

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Vitória Lovato Pinto**

**Risco de adoecimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde frente ao contexto de trabalho pela pandemia da COVID-19 em um município da região central do Rio Grande do Sul**

**Porto Alegre  
2022**

**Vitória Lovato Pinto**

**Risco de adoecimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde frente ao contexto de trabalho pela pandemia da COVID-19 em um município da região central do Rio Grande do Sul**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão em saúde e enfermagem e organização do trabalho

Eixo Temático: Saúde do Trabalhador

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Juliana Petri Tavares

**Porto Alegre**

**2022**

## CIP - Catalogação na Publicação

Pinto, Vitória Lovato

Risco de adoecimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde frente ao contexto de trabalho pela pandemia da COVID-19 em um município da região central do Rio Grande do Sul / Vitória Lovato Pinto.

-- 2022.

161 f.

Orientadora: Juliana Petri Tavares.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, , Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Infecções por Coronavírus. 4. Condições de Trabalho. I. Petri Tavares, Juliana, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).



PPGENF



Ata da sessão de apresentação e sustentação pública da Defesa de Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, presidida e registrada pela **Profª. Dra. Isabel Cristina Echer**. Requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, da Acadêmica de Mestrado **Vitória Lovato Pinto**, no dia **28 de junho de 2022**. A dissertação tem como título **Risco de Adoecimento dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde Frente ao Contexto de Trabalho pela Pandemia da COVID-19 em um Município da Região Central do Rio Grande do Sul**. De acordo com o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, o processo de avaliação foi formalizado em ato público. No primeiro momento a Senhora Presidente procedeu à abertura dos trabalhos, às oito horas (08h00), por videoconferência, <http://meet.google.com/nia-vyar-mhx>, informando aos presentes a designação da Banca Examinadora, homologada e assinada pelo Coordenador Substituto do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem desta Universidade. Dando sequência aos trabalhos, a Senhora Presidente concedeu a palavra a Mestranda para apresentar seu trabalho à Banca, pelo período de até cinquenta (50) minutos. A seguir, passou a palavra aos membros da banca para que procedessem à arguição da Mestranda, com resposta da mesma a cada um dos examinadores. De acordo com a avaliação da Banca Examinadora, foi destacado:

A apresentação oral e domínio do tema, a pertinência e relevância do estudo para o momento atual e para a atenção primária.

A didática na descrição do método da dissertação podendo ser modelo para outros alunos.

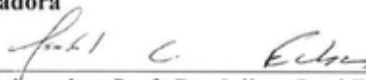
Destaque para a relevância do checklist como ferramenta para a implementação das recomendações na prática clínica, com potencial para publicação de artigo metodológico.

Os resultados avançam no conhecimento, a coerência teórico metodológica.

As recomendações da banca ficam a cargo do orientador e aluno para avaliarem a pertinência e possibilidade de adequação.

A Banca Examinadora avaliou a dissertação como: **Aprovada**

**Nome e assinatura da Banca Examinadora**

Profª. Dra. Isabel Cristina Echer:   
Presidente da sessão, representando a Orientadora Profª Dra Juliana Petri Tavares – PPGENF/UFRGS

Profª. Dra. Deise Lisboa Riquinho:   
Membro – PPGENF/UFRGS



UFRGS  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL

PPGENF



Prof.ª Dra. Daiane Dal Pai: \_\_\_\_\_  
Membro – PPGENF/UFRGS

*Daiane Dal Pai*

Prof. Dr. Wagner de Lara Machado: \_\_\_\_\_  
Membro – Pontifícia Universidade Católica (PUC-RS)

*Wagner de Lara Machado*  
Wagner de Lara Machado

Porto Alegre, 28 de junho de 2022.

De acordo da Mestranda: \_\_\_\_\_  
Vitória Lovato Pinto

*Vitória Lovato Pinto*

**"OBSERVAÇÃO: A concessão do título de mestre só estará em plena validade após terem sido preenchidos todos os demais requisitos para a concessão do título, no prazo de 90 dias, conforme previsto no regimento do curso e na legislação superior pertinente e a homologação da presente ata pela Comissão de Pós-Graduação."**

## AGRADECIMENTOS

*Agradecer primeiramente à Deus, aos espíritos de luz e a todas as boas energias do universo que me iluminaram nessa caminhada tão difícil;*

*À minha família, que sempre me motivou e me apoiou em todas as minhas escolhas de estudos e de vida. Obrigada por tanto!*

*Ao Fernando, que sempre me apoiou nos estudos e na profissão independente da nossa distância. Obrigada pela compreensão quando eu precisei estar ausente;*

*Aos meus colegas Enfermeiros e Enfermeiras, os quais cuidavam dos meus pacientes durante o meu intervalo, do plantão de 12 horas, para que eu pudesse apresentar os trabalhos do mestrado;*

*Aos meus técnicos e técnicas de Enfermagem que tanto se preocupavam comigo, os quais foram os mesmos que me apoiaram quando perdíamos pacientes e familiares para a COVID-19;*

*Aos meus pacientes da UTI COVID onde trabalhei durante a pandemia, independente de onde estejam, vocês foram o meu maior exemplo de luta e persistência. Obrigada por fazerem parte da minha história!*

*À Professora Juliana Tavares, que sempre me apoiou no mestrado, e foi muito motivadora nos momentos mais difíceis da pandemia e diante das dificuldades de concretizar a pesquisa nesse contexto;*

*À Professora Daiane Dal Pai, que me acolheu no final desta caminhada, me apoiou e contribuiu muito com seus conhecimentos;*

*Ao Miguel Paixão que também fez parte dessa reta final do mestrado e contribuiu nesse processo;*

*Eterna gratidão por tudo o que vocês fizeram por mim!*

*Obrigada por fazerem parte da minha história!*

## RESUMO

**Introdução:** No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem a finalidade de oferecer atendimento resolutivo, longitudinal e coordenação do cuidado no Sistema Único de Saúde. Na Pandemia da *Coronavirus Disease 19* (COVID-19), destacam-se a promoção da saúde, prevenção das infecções e imunização. Nesse serviço, os profissionais possuem elevada demanda de trabalho e estão expostos a riscos de adoecimento. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) lançou as “Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais”. **Objetivo:** Analisar a implementação das medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde, no âmbito laboral da Atenção Primária à Saúde na Pandemia da COVID-19, e a sua associação com o contexto de trabalho e o risco de adoecimento dos profissionais de saúde em um município da região central do Rio Grande do Sul (RS). **Método:** Estudo transversal, descritivo e analítico, de abordagem quantitativa. A amostra foi composta por trabalhadores da saúde (n=77) de quatorze unidades de APS. A coleta dos dados ocorreu de setembro de 2021 a fevereiro de 2022 pela aplicação de questionário com variáveis sócio-laborais e de saúde, e um *Checklist* elaborado a partir das Recomendações do MS composto por Ferramentas de Apoio e Medidas de Engenharia, Administrativas e de Gestão de Recursos Humanos. Além disso, aplicaram-se as quatro escalas do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA). Para análise estatística utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences*, considerando significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ). Aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAAE 47867221.3.0000.5347). Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** A maioria dos participantes eram do sexo feminino (74%), de raça/cor branca (84,4%) e média de idade de 44,8 ( $\pm 10,64$ ). Sobre a saúde, 72,7% não pertenciam ao Grupo de Risco, 49,4% residiam com pessoas desse grupo e 61% não se afastaram por nenhum sintoma respiratório. Predominaram os Agentes Comunitários de Saúde (42,9%) e Enfermeiras(os) (15,6%), a maioria possuíam Ensino Médio Completo (46,8%) e contabilizavam 40 horas semanais de trabalho (75,3%). Sobre as recomendações, a capacitação sobre síndromes gripais (67,5%) não foi contemplada nas Ferramentas de Apoio. Dispensadores álcool gel (79,2%) e espaço de higiene de mãos (58,4%) foram implementados nas Medidas de Engenharia. Para as Medidas Administrativas, as atividades presenciais foram substituídas por virtuais (59,7%). Na Gestão de Recursos Humanos, os trabalhadores em licença não foram substituídos por outros (70,1%). As escalas de Contexto de Trabalho e Custos Humanos apresentaram avaliações críticas, assim como os domínios Esgotamento Profissional e Danos Físicos. Sobre as correlações, destacaram-se as associações inversas entre as Condições de Trabalho com as Medidas Administrativas ( $r = -0,60$ ,  $p = 0,000$ ) e com as Medidas de Engenharia ( $r = -0,57$ ,  $p = 0,000$ ), quanto menos recomendações foram implementadas, piores foram as avaliações das condições de trabalho. **Conclusão:** O contexto laboral apresentou riscos de adoecimento na APS durante a pandemia da COVID-19, os quais se relacionaram à não implementação das recomendações do MS para proteção dos trabalhadores em um município da região central do RS.

**Descritores:** Saúde do Trabalhador. Atenção Primária à Saúde. Infecções por Coronavírus. Condições de Trabalho.

## ABSTRACT

**Introduction:** In Brazil, Primary Health Care (PHC) has the purpose of offering resolute, longitudinal care and coordination of care in the Unified Health System. In the Coronavirus Disease 19 (COVID-19) Pandemic, health promotion and infection prevention are highlighted. In this service, professionals have a high demand for work and are exposed to risks of illness. In this perspective, the Ministry of Health (MS) launched the “Recommendations for the protection of health service workers in the care of COVID-19 and other syndromes”. **Objective:** To analyze the implementation of the measures recommended by the Ministry of Health, in the work scope of Primary Health Care in the COVID-19 Pandemic, and its association with the work context and the risk of illness of health professionals in a municipality of central region of Rio Grande do Sul (RS). **Method:** Sectional study, descriptive and analytical study with a quantitative approach. The sample consisted of health workers (n=77) from fourteen Primary Health Care units. Data collection took place from september 2021 to february 2022 by applying a questionnaire with socio-occupational and health variables, a Checklist, prepared from the MS Recommendations, in addition to the four scales of the Inventory on Work and Risks of Illness (ITRA). For statistical analysis, the Statistical Package for the Social Sciences was used, considering a significance of 5% ( $p \leq 0.05$ ). Approved by the Municipal Health Department and by the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Sul (CAAE 47867221.3.0000.5347). All signed the Free and Informed Consent Term. **Results:** Most participants were female (74%), of white race/color (84.4%) and mean age of 44.8 ( $\pm 10.64$ ). Regarding health, 72.7% did not belong to the Risk Group, 49.4% lived with people from this group and 61% did not leave due to any respiratory symptoms. Community Health Agents (42.9%) and Nurses predominated (15,6%), most had completed High School (46.8%) and worked 40 hours per week (75.3%). Regarding the recommendations, training on flu syndromes (67.5%) and PPE (54.5%) were not included in the Support Tools. Alcohol dispensers (79.2%) and hand hygiene space (58.4%) were implemented in the Engineering Measures. In the Administrative Measures, remote activities (59.7%) and informative posters about COVID-19 (48.8%) were contemplated. In the Management Measures, relocated workers did not receive training (51.9%) and those on leave were not replaced (70.1%), there was no psychosocial support (59.7%). Regarding Pearson's correlations, the inverse associations between Working Conditions with Administrative Measures ( $r = -0.60$ ,  $p=0.000$ ) and with Engineering Measures ( $r= -0.57$ ,  $p=0.000$ ), that is, the fewer recommendations were implemented, the worse the assessments of working conditions were. **Conclusion:** The work context presented risks of illness in PHC during the COVID-19 pandemic, which were related to the non-implementation of the MS recommendations for the protection of workers in a municipality in the central region of RS.

**Descriptors:** Occupational Health. Primary Health Care. Coronavirus infections. Work conditions.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>24</b>
2.1 Objetivo Geral.....	24
2.2 Objetivos Específicos.....	24
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>25</b>
3.1 <i>Coronavirus Disease</i> (COVID-19).....	25
3.2 Atenção Primária à Saúde (APS).....	27
3.3 Saúde do Trabalhador da APS na Pandemia da COVID-19.....	34
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>44</b>
4.1 Tipo de Estudo.....	44
4.2 Local do Estudo.....	44
4.3 População e Amostra.....	44
4.4 Coleta dos Dados.....	46
4.5 Análise dos Dados.....	55
4.6 Aspectos Éticos.....	56
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>60</b>
5.1 Variáveis Sócio-Demográficas, Laborais e de Saúde.....	60
5.2 Variáveis do <i>Checklist</i> de Saúde do Trabalhador a partir das Recomendações do Ministério da Saúde.....	62
5.3 Escalas do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA).....	70
5.4 Correlações entre as Recomendações do Ministério da Saúde e as escalas do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA).....	79
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>83</b>
6.1 Discussão dos resultados sobre as condições sócio-laborais e de saúde.....	83
6.2 Discussão dos resultados do <i>CheckList</i> de Saúde dos Trabalhadores.....	88
6.3 Discussão dos resultados referentes às escalas do Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento .....	98
6.4 Discussão dos resultados sobre as correlações entre o <i>CheckList</i> de Saúde dos Trabalhadores com as escalas do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento.....	110
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>121</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>125</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>137</b>
Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	137
Apêndice B- Questionário Sócio-Laboral e de Saúde.....	141

Apêndice C- Checklist de Saúde do Trabalhador a partir das Recomendações do Ministério da Saúde.....	144
<b>ANEXOS.....</b>	<b>154</b>
Anexo A- Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT).....	154
Anexo B- Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT).....	156
Anexo C- Escala de Investigação de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST).....	158
Anexo D- Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT).....	160

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 01.</b> Número de profissionais da saúde que responderam o número de Ferramentas e Medidas de Apoio que foram contempladas em sua unidade.....	68
<b>Gráfico 02.</b> Número de profissionais da saúde que responderam o número de Medidas de Controle de Engenharia de Serviços que foram contempladas em sua unidade.....	69
<b>Gráfico 03.</b> Número de profissionais da saúde que responderam o número de Medidas de Controle Administrativo e Organização do Trabalho que foram contempladas em sua unidade.....	69
<b>Gráfico 04.</b> Número de profissionais da saúde que responderam o número de Medidas sobre gestão de Recursos Humanos e Reorganização do Trabalho que foram contempladas em sua unidade.....	70

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01.</b> Correlações bivariadas entre os domínios das escalas do ITRA com os domínios do <i>CheckList</i> de Saúde do Trabalhador, juntamente com seus respectivos testes de confiabilidade.....	81
---	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01.</b> Frequência absoluta e relativa das Variáveis Sócio-Demográficas, de Saúde e Laborais dos profissionais de saúde das ESFs e das USs.....	60
<b>Tabela 02.</b> Frequência absoluta e relativa dos respectivos itens de cada domínio do <i>Checklist</i> de Saúde do Trabalhador a partir das Recomendações do Ministério da Saúde. ....	64
<b>Tabela 03.</b> Médias e desvio padrão dos itens que compõem os domínios da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT).....	71
<b>Tabela 04 .</b> Médias e desvio padrão dos itens que compõem os domínios da Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT).....	72
<b>Tabela 05.</b> Médias e desvio padrão dos itens que compõem os domínios da Escala de Investigação de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST).....	75
<b>Tabela 06.</b> Médias e desvio padrão dos itens que compõem os domínios da Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT). ....	75
<b>Tabela 07.</b> Médias e desvio padrão dos domínios de cada escala do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA).....	76

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
ACS - Agente Comunitário de Saúde  
APS - Atenção Primária à Saúde  
CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética  
CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*  
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa  
COVID-19 - *Coronavirus Disease 19*  
COMPESQ - Comissão de Pesquisa  
CRS - Coordenadoria Regional de Saúde  
EACT - Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho  
ECHT - Escala de Custo Humano no Trabalho  
EADRT - Escala de Avaliação de Danos no Trabalho  
EIPST - Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho  
EPI - Equipamento de Proteção Individual  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
EUA - Estados Unidos da América  
FNS - Fundo Nacional de Saúde  
GIPSAT - Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde, Ambiente e Trabalho  
GISO - Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional  
GR - Grupo de Risco  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ITRA - Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento  
MS - Ministério da Saúde  
NR32 - Norma Regulamentadora 32  
PAF- *Principal Axis Factoring*  
PIB - Produto Interno Bruto  
PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde  
PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade  
PNAB - Política Nacional da Atenção Básica  
PNI - Programa Nacional de Imunizações  
RAS - Rede de Atenção à Saúde

RBM - *Receptor Binding Motif*

RS - Rio Grande do Sul

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SARS-CoV-2 - *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SG - Síndrome Gripal

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEPT - Transtorno de Estresse Pós-Traumático

UBS - Unidade Básica de Saúde

US - Unidade de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ULBRA - Universidade Luterana do Brasil

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

WHO - *World Health Organization*

## 1 INTRODUÇÃO

Ao final do ano de 2019, autoridades de saúde alertaram para o aumento do número de casos e óbitos por um tipo de pneumonia na cidade de Wuhan na China. Após investigações, foi constatado que o agente etiológico dessa patologia tratava-se de um vírus que provocava a *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), e a doença denominou-se como *Coronavirus Disease 19* (COVID 19) (MCINTOSH, 2020).

Desde então, a comunidade científica dedica-se, por meio de diversas pesquisas em vários lugares do mundo, a conhecer a estrutura viral desse microrganismo, a fim de esclarecer informações a respeito da história natural do vírus (MCINTOSH, 2020). Sobretudo no início da pandemia, as investigações aprofundaram os conhecimentos para compreender como esse agente se estabelecia no hospedeiro e suas repercussões no organismo humano, para a partir daí planejar o manejo clínico da doença.

Inicialmente, os casos de SARS-CoV-2 estavam mais restritos ao continente Asiático, posteriormente, o vírus disseminou-se pela Europa e a *World Health Organization* (WHO) declarou situação de Pandemia. Com o passar do tempo, as autoridades em saúde constataram que, após o continente Europeu, as Américas tornariam-se o novo Epicentro da Pandemia do Coronavírus, começando pelos Estados Unidos da América (EUA), e posteriormente o Brasil e demais países vizinhos na América do Sul (WHO, 2020a).

No contexto brasileiro, as diferentes regiões que compõem o país apresentaram diferentes momentos de registro oficial dos primeiros casos de COVID-19. O estado do Rio Grande do Sul registrou oficialmente o primeiro caso da doença em 29 de março de 2020 na cidade de Porto Alegre (SES-RS, 2020), e posteriormente as infecções foram avançando em direção aos demais municípios do interior do RS, os quais apresentaram diferentes comportamentos e delineamentos no que tange ao avanço das infecções.

Frente ao cenário do grande número de infecções, surgiram questionamentos acerca do quanto os setores de alta densidade tecnológica em saúde teriam condições de suprir as demandas hospitalares da população. A partir de uma pesquisa realizada pelo Instituto de Estudos em Políticas de Saúde (IEPS) no Brasil,



investigou-se a infraestrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere à ocupação hospitalar e à necessidade de leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no contexto da COVID-19. O estudo demonstrou que partindo-se de um cenário em que 20% da população fosse infectada, e desses 20% apenas 5% dos infectados necessitassem de cuidados em UTI por 5 dias, 294 das 436 regiões de saúde do país ultrapassariam a taxa de ocupação de 100% dos leitos disponíveis (RACHE et al. 2020).

Estudo semelhante de Noronha et al. (2020), com o objetivo de analisar a pressão sobre o sistema de saúde no Brasil em decorrência da demanda adicional gerada pela COVID-19, sinalizou que essa situação seria preocupante nos locais onde a oferta dos serviços já não se encontrava em condições para atender a população antes da pandemia. Mesmo contabilizando a oferta dos serviços de saúde públicos e privados o quantitativo de leitos não seria suficiente, o que possivelmente implicaria no aumento da mortalidade. A fim de dar uma margem de tempo maior para a reorganização da oferta dos serviços de saúde no momento mais crítico da pandemia, os autores destacaram que reduzir a velocidade de propagação da infecção no território nacional seria fundamental para aliviar a pressão sobre o sistema de saúde (NORONHA et al., 2020).

Diante das interrogações sobre a complexidade da doença, das demandas terapêuticas e de serviços, emergiram discussões sobre os possíveis colapsos dos sistemas de saúde frente à Pandemia do SARS-CoV2. A partir das leituras mencionadas anteriormente, sobre a infraestrutura dos serviços hospitalares, percebeu-se que a necessidade de tempo-resposta para essa reorganização pudesse estar diretamente relacionada em potencializar a atuação de outros serviços de saúde que trabalham com a promoção da saúde e prevenção da COVID-19, a fim de controlar o avanço das infecções no país.

A Atenção Primária à Saúde (APS), composta pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), consiste no acesso prioritário ao Sistema Único de Saúde no Brasil. Na pandemia da COVID-19, assim como em outros momentos de surtos ou epidemias, esse serviço foi fundamental para responder à problemática de saúde em questão, visto que: atua de modo a promover a saúde oferecendo atendimento resolutivo aos usuários que recorrem à APS do seu território, coordena o cuidado ao direcioná-los para os demais níveis de

atenção especializada que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS), tem potencialidade para identificar precocemente casos graves que necessitam de encaminhamento para serviços de urgência/emergência e mantém a longitudinalidade do cuidado por dar seguimento às demais necessidades em saúde quando o usuário retorna de outros pontos da rede para a APS (BRASIL, 2020a).

A partir de buscas em cenários internacionais na América Latina, encontrou-se uma investigação ampliada dos serviços de saúde e quais deles tiveram maior destaque e resolutividade. Giovanella et al. (2021) realizaram uma análise crítica sobre a participação da APS em iniciativas de enfrentamento da pandemia da COVID-19 na Bolívia, no Brasil, no Chile, na Colômbia, em Cuba, no Uruguai e na Venezuela (GIOVANELLA et al., 2021).

Nesse ensaio analítico e reflexivo foram problematizados o enfoque predominantemente biomédico e hospitalocêntrico da maioria dos países, os quais contaram com uma vigilância epidemiológica destinada à contagem de casos e óbitos com projeções descontextualizadas para prever as demandas hospitalares. O artigo destaca a atuação da Atenção Primária à Saúde Integral e Integrada ou Atenção Integral à Saúde, a qual compreende a promoção, a prevenção, a cura, a reabilitação e a atenção biopsicossociocultural, a qual deve ser o centro dos sistemas de saúde devido ao seu enfoque coletivo, comunitário, territorial, e com vistas ao cuidado integral à pessoa, à família e à comunidade (GIOVANELLA et al., 2021).

O Brasil possui um sistema de saúde único e universal que inspira reformas sanitárias em outros modelos de saúde do mundo que se fundamentam nos princípios da equidade, universalidade e integralidade. Entretanto, mesmo com todas as potencialidades do sistema de saúde, o país, lamentavelmente, enfrentou ações desorganizadas e descoordenadas no planejamento de respostas públicas devido aos dilemas da conjuntura política. Giovanella e demais colaboradores destacaram os prejuízos da APS e do SUS no enfrentamento da Pandemia devido às ações erráticas, contraditórias e carentes de respaldo científico das autoridades sanitárias nacionais no período mais crítico da crise sanitária (GIOVANELLA et al., 2021).

Nessa perspectiva, pode-se perceber os grandes desafios enfrentados pelo SUS na Pandemia da COVID-19, o qual para atender as diferentes demandas da

população brasileira necessitou articular e coordenar não só os serviços hospitalares como também a Atenção Primária. Nesse sentido, supõe-se que a APS tenha sido o contexto de maiores dificuldades para controlar o avanço das infecções, pois além de evitar o colapso dos demais serviços da rede, precisou cuidar das demandas habituais e adicionais dos usuários, famílias e comunidade de forma integral e contínua. Ao contrário de outros países, como mencionado no estudo de Giovanella et al. (2021), os investimentos na infraestrutura da Atenção Primária à Saúde não foram suficientes para dar conta das necessidades em saúde dos usuários, bem como pode ter sido um local com potenciais riscos de infecção e adoecimento aos profissionais da saúde que estão diariamente nesses espaços. Desse modo, percebe-se o quanto a APS e os profissionais de saúde necessitam de especial atenção nesse cenário.

Para colocar em prática todas as atividades da APS, a fim de que as ações propostas tenham amplo alcance e impacto, destaca-se a importância dos gestores e dos trabalhadores como elementos centrais do sistema de saúde, não só para barrar o avanço das infecções e reduzir a morbimortalidade durante o surto da doença, como também para acolher os usuários que foram acometidos pela COVID-19 e realizar imunizações em massa. Nesse contexto, para a prática de cuidados seguros a Organização Mundial da Saúde corrobora, no documento Metas de Desenvolvimento do Milênio de 2016, o quanto a força de trabalho adequada dos profissionais da saúde é fundamental em todo esse processo para alcançar objetivos (WHO, 2016).

Sobre os usuários da APS que foram acometidos pelo Coronavírus, é fundamental fazer alguns apontamentos sobre a complexidade e a repercussão dessa doença. Os pacientes pós-COVID necessitam de continuidade do cuidado porque podem ficar com sequelas pulmonares e neurológicas decorrentes da doença, e por isso demandam reabilitação física, nutricional, pulmonar e psicológica. Nesse sentido, o acompanhamento após a alta hospitalar é essencial para dar continuidade ao cuidado e evitar reinternações por complicações evitáveis da doença (WANG; WANG; YU, 2020). Nesse sentido, destaca-se a atuação da APS nos cuidados aos usuários que retornam à rede em busca de cuidado longitudinal e para acompanhamento domiciliar, o que demonstra o quanto os trabalhadores desse

serviço de atuação a nível territorial promovem a saúde e a manutenção da qualidade de vida dos indivíduos e de suas famílias.

Após avanços na ciência, o Brasil e outros países puderam contar com uma vacina, oriunda de diferentes laboratórios para imunizar a população contra o coronavírus e frear o avanço da pandemia ao evitar casos graves da COVID-19. No contexto brasileiro, a vacina foi incorporada ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) (BRASIL, 2003) e disponibilizada a partir do ano de 2021 de forma gratuita no SUS (BRASIL, 2021a). Assim como outros imunizantes que compõem o programa, a APS consiste no nível de atenção à saúde que pela sua característica de capilaridade fica responsável pelo armazenamento, aplicação das vacinas, monitoramento e vigilância epidemiológica (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, percebe-se a grande participação da APS no enfrentamento da pandemia, a qual se estende desde a prevenção de infecções pelo coronavírus e o acompanhamento de usuários com quadros leves da doença em isolamento domiciliar, até os cuidados aos usuários pós-COVID que retornam à rede e a imunização da população em geral. Desse modo, diante de tamanha responsabilidade e impacto das ações desse serviço é imprescindível destacar que os profissionais da saúde necessitam de um contexto laboral com condições favoráveis para execução desse trabalho, a fim de que o âmbito laboral e as atividades desses trabalhadores tenham o maior alcance possível.

Para além de pensar no trabalhador como um instrumento de força ou parte de uma engrenagem, destaca-se a importância de refletir sobre as condições do contexto de atuação desses profissionais. Apesar das dificuldades enfrentadas no setor saúde do país e tendo em vista a saúde ocupacional, o Ministério da Saúde lançou em abril de 2020 o documento “Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais”. Esse material foi destinado à Rede de Atenção à Saúde, conformada por serviços públicos e privados de diferentes níveis de complexidade, com a finalidade de proteger a saúde dos trabalhadores, considerado fundamental para a preservação da vida humana (BRASIL, 2020b).

O documento mencionado recomenda que a saúde e segurança dos trabalhadores nos serviços de saúde dá-se principalmente a partir de: ferramentas de apoio (recursos para informação e capacitação), medidas de controle de

engenharia e do serviços, medidas de controle administrativo e organização do trabalho e suporte aos profissionais da saúde na reorganização do serviço (BRASIL, 2020b).

Devido ao contexto de Pandemia da COVID-19, acredita-se que os profissionais da saúde da APS vivenciam exigências ainda maiores do que em outros momentos de sua atuação profissional. O ambiente, as condições e a organização do trabalho também são elementos fundamentais a serem considerados para proteger a saúde do trabalhador, porém não se restringem a esses elementos. Nesse sentido, percebeu-se a necessidade de conhecer se os investimentos físicos e emocionais, do contexto laboral da APS durante a pandemia também puderam configurar-se como potenciais riscos de adoecimento desses profissionais de destaque no enfrentamento e combate à Pandemia.

A Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho destaca o quanto os contextos de organização do trabalho são capazes de causar danos psicossociais e/ou físicos ao trabalhador (EU-OSHA, 2010). Sob o olhar da Psicodinâmica do Trabalho, ratifica-se a não neutralidade do ambiente laboral nos riscos de adoecimento para o trabalhador (MENDES; FERREIRA, 2007).

Nessa perspectiva, aponta-se que as condições e a organização do contexto de trabalho são interdependentes e refletem na saúde do indivíduo. Esse ramo da ciência investiga não só questões referentes ao ritmo e a distribuição das tarefas, ao teor, às normas, à divisão, à integração, à comunicação, ao apoio interpessoal, ao ambiente, à negociação e à disponibilidade de recursos para o desenvolvimento das atividades, mas também como esses fatores relacionam-se entre si e repercutem no processo de saúde-adoecimento devido às exigências do ambiente laboral (MENDES, 2007).

No contexto da APS, as necessidades dos profissionais e as metas da gestão depararam-se com as adversidades das condições desfavoráveis de trabalho, o que se torna desafiador desempenhar as atividades previstas diante dos impasses encontrados (SHIMIZU; JÚNIOR, 2012; TRINDADE et al., 2014). Nesse sentido, é importante problematizar se os profissionais possuem condições para executar todas as ações de competência da Atenção Primária, dentro do contexto de trabalho em que se encontravam, além de saúde física e sócio-psíquica.

Em um cenário de pandemia, e pelo histórico desfavorável de financiamento do SUS e da APS, percebeu-se a necessidade de investigar como se encontrava a realidade do setor saúde em um município do interior do Estado, sobretudo do contexto de trabalho dos profissionais da APS. Nesse sentido, um município localizado na região central do RS foi escolhido pela presente pesquisa para conhecer como se encontrava o contexto da Atenção Primária à Saúde (Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde e Estratégia de Saúde da Família). Devido à importância do setor saúde, percebeu-se a importância de dar visibilidade à saúde dos profissionais que atuavam nesses serviços e que poderiam estar vivenciando condições desafiadoras para executarem suas atividades e estarem expostos a riscos de adoecimento.

A participação da autora deste estudo no Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde, Ambiente e Trabalho (GIPSAT) e no Grupo Interdisciplinar em Saúde Ocupacional (GISO) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), propiciou o interesse pela temática. Acredita-se que para o desenvolvimento de práticas com excelência, assistenciais e de gestão, os trabalhadores precisam desempenhar o seu trabalho em um contexto laboral saudável, ou seja, onde possam ser contempladas condições e organizações de trabalho compatíveis e complementares.

Acredita-se que condições de trabalho adequadas para o exercício do cargo são essenciais não só para atender as necessidades dos usuários da APS na Pandemia da COVID-19, bem como garantir a saúde física e sócio-psíquica dos profissionais da saúde e minimizar os riscos de adoecimento. Desfechos satisfatórios para combater essa crise sanitária permeiam a atuação de uma APS forte e integrada que seja capaz de promover a saúde e a proteção dos profissionais, o que foi ao encontro da motivação por abordar a saúde ocupacional nesse contexto.

Partindo-se da percepção de que a APS tem menor visibilidade e investimentos quando comparados a outros serviços do setor saúde no Brasil, e que os profissionais necessitam de promoção da saúde e prevenção de agravos no enfrentamento da Pandemia de COVID-19, o presente estudo teve o seguinte problema de pesquisa: as medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde para a atuação no âmbito da Atenção Primária à Saúde na Pandemia da COVID-19 foram

implementadas na prática? Estas estão associadas ao contexto de trabalho e ao risco de adoecimento dos profissionais de saúde em um município da região central do Rio Grande do Sul?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a implementação das medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde, no âmbito laboral da Atenção Primária à Saúde na Pandemia da COVID-19, e a sua associação com o contexto de trabalho e o risco de adoecimento dos profissionais de saúde em um município da região central do Rio Grande do Sul.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar a amostra segundo variáveis sócio-demográficas, laborais e de saúde;
- Identificar as medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde que foram implantadas na Atenção Primária à Saúde na Pandemia da COVID-19;
- Avaliar o contexto de trabalho;
- Avaliar os custos humanos do trabalho;
- Avaliar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho;
- Avaliar os danos relacionados ao trabalho;
- Avaliar o risco de adoecimento dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde, durante a Pandemia da COVID-19, em um município da região central do Rio Grande do Sul.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 *Coronavirus Disease 19 (COVID-19)*

A *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)* é uma doença ocasionada por um vírus classificado como beta Coronavírus, do mesmo subgênero da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), porém pertencente a outro subtipo (MCINTOSH, 2020). A transmissão do SARS-CoV-2 entre humanos ocorre por fômites, contato, gotículas e aerossóis respiratórios oriundos de pessoas sintomáticas e assintomáticas (WHO, 2020ac). O período de incubação, em média, é estimado em 5 a 6 dias, podendo variar de 0 a 14 dias (RAZAI et al., 2020).

Com relação aos sinais e sintomas do indivíduo com a doença COVID-19, os mais comuns são: febre maior ou igual a 37,8°C; tosse; dor na garganta, dispneia; mialgia e fadiga. São sintomas respiratórios de vias aéreas superiores; que podem ser acompanhados de sintomas gastrointestinais como diarreia em alguns casos (HUANG et al, 2020; WANG et al., 2020).

O quadro clínico apresentado é típico de uma Síndrome Gripal, em que seus sintomas podem variar desde uma apresentação leve e assintomática na maioria dos casos, principalmente em jovens adultos e crianças. Além de apresentações moderadas com disfunção progressiva da ventilação, até casos mais graves, os quais envolvem choque séptico e falência respiratória (CHAN et al., 2020).

Sabe-se que o vírus apresenta alta transmissibilidade entre os seres humanos por gotículas; aerossóis ou fômites, podendo a doença se apresentar sob a forma de casos leves (80%) ou quadros graves de insuficiência respiratória que evoluem para a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em 5% a 10% dos casos (CCDC, 2020). Segundo a Organização Mundial da Saúde, 80% dos acometidos pela COVID-19 apresentam sintomas leves e sem complicações, 15% evoluem para um quadro que necessita de hospitalização e de oxigenoterapia suplementar, e 5% precisam ser atendidos em Unidade de Terapia Intensiva para entrar em ventilação mecânica (WHO, 2020b). A letalidade varia para diferentes faixas etárias e condições clínicas associadas, sendo de 0,2% a 0,4% em pessoas entre 10 a 49 anos, 1,3% a 3,6% entre 50 a 69 anos e de 8% a 14,8% dos 70 aos 80 anos ou mais (CCDC, 2020).

A partir de muitos estudos e avanços científicos, descobriu-se a viabilidade da produção de um imunizante contra a doença em meio à Pandemia da COVID-19, o qual passou pelo entendimento de como o vírus invade o hospedeiro e posteriormente atua no meio celular.

Pelo processo de endocitose, o vírus invade a célula humana com o auxílio de uma proteína em sua estrutura externa denominada *Spike* que contém o *Receptor Binding Motif* (RBM), o qual se liga diretamente ao receptor da enzima conversora de angiotensina 2 presente na célula humana (PASTRIAN-SOTO, 2020, PHAN, 2020). Nessa perspectiva, existem vários tipos de vacinas disponíveis com tecnologias diferentes, sendo as baseadas em vírus e proteínas as mais comumente utilizadas. Porém há também vacinas que utilizam como recurso os ácidos nucleicos (ácido desoxirribonucleico ou ácido ribonucleico), vetores virais, partículas semelhantes ao vírus, entre outras (ALVES et al., 2020, BRASIL, 2003).

