; 5) avaliação das PES (ver quadro 1).

Quadro 1 – Práticas Educativas em Saúde sobre Resiliência – proposta de percurso metodológico.

Etapas das Práticas Educativas em Saúde	Práticas educativas em saúde sobre Resiliência apoiada nos MSN e nos pressupostos de Bagnato e Renovato
Conhecendo o grupo//sujeitos	Podem ser empregadas entrevistas individuais ou entrevistas coletivas
Diagnóstico Educativo	Quais estressores vivenciados? Quais as estratégias de enfrentamento (linhas de resistência e de defesa)? Quais as percepções e compreensões sobre resiliência?
Planejamento	Encontros educativos planejados coletivamente e apoiados nos diagnósticos educativos
Implementação das PES	Considerar a realidade local e o apoio institucional
Avaliação das PES	De caráter formativo, processual e longitudinal.

Fonte: próprio autor

Este percurso metodológico proposto por Renovato (2017) já foi utilizado na pesquisa de Lopes (2021), em que se buscou analisar práticas educativas em fisioterapia para sujeitos acometidos com distúrbios osteomioarticulares. Além de empregar os pressupostos de Bagnato, a autora identificou dois diagnósticos educativos: proporcionar troca de saberes diante da nova situação de saúde e prover condições para os sujeitos se adaptarem e enfrentarem a desordem; o que levou ao planejamento do processo educativo implementado em consultas fisioterapêuticas, e a avaliação foi ocorrendo simultaneamente.

Na primeira etapa deste percurso, é importante desvelar as compreensões sobre a resiliência, bem como os estressores, já que cada grupo pode apresentar realidades distintas. Estudantes de enfermagem podem apontar estressores diferentes daqueles relatados por enfermeiros de UTI (CHING *et al.*, 2020; MOOLA. EHLERS. HATTINGH, 2008). Além disso, perscrutar as percepções do grupo e da instituição sobre as adversidades, dificuldades e processos de adoecimento mental podem

identificar facilidades e barreiras para o processo educativo em saúde nos serviços de saúde (POLLOCK *et al.*, 2020).

A identificação dos diagnósticos educativos precisa considerar os sentidos e significados pelos sujeitos envolvidos, conforme preconiza Bagnato e Renovato (RENOVATO, 2017), assim como se apoiar nos referenciais do MSN. Quanto melhor a clareza destes diagnósticos, melhor será o processo de planejamento do processo educativo.

Já na etapa de planejamento, as contribuições de Dubois *et al.* (2020) convergem para o referencial de Bagnato e Renovato (RENOVATO, 2017), em que a participação de todos os sujeitos e a co-construção mostram-se potentes, e podem ajudar na implementação destas práticas educativas. E a pesquisa de Rogers (2016) também pode contribuir para delimitar quais estratégias de ensino e aprendizagem em saúde seriam as mais eficazes nos encontros educativos.

Partindo da premissa, que as etapas 1, 2 e 3 conseguiram capturar as necessidades educacionais dos sujeitos, e que os diagnósticos educativos foram identificados com precisão, e o planejamento do processo educativo teve todo o aporte teórico e da revisão de literatura, a implementação poderá ocorrer com mais robustez, mesmo que intercorrências possam surgir. E sem dúvida, nesse percurso, a avaliação do processo educativo se faz necessária.

Para Santos e Paschoal (2017), a avaliação das PES deve ser periódica, buscando verificar a implementação e observar o impacto decorrente. Não se trata apenas de observar se houve aquisição de conhecimento sobre o tema proposto, e sim, perceber transformações, mesmo que ainda no início, mas que podem ser contínuas e persistentes.

Assim, mesmo que seja uma proposta, alguns pontos foram apresentados e sugeridos, como a intersecção de dois referenciais teóricos, um abordando a resiliência na perspectiva do MSN, e outro específico da educação em saúde (RENOVATO, 2017). E um percurso metodológico foi proposto para implementar as PES sobre resiliência. Deste modo,

um caminho se apresenta como possibilidade para promover a saúde mental de profissionais/trabalhadores atuando nos serviços de saúde.

Considerações Finais

Ao longo deste capítulo, procurou-se apresentar o quão importante é abordar, tanto nos serviços de saúde, como nos espaços de formação de futuros profissionais de saúde, acerca da saúde mental e do construto da resiliência. O sofrimento mental, o adoecimento, as adversidades e a sobrecarga de trabalho, bem como outros fatores estão presentes no cotidiano do trabalho em saúde, e a pandemia recente, simplesmente intensificou o quadro já evidenciado há algum tempo.

Com isso, a implementação de PES sobre resiliência e outros temas relacionados à saúde mental precisam se concretizar nos espaços de atenção e cuidado em saúde. A proposição de um percurso metodológico para as PES, bem como dos aportes teóricos constituem em tentativas de apontar a relevância, mas também como podem se concretizar.

Por fim, o campo do Ensino em Saúde e as pesquisas acerca deste território de saberes podem contribuir na seleção de modelos e referenciais teóricos, na delimitação de metodologias, nas estratégias educativas mais efetivas, nos métodos de avaliação dos processos educacionais, e quais os impactos sobre o mundo do trabalho em saúde, bem como da formação em saúde.

Referências

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. APA: the road to resilience. Disponível em: <https://uncw.edu/studentaffairs/committees/pdc/documents/the%20road%20to%20resilience.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2022.

BABANATAJ, R.; MAZDARANI, S.; HESAMZADEH, A.; GORJI, M. H.; CHERATI, J. Y. Resilience training: effects on occupational stress and resilience of critical care nurses. **International Journal of Nursing Practice**, v.25, n.1, e12697, 2019, doi: 10.1111/ijn.12697.

BELARMINO, G. M. **Enfermagem, medicamentos e UTI: avaliação do ensino híbrido através da sala invertida para estudantes da graduação**. 2020. Dissertação (Mestrado em Ensino em Saúde) – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados.

BONANNO, G. A.; ROMERO, S. A.; KLEIN, S. I. The temporal elements of psychological resilience: an integrative framework for the study of individuals, families, and communities. *Psychological Inquiry*, v.26, n.2, p. 139-169, 2019, doi:10.1080/1047840X.2015.992677.

CHING, S. S. Y.; CHEUNG, K.; HEGNEY, D.; REES, C. S. Stressors and coping of nursing students in clinical placement: a qualitative study contextualizing their resilience and burnout. *Nurse Education in Practice*, v.42, e102690, 2020. doi: 10.1016/j.nepr.2019.102690.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface (Botucatu)**, v.25, suplemento 1, e200203, 2021. doi: 10.1590/Interface.200203.

DUBOIS, C.; SILVA, R. B.; LAVOIE-TREMBLAY, M.; LESPÉRANCE, B.; BENTEIN, K.; MARCHAND, A.; SOLDERA, S.; MAHEU, C.; GRENIER, S.; FORTIN, M. Developing and maintaining the resilience of interdisciplinary cancer care teams: an interventional study. **BMC Health Services Research**, v.20, n.1, p.1309, 2020. doi: 10.1186/s12913-020-05882-3.

ETCHIN, A.G.; FONDA, J.R.; MCGLINCHEY, R.E.; HOWARD, E.P. Toward a system theory of stress, resilience, and reintegration. **Advances in Nursing Science**, v.43, n.1. p. 75-85, 2020. doi: 10.1097/ANS.0000000000000277.

GIGLIOTTI, E. Women's multiple role stress: testing Neuman's flexible line of defense. **Nursing Science Quarterly**, v. 12, n.p.1, p. 36-44, 2019. doi: 10.1177/08943189922106396.

HUEY, C. W. T.; PALAGANAS, J. C. What are the factors affecting resilience in health professionals? A synthesis of systematic reviews. **Medical Teacher**, v.42, n.5, p.550-560. doi: 10.1080/0142159X.2020.1714020.

JACKSON, D.; FIRKTO, A.; EDENBOROUGH, M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 60, n.1, p. 1-9, 2007. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x.

LAWSON, T. G. Systems Model. In: ALLIGOOD, M. R. **Nursing Theorists and their work**. 9th ed. St. Louis: Elsevier, 2018. p. 231-248.

LOPES, C. S. **Práticas educativas em Fisioterapia no enfrentamento de distúrbios osteomioarticulares**. 2021. Dissertação (Mestrado em Ensino em Saúde) - Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados.

McALLISTER, M.; MCKINNON, J. The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. **Nurse Education Today**, v.29, n.4, p. 371-379, 2009. doi: 10.1016/j.nedt.2008.10.011.

MOOLA, S.; EHLERS, V.J.; HATTINGH, S.P. Critical care nurses' perceptions of stress and stress-related situations in the workplace. **Curationis**, v.31, n.2, p. 77-86, 2008. doi: 10.4102/curationis.v31i2.989.

MOROSINI, M. V. G. C. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.14, suplemento 1, p. 5-7, 2016. Doi: 10.1590/1981-7746-sip00131.

POLLOCK, A.; CAMPBELL, P.; CHEYNE, J.; COWIE, J.; DAVIS, B.; McCALLUM, J.; MCGILL, K.; ELDERS, A.; HAGEN, S.; McCLURG, D.; TORRENS, C.; MAXWELL, M. Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.11, n.11, CD013779.2020, 2020. doi: 10.1002/14651858.CD013779.