Ainda que as vacinas apresentem mecanismos de ação distintos, atualmente, estas agem na proteína *Spike* contida na membrana do SARS-CoV 2. Nesse contexto, as vacinas baseiam-se na indução da imunidade humoral ao produzir anticorpos específicos contra a proteína *Spike* do coronavírus, e a imunogenicidade fará com que o organismo saiba identificar e combater com mais eficiência o antígeno da COVID-19 quando o mesmo invadir o corpo humano (ABBAS, LICHTMAN, PILLAI, 2015, ALVES et al., 2020). Vale destacar, que Guimarães (2020b) menciona que uma vacina eficaz necessita garantir memória imunológica extensa, vitalícia ou pelo menos por uma ou mais décadas, e que não pode causar ou agravar a doença que deveria inibir.

Com esse mecanismo, os indivíduos imunizados, quando infectados, apresentam melhores respostas para combater tais patógenos. Nesse sentido, o Programa Nacional de Imunizações tem por objetivo reduzir a morbimortalidade ocasionada por doenças imunopreveníveis a partir da integração de ações de vigilância epidemiológica para prevenção, proteção e promoção em saúde da população (BRASIL, 2003), sendo a APS o serviço essencial na operacionalização vacinal e monitoramento (BRASIL, 2022). A vacinação contra o coronavírus no Brasil, a qual passou a compor o programa em 2021, visa a contemplar o maior número de indivíduos possível, com exceção daqueles com contraindicação aos componentes das vacinas disponibilizadas na rede (BRASIL, 2003). Características

sócio-demográficas e presença de comorbidades prévias são fatores de risco para o desenvolvimento de quadros mais graves da COVID-19, nesse sentido, o programa estabelece que existe uma população-alvo e grupos prioritários de imunização contra a doença (BRASIL, 2022).

A partir dos elementos mencionados, percebe-se o quanto a Atenção Primária à Saúde possui destaque na prevenção das infecções e imunização da população para evitar casos graves da doença. Nesse sentido, os profissionais desse nível de cuidado carecem ter condições de trabalho favoráveis para desempenhar essas atividades com segurança, e também para conter o avanço das infecções nos mais diversos territórios do Brasil.

Nesse contexto de pandemia da COVID-19, as buscas na literatura, demonstraram que uma expressiva parte dos estudos investigaram as condições das estruturas hospitalares (NORONHA et al., 2020; RACHE et al., 2020; WHITE et al., 2020, MOREIRA, 2020) e a alocação de recursos prioritariamente para esses serviços para enfrentar a crise sanitária (EMANUEL et al., 2020; KRETZER et al., 2020; WHITE et al., 2020). Além disso, constatou-se que as atividades que pertencem à APS destacaram-se em outros países (DUNLOP; DONALD, ALLEN, 2020), e no Brasil receberam menos investimentos e por isso foram mais problematizadas sobre a sua importância (BRASIL, 2020a; GIOVANELLA et al., 2021; NEBEL, 2020; SARTI et al., 2020; VITÓRIA; CAMPOS, 2020). Nesse sentido, percebeu-se a necessidade de aprofundar os conhecimentos, buscar outros referenciais teóricos e estudar ainda mais a díade da COVID-19 na Atenção Primária e a saúde do trabalhador.

### **3.2 Atenção Primária à Saúde (APS)**

A Atenção Primária à Saúde, composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF), é a porta de entrada do SUS (BRASIL, 2012c), porém devido aos desafios de acessibilidade e formas de uso do serviço ela acaba sendo denominada como o acesso prioritário ao SUS. Para atender à universalidade, à acessibilidade, ao vínculo, à continuidade do cuidado, à integralidade da atenção, à humanização, à equidade e à participação social, a APS constitui-se em um serviço descentralizado e com alto grau de capilaridade (BRASIL, 2012c).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) reforça que uma Atenção Básica fortalecida e ordenadora das Redes de Atenção é fundamental para garantir à população o acesso a uma atenção à saúde de qualidade, e menciona que a infraestrutura das unidades é um desafio que o Brasil enfrenta. A PNAB afirma que esse impasse relativo à expansão e ao desenvolvimento da Atenção Básica no país está na pauta da estratégia Saúde Mais Perto de Você, que enfrenta entraves para sua consolidação (BRASIL, 2012c). Nessa perspectiva, acredita-se que no atual contexto de pandemia seja fundamental não somente ampliar as unidades no Brasil, mas também assegurar que essas possuam infraestrutura que contemple medidas de engenharia para facilitar a acessibilidade, de biosegurança para a proteção dos usuários e profissionais e para circulação e fluxos de usuários com suspeita ou confirmação de doenças infectocontagiosas.

No atual momento de Pandemia, o Ministério da Saúde (MS) traz orientações específicas para a atuação da APS no manejo clínico e controle dos casos, suspeitos e confirmados, de Síndrome Gripal (SG) e COVID-19. Esse serviço tem por atribuição: identificar o caso suspeito de Síndrome Gripal e de COVID-19, adotar medidas para evitar infecções na Unidade Básica de Saúde, estratificar por gravidade a Síndrome Gripal, realizar manejo terapêutico e de isolamento domiciliar nos casos leves e nos casos graves estabilizar e encaminhar aos serviços de urgência/emergência ou hospitalares. Além disso, cabe à APS fazer a notificação imediata, monitorar os casos clínicos e promover medidas de prevenção comunitária e apoio à vigilância ativa (BRASIL, 2020a).

A partir desse documento do MS percebe-se que ao contrário dos serviços hospitalares, centrados no tratamento e cura da doença, a APS não atua unicamente em uma situação pontual ou aguda de saúde. A Atenção Primária promove a saúde ao atuar em nível territorial e comunitário, na identificação dos casos, direciona aos demais serviços da rede conforme necessidade e, posteriormente, acolhe os usuários que retornam à unidade. Nessa perspectiva, pode-se observar as diferentes atribuições e a grande importância da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento e combate à Pandemia da COVID-19, o que demonstra o quanto um serviço de coordenação e de longitudinalidade do cuidado integrado carece de grandes investimentos financeiros.

Mello, Fontanella e Demarzo (2009) problematizam as terminologias “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, sendo “básica” porque remete à base, ao fundamental (ou ao simples, básico como interpretado por algumas pessoas) e “primária” por ser a primeira, a principal (ou rudimentar, elementar como é equivocadamente compreendida). O termo “básica” utilizado em documentos oficiais do governo brasileiro vai de encontro ao termo “primária” na Legislação do SUS e oficializada em outros países. Eugênio Vilaça Mendes (2005) corrobora que um dos maiores problemas do SUS está na baixa qualidade da Atenção Primária à Saúde. O autor comenta que a expressão ideológica “básica” remete à algo simples que pode ser banalizado, porém, ele destaca que esse serviço possui menor densidade tecnológica mas a APS caracteriza-se como o “complexíssimo” do sistema de saúde porque é onde ocorre o primeiro contato do usuário entre ambos (MENDES, 2005).

No que se refere à legislação em saúde, no dia 16 de abril de 2020 foi publicada no Diário Oficial da União a Lei Complementar número 172/20, a qual libera para Estados e municípios o valor de R\$ 6 bilhões em recursos para ações de combate à pandemia de COVID-19. O objetivo consiste em flexibilizar o uso de recursos destinados à saúde, o qual só poderá ser usado em ações e serviços públicos de saúde previstos em lei, tais como o de vigilância epidemiológica, distribuição de medicamentos e investimento na rede física (BRASIL, 2020c).

Acredita-se que a vigilância ativa em busca dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19, realizada pela APS e pelo Departamento de Vigilância em Saúde de cada município, seja fundamental para o planejamento das ações em saúde de cada município, visto que esse monitoramento pode auxiliar os gestores a modificar algumas restrições estabelecidas para os demais setores, como por exemplo, a abertura de estabelecimentos comerciais que também são importantes para a economia local. Ainda que o retorno “normal” do setor econômico tenha sido um processo gradual, devido aos protocolos de biossegurança, acredita-se que a articulação dos diferentes serviços de saúde e a colaboração de todos os cidadãos tornou mais próxima essa realidade.

Outro ponto fundamental nesse sentido está relacionado à ampliação da rede física dos serviços de saúde, a qual foi mencionada na Lei 172/20 (BRASIL, 2020c). A infraestrutura do estabelecimento de saúde precisa oferecer condições adequadas para que sejam realizados todos os processos e procedimentos desse serviço, o que

implica em também contemplar medidas de segurança aos usuários/pacientes e profissionais. Acredita-se que nos serviços hospitalares as medidas de biossegurança estejam mais próximas do que é recomendado, porém supõe-se que essa realidade privilegiada não seja a mesma para a Atenção Primária diante do seu histórico desfavorável de investimentos. Nesse sentido, emergiu a hipótese de que os profissionais de saúde da APS encontravam-se em um ambiente com maior risco de infecção pelo Coronavírus, e conseqüentemente, vivenciavam o medo de contaminação.

Nessa perspectiva, buscou-se nos meios públicos de informação conhecer como se deu a gestão dos recursos humanos e materiais no setor saúde durante a Pandemia da COVID-19, a fim de gerar hipóteses a respeito da complexidade entre atender as demandas dos usuários e controlar o avanço das infecções, bem como garantir a saúde e segurança dos trabalhadores da APS.

O município, o qual foi estudado pela presente pesquisa, localizado na região central do RS e pertencente à 27ª Região de Saúde, anunciou na segunda quinzena de março a contratação de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem para atenderem pacientes com queixas respiratórias em uma estrutura específica para triagem no pátio da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da cidade. Além disso, o portal de comunicações oficiais da cidade menciona sobre o destino das verbas para investimentos a serem feitos na UPA, no ponto de triagem externamente à UPA e no hospital do município para o recebimento desses pacientes (SMS, 2020). Nesse mesmo meio de comunicação, é relatada a previsão de que 80% dos casos seriam leves e poderiam ser acompanhados no domicílio, 15% necessitariam de internação e apenas 5% dos casos precisariam de leitos na UTI (SMS, 2020).

Diante do exposto, o questionamento que surgiu foi se os gestores do município também tiveram condições de contemplar a APS do município com recursos financeiros suficientes para o enfrentamento dessa problemática em saúde, visto que a maioria das autoridades em saúde do país deram maior enfoque à ampliação dos serviços hospitalares. Nesse sentido, acredita-se que os desfechos favoráveis para superar a COVID-19 dependam dos recursos humanos e de condições de infraestrutura favoráveis nas UPAS, hospitais e também na APS, o que requer dos entes federativos e da gestão contar com repasses financeiros suficientes para direcionar adequadamente esses recursos.

Santos (2017) traz o contexto de saúde brasileiro com a Lei número 8.080 de 1990, a qual aborda como é constituído o Sistema Único de Saúde e como os entes federativos direcionam recursos financeiros para garantir a integralidade do cuidado. O autor do estudo destaca que o SUS constitui-se de um conjunto complexo de atos sanitários que estão interrelacionados entre si para contemplar os princípios e diretrizes da legislação do sistema de saúde suplementar do país (BRASIL, 1990; SANTOS, 2017). Santos (2017) menciona a importância de o gestor ter um olhar especial para as particularidades do planejamento específico de sua região de saúde (“itinerário sanitário racional e identitário”), e ressalta que o mesmo se dá a partir do conhecimento da população usuária e da necessidade dos serviços. Além disso, o autor destaca que a Atenção Primária à Saúde atua como a ordenadora do encadeamento sanitário-sistêmico dos diferentes serviços que compõem o SUS (SANTOS, 2017).

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, trata dos percentuais de investimento financeiro no SUS, competindo aos municípios 15%, aos estados 12% e à União esse percentual varia conforme o Produto Interno Bruto (PIB) (BRASIL, 2012b). No Brasil, segundo os dados do Fundo Nacional de Saúde, constam os diferentes valores absolutos e relativos que foram investidos nos diferentes serviços de saúde. No município em estudo, não consta especificamente os valores de repasse pelo Estado e pela União, apenas o valor do repasse municipal que foi de aproximadamente 59 milhões de reais, dos quais: 59% foram para a Atenção de alta e média complexidade; ambulatorial e hospitalar, 30,8% de recursos para o combate à COVID-19 (não há uma especificação sobre qual setor foi contemplado), 8,6% foram destinados à Atenção Básica, 0,9% para assistência farmacêutica, 0,7% para a Vigilância em Saúde e nenhuma porcentagem foi destinada especificamente à Gestão do SUS (FNS, 2020).

Devido a esse impasse no registro oficial dos investimentos na saúde por cada ente federativo, bem como a divulgação desses dados de domínio público, torna-se difícil acompanhar se a União, o Estado e o município realmente agiram em conformidade com a legislação, porém algo torna-se evidente: a grande discrepância do investimento na atenção hospitalar e na Atenção Básica. Diante dos dados apontados, cabe a reflexão e a discussão do quanto a Atenção Primária à saúde carece ser revista como elemento fundamental da saúde brasileira.

A Portaria número 2.979, de 12 de novembro de 2019, traz um novo modelo de financiamento e repasse para Atenção Primária à Saúde nos municípios. Esse documento, intitulado “Previne Brasil”, traz os três componentes que envolvem o financiamento da APS. A Capitação Ponderada consiste em um cálculo a partir do número de pessoas cadastradas no território, e baseia-se na vulnerabilidade, perfil etário e classificação rural-urbana. O Pagamento por Desempenho ocorre a partir dos resultados alcançados pelo monitoramento dos indicadores em saúde, no qual é destacada a importância do planejamento dos processos de trabalho para melhorias no acesso, qualidade e resolutividade da APS. E por último, o Incentivo para Ações Estratégicas, nos quais são destacados programas, estratégias e ações para melhorias dos serviços da APS e das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2019).

Esse último componente da Portaria mencionada traz vários perfis de equipes e programas considerados fundamentais para melhorias na qualidade dos serviços da APS e RAS, entretanto, não pontuam especificamente como uma das propostas a Saúde Ocupacional, apenas abre a possibilidade para que outras propostas sejam instituídas a partir de um Ato Normativo Específico (BRASIL, 2019).

Diante das dificuldades encontradas na legislação e de financiamento do SUS, cabe salientar que isso se defronta com as grandes metas que os governos atribuem à APS, pois os trabalhadores desse nível de cuidado atuam na prevenção das infecções, imunizações contra a COVID-19 e acolhem os pacientes pós-covid que retornam à rede em busca de seguimento do cuidado. Nesse sentido, percebe-se o quanto à Atenção Primária e os profissionais da saúde encontram-se com elevadas demandas e podem estar adoecendo, pois tamanha exigência dentro da temporalidade de uma crise dessa magnitude, e das dificuldades prévias das USs e ESFs, pode acarretar em doenças ocupacionais.

A APS consiste no nível de cuidado do Sistema Único de Saúde responsável pelo condicionamento, armazenamento, aplicação, monitoramento e vigilância epidemiológica nas campanhas de imunização e combate à COVID-19. Pela sua característica de capilaridade e atuação a nível territorial, as diferentes vacinas disponibilizadas no SUS são aplicadas predominantemente pelos profissionais do serviço primário nos grupos prioritários e nos demais indivíduos que possuem condições de serem imunizados. Com vistas à operacionalização e sucesso na vacinação dos brasileiros, criou-se o Projeto de Fortalecimento das Ações de



Imunização nos Territórios Municipais (ImunizaSUS) com o objetivo de ofertar ferramentas de apoio para capacitação e aperfeiçoamento profissional (de nível técnico e superior) para qualificar a assistência aos usuários no que tange às vacinas do calendário vacinal e na campanha contra o coronavírus na pandemia da COVID-19 (BRASIL, 2022).

Nessa perspectiva, percebe-se a importância da atuação dos trabalhadores da Atenção Primária no combate à COVID-19 por meio da imunização da população brasileira a fim de prevenir infecções e desenvolvimento de quadros graves da doença. Destaca-se também o quão fundamental é a Educação Permanente desses profissionais por meio do “ImunizaSUS” para garantir o sucesso da campanha vacinal, o que corrobora a premissa de que esses trabalhadores necessitam possuir informações e conhecimentos sobre os imunobiológicos disponibilizados na rede, as estratégias de como atuar no território e a vigilância epidemiológica populacional, pois somente com essas condições garantidas os serviços de saúde terão impacto, resolutividade e maior alcance nas imunizações.

Fagundes e Andrade (2021) suscitam reflexões a respeito dos atributos essenciais e importância da APS, especialmente na vacinação contra a COVID-19, e menciona o quanto os profissionais da enfermagem destacam-se nesse cenário por serem os principais responsáveis pela aplicação do imunizante na população. Além disso, enfatiza a necessidade de investimentos humanos e tecnológicos nesse espaço, e destaca a utilização de recursos materiais e técnicos para a Atenção Primária durante esse período de singularidade sanitária, sobretudo nos desdobramentos da imunização no país para o efetivo combate à COVID-19.

Cabe destacar também, a importância da APS ao acolher os usuários pós-covid que retornam do serviço terciário (hospital) para as unidades em busca de seguimento do cuidado. Alguns desses pacientes ficam com prejuízos na fala, na motricidade, na deglutição e no sistema respiratório (ASKIN et al., 2020), o que carece de cuidados para que esses usuários não sejam acometidos por novas complicações em saúde que necessitem de reinternação hospitalar.

Estudo de Coorte realizado nos Estados Unidos, com mais de mil pacientes acometidos pela COVID-19 em acompanhamento por serviço de *Home Health Care*, evidenciou que estes apresentavam dependências funcionais que melhoraram ao longo dos cuidados desse serviço. O estudo também apontou que apresentavam

maiores risco para reinternações ou óbitos os pacientes do sexo masculino, de raça/cor branca e com comorbidades, sendo que do total de participantes do estudo, 10% foram reinternados em hospitais, e algumas características no momento de admissão no serviço, assim como insuficiência cardíaca e diabetes foram fatores de maior risco para a ocorrência de eventos adversos (BOWLES et al., 2021).

A Pandemia da COVID-19 pode estar impactando na saúde física e emocional desses profissionais diante de um contexto laboral desfavorável e com elevada carga de trabalho, o que certamente repercute no desempenho das atividades que competem à Atenção Primária à Saúde no controle da pandemia, imunizações e cuidados pós-covid. Desse modo, destaca-se a extrema relevância de abordar essa temática como elemento fundamental para o sucesso desse serviço e consolidação do SUS, sobretudo diante das elevadas demandas dos usuários no atual cenário de saúde.

### **3.3 Saúde do Trabalhador da APS na Pandemia da COVID-19**

Nos primórdios da existência do homem na Terra, o trabalho consistia no meio pelo qual o ser humano usufruía da natureza para sobreviver. Contudo, com o passar do tempo, a dominação e o poder sobre o meio ocorreram motivados por interesses pessoais (BOFF, 2013). No decorrer do fenômeno da globalização e modificação dos processos e relações de trabalho, ocorre o aumento do ritmo das atividades, a redução da força de trabalho, a flexibilização de direitos trabalhistas, a precarização do trabalho, entre outros. Nessa perspectiva, Antunes e Praun (2015) apontam que essas alterações no cenário de trabalho não proporcionaram a prevenção do adoecimento e a promoção da saúde ocupacional.

Christophe Dejours (1987), principal estudioso da Psicodinâmica do Trabalho, destaca que ao longo dos anos as atividades laborais passaram a ser prioridade e estiveram relacionadas à inserção social e à satisfação do indivíduo, as quais são influenciadas pela organização do trabalho. O autor também afirma que a organização do trabalho é o resultado de como se estabelecem as relações intersubjetivas e sociais dos profissionais com as organizações (DEJOURS, 1987).

Dejours (1980/1987) define a organização do trabalho como sendo a divisão do trabalho e do conteúdo das tarefas, as relações de poder, as modalidades de comando e as questões de responsabilidade que compõem a hierarquia desse

sistema. O estudioso destaca que as condições de trabalho são compostas pelo ambiente (físico, químico e biológico), as condições de higiene e de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho (DEJOURS, 1980/1987).

Para a Psicodinâmica do trabalho, o seu objeto de estudo consiste nas relações dinâmicas entre a organização do trabalho e os processos que envolvem a subjetivação, sendo essa última terminologia conceituada como o processo de atribuição de sentido pelo sujeito trabalhador com a sua realidade laboral, expressas pelo modo de pensar; sentir e agir individual e coletivamente (MENDES, 2007). Mendes e Ferreira (2007) trazem que a forma como se delinea o processo de subjetivação, por parte do trabalhador com as dimensões que envolvem a sua interrelação com o trabalho, compõe fatores que estão relacionados ao processo de adoecimento no trabalho.

Nesse contexto, Mendes (2007) destaca que é nesse ambiente de trabalho que se manifestam vivências como o prazer-sofrimento, e as estratégias de enfrentamento têm a finalidade de mediar as contradições da organização do trabalho, as patologias sociais, a saúde e o adoecimento.

Para Dejours e Jayet (1994), o sofrimento e as estratégias de defesa, individuais e coletivas, não são patológicos, e sim, uma estratégia para a saúde. Ainda que essa ideia possa parecer inicialmente confusa e contraditória para o leitor e para o trabalhador, os autores fazem essa leitura de uma perspectiva diferente e reflexiva a respeito dessa situação. Para os estudiosos mencionados, a organização do trabalho consiste no meio pelo qual ocorre a contribuição para o processo de saúde, de modo que o trabalhador pode subverter o sofrimento e dar sentido, inteligibilidade e ação para transformá-lo em prazer (DEJOURS, JAYET; 1994). Dejours (1993/2004) reforça que a mobilização subjetiva consiste no mecanismo pelo qual o sujeito lida com o sofrimento a partir da sua resignificação, pois a psicodinâmica considera que o ambiente laboral requer investimentos físicos e sócio-psíquicos para atender às demandas e desafios do trabalho.

Mendes (2007) destaca que o sofrimento é o resultado da dificuldade ou impossibilidade de negociação do trabalhador em virtude das diferentes forças impostas pela organização do trabalho. Além disso, refere que o patológico surge a partir de falhas nos mecanismos de enfrentar o sofrimento, e instala-se quando o

desejo de produção é vencido pelos desejos dos sujeitos-trabalhadores (MENDES, 2007).

Levando essas perspectivas para o cenário mundial, a Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho, a partir do Inquérito europeu às empresas sobre riscos novos e emergentes, aborda que a gestão e organização do trabalho, em seus respectivos contextos sociais e ambientais, podem apresentar potencial para causar danos psicológicos, sociais e/ou físicos ao trabalhador (EU-OSHA, 2010). Além disso, no trabalho são vivenciados diferentes sentimentos dentro de um contexto de relações sociais que envolvem questões éticas e regras que visam ao controle da força de trabalho (DEJOURS, 1987).

A Portaria número 1.823, de 23 de agosto de 2012, institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil, com a finalidade de definir os princípios, as diretrizes e as estratégias, pelas três esferas de gestão do SUS, para a promoção da atenção integral à saúde do trabalhador (BRASIL, 2012d). Essa política tem como ênfase a perspectiva da vigilância, a qual visa a promover e a proteger a saúde dos trabalhadores para reduzir os desfechos de morbimortalidade decorrentes dos processos produtivos (BRASIL, 2012c).

No capítulo III da Portaria número 1.823 consta como uma das estratégias para a proteção da saúde do trabalhador a atuação da vigilância sanitária pelos Estados e municípios a partir da incorporação de práticas de avaliação, de controle e de vigilância dos riscos ocupacionais. Nessa perspectiva, acrescenta também como estratégia a realização de estudos e análises que tenham a sensibilidade para compreender os problemas de saúde e o comportamento dos indicadores de saúde dos trabalhadores e trabalhadoras (BRASIL, 2012d).

Ainda no que tange à legislação brasileira, o artigo 20, da Lei número 8.213 de 24 de julho de 1991, configura como acidente de trabalho os casos em que a doença foi resultante das condições especiais em que o trabalho é executado, a qual possui com ele relação direta (BRASIL, 1991). Devido à resistência para considerar a COVID-19 como sendo um agravo relacionado ao trabalho daqueles que se expõem ao Coronavírus, a Frente Ampla em Defesa da Saúde dos Trabalhadores (constituída por 23 movimentos sociais, entidades sindicais, instituições, grupos de trabalho e núcleos de estudo e pesquisa) defende o “nexo-causal entre COVID-19 e trabalho” para todos os trabalhadores, os quais se encontram no exercício de efetiva

atividade ocupacional no cuidado a pessoas ou nas demais tarefas dentro dos locais de trabalho no qual essa atividade é prestada (ABRASCO, 2020). Tal situação, sobretudo do atual contexto de crise sanitária, demonstra o quanto as pautas relativas à defesa da saúde dos trabalhadores encontram barreiras para serem garantidas, o que corrobora a necessidade de estudar tal desafio nesse contexto.

Freitas e demais colaboradores (2018) problematizaram as dificuldades de inserir algumas pautas nas discussões governamentais ao longo dos anos no Brasil, entre elas a Gestão do Trabalho e a Saúde Ocupacional, bem como a necessidade de dar visibilidade e pensar estratégias de melhorias no ambiente e no SUS. A partir de tal perspectiva, pode-se perceber o quanto algumas políticas públicas, lamentavelmente, acabaram tornando-se políticas de governo que nem sempre receberam o devido valor diante das configurações ideológicas e posicionamentos políticos de cada governo.

A partir de buscas na literatura, encontraram-se alguns estudos que abordam a organização do trabalho no contexto da Atenção Primária à Saúde (FERNANDEZ et al., 2020; GUIMARÃES et al., 2020a, RODRIGUES et al., 2020), mas poucos abordam a saúde do trabalhador da APS (DALMOLIN et al., 2020; MAISSIAT; LAUTERT; DAL PAI; TAVARES, 2015; VITÓRIA; CAMPOS, 2020) sobretudo no contexto da Pandemia da COVID-19 (HELIOTERIO et al., 2020, HUMEREZ; OHL; PASSOS, 2020; SILVA, 2020). Nesse sentido, o presente estudo percebeu a necessidade de conhecer como se delineiam as propostas de trabalho e ações desse serviço, bem como o contexto, as condições e a saúde dos profissionais.

Devido ao contexto de Pandemia da COVID-19, acredita-se que os profissionais da saúde são fundamentais para atuarem no momento mais crítico da saúde no Brasil, sobretudo os profissionais da APS. O documento do Ministério da Saúde traz as “Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais” (BRASIL, 2020b) com relação às medidas de engenharia, administrativas, ferramentas de apoio e gestão de pessoas. Acredita-se que esse material seja muito importante por apontar o quanto as questões estruturais e condições de trabalho são importantes para proteger a saúde dos profissionais. Entretanto, acredita-se que outros elementos também estão envolvidos na promoção da saúde dos trabalhadores, como os

fatores físicos e sócio-psíquicos, o que reforça a importância de estudá-los no contexto de adversidades da APS.

No contexto internacional, Dunlop, Donald e Allen (2020) destacaram que a Atenção Primária à Saúde consiste na base de qualquer sistema de saúde forte, e que no Reino Unido esse serviço administra 95% de todas as atividades do sistema de saúde, e que sua infraestrutura foi essencial para o enfrentamento da Pandemia da COVID-19. Os autores destacam que fortes sistemas de saúde baseados em uma APS abrangente são capazes de integrar os serviços de alta e baixa densidade tecnológica, pois consideram a Atenção Primária como a base para a resposta de qualquer emergência em saúde pública. Outro ponto fundamental destacado pelos autores consiste no fato de o serviço de saúde contar com profissionais capazes de atuar na prevenção e na recuperação dos usuários (DUNLOP; DONALD; ALLEN, 2020).

A partir das considerações expostas, percebeu-se a importância de uma APS forte e abrangente para o sucesso no enfrentamento da COVID-19, bem como o destaque para a qualificação dos profissionais da saúde em um contexto favorável à realização do trabalho. Nesse sentido, acredita-se que os sistemas de saúde privilegiam a formação e a saúde ocupacional como elementos centrais do setor, certamente apresentam respostas mais resolutivas e efetivas às demandas, bem como maior saúde e satisfação daqueles que nela atuam.

No que se refere ao setor da saúde, a Atenção Primária consiste no acesso prioritário ao SUS e volta-se à prevenção de doenças e agravos e à promoção da saúde a partir do conhecimento da realidade socioeconômica e cultural da população/comunidade adscrita nesse território. A coordenação e a longitudinalidade do cuidado delineiam-se pela construção do vínculo, o qual é desenvolvido por uma equipe multiprofissional que cuida especificamente dos usuários, das famílias e da comunidade da sua área (BRASIL, 2012c).

Nesse cenário de atuação, os profissionais da saúde deparam-se com situações de vulnerabilidade das pessoas e precariedades do local em onde elas vivem. Desse modo, Maissiat, Lautert, Dal Pai e Tavares (2015) destacaram a importância de avaliar esse contexto de trabalho para conhecer o impacto na saúde psíquica dos trabalhadores. Além disso, Dalmolin et al. (2020) corroboraram a

relevância de estudar esse ambiente laboral com vistas a potencializar a qualidade do serviço, torná-lo mais prazeroso e com menor esgotamento profissional possível.

A APS caracteriza-se por ser um local onde os usuários apresentam uma elevada demanda de necessidades em saúde, o que gera uma sobrecarga e ritmo acelerado de trabalho. Os profissionais da saúde constituem-se no elo entre o serviço e a comunidade, estabelecendo vínculos para o acolhimento dos usuários e para a prestação do cuidado de maneira integral. Nesse sentido, Maissiat, Lautert, Dal Pai e Tavares (2015) investigaram o prazer e o sofrimento desses profissionais de saúde nesse contexto de trabalho com o intuito de conhecer os riscos de adoecimento e dar visibilidade para a saúde dos trabalhadores diante dessas vivências.

Os impasses cotidianos podem exigir mais dos profissionais diante de situações desgastantes ou estressoras, o que pode expor ainda mais os trabalhadores aos riscos de adoecimento. Braga e demais colaboradores (2013), em estudo com profissionais que participaram de oficinas de formação no município de João Pessoa (Paraíba), destacaram que essas circunstâncias afetam não somente a saúde do trabalhador, mas também as atividades que lhes são atribuídas e o prejuízo comunitário. Além disso, os autores enfatizam a necessidade de um espaço de cuidado aos trabalhadores por ser um elemento essencial para a consolidação do SUS (BRAGA et al., 2013).

Além das vivências de estresse, prazer e sofrimento foi encontrado na literatura outro impasse que faz parte da realidade do trabalho, demonstrando que os profissionais da saúde vivenciam não somente desgastes emocionais, mas também físicos. Barbosa, Assunção e Araújo (2012) apontaram que Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Dentistas, Técnicos em Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde foram as principais categorias afetadas por distúrbios musculoesqueléticos na Atenção Primária de Belo Horizonte. Realidade também constatada por Quirino e demais estudiosos (2020) com profissionais da APS em Recife, apontando o quanto os desgastes físicos ocasionaram afastamentos.

Dalmolin et al. (2020), em estudo com profissionais da APS, relataram a importância da gestão em atender as necessidades dos profissionais e propiciar melhorias na infraestrutura voltadas à ergonomia, à disponibilização de materiais para as atividades dos trabalhadores e à construção de políticas que visem a

melhoria do ambiente de trabalho. As melhorias na infraestrutura do sistema de saúde também foram um dos elementos de destaque no sistema de saúde cubano para o enfrentamento da Pandemia da COVID-19, assim como a ampliação dos insumos e tecnologias de saúde, bem como o investimento nos recursos humanos (GIOVANELLA et al., 2021).

Devido à magnitude da COVID-19 no momento mais crítico, em um contexto de poucos conhecimentos sobre a doença e da real necessidade de recursos para o enfrentamento com efetividade, foi necessário uma reorganização da APS e dos serviços de saúde, incluindo os processos de trabalho e as medidas de biossegurança mais rígidas. Jackson Filho et al. (2020) abordam que essas as atividades laborais aliadas às condições de trabalho, podem ser fonte potencial de exposição ao vírus. Nesse sentido, surge a inquietação em saber sobre a realidade vivenciada pelos profissionais da APS em um município da região central do RS.

Jackson Filho e demais colaboradores (2020) problematizam que os profissionais da saúde pouco discutem sobre as condições e a organização do trabalho. Os pesquisadores destacaram o quanto prevalecem os protocolos individuais com medidas de higiene e de uso de EPIs, não menos importantes, porém não dão conta de contemplar o controle geral da disseminação e exposição viral. Ademais, enfatizam a pequena abordagem das condições inadequadas de higiene dos postos de trabalho; carga horária exaustiva e precarização do trabalho por falta de treinamento e disponibilidade de EPIs (JACKSON et al., 2020).

Helioterio et al. (2020) destacaram a exposição e o risco elevado de infecção dos profissionais da saúde, e buscaram sumarizar e sistematizar aspectos relativos às condições de trabalho e de saúde nesta pandemia, trazendo experiências exitosas na proteção do trabalho em outros países e recomendações para o contexto brasileiro. Além disso, os pesquisadores salientaram a importância da proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras para o enfrentamento e desfechos favoráveis no combate à Pandemia (HELIOTERIO et al., 2020).

Ao refletir sobre o elevado risco de infecções mencionado pelo artigo exposto anteriormente, surge a hipótese de que os trabalhadores da APS podem estar ainda mais vulneráveis nesse sentido, visto que a unidade física do serviço pode não apresentar sistemas de circulação de ar e ventilação adequados. Além disso, supõe-se que também exista a dificuldade de estabelecer fluxos de circulação



diferentes para os usuários que chegam à APS com sintomas respiratórios, conseqüentemente, todos os profissionais e demais usuários permanecem no mesmo ambiente de exposição. Nesse sentido, percebe-se o quanto os desafios do contexto da Atenção Primária à Saúde podem estar associados aos riscos de adoecimento, o que reforça a importância da pesquisa em conhecer essas dificuldades e desafios, e a partir disso, pensar em melhorias para evitar ou mitigar os danos relacionados ao trabalho.

A partir das pesquisas trazidas ao longo da contextualização teórica, observa-se o quanto as condições, o contexto e as relações profissionais no trabalho podem repercutir na saúde física e emocional dos trabalhadores. A partir das buscas na literatura, observou-se a importância de dar visibilidade às questões estruturais que compõem o cenário laboral porque elas também repercutem na saúde do trabalhador. Entretanto, a proteção dos profissionais e a manutenção da saúde e a integridade dos mesmos não se limitam a questões pontualmente dessa ordem. Acredita-se que a Pandemia da COVID-19 acarretou uma sobrecarga de trabalho para todos os profissionais da saúde mas, sobretudo, para os da Atenção Primária, os quais atuam em condições nem sempre favoráveis para atender as demandas, e precisam ter resolutividade nas ações e proteger a saúde dos usuários para evitar o colapso dos serviços de saúde de alta densidade tecnológica.

Percebeu-se que foi atribuída à Atenção Primária uma grande responsabilidade para o controle e o avanço da doença no país, sendo a importância e o destaque da atuação da APS para evitar a sobrecarga dos demais serviços da rede, corroborada por Vitória e Gastão (2020). Acredita-se na importância de conhecer as condições e o contexto de trabalho dos profissionais da saúde, bem como a saúde física e emocional desses trabalhadores de suma importância para o enfrentamento dessa problemática sanitária mundial.

Conforme destacado ao longo da revisão de literatura, os profissionais da saúde vivenciaram desafios para dar seguimento aos cuidados dos pacientes pós-covid que retornam à rede, bem como para imunizar a população contra a COVID-19. Para operacionalização da vacinação, o Ministério da saúde estabeleceu ações estratégicas nas três esferas de gestão para colocar em prática essa campanha. O “Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19” lançado pelo Ministério da Saúde prevê a otimização de recursos

existentes, além de disponibilizar ferramentas de apoio e capacitações aos trabalhadores para que o avanço da pandemia possa ser contido e também para garantir esse recurso à população (BRASIL, 2022). Ciente das fragilidades da APS e da carência de recursos humanos e materiais, cabe destacar o grande desafio e compromisso que esse serviço tem com os munícipes da sua área adscrita, e também o quanto os profissionais da saúde necessitam contar com respaldo de conhecimento, quadro pessoal, infraestrutura e motivação pela sua equipe gestora para conseguir operacionalizar todas essas atividades propostas.

Trazendo novamente a perspectiva de Mendes (2007), a autora ratifica que a saúde no trabalho consiste em um estado disposicional que equilibra as vivências de prazer e sofrimento, a partir de mecanismos que buscam relações mais gratificantes no trabalho. A autora destaca ainda a importância do reconhecimento dos investimentos do trabalhador como um meio utilizado a fim de evitar o adoecimento (MENDES, 2007).

Nesse sentido, Mendes (2007) destaca que a Psicodinâmica do Trabalho fornece as bases para a Psicopatologia, visto que faz uma análise de relações saudáveis, resultado de processos de mediação bem-sucedidos, em contrapartida às situações contraditórias da organização do trabalho. A pesquisadora afirma que as circunstâncias que impedem o estabelecimento da mobilização subjetiva conduzem à patologização das defesas do trabalhador no contexto laboral onde está inserido (MENDES, 2007).

A partir das considerações dos principais autores da Psicodinâmica do Trabalho, percebe-se a complexidade de como se estabelece o processo de saúde-adoecimento no ambiente laboral. Considera-se que seja de extrema relevância conhecer se na APS foram possíveis de ser contempladas as medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde para proteção dos trabalhadores, visto que condições desfavoráveis no contexto de trabalho podem ser a causa de disfunções na saúde dos profissionais. Acredita-se que também seja fundamental utilizar outros instrumentos robustos que se proponham a investigar as possíveis consequências dos desafios encontrados no contexto laboral, os quais investigam potenciais riscos de adoecimento. Desse modo, o presente estudo teve o propósito de conhecer como os profissionais da saúde enfrentaram as adversidades do trabalho na APS nesse

contexto da Pandemia da COVID-19, a fim de provocar discussões sobre a saúde ocupacional e propor melhorias nesse sentido.

Para que se pudesse ampliar o espectro no que tange à saúde do trabalhador, buscou-se na literatura autores que abordassem a saúde do trabalhador de modo interdependente a respeito da complexidade do cenário laboral. Segundo as considerações de Ferreira e Mendes (2003), a saúde do corpo pode ser prejudicada conforme se estabelecem as condições de trabalho, enquanto a forma como se dá a organização do trabalho atua diretamente no funcionamento psíquico do indivíduo.

Mendes Ferreira (2007) elaboraram o Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), o qual possui quatro escalas interrelacionadas para investigar as exigências e representações do ambiente laboral, bem como os riscos de adoecimento que possam existir nele (MENDES; FERREIRA, 2007), o que foi ao encontro do interesse da autora da presente pesquisa para realizar essa investigação na APS.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Para esta dissertação foi realizado um estudo com abordagem quantitativa, do tipo Transversal. O objetivo desse delineamento consiste em avaliar as variáveis, bem como gerar hipóteses sobre a ocorrência de um fenômeno (MEDRONHO, 2009).

A escolha por esse tipo de estudo foi para analisar a associação entre as medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde, no contexto de trabalho da Atenção Primária à Saúde na Pandemia da COVID-19, e o risco de adoecimento dos profissionais de saúde em um município da região central do Rio Grande do Sul.

### **4.2 Local do Estudo**

O local foi um município da região central do Rio Grande do Sul, o qual apresenta 3.735,2 quilômetros quadrados de área, possui quase 87.000 habitantes e uma densidade demográfica de 22 habitantes por km<sup>2</sup>. As principais atividades econômicas são a agricultura e a pecuária, e encontra-se a 196 quilômetros de distância da capital Porto Alegre (IBGE, 2017).

O município pertence à 8ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e à 27ª Região de Saúde, sendo que essa última também contempla outros 11 municípios (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

As Unidades Básicas de Saúde e as Estratégias de Saúde da Família, locais de interesse do estudo, eram vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

### **4.3 População e Amostra**

A população do estudo foram os profissionais das unidades vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de um município da região central do Rio Grande do Sul. A amostra foi composta pelos profissionais da saúde que atuavam nas Unidades de Saúde e Estratégias de Saúde da Família, ou seja, todos os profissionais que trabalhavam nesses locais foram considerados profissionais da saúde. Nessa perspectiva, consideraram-se os seguintes: enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, médicos, dentistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, condutores de veículos e/ou ambulâncias, técnicos/auxiliares de saúde

bucal, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais do serviço administrativo e do serviço de higienização.

Como critério de inclusão dos participantes da amostra definiu-se os trabalhadores com idade igual ou superior a dezoito anos e em exercício profissional na APS pelo tempo mínimo de seis meses. Foram excluídos do estudo os trabalhadores afastados das atividades laborais, e os que não preencherem corretamente todos os instrumentos da coleta de dados propostos pela pesquisa.

Os locais onde se realizou a pesquisa foram as Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Saúde e Estratégias de Saúde da Família, vinculado à SMS, em um município da região central do RS. Sobre a população de cada unidade, questionou-se os coordenadores das mesmas a respeito de quantos profissionais trabalhavam na unidade durante o período da coleta de dados. Neste sentido, fizeram parte do estudo sete Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Saúde e sete Estratégias de Saúde da Família, com uma população que contabilizou **um total de cento e quarenta profissionais da saúde (n=140)** a serem contemplados pela presente pesquisa.

A população das ESFs era de 66 profissionais, dos quais quarenta e quatro (n=44) compuseram a amostra após aceitaram participar da pesquisa. Destes não contemplados no estudo, doze (n=12) foi por recusaram-se a participar do estudo, três (n=03) encontravam-se em desvio de função, um (n=01) profissional estava afastado por licença saúde, quatro (n=04) estavam em férias e dois (n=02) trabalhadores foram excluídos por atuarem na APS há menos de seis meses durante o período de coleta de dados.

Além disso, a população das USs compunha-se de 74 profissionais da saúde, dos quais, trinta e três (n=33) fizeram parte da amostra após concordarem em participar do estudo proposto. Dos trabalhadores que não compuseram a amostra, salienta-se que vinte e quatro (n=24) foi motivo de não aceitarem a participar da pesquisa, oito (n=08) encontravam-se em desvio de função, seis (n=06) em período de férias e três (n=03) por atuarem na APS há menos de seis meses durante no momento de coleta de dados.

Neste contexto, **a amostra da presente pesquisa foi composta por setenta e sete (n=77) profissionais da saúde** das Estratégias de Saúde da Família e Unidades de Saúde de um município da região central do Rio Grande do Sul.

#### 4.4 Coleta dos Dados

A coleta de dados para elaboração da dissertação de mestrado ocorreu entre os meses de setembro de 2021 a fevereiro de 2022. Inicialmente, acreditava-se que um período de tempo menor seria suficiente para realizar a coleta de dados, entretanto, encontraram-se dificuldades para a realização da mesma. Por se tratar de um contexto de crise sanitária, a gestão municipal empenhou grandes esforços para conter o avanço das infecções e o colapso do sistema de saúde no município, nesse sentido, a aprovação do projeto e o início das coletas careceram de mais tempo do que o esperado. Nesse contexto, o período enfrentava mudanças na gestão da saúde municipal e novos direcionamentos e fluxos assistenciais, essa repercussão fez com que os profissionais da saúde vivenciassem altas demandas de trabalho e não se sentissem à vontade para deixarem suas atividades e responderem os questionários do estudo, mesmo que a pesquisa já estivesse aprovada e apoiada pelos gestores municipais e coordenadores de unidade.

Além disso, o município em estudo enfrentou um grande caos na saúde com superlotação de leitos de UTI e dificuldades nos demais serviços da rede por conta da pandemia, desse modo, supõe-se que essa dificuldade no desenvolvimento de pesquisas durante a Pandemia da COVID-19 também tenha sido a realidade de outros estudos também. Nessa perspectiva, esses impasses são perfeitamente compreensíveis e não desqualificaram a participação dos trabalhadores e a relevância do estudo, bem como não desmerece o setor saúde do município no apoio à pesquisa.

Sobre os instrumentos da coleta, a mesma ocorreu a partir da aplicação de um questionário contendo variáveis sócio-laborais e de condições de saúde, e um *Checklist*, elaborado pela autora do presente estudo, a partir das principais orientações do documento do Ministério da Saúde sobre as “Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais” (BRASIL, 2020c), o qual pretendia conhecer quais recomendações foram implementadas na APS do município em investigação.

Sobre as variáveis:

- Variáveis sócio-demográficas:
  - Sexo: dicotomizada em feminino e masculino;

- Raça/cor da pele: dividida pelas categorias branca, preta, parda, amarela e indígena (conforme classificação do Instituto Brasileiro de geografia e Estatística);
  - Idade: questão aberta para ser respondida (com algarismos) em anos completos;
  - Situação conjugal: dividida nas categorias Solteiro(a), Casado(a)/União Estável, Divorciado(a), União Domiciliar e Viúvo(a);
  - Número de filhos: dividida nas categorias nenhum filho, apenas 1 filho, 2 filhos e 3 ou mais filhos;
- Variáveis relacionadas às condições de saúde:
    - Pertencer ou não ao grupo de risco: dicotomizada em sim ou não (esse item trouxe a explicação sobre quais os critérios, estabelecidos pelo documento das Recomendações do MS, para o trabalhador ser considerado do grupo de risco);
    - Número de diagnósticos ou critérios que possui para ser considerado do grupo de risco: dividido nas categorias de nenhum critério ou diagnóstico, apenas 1 critério ou diagnóstico, 2 critérios ou diagnósticos e 3 ou mais critérios ou diagnósticos;
    - Residir com outra(s) pessoa(s) pertencentes ao Grupo de Risco: dicotomizada em “sim” ou “não”;
    - Necessidade de afastamento do trabalhador por apresentar sintomas de suspeita da COVID-19 ou outra Síndrome Gripal: dicotomizada em sim ou não;
    - Afastamento do trabalho por diagnóstico confirmado da COVID-19: dicotomizada em sim ou não;
- Variáveis relacionadas à caracterização laboral:
    - Identificação da UBS ou ESF: questão aberta para o trabalhador preencher por extenso o nome (identificação) do local onde trabalhava;
    - Categoria profissional que pertence: questão aberta para ser preenchida por extenso;

- Nível de escolaridade: dividida nas categorias Ensino Fundamental Completo, Ensino Médio Completo, Ensino Superior Completo e Pós-Graduação Completa;
- Tempo de atuação na APS: questão aberta para ser preenchida com algarismos em anos completos;
- Número de empregos: dividido nas categorias de apenas 1 emprego, apenas 2 empregos e 3 ou mais empregos,
- Carga horária semanal na APS: dividida nas categorias de menos de 30 horas semanais, apenas 30 horas semanais e 40 horas semanais;
- Soma da carga horária semanal de todos os empregos: dividida nas categorias de menos de 30 horas semanais, apenas 30 horas semanais, apenas 40 horas semanais e superior a 40 horas semanais.

As variáveis qualitativas categóricas foram: sexo, raça/cor, situação conjugal, número de filhos, pertencer ao grupo de risco, número de diagnósticos ou critérios que possui para ser considerado do grupo de risco, residir com outra(s) pessoa(s) que pertence(m) ao grupo de risco, afastamento do trabalhador por suspeita ou confirmação de síndrome gripal ou COVID-19, identificação da UBS ou ESF, categoria profissional e nível de escolaridade foram descritas em frequência absoluta e relativa. Enquanto as variáveis quantitativas contínuas foram: idade, tempo de atuação na APS, número de empregos, carga horária semanal na APS e soma da carga horária de todos os empregos foram descritas por meio de média e desvio padrão.

O *Checklist* elaborado a partir das orientações do Ministério da Saúde sobre as “Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais” apresentou quatro domínios com opções de resposta politômicas, as quais foram: “sim, contemplada de forma satisfatória”, “sim, contemplada de forma parcialmente satisfatória” e “não contemplada”. O *Checklist* pretendia conhecer, a partir da perspectiva dos trabalhadores, o que foi contemplado das recomendações do Ministério da Saúde no contexto de trabalho da APS, o qual foi dividido nos seguintes domínios:



“Ferramentas de Apoio” (7 questões), “Medidas de Controle de Engenharia dos Serviços” (8 questões), “Medidas de Controle Administrativo e Organização do Trabalho” (7 questões) e “Gestão de Recursos Humanos e Reorganização do Serviço” (8 questões). Para melhor visualizar, o CheckList encontra-se como Anexo B nessa dissertação.

Também foram aplicadas as quatro escalas Psicométricas, do tipo Likert (de um a cinco pontos e de zero a seis pontos), autoaplicáveis e interrelacionadas que compõem o Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA). Essas escalas consistiram em um instrumento auxiliar no diagnóstico de indicadores críticos no trabalho, capazes de abordar de forma integrada a saúde dos trabalhadores a partir da interrelação entre diferentes elementos do contexto de trabalho (MENDES; FERREIRA, 2007). O ITRA têm por objetivo:

“investigar o trabalho e os riscos de adoecimento por ele provocado em termos de representações do contexto de trabalho, exigências (físicas, cognitivas e afetivas), vivências e danos (MENDES; FERREIRA, 2007)”

As quatro escalas que compõe o ITRA são: Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT), Escala de Investigação de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) e a Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT) (MENDES; FERREIRA, 2007).

Nesse sentido, Mendes e Ferreira (2007) destacam no ITRA os indicadores a seguir:

- A organização, as condições e as relações sócio-profissionais de trabalho, com o intuito de avaliar as representações no contexto laboral a partir dos antecedentes do processo saúde-adoecimento;
- Os custos físicos, cognitivos e afetivos para verificar as exigências provocadas por esse contexto;
- A realização profissional e a liberdade de expressão, as quais estão relacionadas ao prazer, e o esgotamento profissional e a falta de reconhecimento associados ao sofrimento, a fim de que juntos possam avaliar as vivências provocadas pelo trabalho;
- Os danos gerados como consequência das exigências e vivências, caracterizados como físicos e psicossociais;

O Inventário mencionado avaliou não somente o contexto de trabalho, como sobretudo as repercussões desse cenário na vivência do profissional e em sua saúde. Nesse sentido, esse recurso constituiu-se em um instrumento com a sensibilidade para traçar um perfil de antecedentes dos mediadores e efeitos do trabalho que se interrelacionam, e conseqüentemente, agem no processo de adoecimento dos trabalhadores (MENDES; FERREIRA, 2007).

O ITRA possui a capacidade de captar as representações da realidade compartilhada pelos trabalhadores, porém, essa perspectiva é trazida de um modo generalizado e algumas particularidades não são contempladas nesses instrumentos conforme mencionam os autores (MENDES; FERREIRA, 2007). Ainda que apresente suas limitações, acredita-se na potencialidade deste instrumento para fazer um diagnóstico situacional de como encontrava-se o contexto laboral da APS e a saúde dos profissionais na Pandemia da COVID-19, destacando a necessidade de um olhar especial aos trabalhadores da saúde que atuam em um cenário de crise sanitária mundial.

A validação Psicométrica do ITRA baseou-se na técnica de análise fatorial, pois parte do pressuposto de que os riscos de adoecimento são influenciados por múltiplas dimensões, compostas por mais de um fator e que esses são interdependentes. O ITRA utiliza o método *Principal Axis Factoring* (PAF), rotação oblíqua, com análise de correlação e de confiabilidade para cada uma das escalas que o compõem. A escolha por esses instrumentos deve-se ao fato de o mesmo ter o potencial de traçar um perfil dos antecedentes, medidores e efeitos do trabalho do processo de adoecimento (MENDES; FERREIRA, 2007).

O ITRA compõe-se por quatro sub-escalas interdependentes, as quais serão abordadas na sequência.

A **Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT)**, é composta pelos domínios sobre Organização do Trabalho (11 questões), Condições de Trabalho (10 questões) e Relações Sócio-profissionais (10 questões). A EACT é uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, em que: 1 corresponde à nunca, 2 à raramente, 3 às vezes, 4 à frequentemente e 5 corresponde à sempre (MENDES; FERREIRA, 2007).

O primeiro domínio da EACT, Organização do Trabalho, considera os seguintes itens: “o ritmo de trabalho é excessivo”, “as tarefas são cumpridas sob

pressão de prazos”, “existe forte cobrança por resultados, as normas para execução das tarefas são rígidas”, “existe fiscalização de desempenho”, “o número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas”, “os resultados esperados estão fora da realidade”, “existe divisão entre quem planeja e quem executa”, “as tarefas são repetitivas”, “falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho” e “as tarefas executadas sofrem descontinuidade” (MENDES; FERREIRA, 2007).

O segundo domínio da escala, Relações Sócio-Profissionais, é composto pelos seguintes itens: “as tarefas não estão claramente definidas”, “a autonomia é inexistente”, “a distribuição das tarefas é injusta”, “os funcionários são excluídos das decisões”, “existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados”, “existem disputas profissionais no local de trabalho”, “a comunicação entre funcionários é insatisfatória”, “falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional” e “as informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso” (MENDES; FERREIRA, 2007).

O terceiro e último domínio da EACT, Condições de Trabalho, considera os seguintes elementos: “as condições de trabalho são precárias”, “o ambiente físico é desconfortável”, “existe muito barulho no ambiente de trabalho”, “o mobiliário existente no local de trabalho é inadequado”, “os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas”, “o posto/estação de trabalho é inadequado para realização das tarefas”, “os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários”, “o espaço físico para realizar o trabalho é inadequado”, “as condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas” e “o material de consumo é insuficiente” (MENDES; FERREIRA, 2007).

Esse sistema de classificação da EACT envolve os resultados de avaliação satisfatória (média inferior a 2,29 pontos), crítica (média entre 2,3 e 3,69 pontos) e grave (média superior a 3,7 pontos) (MENDES; FERREIRA, 2007).

A **Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT)** possui 32 questões que se referem às exigências relativas ao trabalho por meio dos Custos Físicos (10 questões), Cognitivos (10 questões) e Afetivos (12 questões). A ECHT é interpretada a partir de cinco pontos, em que 1 ponto significa (nunca exigido), 2 pontos (pouco exigido), 3 pontos (mais ou menos exigido), 4 pontos (bastante exigido) e 5 pontos (totalmente exigido) (MENDES; FERREIRA, 2007).

O primeiro domínio da Escala, Custos Afetivos, é composto pelos itens: “ter controle das emoções”, “ter que lidar com ordens contraditórias”, “ter custo emocional”, “ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros”, “disfarçar os sentimentos”, “ser obrigado a elogiar as pessoas”, “ser obrigado a ter bom humor”, “ser obrigado a cuidar da aparência física”, “ser bonzinho com os outros”, “transgredir valores éticos”, “ser submetido a constrangimentos” e “ser obrigado a sorrir” (MENDES, FERREIRA, 2007).

O segundo domínio, Custos Cognitivos, compõe-se dos seguintes itens: “desenvolver macetes”, “ter que resolver problemas”, “ser obrigado a lidar com imprevistos”, “fazer previsão de acontecimentos”, “usar a visão de forma contínua”, “usar a memória”, “ter desafios intelectuais”, “fazer esforço mental”, “ter concentração mental” e “usar a criatividade” (MENDES; FERREIRA, 2007). E o terceiro domínio da ECHT, Custos Físicos, apresenta os itens: “usar a força física”, “usar os braços de forma contínua”, “ficar em posição curvada”, “caminhar,” “ser obrigado a ficar em pé”, “manusear objetos pesados”, “fazer esforço físico”, “usar as pernas de forma contínua”, “usar as mãos de forma repetida” e “subir e descer escadas” (MENDES; FERREIRA, 2007).

Nesse sentido, os resultados da ECHT podem ser: avaliação mais positiva, satisfatória (média inferior de 2,29 pontos), avaliação mais moderada, crítica (média entre 2,3 e 3,69 pontos de média) e avaliação mais negativa, grave (média superior à 3,7) (MENDES; FERREIRA, 2007).

**A Escala de Investigação de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)** propõe-se a investigar o sentido do trabalho por meio das vivências de prazer e sofrimento dos últimos seis meses no ambiente laboral. Essa escala possui 2 domínios para avaliar o Prazer, Realização Profissional (9 itens) e Liberdade de Expressão (8 itens), e dois para avaliar o Sofrimento no trabalho, Esgotamento Profissional (7 itens) e Falta de Reconhecimento (8 itens) (MENDES; FERREIRA, 2007).

No primeiro domínio da EIPST, Liberdade de Expressão, são considerados os itens: “liberdade com a chefia para negociar o que precisa”, “liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas”, “solidariedade entre os colegas”, “confiança entre os colegas”, “liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho”,

“liberdade para usar a minha criatividade”, “liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias” e “cooperação entre os colegas” (MENDES, FERREIRA, 2007).

Para o segundo domínio de Prazer da EIPST, Realização Profissional, são contemplados os itens: “satisfação”, “motivação”, “orgulho pelo que faço”, “bem-estar”, “realização profissional”, “valorização”, “reconhecimento”, “identificação com as minhas tarefas” e “gratificação pessoal com as minhas atividades” (MENDES; FERREIRA, 2007).

No terceiro domínio denominado Esgotamento Profissional, o qual relaciona-se ao sofrimento, são considerados os seguintes itens: “esgotamento emocional”, “estresse”, “insatisfação”, “sobrecarga”, “frustração”, “insegurança” e “medo” (MENDES; FERREIRA, 2007). E por último, o domínio Falta de Reconhecimento da EIPST avalia os itens: “falta de reconhecimento do meu esforço”, “falta de reconhecimento do meu desempenho”, “desvalorização”, “indignação”, “inutilidade”, “desqualificação”, “injustiça” e “discriminação” (MENDES, FERREIRA, 2007).

A EIPST é composta por 7 pontos com o objetivo de avaliar nos últimos 6 meses a frequência das vivências de Prazer e Sofrimento, em que: zero corresponde a nenhuma vez, 1 (uma vez), 3 (três vezes), 4 (quatro vezes), 5 (cinco vezes) e 6 (seis ou mais vezes) (MENDES; FERREIRA, 2007).

A análise da EIPST é diferente das demais escalas, visto que os indicadores de prazer são considerados positivos, portanto: inferior a 2 pontos de média (considera-se avaliação para raramente, grave), entre 2,1 e 3,9 pontos (considera-se avaliação moderada, crítica) e superior de 4 pontos (considera-se avaliação mais positiva, satisfatória). Para os fatores relativos ao sofrimento, considerados itens negativos, a análise considera: menor que 2 pontos de média (avaliação menos negativa, satisfatória), entre 2,1 e 3,9 (avaliação moderada, crítica) e superior de 4 pontos (avaliação mais negativa, grave) (MENDES, FERREIRA, 2007).

A **Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)**, a qual investiga as representações relativas às consequências dos danos, contempla os Danos Físicos (12 itens), Psicológicos (10 itens) e Sociais (7 itens). A escala é composta por 7 pontos, e tem por objetivo avaliar os danos causados pelo trabalho nos últimos seis meses, nesse sentido, zero significa nenhuma ocorrência, 1 a ocorrência de 1 única vez, 3 a ocorrência por 3 vezes, 4 a ocorrência por 4 vezes, 5

a ocorrência por 5 vezes e 6 a ocorrência por 6 vezes ou mais (MENDES; FERREIRA, 2007).

O primeiro domínio, Danos Físicos, é composto pelos itens: "dores no corpo", "dores nos braços", "dor de cabeça", "distúrbios respiratórios", "distúrbios digestivos", "dores nas costas", "distúrbios auditivos", "alterações do apetite", "distúrbios na visão", "alterações do sono", "dores nas pernas" e "distúrbios circulatórios" (MENDES; FERREIRA, 2007).

O segundo domínio, denominado Danos Sociais, contempla os itens: "insensibilidade em relação aos colegas", "dificuldades nas relações fora do trabalho", "vontade de ficar sozinho", "conflitos nas relações familiares", "agressividade com os outros", "dificuldade com os amigos" e "impaciência com as pessoas em geral". O terceiro domínio, Danos Psicológicos, compõe-se dos seguintes itens: "amargura", "sensação de vazio", "sentimento de desamparo", "mau-humor", "vontade de desistir de tudo", "tristeza", "irritação com tudo", "sensação de abandono", "dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas" e "solidão" (MENDES; FERREIRA, 2007).

Para Ferreira e Mendes (2007), os itens que compõem os fatores da EADRT retratam situações muito graves relacionadas à saúde dos trabalhadores, nessa perspectiva, o ponto médio adotado para avaliação da escala é menor. Para os valores de média obtidos, são possíveis as seguintes avaliações: inferior a 1,9 pontos (avaliação mais positiva, suportável), entre 2 e 3 pontos (avaliação moderada, crítica), entre 3,1 e 4 pontos (avaliação moderada para frequente, grave) e superior de 4,1 pontos (avaliação mais negativa, presença de doenças ocupacionais) (MENDES; FERREIRA, 2007).

Após aprovação e respeitadas todas as exigências éticas e legais, a aplicação de todos os instrumentos do presente projeto e do TCLE foi feita pela autora do estudo e por uma acadêmica voluntária do Curso de Fisioterapia da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) do campus Cachoeira do Sul (RS). A orientadora, a mestrande e a acadêmica, assim que o projeto foi aprovado por todos os trâmites éticos, fizeram uma capacitação via webconferência para orientações sobre: a abordagem ética e a apresentação do projeto aos coordenadores das unidades, transmissão de informações sobre o projeto individualmente a cada trabalhador contemplado pela pesquisa e esclarecimentos sobre como os

instrumentos seriam entregues, armazenados e recolhidos das unidades. Além disso, informações sobre eventuais dúvidas dos trabalhadores com relação ao estudo e aos instrumentos, eventuais necessidades de interromper a aplicação dos instrumentos e sobre como proceder caso o trabalhador se recusasse a participar do estudo ou se sentisse desconfortável e solicitasse apoio.

#### 4.5 Análise dos Dados

Os dados inicialmente foram tabulados em planilhas de Excel®. A análise estatística descritiva e analítica ocorreu a partir do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 2.0.

Para avaliar a confiabilidade das escalas do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) foi calculado o *Alpha de Cronbach* (teste usado para escalas do tipo *Likert*) de cada domínio. Para essa confiabilidade, os valores superiores a 0,70 foram considerados aceitáveis, enquanto os valores superiores a 0,80 foram considerados excelentes (MEDRONHO, 2009).

Foram calculadas as correlações bivariadas de *Pearson* (Teste Paramétrico) para variáveis simétricas entre os domínios do *Checklist* com os domínios das quatro escalas do ITRA. O objetivo do teste consistiu em avaliar estatisticamente a relação entre a possibilidade de contemplar as Recomendações do Ministério da Saúde sobre as condições de trabalho, com os riscos de adoecimento dos profissionais da saúde da Atenção Primária de um município da região central do RS. Nesse sentido, foram considerados os valores: correlação muito forte ( $0,9 \geq r \leq 1$ ); correlação forte ( $0,6 \geq r \leq 0,9$ ); correlação regular ( $0,3 \geq r \leq 0,6$ ); correlação fraca ( $0 \geq r \leq 0,3$ ) e correlação nula ( $r=0$ ) (CALLEGARI-JACQUES, 2007).

As variáveis contínuas foram descritas por meio da média e desvio padrão e mediana e amplitude interquartilica, e as categóricas por frequências absolutas e relativas. As análises não pretendiam ser avaliadas separadamente por grupos, nesse sentido, não foi realizado teste qui-quadrado de Pearson, qui-quadrado com correção de Yates ou Teste Exato de Fisher.

As análises de correlação entre as medidas do *Checklist* e o Inventário sobre Adoecimento no Trabalho (ITRA) ocorreram com base na estatística de Pearson, e adotou-se 5% ( $p \leq 0,05$ ) como valores estatisticamente significativos. A apresentação dos dados ocorreu por meio de gráficos, tabelas e quadros.

#### 4.6 Aspectos Éticos

Ao considerar o desenvolvimento e o engajamento ético inerente ao desenvolvimento científico e tecnológico, bem como o respeito pela dignidade humana e pela proteção dos participantes das pesquisas científicas que envolvem seres humanos, este projeto foi protocolado e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde do município em estudo (memorando nº 2870/DAS/2021). Posteriormente, foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS, sob registro CAEE número 47867221.3.0000.5347, indo ao encontro da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a).

Após aprovação pelo CEP UFRGS, foi enviada uma cópia dos documentos de todas as instâncias, juntamente com uma cópia do projeto para as gestoras de cada UBS e ESF. Após autorização das gestoras das unidades para iniciar a pesquisa, durante o horário de trabalho e em local privativo foi apresentado a proposta do projeto, individualmente para cada profissional da saúde, e convidou-se os mesmos a participarem da pesquisa.

Além disso, todos os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma para a pesquisadora e outra para o participante, e responderam individualmente ao instrumento de coleta dos dados no local e horário de trabalho, por um tempo estimado de 30 minutos. Posteriormente, para agir em conformidade com a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), a pesquisadora manterá a guarda dos dados desta pesquisa por pelo menos cinco anos, após esse período, a decisão pela manutenção ou descarte do banco de dados é decisão da pesquisadora.

Devido às dificuldades de informatização e acesso à internet, uma realidade pouco incomum para a Atenção Primária em pequenos municípios do interior do RS, optou-se pela impressão do TCLE, do *Checklist* e das outras quatro escalas do ITRA a serem aplicadas nos profissionais da saúde de cada unidade mencionada. Acredita-se que essa tenha sido a melhor e mais prática estratégia para garantir que todos os trabalhadores pudessem participar desse estudo, pois, acredita-se que a inclusão digital não seja uma habilidade de domínio homogêneo nos serviços de



saúde. Nesse sentido, percebeu-se que a aplicação desses instrumentos de forma *online* seria um fator dificultador para o presente estudo e para os profissionais da saúde, o que vai de encontro a proposta deste trabalho, visto que o mesmo tem como proposta dar visibilidade para os desafios da realidade dos profissionais da saúde em um município do interior.

Tendo em vista as orientações de saúde e de segurança que permeiam a realidade de todos na atual circunstância, sobretudo dos profissionais da linha de frente na área da saúde, medidas preventivas foram adotadas para viabilizar a utilização impressa. Os instrumentos impressos foram armazenados em pastas e adotaram-se as seguintes precauções: entrega e manuseio por cada trabalhador após de 3 dias (72 horas), higienização das mãos antes de abrir a pasta e pegar os instrumentos, assinatura do TCLE e preenchimento dos instrumentos, armazenamento em outra pasta, higiene das mãos novamente com álcool 70% (disponibilizado pela unidade) e higiene da mesa após o uso. Cada trabalhador possuía a sua caneta para evitar compartilhamento desse material.

O presente estudo previu que essa temática pudesse ocasionar um risco mínimo de desconforto (angústia, sofrimento, nervosismo entre outros) no participante durante o preenchimento dos instrumentos da pesquisa pelo fato de remeter a possíveis situações negativas vivenciadas no trabalho. Nesse sentido, o trabalhador teve total liberdade de recusar-se a participar do estudo, e mesmo aquele que decidiu participar após ter assinado o TCLE e se sentisse desconfortável, também poderia interromper o preenchimento do instrumento de coleta de dados em caso de sofrimento. Além disso, em situação de desconforto o participante poderia interromper o preenchimento dos dados e solicitar apoio ao pesquisador para que o mesmo pudesse prestar atendimento individualizado e auxiliar a direcioná-lo para atendimento em outro serviço de apoio ao trabalhador, disponível na rede de saúde do município, caso necessário.

Nesse sentido, para minimizar tais riscos, os instrumentos foram preenchidos em local privativo e o aplicador dos instrumentos garantiu que não ocorresse o vazamento de nenhuma informação que fosse relatada ou vivenciada pelo profissional, e também em prestar atendimento ao trabalhador em eventuais situações de desconforto.

Acredita-se na potencial expansão e impacto do presente estudo por unir pesquisadores de diferentes instituições de ensino superior, os quais buscam agregar, ampliar e difundir os conhecimentos científicos e propor melhorias na saúde dos trabalhadores da APS em um município da Região Central do Rio Grande do Sul.

Um dos diferenciais do presente estudo consiste em analisar um *Checklist*, construído a partir das recomendações do Ministério da Saúde para Proteção dos trabalhadores na Pandemia da COVID-19, com outras quatro escalas validadas e robustas que compõem o ITRA. A partir da união desses diferentes instrumentos, pretendeu-se abordar e construir uma análise de forma ampliada e interrelacionada sobre a complexidade do processo saúde/adoecimento dos profissionais da saúde em um município da região central do Rio Grande do Sul.

A realização desse estudo foi fundamental para dar visibilidade à saúde física e psicoemocional dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, diante do contexto de trabalho pela Pandemia da COVID-19, de um pequeno município do interior do RS. Além de conhecer os fatores associados ao risco de adoecimento a partir do ITRA, e pelos dados sobre quais itens do *Checklist* puderam ser contemplados nas unidades de saúde, foi possível analisar quais as maiores dificuldades desses serviços e quais as implicações disso na saúde/doença dos trabalhadores.

O estudo poderá contribuir indiretamente aos participantes de forma a partir do desenvolvimento de novos conhecimentos na área da saúde do trabalhador, em especial a dos profissionais da atenção primária, além de buscar subsídios para implementar estratégias e promover a saúde mental destes trabalhadores.

Além de oferecer uma contribuição original à ciência, acredita-se que esse estudo também oferecerá contribuições à Secretaria de Saúde do município para repensar e melhorar a saúde dos trabalhadores, e minimizar o impacto das exigências desse contexto no atual cenário de pandemia, bem como inspirar futuros estudos sobre a temática. Além de oferecer benefícios indiretos à saúde dos trabalhadores, o estudo prevê a garantia de que os mesmos terão o direito de acesso às suas respectivas respostas nos questionários sempre que solicitado.

Os resultados podem dar maior visibilidade para a Atenção Primária à Saúde a fim de buscar estratégias de promoção da saúde dos profissionais, seja por meio

das ferramentas de apoio, da gestão de pessoas, das medidas de engenharia e/ou das medidas administrativas dos serviços, tudo isso com vistas a promover o direito à saúde física e sócio-psíquica dos trabalhadores. Além disso, acredita-se que o fortalecimento da APS do município e a promoção da saúde ocupacional estejam diretamente relacionadas à consolidação do Sistema Único de Saúde, bem como no sucesso ao enfrentamento e combate à Pandemia da COVID-19, proposições essas que o presente estudo se propõe a colaborar.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Variáveis Sócio-Demográficas, Laborais e de Saúde

Para os resultados deste estudo, contou-se com a participação de diferentes categorias profissionais das USs e ESFs de um município da região central do RS. A partir das respostas dos profissionais de saúde da APS, observou-se que do total de pesquisados (n=77) as variáveis sócio-demográficas demonstraram que a maioria eram do sexo feminino (74%), autodeclaravam-se de raça/cor branca (84,4%) e média de idade foi de 44,8 ( $\pm 10,64$ ) anos. Além disso, em sua maioria eram casados ou viviam em união estável (58,4%) e possuíam uma mediana de 2 ( $1 \pm 2$ ) filhos(as).

Com relação às variáveis relacionadas às Condições de Saúde, 72,7% dos profissionais não pertenciam ao Grupo de Risco por não possuir nenhum critério ou diagnóstico para se enquadrar nesse grupo, 18,2% possuíam apenas um critério ou diagnóstico, enquanto 9,1% possuíam um ou mais critérios ou diagnósticos. Nesse contexto, 49,4% dos profissionais residiam com pessoas que pertencentes ao Grupo de Risco, 39% afastaram-se por sintomas suspeitos de COVID-19 ou outra Síndrome Gripal e 22,1% afastaram-se por diagnóstico confirmado de COVID-19. A maior categoria profissional foi de Agentes Comunitários de Saúde (42,9%), seguida das Enfermeiras(os) (15,6%) e Técnicas(os) de Enfermagem (9,1%).

Dos 77 profissionais, 44 atuavam em Estratégias de Saúde da Família e 33 em Unidades de Saúde. Dentre as categorias profissionais que mais participaram, salientam-se os Agentes Comunitário de Saúde (n= 33, 42,9%), Enfermeiras(os) (n= 12, 15,6%), Técnicas(os)/Auxiliares de enfermagem (n= 7, 9,1%) e Médica(os) (n= 7, 9,1%). A maioria dos trabalhadores do estudo possuíam Ensino Médio Completo (46,8%), com apenas 1 emprego (83,1%), carga horária de 40 horas semanais (84,4%) na APS e a maioria possuía um somatório de 40 horas semanais (75,3%) de todos os empregos que possui. A tabela 01 demonstra esses resultados.