RENOVATO, R. D. **Educação em Saúde: prática farmacêutica na gestão clínica do medicamento**. 1. ed. Dourados: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2017.

RIBEIRO, A. C. A.; MATTOS, B. M.; ANTONELLI, C. S.; CANÊO, L. C.; GOULART JÚNIOR, E. Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e/ou desgaste da saúde mental. **Psicologia em Estudo**, v.16, n.4, p. 623-633, 2011.

ROGERS, D. Wich educational interventions improve health care professionals' resilience? **Medical Teacher**, v.38, n.12, p. 1236-1241, 2016. doi: 10.1080/0142159X.2016.1210111.

SANTOS, C. P. A. **Práticas educativas em saúde no ensino médio: uma abordagem crítica, cultural e interdisciplinar sobre fotoproteção e prevenção de câncer de pele**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ensino em Saúde) – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados.

SANTOS, A. S.; PASCHOAL, V. D (orgs.). **Educação em saúde e enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2017.

SANTOS, F.A.M. **Processos Educativos na Cessação do Tabagismo: trilhas e percursos de um núcleo de apoio à saúde da família**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ensino em Saúde) - Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

SILVA, S. M.; SILVA, F. J.; BAPTISTA, P. C. P.; ALMEIDA, M. C. S.; MARTINEZ, M. C.; SOARES, R. A. Q. Resiliência e capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.27, e45731, 2019. doi: 10.12957/reuerj.2019.45731

THOMAS, L. J.; REVELL, S. H. Resilience in nursing students: an integrative review. **Nurse Education Today**, v.36, p. 457-462, 2016. doi: 10.1016/j.nedt.2015.10.016.

TRINDADE JÚNIOR, W. B. **Práticas educativas sobre prescrição de medicamentos por enfermeiros da atenção primária**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ensino em Saúde) – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados.

TURNER, S. B.; KAYLOR, S. D. Neuman Systems Model as a conceptual framework for nurse resilience. **Nursing Science Quarterly**, v. 28, n.3, p. 213-217, 2015. doi: 10.1177/0894318415585620.

EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL/MS

Francine Ramos de Miranda
Débora Dupas Gonçalves do Nascimento
Maria Fabiana Damásio Passos
Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira
Adriana Carvalho dos Santos
Sílvia Helena Mendonça de Moraes

1. Introdução

Em 05 de maio de 2023, a Organização Mundial da Saúde (OMS) pôs fim à Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à Covid-19, embora a pandemia ainda fosse uma ameaça e a vigilância e os esforços para ampliar a cobertura vacinal, sobretudo entre grupos vulneráveis, fossem continuar (OPAS, 2023). No Brasil, apesar da queda no índice de infecções de Covid-19, em 28 de março de 2023, o número de vidas perdidas em razão da doença havia chegado a 700 mil (BRASIL, 2023).

Nestes três anos de emergência sanitária, as consequências da pandemia na saúde física da população ficaram evidentes, mas a saúde mental também foi severamente afetada. O medo do adoecimento, a instabilidade financeira e o isolamento social colaboraram para isso. No primeiro ano da pandemia, estimou-se um incremento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão no mundo (OPAS, 2022). Apesar do súbito interesse pelo assunto, o investimento global na área é insuficiente e está distante das metas de saúde mental estabelecidas pela OMS (WHO, 2021a), já que os objetivos de “liderança e governança eficazes para a saúde mental, prestação de serviços de saúde mental em ambientes comunitários, promoção e prevenção da saúde men-

tal e fortalecimento dos sistemas de informação” estiveram longe de serem alcançados (OPAS, 2021).

Além de ser uma pauta de interesse da população como um todo, o sofrimento psíquico se torna ainda mais preocupante quando atinge trabalhadores da saúde, aqueles cujas atribuições envolvem o cuidar, e, em um contexto de pandemia, essa tarefa é exercida diretamente por eles. O sofrimento psíquico entre esse grupo, no cenário pandêmico, foi demonstrado no relatório *COVID-19 Health Care Workers Study (HEROES)*, que contou com a participação de 14.502 trabalhadores da saúde, oriundos do Brasil e de outros 10 países latino-americanos. De acordo com o estudo, entre 14,7% e 22% dos entrevistados, em 2020, relataram sintomas que sugeriam episódio depressivo, enquanto uma parcela de 5% a 15% dos participantes admitiu ideação suicida. Segundo o estudo, menos de um terço daqueles que afirmaram necessitar de apoio psicológico conseguiu a assistência necessária (PAHO, 2022).

Ao avaliar especificamente o contexto brasileiro, Sato et al. (2022) identificaram que os profissionais da saúde foram submetidos durante a pandemia a situações potencialmente danosas como excesso de trabalho, elevada exigência emocional, pouca previsibilidade em suas tarefas, conflito entre vida laboral e familiar, *burnout* e estresse. Na pesquisa, identificaram que 81% dos entrevistados apresentaram estresse, enquanto 86% relataram sintomas de *burnout*. Quase a totalidade dos participantes tinha dificuldades para dormir (93%) e aproximadamente metade apresentava sintomas depressivos (46%). Para os autores, a deterioração das condições de saúde dos profissionais da área é um efeito oculto da pandemia e que deve ser observado ao longo do tempo.

Nessa perspectiva, o presente estudo se propôs a compreender a percepção dos profissionais da saúde acerca da experiência vivenciada no enfrentamento da Covid-19, bem como as estratégias de enfrentamento utilizadas em situações geradoras de sofrimento mental.

2. Percurso metodológico

Tratou-se de um estudo qualitativo, exploratório, descritivo e ancorado no referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours (2013), que considera as situações vivenciadas no contexto de trabalho ao fazer a análise dos processos intersubjetivos.

Participaram do estudo 37 profissionais da saúde de diversas categorias profissionais e que atuaram durante o período pandêmico (março de 2020 a novembro de 2021), tanto em unidades básicas de saúde (UBS) quanto em hospitais, nos municípios de Campo Grande (30 profissionais), Corumbá (04 profissionais) e Dourados (03 profissionais).

A amostragem foi intencional e não probabilística, estabelecida com base nos critérios de pertinência e suficiência (DELGADO; VARGAS; VÁZQUEZ, 2006), levando-se em consideração a boa confiabilidade no controle de viés de seleção e a convergência do conteúdo dos relatos e das diferentes perspectivas dos participantes.

Os profissionais foram contatados primeiramente por telefone e os que não atenderam a ligação foram contatados pelo aplicativo *WhatsApp* para apresentação da pesquisa. Caso o profissional aceitasse o convite para participar, realizava-se o agendamento da data e local da entrevista. No momento da entrevista, todos os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos do estudo e manifestaram concordância em participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram realizadas por duas pesquisadoras de campo nos meses de outubro e novembro de 2021. Foram entrevistados 15 enfermeiras, cinco técnicos em enfermagem (um homem e quatro mulheres), uma auxiliar de enfermagem, nove fisioterapeutas (oito mulheres e um homem), seis médicos (três mulheres e três homens) e uma farmacêutica. O material empírico foi transcrito e posteriormente analisado por meio da análise de conteúdo, metodologia proposta por Bardin (2008), que, com procedimentos sistemáticos e objetivos, visa

obter a descrição do conteúdo das mensagens para efetuar deduções lógicas (inferências) e justificadas.

Para apresentação dos resultados, os participantes foram nominados de PROF.1, PROF.2, PROF.3 e assim sucessivamente. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz – Brasília sob o parecer n. 4.401.333.

3. Resultados e discussão

A literatura aponta, de modo enfático, que os impactos da pandemia de Covid-19 sobre os trabalhadores da saúde acarretaram uma piora aguda dos problemas laborais preexistentes deles (condições precárias de trabalho, exposição extrema a vários tipos de risco, percepção ambivalente da sociedade, ora de valorização e elogio, ora de desvalorização e violência, entre outras).

Essas e outras condições existiam antes da pandemia, mas foram acentuadas por ela de forma extrema. Cite-se também a experiência de desumanização extrema resultante da necessidade de adoção de procedimentos, equipamentos e protocolos mais rígidos, maior isolamento social do profissional da saúde devido ao risco de contágio de familiares e experiência diária de morte de pacientes, colegas ou mesmo familiares.

Esse elenco de temas não esgota a problemática, mas são os fatores e características mais apontados pela literatura que se debruçou sobre as vivências de profissionais da saúde que estiveram na linha de frente de combate à pandemia. Não coincidentemente, as falas analisadas remetem a praticamente todos esses temas.

Assim, a seguir, há uma análise dos resultados das entrevistas com profissionais da saúde. Os temas emergentes nas falas foram divididos entre problemas pré-pandêmicos agravados pela pandemia e temas ou problemas especialmente presentes ou agravados durante e/ou por causa da pandemia.

Excesso de trabalho

O primeiro e, talvez, mais antigo e permanente problema enfrentado pelos profissionais da saúde foi o da sobrecarga de trabalho. A pandemia de Covid-19 levou tal problema a patamares extremos, nunca antes vivenciados pela maioria dos profissionais da área.

No auge da pandemia eu chegava a ficar em média 12 horas por dia aqui dentro do hospital, mais a responsabilidade do final de semana. Foi muito pesado, a gente chegava assim... era mais de 60 horas, 70 horas, 80 horas envolvidas. (PROF.2)

Um relevante impacto da sobrecarga de trabalho é a redução do tempo de não trabalho (descanso, lazer, tempo com a família etc.), que também reduz a pessoa a uma única dimensão de sua vida, colocando-a em uma situação na qual o cuidado dos outros implica necessariamente uma falta de cuidado de si próprio. É apropriado falar aqui de *não trabalho* e não de *descanso* ou *lazer*, porque as atividades laborais passaram a ocupar todo tempo disponível dos profissionais, impedindo-os de usufruir dos demais aspectos de suas vidas.

Quando eu olho pra trás assim que eu me dou por conta o quanto foi difícil. Na... no primeiro mês ali, quando estourou o negócio, eu... eu trabalhei 3 meses sem folga no sábado e domingo. (PROF.2)

Isso amplia não apenas a intensidade, mas também a variedade de tipos de cansaço vivenciado, transformando o trabalho em fonte apenas de sofrimento, reduzindo as possibilidades de sua reelaboração em prazer (DEJOURS, 2013), algo fundamental para a constituição da subjetividade do trabalhador.

Medo, ansiedade, cansaço, cansaço emocional, cansaço físico, bastante, mental, espiritual também, tudo quanto é tipo de cansaço teve nessa pandemia. (PROF.11)

Ao vivenciar, assim, um leque ampliado de problemas objetivos e sofrimentos pessoais em escala máxima de intensidade, o trabalhador da saúde passou por um processo de desumanização de si próprio,

reduzido a uma peça em uma engrenagem, sem tempo para reelaborar a experiência da perda diária de vidas decorrente da pandemia.

Medo da morte e medo de contaminar alguém

Um segundo problema que existe de modo independente da pandemia, mas foi por ela acentuado, é a exposição a riscos; não apenas aos riscos mais imediatos de contaminação, mas também àqueles relacionados à vivência constante do medo da morte. Segundo Machado et al. (2023), esse ambiente vulnerável é consequência de uma rotina de sobrecarga e da precarização do trabalho, associados a dificuldades de acesso a equipamentos de proteção individual de qualidade e em quantidade suficiente.

Mas a parte emocional de como lidar com isso, com essa angústia, com essa tristeza mesmo, porque a gente vê que a gente é finito, a gente pode morrer a qualquer momento, a gente não tem controle de nada nessa vida, ficou muito evidente isso. (PROF.3)

O risco da morte iminente, vivenciado a cada óbito testemunhado, ampliou significativamente a vulnerabilidade dos profissionais de saúde e exauriu a sua capacidade emocional de enfrentamento na medida em que o excesso de trabalho e o curto intervalo entre as jornadas de trabalho e os casos de morte não lhes permitiam recuperar as forças e processar os acontecimentos de modo adequado.

Cada dia era, assim, um pêndulo que oscilava entre a extenuante jornada de trabalho, de um lado, e o testemunho diário da morte, de outro.

Realmente a gente pensa na morte, mas uma coisa que vai acontecer, sei lá, daqui a muito tempo. E isso se tornou muito evidente, poderia ser a qualquer momento. (PROF.3)

É o medo da morte, é iminente, é iminente. (PROF.4)

(...) o medo da morte era bem presente o tempo todo. (PROF.11)

Além disso, a preocupação com os entes queridos se tornou ainda maior, em dois sentidos. O primeiro é o de ser um agente de contaminação e carregar, depois, a culpa pelas consequências negativas sobre a

família. Vivenciar a morte de um estranho ou de uma pessoa próxima é já, em si, um evento que exige cuidados. Estar sob risco e, principalmente, carregar a expectativa de contaminar entes queridos próximos, com possíveis consequências letais, é estar quase completamente imerso na experiência de morte em uma escala ainda mais aguda que a normal.

A minha maior preocupação é eu levar Covid pra minha casa e meu marido morrer, essa é a minha maior preocupação. (PROF.9)

Mais impactada? O vínculo com familiares e amigos. Isso impactou bastante, a gente deixou de fazer as nossas reuniões, e até mesmo dentro do domicílio, por eu trabalhar aqui no Hospital, eu fiquei com muito medo de transmitir para os meus familiares, principalmente pro meu filho. (PROF.3)

Um segundo modo de vivenciar a expectativa da morte é o de o próprio profissional ser vítima da pandemia, deixando desamparadas pessoas próximas. Assim, se a sobrecarga de trabalho implicava uma redução do espaço ou do tempo dado à família ou a outras atividades e relações fora do ambiente profissional, o medo constante da morte iminente trazia para dentro do próprio serviço a preocupação com os entes queridos que ficavam em casa por meio da permanente preocupação e temor de contaminar os outros. Curiosamente, embora a experiência apontasse para uma massiva perda de profissionais da saúde para a Covid-19, dados reportados à OMS indicavam que, do total de mortes no período entre janeiro de 2020 e maio de 2021 (3,45 milhões), apenas 6.643 foram registradas como sendo de profissionais da saúde e assistência. De acordo com a OMS (WHO, 2021b), esses números subestimam a realidade de mortes dentro desse grupo.

(...) porque eles conviveram com esse tipo de dor sem poder... sem poder parar, sem poder raciocinar e com medo, né. E ele, assim, convivendo com o medo diariamente de se contaminar. (PROF.2)

Eu acho que a maior preocupação é da morte mesmo, ainda mais tanto eu como meu marido, porque qualquer um que falecesse o impacto pras crianças ia ser muito grande, né. Então são duas

crianças, né. Então acho que o medo maior nossa era justamente isso, tanto meu como o dele. Se qualquer um dos dois falhar e aí? Ou se os dois falharem, né. Se os se os dois forem a óbito, com quem que as crianças ficam, com quem...? Né, porque era uma das coisas que a gente mais via das... de pai e mãe morrer, e criança ficar aí com o tio, com pessoas às vezes que nunca viu na vida, mas era o único parente que tinha. (PROF.16)

Profissionais da saúde atuam diariamente para restabelecer as condições funcionais de vida das pessoas. Portanto, a morte é percebida, frequentemente, como um fracasso profissional. Com a pandemia, essa percepção do fracasso foi amplificada, envolvendo o temor de faltar com a família e de não estar mais presentes na criação dos filhos, isto é, de fracassar também no âmbito familiar.

Evidentemente, contrair uma doença e vir a falecer é uma fatalidade que pode(ria) ocorrer mesmo em situações não pandêmicas. No entanto, do ponto de vista subjetivo, a inevitabilidade da morte, como uma condição humana, não foi capaz de confortar os trabalhadores diante do risco diário a que se submeteram, mesmo com a adoção de todos os cuidados e aplicação de todos os protocolos. Isso porque o medo de “não estar lá”, junto da família, superou essa perspectiva da morte como um destino objetivo. Dessa forma, a luta contra a pandemia passou a ser, também, uma luta para voltar para casa no final de cada dia.

Os heróis também cansaram e faltou reconhecimento

Um terceiro problema preexistente acentuado durante a pandemia foi a ambivalência no tratamento dispensado aos profissionais pela sociedade em geral. Mais do que os problemas anteriores, esse foi motivo de especial atenção para os participantes da pesquisa.

Esse terceiro problema se relaciona diretamente com o primeiro – das condições precárias e da sobrecarga de trabalho – na medida em que o reconhecimento material, com melhor remuneração, é fundamental.

Eu acho assim, aquele negócio, “vamos bater palmas pros profissionais da saúde” e tudo, ah beleza, eu acho muito legal quando me elogiam, falam que... ficam orgulhosos por trabalhar na área da saúde, quando falam que eu nasci pra profissão, mas assim, eu queria o piso da minha classe, eu queria ter melhores condições de trabalho. (PROF.11)

Percebe-se claramente o duplo significado do reconhecimento: material e simbólico. Entretanto, não se trata de fatores distintos, mas de facetas de um mesmo reconhecimento que, ao ser expresso em melhores condições de trabalho e de remuneração, valoriza, também simbolicamente, o esforço e a importância da classe.

Aí, quando tava aquela comoção, aquela coisa era os anjos, né? Mas hoje nem todo mundo acha isso, né? Não acha que anjo tem que receber pra pagar as contas, né? O anjo tá aqui, deixou a família, tudo lá e veio aqui mesmo com medo, né? Veio aqui atender. E pra ele poder vir aqui atender, ele precisa receber, porque ele tem que pagar as contas dele no final do mês. Isso, já vem de descaso não só da população. (PROF.16)

Essa fala aponta claramente para a grande distância entre o reconhecimento social, genérico e episódico, de um lado, e a falta de ações concretas que traduzam tal reconhecimento em condições de trabalho e de vida melhores, de outro. O simbólico é importante, mas, quando o reconhecimento se esgota nele, a percepção do profissional é a de que se trata de uma gratidão vazia.