**Tabela 01.** Frequência absoluta e relativa das Variáveis Sócio-Demográficas, Laborais e de Saúde dos profissionais de saúde das ESFs e das USs. Porto Alegre, 2022, n=77.

Variáveis Sócio-Demográficas	N(%)
Sexo	
Feminino	57 (74)
Masculino	20 (26)
Raça/Cor da Pele	

Branca	65 (84,4)
Preta/Parda/Indígena	12 (15,6)
Idade*	44,8 (±10,64)
Situação Conjugal	
Casado(a) ou União Estável	45 (58,4)
Solteiro(a)	23 (29,9)
Divorciado(a)	8 (10,4)
União Domiciliar	1 (1,3)
Número de Filhos(as)**	2 (1± 2)

Variáveis sobre as Condições de Saúde	N(%)
Pertence ao Grupo de Risco?	
Não	56 (72,7)
Sim	21 (27,3)
Diagnósticos ou Critérios do Grupo de Risco	
Nenhum critério ou diagnóstico	56 (72,7)
Apenas 1 critério ou diagnóstico	14 (18,2)
2 ou mais critérios ou diagnósticos	7 (9,1)
Reside com pessoas do Grupo de Risco?	
Não	39 (50,6)
Sim	38 (49,4)
Afastou-se do trabalho por sintomas suspeitos de COVID-19 ou outra Síndrome Gripal?	
Não	47 (61)
Sim	30 (39)
Afastou-se do trabalho por COVID-19?	
Não	60 (77,9)
Sim	17 (22,1)

Variáveis sobre as Condições Laborais	N(%)
Unidades de Saúde	
Estratégias de Saúde da Família	44 (57,2)
Unidades de Saúde/Unidades Básicas de Saúde	33 (42,8)
Categoria Profissional	
Agente Comunitário de Saúde	33 (42,9)
Enfermeiro	12 (15,6)
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	7 (9,1)

Médico	7 (9,1)
Auxiliar Administrativo	5 (6,5)
Fisioterapeuta	3 (3,9)
Higienizador	3 (3,9)
Dentista	2 (2,6)
Auxiliar de Saúde Bucal	2 (2,6)
Assistente Social	1 (1,3)
Condutor	1 (1,3)
Coordenador de Unidade	1 (1,3)
Nível de Escolaridade	
Ensino Fundamental Completo	3 (3,9)
Ensino Médio Completo	36 (46,8)
Ensino Superior Completo	19 (24,7)
Pós Graduação Completa	19 (24,7)
Número de Empregos que possui	
Apenas 1 emprego	64 (83,1)
Apenas 2 empregos	9 (11,7)
3 ou mais empregos	4 (5,2)
Carga horária de trabalho semanal na Atenção Primária à Saúde	
Menos de 30 horas semanais	6 (7,8)
30 horas semanais	6 (7,8)
40 horas semanais	65 (84,4)
Carga horária de trabalho semanal de todos os empregos que possui	
Menos de 30 horas semanais	5 (6,5)
30 horas semanais	3 (3,9)
40 horas semanais	58 (75,3)
Superior a 40 horas semanais	11 (14,3)

---

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Legenda: \* Valores em Média e Desvio Padrão. \*\* Valores em Mediana e Intervalo Interquartilico.

## 5.2 Variáveis do *Checklist* de Saúde do Trabalhador a partir das Recomendações do Ministério da Saúde

A partir das respostas dos participantes do estudo (n=77), foi possível evidenciar variações dentro de cada domínio do *CheckList* quanto a possibilidade de cada unidade implementar ou não cada item, bem como se isso foi avaliado como “satisfatório”, “parcialmente satisfatório” ou “não contemplado” no serviço de saúde.

O primeiro domínio, relativo às Medidas de Apoio aos Profissionais, demonstrou que os trabalhadores classificaram os dois primeiros itens como

satisfatórios, sendo 64,9% o uso de sítio eletrônicos e 42,9% a utilização de consultoria clínica (Tele-Medicina) para auxiliar os profissionais sobre como conduzir os casos clínicos dos usuários. Ainda no primeiro domínio, os profissionais apontaram como itens não contemplados em suas unidades as seguintes capacitações: síndromes gripais e COVID-19 (67,5%), os 5 Momentos da Higiene de Mãos (55,8%), higienização de materiais de uso compartilhado (55,8%) e a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (54,5%). E por último, os profissionais consideraram que os recursos digitais, como meio de capacitação, foram um fator parcialmente dificultador durante a Pandemia da COVID-19 (53,2%).

Com relação ao domínio das Medidas de Controle de Engenharia de Serviços, observou-se que a maioria dos itens foram classificados como contemplados de forma satisfatória. Os itens satisfatórios foram: a presença de dispensadores de álcool 70% no ambiente (79,2%), o distanciamento físico de pelo menos 1 metro entre as cadeiras na Recepção da unidade (71,4%), a presença de espaços em diferentes locais na unidade para higiene de mãos (58,4%).

Além dos outros itens do segundo domínio mencionado acima, também destacaram-se os seguintes: o fornecimento de máscara aos usuários que não estivessem utilizando antes destes entrarem na unidade (55,8%), a sinalização em locais de armazenamento e/ou manipulação de materiais contaminados (50,6%) e a presença de um local exclusivo para acolhimento de pacientes com queixas respiratórias (45,5%). Porém, a disponibilização dos EPIs em tamanho, quantidade e qualidade adequada foi apontado como item contemplado de forma parcialmente satisfatória (55,8%), e não contemplada a instalação de barreiras físicas para proteção do trabalhador que se encontra na sala de recepção dos usuários da unidade (50,6%).

Quanto ao terceiro domínio, Medidas de Controle Administrativo e Organização do Trabalho, foram percebidos como itens contemplados de forma satisfatória os elencados a seguir: a substituição de reuniões presenciais por reuniões virtuais (59,7%), a existência de cartazes informativos sobre uso da máscara, distanciamento social, higiene de mãos (48,8%), a revisão de Procedimentos Operacionais de Limpeza e desinfecção (46,8%) e o monitoramento pela gestão sobre adesão e efetividade das medidas de proteção (41,6%).

Ainda sobre o domínio mencionado, observou-se que as mudanças administrativas foram parcialmente capazes de garantir não só a qualidade da assistência, mas também a segurança dos trabalhadores e dos usuários da unidade (51,9%), e que foi parcialmente satisfatória a disponibilização de um Plano de Comunicação sobre normas, fluxos e rotinas do usuário com suspeita ou confirmação de COVID-19 ou outra Síndrome Gripal (41,6%). Apenas a ampliação dos horários de funcionamento da unidade não foi contemplada (45,5%).

Sobre o domínio das Medidas de Gestão de Recursos Humanos e Reorganização do Serviço, os participantes classificaram como satisfatório o remanejamento de profissionais do grupo de risco para outras atividades sem contato direto com usuários (51,9%), porém este mesmo percentual respondeu que não houve a capacitação para esses profissionais remanejados para outras atividades. Foi satisfatório o fato de os profissionais com sintomas gripais ou com contactantes sintomáticos serem afastados de suas atividades laborais (80,5%).

Além disso, 72,7% mencionaram que o afastamento ocorreu por 14 dias, a partir da testagem positiva para COVID-19 ou quando iniciaram os sintomas gripais. Mencionaram também que apenas retornaram às atividades laborais aqueles com testagem não-reagente ou após passado os 14 dias do início dos sintomas (67,5%). Ainda no quarto do domínio, foram identificados os últimos três itens como não contemplados, os quais foram: 70,1% mencionaram que os trabalhadores afastados não foram substituídos por outros, 59,7% relataram não haver apoio psicossocial na modalidade presencial e nem virtual e 50,6% disseram não haver um espaço de acolhimento para os profissionais. Os dados podem ser observados na tabela 02.

**Tabela 02.** Frequência absoluta e relativa dos itens de cada domínio do *Checklist* de Saúde do Trabalhador a partir das Recomendações do Ministério da Saúde. Porto Alegre, 2022, n=77.

Ferramentas de Apoio aos Profissionais	Satisfatório	Parcialmente N(%)	Não contemplado
Utilização de Sítio(s) Eletrônico(s) do Ministério da Saúde (MS), Secretaria Estadual de Saúde (SES) e/ou Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	50 (64,9)	19 (24,7)	8 (10,4)



Utilização da Consultoria Clínica (Tele-Medicina, Disk-Saúde, Aplicativo Coronavírus-SUS ou outra ferramenta de apoio)	33 (42,9)	20 (26)	24 (31,2)
Capacitação sobre a realização dos 5 Momentos da Higiene de Mãos	20 (26)	14 (18,2)	43 (55,8)
Capacitação sobre a higienização de materiais de uso compartilhado	16 (20,8)	18 (23,4)	43 (55,8)
Capacitação sobre os Equipamentos de Proteção Individual (paramentação, desparamentação...)	13 (16,9)	22 (28,6)	42 (54,5)
Realização de cursos de capacitação ("sobre a COVID-19 e outras síndromes gripais disponibilizados gratuitamente pelos serviços de saúde)	11 (14,3)	14 (18,2)	52 (67,5)
Os recursos digitais de capacitação profissional foram um fator dificultador para a qualificação profissional durante a Pandemia de COVID-19	9 (11,7)	41 (53,2)	27 (35,1)

Medidas de Controle de Engenharia dos Serviços	Satisfatório	Parcialmente N(%)	Não contemplado
Álcool gel ou outras formulações à 70% distribuídas da unidade	61 (79,2)	14 (18,2)	2 (2,6)
A Recepção ou Sala de Espera foi organizada com distanciamento de 1 metro entre as cadeiras	55 (71,4)	15 (19,5)	7 (9,1)
Existem estruturas para higiene de mãos distribuídas em diferentes locais do ambiente de	45 (58,4)	28 (36,4)	4 (5,2)

saúde

Fornecimento de máscara cirúrgica a todos os usuários, que não estivessem utilizando, antes de entrarem no serviço de saúde	43 (55,8)	22 (28,2)	12 (15,6)
Identificação de alerta no local onde são armazenados ou manipulados materiais ou equipamentos contaminados	39 (50,6)	18 (23,4)	20 (26)
Foi reservado um espaço de acolhimento/triagem separado para usuários com queixas respiratórias (casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 ou Síndrome Gripal)	35 (45,5)	17 (22,1)	25 (32,5)
Disponibilização em tamanho, quantidade e qualidade adequadas dos EPIs	27 (35,1)	43 (55,8)	7 (9,1)
Instalação de barreiras físicas na Sala de Recepção e/ou Atendimento Administrativo	25 (32,5)	13 (16,9)	39 (50,6)

Medidas de Controle Administrativo e Organização do Trabalho	Satisfatório	Parcialmente N(%)	Não contemplado
Substituição de reuniões presenciais dos profissionais por atendimento telefônico ou comunicações virtuais	46 (59,7)	21 (27,3)	10 (13)
Distribuição de cartazes informativos (distanciamento social, uso da máscara, higiene das mãos e “Etiqueta Respiratória”)	36 (48,8)	32 (41,6)	9 (11,7)
Revisão dos Procedimentos Operacionais de Limpeza e Desinfecção, com ampliação da frequência de higienização dos ambientes, superfícies e objetos	36 (46,8)	34 (44,2)	7 (9,1)
Monitoramento, por parte da			

gestão/coordenação do serviço, sobre a efetividade das medidas de proteção e avaliação da adesão dos trabalhadores	32 (41,6)	29 (37,7)	16 (20,8)
Disponibilização de um Plano de Comunicação sobre as normas, rotinas e fluxos do usuário, com suspeita ou confirmação de COVID-19 ou outra Síndrome Gripal, na APS e nos demais serviços de saúde da rede	31 (40,3)	32 (41,6)	14 (18,2)
Horários de funcionamento estendidos dos serviços de saúde	26 (33,8)	16 (20,8)	35 (45,5)
As mudanças administrativas no serviço são adequadas para garantir não só a qualidade da assistência, mas também a saúde e segurança dos trabalhadores e usuários?	25 (32,5)	40 (51,9)	12 (15,6)

Medidas sobre Gestão de Recursos Humanos e Reorganização do Serviço	Satisfatório	Parcialmente N(%)	Não contemplado
---	--------------	-------------------	-----------------

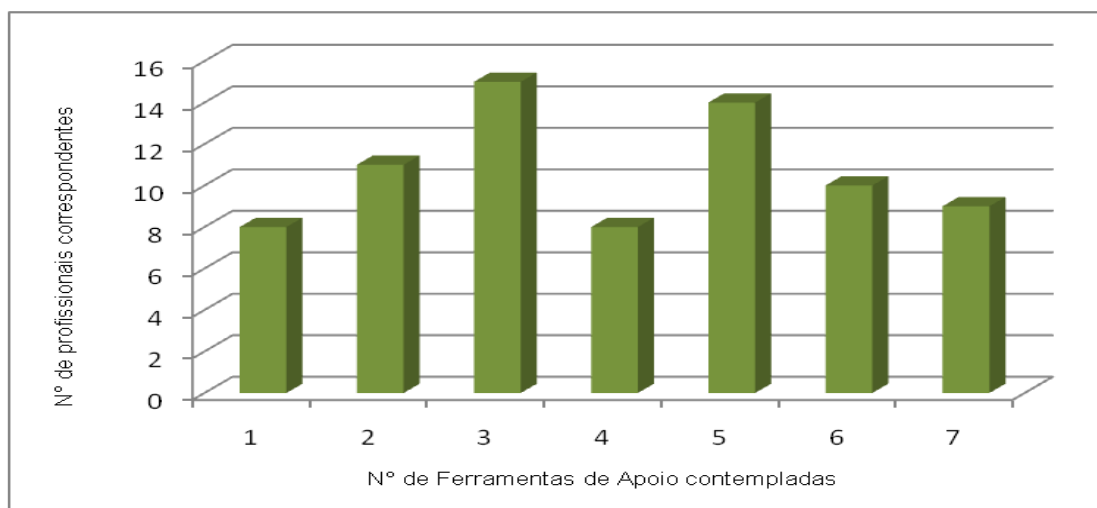
Afastamento das atividades por apresentar sintomas de Síndrome Gripal OU Síndrome Respiratória Aguda Grave OU por ter contato domiciliar com pessoas nestas condições	62 (80,5)	12 (15,6)	3 (3,9)
O afastamento do profissional ocorreu por um período de até 14 dias, a partir do início dos sintomas, ou quando a testagem laboratorial fosse positiva?	56 (72,7)	14 (18,2)	7 (9,1)
Em caso de afastamento, os critérios para retorno das atividades são: RT-PCR negativo, ou Teste Rápido Não-reagente, ou retorno após 14 dias do início dos sintomas gripais	52 (67,5)	11 (14,3)	14 (18,2)

Os trabalhadores do grupo de risco foram realocados para atividades que não prestem atendimento direto aos usuários	40 (51,9)	21 (27,3)	16 (20,8)
Capacitação dos profissionais remanejados para outros setores ou atividades	18 (23,4)	19 (24,7)	40 (51,9)
Houve espaço de escuta e acolhimento aos trabalhadores do serviço de saúde?	11 (14,3)	27 (35,1)	39 (50,6)
Foi disponibilizado apoio psicossocial aos trabalhadores na modalidade presencial ou à distância?	8 (10,4)	23 (29,9)	46 (59,7)
Os trabalhadores afastados ou em licença saúde foram substituídos durante esse período por outros profissionais?	6 (7,8)	17 (22,1)	54 (70,1)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

O gráfico a seguir mostra o número de profissionais que responderam quantas Medidas de Apoio foram contempladas em suas respectivas unidades. No total (n=77), 56 responderam que pelo menos 5 medidas foram contempladas.

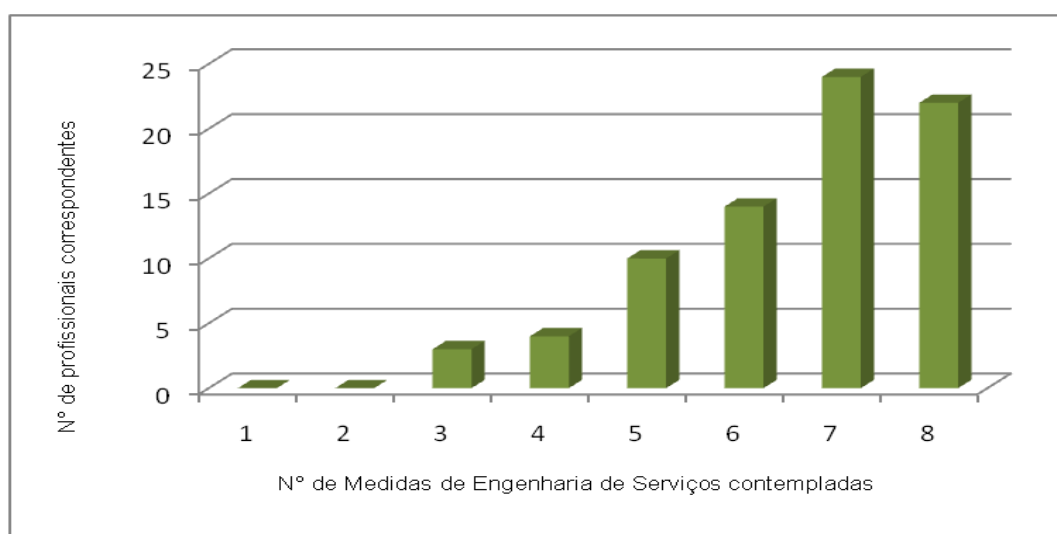
**Gráfico 01.** Número de profissionais da saúde e o quantitativo de Ferramentas e Medidas de Apoio contempladas. Porto Alegre, 2022, n=77.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

O gráfico a seguir mostra o número de profissionais que responderam quantas Medidas de Engenharia e Serviços foram contempladas na APS. No total de 77 profissionais, 31 responderam que pelo menos 6 medidas foram contempladas.

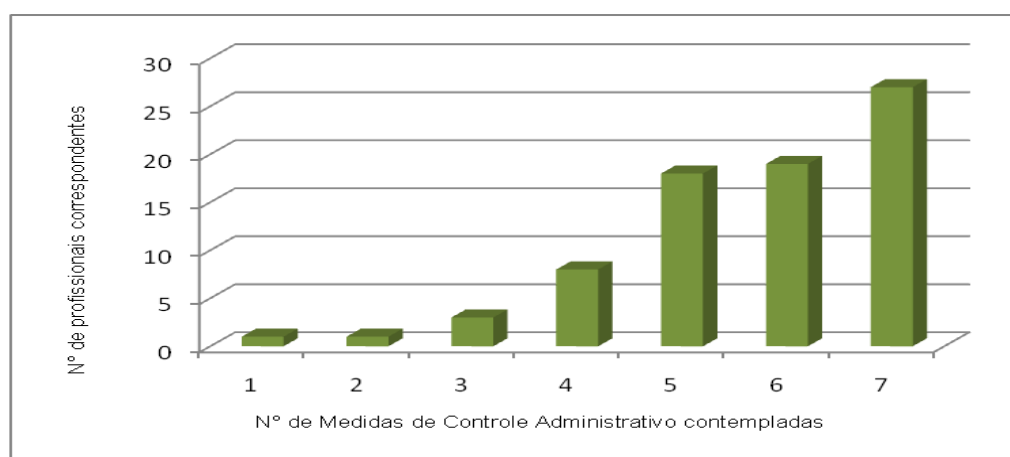
**Gráfico 02.** Número de profissionais da saúde e o quantitativo de Medidas de Controle de Engenharia de Serviços contempladas. Porto Alegre, 2022, n=77.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

O gráfico 03 demonstra o número de profissionais que responderam quantas Medidas de Controle Administrativo foram implementadas. No total de 77 profissionais, 50 responderam que pelo menos 6 medidas foram contempladas.

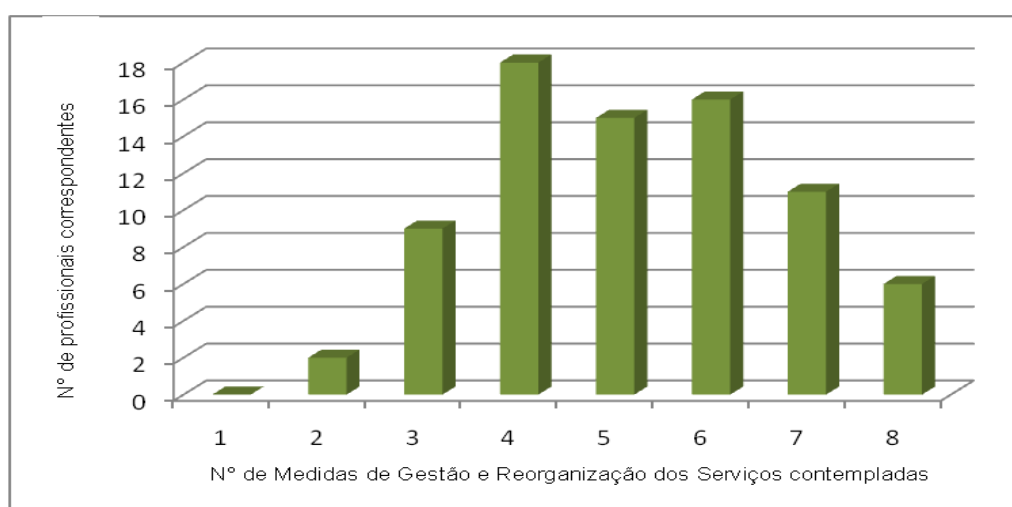
**Gráfico 03.** Número de profissionais da saúde e o quantitativo de Medidas de Controle Administrativo e Organização do Trabalho contempladas. Porto Alegre, 2022, n=77.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

O gráfico 04 demonstra o número de profissionais que responderam quantas Medidas de Gestão e Reorganização dos Serviços foram implementadas nas unidades de saúde em estudo. No total de 77 profissionais, 60 responderam que pelo menos 6 medidas de gestão de recursos humanos e reorganização dos serviços foram contempladas.

**Gráfico 04.** Número de profissionais da saúde e o quantitativo de Medidas sobre Gestão de Recursos Humanos e Reorganização do Trabalho contempladas. Porto Alegre, 2022, n=77.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

### 5.3 Escalas do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA)

Esse tópico traz os resultados de testes estatísticos dos itens que compõem cada domínio das quatro escalas do ITRA, nas quais foram destacados dados com as maiores médias e desvio padrão obtidos, os quais são referentes às avaliações que mais se destacaram no presente estudo. Também visualiza-se por meio das tabelas todos os itens com seus respectivos dados estatísticos e avaliações em cada domínio das quatro escalas nas tabelas.

Com relação aos resultados com avaliações mais negativas, ou seja, maiores valores de média do domínio Organização do Trabalho da EACT destacaram-se os itens: “As tarefas são repetitivas” 3,97 ( $\pm 0,94$ ) com avaliação Grave, “O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas” 3,39 ( $\pm 1,04$ ) com avaliação Crítica e “Existe divisão entre quem planeja e quem executa” 3,35 ( $\pm 1,08$ ) com avaliação Crítica também. Os demais itens que também compõem esse domínio tiveram

avaliação Crítica, desse modo, esse foi o domínio que apontou as avaliações mais negativas da EACT.

O segundo domínio da escala EACT, denominado Relações Sócio-Profissionais, apresentou alguns itens com avaliação Suportável e os demais como sendo Críticas. Os itens desse domínio com as avaliações Críticas, e portanto com as maiores médias, foram: “Os funcionários são excluídos das decisões” 2,9 ( $\pm 1,27$ ), “As tarefas não estão claramente definidas” 2,52 ( $\pm 1,21$ ) e “A autonomia é inexistente” 2,43 ( $\pm 1,17$ ).

O último domínio da escala, Condições de Trabalho, apresentou todos os itens com avaliação Crítica, sendo aqueles com as maiores médias os elencados a seguir: “Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas” 3,01 ( $\pm 1,17$ ), “Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários” 2,9 ( $\pm 1,13$ ) e “O material de consumo é insuficiente” 2,88 ( $\pm 1,13$ ). A Tabela 03 expõe essas avaliações.

**Tabela 03.** Médias e desvio padrão dos itens que compõem os domínios da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT). Porto Alegre, 2022, n=77.

Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT)	Média( $\pm$ DP)	Avaliação
<b>Organização do Trabalho</b>		
O ritmo do trabalho é excessivo	3,31 ( $\pm 0,97$ )	Crítica
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos	2,83 ( $\pm 1,01$ )	Crítica
Existe forte cobrança por resultados	3,23 ( $\pm 1,16$ )	Crítica
As normas para execução das tarefas são rígidas	2,87 ( $\pm 1,17$ )	Crítica
Existe fiscalização do desempenho	3,26 ( $\pm 1,20$ )	Crítica
O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas	3,39 ( $\pm 1,04$ )	
Crítica		
Os resultados esperados estão fora da realidade	2,84 ( $\pm 1,05$ )	
Crítica		
Existe divisão entre quem planeja e quem executa	3,35 ( $\pm 1,08$ )	Crítica
As tarefas são repetitivas	3,97 ( $\pm 0,94$ )	Grave
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	2,79 ( $\pm 1,10$ )	Crítica
As tarefas executadas sofrem descontinuidade	2,79 ( $\pm 1,18$ )	Crítica
<b>Relações Sócio-Profissionais</b>		
As tarefas não estão claramente definidas	2,52 ( $\pm 1,21$ )	Crítica
A autonomia é inexistente	2,43 ( $\pm 1,17$ )	Crítica
A distribuição das tarefas é injusta	2,31 ( $\pm 1,09$ )	Crítica
Os funcionários são excluídos das decisões	2,9 ( $\pm 1,27$ )	Crítica
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	2,22 ( $\pm 1,00$ )	
Satisfatória		
Existem disputas profissionais no local de trabalho	2,12 ( $\pm 1,14$ )	
Satisfatória		

Falta integração no ambiente de trabalho	2,4 (±1,11)	
Crítica		
A comunicação entre funcionários é insatisfatória	2,34 (±1,04)	
Crítica		
Falta apoio das chefias para meu desenvolvimento profissional	2,36 (±1,13)	Crítica
As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso	2,03 (±1,05)	
Satisfatória		

### Condições de Trabalho

As condições de trabalho são precárias	2,7 (±1,13)	Crítica
O ambiente físico é desconfortável	2,36 (±1,23)	Crítica
Existe muito barulho no ambiente de trabalho	2,48 (±1,08)	Crítica
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	2,77 (±1,27)	
Crítica		
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	3,01(±1,17)	
Crítica		
O posto/estação de trabalho é inadequado para a realização das tarefas	2,45 (±1,31)	Crítica
Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários	2,9 (±1,13)	Crítica
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	2,56(±1,29)	
Crítica		
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	2,61(±1,27)	Crítica
O material de consumo é insuficiente	2,88 (±1,13)	Crítica

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Legenda: DP (Desvio Padrão). Avaliação mais positiva, Satisfatória ( $\leq 2,29$  pontos), Moderada, Crítica (2,3 – 3,69 pontos), Negativa, Grave ( $\geq 3,7$  pontos).

A tabela 04 mostra a média e o desvio padrão dos itens da Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT). No primeiro domínio, referente aos Custos Afetivos, cinco itens tiveram avaliação Suportável e os demais como Crítica, os quais foram: “Ter controle de emoções” 3,34 (±1,26), “Ser obrigado a lidar com agressividade dos outros” 2,97 (±1,35) e “Ter custo emocional” 2,95 (±1,23).

Os Custos Cognitivos apresentaram as maiores médias comparado aos demais domínios, tendo apenas um item com avaliação Suportável e a maioria como Crítica, os quais foram: “Ter concentração mental” 3,64 (±1,25), “Ter que resolver problemas” 3,4 (±1,12) e “Fazer esforço mental” 3,39 (±1,24). Apenas um item apresentou avaliação Grave, o qual foi “Usar a memória” 3,71 (±1,23).

O terceiro domínio da ECHT buscou conhecer os Custos Físicos dos profissionais e apresentou apenas três itens com avaliação Suportável, e as demais como Crítica, sendo: “Caminhar” 3,18 (±1,49), “Usar o braço de forma contínua” 3,13 (±1,60) e “Usar as pernas de forma contínua” 3,1 (±1,58). Apenas um item apresentou avaliação Grave, o qual teve média e desvio padrão de 3,75 (±1,30), o qual foi “Usar as mãos de forma repetida”. A tabela 04 demonstra as avaliações.



**Tabela 04.** Médias e desvio padrão dos itens que compõem os domínios da Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT). Porto Alegre, 2022, n=77.

Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT)	Média(±DP)	Avaliação
<b>Custos Afetivos</b>		
Ter controle de emoções	3,34 (±1,26)	Crítica
Ter que lidar com ordens contraditórias	2,87 (±1,11)	Crítica
Ter custo emocional	2,95 (±1,23)	Crítica
Ser obrigado a lidar com agressividade dos outros	2,97 (±1,35)	Crítica
Disfarçar os sentimentos	2,82 (±1,36)	Crítica
Ser obrigado a elogiar as pessoas	1,65 (±1,03)	Satisfatória
Ser obrigado a ter bom humor	2,43 (±1,40)	Crítica
Ser obrigado a cuidar da aparência física	2,03, (±0,97)	Satisfatória
Ser bonzinho com os outros	2,3 (±1,28)	Crítica
Transgredir valores éticos	2,08 (±1,52)	Satisfatória
Ser submetido a constrangimentos	1,91 (±1,22)	Satisfatória
Ser obrigado a sorrir	1,6 (±1,02)	Satisfatória
<b>Custos Cognitivos</b>		
Desenvolver macetes	2,23 (±1,14)	Satisfatória
Ter que resolver problemas	3,4 (±1,12)	Crítica
Ser obrigado a lidar com imprevistos	3,31 (±1,04)	Crítica
Fazer previsão de acontecimentos	2,57 (±1,21)	Crítica
Usar a visão de forma contínua	3,35 (±1,37)	Crítica
Usar a memória	3,71 (±1,23)	Grave
Ter desafios intelectuais	3,22 (±1,19)	Crítica
Fazer esforço mental	3,39 (±1,24)	Crítica
Ter concentração mental	3,64 (±1,25)	Crítica
Usar a criatividade	3,35 (±1,16)	Crítica
<b>Custos Físicos</b>		
Usar a força física	2,05 (±1,11)	Satisfatória
Usar o braço de forma contínua	3,13 (±1,60)	Crítica
Ficar em posição curvada	2,81 (±1,40)	Crítica
Caminhar	3,18 (±1,49)	Crítica
Ser obrigado a ficar em pé	2,69 (±1,34)	Crítica
Ter que manusear objetos pesados	1,86 (±1,00)	Satisfatória
Fazer esforço físico	2,35 (±1,28)	Crítica
Usar as pernas de forma contínua	3,1 (±1,58)	Crítica
Usar as mãos de forma repetida	3,75 (±1,30)	Grave
Subir e descer escadas	1,91 (±0,96)	Satisfatória

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Legenda: DP (Desvio Padrão). Avaliação mais positiva, Satisfatória ( $\leq 2,29$  pontos), Moderada, Crítica (2,3 – 3,69 pontos), Negativa, Grave ( $\geq 3,7$  pontos).

No que se refere ao primeiro domínio da EIPST relacionado ao Prazer no trabalho, denominados Liberdade de Expressão, todos os itens tiveram avaliação Satisfatória. A partir das estatísticas obtidas, a pesquisa destacou aqueles com avaliação mais positiva na sequência: “Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas” 5,19 ( $\pm 1,50$ ), “Liberdade com a chefia para negociar o que precisar” 4,81 ( $\pm 1,82$ ) e “Liberdade para usar a minha criatividade” 4,81 ( $\pm 1,59$ ).

Assim como o primeiro domínio, o qual traz resultados relacionados ao Prazer, o domínio Realização Profissional apresentou as maiores médias para os seguintes itens: “Orgulho pelo que faço” 5,34 ( $\pm 1,10$ ), “Identificação com as minhas tarefas” 4,99 ( $\pm 1,31$ ) e “Gratificação pessoal com as minhas atividades” 4,88 ( $\pm 1,42$ ). Cabe destacar os dois itens desse domínio que apresentaram avaliação Crítica pelos participantes do estudo, a saber: “Valorização” 3,48 ( $\pm 1,99$ ) e “Reconhecimento” 3,4 ( $\pm 1,96$ ).

O terceiro domínio da EIPST, assim como o quarto domínio, relaciona-se aos achados referentes ao Sofrimento avaliado pelos participantes e apresentou todos os itens com avaliação Crítica. Os itens relativos ao Esgotamento Profissional com as maiores médias foram estiveram relacionados ao seguintes elementos a seguir: “Estresse” 3,62 ( $\pm 2,02$ ), “Esgotamento emocional” 3,55 ( $\pm 2,07$ ) e “Sobrecarga” 3,09 ( $\pm 2,05$ ).

Em relação ao último domínio, foi constatado que metade destes obtiveram avaliação Crítica e a outra metade Satisfatória. Os itens com avaliação menos negativa (Satisfatória) relativos à Falta de Reconhecimento, ou seja, com menores valores de média foram: “Discriminação” 1,06 ( $\pm 1,88$ ), “Inutilidade” 1,48 ( $\pm 1,89$ ) e “Desqualificação” 1,49 ( $\pm 1,91$ ). Enquanto os itens que tiveram avaliação moderada (Crítica), ou seja, com as maiores valores de média, foram: “Falta de reconhecimento do meu esforço” 2,7 ( $\pm 2,20$ ), “Indignação” 2,62 ( $\pm 2,27$ ) e “Falta de reconhecimento do meu desempenho” 2,58 ( $\pm 2,19$ ).

A Tabela 05 demonstra os dados.

**Tabela 05.** Médias e desvio padrão dos itens que compõem os domínios da Escala de Investigação de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST). Porto Alegre, 2022, n=77.

Escala de Investigação de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)	Média( $\pm$ DP)	Avaliação
--	------------------	-----------

#### **Liberdade de Expressão**

Liberdade com a chefia para negociar o que precisar	4,81 ( $\pm 1,82$ )	Satisfatória
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	5,19 ( $\pm 1,50$ )	Satisfatória
Solidariedade entre os colegas	4,78 ( $\pm 1,75$ )	Satisfatória
Confiança entre os colegas	4,52 ( $\pm 1,72$ )	Satisfatória
Liberdade para expressar minhas opiniões no trabalho	4,78 ( $\pm 1,61$ )	Satisfatória
Liberdade para usar a minha criatividade	4,81 ( $\pm 1,59$ )	Satisfatória
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	4,77 ( $\pm 1,65$ )	Satisfatória
Cooperação entre os colegas	4,49 ( $\pm 1,62$ )	Satisfatória

### Realização Profissional

Satisfação	4,23 ( $\pm 1,66$ )	Satisfatória
Motivação	4,0 ( $\pm 1,75$ )	Satisfatória
Orgulho pelo que faço	5,34 ( $\pm 1,10$ )	Satisfatória
Bem-estar	4,62 ( $\pm 1,63$ )	Satisfatória
Realização profissional	4,49 ( $\pm 1,64$ )	Satisfatória
Valorização	3,48 ( $\pm 1,99$ )	Crítica
Reconhecimento	3,4 ( $\pm 1,96$ )	Crítica
Identificação com as minhas tarefas	4,99 ( $\pm 1,31$ )	Satisfatória
Gratificação pessoal com as minhas atividades	4,88 ( $\pm 1,42$ )	Satisfatória

### Esgotamento Profissional

Esgotamento emocional	3,55 ( $\pm 2,07$ )	Crítica
Estresse	3,62 ( $\pm 2,02$ )	Crítica
Insatisfação	2,87 ( $\pm 1,98$ )	Crítica
Sobrecarga	3,09 ( $\pm 2,05$ )	Crítica
Frustração	2,92 ( $\pm 2,08$ )	Crítica
Insegurança	2,56 ( $\pm 2,20$ )	Crítica
Medo	2,4 ( $\pm 2,24$ )	Crítica

### Falta de Reconhecimento

Falta de reconhecimento do meu esforço	2,7 ( $\pm 2,20$ )	Crítica
Falta de reconhecimento do meu desempenho	2,58 ( $\pm 2,19$ )	Crítica
Desvalorização	2,51 ( $\pm 2,23$ )	Crítica
Indignação	2,62 ( $\pm 2,27$ )	Crítica
Inutilidade	1,48 ( $\pm 1,89$ )	Satisfatório
Desqualificação	1,49 ( $\pm 1,91$ )	Satisfatório
Injustiça	2,08 ( $\pm 2,22$ )	Satisfatório
Discriminação	1,06 ( $\pm 1,88$ )	Satisfatório

---

Legenda: DP (Desvio Padrão).