Mais especificamente, tratando das condições de trabalho e de descanso adequadas, uma das profissionais afirmou:

Eu acho que... que eles entendem o valor desses profissionais, assim. Só que eu acho que faltou o reconhecimento, porque ele tem que reconhecer de fato os profissionais que são os órgãos regulatórios, por exemplo assim: melhoria de salário; melhoria de condições de trabalho; melhoria de um repouso pra pessoa que está de plantão, poder descansar na cama, que uma hora que ele tem direito, de dormir numa cama de verdade, entendeu? (PROF.2)

Por fim, conforme já mencionado, o reconhecimento social genérico que não se traduza em ações e melhorias, que devem ser promovidas pelos responsáveis pela gestão dos recursos humanos e pelo suporte institucional, pode até levar a uma piora da situação profissional. Begnini et al. (2021) destacam que, quando se associa a figura de super-herói à área da Enfermagem, atribui-se a esses profissionais – cujas identidades são anônimas – características próprias desses personagens de ficção, como o dever da disposição constante, sem dia nem hora para descansar. O que se ignora é o cotidiano real desses trabalhadores, que convivem com serviços de saúde superlotados e com as marcas em seus corpos devido ao trabalho extenuante, sob o risco constante de infecção e morte pela Covid-19.

é a incerteza do serviço, se você vai ficar, se você não vai, se vão te demitir, se não vão. Porque assim, eu tenho certeza que eu saio de casa, agora a hora que eu volto eu não sei, posso chegar lá e ser demitida assim, no início do plantão, no meio do plantão, amanhã cedo voltar e esperar mais um dia, então cada dia é um dia, entendeu? Então essa incerteza do emprego também é uma coisa que bate bastante agora. (PROF.11)

Contudo, a ideia de que o reconhecimento material embute o reconhecimento simbólico, não torna a manifestação clara deste último menos necessária. O reconhecimento pode ser entendido como “gratidão pelo serviço prestado” ou como “julgamento sobre a qualidade do trabalho realizado” (DEJOURS, 2013, p. 18). Na prática, muitos profissionais vivenciaram situações adversas nesse quesito.

As falas apontam para dois tipos de experiência. A primeira é a da (percepção de) ausência ou insuficiência de reconhecimento, mesmo simbólico.

O pessoal precisava ser reconhecido – financeiramente, a questão de sentimento mesmo, de gratidão. Nós não somos os salvadores, mas a gente ajudou a salvar a vida de muita gente. Então eu acho que isso tem que ser visto. Eu acho o trabalhador desvalorizado, né? (PROF.3)

Acho que a gente é muito herói, mas a gente cansou; os heróis também cansaram e faltou o reconhecimento. (PROF.2)

Realmente, eu não vi gratidão, entendem? Eu acho que a gratidão é pra qualquer coisa. Mas eu acho que nesse nível o país inteiro pecou, sabe? Eu não vi gratidão, não vi diferença nenhuma no trato com os profissionais de saúde. (PROF.3)

E tem pessoas assim que acham que a gente não fez mais do que obrigação, infelizmente. “Ah, estão sendo pagos pra isso, é tua obrigação fazer isso”. (PROF.9)

Na verdade, a gente ficou pouco reconhecido, eu achei que a gente seria mais, na verdade. Não falo nem financeiramente, também, mas eu falo institucional. (PROF.4)

Por outro lado, houve entrevistados que consideraram que o reconhecimento existiu, mas ficou muito aquém do ideal quando comparado ao esforço e sacrifício feitos durante a pandemia.

A gente agradece a todos os... os familiares que nos nomeiam como heróis, mas assim, não é isso que a gente quer. Esse título pra gente não é interessante. A gente queria reconhecimento dos órgãos governamentais do quão o profissional da enfermagem foi vital e importante. E é vital ainda, porque tudo parou, mas a enfermagem não parou. A gente trabalhou dobrado, carga horária. Eu fiz 60 horas, 48 porque faltava funcionário qualificado para... eu cansei de fazer, entendem? 48 horas seguidas sem sair de dentro do hospital. Não vim pra casa, só assim, ó, tirar cochilinho só, entendem? Então o reconhecimento que a gente quer é um reconhecimento que ponha comida na mesa, entendeu? É esse. (PROF.8)

Deve-se lembrar também que a pandemia exigiu protocolos e procedimentos ainda mais rígidos do que os adotados rotineiramente, exigindo ainda mais atenção e controle, o que, por consequência, tornou ainda mais estreita a capacidade de tomada de decisão do profissional da saúde (DUARTE; SILVA; BAGATINI, 2021). Isso acarretou, em muitos casos, um maior estresse nas relações entre os profissio-

nais e/ou entre esses e os pacientes ou seus familiares, impactando de modo negativo no reconhecimento.

A gente tava no meio de uma pandemia morrendo milhares de pessoas, e as pessoas não... até excluíam algumas pessoas, quando sabiam que trabalhava em hospital, excluía, como se a gente fosse a parte do problema. (PROF.3)

Hoje em dia não vê mais nada, na época que tava mesmo, ah, batendo panela, batendo palma, e fizeram isso, mas hoje acabou. É tudo fase mesmo, é igual os óbitos, os óbitos, morreu hoje, você chora um mês, uma semana, numa data outra você vai lembrar e depois esquece, é igual a gente. “ai foi o herói”, hoje em dia todo mundo caga pros heróis, vai no posto, xinga porque tá demorando, “por que tá demorando pra atender?”, paxa vida, quanta gente a gente tava atendendo. (PROF.4)

Houve também uma escalada de conflitos entre profissionais da saúde e pacientes ou seus familiares devido à circulação de *fake news*, que alimentaram certa desconfiança quanto ao modo mais correto de conduzir o tratamento de Covid-19, seja do ponto de vista dos procedimentos, seja do ponto de vista dos medicamentos mais indicados para lidar com a doença.

Tem uma turma que acha que os profissionais de saúde fizeram alarde demais, e que não acreditam em tudo. (PROF.9)

Aqui, observa-se o extremo oposto do reconhecimento: a desconfiança, que abrange não apenas a total falta de gratidão ou mesmo de tentativa de avaliação do esforço dos profissionais, mas também atitudes eventualmente afrontosas que elevam ainda mais a precariedade – nesse caso envolvendo as relações interpessoais – das condições de trabalho.

Privação de afeto

Riscos muito mais altos de contágio e, conseqüentemente, temor extremo por parte do profissional da saúde de ser um vetor de conta-

minação de seus entes queridos resultaram em uma vivência de distanciamento social mais intensa por parte desses profissionais.

Eles vivenciaram o isolamento em um grau de intensidade maior que a média da população, mesmo, paradoxalmente, estando em um ambiente de trabalho abarrotado de pessoas. Isso foi decorrente da dinâmica de crescimento da pandemia, que foi exponencial: quanto maior fosse a quantidade de contatos interpessoais, maior seria a probabilidade de espalhamento da doença.

(...) é que a gente ficou longe, e era habitual a gente sempre estar junto, fazer comemorações, fazer reuniões, e isso daí era uma coisa que trouxe um pouco de tristeza, de saudades. (PROF.9)

(...) então aquele cumprimento, aquele abraço que eventualmente o pessoal gosta, e muitas vezes precisa, um familiar que perde um ente querido, e que às vezes precisa disso. E isso você não consegue dar, isso a gente tá impedido, e dá um... é triste pra gente não poder permitir isso, eu acho que tristeza é mais... é o mais chamativo de tudo. (PROF.9)

O distanciamento me... me impactou mais. A gente não tem mais aquela liberdade do abraço, do aconchego entre amigos, pessoas conhecidas. (PROF.4)

Em alguns casos mais extremos de isolamento, alguns profissionais se distanciaram quase que completamente de parte da família ou mesmo de suas casas. Completou-se, nesses casos, a supressão do tempo disponível para atividades que não fossem relacionadas ao trabalho, o qual deixou de ser uma jornada, uma parte do dia, ainda que grande, e passou a ocupar todo tempo disponível.

Aí depois eu fui morar com alguns amigos justamente porque era de hospital também pra não ir pra casa. (PROF.4)

(...) eu tenho um sobrinhas pequenas. Então, até setembro, de março a setembro, eu praticamente não vi minhas sobrinhas. Isso é extremamente difícil, a privação do contato com as pessoas.

Era muito pesada a rotina, era uma privação muito grande de afeto. (PROF.2)

Enquanto muitas pessoas, ao longo da pandemia, passaram a trabalhar em regime de *home office*, transformando suas casas em ambientes de trabalho, muitos profissionais da saúde fizeram o inverso: transformaram o ambiente de trabalho em moradia.

Sofrimento em acompanhar o adoecimento dos colegas de trabalho e vivenciar a morte diariamente

Diante da pandemia, o profissional não tinha apenas medo da morte, mas da experiência diária, em que era recorrente – e durante certo tempo vertiginosamente crescente – a morte de pacientes, de colegas de trabalho e dos próprios familiares. Não se tratava mais de uma possibilidade eventual, de um acontecimento inerente ao ambiente de trabalho e à própria profissão. Tratava-se de uma certeza, que era confirmada diariamente.

Cuidar de um conhecido, de amigo, bem difícil. Quando perde, então, é uma dor... cara do céu. Colega de trabalho é difícil, que a gente tem muita amizade, é complicado, mexe. (PROF.8)

(...) então era todo dia a gente levava um corpo embora, e aí todo dia... assim, não todo dia, mas no... na época mais crítica, assim eu imaginava que poderia ser alguém da minha família. (PROF.4)

[parte mais difícil de lidar] os óbitos, né, acho que foi muito. Acho que era mais de... se você por um dia pelo outro, em um ano... eu trabalhava 12 por 36, então era um dia sim, um dia não, de 365 dias era dois por dia de corpo que a gente levava. (PROF.4)

Cada vez que eu abria eu via “olha, morreu mais um”. Você fala “gente. Quem vai ser o próximo? Eu será?” Além de ficar muito triste, dava aquela sensação do “eu posso ser o próximo”. (PROF.16)

Um dos impactos da pandemia sobre os profissionais, apontados pela literatura, foi a desumanização, seja do próprio profissional ao tra-

balhar em um ritmo muito acelerado, com exigências rígidas e urgentes como se ele fosse uma máquina, seja dos outros, pois, em meio a tantas e tão frequentes mortes, os pacientes cada vez mais se tornavam números (GALON; NAVARRO; GONÇALVES, 2022; LUZ et al., 2021).

Ah, esses óbitos mesmo, todos os dias enfrentar esses óbitos, e ter que fazer cara de paisagem né? Porque se eram 365 óbitos, imagina você sofrer pelo... por todos. Então, ou você se faz de sonso, e morreu, morreu. Ou você sofre no trabalho, mas... (PROF.4)

O encurtamento do tempo do luto, até a quase total supressão dele, devido ao curto intervalo de tempo entre as mortes contribuiu para esse processo de desumanização. A corrida contra o tempo para tentar salvar quem ainda estava vivo não permitia o luto.

(...) é você enterrar o colega e voltar a trabalhar, né? (voz embargada) Foi isso o que aconteceu com a gente... a gente foi lá, nós enterramos os colegas e voltamos pro hospital. Não dá tempo de elaborar luto nenhum. (PROF.2)

Outra dimensão importante desse processo de desumanização foi a restrição, maior que o normal, da capacidade de ação e decisão do profissional, a impotência diante da situação.

(...) é uma coisa que ninguém viveu, ninguém esperava viver por isso, e assim, ver tanta morte ao mesmo tempo é muito difícil, você ver gente nova, você ver gente velha, você ver gente que não tem nada de comorbidade, você ver gente que tem tudo de comorbidade, morrendo na sua frente e você não poder fazer nada, nada, porque não tem o que fazer. (PROF.11)

E naquele período que tava tudo muito assim: morte, morte, morte, morte. Você fala assim, é como se você estivesse colocando um colega seu na fila da... do... desse presídio aí, na fila da morte lado do... “ó, coloquei você na fila dos que vão ser exterminados”. (PROF.16)

Essa transformação das unidades de saúde em corredores da morte, conforme a metáfora feita pela entrevistada, expressa bem o clima do ambiente de trabalho dos profissionais da saúde nos tem-

pos de pandemia, bem como a nulidade dos procedimentos, técnicas, zelo e esforço dos cuidados dispensados aos pacientes que tinham como objetivo reverter o quadro.

(...) impotência diante da doença, de você não ter o que fazer em algumas situações, da doença em algumas situações ser uma sentença de morte pra quem tinha o diagnóstico, né? Então, assim de você ficar impotente, de você não conseguir ajudar, mesmo você dando o seu melhor em termos de assistência, não era suficiente pra salvar muitas pessoas, né? (PROF.2)

A experiência de perda de colegas acentuava ainda mais aquela impotência, alimentando também o temor de ser o próximo. É preciso ressaltar que o Brasil foi um dos países com maior mortalidade de profissionais da saúde durante a pandemia (GALON; NAVARRO; GONÇALVES, 2022).

Aí você tá presente com a morte quase todos os dias. Então assim, vi gente pedindo pelo amor de Deus pra não ser intubada, e morrer depois, gente sabendo que ia ser intubada e não ia voltar. (PROF.11)

o que mais incomoda, tem incomodado é que o espinho no sapato é a perda, a morte de alguns colegas que a gente teve, né? Essa parte assim, essa não colou, essa não... a gente não engoliu, entendeu? (PROF.2)

Embora não tenha sido um tipo de situação muito citado, é plausível e pertinente apontar os efeitos negativos da pandemia não diretamente relacionados ao contágio, mas ao combate a ele. A sobrecarga de trabalho e as longas jornadas são fatores que comprometem a segurança do paciente e a qualidade de vida laboral de profissionais em todo o mundo (LANDRIGAN, 2011). Assim, situações limite, como as impostas pela pandemia, elevaram a probabilidade de erro nas condutas de cuidado dos pacientes e/ou colocaram os profissionais em situação de risco devido ao esgotamento físico e/ou mental, conforme relato a seguir.

Porque eu tive colega que morreu, porque na época do Covid por sobrecarregar, então... tive 3 acidentes de carro de trânsito, porque

os meus colegas dormiram, no volante, porque trabalhava demais aí trabalhava em hospital, trabalhava no outro, pegava plantão, ou um deles trabalhava só em um hospital, mas aí fez uns dois, três, plantões super sobrecarregado no plantão, e aí dormiu no volante e morreu. Então assim foi por causa do Covid, mas também não foi, entendeu? (PROF.4)

Falta de referência e condução

Dada a novidade e rapidez de contaminação da nova doença, protocolos rígidos para assistência aos pacientes foram desenvolvidos e logo aplicados, o que colocou os profissionais da saúde em uma situação ainda mais estressante: a de adotar de modo rígido condutas cuja eficácia ainda não havia sido completamente estabelecida, com o uso de equipamentos incômodos e sem que tivessem a plena certeza de que tudo isso diminuiria o risco de contágio ou melhoraria a qualidade do atendimento à população.

Tinha que ter alguém que a gente confiasse, que pudesse dar algumas orientações mais diretas. Ficou tudo muito misturado, tudo muito confuso – pelo menos pra mim. Eu trabalho na DIP, mesmo pra mim, ficou confuso, pra eu orientar, inclusive, como a gente é referência... (PROF.3)

A falta de confiança nos procedimentos de segurança para a Covid-19 adotados em estabelecimentos de saúde, inclusive para proteção dos próprios profissionais da saúde, foi apontada como um estressor, em estudo realizado com profissionais da saúde da Região Centro-Oeste do país durante a pandemia (MORAES et al., 2023).

Dejours (2013) aponta para a importância da relação entre a tarefa e a atividade, entendendo a primeira como o conjunto padronizado de ações e decisões prescritas ao profissional e a segunda como o conjunto de condutas efetivamente realizadas. Dificilmente há uma correspondência perfeita entre elas, pois os seres humanos não são robôs e a autonomia

na tomada de pequenas decisões, mesmo em meio a prescrições rígidas, é fundamental para a própria formação da subjetividade do trabalhador.

Sendo assim, a ausência de prescrições (“tarefas”) claras afetou diretamente as condições de trabalho e a capacidade de aprendizagem do profissional diante de uma situação tão nova quanto a da pandemia.

(...) muitas mortes poderiam ter sido evitadas, muitas, se a gente tivesse tido um planejamento certo, se tivesse tido um planejamento sério, baseado em comprovações científicas, e eu acredito muito nisso, eu acho que a medicina não é uma área pra achismos, é uma área pra gente acreditar cientificamente, e eu acho que faltou muito isso no Brasil, muito mesmo, com toda a certeza, sem sombra de dúvidas o número de mortos poderia ter sido muito menor. (PROF.1)

Pode-se afirmar, por um lado, que a incerteza da eficácia dos protocolos adotados poderia ampliar a liberdade de ação e decisão do profissional. Isso porque, sem a existência de tratamentos bem estabelecidos, havia a necessidade de manter o dinamismo nas atualizações dos procedimentos e intervenções, muitas vezes orientados pela experiência direta com os pacientes e pela observação de seus resultados imediatos. Por outro lado, essa suposta liberdade de ação era, na verdade, uma dimensão a mais do processo de sofrimento no trabalho produzido por uma doença de contágio rápido e mortal. Nesse contexto, a fragilidade dos protocolos não implicava necessariamente uma maior experimentação, mas uma maior intensidade do sentimento de impotência e desorientação.

Importância do SUS e da ciência

Um ponto relevante a ser comentado é a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento da pandemia, considerando tanto sua capacidade de atendimento, quanto sua universalidade e equidade. Em fevereiro de 2020, pouco antes de ser anunciado o início da pandemia, constava, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde, o registro de mais de 3 milhões de trabalhadores da saúde vinculados ao SUS em todo o Brasil, dos

quais 75,75% atuavam em funções assistenciais e 24,25%, em funções administrativas. As ocupações mais frequentes, a saber, médicos, enfermeiros, odontólogos e técnicos de enfermagem, correspondiam a 1,3 milhão de vínculos (BRASIL, 2020).