Domínios relacionados ao Prazer (Raramente, Grave ( $\leq 2,0$  pontos), Moderada, Crítica (2,1 - 3,9 pontos), Mais positiva, satisfatória ( $\geq 4,0$  pontos). Domínios relacionados ao sofrimento Menos negativa, Satisfatória ( $\leq 2,0$  pontos), Moderada, Crítica (2,1 - 3,9 pontos), Mais negativa, Grave ( $\geq 4,0$  pontos).

No que se refere à confiabilidade da Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho, os domínios demonstraram os seguintes valores de Alpha de Cronbach: 0,97 para os Danos Físicos, 0,84 para os Danos Sociais e 0,82 para os Danos Psicológicos.

O primeiro domínio, que busca conhecer os Danos Físicos no trabalho, apresentou diferentes avaliações dentro dos itens que o compõem. Cabe salientar o item relativo à “Dores nas costas” 4,01 ( $\pm 1,99$ ), o qual apontou avaliação Grave para esse dano. Além disso, outros itens destacaram-se pelas suas médias elevadas, a saber: “Dores no corpo” 3,82 ( $\pm 2,08$ ) e “Dores nas pernas” 3,57 ( $\pm 2,22$ ).

Com relação aos dados do domínio Danos Sociais, obtiveram-se a maioria das avaliações consideradas como Suportáveis, sendo as maiores médias observadas nos seguintes itens: “Impaciência com as pessoas em geral” 1,91 ( $\pm 1,76$ ), “Conflitos nas relações familiares” 1,7 ( $\pm 1,94$ ) e “Agressividade com os outros” 1,44 ( $\pm 1,89$ ). O único item desse domínio que apresentou avaliação Crítica pelos trabalhadores da APS foi a “Vontade de ficar sozinho” com média e desvio padrão de 2,25 ( $\pm 2,35$ ).

O último domínio da EADRT relaciona-se aos Danos Psicológicos, tendo a maioria dos itens com avaliação Suportável e com os maiores valores de média conforme os itens a seguir: “Vontade de desistir de tudo” 1,88 ( $\pm 2,40$ ), “Sentimento de desamparo” 1,75 ( $\pm 2,30$ ) e “Sensação de vazio” 1,73 ( $\pm 2,30$ ). Cabe destacar os 3 itens desse domínio que tiveram avaliação Crítica pelos profissionais: “Tristeza” 2,32 ( $\pm 2,28$ ), “Mau-humor” 2,05 ( $\pm 2,04$ ) e “Irritação com tudo” 2,01 ( $\pm 2,16$ ).

A tabela 06 demonstra os respectivos dados da EADRT.

**Tabela 06.** Médias e desvio padrão dos itens que compõem os domínios da Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT). Porto Alegre, 2022, n=77.

Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)	Média( $\pm$ DP)	Avaliação
<b>Danos Físicos</b>		
Dores no corpo	3,82 ( $\pm 2,08$ )	Grave
Dores nos braços	3,42 ( $\pm 2,23$ )	Grave
Dor de cabeça	3,34 ( $\pm 2,00$ )	Grave
Distúrbios respiratórios	1,4 ( $\pm 2,09$ )	Suportável
Distúrbios digestivos	1,75 ( $\pm 2,10$ )	Suportável
Dores nas costas	4,01 ( $\pm 1,99$ )	Grave

Distúrbios auditivos	1,01 ( $\pm 1,84$ )	Suportável
Alterações do apetite	2,06 ( $\pm 2,43$ )	Crítica
Distúrbios na visão	1,97 ( $\pm 2,31$ )	Suportável
Alterações do sono	3,03 ( $\pm 2,47$ )	Crítica
Dores nas pernas	3,57 ( $\pm 2,22$ )	Grave
Distúrbios circulatórios	1,77 ( $\pm 2,19$ )	Suportável

### Danos Sociais

Insensibilidade em relação aos colegas	1,1 ( $\pm 1,57$ )	Suportável
Dificuldades nas relações fora do trabalho	1,16 ( $\pm 1,74$ )	Suportável
Vontade de ficar sozinho	2,25 ( $\pm 2,35$ )	Crítica
Conflitos nas relações familiares	1,7 ( $\pm 1,94$ )	Suportável
Agressividade com os outros	1,44 ( $\pm 1,89$ )	Suportável
Dificuldade com os amigos	1,18 ( $\pm 1,86$ )	Suportável
Impaciência com as pessoas em geral	1,91 ( $\pm 1,76$ )	Suportável

### Danos Psicológicos

Amargura	1,43 ( $\pm 2,06$ )	Suportável
Sensação de vazio	1,73 ( $\pm 2,30$ )	Suportável
Sentimento de desamparo	1,75 ( $\pm 2,30$ )	Suportável
Mau-humor	2,05 ( $\pm 2,04$ )	Crítica
Vontade de desistir de tudo	1,88 ( $\pm 2,40$ )	Suportável
Tristeza	2,32 ( $\pm 2,28$ )	Crítica
Irritação com tudo	2,01 ( $\pm 2,16$ )	Crítica
Sensação de abandono	1,48 ( $\pm 2,16$ )	Suportável
Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	1,39 ( $\pm 1,76$ )	Suportável
Solidão	1,48 ( $\pm 2,21$ )	Suportável

Legenda: DP (Desvio Padrão).

Legenda: DP (Desvio Padrão). Avaliação mais positiva, Suportável ( $\leq 1,9$  pontos), Moderada, Crítica (2,0 – 3,0 pontos), Moderada para frequente, Grave (3,1 - 4,0 pontos), Mais negativa, presença de doenças ocupacionais ( $\geq 4,1$  pontos).

A seguir, a tabela demonstra um valor médio obtido a partir de todos os itens que compõem cada domínio das quatro escalas do ITRA.

A primeira escala, Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho, apresentou um valor médio que classificou os três domínios com avaliação Crítica. Dos quais, os trabalhadores avaliaram como Crítica a Organização do Trabalho (74%), as Relações Sócio-Profissionais (51,9%) e as Condições de Trabalho (55,8%).

Na Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT) todos os domínios foram avaliados como críticos, 50,6% apontaram os Custos Afetivos, 51,9% os Custos Cognitivos e 55,8% os Custos Físicos.

A Escala de Investigação de Prazer e Sofrimento no Trabalho obteve avaliação Satisfatória para os domínios relacionados ao Prazer, dos quais 79,2% foram para Liberdade de Expressão e 67,7% para Realização Profissional. Enquanto a avaliação foi Crítica para aqueles relacionados ao Sofrimento, sendo 39% se relacionaram ao Esgotamento Profissional e 53,2% à Falta de Reconhecimento.

Além disso, a última escala do ITRA, Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho apresentou o domínio Danos Físicos com avaliação Crítica por 39% dos participantes, e como Suportáveis os Danos Sociais (71,4%) e os Danos Psicológicos (64,9%) conforme as avaliações de 77 profissionais da saúde da APS.

A tabela 07 demonstra essas avaliações.

**Tabela 07.** Médias e desvio padrão dos domínios de cada escala do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA). Porto Alegre, 2022, n=77.

Escala	Média ( $\pm$ DP)	Avaliação
<b>Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACHT)</b>		
Organização do Trabalho	3,14 ( $\pm$ 0,62)	Crítica
Relações Sócio-Profissionais	2,36 ( $\pm$ 0,75)	Crítica
Condições de Trabalho	2,67 ( $\pm$ 0,86)	Crítica
<b>Escala de Custo Humano no Trabalho (AHT)</b>		
Custos Afetivos	2,41 ( $\pm$ 0,81)	Crítica
Custos Cognitivos	3,21 ( $\pm$ 0,89)	Crítica
Custos Físicos	2,68 ( $\pm$ 0,91)	Crítica
<b>Escala de Investigação de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)</b>		
Liberdade de Expressão	4,76 ( $\pm$ 1,25)	Satisfatória
Realização Profissional	4,38 ( $\pm$ 1,21)	Satisfatória
Esgotamento Profissional	3 ( $\pm$ 1,74)	Crítica
Falta de Reconhecimento	2,06 ( $\pm$ 1,77)	Crítica
<b>Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)</b>		
Danos Físicos	2,59 ( $\pm$ 1,51)	Crítica
Danos Sociais	1,53 ( $\pm$ 1,51)	Suportável
Danos Psicológicos	1,75 ( $\pm$ 1,88)	Suportável

---

Legenda: EACT e ECHT: Mais positiva, Suportável ( $\leq 2,29$  pontos), Moderada, Crítica (2,3 – 3,69 pontos), Negativa, Grave ( $\geq 3,7$  pontos). EIPST: Domínios relacionados ao Prazer: Raramente, Grave ( $\leq 2,0$  pontos), Moderada, Crítica (2,1 - 3,9 pontos), Mais positiva, Satisfatória ( $\geq 4,0$  pontos). Domínios relacionados ao Sofrimento: Menos negativa, Satisfatória ( $\leq 2,0$  pontos), Moderada, Crítica (2,1 - 3,9 pontos), Mais negativa, Grave ( $\geq 4,0$  pontos). EADRT: Mais positiva, Suportável ( $\leq 1,9$  pontos), Moderada, Crítica (2,0 – 3,0 pontos), Moderada, Grave (3,1 - 4,0 pontos), Mais negativa, presença de doenças ocupacionais ( $\geq 4,1$  pontos).

#### **5.4 Correlações entre as Recomendações do Ministério da Saúde e as escalas do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA)**

Este tópico traz os resultados estatísticos de todas as correlações de Pearson entre as respostas de cada domínio do *CheckList* de Saúde dos Trabalhadores, com as respostas de cada domínio das escalas do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA). Para verificar estatisticamente a confiabilidade das escalas do ITRA, foi realizado o teste de Alpha de Cronbach a fim de mensurar a consistência interna.

No que se refere aos valores de Alpha de Cronbach para a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), obteve-se o valor de 0,77 para o domínio Organização do Trabalho, de 0,86 para Contexto de Trabalho e de 0,89 para Relações Sócio-Profissionais. A Escala de Avaliação do Custo Humano no Trabalho (ECHT) evidenciou os valores de 0,88 para o domínio Custo Humano, de 0,91 para Custos Cognitivos e de 0,87 para Custos Físicos.

Além disso, a Escala de Investigação de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) apresentou os seguintes valores de Alpha de Cronbach nos seus domínios: Liberdade de Expressão (0,89), Realização Profissional (0,89), Esgotamento Profissional (0,92) e Falta de Reconhecimento (0,94). Enquanto a última escala do ITRA, Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT), obteve o valor de 0,9 nos domínios Danos Físicos e Danos Sociais, e de 0,96 para os Danos Psicológicos.

No que se refere às correlações de Pearson, foi observado significância estatística ( $p < 0,05$ ) entre algumas medidas do Checklist com os domínios das escalas do ITRA. Para o Alpha de Cronbach, apenas o domínio Organização do

Trabalho (OT) da EACT apresentou um valor inferior a 0,8, enquanto os demais foram superiores e avaliados com confiabilidade excelente.

Na primeira escala do ITRA, a EACT, constatou-se correlação inversa regular entre as Condições de Trabalho e as Ferramentas de Apoio (FA) a partir de um valor de ( $r = -0,323$ ,  $p = 0,04$ ), o que implica dizer que quanto menor o número de ferramentas de apoio foram contempladas, piores foram as avaliações do contexto de trabalho. Além disso, constatou-se correlação inversa regular ( $r = -0,57$ ,  $p = 0,000$ ) entre as Medidas de Engenharia e as Condições de Trabalho, ou seja, quanto menos medidas de engenharia foram implementadas, piores foram as avaliações das condições de trabalho pelos profissionais. Enquanto que quanto menos Medidas administrativas foram contempladas, piores foram as avaliações das Condições de Trabalho, evidenciadas pela forte correlação inversa ( $r = -0,604$ ,  $p = 0,000$ ). Nesse sentido, o domínio Condições de Trabalho da EACT apresentou correlação inversa com todos os domínios das Recomendações do MS.

Ainda na primeira escala do ITRA, a EACT, constatou-se correlação inversa regular entre as Condições de Trabalho e as Medidas de Gestão a partir de um valor de ( $r = -0,323$ ,  $p = 0,03$ ), o que implica dizer que quanto menor o número de medidas de gestão foram contempladas, piores foram as avaliações do contexto de trabalho.

Também verificou-se correlação inversa fraca entre as Relações Sócio-Profissionais e as Medidas Administrativas ( $r = -0,284$ ,  $p = 0,012$ ), ou seja, quanto menos medidas administrativas foram contempladas, piores foram as avaliações das relações sócio-profissionais entre os trabalhadores do estudo.

Na Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT) verificou-se correlação inversa fraca ( $r = -0,24$ ,  $p = 0,036$ ) entre as Medidas Administrativas e os Custos Afetivos (CA), ou seja, quantos menos Medidas Administrativas foram implementadas maiores foram os Custos Afetivos no contexto de trabalho dos profissionais da APS. No segundo domínio da ECHT, Custos Cognitivos, apresentaram-se correlações inversas fracas com as Medidas Administrativas ( $r = -0,304$ ,  $p = 0,007$ ) e com as Medidas de Gestão ( $r = -0,232$ ,  $p = 0,042$ ), o que permite afirmar que quanto menos Medidas Administrativas e de Gestão foram contempladas, maiores foram os Custos Cognitivos mobilizados pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde.



A Escala de Investigação de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) foi a única escala do ITRA que apresentou correlação de Pearson positiva fraca. Foi observado que o aumento do número de Ferramentas de Apoio e de Medidas de Engenharia, contempladas no Checklist de Saúde do Trabalhador, implicaram na melhor avaliação da Liberdade de Expressão (LE), evidenciado pelos respectivos valores ( $r= 0,251$ ,  $p= 0,028$ ) e ( $r= 0,241$ ,  $p= 0,035$ ). Além disso, também foi observada correlação positiva regular entre as Medidas Administrativas e a Realização Profissional (RP) pelo valor de  $r= 0,314$  ( $p=0,005$ ), evidenciando que quanto mais medidas do *Checklist* foram contempladas maior foi a realização profissional dos trabalhadores.

Ainda sobre os resultados da EIPST, constatou-se correlação inversa regular entre as Medidas Administrativas e o Esgotamento Profissional (EP) devido ao valor de  $r= -0,345$  ( $p= 0,002$ ), o que permite afirmar que quanto maior o número de Medidas Administrativas do Checklist foram contempladas, menor foi o esgotamento profissional avaliado pelos trabalhadores da saúde da APS na Pandemia da COVID-19. A estatística também apontou correlação negativa regular ( $r= -0,311$ ,  $p= 0,006$ ) entre as Medidas de Engenharia e último domínio da EIPST, ou seja, quanto mais Medidas de Engenharia foram contempladas na APS, menor foi a Falta de Reconhecimento (FR) percebida pelos trabalhadores das unidades de saúde.

Para a mesma escala, foi encontrado que quanto menos Medidas Administrativas foram implementadas, pior foi a Falta de Reconhecimento, constatado pela correlação inversa regular ( $r= -0,411$ ,  $p= 0,000$ ). Além disso, quanto mais Medidas de Gestão foram contempladas, menor a Falta de Reconhecimento, observada estatisticamente pela correlação ( $r= - 0,291$ ,  $p= 0,01$ ).

E por último, a quarta escala do ITRA apontou correlação inversa no segundo e terceiro domínio da Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT) com as recomendações. Verificou-se que quanto mais Medidas Administrativas foram contempladas, menores foram os Danos Sociais (DS) sofridos pelos trabalhadores ( $r= - 0,284$ ,  $p = 0,012$ ). Enquanto que também constatou-se que quanto maiores foram o número de Medidas Administrativas contempladas, menos Dados Psicológicos (DP) acometeram os trabalhadores ( $r= - 0,357$ ,  $p= 0,001$ ).

Partindo-se da amostra investigada ( $n=77$ ), com uma significância de 5% e correlação esperada de 0,5 segundo Borges et al. (2021), constatou-se um poder

amostral entre 76,4% e 95,6% para as correlações lineares de Pearson consideradas moderadas, e de 100% para aquelas consideradas forte que foi encontrada no estudo. O quadro 01 abaixo demonstra das correlações entre os domínios das medidas recomendadas com os domínios das escalas do ITRA.

**Quadro 01.** Correlações bivariadas de Pearson entre os domínios das escalas do ITRA com os domínios do *CheckList* de Saúde do Trabalhador, juntamente com seus respectivos testes de confiabilidade. Porto Alegre, 2022, n=77.

Escalas		Domínios	Alpha de Cronbach	Ferramentas de Apoio	Medidas de Engenharia	Medidas Administrativas	Medidas de Gestão
I T R A	E A C T	OT	0,77	0,066	0,047	-0,083	0,081
		CT	0,86	-0,323*	-0,573*	-0,604*	-0,329*
		RSP	0,89	-0,063	-0,222	-0,284*	-0,18
	E C H T	CA	0,88	0,058	-0,035	-0,24*	-0,006
		CG	0,91	-0,059	-0,208	-0,304*	-0,232*
		CF	0,87	-0,03	0,202	-0,156	0,117
	E I P S T	LE	0,89	0,251*	0,241*	0,195	0,167
		RP	0,89	0,214	0,207	0,314*	0,155
		EP	0,92	-0,02	-0,186	-0,345*	-0,188
		FR	0,94	0,072	-0,311*	-0,411*	-0,291*
	E A D R T	DF	0,90	-0,036	-0,006	-0,202	-0,055
		DS	0,90	0,015	-0,091	-0,284*	-0,181
		DP	0,96	0,018	-0,111	-0,357*	-0,199

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Legenda: \*Correlações de Pearson com p-valor <0,05. Organização do Trabalho (OT), Relações Sócio-Profissionais (RSP), Condições de Trabalho (CT), Custos Afetivos (CA), Custos Cognitivos (CG), Custos Físicos (CF), Liberdade de Expressão (LE), Realização Profissional (RP), Esgotamento Profissional (EP), FR (Falta de Reconhecimento), Danos Físicos (DF), Danos Sociais (DS), Danos Psicológicos (DP).

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Discussão dos resultados sobre as condições Sócio-laborais e de Saúde

A partir dos resultados do estudo observou-se que um expressivo número de profissionais não se sentiram à vontade para participar do estudo (n=36), o que permitiu supor, dentre tantas possíveis compreensões, que poderia se relacionar à sobrecarga de trabalho ou ainda à descrença de que responderem à pesquisa não impactaria a ponto de melhorar as condições de trabalho. Essa hipótese pode ser reforçada pela avaliação crítica do item “Sobrecarga” da Escala de Investigação de Prazer e Sofrimento no Trabalho, e pelo item “Vontade de desistir de tudo”, da Escala de Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho.

Salientaram-se também o número de profissionais em desvio de função (n=11), esse resultado permitiu pensar no impacto da pandemia na vida desses profissionais, pois devido às medidas de contingência, face à crise sanitária, tiveram que exercer as atividades de outros profissionais e/ou de outros setores. O fato de serem deslocados de suas atividades para suprir as demandas de outros setores impactou no quantitativo profissional da Atenção Primária, o que foi corroborado pelo resultado crítico de que “o número de pessoas é insuficiente” na Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho. Além disso, o *Checklist* demonstrou que nem todos os profissionais remanejados receberam capacitação para exercerem suas atividades, o que se demonstra preocupante porque essa situação poderia ocasionar estresse e sofrimento aos profissionais, o que se relacionou aos riscos de adoecimento.

Em relação ao perfil sócio demográfico, uma frequência expressiva de profissionais eram do sexo feminino (74,4%), o que permitiu refletir sobre o quanto a cultura social pode estar influenciando a escolha de trabalho das mulheres para atividades relacionadas ao cuidado. Ainda que a maioria dos participantes do estudo sejam de Agentes Comunitários de Saúde, a equipe de enfermagem consistiu na segunda categoria profissional de maior participação, o que demonstra o quanto a mesma (em maioria mulheres) se faz presente nos serviços de saúde. Lombardi e Campos (2018) apontaram que o campo da enfermagem está relacionado historicamente ao exercício profissional mais “adequado” para as mulheres, pois pode ser percebida como um ato de “de caridade e da esfera doméstica”, características essas socialmente rotuladas e atribuídas ao gênero feminino.

A raça/cor autodeclarada Branca (84,4%) foi predominante, e com uma mediana de idade de 44,8 ( $\pm 10,64$ ) anos, vivendo em situação conjugal de casamento ou união estável (58,4%) e com mediana de 2 ( $1 \pm 2$ ) filhos. Esses resultados também foram encontrados no estudo transversal de Glanzner et al. (2017) em 12 unidades de saúde do município de Porto Alegre (RS), reforçando o perfil da equipe multiprofissional no sul do Brasil. Além disso, esses dados demonstraram o quanto a raça/cor Branca e adulta jovem predominam ocupando cargos nos ambientes de saúde no Brasil, e portanto, com mais acesso aos maiores graus de escolaridade. Relação semelhante foi encontrada no estudo de Lombardi e Campos (2018), o qual discutiu sobre o quanto as mulheres brancas possuem maior acesso aos cursos de formação superior por terem maior poder financeiro quando comparado às mulheres negras, pois essas em sua maioria pertencem a categorias profissionais com formação de nível médio (técnicas e auxiliares de enfermagem).

Sobre a escolaridade dos participantes, a maioria possuía Ensino Médio Completo (46,8%), esse percentual mais expressivo explica-se pelo fato de que a maioria dos participantes pertenciam à categoria profissional dos Agentes Comunitários de Saúde (42,9%), o que exige apenas esse nível de formação para o exercício do cargo.

O percentual de profissionais da saúde que não possuíam os critérios para pertencer ao Grupo de Risco foi de 72,7%, o qual se entendeu que, possivelmente, os trabalhadores pertencentes ao Grupo de Risco tenham sido remanejados para

outras atividades que não tivessem contato direto com usuários. Acredita-se que isso tenha ocorrido pelas orientações do Ministério da Saúde, visto que durante a coleta de dados a Pandemia da COVID-19 ainda encontrava-se com índices elevados de infecções, mesmo com a diminuição dos casos graves internados em hospitais da rede.

Embora a maioria dos profissionais não pertencessem ao Grupo de Risco, 49,4% responderam que residiam com pessoas desse grupo, o que também pode ter ocasionado nos profissionais o receio de infectar a família durante a pandemia. Estudo realizado no sul do Brasil com 16 equipes multiprofissionais da saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) demonstrou que a insegurança e o medo de infectar os familiares com o vírus foi um dos relatos apontados pelos trabalhadores, pois esses percebiam-se como potenciais vetores de contaminação, sobretudo diante da falta de qualidade dos EPIs disponibilizados pelo serviço (DAL PAI et al. 2021).

O impacto da exposição dos trabalhadores à infecção pelo coronavírus também pode ser visto no achado de que 39% dos participantes relataram se afastar das atividades laborais por sintomas gripais, e 17% por diagnóstico positivo para COVID-19. Nesse sentido, evidencia-se o quanto a exposição laboral pode ter influenciado nas infecções dos trabalhadores.

Cabe destacar o local onde ocorreu o surto da doença, em Wuhan na China, onde no início da pandemia os percentuais de trabalhadores infectados nos hospitais variavam entre 3,5% e 29%, dado esse atribuído em parte às inconsistências dos protocolos de proteção aos profissionais da saúde (WANG; ZHOU; LIU, 2020). Por tratar-se de uma doença desconhecida, infelizmente, no início da pandemia a vacinação para prevenir quadros mais graves da doença não era uma realidade, o que acarretou em sérios danos à saúde de alguns profissionais.

Estudo com 54 médicos atuantes no *Tongji Medical College*, na China, constatou que 79% daqueles com diagnóstico confirmado para COVID-19 apresentaram quadros graves e críticos da doença (CHU et al., 2020). Além disso, estudo publicado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), realizado com profissionais da saúde nos Estados Unidos, encontrou um percentual de contaminação superior a 75% nos profissionais da Enfermagem e da Medicina

devido a exposições durante atendimentos clínicos e emergenciais (BURRER et al. 2020), a mesma problemática também foi evidenciada em perfil profissional no contexto brasileiro (LISBOA; ALMEIDA; SANTOS; SANTANA, 2021).

Sobre os ambientes de saúde dos profissionais, constatou-se que 57,2% dos participantes do estudo eram da Estratégia de Saúde da Família. Nas categorias profissionais, 49,2% eram Agentes Comunitários de Saúde, 15,6 % Enfermeiras(os) e 9,1% Técnicas (os) de Enfermagem. Ainda que o percentual das outras categorias tenha sido menor, destacou-se nesse estudo que 12 diferentes categorias profissionais contribuíram com suas perspectivas a respeito da realidade laboral da APS, o que se compreende como enriquecedor dos resultados.

Teixeira et al. (2020) problematizam o uso da categoria “profissionais da saúde” ao abordar o quanto as questões hierárquicas que marcam as relações técnicas e sociais não trazem à tona a heterogeneidade da diversidade de profissionais que compõem os serviços de saúde. O estudo anterior aponta que não foram encontrados estudos que incluíssem fisioterapeutas, motoristas/condutores de veículos, profissionais da higienização, entre outros, como membros pertencentes ao grupo dos “profissionais da saúde” (TEIXEIRA et al., 2020).

Além de destacar a limitação de não incluir todos os trabalhadores que prestam serviços ao usuário ou à unidade de saúde, Teixeira e demais estudiosos (2020) expressam a limitação da maioria dos estudos em dar maior visibilidade ao ambiente hospitalar, negligenciando a importância do trabalho da Atenção Primária à Saúde. Nessa perspectiva, a presente pesquisa foi de encontro a maioria desses achados, visto que incluiu como profissionais da saúde todos aqueles que trabalhavam na APS, e que respeitaram os critérios de inclusão, além de dar visibilidade a todos os trabalhadores e à atuação da Atenção Primária na pandemia.

Cabe destacar que na atual circunstância da pandemia algumas ponderações são feitas a respeito da Atenção Primária à Saúde. Soares e Fonseca (2020) apontaram que a equipe multiprofissional da APS já possuía suas demandas e ações estratégicas prévias a essa crise sanitária, e que na atual situação a sua premissa de trabalhar na promoção da saúde para prevenir a COVID-19 agregou ainda mais essa demanda. Nesse sentido, as autoras mencionaram a necessidade de a APS contar com estrutura e organização profissional compatíveis com tais demandas, as quais vão desde o incremento no quantitativo e com qualificação

profissional até uma infraestrutura melhor. As autoras declaram que um cenário ideal não faz parte de todas as realidades, porém essa reflexão é válida e pode impulsionar futuras mudanças. Em contraponto, destaca que caso não sejam modificadas as questões de (re)organização do trabalho e das atividades laborais que competem a cada membro da equipe multiprofissional, bem como o fornecimento de melhores condições de trabalho (EPIs), isso pode ter implicações negativas (SOARES; FONSECA, 2020).

Tasca e Massuda (2020) confirmaram essa situação ao problematizar a organização da rede de saúde na Itália para o enfrentamento da pandemia, estas apontaram que a APS teve papel central no enfrentamento da pandemia, porém os serviços limitaram o acesso dos usuários na unidade e adotaram atendimentos via telefonema e uso de aplicativos informativos. Os autores apontaram que essa medida foi fundamental para diminuir aglomerações nesse espaço, pois afirmaram que se isso não ocorresse o ambiente ofereceria mais riscos do que benefícios pela circulação do vírus no ambiente (TASCA; MASSUDA, 2020).

Ainda sobre o sistema italiano, as autoras mencionaram pontos relevantes nas organizações que se basearam em quatro pilares: limitação do acesso presencial dos usuários na APS, gestão de leitos e transporte dos pacientes, vigilância epidemiológica e distanciamento social e aumento da disponibilidade de recursos (EPIs e tecnologias para os setores de alta complexidade). Diante da vivência negativa do epicentro da pandemia na Itália (Bergamo), o estudo apontou a necessidade de modelos de atenção à saúde com enfoque no território e na comunidade baseados na Atenção Primária à Saúde (TASCA; MASSUDA, 2020).

Tasca e Massuda (2020) mencionaram a dificuldade econômica e social do Brasil para a implementação dessas medidas na prática. Vitória e Campos (2020) em reflexão sobre a APS na pandemia da COVID-19 enfatizaram que somente com uma atenção primária forte, bem estrutura e com adequado suporte aos profissionais da saúde seria possível frear o avanço das infecções. Entretanto, foi designada uma grande responsabilidade a um serviço com dificuldades prévias à pandemia, o que se tornou algo muito difícil de colocar em prática (VITORIA; CAMPOS 2020).

A partir dos resultados da presente pesquisa, destacou-se a Equipe de Enfermagem com expressivo espaço de atuação e importância na área da saúde pública, sobretudo na APS que tem suas ações norteadas a promoção da saúde e

prevenção do número de infecções pelo SARS-CoV-2. Nessa perspectiva, destaca-se que esses profissionais seriam uma categoria expressiva que estaria exposta aos riscos de adoecimento.

Em investigação sobre a situação de 4509 trabalhadores atuantes em hospitais, na APS e em serviços de atendimento a deficientes e em saúde mental na cidade de Flandres (Bélgica), o estudo encontrou maiores associações entre COVID-19 e sintomas de saúde mental em profissionais com idade entre 30 e 49 anos, mulheres, enfermeiras e atuantes em centros residenciais de cuidado durante a pandemia do que no período pré-pandêmico (VANHAECHT et al., 2021). Esses resultados também demonstram a necessidade de um olhar especial sobre as condições de saúde mental da enfermagem nos serviços de saúde.

Ainda sobre as questões laborais, 83,1% dos profissionais da presente pesquisa responderam que possuem apenas um emprego, porém, vale destacar que 16,9% mencionaram possuir 2 empregos ou mais, dos quais 14,3% contabilizaram mais de 40 horas semanais de trabalho. Esses resultados sugerem que a baixa remuneração dos profissionais da saúde faz com que os mesmos tenham que possuir mais de um emprego para suprir as necessidades da família. Vale destacar, que a sobrecarga de trabalho desses profissionais já poderia estar elevada antes da pandemia, a qual pode ter sido agravada pela alta demanda dos serviços de saúde.

Em estudo sobre indicadores de prazer e sofrimento em 437 profissionais da linha de frente de todo o território brasileiro, Baptista et al. (2022) constataram que a maioria dos participantes do estudo eram enfermeiras, com apenas um vínculo empregatício, carga horária semanal de 40 horas ou mais e sem nenhuma comorbidade. O estudo constatou maiores chances de escores graves de sofrimento em técnicos e auxiliares de enfermagem, e de modo geral, apontou escore grave para esgotamento profissional em todas as categorias (BAPTISTA et al., 2022).

Nessa perspectiva, esta pesquisa e demais resultados na literatura apontaram a expressiva parcela de mulheres trabalhando na saúde, na enfermagem e sem comorbidades. Portanto, acredita-se que a interrelação desses fatores sócio-demográficos, laborais e de saúde impactaram a saúde física e mental desses trabalhadores, o que demonstra a necessidade de intervenções que minimizem a repercussão dessas circunstâncias na vida profissional e pessoal desses indivíduos.



## 6.2 Discussão dos resultados do *CheckList* de Saúde dos Trabalhadores

Com relação à disponibilidade das Ferramentas de Apoio aos Profissionais da APS, foi constatado que mesmo os profissionais considerando as ferramentas e capacitações por meio digital um fator parcialmente dificultador, estes avaliaram como satisfatório o recurso de acesso aos Sítios Eletrônicos (64,9%), com informações da União, Estados e municípios, e à Consultoria Clínica (42,9%). O acesso a esses *sites* permitiu aos profissionais visualizarem dados epidemiológicos oficiais, boletins de saúde, normativas de conduta/tratamentos e fluxo dos usuários e pacientes na rede de saúde, o que foi de suma importância para que o enfrentamento da Pandemia tivesse ações o mais homogêneas possível para diminuir os casos de infecção e hospitalizações.

Isso demonstra o quanto a informatização dos serviços, e o devido suporte para acesso e consultoria dos profissionais, consiste em um grande potencializador para tornar mais qualificada a formação desses trabalhadores. Nesse sentido, o estudo também refletiu sobre a importância desses profissionais acessarem e dominarem o uso dessas ferramentas para ampliação do conhecimento, visto que esses conteúdos também poderiam ser acessados pelos usuários e utilizados como meio de educação em saúde e prevenção de agravos. Ainda que o perfil econômico e social da Itália apresente particularidades bem distintas da brasileira, Tasca e Massuda (2020) apontaram o uso de recursos digitais como ferramentas disseminadoras de conhecimento, e portanto, aliadas dos profissionais da saúde e dos usuários no acesso a informações preventivas de infecções pelo coronavírus.

Da mesma forma, Cheng et al. (2021) demonstraram que a tecnologia também pode auxiliar os trabalhadores a transmitir informações sobre a COVID-19 aos usuários da APS via telefonema. Em sua pesquisa, os autores avaliaram o desenvolvimento e a efetividade de uma linha telefônica (*COVID-19 Connected Care Center*) criada pela *Oregon Health & Science University's* para o esclarecimento de dúvidas sobre a doença. Esse recurso tecnológico além de divulgar o conhecimento sobre prevenção e cuidados com a doença, foi capaz de reduzir o estresse das pessoas sobre as incertezas geradas pela pandemia. O estudo menciona o atendimento rápido, realizado em tempo oportuno para orientação às pessoas prestado por enfermeiras do serviço. Em menos de três meses, quase seis mil ligações já haviam sido realizadas em Oregon (Estados Unidos da América), e o

serviço além de bem aprovado, estava sendo recomendado por parte dos próprios pacientes que o utilizavam (CHENG et al., 2021).

Em contraponto, um dado preocupante encontrado foi o de não ter sido contemplada as seguintes capacitações: o que são as Síndromes Gripais e a COVID-19 (67,5%), uso correto e avaliação de danos dos Equipamentos de Proteção Individual (54,5%), os 5 Momentos da Higiene de Mãos (55,8%) e sobre higiene de materiais compartilhados pelos profissionais e usuários (55,8%).

Essas ferramentas de apoio são consideradas básicas, fundamentais e indispensáveis para o exercício seguro das atividades dos trabalhadores. Ainda que o vírus e as repercussões da doença no organismo ainda estivessem em investigação, o enfrentamento de qualquer pandemia e/ou epidemia requer que o profissional esteja, de fato, preparado para executar suas atividades a partir do acesso ao conhecimento e ao conteúdo do contexto no qual irá atuar. O histórico de falta de investimentos na APS, e sobretudo de desvalorização da formação do trabalhador, torna-se ainda mais evidente nessas situações de crise sanitária, e reflete no processo de adoecimento da saúde física e mental dos profissionais da APS e na dificuldade de ações assertivas para conter o avanço das infecções.

Estudo relacionou a desvalorização profissional de enfermeiras da APS à carência de recursos no ambiente laboral, e o quanto as demandas e dinâmicas da APS exigem preparo dos profissionais para executá-las. Dentre os demais elementos causadores de insatisfação no trabalho, o fato de alguns profissionais não se sentirem capazes de atender às demandas, por falta de capacitações, é discutido como um fator dificultador na abordagem integral da APS (MOREIRA et al., 2019).