Que nosso Sistema Único de Saúde, ele é muito, muito bom. As pessoas não têm noção do que é o SUS. Ele dá conta de muita coisa, deu conta de uma pandemia. (PROF.3)

Agradecer o SUS em vez de criticar, de verdade. Então o SUS é o melhor convênio que tem melhor, do que qualquer convênio particular, só tem que saber usar, né? (PROF.4)

Embora as falas assumam um tom de elogio ao sistema público de saúde brasileiro, é interessante ponderar que tal avaliação positiva parte de profissionais da saúde, que convivem diariamente com o sistema e conseguem formular tal avaliação com propriedade. Por outro lado, a sociedade em geral e seus governantes tendem a assumir uma postura para com o SUS semelhante àquela assumida para com os profissionais: um certo reconhecimento genérico que não necessariamente se traduz em apoios e investimentos concretos e suficientes.

Eu acho que Covid é um divisor de águas no século 21 pra gente entender que saúde pública é o que há pra manutenção da sociedade. E o papel da ciência é nesse sentido. E aí, quando eu te falo de união como nós nos unimos pra fazer os nossos processos aqui, a ciência se uniu fora, os grupos de pesquisa se uniram, os grupos de vacina se uniram e as vacinas saíram em tão pouco tempo. Então assim, ele veio pra mostrar pra nós que não dá pra fazer o processo de forma individual, né? (PROF.2)

(...) um SUS, mostrando, de fato quem ele é, a equidade aí, né, do sistema que onde o mais rico e o mais pobre possam usufruir sim desse sistema. A gente mostrou que o SUS é de todos, né? A gente conseguiu mostrar isso. (PROF.2)

Amparo entre os pares

Por fim, é importante ressaltar a importância da cooperação e da convivência. Dejours (2013) diferencia a coordenação (divisão de trabalho prescrita pela organização e/ou pelas chefias mais imediatas) da cooperação (colaboração efetivamente realizada entre os profissionais). Ambas são importantes para o serviço, mas a cooperação tem uma dimensão que alimenta positivamente a experiência do trabalho, na medida em que é construída espontaneamente entre as próprias pessoas, permitindo-lhe que se apropriem do espaço e do tempo do trabalho de modo mais autônomo para transformá-lo em “seu” local de trabalho.

(...) o fato da gente conversar muito entre nós, principalmente o grupo que você trabalha, acaba sendo de uma certa forma terapêutico, porque ali a gente podia soltar os cachorros, fazer as nossas reclamações, porque era pesado, né? Muito difícil. Então eu acho que a gente conseguia manter o diálogo entre as equipes e fazer os desabaços que nós precisávamos e nos ampararmos, na verdade, enquanto equipe. (PROF.2)

4. Considerações finais

Os efeitos da pandemia na vida e no trabalho em saúde foram avassaladores. Problemas latentes nos processos de trabalho foram evidenciados, e tiveram que ser administrados em meio a um contexto de desinformação, incerteza, medo, insegurança e luto.

Apesar do frágil reconhecimento profissional e do SUS, a sobrecarga de trabalho foi a tônica do período pandêmico, assim como a carência de suporte, no tocante à saúde do trabalhador. O distanciamento da família e a ausência de afeto ganharam amparo na equipe, e em pontuais estratégias individuais de enfrentamento.

O sofrimento dos trabalhadores da saúde que atuaram na linha de frente não foram mitigados e, neste sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de ações e estratégias com vista a estruturação de serviços,

políticas e programas para proteger e promover a saúde do trabalhador. A Covid-19 deixou sequelas que precisam ser cuidadas, juntamente com melhores condições de trabalho e processos mais estruturados, para o enfrentamento de futuras crises sanitárias que possam surgir.

Referências

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.

BEGNINI, D. *et al.* Heroines in Covid-19 times: visibility of nursing in the pandemic. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. especial, e20200373, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200373>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/NmkDwdK6rp8VHjHJSJBtYwqF/?lang=en>. Acesso em: 21 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID-19: painel coronavírus**. 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 9 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 020, de 07 de abril de 2020**. 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1103-recomendac-a-o-no-020-de-07-de-abril-de-2020>. Acesso em: 11 jul. 2023.

DEJOURS, C. A sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. **Revista portuguesa de psicanálise**, v. 33, n. 2, p. 9-28, 2013.

DELGADO, M. E.; VARGAS, I.; VÁZQUEZ, M. L. El rigor en la investigación cualitativa. *In*: NAVARRETE, M. L. V. *et al.* (ed.). **Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud**. Barcelona: Servei de Publicacions-Universitat Autònoma de Barcelona, 2006. p. 182-200.

DUARTE, M. L. C.; SILVA, D. G.; BAGATINI, M. M. C. Nursing and mental health: a reflection in the midst of the coronavirus pandemic. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. especial, e20200140, 2021. Epub 19 Out 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200140>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/MnRHwqvgq3kTrHQ3JPslR7H/?lang=en>. Acesso em: 16 set. 2022.

GALON, T.; NAVARRO, V. L.; GONÇALVES, A. M. S. Percepções de profissionais de enfermagem sobre suas condições de trabalho e saúde no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 47, 2022, ecov2. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/15821PT2022v47ecov2>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/HMJ9B-Gw8d36qz33PVx3fT3M/?lang=pt>. Acesso em: 16 set. 2022.

LANDRIGAN, C. P. Condições de trabalho e bem-estar dos profissionais de saúde: compartilhamento de lições internacionais para melhorar a segurança do paciente. **Jornal de Pediatria**, v. 87, n. 6, p. 463–465, 2011.

LUZ, D. C. R. P. *et al.* Burnout e saúde mental em tempos de pandemia de COVID -19: revisão sistemática com metanálise. **Nursing**, v. 24, n. 276, p. 5714-5725, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200373>.

org/10.36489/nursing.2021v24i276p5714-5725. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1540>. Acesso em: 21 jul. 2023.

MACHADO, M. H. *et al.* Óbitos de médicos e da equipe de enfermagem por COVID-19 no Brasil: uma abordagem sociológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 405-419, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.05942022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kTRcbWc5gGg4K4xmKYNC9xS/?lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2023.

MORAES, S. H. M. *et al.* Prevalence and associated factors of mental health disorders among Brazilian healthcare workers in times of the COVID-19 pandemic: A web-based cross-sectional study. **PLoS ONE**, v. 18, n. 6, e0274927, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274927>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0274927>. Acesso em: 21 jul. 2023.

OPAS. **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em: 8 jul. 2023.

OPAS. **Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>. Acesso em: 9 jul. 2023.

OPAS. **Relatório da OMS destaca déficit global de investimentos em saúde mental**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/8-10-2021-relatorio-da-oms-destaca-deficit-global-investimentos-em-saude-mental>. Acesso em: 11 jul. 2023.

PAHO. **The COVID-19 HEalth caRe wOrkErS Study (HEROES)**: regional report from the americas. Washington D.C.: PAHO, 2022. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55972/PAHONMHMHCovid19220001_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 11 jul. 2023.

SATO, T. O. *et al.* Poor Health Conditions among Brazilian Healthcare Workers: The Study Design and Baseline Characteristics of the HEROES Cohort. **Healthcare**, v. 10, n. 10, 2096, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare10102096>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/10/2096>. Acesso em: 21 jul. 2023.

WHO. **Mental Health Atlas 2020**. Genebra: WHO, 2021a. 136 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703/>. Acesso em: 10 jul. 2023.

WHO. **The impact of COVID-19 on health and care workers**: a closer look at deaths. Genebra: WHO, 2021b. 26 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345300/WHO-HWF-WorkingPaper-2021.1-eng.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2023.

SOBRE OS AUTORES

Adriana Carvalho dos Santos

Psicóloga. Especialista em Saúde da Família (FASM). Graduada em Medicina (FOB-USP). Assistente de pesquisa da Fiocruz MS.

Adriana Izabel Macedo

Graduação em Enfermagem e Psicologia pelo Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN), Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Pós-Graduada em Auditoria em Serviços de Saúde pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, Pós-graduada em Gestão de Saúde Pública pelo Instituto de Educação Ateneu. Funcionária Pública Municipal, atuou como responsável técnica pelo Núcleo de Prevenção a Violência e Promoção a Saúde, Vigilância das Violências e Acidentes (VIVA); Vigilância do Óbito Materno Infantil e Fetal do município de Dourados/ MS. Atualmente está lotada no Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador do município de Dourados-MS.

Amanda Furtado Ramos

Graduada no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso Sul (UEMS). Bolsista do Programa de Iniciação Científica UEMS.

Ana Lucia Marran

Enfermeira (UEMS). Mestre e Doutora em Educação (UFGD). Docente no Curso de Enfermagem (UEMS), Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso Sul (UEMS).

Anabel Melguizo Garín

Doutor em Psicologia pela Universidade de Málaga. Investigadora de Pós- Doutorado & quot; Margarita Salas" Universidade de Málaga e Universidade Pablo de Olavide de Sevilha. Grupo de pesquisa: Qualidade de Vida e Intervenção Comunitária e Organizacional (HUM-590). Linhas de pesquisa sobre variáveis psicossociais relacionadas ao suporte social, qualidade de vida e saúde.

Bianca da Silva Muniz

Graduada em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (2016), Especialista em Gestão de Pessoas e Liderança pela Fundação Getúlio Vargas - FGV (2020), Especialista em Psicologia Organizacional e do Trabalho pela Universidade Católica Dom Bosco (2021), e cursando Mestrado em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (2023). Atua na área de Psicologia Organizacional e do Trabalho e como Psicóloga do Trabalho na área de Saúde Mental. Membro do Laboratório de Saúde

Mental e Qualidade de Vida no Trabalho (UCDB). Membro da Comissão Intersetorial dos Trabalhadores de Mato Grosso do Sul - CIST/CES/MS. Membro do Núcleo de Acompanhamento de Bolsas do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco.

Bianca Raquel Bianchi Celoto

Mestre no curso Alimentos, Nutrição e Saúde pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Possui graduação em ENFERMAGEM pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (2005). Especialista em Saúde Coletiva e da Família pela Uniderp (2007). Especialista em atenção Básica em Saúde da Família pela UFMS (2011). Especialista em Cuidado pré-natal pela UNESP (2011). Especialista em Gerentes de Unidades Básicas de Saúde - GERUS pela UFMS (2012). Especialista em Enfermagem em UTI Pediátrica e Neonatal pela Unyleya Editora e Cursos S.A (2018). Atualmente, trabalha como enfermeira assistencial e preceptora das residências Uniprofissional e Multiprofissional em Saúde, do Hospital Universitário da grande Dourados-HUGD.

Camila Arce Franco

Acadêmica do 4º ano do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul-UEMS. Bolsista do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC).

Claudia Janayna Carollo

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Mestre em Ensino em Saúde - Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional - Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Pós-graduada em Assistência de Enfermagem ao Paciente Portador de Feridas, Enfermagem e Saúde da Mulher e Enfermagem em Saúde Pública. Atuou no Hospital Evangélico de Dourados como Enfermeira e Gerente de Enfermagem, foi docente pela Universidade da Grande Dourados (UNIGRAN), Escola Vital Brasil, Celq-Curso técnico de enfermagem e Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Atualmente é Enfermeira na Atenção Básica no município de Dourados-MS, vice-presidente da Comissão de Cuidados com a Pele de Dourados, MS, membro da Comissão de Estágio Pesquisa Extensão e Trabalho (CEPET) da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados e da Comissão SAE/CIPE de Dourados, MS.

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

Fisioterapeuta. Especialista em Saúde Coletiva (UFSCar). Mestre em Enfermagem (USP). Doutora em Ciências (USP). Coordenadora de Educação da Fiocruz Mato Grosso do Sul.

Ednéia Albino Nunes Cerchiari

Psicóloga. Psicanalista (SPMS/IPA/FEBRAPSI/FEPAL). Mestre em Psicopatologia e Psicologia Clínica (ISPA/Lisboa/Portugal). Doutora em Ciências Médicas (FCM/

Unicamp). PhD em Psicologia (UCDB). Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso Sul (UEMS).

Elenita Sureke Abilio

Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá. Mestre em Ensino em Saúde - Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional - Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, Geriatria e Gerontologia, Saúde Mental, Psicopatologia e atenção psicossocial e Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia. Atualmente está como Coordenadora do Curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de Dourados. Psicóloga do Centro Regional de Saúde do Trabalhador (CEREST). Membro da Comissão Municipal de Estágio Pesquisa, Extensão e Trabalho (CEPET) e do Grupo Condutor do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados.

Fernando Faleiros de Oliveira

Formado em Licenciatura Plena (2001), Formação/Bacharelado (2002), Mestrado (2007) e doutorado (2021) em Psicologia, todas pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB/MS/BR), e também, Especialista em Formação Docente para o Ensino Superior (2010) pela UNIDERP (MS/BR). Atualmente é Professor Adjunto do Departamento de Psicologia/Instituto de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Federal Fluminense em Volta Redonda/RJ.

Francine Ramos de Miranda

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva (UCDB). Mestre em Enfermagem (PPGenf UFSCar). Doutora em Saúde e Desenvolvimento (PPGSD UFMS). Docente do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS).

Geovanna Ribeiro Olsen

Acadêmica do 4 ano do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul-UEMS. Bolsista do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC).

João Carlos Caselli Messias

Psicólogo. Mestre em Psicologia Clínica (PUC/Campinas). Doutor em Psicologia (PUC/Campinas). PhD em Psicologia (UCDB). Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

João Massuda Junior

Administrador. Mestre em Administração (UFMS). Doutor em Psicologia (UCDB). Instituto Federal de Mato Grosso do Sul Campus Campo Grande.

Josiane França Peralta Dan

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Especialista em Estratégia de Saúde da Família e Comunidade, Gestão de Programas de Residência em Saúde, Gestão das Clínicas, Regulação em Saúde e Auditoria em Serviços de Saúde. Atualmente está como gerente do Núcleo de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados. Membro do Grupo Condutor do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde, Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço (CIES) e Comissão Municipal de Estágio, Pesquisa, Extensão e trabalho (CEPET).

Liliana Andolpho Magalhães Guimarães

Graduada em Psicologia, especialista em Psicologia Hospitalar e em Administração Hospitalar, mestre em Psicologia da Saúde, Doutora em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP, Pós-doutora em Saúde Mental pela UNICAMP-FCM/DPMP (1994) e em Medicina do Estresse pelo Instituto Karolinska, Estocolmo, Suécia. Docente do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP de 1982 a 2003 quando se aposentou por tempo de serviço, sendo contemplada com o prêmio de Reconhecimento pela Excelência dos serviços prestados à Universidade Pública- UNICAMP. Coordenadora do Curso de Psicologia da Saúde Ocupacional junto ao SAMPO- IPq/Hospital de Clínicas do Instituto de Psiquiatria da USP/SP.

Marcia Adriana Fokura

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde pela Hospital Sírio-Libanês, especialização em saúde pública pela Universidade Anhanguera - Uniderp, especialização em qualificação de gestores do SUS pelo Fundação Oswaldo Cruz e aperfeiçoamento em Formação básica em aurículo terapia na Atenção Primária à Saúde pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente é Profissional de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados.

Márcia Maria de Medeiros

Professora Adjunta, Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Professora Permanente, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

Marcia Regina Martins Alvarenga

Enfermeira (Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Don Domenico). Mestre em Enfermagem (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP). Doutora em Enfermagem (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo). Pós-Doutorado em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da USP. Docente Sênior e Permanente da Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional (PPGES).

Maria Fabiana Damásio Passos

Psicóloga. Mestre em Psicologia (UFBA). Doutorado em Psicologia (UNB). Diretora da Fiocruz Brasília e Secretária Executiva da Universidade Aberta do SUS.

Maria Elisa de Lacerda Faria

Formada em Psicologia (2016) e Administração (2021) pela UCDB. Possui Mestrado em Psicologia da Saúde (2020) pela UCDB e Doutorado em Psicologia da Saúde também pela UCDB. Especialista em Saúde Mental (2018) pela UCDB e aperfeiçoamento em Psicologia da Saúde Ocupacional (2021) pela USP. Professora de Psicologia Organizacional e do Trabalho na UNIGRAN CAPITAL. Tem experiência de trabalho na área de Psicologia Organizacional e do Trabalho e da Psicologia da Saúde Ocupacional, faz parte do grupo de pesquisa vinculado ao CNPq & quot; Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida do Trabalhador" e da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) por meio da Suplência do Conselho Regional de Psicologia.

María José Martos-Méndez

Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade de Almería. Professor Chefe de Psicologia Social da Universidade de Málaga. Grupo de Pesquisa Qualidade de Vida e Intervenção Comunitária e Organizacional (HUM-590).

Natalia Del Pino Brunet

Grado en Trabajo Social (Universidad Internacional de la Rioja/España) y Grado em Educación Social (Universidad de Granada/España). Máster en Mediación (Universidad de Málaga/España). Máster en Profesorado de enseñanzas obligatoria y Bachillerato, formación profesional y enseñanza de idiomas, especialidad Formación y Orientación Laboral (Universidad de Málaga/España). Tesis (sobresaliente Cum Laude, mención Internacional). Actualmente trabaja en sector de Psicología social, Trabajo Social y Servicios Sociales y Antropología social/ Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo (FEST). Universidad Málaga, Espanha.

Rafael Arredondo Quijada

Trabajador Social. Máster en Investigación e Intervención Social y Comunitaria. Doctor por la Universidad de Málaga. Grupo de Investigación Calidad de Vida e Intervención Comunitaria y Organizacional (HUM-590). Asistente Social (Serviço Social). Departamento de Psicología Social, Serviço Social e Serviço Social e Antropologia Social Faculdade de Estudos Sociais e do Trabalho. Membro do Grupo de Pesquisa Qualidade de Vida e Intervenção Comunitária e Organizacional (HUM-590).

Roberto Dias de Oliveira

Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Professor Permanente, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Rodolfo Augusto Matteo Ambiel

Psicólogo. Mestre e Doutor em Psicologia (Universidade São Francisco). Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Rogério Dias Renovato

Graduado em Farmácia pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Doutor em Educação pela UNICAMP. Docente do curso de Enfermagem, UEMS/Dourados e do curso de Enfermagem UEMS/Costa Rica. Docente e Coordenador do Programa de Pós-graduação Ensino em Saúde, Mestrado Profissional (PPGES). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES). Pesquisador do Centro de Ensino, Pesquisa e Extensão em Educação em Saúde (CEPES).