Revisão de literatura sobre o contexto colombiano problematizou a estruturação da APS e as dificuldades enfrentadas em uma cultura hospitalocêntrica e com iniquidades sociais. Ao refletir sobre o potencial da Atenção Primária na promoção da saúde na pandemia da COVID-19, os autores destacaram a importância de tê-la como marco regulatório do sistema de saúde e da intersectorialidade com os demais serviços da rede para atender as demandas gerais em saúde. Nessa perspectiva, esse estudo também destaca o país de Cuba, o qual alavancou a APS de forma articulada com os demais serviços e obteve melhor controle no avanço da pandemia (RINCÓN et al., 2021). Esta perspectiva vai ao encontro do serviço de saúde europeu na pandemia, apontando a APS como

alicerce para o sucesso no enfrentamento da crise no Reino Unido (DUNLOP DONALD; ALLEN, 2020).

Nesse contexto, o gráfico 01 demonstrou que 56 participantes responderam que pelo menos 5 medidas das Ferramentas de Apoio foram contempladas. Esse domínio do *Checklist*, a partir das Recomendações do MS, foi o que teve o menor número de medidas implementadas de forma satisfatória conforme a avaliação dos profissionais. Esses dados apontaram o quanto o suporte de formação profissional da APS esteve em detrimento de outras medidas para o enfrentamento da pandemia, o que permite discutir sobre a necessidade de haver um equilíbrio entre todas medidas recomendadas, para que de fato haja uma relação harmônica quanto ao contexto existente e o respaldo de conhecimento para enfrentá-lo.

Ao transitar pelo campo das ciências sociais, Rifkin, Fort, Patcharanarumol e Tangcharoensathien (2021) contrapuseram o conceito de saúde da OMS com os modelos de saúde para enfrentamento da pandemia. Os autores apontam que o descontrole do número de infecções e óbitos pela doença podem ter ocorrido, em parte, pelo foco inadequado da saúde nesse cenário, pontuando a frustração de modelos curativistas de prestação de serviços, e não de promoção da saúde. Os estudiosos apontaram como elemento central para o enfrentamento da pandemia, e com a Atenção Primária como serviço potencializador e central nesse sentido, a intersetorialidade dos serviços de saúde com ações respaldadas por indicadores epidemiológicos, e que levam em consideração os determinantes sociais e superam modelos estáticos de saúde e de projeções descontextualizadas. Dentre outras relevantes considerações, os autores mencionaram a necessidade de refletir sobre o conceito de saúde e articular verdadeiramente os serviços da rede de saúde, para de fato, enfrentar uma pandemia e construir um contexto sanitário com saúde integral e de construção coletiva (RIFKIN; FORT; PATCHARANARUMOL; TANGCHAROENSATHIEN, 2021).

No que se refere às Medidas de Controle de Engenharia de Serviços, felizmente foram contemplados o espaço individualizado de acolhimento dos usuários com queixas respiratórias (45,5%), o distanciamento de pelo menos um metro entre as cadeiras na sala de espera da unidade (71,4%), o fornecimento de máscaras aos usuários (55,8%) e a identificação nos locais com materiais potencialmente contaminados (50,6%). Esses dados demonstram o quanto

estruturalmente os serviços buscaram atender a essas exigências do MS na pandemia mesmo com todos os desafios de infraestrutura e investimentos na APS, o que demonstra o esforço dos gestores em garantir que o espaço laboral minimize os riscos de adoecimento dos profissionais.

Além disso, diferentes espaços para higiene de mãos dos profissionais e usuários foi um item contemplado (58,4%), entretanto esse dado gera o questionamento se esses trabalhadores sabiam realmente realizar os 5 Momentos da Higiene de Mãos preconizado pelo Ministério da Saúde, visto que não houve capacitação sobre a correta realização dessa técnica. Esse dado fortalece a hipótese de que medidas de engenharia e infraestrutura do serviço podem ter se sobreposto às ferramentas de apoio aos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Reflexão acerca da situação de profissionais da saúde nos Estados Unidos apontou o quanto o surto de COVID-19 pegou os serviços despreparados para enfrentar essa problemática de tamanha proporção. Este aponta a necessidade de disponibilidade de tecnologia, suprimentos, força de trabalho preparada e com um plano de gerenciamento e liderança. No que tange à experiência da Atenção Primária, estes mencionaram a telemedicina como aliada no monitoramento de casos, além da importância dos serviços em contarem com infraestrutura adequada, capacitações, vigilância e protocolos de comunicação. Esses itens foram elencados como fundamentais para garantia de prestação de cuidados primários à população nos serviços de saúde pública (SCHMIDT et. al, 2020).

Ainda sobre o segundo domínio do *CheckList*, percebeu-se que as barreiras físicas na sala de espera da unidade não foram fornecidas (50,6%), o que pode ter provocado a exposição a gotículas e aerossóis nos profissionais (auxiliares administrativos ou Agentes Comunitários de Saúde) que tem o primeiro contato com os usuários na unidade. Outro dado ainda mais preocupante foi o fato de ser contemplado de forma parcialmente satisfatória (55,8%) a disponibilização de EPIs aos profissionais em tamanho, quantidade e qualidade adequada.

Esse dado evidencia o quanto os serviços tiveram dificuldades em fornecer as proteções básicas aos profissionais da saúde durante a Pandemia, sobretudo no início quando haviam muitas incertezas sobre o vírus e a doença, além de que a produção dos EPIs não conseguia acompanhar a alta demanda. Enfatizada pela *World Health Organization* (WHO, 2020d), e garantida legalmente pela legislação

brasileira desde 2005, a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde (NR32) indica a obrigatoriedade do empregador em prover ao trabalhador EPIs em quantidade suficiente, os quais sejam necessários e indispensáveis para o desenvolvimento seguro das tarefas no trabalho. Além do fornecimento, ela prevê que deve ser assegurada a capacitação de forma contínua, bem como seja garantida a proteção ao trabalhador sempre que ocorrerem alterações de exposição ao(s) agente(s) biológico(s) (BRASIL, 2005).

A escassez desses recursos fundamentais corroboram o quanto estes trabalhadores estiveram vulneráveis às infecções pelo SARS-CoV-2 durante o enfrentamento dessa problemática. Infelizmente, mesmo que seja amparado legalmente que os profissionais tenham o direito de receber essas proteções, essa não foi uma realidade durante a pandemia. A garantia desse direito esbarrou na produtividade desses equipamentos a nível mundial, e afetaram muitos profissionais da linha de frente. O custo dessa exposição pode estar relacionado ao número de profissionais que precisaram afastar-se por apresentarem sintomas da doença. Esses dados do segundo domínio do *CheckList* podem ser observados no gráfico 02, o qual demonstra que 31 participantes do estudo, de um total de 77, responderam que pelo menos 6 dos 8 itens foram contemplados.

No terceiro domínio, Medidas de Controle Administrativo e Organização do Trabalho, foi satisfatória a avaliação da revisão de procedimentos operacionais de limpeza e desinfecção de superfícies (46,8%), item imprescindível para segurança do ambiente dos profissionais e dos usuários, além de cartazes informativos sobre as medidas de prevenção da infecção pelo Coronavírus com o uso da máscara, distanciamento social e higiene de mãos (48,8%).

É válido destacar o esforço das USs e ESFs em busca de garantir a segurança do espaço físico de trabalho, bem como de fiscalizar a adesão dos trabalhadores às medidas de proteção (41,6%). Além disso, as informações coletadas pelo estudo demonstraram a preocupação do serviço em fornecer informações importantes sobre a prevenção da infecção e desenvolvimento da doença. Essa atitude demonstra o papel fundamental da APS para promoção da saúde não só dos usuários mas também dos próprios trabalhadores, atuação essa que poderia ser potencializada caso fossem ampliados os horários de funcionamento (acesso avançado) do serviço de saúde (45,5%) durante a pandemia.

Sobre o acesso dos usuários ao serviço, estudo de Medina et al. (2020) problematizou a garantia de atendimento às demandas habituais da APS diante das novas incorporadas pela pandemia, bem como a necessidade de reorganização e adequação do serviço para atender a comunidade garantindo a promoção da saúde integral e capilarizada. O estudo abordou sobre a necessidade de inovar nos modos de operação, com um olhar atento às vulnerabilidades locais e que se estruture e atue em cima das necessidades territoriais (MEDINA et al., 2020).

Uma reflexão acerca das mudanças administrativas e de organização do trabalho foi sobre a necessidade do distanciamento social e a alteração das rotinas de visitas domiciliares dos ACS. Essa mudança no trabalho, juntamente com o ascendente modelo de prestação de cuidados de modo virtual, impactaram na proximidade que esses profissionais tinham com os usuários. Um inquérito *online* e netnográfico com mais de vinte mil Agentes Comunitários de Saúde no país demonstrou o quanto as alterações na organização do trabalho impactaram a percepção desses profissionais com relação às suas atribuições na APS. O recurso da Telemedicina foi percebido em alguns momentos como “descaracterizador” do trabalho por afetar o vínculo da tríade agente, serviço de saúde e usuário, o que provocou sentimentos de insatisfação desses profissionais com o seu trabalho e com a real proposta de trabalho na APS (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021).

Mudanças na abordagem relacional com os usuários e diferentes percepções sobre as implicações do modelo de trabalho também foram observadas no estudo etnográfico de Lotta e Marques (2020) com ACS, evidenciando o quanto fatores organizacionais estiveram fortemente relacionados com as avaliações, satisfatórias ou não, desses profissionais sobre a interação com usuários. Este estudo contrapõe o uso dos recursos digitais nos cuidados em saúde, e problematiza as interfaces das mudanças organizacionais e dinâmicas de atendimento na pandemia, com a necessidade de proximidade do profissional e do usuário como parte caracterizadora da sua atividade na Atenção Primária (LOTTA; MARQUES, 2020). Diante de tal discussão, acredita-se que algumas práticas de saúde ainda necessitam da presença física do profissional para construir o vínculo com o usuário, até porque a inclusão digital não é uma realidade de todos, sobretudo nos contextos mais vulneráveis social e economicamente.

O presente estudo ainda evidenciou a dificuldade dos serviços em estabelecer Planos de Comunicação entre os funcionários (41,6%), possivelmente devido às constantes mudanças de conduta no cenário nacional, o que pode ter causado ainda mais incertezas e medos nos trabalhadores a respeito das condutas a serem seguidas. Essas dificuldades de comunicação podem ter enfraquecido também a integração da APS com os direcionamentos e fluxos para os demais serviços da RAS, o que pode ter prejudicado o enfrentamento dessa problemática.

Um estudo sobre a atuação de Cuba na pandemia demonstrou que ao conseguir articular as medidas dos serviços de saúde, foi possível obter uma baixa circulação viral entre a população, baixa letalidade pela COVID-19 e a ocupação dos leitos de Terapia Intensiva não ultrapassou sua capacidade total. A estreita relação da APS integral e integrada com a rede hospitalar destaca a estratégia de organização do serviço de saúde cubano, o qual também realizou melhorias e ampliação da infraestrutura desse setor, otimizou a produção e a vinculação de novos medicamentos e tecnologias, bem como aumentou o quantitativo, a formação e a proteção dos recursos humanos nesse contexto (GIOVANELLA et al., 2021).

Esse descompasso entre as Medidas Administrativas e de Organização do Trabalho, associada à sobrecarga dos serviços de saúde, pode estar fortemente relacionada à avaliação dos trabalhadores de que foram parcialmente satisfatórias as mudanças capazes de garantir não só a segurança dos usuários e profissionais da saúde, mas também a qualidade na assistência (51,9%). A percepção dos trabalhadores sobre a incapacidade dos serviços em implementarem na prática as recomendações são um reflexo de como a APS no Brasil é tratada pelos governantes, o que demonstra a urgente necessidade de modificar essa realidade para que o enfrentamento de crises sanitárias tenham melhores desfechos. Os profissionais da Atenção Primária tem conhecimento local sobre as reais necessidades dos usuários e possuem vínculo com os mesmos, o que significa que o serviço tem propriedade para atuar porque sabe os melhores meios para se atingir esses objetivos, o que potencializa a sua finalidade de prestar cuidado integrado, longitudinal e com ações estratégicas a nível territorial.

Análise crítica acerca do enfrentamento da pandemia por diferentes países da América Latina destacou que os sistemas de saúde mais bem preparados para o enfrentamento da Pandemia da COVID-19 foram os que impulsionaram os serviços

da APS desde o início da crise sanitária (GIOVANELLA et al., 2021). Além de adotarem medidas de isolamento e distanciamento físico e social, também tiveram uma visão epidemiológica crítica e levaram em consideração os determinantes sociais do complexo processo transmissão, isolamento e tratamento (GIOVANELLA et al., 2021). A presente pesquisa vai ao encontro do que se acredita a respeito do processo saúde/adoecimento das pessoas, bem como demonstra a importância de investir em serviços de acesso prioritário e com conhecimento sanitário territorial. Investir no trabalhador e nesse nível de atenção poderia modificar os delineamentos da pandemia, bem como seria mais resolutivo e teria maior impacto no enfrentamento de grandes problemas em saúde pública e coletiva.

Sobre as Medidas de Gestão de Recursos Humanos e Reorganização do Serviço, constatou-se que 51,9% dos participantes do estudo responderam que não houve a capacitação para os profissionais remanejados para outras atividades. Este fato permite sugerir que os serviços não tiveram tempo hábil de capacitar esses profissionais para novas atividades, o que pode ter ocasionado um descontentamento com o trabalho e sentimentos de medo e insegurança, pois depararam-se com outros setores e atividades desconhecidas até então. O fato de os profissionais encontrarem-se em desvio de função foi um fator apontado por enfermeiras como desencadeador de insatisfação no trabalho (MOREIRA et al., 2019), resultado que reforça a hipótese da presente pesquisa sobre o impacto da reorganização de recursos humanos em novos postos de trabalho.

Em contrapartida, apesar de todos os desafios de recursos humanos e estruturais da APS, favoravelmente viu-se que uma expressiva parcela dos profissionais responderam que os indivíduos do Grupo de Risco foram remanejados para outras atividades que não tivessem contato direto com usuários na unidade (51,9%), o que vai ao encontro do preconizado pelo Ministério da Saúde sobre proteger a saúde daqueles que têm condições de saúde mais vulneráveis.

Quanto aos afastamentos por motivos de saúde, os participantes do estudo responderam que foram contempladas as normativas de saúde sobre o afastamento dos profissionais com sintomas gripais ou contactantes de casos positivos para COVID-19 (80,5%), além de ser respeitado o prazo para retorno às atividades na unidade de saúde (72,7%%). Acredita-se que nem todos os participantes sabiam com certeza quais eram os critérios de retorno às atividades laborais, por isso que o



percentual não foi de 100%. Porém, acredita-se que as unidades tenham respeitado esses critérios exigidos pelo MS com todos os profissionais.

Um dado preocupante foi de que 70,1% responderam que os profissionais afastados não foram substituídos por outros, o que evidencia o quanto os profissionais que permaneceram no serviço estavam sobrecarregados diante de tantas atividades, além de que o serviço pode ter apresentado dificuldades em atender as demandas dos usuários. Os afastamentos dos trabalhadores da saúde na Pandemia foram muito numerosos, independente da complexidade e da densidade tecnológica do serviço, porque muitos trabalhadores infectaram-se e afastaram-se de suas atividades. No caso específico da APS, possivelmente o número de profissionais que fizeram a cobertura dos atestados tenha sido menor porque a maior parte dos profissionais atuavam nos hospitais.

Lamentavelmente, mais da metade dos profissionais responderam que não puderam contar com um espaço de escuta e acolhimento, bem como a inexistência de apoio psicossocial em nenhuma modalidade (virtual ou presencial), o que evidencia a falta de suporte psíquico. Esses dados corroboram o quanto os serviços de saúde tiveram grandes dificuldades em contemplar ações e medidas que tivessem por objetivo fornecer conhecimento (capacitações), condições de trabalho (equipamentos de proteção), gestão de recursos humanos (substituições em casos de afastamentos) e suporte em saúde (acolhimento e apoio psicossocial), demonstrando as várias dimensões da vulnerabilidade profissional. Os dados referentes a esse último domínio do *CheckList* apontaram que 60 participantes (n=77) responderam que pelo menos 6 medidas foram contempladas.

Estudo sobre transtornos mentais em profissionais da saúde durante a pandemia demonstrou que sintomas de depressão, estresse e ansiedade foram constatados em todas as categorias. Os autores apontaram a necessidade ações estratégicas e comunicações inter e intraequipes sobre as condições de saúde mental dos trabalhadores, e que intervenções remotas ou presenciais precisam ser adotadas como medidas protetivas, durante e após a pandemia, devido às grandes alterações de vida e rotinas laborais ocasionadas (CAMPOS et al., 2021).

Os resultados permitiram perceber que cada unidade pode ter tido suas dificuldades particulares devido às condições de infraestrutura pré-existentes, ao restrito quadro de profissionais, aos baixos investimentos nas condições de trabalho

e ao apoio à formação profissional. A falta de condições da gestão municipal em contemplar essas medidas, nesse e em outros momentos, foi agravada pela Pandemia da COVID-19. Rotinas, programas de saúde e demandas foram fortemente abaladas nessa crise sanitária.

Expressiva parte dos investimentos do setor saúde do município em estudo foram destinados à Unidade de Pronto Atendimento, ao ponto de triagem e ao hospital da cidade (SMS, 2020). Nesse sentido, o fato de vários itens recomendados não serem contemplados pode ser em decorrência desse motivo, o que provocou impactos no contexto de trabalho e na saúde dos profissionais.

Porém, é indispensável destacar que o município pesquisado vivenciou uma situação caótica na demanda por leitos de terapia intensiva. A gravidade dos pacientes com COVID-19 fez com os gestores direcionassem expressiva parte dos recursos financeiros para os equipamentos de alto custo de um setor de alta densidade tecnológica. Fato corroborado pelos dados do Painel Coronavírus da Secretaria Estadual de Saúde que demonstraram uma ocupação de 165% da UTI COVID no período mais crítico (maio de 2021) da pandemia (SES-RS, 2021).

Durante o aumento exponencial no número de infecções pelo Coronavírus no Brasil, o Instituto de Estudos em Políticas de Saúde dimensionou a alocação de recursos hospitalares necessários ao enfrentamento da COVID-19 nas regiões de saúde brasileiras, e constatou que em 72% delas o número de leitos de UTI no SUS era inferior ao considerado adequado (dez leitos para cada cem mil habitantes) em um ano típico, sem a influência da COVID-19 (RACHE et al., 2020). Resultado preocupante que pode trazer um panorama da gravidade da situação neste pequeno município do interior do RS.

Acredita-se que dentro das possibilidades, muitos esforços foram dispensados para frear o avanço das infecções e não sobrecarregar os hospitais. Ainda que os usuários tenham enfrentado impasses no setor saúde, acredita-se que os trabalhadores também sofreram impactos na saúde física e mental em decorrência dessa circunstância. Trabalhar em condições pouco favoráveis, muitas vezes em locais remanejados e sem capacitação, conviver diariamente se expondo ao vírus e com medo/receio de desenvolver a doença consistem em vivências de grandes riscos de adoecimento aos profissionais da saúde da Atenção Primária.

### **6.3 Discussão dos resultados referentes às escalas do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento**

Com relação aos resultados das escalas que compõem o ITRA, a escala de Avaliação do contexto de Trabalho apresentou no domínio “Organização do Trabalho” a avaliação Grave para o item “As tarefas são repetitivas”. Este resultado grave também foi encontrado no estudo de Maissiat, Lautert, Dal Pai e Tavares (2015) com diferentes categorias profissionais da Atenção Básica em outro município do sul do brasileiro. Esse resultado pode ser o reflexo do quanto seguir os Protocolos de Atendimento à COVID-19 e outras Síndromes Gripais, juntamente com os fluxos de atendimento e direcionamentos na rede de saúde, torna repetitiva e por vezes cansativa a rotina de trabalho dos profissionais, sobretudo em uma circunstância de alta demanda.

Esse dado torna-se ainda mais preocupante ao observar o segundo item com maior pontuação que foi “O número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas”, evidenciado por uma média de 3,39 ( $\pm 1,04$ ). Nesse sentido, a avaliação crítica desse domínio, apontada por 74% dos participantes da pesquisa, se deu principalmente pelo número de pessoas insuficiente e pelas tarefas repetitivas.

Isso corrobora com as demais discussões acerca da carência de profissionais na APS, agravadas pelo número daqueles afastados por licença saúde e não substituídos por outros, evidenciando a sobrecarga de trabalho repetitivo desses trabalhadores. Resultado avaliado como grave nesse item da EACT foi encontrado em outra pesquisa (MAISSIAT, LAUTERT, DAL PAI, TAVARES 2015), o que permite supor que nos municípios no interior do RS essa é uma realidade comum, visto que a maior parte dos profissionais pode estar atuando em hospitais ou em cidades de maior porte. Além disso, estudo transversal com 50 enfermeiras de 34 ESFs do Estado da Paraíba constatou avaliação crítica para o mesmo item da EACT nas equipes do Programa Mais Médicos, enquanto nas equipes convencionais esse item apresentou avaliação positiva (OLIVEIRA; PEDRAZA, 2019).

Além desse estudo realizado no período que antecede a pandemia, outra pesquisa realizada em Unidades Básicas de Saúde mineiras constataram que a escassez de recursos humanos, físicos e materiais, somados à sobrecarga de trabalho, foram considerados alguns dos fatores desencadeadores de insatisfação

no trabalho, e as autoras discutiram o quanto a cronificação do estresse gerado por essas circunstâncias podem ocasionar adoecimento (MOREIRA et al., 2019).

Ciente da necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre os comprometimentos dos pacientes pós-covid, Loernic et al. (2021) em estudo com prontuários de pacientes internados no *Emory Healthcare Hospital* em Atlanta nos Estados Unidos constataram que as comorbidades mais comuns foram hipertensão arterial, obesidade e diabetes mellitus. Após a alta desses pacientes, 24,2% necessitaram de atendimento domiciliar (incluindo uso de oxigenoterapia), 7,7% procuraram serviço de emergência e 5,2% precisaram reinternar (LOERINC et al., 2021). Esse estudo demonstrou o quanto a saúde das pessoas acometidas pelo coronavírus pode ter ficado comprometida, o que implica dizer que estas necessitam de acompanhamento domiciliar após a alta hospitalar para prevenir complicações e novas hospitalizações. Trazendo para o contexto da presente pesquisa, percebeu-se a complexidade dos usuários pós-covid que retornam à APS em busca de seguimento do cuidado, bem como os desafios que estes profissionais seguem vivenciando nas USs e ESFs.

Estudo de Debetio (2022) faz uma ampla revisão de literatura sobre a práticas dos enfermeiros hospitalares para continuidade do cuidado na APS dos pacientes com COVID-19, e destaca a importância do profissional e dessa perspectiva de cuidado para mitigar hospitalizações em decorrência de complicações da doença. Em um período anterior à pandemia, experiências exitosas com os Enfermeiros de Ligação em Portugal (MARTINS et al, 2018) e no Canadá (AUED; BERNARDINO; LAPIERRE; DELLAIRE, 2019) demonstraram a interlocução desse trabalhador com o serviço de atenção especializada ou primária para dar seguimento nos cuidados aos pacientes após a alta hospitalar, os quais também são conhecidos Enfermeiro Hospitalar de Enlace e Gestor de Casos (COSTA et al., 2019). Nesse sentido, cabe destacar a importância desses profissionais e dessa tendência de cuidado, a qual vai desde o planejamento da alta hospitalar até a comunicação entre os diferentes serviços da rede de saúde, o que se revela fundamental para o usuário e desafiador para os profissionais de cuidados primários nesse seguimento face às condições adversas de trabalho.

A Organização Mundial da Saúde em 2016 lançou importante documento sobre as Metas de Desenvolvimento do Milênio, na qual reforça o quanto a força de

trabalho que compõe os serviços precisa ser dimensionada de maneira adequada para alcançar os objetivos (WHO, 2016). Essa recomendação da OMS vai ao encontro da percepção do presente estudo, pois acredita-se que o sucesso no enfrentamento da pandemia e das ações que competem à APS estão relacionadas ao aumento do quantitativo profissional, sobretudo diante da complexidade das demandas dos usuários que as unidades atendem.

O segundo domínio da EACT, “Relações Sócio-Profissionais”, apresentou médias e desvio padrão elevados e com avaliação Crítica para o item “Os funcionários são excluídos das decisões”, o que evidencia o descontentamento dos profissionais com relação à falta de participação nas tomadas de decisões nas USs e ESFs. Acredita-se que para se sentirem membros da equipe de saúde os trabalhadores precisam participar da construção do cenário laboral, e que suas percepções, na medida do possível, precisam ser consideradas.

Essa hipótese pode ter mais força quando observamos o terceiro item de que “A autonomia é inexistente”, o que corrobora a grande dificuldade da gestão em envolver os profissionais nas atividades para que os mesmos não se sintam apenas cumpridores de protocolos. Além disso, as contribuições dos trabalhadores são de suma importância na construção do espaço coletivo de trabalho, pois todos agregam diferentes perspectivas para melhorar a APS.

Mendes (2007) aponta que é na lacuna entre o real e o prescrito que o indivíduo encontra espaço para o exercício de sua criatividade, e para exercer a autonomia dentro do contexto laboral. Estudo de Glanzner et al. (2017) constatou que o Prazer dos profissionais da APS relacionou-se à liberdade, à criatividade e à autonomia. Nesse sentido, as autoras mencionaram que essa autonomia faz com que os trabalhadores sintam-se sujeitos do seu trabalho e cria-se o entusiasmo pelo objetivo daquilo que é desenvolvido (GLANZNER et al., 2017).

Vale destacar também o segundo item do domínio mencionado anteriormente, o qual teve como resultado Crítico o fato de que “As tarefas não estão claramente definidas”, o que evidencia a incerteza dos profissionais sobre quais são realmente suas atividades na APS. Esse resultado é compatível com um resultado do *CheckList*, o qual foi avaliado como parcialmente satisfatória a disponibilidade de um Plano de Comunicação sobre o itinerário do usuário com suspeita ou confirmação de COVID-19 ou outra Síndrome Gripal (41,6%) na rede. A falta de clareza na definição

das tarefas foi um item com avaliação grave no estudo de Oliveira e Pedraza (2019). Esses impasses de comunicação podem ter sido um fator dificultador para executar os fluxos e rotinas na unidade, assim como para prestar o cuidado diante das novas demandas dos usuários na pandemia.

Para o último domínio da EACT, “Condições de Trabalho”, constataram-se avaliações Críticas para os itens apontando que “Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas”, além de que “Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários”. Esses resultados revelam o quanto as USs e ESFs enfrentaram grandes dificuldades em oferecer aos profissionais condições básicas para a execução de suas atividades.

Os baixos investimentos na APS não são um fato recente, e infelizmente, agravaram-se na Pandemia da COVID-19. Os profissionais não possuíam condições favoráveis de trabalho em situações cotidianas, o que se agravou em um cenário de sobrecarga de demanda no serviço e de complexidade da doença. A precariedade das condições de trabalho também foi um resultado apontado como crítico pelos participantes de estudo realizado em ESFs na Paraíba (OLIVEIRA; PEDRAZA, 2019), o que influenciou na satisfação profissional desses trabalhadores da APS.

Pautada pela estratégia “Saúde Mais Perto de Você” na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como um grande desafio para a saúde pública brasileira, as dificuldades na expansão territorial de alcance da Atenção Primária são marcadas historicamente pela carência de investimentos na saúde de baixa densidade tecnológica (BRASIL, 2012c). Sabe-se que os baixos investimentos refletiram-se nas condições das unidades existentes, o que foi corroborado pelos achados das Medidas de Engenharia e pelo domínio das Condições de Trabalho da EACT. Nesse sentido, percebeu-se o quanto a APS enfrentou sérios entraves para sua consolidação como promotora da saúde na pandemia, e o quanto isso afetou os profissionais que se dedicaram a desenvolver as estratégias desse serviço.

Nesse contexto, a partir das médias de cada domínio da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho, obtiveram avaliação crítica a “Organização do Trabalho” segundo 74% dos participantes, as “Relações Sócio-Profissionais” (51,9%) e as “Condições de Trabalho” (55,8%). Esses dados revelam o quanto o contexto de trabalho, na perspectiva dos profissionais, encontrava-se em situação crítica e com

necessidade de investimentos por parte do setor público, dada a importância desse serviço de promoção da saúde no município.

Estudo realizado no Estado do Pará utilizou dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) para avaliar as condições de trabalho e a composição das Equipes de Saúde da Família. Este problematizou desde a precarização contratual do trabalho para conformação das equipes, comentou sobre as falhas na infraestrutura de acolhimento para a equipe multiprofissional e mencionou a precarização da APS com a nova Política Nacional de Atenção Básica vigente desde 2017. Os autores apontaram a necessidade de melhorias nas condições de trabalho da APS para prevenir acidentes de trabalho e riscos de adoecimento dos trabalhadores, e nesse sentido enfatizaram o aumento da resolutividade dos serviços caso esses critérios fossem atendidos (ALVARENGA; OLIVEIRA; PINHEIRO; CARNEIRO, 2018).

Em relação ao Custo Humano no Trabalho (ECHT), todos os domínios foram avaliados como Críticos, sendo os Custos Afetivos conforme 50,6% dos trabalhadores, os Custos Cognitivos segundo 51,9% e os Custos Físicos na perspectiva de 55,8% dos profissionais. Os Custos Afetivos apresentaram avaliações mais críticas, das quais se destacaram os itens “Ter controle de emoções” e “Ser obrigado a lidar com agressividade dos outros”. Esses resultados são preocupantes porque refletem o quanto os profissionais estão expostos à violência em decorrência da conduta dos usuários, o que permite lembrar que alguns territórios são de extrema vulnerabilidade social. Nesse contexto de desgaste emocional, salienta-se o quanto as possíveis situações de desassistência aos usuários ou dificuldades do serviço foram agravadas pela pandemia e podem ter alavancado essas situações de violência. Infelizmente, o caos na saúde somado à vivência da agressividade certamente geraram um grande custo aos trabalhadores, que pode se refletir nas atividades laborais cotidianas e na vida pessoal.

Estudo no período pré-pandêmico com profissionais da APS na Espanha apontou que 53% do total de agressões registradas no período do estudo ocorreram com médicos, 4,7% com agressão física e 36,1% devido à insatisfação do usuário com o atendimento (DEL RINCÓN et al., 2016). Percentual semelhante também foi encontrado com médicos (52,6%) vítimas de violência física (18,3%) em Belgrado na Sérvia (FISEKOVIC; TRAJKOVIC; BJEGOVIC-MIKANOVIC; TERZIC-SUPIC, 2015).

Olímpio et al. (2021) apontaram que os pacientes foram os principais perpetradores da violência no ambiente de saúde, e que uma mudança de paradigma depende de condições e organizações de trabalho com vistas a proteger os trabalhadores das repercussões negativas vivenciadas, dada a multicausalidade desse fenômeno.

O segundo domínio da ECHT, Custos Cognitivos, apresentou como resultados de maior destaque a avaliação Grave para o item “Usar a memória” e avaliação Crítica sobre “Ter concentração mental”. Com relação a esses custos, acredita-se que o fato de usar a memória de forma contínua seja porque os profissionais da APS cuidam dos usuários de uma região adscrita, os quais são geralmente os mesmos que vêm à unidade em busca de atendimento. Nesse sentido, supõem-se que o histórico de saúde e o vínculo do usuário exigem do profissional esse uso da memória com frequência, e que isso requer concentração mental para lembrar do maior número de informações possível. Esse investimento do profissional para concentrar-se em seu trabalho também está fortemente relacionada à área da saúde, na qual a segurança do paciente requer que o profissional tenha concentração no que está executando. Possivelmente, no caso do contexto em estudo, os profissionais já se encontram em uma situação desgastante.

O terceiro e último domínio da ECHT busca conhecer os “Custos Físicos” do trabalho aos profissionais, foi constatada a avaliação Grave no item “Usar as mãos de forma repetida” com média de 3,75 ( $\pm 1,30$ ). Esse resultado pode ser em decorrência das características da área da saúde, as quais exigem habilidades manuais com frequência para prestar assistência ao usuário. No caso dos profissionais que não têm esse contato direto, pode ser em decorrência de atividades burocráticas, as quais também geram desgaste para quem as executa. Outro item importante e com avaliação Crítica foi o relacionado à “Caminhar”, pois a maioria dos participantes eram Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais apresentaram desgaste físico para realizar as Visitas Domiciliares (VDs).

Nesse contexto, os domínios da ECHT foram avaliados como Críticos, a saber: Custos Afetivos (50,6% dos profissionais), Custos Cognitivos (51,9%) e Custos Físicos (55,8%). A segunda escala do ITRA requer especial atenção não só durante a pandemia, mas também futuramente para que os profissionais da saúde tenham a menor repercussão possível na vida profissional e pessoal.



Estudo apontou que os sintomas de traumatização indireta (alterações do apetite, fadiga, declínio físico, distúrbios do sono, irritabilidade, desatenção, sonolência, medo e desespero) quando excedem a tolerância psicológica e emocional dos trabalhadores, podem desenvolver transtornos mentais (LI et al., 2020). Khan et al. (2020), em investigação sobre a saúde dos profissionais durante a pandemia na China, constatou que a carência de capacitações sobre EPIs e as estruturas de engenharia inadequadas impactaram na saúde dos trabalhadores.

Diante da circunstância, destaca-se a necessidade de apoio aos profissionais da saúde no enfrentamento da pandemia, bem como posterior a esse período devido ao impacto a longo prazo da sobrecarga física e emocional. Experiência anterior à pandemia da COVID-19 foi a do vírus da influenza aviária humana A em 2013 na cidade de Shanghai, impasse que ocasionou grandes impactos à saúde dos trabalhadores, os quais tiveram maior incidência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (JIANG et al., 2020).

Diante das reflexões apontadas pelos estudos, percebe-se que antes da pandemia da COVID-19 os profissionais já haviam vivenciado situações estressoras no ambiente laboral, as quais impactaram negativamente na saúde física e sócio-psíquica. Nesse sentido, acredita-se que essa circunstância precisaria ser levada em consideração para proteger os profissionais da APS na atual circunstância, visto que os mesmos também não contaram na prática com disponibilidade de EPIs, infraestrutura segura e nem apoio psicológico. Situação esta que constata a exposição aos riscos de adoecimento.

Sobre a Escala de Investigação de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), os domínios relacionados ao Prazer foram considerados satisfatórios por 79,2% para a Liberdade de Expressão e 67,7% para a Realização Profissional. Enquanto para o Sofrimento, 39% avaliaram como crítico o Esgotamento Profissional e 53,2% a Falta de Reconhecimento.

No primeiro domínio relacionado ao Prazer, intitulado Liberdade de Expressão, todas as avaliações foram Satisfatórias, com maior destaque para a “Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas” e “Liberdade com a chefia para negociar o que precisar”. Os resultados desses itens são animadores, pois evidenciam que apesar de todas as dificuldades de infraestrutura e das condições de trabalho, os profissionais da saúde conseguiram estabelecer relações

que favoreceram a liberdade para a comunicação entre colegas e chefias, o que se entende que torna o ambiente de trabalho mais saudável apesar das dificuldades.

O segundo domínio, Realização Profissional, também trouxe dados relacionados ao Prazer, e teve resultados de avaliação Satisfatória os itens “Orgulho pelo que faço” e “Gratificação pessoal com as minhas atividades”. Acredita-se que apesar das dificuldades do serviço e sobrecarga ocasionadas pela pandemia, a motivação dos profissionais da saúde para dar seguimento às atividades consiste nessa satisfação e orgulho pessoal. Identificar-se com a sua categoria profissional e com as atividades executadas motivou os trabalhadores a continuarem nos seus cargos nesse serviço de extrema importância para frear o avanço da doença.

Um dado intrigante foi mencionado no estudo de Sun, Shi e Jiao (2020), o qual ao estudar a experiência psicológica de cuidadores de pessoas com a COVID-19 demonstrou a possibilidade de coexistência de sentimentos positivos e negativos durante a pandemia. Os estudiosos apontaram que emoções positivas foram vivenciadas por profissionais com melhores níveis de autocontrole, autorreflexão, responsabilidade profissional, cognição racional, atos altruístas e de apoio à equipe (SUN; SHI; JIAO, 2020). Esses resultados permitem sugerir que apesar de todo um contexto desfavorável de trabalho e sobrecarregados, esses profissionais conseguiram elaborar as experiências negativas e o orgulho em cuidar de pessoas nesse contexto se sobrepôs, fazendo com que as mesmas superassem as dificuldades e não abandonassem suas atividades.