Roselaine Terezinha Migotto Watanabe

Enfermeira e Licenciada em Enfermagem (UFSM/FACEM). Especialista em Obstetrícia Multidisciplinar (FCV). Especialista em Metodologia do Ensino Superior. Mestre em Ensino em Saúde (PPGES/UEMS). Docente no curso de enfermagem e Extensionista da UEMS.

Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira

Enfermeira. Pós-doutorado em Políticas Informadas por evidência (Fiocruz Brasília), Doutorado em Doenças Infecciosas e Mestrado em Saúde Coletiva (UFMS).

Sílvia Helena Mendonça de Moraes

Pedagoga e Psicóloga. Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental (EERP/USP). Pesquisadora em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul (Fiocruz MS).

Taissa Gonçalves Leal

Graduada em Medicina pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Em atuação desde 2020 no Departamento de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Dourados, com enfoque em saúde do trabalhador no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). É membro do Comitê de Monitoramento de Eventos do Município de Dourados e da Comissão de Avaliação e Concessão, relacionada à cessão de passe livre a pessoas com deficiência.

SOBRE OS ORGANIZADORES

EDUARDO ESPÍNDOLA FONTOURA JUNIOR

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade do Rio Grande – FURG/BRASIL (1999), Licenciatura Plena em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande, Brasil (1999) e Teologia pelo Centro Universitário da Grande Dourados, UNIGRAN (2023), Especialização em Projetos Assistenciais em Enfermagem - FURG, Especialização em Saúde do Trabalhador – FIOCRUZ/BRASIL, Especialização em Enfermagem de Emergência – ESAP/BRASIL, Aperfeiçoamento em Vigilância Sanitária – ESP/BRASIL, Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília - UnB (2009), Doutorado em Psicologia da Saúde – UCDB/BRASIL (2018). Participou do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior, realizado na Universidade de Guadalajara - México (2017), tendo a CAPES como instituição de fomento. Professor convidado pela Universidad de Málaga – Espanha (2023). Atualmente é professor efetivo (II) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Brasil. Professor colaborador do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional - Ensino em Saúde (PPGES). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES) e do grupo de pesquisa vinculado ao CNPq Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida do Trabalhador (UCDB). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde do Trabalhador, Saúde Mental e Trabalho, Saúde do Trabalhador Rural e Educação em Enfermagem.

E-mail: eduardo@uem.br

FLAVIANY APARECIDA PICCOLI FONTOURA

Enfermeira; (Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul); Doutora em Psicologia – Área: Psicologia da Saúde (Universidade Católica Dom Bosco); Mestre em Psicologia (Universidade Católica Dom Bosco); Especialista em Metodologia do Ensino Superior (UNIGRAN). Docente efetivo do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Professora convidada pela Universidad de Málaga – Espanha (2023). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Teoria Sócio-Histórica, Migrações e Gênero e membro da Rede ALEC - Réseau Internacional América Latina, Europa e Caraíbes - Territórios, Populações Vulneráveis e Políticas Públicas, com sede na Universidade de Limoges/França.

E-mail: flavianyfontoura@hotmail.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adições 10, 13, 149, 152, 154-158, 169-170, 251

adoecimento 7, 9, 11, 27, 55, 59, 61-62, 106, 130, 132-133, 138-139, 141-143, 146-147, 185, 187, 192, 198-199, 208, 212, 216, 218, 221, 234, 252

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE 145-147, 251

agravos à saúde 17, 138, 252

ambiente de trabalho 9-10, 13, 17, 25, 37, 39, 45, 56, 73, 87, 98, 141-142, 145-146, 171-173, 175-179, 181, 184-185, 193, 195-197, 201, 210, 233-235, 251

assistência de enfermagem 244, 252

atenção primária 9, 20, 36, 45-46, 50, 66, 89, 100, 107, 134-135, 139-140, 142-144, 146, 214, 220, 246, 251

atenção primária em saúde 45, 50, 135, 142-143, 146, 214, 251

atenção primária à saúde 36, 66, 89, 140, 246, 251

C

Qualidade de vida 153, 166, 247, 252

capacidade para o trabalho 8, 12, 37-40, 44-45, 49-52, 73, 75, 81, 85, 88, 210, 220, 251

cenário pandêmico 71, 222, 251

Condição de trabalho 251

condições de trabalho 8, 12, 34, 66-69, 79, 88, 91-92, 94, 96, 137, 176-179, 187, 191-192, 195-196, 199, 204, 229, 232, 238, 241, 251

confinamento 13, 149-157, 159, 161, 164-165, 167-170, 252

contexto da pandemia 7, 11-12, 15, 22, 36, 56, 62, 69, 88, 93, 107-108, 133-134, 219, 241, 252

Coping 143, 182, 219, 251

COVID-19 6-13, 15, 17, 19, 22, 25, 31, 33-38, 41-42, 45-47, 49-57, 60-61, 63-80, 82-84, 87-91, 93-94, 97-99, 101-104, 106-109, 111-112, 114-125, 127-129, 132, 136, 138-143, 146, 151-152, 155-157, 166-170, 176, 182, 191, 204-207, 219, 221-222, 224-225, 227, 230, 232, 237, 241-242, 251

cuarentena 150, 156, 159, 162-164, 169, 252

cuidado 7, 11, 34, 36, 54, 62, 66-67, 72, 89, 93, 127, 132, 135, 145, 176-178, 180-181, 183, 210, 213, 218, 225, 236, 244, 252

cuidado de enfermagem 252

D

Desgaste físico 73, 251

Desgaste mental 251

E

Educação em Saúde 125, 213-215, 217, 220, 246, 248, 251

enfermagem 7-8, 12, 15, 19, 23, 31, 37-38, 42, 46, 51, 54-55, 65, 68-69, 71-77, 79, 81-90, 93, 103, 107-109, 134, 145-147, 176-177, 182, 190, 210, 213-214, 216, 218, 220, 223, 230-231, 239, 241-246, 248-249, 251-252

enfrentamento 7-8, 11-13, 17, 25, 31, 36, 49-50, 53, 55, 61, 66, 72-73, 88-89, 130, 140, 142, 144, 147, 194, 211, 213, 219, 221-222, 226, 238, 240-241, 252

equipamento de proteção individual 68, 250, 253

equipamento de proteção individual 68, 252

equipe de enfermagem 8, 12, 37, 71-74, 76, 82, 84-86, 103, 242, 251

esgotamento 8, 47, 59, 62, 66, 83, 87, 132-133, 172, 236, 252

estratégias 7-8, 11, 16, 34, 36, 55-56, 64-66, 68, 106, 130, 144, 177, 179, 181, 190, 193, 198, 200, 207, 209-212, 217-218, 222, 240, 250, 253

estratégias 7-8, 11, 16, 34, 36, 55-56, 64-66, 68, 106, 130, 144, 177, 179, 181, 190, 193, 198, 200, 207, 209-212, 217-218, 222, 240, 252

Estresse relacionado ao trabalho 51, 251

estressores 32, 38, 144, 210-214, 216, 251

exaustão física 7-8, 38, 62, 87, 252

F

famílias 85, 93, 190, 214, 252

fatores de estresse 8, 250, 253

fatores de estresse 8, 252

FATORES DE RISCOS PSICOSSOCIAIS 10, 13, 171, 173, 251

fatores psicossociais 8, 10, 12, 37-38, 40, 43, 49-50, 171-173, 179-182, 206, 251

formação em saúde 11, 212, 218, 251

G

Gestão do trabalho 246, 251

grape espanhola 113-114, 251

H

história da saúde 251

humanização 125, 185, 187, 252

Hábitos de vida 10, 13, 16, 149, 157-158, 164, 252

I

imunização 68, 200, 252

Incidência 251

M

Meios de Comunicação de Massa 251

O

organização do trabalho 103, 186, 196, 201, 251

P

pacientes 10, 19, 22, 24, 58, 60, 62, 65-66, 69, 71-74, 82-84, 88, 103, 107, 133-134, 142, 175-177, 179-181, 190, 211, 224, 232, 234-238, 252

pandemia 2, 6-12, 15, 17-18, 22-25, 31-37, 45-47, 49-51, 54-62, 64-69, 71-73, 75, 77-91, 93-94, 98, 101-102, 104-109, 111-116, 118, 120-121, 123, 125, 127-135, 137-142, 144, 146, 149, 151-154, 156-157, 165, 167-170, 176, 191, 200, 203, 205-207, 218-219, 221-222, 224-228, 231-234, 236-242, 251-252

percepções 7-8, 11-13, 53, 55-56, 61, 71, 88, 215-216, 221, 241, 252

S

Saúde Coletiva 34, 36, 67, 107-108, 139-140, 188, 202, 204-206, 242, 244-245, 248-249, 253

ISBN 978-65-5368-274-0



Este livro foi composto pela Editora Bagai.



www.editorabagai.com.br



[/editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai)



[/editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)



contato@editorabagai.com.br