Entretanto, no mesmo domínio mencionado que se relaciona ao prazer, dois itens apresentaram baixos valores de média, o que conferiu a avaliação Crítica para “Valorização” e “Reconhecimento”. Infelizmente, identificar-se com as suas tarefas e sentir orgulho do que se faz esbarra nesses sentimentos de não se sentir valorizado por aquilo que se executa, bem como de sentir que não reconhecem o valor do seu trabalho, o qual consiste em cuidar, proteger e salvar vidas.

Infelizmente, essa é uma realidade da maioria dos profissionais da saúde, cabendo destacar que o estudo contou com a maior participação de Agentes Comunitário de Saúde (baixa escolaridade, baixos salários), Técnicas de Enfermagem e Enfermeiras(os) (histórico de anos de desvalorização como categoria profissional e baixa remuneração). Campos e Lombardi (2018), em estudo com profissionais da enfermagem, problematizaram o quanto os trabalhos relativos ao

cuidado com “o outro” são pouco valorizados socialmente, e portanto, estiveram rotulados aos atos de caridade exercidos por pessoas com baixa qualificação e do meio doméstico. Essas concepções equivocadas sobre o ato de cuidar faz com que os profissionais sintam-se inferiores em relação a outras profissões, bem como haja a desvalorização dessas categorias profissionais de maior participação do estudo.

O Esgotamento Profissional se mostrou Crítico, destacando-se sobretudo o “Estresse”, o “Esgotamento emocional” e a “Sobrecarga”. Esses resultados evidenciam tamanho desgaste dos profissionais da saúde, pois a sobrecarga de trabalho ocasionada pela Pandemia da COVID-19 impactou seriamente os níveis de comprometimento emocional desses trabalhadores. Acredita-se que situações de estresse nesse contexto, muito possivelmente, fazem parte porque tratam-se de situações atípicas, e o contexto de sobrecarga pode gerar transtornos psicoemocionais. Porém, essas situações poderiam ser amenizadas caso houvesse apoio psicológico e disponibilidade de outros recursos para enfrentá-las.

Durante o enfrentamento da pandemia na China, estudo evidenciou o quanto a escassez de recursos materiais, a ausência de protocolos e medicações assertivas para o tratamento da COVID-19, juntamente com a sobrecarga de trabalho nos hospitais, podem ter impactado na saúde dos profissionais. Devido às grandes pressões e preocupações sobre o avanço da doença, pertencer ao sexo feminino demonstrou maior risco para a manifestação de sintomas depressivos, ansiedade, insônia e angústia (LAI; MA; WANG, 2020). Estudo com 51 Unidades Básicas de Saúde de Londrina (Paraná) demonstraram nível médio de estresse em todas as categorias profissionais, com destaque para o ambiente considerado estressante por 96% dos enfermeiros (19% pela alta demanda), 77% dos médicos (18% pela carga horária excessiva) e e 73% dos auxiliares de enfermagem (19% devido à postura inadequada de usuários) (LENTINE; SONODA; BIAZIN, 2020).

Estudo com profissionais de saúde da Atenção Primária do município de Registro (São Paulo) evidenciou o quanto a pandemia provocou impactos na vida dos trabalhadores desse serviço, ocasionando distanciamento da rede sócioafetiva e sentimentos desagradáveis no que se refere às mudanças de rotinas laborais e gerenciamento das relações. Na unidade de saúde em estudo, foi observado que as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) foram um recurso aplicado entre pelos trabalhadores que possuíam formação na área como uma

estratégia de cuidado com a saúde mental (PEREIRA, ROCHA, FOGAÇA, SCHVEITZER, 2022). Nesse sentido, evidencia-se o quanto durante esse período de sofrimento no trabalho os próprios profissionais constituíram-se em redes de apoio mútuo, utilizando-se de recursos alternativos para alívio do estresse.

Em relação ao Sofrimento (EIPST), foi constatado que metade destes obtiveram avaliação Crítica devido aos itens “Falta de reconhecimento do meu esforço” e “Indignação”. Esses resultados apontam o descontentamento vivenciado, muito possivelmente isso relaciona-se à falta de reconhecimento do grande esforço desses profissionais da linha de frente no município. Dados esses que vão ao encontro dos resultados críticos dos itens “Valorização” e “Reconhecimento” encontrados no domínio Realização Profissional.

Reportando aos conhecimentos de Mendes (2007), a autora afirma que o equilíbrio das vivências de prazer e sofrimento passa por um estado disposicional do trabalhador para a saúde no ambiente laboral. Nessa perspectiva, a construção de sua identidade e a luta para evitar o adoecimento no trabalho estão relacionadas ao reconhecimento dos investimentos que esses profissionais fazem no e para o trabalho (MENDES, 2007). Nesse sentido, os resultados demonstram a necessidade de os gestores reconhecerem os esforços e as qualidades dos trabalhadores da APS, visto que isso pode evitar o adoecimento físico e emocional, além de tornar o ambiente laboral mais saudável mesmo diante de tantas adversidades.

Estudo de Baptista et al (2022) apontou como grave o esgotamento profissional e crítico a falta de reconhecimento do trabalho de profissionais da saúde. Nesse sentido, as autoras apontam a necessidade de a gestão dos serviços reverterem esse cenário para proteger a saúde psíquica dos trabalhadores e mitigar os riscos de adoecimento. Em estudo de Mello et al. (2020) com profissionais da saúde de ESFs foram encontradas as mesmas avaliações para o prazer e o sofrimento no trabalho, e constatou-se que os agravos por transtornos mentais e comportamentais foram um dos principais fatores de afastamento do trabalho.

Na Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho, todos os domínios apresentaram avaliação suportável, 39% nos Danos Físicos, 71,4% nos Danos Sociais e 64,9% nos Danos Psicológicos conforme a amostra estudada.

Na EADRT, encontraram-se avaliações Graves no domínio Danos Físicos para “Dores nas costas” e “Dores no corpo”. Possivelmente, as atividades repetitivas

apontadas nos resultados críticos dos Custos Físicos como “Caminhar” e “Usar as pernas de forma contínua” tenham relação com esses apontamentos da EADRT, além de ficar muitas horas em pé e sem fazer intervalo de descanso. O fato de as atividades serem repetitivas, juntamente com as exigências da assistência, podem estar provocando essas dores, as quais aumentaram na pandemia devido à grande demanda de usuários em busca de assistência. Estudo de Mello et al. (2020) também evidenciou a dor nas costas como item grave relacionado a doenças ocupacionais no contexto da APS, e que as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo foram uma das principais causas de afastamento do trabalho.

Com relação aos desgastes físicos, estudo de Quirino e demais colaboradores (2020) realizado com profissionais da saúde em Recife apontou que as dores tensionais na região cervical e na lombar foram frequentes. Os pesquisadores afirmam que esses resultados, somados aos desgastes emocionais da elevada demanda de trabalho na APS durante a pandemia, ocasionaram afastamentos (QUIRINO et al., 2020). Estes resultados do estudo mencionado anteriormente, juntamente com os resultados da presente pesquisa, demonstraram o quanto as exigências diárias do contexto laboral acometeram a saúde física desses profissionais, custos estes que quando passam por um processo de cronificação tornam-se em danosos à saúde.

Sobre os “Danos Sociais” foi constatada avaliação Crítica no item “Vontade de ficar sozinho”, o que permite supor que os grandes custos apontados na ECHT e na EIPST podem estar ocasionando essa vontade de isolar-se das pessoas como um meio de afastar-se dos problemas cotidianos. Ainda que tenham tido avaliação Suportável, os itens a seguir merecem especial destaque: “Impaciência com as pessoas em geral”, “Conflitos nas relações familiares” e “Agressividade com os outros”. Esses resultados apontam o quanto o contexto, a sobrecarga e as situações vivenciadas no trabalho estão refletindo nas relações desses profissionais fora do trabalho. Esse dado da agressividade pode ter relação com o fato de terem que lidar com situações de agressividade como apontado no domínio dos “Custos Afetivos”.

A Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho destaca o quanto os contextos de organização do trabalho podem ocasionar danos psicossociais e/ou físicos ao trabalhador. Ainda que esses estudos não sejam pontualmente em serviços de saúde, cabe salientar que no ano de 2019 este órgão lançou o Terceiro

Inquérito Europeu às Empresas sobre Riscos Novos e Emergentes, no qual enfatiza que o mundo do trabalho passa por constantes modificações e gera riscos à saúde, o quais se originam desde a forma como o trabalho é concebido, organizado e gerido. Também sob influência do contexto social e econômico, a agência aponta que estresse, violência e assédio consistem em impactos psicossociais que conduzem à deteriorização da saúde física e mental dos trabalhadores. Nessa perspectiva, enfatiza-se o quanto os locais de trabalho precisam conhecer a sua realidade e analisar suas particularidades para fazer a gestão dos fatores de risco. Para modificar essa realidade, aponta como meios de lidar com esses impasses o investimento na formação profissional e modificações na organização do trabalho (EU-OSHA, 2010, 2019).

Em relação aos “Danos Psicológicos”, destacaram-se com avaliação Crítica os itens referentes à “Tristeza” e ao “Mau-humor”. Esses resultados permitiram constatar o quanto a sobrecarga de trabalho e o contexto de Pandemia da COVID-19 afetaram o humor dos profissionais, o que pode estar influenciando progressivamente no risco de adoecimento. Essa hipótese pode ser sustentada pela “Vontade de desistir de tudo” e o “Sentimento de desamparo”, pois mesmo que tenham apresentado uma avaliação Suportável, a longo prazo esses sentimentos podem ocasionar um dano que afaste o profissional de suas atividades.

Resultados graves e classificados como doença ocupacional foram encontrados no estudo de Mello et al. (2020) em ESFs, os quais estiveram relacionados à “Tristeza”, à “Vontade de desistir de tudo” e à “Sensação de abandono”. Os resultados da presente pesquisa não apontaram doenças ocupacionais, porém, salienta-se a necessidade de intervenções no contexto laboral.

O impacto da pandemia na saúde psíquica dos trabalhadores já havia sido destacado no estudo de Wu, Fang e Guaz (2009) durante o surto da gripe em 2009, apontando que a equipe médica e de enfermagem viveram muitos desafios nesse cenário. Medo e ansiedade foram mais vivenciados no início da pandemia, e posteriormente a depressão, os sintomas psicofisiológicos e o estresse pós-traumático apareceram no decorrer do tempo. O estudo também apontou como causa comum de trauma o fato de estar isolado, trabalhar em ocupações de alto risco e ter contato com pessoas infectadas (WU; FANG; GUAN, 2009). Já tendo vivenciado essa experiência semelhante, e na tentativa de minimizar esses

impactos, a Universidade e o Centro de Saúde Mental de Wuhan criaram equipes de intervenção psicossocial, psicológica, médica e equipes de assistência psicológica (KANG et al., 2020). Essa experiência da China demonstra a valorização e os esforços dos gestores em promover a saúde psíquica dos profissionais da saúde para minimizar os impactos ocasionados por essa crise sanitária.

#### **6.4 Discussão dos resultados sobre as correlações entre o *CheckList* de Saúde dos Trabalhadores com as escalas do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento**

Os achados do presente estudo evidenciaram que os profissionais avaliaram melhor o seu contexto de trabalho quando foram proporcionadas ferramentas que os apoiem no desenvolvimento de suas atividades na APS, dado constatado pela correlação inversa ( $r = -0,32$ ) entre o número de Ferramentas de Apoio recomendadas com as avaliações das Condições de Trabalho da EACT. Além disso, os profissionais da saúde também perceberam que as condições de trabalho são piores quanto menor o número de Medidas de Gestão forem contempladas ( $r = -0,32$ ), bem como o quanto Medidas Administrativas impactaram nas Relações Sócio-Profissionais ( $r = -0,28$ ).

Esses resultados permitiram entender que a maneira como os trabalhadores perceberam o seu contexto de trabalho relacionou-se com o equilíbrio entre o que é proporcionado a partir das Ferramentas de Apoio (capacitações sobre síndromes gripais, paramentação com os EPIs e acesso a recursos digitais com informações sobre a COVID-19) com as Condições de Trabalho (espaço físico, instrumentos, equipamentos e materiais de consumo adequados e suficientes). Além disso, essas condições também se relacionaram com a Gestão dos Recursos Humanos (como remanejamentos, substituições e apoio da gestão) para que pudessem executar suas atividades. Desse modo, existiu a necessidade de uma relação harmônica entre a tríade Ferramentas de Apoio, Gestão de Recursos Humanos e Reorganização do Serviço para que o ambiente laboral seja bem avaliado pelo trabalhador.

Indispensável destacar nessa discussão o quanto os profissionais associaram avaliações negativas das suas condições de trabalho quando os serviços não implementaram na prática Medidas de Engenharia ( $r = -0,57$ ,  $p = 0,000$ ) e Medidas

Administrativas ( $r = -0,60$ ,  $p = 0,000$ ), evidenciadas estatisticamente pela correlação inversa regular e forte respectivamente.

Esse resultado corrobora o quanto os profissionais da saúde perceberam a infraestrutura dos serviços relacionadas com a segurança e a saúde do ambiente de trabalho onde atuam. Nesse item das recomendações do MS, destacaram-se a importância que os trabalhadores dão para o fornecimento dos EPIs em quantidade e qualidade adequadas, para as áreas exclusivas de isolamento respiratório, para as barreiras físicas de proteção e para os locais de higiene de mãos. Precariedade dos instrumentos e do posto de trabalho, espaço físico inadequado e material de consumo insuficiente foram os itens da EACT com avaliações mais críticas, demonstrando o quanto esses itens das Condições de Trabalho relacionaram-se à não implementação das Medidas de Engenharia recomendadas pelo MS.

Vale destacar também o quanto as Medidas Administrativas e de organização dos processos de trabalho são indispensáveis, não somente para garantir atendimento aos usuários como para proteger a saúde dos profissionais. Ampliação dos horários de funcionamento para evitar aglomerações, Plano de Comunicação com clareza das normas e fluxos do usuário na rede de saúde, medidas de conservação do ambiente e monitoramento pela gestão são de suma importância, porém foram itens apontados com problemas para sua implementação na prática. O fato de não serem contemplados de forma satisfatória relacionou-se às avaliações dos trabalhadores de que “o ambiente físico é desconfortável” e “as condições de trabalho oferecem riscos às pessoas”, conforme visto no domínio das Condições de Trabalho. Assegurar esses elementos aos profissionais é proporcionar um ambiente saudável no trabalho, o qual é fundamental para que de fato sejam desenvolvidas práticas laborais com excelência na APS.

Esses itens recomendados pelo MS, como importantes para proteger os trabalhadores na pandemia da COVID-19, são fundamentais e elucidaram as hipóteses do presente estudo. Os dados encontrados por esta pesquisa vão ao encontro do que os estudos demonstraram sobre a avaliação da satisfação dos trabalhadores no âmbito laboral. Trabalhadoras de ESFs apontaram sobre o impasse de focar o trabalho no aumento da produtividade devido à alta demanda e das condições críticas de trabalho onde exerciam suas atividades, o que influenciou negativamente na satisfação profissional (OLIVEIRA; PEDRAZA, 2019).



Nessa perspectiva, os antecedentes do processo de saúde e adoecimento avaliados no presente estudo permitiram observar o quanto o contexto de trabalho da APS oferece riscos aos trabalhadores. Essa colocação afirma-se pelo fato de que todos os domínios do *CheckList* apresentaram correlação inversa com as Condições de Trabalho da EACT. Tal problemática conduz às reflexões e aos conhecimentos da Psicodinâmica do Trabalho, os quais afirmam a não neutralidade do ambiente laboral nos riscos de adoecimento do trabalhador (MENDES; FERREIRA, 2007).

Para este estudo, as correlações inversas entre as Medidas de Controle Administrativo e a Organização do Trabalho relacionaram-se negativamente com os Custos Afetivos dos profissionais. Nessa perspectiva, as dificuldades em reorganizar o serviço na Pandemia da COVID-19 geraram sentimentos que impactaram no controle dessas emoções no trabalho. Além disso, os Custos Cognitivos também foram impactados pela falta de adesão de Medidas Administrativas, o que permitiu perceber que as exigências de esforços intelectuais e mentais, para lidar com imprevistos e resolver problemas, foram provocados pela carência dessas recomendações. Constataram-se também o quanto as dificuldades na Gestão dos Recursos Humanos impactaram nesse sentido, evidenciando o quanto a não adesão dessas medidas tornou o âmbito laboral de grande sobrecarga mental, visto que as demandas do serviço, somadas aos problemas e improvisos, gradativamente podem adoecer o profissional.

Salienta-se também o quanto as atividades delegadas à APS foram impactadas por essas dificuldades organizacionais. Estudo de Souza et al. (2021) com enfermeiras da APS durante a vacinação contra a COVID-19 evidenciou que, mesmo o MS tendo lançado um plano nacional para operacionalização da vacinação, os municípios não tiveram tempo hábil para preparar os profissionais da saúde. Os participantes do estudo destacaram principalmente quatro impasses, os quais ocorreram na Gestão devido à confusão nos registros e nas orientações à população sobre as diferentes vacinas em um contexto de baixo quantitativo de trabalhadores. Na Educação, pela carência de orientações técnicas e pela educação permanente considerada insuficiente, na Assistência pelas falhas na busca ativa para continuidade do cuidado individual e coletivo e na Política devido ao enfrentamento da ideologia “antivacina” (SOUZA et al., 2021).

Esses achados apontam o descompasso entre o que é previsto pelas políticas públicas e o que realmente representa a vivência dos serviços e dos profissionais, nessa perspectiva, pode-se dizer que o resultado das ações e das atividades da APS consistiu no que os profissionais conseguiram executar da melhor forma possível dentro desse cenário limitado. A prevenção da doença e a promoção da saúde consistem em perspectivas de cuidado extramuros que carecem de um modelo organizacional diferenciado para de fato ser exequível.

Cabe considerar que a saúde primária durante a pandemia deparou-se com grandes barreiras estruturais, administrativas, de recursos humanos e de qualificação profissional. O estudo exposto suscita o debate a respeito do dilema vivenciado pelos trabalhadores nesse contexto, os quais se encontravam em circunstâncias de cobrança por resultados resolutivos em um contexto laboral com fragilidades estruturais. Além disso, os recursos humanos sequer possuíam respaldo de conhecimento técnico e científico adequado para exercerem suas atividades com segurança e qualidade. Os problemas das condições de trabalho, somadas à carga de responsabilidade vivenciada pelos profissionais da saúde nesse contexto de crise sanitária, criaram um ambiente gerador de vivências negativas e com sentimentos de impotência diante dessas circunstâncias, o que pode gerar doenças ocupacionais pela cronificação dessas experiências.

Cabe destacar a única escala do ITRA que apresentou correlação positiva com as medidas recomendadas para os serviços de saúde. Quanto ao Prazer e ao Sofrimento no Trabalho (EIPST,) avaliados pela Liberdade de Expressão, os mesmos relacionaram-se com as Ferramentas de Apoio e com as Medidas de Engenharia dos Serviços. A liberdade de expressão, a confiança e a solidariedade entre os profissionais foi maior onde havia mais suporte de capacitação e acesso a recursos que sanassem suas dúvidas, bem como uma infraestrutura que contasse com mais segurança e equipamentos de proteção aos trabalhadores e aos usuários.

Constatou-se que a avaliação positiva desse domínio relacionado ao Prazer deu-se pela união desses elementos essenciais. Recursos de formação/qualificação profissional, juntamente com as medidas estruturais e protetivas aos trabalhadores, fazem com que as relações de trabalho sejam melhores mesmo que as demandas de trabalho sejam elevadas.

Ainda sobre a EIPST, percebeu-se que a Realização Profissional também esteve relacionada às Medidas Administrativas, pois para os participantes desse estudo ter clareza nos planos de comunicação, ampliação de horários para evitar aglomerações e monitoramento das medidas protetivas pela gestão são fatores que influenciam na maneira como o indivíduo percebe o seu trabalho. Contemplar essas medidas demonstrou o quanto os profissionais da saúde, apesar da gravidade do contexto, se identificaram com suas tarefas, sentiram orgulho e motivação para continuarem trabalhando na linha de frente e para conter o avanço das infecções.

Ainda que os trabalhadores sentissem um descontentamento pela não implementação de outras medidas recomendadas pelo MS, também existiram vivências de Prazer quando outros elementos do contexto laboral favoreciam o exercício de suas atividades.

O fato de os profissionais sentirem-se realizados exercendo suas atividades pode estar relacionado à mobilização de mecanismos como o autocontrole de emoções, cognição racional, responsabilidade profissional e de apoio aos demais membros da equipe da mesma forma que o ocorrido no cenário do estudo de Sun, Shi e Jiao (2020). Esses resultados vão ao encontro das reflexões do estudioso da Psicodinâmica do Trabalho, o qual afirma que o trabalho está relacionado não só à inserção social mas também à satisfação do indivíduo, e que portanto são influenciadas pelas relações intersubjetivas e sociais da organização do trabalho (DEJOURS, 1987).

Nos domínios relativos ao Sofrimento foi constatado que quanto mais Medidas Administrativas do *Checklist* foram contempladas na Atenção Primária, menor foi o Esgotamento Profissional avaliado pelos trabalhadores. A presença de materiais informativos sobre prevenção da COVID-19, plano de comunicação sobre rotinas e fluxos do usuário no serviço e revisão de procedimentos operacionais de desinfecção seriam alguns dos itens que se contemplados poderiam diminuir o estresse, o medo, a frustração e a sobrecarga vivenciada por esses trabalhadores.

Os protocolos e fluxos assistenciais, referentes às demandas de Síndrome Gripal na APS, modificavam-se constantemente para atender às crescentes necessidades dos usuários e para adequar-se à nova reestruturação dos demais serviços da rede de saúde na pandemia. Estudo com profissionais de saúde da Atenção Primária do município de Registro (São Paulo) demonstrou o quanto as

alterações de protocolo na Pandemia da COVID-19 geraram sobrecarga de trabalho e sentimento de medo e insegurança, sobretudo frente ao grande desafio de conscientização da população para adesão das medidas sanitárias de prevenção das infecções (PEREIRA, ROCHA, FOGAÇA, SCHVEITZER, 2022).

Ainda com relação ao domínio do Sofrimento da EIPST, foi observado que a avaliação da Falta de Reconhecimento foi maior quanto menos Medidas de Engenharia de Controle de Serviços foram contempladas. Os profissionais da saúde avaliaram que ter espaço exclusivo de isolamento para sintomáticos respiratórios, barreiras físicas em salas de espera, espaço adequado de higiene de mãos e disponibilização de EPIs em tamanho, quantidade e qualidade adequadas fazem com estes sintam-se reconhecidos e valorizados como trabalhadores importantes e que merecem proteção. Percebe-se que caso essas recomendações fossem implementadas no contexto de trabalho, poderiam ser mitigados os sentimentos de indignação, desvalorização e injustiça.

Foi constatado que quanto menos Medidas Administrativas foram implementadas na APS, pior foi a avaliação sobre a Falta de Reconhecimento a partir de uma correlação inversa regular ( $r = -0,41$ ,  $p = 0,000$ ). Um artigo de métodos mistos, realizado a partir do referencial teórico-metodológico da Psicodinâmica do Trabalho, contou a contribuição de 153 trabalhadores da equipe multiprofissional de Saúde da Família e evidenciou que a Falta de Reconhecimento relacionou-se negativamente com a realização profissional dos trabalhadores, e positivamente com o esgotamento profissional (GLANZNER et al., 2017).

A sobrecarga de trabalho em decorrência de exigências institucionais, pessoais ou da comunidade foram apontadas como fatores de sofrimento no trabalho. As autoras enfatizaram que o reconhecimento profissional consiste em um mecanismo recompensatório mobilizado por esses profissionais para transformá-lo em Prazer, e destacaram sobre a importância de investigar os indicadores de Prazer e Sofrimento no trabalho, a fim de conhecer quais as estratégias defensivas são utilizadas para minimizar o impacto dessas vivências negativas, e para evitar o risco de adoecimento (GLANZNER et al., 2017).

Da mesma forma que realocar profissionais do Grupo de Risco e oferecê-los capacitação, substituir os profissionais em licença saúde por outros trabalhadores para evitar sobrecarga, contar com gestão protetiva e com apoio psicossocial

também pode fazer com os profissionais sintam-se reconhecidos e valorizados no seu contexto. Dado esse que foi observado pela correlação inversa entre o quarto domínio da EIPST com as Medidas de Gestão de Recursos Humanos e Reorganização do Serviço. Nesse sentido, esses resultados reforçam a importância de garantir um ambiente saudável para o exercício das atividades laborais da APS, garantir a saúde física e mental dos recursos humanos é crucial para minimizar e evitar futuros impactos dessa crise sanitária.

A partir de uma revisão da literatura, Giorgi et al. (2020) buscaram aprofundar o conhecimento no que se refere à relação entre aspectos psicológicos e os fatores envolvendo o local de trabalho de profissionais da saúde na pandemia da COVID-19. A partir disso, observou-se que distúrbios no sono, depressão, ansiedade e Transtorno de Estresse Pós-Traumático foram problemas que afetaram os profissionais. Esse e outros estudos demonstram o quanto as alterações nas rotinas e demandas no trabalho podem prejudicar a saúde dos profissionais, bem como o quanto esse impacto transcende o ambiente laboral e pode repercutir na qualidade de vida das pessoas, o que pode ter impacto ainda maior para aqueles que trabalham na assistência direta ao usuário.

Nessa perspectiva, observa-se o quanto as vivências de Prazer no trabalho estiveram relacionadas às Ferramentas de Apoio e às Medidas de Engenharia e Administrativas. Enquanto que o Sofrimento esteve mais relacionado à escassez de Medidas de Engenharia, Administrativas e de Gestão.

E por último, acerca dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT), evidenciou-se que os Danos Sociais e Psicológicos nos trabalhadores da APS estiveram relacionados à baixa adesão das Medidas Administrativas. A vontade de ficar sozinho, a impaciência, os conflitos com a família e a agressividade com os outros foram os danos sociais que mais se destacaram. Infelizmente, os dados refletiram um ambiente laboral onde as medidas administrativas não foram completamente satisfatórias para garantir não só a qualidade da assistência, mas também a saúde e segurança dos trabalhadores e usuários.

A falta de adesão às Medidas Administrativas recomendadas pelo Ministério da Saúde apresentaram relação predominantemente com “tristeza”, “irritação com tudo”, “mau-humor” e “vontade de desistir de tudo” conforme mostraram os resultados do último domínio da EADRT. Ainda que as médias não tenham pontuado

para serem classificadas como Grave ou Presença de Danos Ocupacionais, acredita-se que a leitura desses dados, juntamente com as do CheckList, apontam a situação crítica do contexto de trabalho desses profissionais e carecem ser modificadas para os profissionais da saúde não adoçam.

Um estudo descritivo exploratório realizado na Califórnia (EUA) com 147 profissionais da área da saúde procurou conhecer a prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais da Atenção Primária durante a pandemia da COVID-19, o qual buscou compreender a associação dessa problemática com as adequações ao trabalho e as percepções sobre a pandemia. A síndrome foi constatada em 43% dos profissionais da saúde, e a menor prevalência de Burnout esteve associada a melhores avaliações de reconhecimento ou valorização profissional. Além disso, encontrou-se que essa síndrome estava menos relacionada com a adequada remuneração e com um ambiente de trabalho mais favorável (adequado dimensionamento de pessoas e disponibilização de equipamentos de proteção). Este relevante estudo, realizado pelo *American College of Occupational and Environmental Medicine*, destacou que melhores adequações à execução do trabalho são fundamentais para a redução do esgotamento de profissionais de saúde mesmo após a crise sanitária (APAYDIN et al., 2021).

Frente ao exposto, reitera-se o quanto as vivências e exigências do trabalho quando ocorrem por um prolongado período de tempo sob condições desfavoráveis impactam na saúde dos profissionais. As estratégias utilizadas por cada indivíduo, a fim de lidar com as adversidades laborais, quando encontram-se em circunstâncias extremas podem falhar e não dar conta de lidar com tamanha situação estressora. Nesse sentido, os custos humanos gerados pela pandemia podem transformar-se em danos à saúde física e psicoemocional dos profissionais, e nas situações mais graves podem gerar doenças ocupacionais, como no caso da Síndrome de Burnout e do Estresse Pós-Traumático.

Ainda que a escala de danos não tenha apontado presença de doenças ocupacionais, não se pode ignorar as avaliações críticas dos custos físicos e cognitivos encontrados, visto que as escalas relacionam-se entre si. Além disso, a exposição prolongada aos riscos de adoecimento pode comprometer ainda mais a saúde dos trabalhadores da APS dada a permanência dessas circunstâncias.

Pelos dados do portal de transparência do Fundo Nacional de Saúde, os repasses municipais de pouco mais de cinco milhões de reais para investimento na Atenção Básica (FNS, 2020) não foram suficientes para aderir às principais recomendações do Ministério da Saúde para proteção da saúde dos profissionais na pandemia. Os resultados da avaliação dos trabalhadores sobre a implantação dessas recomendações demonstraram o quanto a infraestrutura e os recursos do contexto de trabalho da APS estiveram comprometidos e afetaram a saúde dos trabalhadores, e possivelmente dos usuários. As ações estratégicas para a Atenção Primária, que compõem um dos critérios da portaria do “Previne Brasil” (BRASIL, 2019), possivelmente também foram impactadas pelos investimentos deficitários para conter as infecções do Coronavírus e para dar continuidade às demais necessidades em saúde dos usuários.

Nessa perspectiva das políticas e ações estratégicas para a Atenção Primária à Saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde, acredita-se na incompatibilidade de ampliar o acesso, a resolutividade e a qualidade da APS sem proporcionar aos profissionais da saúde um contexto laboral favorável. O sucesso para atingir a promoção da saúde, de forma integral e longitudinal, está diretamente relacionado a um ambiente de trabalho saudável e com recursos suficientes e adequados, o que não foi encontrado em todos os domínios avaliados acerca das recomendações do Ministério da Saúde. As repercussões dessas deficiências foram encontradas nas avaliações críticas das escalas do Inventário sobre os Riscos de Adoecimento, as quais se relacionaram à falta de recomendações implementadas.

Acredita-se que a Pandemia da COVID-19 tenha sido um cenário de condições extremas de demandas em saúde e de fatores estressores no trabalho, e que portanto, o bem-estar biopsicossocial e espiritual dos profissionais necessita ser contemplado não somente nesse contexto, mas ao longo do tempo devido às futuras repercussões que isso pode acarretar.

Nessa perspectiva, acredita-se que outros elementos possam estar envolvidos na saúde dos trabalhadores, e que precisam ser apontados por outras recomendações para promover a saúde integral dos profissionais. O fato de não serem contemplados de forma satisfatória a maioria das recomendações ofereceu riscos à saúde dos trabalhadores, o que pôde ser mensurado pelas escalas do ITRA. Dada a complexidade das relações e elementos envolvidos no contexto

laboral, bem como a relação dos indivíduos entre si e com o meio, os resultados dos instrumentos do estudo permitiram concluir que o contexto de trabalho da APS em um município do interior do RS ofereceu riscos de adoecimento aos profissionais.

As condições de trabalho desfavoráveis ao exercício profissional, juntamente com a alta demanda desses profissionais e o crescente número de infecções pelo Coronavírus, certamente impactaram a saúde dos profissionais. A união desses instrumentos de coleta de dados permitiu conhecer alguns antecedentes do processo saúde-adoecimento, as implicações das exigências e das vivências no contexto laboral que repercutiram nesses danos, ou seja, os objetivos do estudo foram atingidos e evidenciaram que a atual circunstância da APS necessita de ações para evitar que isso se transforme futuramente em doenças ocupacionais.

A segurança e a saúde no trabalho foram destacados neste estudo como elementos fundamentais para a existência de um contexto laboral saudável, o qual para ser atingido precisa considerar que o exercício de uma atividade profissional exige demandas que se deparam entre o que é proposto e o que é possível colocar em prática (o real versus o prescrito). Nesse sentido, percebeu-se que nem sempre haverá a possibilidade de contemplar todos os requisitos para proporcionar esse ambiente ideal, porém é indispensável reconhecer que essas adversidades geram um desequilíbrio no contexto de trabalho e nas relações, as quais geram riscos inerentes ao contexto laboral.

Desse modo, o presente estudo evidenciou que a não implementação de todas as medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde refletiram nos riscos de adoecimento, e que esses dados foram fundamentais para subsidiar ações de mitigação de doenças ocupacionais. Esses desajustes, conforme demonstrado pelas revisões de literatura ao longo desta dissertação, carecem ser investigados dentro da realidade local de cada cenário para impulsionar e amparar os gestores na construção coletiva de um ambiente saudável e seguro para os profissionais da saúde da Atenção Primária.



## **7 CONCLUSÃO**

A partir da presente pesquisa foi possível constatar o quanto diferentes elementos se interrelacionam e compõem a complexidade do contexto laboral dos profissionais da Atenção Primária à Saúde em um município do interior do RS. Nesse sentido, a escassez das medidas de proteção aos trabalhadores, diante das exigências e dos custos desse âmbito, criaram um contexto de adoecimento aos profissionais, que se persistentes poderão repercutir em doenças ocupacionais.

O fato de a amostra da presente pesquisa ter sido pequena comparativamente à população inicial, e o número de profissionais remanejados e que se não se sentiram à vontade para participar da pesquisa tenha sido expressivo, acredita-se que possa ser reconhecido como uma limitação do estudo. Cabe salientar também como limitação o fato de tratar-se de um de recorte situacional (estudo transversal), entretanto, a pesquisa teve o potencial de unir diferentes instrumentos de coleta de dados para tentar compreender os riscos de adoecimento dos profissionais durante a pandemia na APS, a fim de compreender essa associação com a implementação de medidas de proteção. Além disso, supõe-se que possa haver um viés de memória, visto que a coleta de dados ocorreu em um período onde o número de usuários que procuravam o serviço pode ter sido menor quando comparado a outros momentos da pandemia.

Quanto aos resultados obtidos, o estudo evidenciou que as Ferramentas de Apoio aos Profissionais da Saúde foi o domínio que apresentou o maior número de itens contemplados de forma parcialmente satisfatória ou não contemplados. Enquanto que as Medidas de Controle de Engenharia dos Serviços foi o que apresentou seis, do total de oito itens, como contemplados de forma satisfatória a partir da avaliação dos profissionais. Além disso, a maioria das Medidas de Controle Administrativo e de Organização do Trabalho foram implementadas de forma satisfatória e parcialmente satisfatória a partir da avaliação dos participantes do estudo. Além disso, o domínio Medidas para Gestão de Recursos Humanos e Reorganização dos Serviços foi o que apresentou o maior número de medidas não contempladas na APS.

Nessa perspectiva, a presente pesquisa percebeu o quanto a Atenção Primária à Saúde teve diferentes dificuldades na adesão das medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde para proteger os seus profissionais. Desse modo, compreende-se que a garantia da saúde dos trabalhadores encontra-se no equilíbrio em contemplar os itens de todos os domínios, pois estes consistem em elementos fundamentais que se relacionam entre si e constituem a complexa conformação do contexto de trabalho da saúde.

A partir dos resultados do Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento, todos os domínios da Avaliação do Contexto de Trabalho apresentaram avaliação crítica, salientando o quanto a organização, as relações e as condições de trabalho encontravam-se precarizadas nos locais de estudo. Mesmo que a organização do trabalho não tenha apresentado correlação estatisticamente significativa com as recomendações, acredita-se que outros elementos ainda precisam ser investigados para compreender melhor essas relações complexas que se delineiam neste cenário com tantas particularidades.

Cabe destacar que o domínio Condições de Trabalho desta escala do ITRA apresentou correlação com todos os domínios recomendados para a Saúde dos Trabalhadores, o que aponta o quanto esses aspectos se relacionam entre si. O maior destaque deu-se entre as Condições de Trabalho e as Medidas de Engenharia e Administrativas, salientando que mudanças nessas condições estariam associadas a melhores avaliações do contexto de trabalho pelos profissionais.

Além disso, os Custos Humanos no Trabalho também apresentaram o mesmo padrão de avaliação, todos os domínios críticos, o que evidencia que os Custos Físicos, Cognitivos e Afetivos estiveram relacionados às vivências e sentimentos negativos no âmbito laboral. Nesse sentido, essas circunstâncias repercutiram em prejuízos aos trabalhadores, também evidenciados pelos Custos Sociais que foram relatados no decorrer desta investigação.

Sobre o Prazer e Sofrimento, percebeu-se que o domínio Esgotamento Profissional foi o único que apresentou avaliação crítica, o que infelizmente é um resultado esperado devido a Pandemia da COVID-19 ser uma crise sanitária que se prolonga e cada dia exige mais dos profissionais da saúde. Diante desses desafios durante um longo período de tempo, a falta de garantias das condições fundamentais de trabalho fizeram com os profissionais vivenciassem diariamente esses sentimentos com relação ao seu trabalho.

Sobre a Falta de Reconhecimento, a mesma esteve associada à falta de implementação de medidas administrativas, evidenciando que os profissionais carecem de um ambiente organizado e seguro para ressignificar as vivências e exigências do trabalho. Nesse sentido, o Esgotamento Profissional obteve a pior avaliação, o que carece de intervenção sobre as dinâmicas e jornadas de trabalho a fim de minimizar os riscos de adoecimento. Caso não sejam adotadas medidas efetivas para de fato minimizar o esgotamento profissional, os serviços de saúde poderão ter afastamentos em decorrência do adoecimento dos trabalhadores, o que também repercutiria nos usuários porque ficariam desassistidos.

E por último, percebe-se que os danos físicos mensurados na Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho foram críticos, e mesmo que não tenha apresentado correlação estatística com as recomendações, acredita-se que o estudo tenha o potencial instigar novas pesquisas para compreender quais outros elementos em saúde do trabalhador também precisam ser contemplados, sobretudo no contexto da Atenção Primária. Nesse sentido, o estudo pode instigar outras pesquisas a conhecer outros elementos envolvidos nesse complexo processo de saúde-adoecimento, e amparar a elaboração de novos documentos recomendados pelas autoridades em saúde.

Dada a complexidade do contexto, percebeu-se que aos profissionais de saúde da APS foi delegada uma grande responsabilidade que se estendeu desde

ações para controle de infecções e imunização da população, até o acolhimento dos usuários pós-covid que estão retornando às unidades em busca de atendimento longitudinal. É imprescindível destacar o potencial desse serviço para desfechos favoráveis e resolutivos na promoção da saúde, entretanto, os trabalhadores são elementos fundamentais desse modelo de cuidado e necessitam de formação e condições adequadas de trabalho para exercerem essas atividades. Desse modo, o estudo evidenciou a complexidade desse panorama de saúde durante diferentes períodos da pandemia vivenciado por um município do interior do RS, realidade essa que pode ter sido semelhante em outros locais.

Dados os resultados, foi possível conhecer o perfil sócio-laboral e de saúde dos profissionais, bem como suas características laborais. O estudo permitiu constatar quais medidas do MS puderam ser implementadas na prática, quais as condições, os custos, as vivências e os danos ocasionados pelo trabalho no contexto da pandemia. Nessa perspectiva, afirma-se que APS do município em estudo apresentou grandes dificuldades para contemplar as recomendações do Ministério da Saúde em suas unidades, e que esse impacto relacionou-se com diferentes elementos do contexto laboral que estão envolvidos nos riscos de adoecimento dos profissionais.

## REFERÊNCIAS

ABBAS AK, LICHTMAN AH, PILLAI S. **Imunologia Celular e Molecular**. Org: ABBAS AK, LICHTMAN, AH, PILLAI S. In: Anticorpos e Antígenos, Cap 05. 8 ed, Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

ABRASCO, Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Nota Técnica da Frente Ampla de Direito dos Trabalhadores**. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudedotrabalhador/wpcontent/uploads/sites/22/2020/04/Nota-T%C3%A9cnica-da-FRENTE-AMPLADIREITOS-TRABALHADORES-07-04-20.pdf>>. Acesso em 15 de jan. 2021.

ALVES PS, et al. VACINAS: história, tecnologia e desafios para terapia contra o SARS-CoV-2. **ULAKES J Med**, v. 1, ee, p. 125-41, 2020.

ALVARENGA EC, OLIVEIRA PTR, PINHEIRO HHC, CARNEIRO VCCB. Condições de trabalho de equipes de saúde da família do Pará. **Rev. NUFEN**, v.10, n.1, p. 1-6, 2018. <http://dx.doi.org/10.26823>

ANCHIETA VCC. et al. Trabalho e riscos de adoecimento: um estudo entre policiais civis. **Psic Teor e Pesq**; v. 27, n. 2, p.199-208, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000200007>.

ANTUNES R, PRAUN L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv Soc Soc**; n. 123, p. 407-27, 2015. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.030>

AUED GK, BERNARDINO E, LAPIERRE J, DALLAIRE C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev Latino-Am Enfermagem.*, v. 27, e. 3162, p. 1-8, 2019. DOI: 10.1590/1518-8345.3069-3162

APAYDIN EA. et al. Burnout Among Primary Care Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. **J Ocupa Meio Ambiente Med.**, v. 63, n. 8, p. 642-645, 2021. doi: 10.1097/JOM.0000000000002263.

BAPTISTA PCP, et al. Indicadores de sofrimento e prazer em trabalhadores de saúde na linha de frente da COVID-19. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 30, e.3519, 2022. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5707.3519>

BARBOSA REC, ASSUNÇÃO AA, ARAÚJO TM. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**; v. 28, n. 8, p. 1569-1580, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000800015>

BOFF L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 19.ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

BOWLES KH, et al. Surviving COVID-19 After Hospital Discharge: Symptom, Functional, and Adverse Outcomes of Home Health Recipients. **Annal of Internal Medicine**, v. 174, i. 3, p. 316-25, 2021. <https://doi.org/10.7326/M20-5206>

BRAGA LS, et al. Sofrimento Psíquico em Trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev enferm UFPE**; v. 7, n. 23, p. 45-54, 2013. DOI:10.5205/reuol.3073-24791-1-LE.0702201304

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, a qual dispõe sobre a pesquisa com seres humanos. Brasília, DF, 2012a. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 15 de dez. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Informe Técnico Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19**. Secretaria de Vigilância em Saúde- Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Brasília, DF, 2021a. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao> >. Acessado em 03 de jul. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, a qual dispõe sobre os percentuais de investimento financeiro aos Estados, municípios e União no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2012b. **Diário Oficial da União**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm)>. Acesso em 14 de jan. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei número 8.080 de 19 de setembro de 1990, a qual 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, DF, 1990. **Diário Oficial da União**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080.htm)>. Acesso em 10 de fev. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf)>. Acesso em 03 de jul. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <[https://ameci.org.br/wp-content/uploads/2022/02/1643772546276\\_download.pdf](https://ameci.org.br/wp-content/uploads/2022/02/1643772546276_download.pdf)>. Acesso em 23 de jul. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações- 30 anos**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_30\\_anos\\_pni.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf)>. Acesso em 10 de jul. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde- versão 6**. Brasília, DF, 2020a. Disponível em: <[https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/03/20200330\\_ProtocoloManejo\\_ver06\\_Final.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/03/20200330_ProtocoloManejo_ver06_Final.pdf)>. Acesso em 3 de jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília, DF, 2012c. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 16 de fev. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria número 1.823, de 23 de agosto de 2012, que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF, 2012d. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html#:~:t=ext=2%C2%BA%20A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de.com%20%C3%AA%20Anf%20ase%20na%20vigil%C3%A2ncia%2C%20visando](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html#:~:t=ext=2%C2%BA%20A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de.com%20%C3%AA%20Anf%20ase%20na%20vigil%C3%A2ncia%2C%20visando)>. Acesso em 13 de jan. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria número 2.979, de 12 de novembro de 2019, que dispõe sobre o novo modelo de financiamento e repasse dos recursos da Atenção Primária à Saúde nos municípios. Brasília, DF, 2019. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>>. Acesso em 10 de jan. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**. Brasília, DF, 2020b. Disponível em: <[https://www.saude.gov.br/files/banner\\_coronavirus/GuiaMSRecomendacoesdeprtecaotrabalhadore-COVID-19.pdf](https://www.saude.gov.br/files/banner_coronavirus/GuiaMSRecomendacoesdeprtecaotrabalhadore-COVID-19.pdf)> Acesso em: 02 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho em Emprego. Lei número 8.213 de 24 de julho de 1991, a qual dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 1991. **Diário Oficial da União**. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18213cons.htm)>. Acesso em 15 de jan. 2021.

\_\_\_\_\_, Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora nº 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). Diário Oficial da União, Brasília (DF): 2005. Disponível em: <<http://sbbq.iq.usp.br/arquivos/seguranca/portaria485.pdf>>. Acesso em 30 de jun 2022.

\_\_\_\_\_. Secretaria Geral da Presidência da República. Lei Complementar nº 172 de 15 de abril de 2020, a qual dispõe sobre a transposição e a transferência de saldos financeiros constantes dos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais. Brasília, DF, 2020c, **Diário Oficial da União**. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-complementar-n-172-de-15-de-abril-de-2020-252726587>>. Acesso em 06 de jul. 2020.

BORGES RB, et al. Power and Sample Size for Health Researchers: uma ferramenta para cálculo de tamanho amostral e poder do teste voltado a pesquisadores da área da saúde. **Clinical & Biomedical Research**, [S.l.], v. 40, n. 4, abr. 2021. ISSN 2357-9730. Disponível em: <<https://doi.org/10.22491/2357-9730.109542>>. Acesso em 10 de ago. 2022.

BURRER SL, et al. Characteristics of health care person-nel with COVID-19 – United States, February 12-April 9, 2020. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**. 2020; v. 69, e 15, p.477-81. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e6>

CAMPOS JADB, et al. Symptoms related to mental disorder in healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Brazil. **Int Arch of Occup and Enviro Health**, e. 94, p. 1023-32, 2021. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01656-4>

CALLEGARI-JACQUES SM. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre, ArtMed: 2007.

CCDC, Chinese Center for Disease Control and Prevention. Vital surveillances: the epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19)-China, 2020. **CCDC Weekly**; v. 2, n. 8, p. 113-22, 2020.

CHAN JF, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating personto-person transmission: a study of a family cluster. **The Lancet**; v. 395: p. 514–23, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30154-9Lancet 2020](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9Lancet 2020)

CHENG A, et al. Launching a Statewide COVID-19 Primary Care Hotline and Telemedicine Service. **J Am Board Fam Med**, v. 34 (Suppl): S170-S178, 2021. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.S1.200178>

CHU J, et al. Clinical characteristics of 54 medical staff with COVID-19: A retrospective study in a single center in Wuhan, China. **J Med Virol**. 2020;v. 92, n. 7,p. 807-13, 2020. doi: [10.1002/jmv.25793](https://doi.org/10.1002/jmv.25793)



COSTA FB, et al. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. **Rev Esc Enferm USP**; v. 53:e 03477, 2019.

DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018017803477>

DALMOLIN L, et al. Prazer e sofrimento em trabalhadores da atenção primária à saúde do Brasil. **Rev Cuid**; e. 85, v. 11, n. 1, 2020.

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.851>

DAL PAI D, et al. Repercussões da pandemia pela COVID-19 no serviço pré-hospitalar de urgência e a saúde do trabalhador. **Esc Anna Nery**, v. 25, spe:e, p. 1-10, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0014>

DEBETIO JO. Práticas de enfermeiros hospitalares para continuidade do cuidadona atenção primária do paciente com COVID-19. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2022. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/234690/PNFR1242-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>>. Acesso em 23 de jul. 2022.

DEJOURS C. **Addendum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. In: Cristophe Dejours da Psicopatologia à Psicodinâmica do trabalho. Org. LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. Paralelo 15. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 47-104, 1993/2004.

DEJOURS C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5 ed. São Paulo: Cortez; 1987.

DE CHECCHI MHR, at al. **Guia de segurança para profissionais atuantes na atenção primária à saúde durante a pandemia de COVID – 19**. Coari, AM: Universidade Federal do Amazonas. Manaus, AM, 2020. Disponível em:

<[http://200.129.163.19/bitstream/prefix/5744/5/PRODUTO%20T%c3%89CNICO%203\\_Guia\\_Seguranca\\_Atencao\\_Primary\\_a\\_Saude\\_UFAM\\_Maio\\_2020.pdf](http://200.129.163.19/bitstream/prefix/5744/5/PRODUTO%20T%c3%89CNICO%203_Guia_Seguranca_Atencao_Primary_a_Saude_UFAM_Maio_2020.pdf)>. Acesso em 19 de jul. 2020.

DEL-RINCÓN TT, et al. Aggressions towards primary health care workers in Madrid, Spain, 2011- 2012. **Rev española de salud pública**. v. 90, e.1, 2016.

DUNLOP C, DONALD L, ALLEN LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open**; v. 4, ed.1, p.1-3, 2020. DOI: [10.3399/bjgpopen20X101041](https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041)

EMANUEL EJ, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. **N Engl J Med**; v. 382, p. 2049-55, 2020. DOI:10.1056/NEJMs2005114

EU- OSHA, European Agency for Safety and Health at Work. **Inquérito europeu às empresas sobre riscos novos e emergentes**. Spain; 2010. Disponível em: <[https://osha.europa.eu/pt/publications/reports/pt\\_esener1-summary.pdf](https://osha.europa.eu/pt/publications/reports/pt_esener1-summary.pdf)>. Acesso em 20 de dez. 2020.

EU- OSHA, European Agency for Safety and Health at Work. **Inquérito europeu**

às empresas sobre riscos novos e emergentes. Spain; 2022. Disponível em: <<https://osha.europa.eu/pt/publications/third-european-survey-enterprises-new-and-emerging-risks-esener-3>>. Acesso em 05 de jun. 2022.

FAGUNDES EG, ANDRADE LMM. A atuação da atenção primária à saúde (APS) na imunização contra a Covid-19. **Humanidades & Tecnologia (FINOM)**, v. 30, n. 1, p. 345-53, 2021.

FERREIRA MC, MENDES AM. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos Auditores-Fiscais da Previdência Social de Brasília**. Brasília: FENAFISP, 2003.

FERNANDEZ MV, et al. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da COVID-19. **APS em Revista**; v. 2, n. 2, p. 114-121, 2020.  
<https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.84>

FISEKOVIC MB, TRAJKOVIC GZ, BJEGOVIC-MIKANOVIC VM, TERZIC-SUPIC ZJ. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. **Eur J Public Health**, v. 25, e. 4, p. 693-98, 2015

FNS, Fundo Nacional de Saúde. **Transferência Fundo a Fundo- 2020**. Disponível em: <[https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal\\_FAF/Portal\\_FAF.html](https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal_FAF/Portal_FAF.html)>. Acesso em 28 de dez. 2020.

FREITAS CM, et al. Conquistas, limites e obstáculos à redução de riscos ambientais à saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 23, n. 6, p. 1981-96, 2018. [DOI: 10.1590/1413-81232018236.04702018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04702018).

GLANZNER CH, et al. Avaliação de indicadores e vivências de prazer/sofrimento em equipes de saúde da família com o referencial da Psicodinâmica do Trabalho. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 04, p. p. 1-9, 2017.  
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0098>

GIORGI G, et al. COVID-19-related mental health effects in the workplace: a narrative review. **Int J Environ Res Public Health**.;v. 17, n.21, 2020.  
DOI:<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17217857>

GIOVANELLA L, et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. **Trab. educ. saúde**; v.19, 2021. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>

GUIMARÃES FG, et al. A organização da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia COVID-19: relato de experiência. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 74-82, 2020a. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.128>

GUIMARÃES R. Vacinas Anticovid: um Olhar da Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3579-85, 2020b.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.24542020>

HELIOTERIO MC, et al. COVID-19: por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia?. **SciELO Preprints**; p. 1-19, 2020. [DOI:10.1590/SciELOPreprints.664](https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.664)

HUANG C, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**; v. 395, p. 497–506, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

HUMEREZ DC, OHL RiB, SILVA, MCN. Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia Covid-19: ação do Conselho Federal de Enfermagem. **Cogitare enferm**; n. 25, ed. 74115, 2020. [dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.74115](https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.74115)

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama IBGE Cidades 2017**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/cachoeira-do-sul/panorama>>. Acesso em 19 de jan. 2021.

JACKSON FILHO JM, et al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 45, e. 14, p. 1-13, 2020. <https://doi.org/10.1590/2317-6369ED0000120>

JIANG X, et al. Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. **Psychiatry Res**, v. 286, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112903>

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, e14, 2020. » [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)

KHAN S, et al. The spread of novel coronavirus has created an alarming situation worldwide. **J Infect Public Health**. v. 13, n. 4, p. 469-71, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.03.005>

KOLHS M, et al. Nursing in urgency and emergency: between pleasure and suffering. **Rev Pesqui Cuid Fundam**; v. 9, n. 2, p. 422-23, 2017. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.422-431>

KRETZER L, et al. **Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19**. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. São Paulo, 2020. Disponível em: <[https://coronavirus.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Protocolo\\_AMIB\\_de\\_a\\_locacao\\_de\\_recursos\\_em\\_esgotamento\\_durante\\_a\\_pandemia\\_por\\_COVID-19.pdf](https://coronavirus.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Protocolo_AMIB_de_a_locacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf)>. Acesso em 15 de jul. 2020.

LAI J, MA S, WANG Y. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA Netw Open**. v. 3, n. 3, e. 203976, 2020. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

LOERINC LB, et al. Discharge characteristics and care transitions of hospitalized patients with COVID-19. **Healthcare**, v. 9, e. 100512, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2020.100512>

LOMBARDI MR, CAMPOS VP. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da ABET**, v. 17, n. 1, p. 28-46, 2018. <https://doi.org/10.22478/ufpb.1676-4439.2018v17n1.41162>

LI Z, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. **Brain Behav Immun.** e. 20, 2020. » <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>

LISBOA CS, ALMEIDA LMR, SANTOS PS, SANTANA JM. Evolução temporal da pandemia do COVID-19 e letalidade em profissionais de saúde no Brasil. **Rev Saude Coletiva**, v. 11, n. 64, 2021. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5758-5771>

LENTINE EC, SONODA TK, BIAZIN, DT. Estresse de profissionais de saúde das Unidades Básicas do Município de Londrina. *Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa*, v. 19, n. 37, p. 103-23, 2020. Disponível em: <<http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistatestes/article/view/1349>>. Acesso em: 14 jun. 2022.

MAISSIAT GS, LAUTERT L, DAL PAI D, TAVARES J. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Rev Gaúcha Enferm**; v. 36, n. 2, p. 42-9, 2015. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.51128>

MARTINS MM, et al. Discharge management to ensure continuity of care: experience of portuguese liaison nurses. **Cogitare Enferm.**, v. 23, n. 3, e. 58449, 2018. DOI:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v2313>

MCINTOSH K. **Novel Coronavirus (2019-nCov)**. UpToDate, 2020. Disponível em: <[uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19](http://uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19)>. Acesso em 10 de set. 2021.

MEDRONHO RA. **Epidemiologia**. 2 ed, Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.

MEDINA MG, et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n 8, p. 1-5, 2020. doi:[0.1590/0102-311X00149720](https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720)

MELLO GA, FONTANELLA BJ, DEMARZO MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde- origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**; v. 12, n. 2, p. 204-13, 2009.

MELLO IAP, et al. Adoecimento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em município da região Centro-Oeste do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.18, n.2, 2020, e0024390. DOI: [10.1590/1981-7746-sol00243](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00243)

MENDES AM. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES AM, FERREIRA MC. **Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento - ITRA**: Instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A. M. *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 111-28, 2007.

MENDES EV. Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Rev de APS**; v. 8, n. 2, p. 218-19, 2005.

MOREIRA JM, et al. Fatores desencadeadores de (in)satisfação no trabalho dos enfermeiros da Atenção Básica de Saúde. **Cienc. enferm.**, v.25, n. 12., p.1-10, 2019. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532019000100209>.

MOREIRA RIS. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. **Cadernos ENSP Fiocruz**; p. 1-12, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00080020>

NEBEL FB. Enfrentando a COVID-19: APS forte agora mais que nunca! **APS em Revista**; v. 2, n. 1, p. 11-16, 2020. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.68>

NORONHA KVMS, et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cad. Saúde Pública**; v. 36, n. 6, p. 1-17, 2020. <doi:10.1590/0102-311X00115320>

OLIMPIO ACS, et al. Violência ocupacional na Atenção Primária e as interfaces com as condições e a organização do trabalho. **Sanare- - Revista De Políticas Públicas**, v. 20, e. 2, p. 97-106, 2021. <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i2.1559>

OLIVEIRA MM, PEDRAZA DF. Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Saúde debate**, v. 43, n. 122, p. 765-79, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912209>

PAIANO M, et al. Saúde mental dos profissionais de saúde na China durante pandemia do novo coronavírus: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.** v. 73, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0338>

PASSOS ECM. **No contexto atual, como manter a saúde mental e evitar quadros de estafa e desgaste psíquico dos trabalhadores da saúde?**. Org: KNUPP, Daniel et al. In: *Recomendações da SBMFC para a APS durante a Pandemia de COVID-19*. ed. 1 p. 20-22, 2020.

PASTRIAN-SOTO, G. Bases Genéticas y Moleculares del COVID-19 (SARS-CoV2). Mecanismos de Patogénesis y de Respuesta Inmune. **Int. J. Odontostomat.**, v. 14, n. 3, p. 331-337, 2020. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2020000300331>

PHAN T. Novel coronavirus: from discovery to clinical diagnostics. **Infect. Genet. Evo.**, v. 79 , p. 104-11, 2020. [10.1016/j.meegid.2020.104211](https://doi.org/10.1016/j.meegid.2020.104211)

PEREIRA EC, ROCHA MP, FOGAÇA LZ, SCHVEITZER MC. Occupational health, integrative and complementary practices in primary care, and the COVID-19 pandemic. **Rev Esc Enferm USP**; v. 56, p.1-7, 2022. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0362>.

QUIRINO TRL, et al. Estratégias de cuidado à saúde mental do trabalhador durante a pandemia da Covid-19. **Estudos Universitários: revista de cultura**; v. 37, n. 1/2, p. 172-191, 2020.

RACHE B, et al. Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo ao COVID19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar - Nota técnica número 3. **Instituto de Estudos para Políticas em Saúde**, n. 3, p. 1-5, 2020.

RAZAI MS, et al. Coronavirus disease 2019 (covid-19): a guide for UK GPs. **The BMJ**; v. 368, p. 1-5, 2020. <https://doi.org/10.1136/bmj.m800>

RIFKIN S, FORT M, PATCHARANARUMOL M, TANGCHAROENSATHIEN V. Primary healthcare in the time of COVID-19: breaking the silos of healthcare provision. **BMJ Global Health**, v. 6, p.1-6, 2021. [doi:10.1136/bmjgh-2021-007721](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007721)

RINCÓN EHH, et al. Description and analysis of primary care-based COVID-19 interventions in Colombia. **Medwave Journal**, v. 21, n. 3, q. 8147, 2021. [doi:10.5867/medwave.2021.03.8147](https://doi.org/10.5867/medwave.2021.03.8147)

RODRIGUES AP, et al. Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. **APS em Revista**; v. 2, n. 2, p. 189-196, 2020. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.100>

SANTOS L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 22, n. 4, p.1281-89, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>.

SOUZA JB, et al.. Campanha de vacinação contra COVID-19: diálogos com enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 55, e20210193, 2021. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0193>

SARTI TD, et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiol. Serv. Saude**; v. 29, n. 2, p. 1-5, 2020. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>

SCHMIDT ME, et al. Access to Care During a Pandemic: Improving Planning Efforts to Incorporate Community Primary Care Practices and Public Health Stakeholders. **World Medical & Health Policy**, v. 12, e. 3, p.274-81, 2020. [doi: 10.1002/wmh3.369](https://doi.org/10.1002/wmh3.369).

SES- RS, Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Coordenadorias Regionais**. Porto Alegre, RS, 2021. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/8-crs-cachoeira-do-sul>>. Acesso em 13 jan. 2021.

SES-RS, Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Painel Coronavírus RS 2020**. Disponível em: <http://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>>. Acesso em 3 de julho de 2020.

SES-RS, Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Painel Coronavírus RS 2021**. Disponível em: <https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>>. Acesso em 3 de jun. de 2022.

SHIMIZU HE, JÚNIOR C. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciênc Saúde Coletiva**; v.17, n. 9, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900021>

SMS, Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeira do Sul. **Novos profissionais de saúde serão contratados para enfrentar o coronavírus**. Cachoeira do Sul, 2020. Disponível em: <https://www.cachoeiradosul.rs.gov.br/portal/noticias/0/3/4123/novos-profissionais-de-saude-serao-contratados-para-enfrentar-o-coronavirus>>. Acesso em 01 jul. 2020.

SOARES CSA, FONSECA CLR. Primary health care in times of pandemic. **J Manag Prim Health Care**, v.1,n. 2, e. 22, p. 1-11, 2020. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12i0.998>

SUN N, SHI S, JIAO D. A Qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. **Am J Infect Control**, v. 48, n. 6, p. :592-8, 2020 » <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018>

TASCA R, MASSUDAA. Estratégias para reorganização da Rede de Atenção à Saúde em resposta à Pandemia COVID-19: a experiência do Sistema de Saúde Italiano na região de Lazio. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 20-27, 2020. [DOI 10.14295/aps.v2i1.65](https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.65)

TEIXEIRA CFS, et al. The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. **Cien Saude Colet.**; v. 25, n. 9, p. 3465-74, 2020. DOI: [http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020](https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020)

TRINDADE LDL, et al. Trabalho na estratégia da saúde da família: implicações nas cargas de trabalho de seus profissionais. **Cogitare Enferm.**;v. 19, n. 3, p. 528-35, 2014. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i3.35492;>

VANHAECHT K, et al. COVID-19 is having a destructive impact on health-care workers' mental well-being. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 33, q. 1, mzaa158, 2021. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa158>

VITÓRIAAM, CAMPOS GWS. **Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI**. Disponível em:

<<https://frenteestamira.org/wp-content/uploads/2020/04/A.Vit%C3%B3ria-Gast%C3%A3o-W.-S%C3%B3-APS-forte-assegura-achatar-a-curva-e-funcionamento-de-leitos-de-UTI.-mar%C3%A7o2020.pdf>>. Acesso em 18 de jul. 2020.

WANG C, et al. A novel coronavirus outbreak of global health concern. **The Lancet**; v. 395 p. 497-514, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)

WANG H, WANG S, YU K. COVID-19 infection epidemic: the medical management strategies in heilongjiang province, china. **Critical Care**, v. 24, n. 1, p. 00-00, 2020. <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-020-2832-8>.

WANG J, ZHOU M, LIU F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. **J Hosp Infect.**, v. 105, n. 1, p.1-100, 2020. doi: [10.1016/j.jhin.2020.03.002](https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.03.002)

WHITE DB, et al. A Model Hospital Policy for Allocating Scarce Critical Care Resources. Department of Critical Care Medicine. **University of Pittsburgh School of Medicine**. Published March 23, 2020. Disponível em: <[https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh\\_ModelHospitalResourcePolicy\\_2020\\_04\\_15.pdf](https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy_2020_04_15.pdf)>. Acesso em 16 de abr. 2020

WHO, World Health Organization. **Coronavirus Disease (COVID-19) Situation Report 164**. Geneva, 2020a. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332972/nCoVsitrep02Jul2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 03 de julho de 2020.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. Global Health Workforce Alliance. **Global strategy on human resources for health: Workforce 2030**. [Synthesis paper]. Geneva, 2016a. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf;jsessionid=F529FDDB466F15CE9B492013E3A6F7EC?sequence=1>>. Acesso em 04 jul 2020.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Oxygen sources and distribution for COVID-19 treatment centres: interim guidance**. Geneva, 2020b. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/oxygen-sources-and-distribution-for-covid-19-treatment-centres>>. Acesso em 15 de dez. 2020.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Q&A on coronavirus**. Geneva, 2020c. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>>. Acesso em 14 de out. 2020.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19)**. Geneva, 2020d. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331498/WHO-2019-nCoV-IPCPPE\\_use2020.2-eng.pdf.25](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331498/WHO-2019-nCoV-IPCPPE_use2020.2-eng.pdf.25)>, Acesso em 10 de jul. 2022.



## **APÊNDICES**

### **Apêndice A**

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Projeto de Pesquisa: Risco de adoecimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, frente ao contexto de trabalho pela Pandemia da COVID-19, em um município da região central do Rio Grande do Sul.

Eu, Vitória Lovato Pinto, mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), aluna da professora Dra Juliana Petri Tavares, a qual é a pesquisadora responsável pelo projeto intitulado "Risco de adoecimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, frente ao contexto de trabalho pela Pandemia da COVID-19, em um município da região central do Rio Grande do Sul" convido você a participar como voluntário deste estudo, o qual tem como objetivo analisar a associação entre a implementação das medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde sobre as condições de trabalho, no contexto da Atenção Primária à Saúde na Pandemia da COVID-19, e o risco de adoecimento dos profissionais de saúde em um município da região central do Rio Grande do Sul.

Com sua contribuição, após autorização da pesquisa, serão aplicados: um questionário com questões sócio-laborais e de saúde, um *CheckList*, o qual foi elaborado com base no documento do Ministério da Saúde intitulado “Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais”, no qual foram consultadas quais medidas os gestores puderam contemplar com relação às ferramentas de apoio aos profissionais, às medidas de controle de engenharia dos serviços, às medidas de controle administrativo e organização do trabalho, à gestão de recursos humanos e reorganização do serviço.

Além disso, serão aplicadas as quatro escalas que compõem o Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), a saber: Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT), Escala de Investigação de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) e a Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT). As escalas visam a conhecer informações sobre as condições, as organizações, as relações profissionais no trabalho, as exigências físicas, as afetivas e as cognitivas, e as vivências de prazer e sofrimento, além dos possíveis danos físicos e psicossociais que podem existir em decorrência do contexto de trabalho na unidade de saúde em que trabalha.

Devido às eventuais dificuldades com as ferramentas digitais, optou-se pela entrega dos instrumentos no formato impresso, de modo que todos os trabalhadores pudessem participar da pesquisa sem maiores prejuízos. Diante do contexto da Pandemia do Coronavírus, serão respeitados os protocolos de saúde sobre as medidas de controle de infecções, as quais constam as orientações na pasta em que foram armazenados os instrumentos de coleta de dados sobre como os participantes da pesquisa precisam proceder.

A aplicação dos instrumentos ocorrerá no seu local de trabalho de maneira que propicie a sua privacidade, com tempo aproximado de 30 minutos para o preenchimento completo dos instrumentos. Os dados coletados serão computados, analisados e as informações serão agrupadas de modo que você não será identificado, e os resultados deste estudo serão utilizados exclusivamente para fins científicos. A sua participação ajudará com o desenvolvimento de novos conhecimentos sobre a temática da saúde do trabalhador, que poderá trazer

benefícios indiretos e contribuir com a promoção da saúde dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde.

O presente estudo prevê que essa temática possa ocasionar um risco mínimo de desconforto (angústia, sofrimento, nervosismo entre outros) no participante durante o preenchimento dos instrumentos da pesquisa pelo fato de remeter a possíveis situações negativas vivenciadas no ambiente de trabalho. Nesse sentido, o trabalhador possui total liberdade de recusar-se a participar do estudo, e mesmo aquele que decidir participar, após ter assinado o TCLE, e se sentir desconfortável também pode interromper o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados caso isso possa trazer ainda mais desconforto ou sofrimento.

Caso sinta-se desconfortável, você pode interromper o preenchimento dos dados dos instrumentos e solicitar apoio do pesquisador para que o mesmo possa prestar atendimento individualizado e auxiliar no direcionamento para outro serviço de apoio, disponível na rede de saúde do município, caso necessário. Posteriormente, para agir em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisadora manterá a guarda dos dados desta pesquisa por pelo menos cinco anos, após esse período, a decisão pela manutenção ou descarte do banco de dados é decisão da pesquisadora.

Não terá nenhuma forma de prejuízo no trabalho o profissional que verbalizar ou marcar nos instrumentos respostas que apontem que o ambiente de trabalho ou a saúde do trabalhador estejam comprometidas. Nesse sentido, para minimizar tais riscos, os instrumentos serão preenchidos em local privativo e o pesquisador compromete-se em não permitir que ocorra o vazamento de nenhuma informação pontual e/ou individual que sejam relatadas ou vivenciadas, além de prestar atendimento ao trabalhador em eventuais situações de desconforto.

Os pesquisadores desta pesquisa se comprometem a seguir o que consta na Resolução nº466/2012, a qual trata sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. Você tem liberdade de participar ou não da pesquisa, conforme disponibilidade e interesse em contribuir e, a qualquer momento, você poderá desistir mesmo após ter assinado o TCLE. Você não terá nenhum custo nem receberá algum valor financeiro por participar da pesquisa. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição em que trabalha. O TCLE será assinado em duas vias, sendo que uma ficará com a pesquisadora e a outra com o

participante. Além disso, a assinatura desse termo não exclui a possibilidade de o participante buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes de sua participação nesta pesquisa.

Acredita-se que esse estudo possa oferecer contribuições à Secretaria de Saúde do município para melhorar a saúde dos trabalhadores, e minimizar o impacto das exigências desse contexto no atual cenário de pandemia, bem como inspirar futuros estudos sobre a temática. Além de oferecer benefícios indiretos à saúde dos trabalhadores, o estudo prevê a garantia de que os mesmos terão direito de acesso às suas respectivas respostas nos questionários sempre que solicitado aos pesquisadores deste estudo.

O estudo proposto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFRGS), com registro CAAE número 47867221.3.0000.5347. O CEP consiste em um órgão colegiado, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, cuja finalidade é avaliar – emitir e acompanhar os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, em seus aspectos éticos e metodológicos, realizados no âmbito da instituição.

Assinatura das pesquisadoras:

\_\_\_\_\_  
Mestranda Vitória Lovato Pinto  
([vitorialovato@hotmail.com](mailto:vitorialovato@hotmail.com))

\_\_\_\_\_  
Acadêmica Monique da Costa Rigo  
([moniquecrigo@gmail.com](mailto:moniquecrigo@gmail.com))

Orientadora e Pesquisadora Responsável: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Petri Tavares  
([jupetritavares@gmail.com](mailto:jupetritavares@gmail.com))

Eu, \_\_\_\_\_, estou ciente da pesquisa e declaro a minha participação. Fui informado(a) de forma clara, detalhada, livre de qualquer constrangimento de todas as etapas e implicações de participação.

Assinatura do participante da pesquisa:

\_\_\_\_\_

Cachoeira do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311- Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre/RS- CEP 90040-060. Fone: +55 (51) 33083738. Email: [ética@propesq.ufrgs.br](mailto:ética@propesq.ufrgs.br). Horário de Funcionamento: de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00h. Em permanência da situação de pandemia, o atendimento está sendo feito exclusivamente por *e-mail*.

## Apêndice B

### Questionário Sócio-laboral e de Saúde

As questões a seguir, dos itens 1, 2 e 3, referem-se a informações pessoais. Responda marcando com um "X" entre os parênteses.

#### 1. Caracterização Sócio - Demográfica

<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> Feminino		<input type="checkbox"/> Masculino		
<b>Raça/Cor da Pele</b>	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Indígena
<b>Idade</b>	____ anos completos				
<b>Situação Conjugal</b>	<input type="checkbox"/> Solteiro(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a) ou União Estável	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> União Domiciliar	<input type="checkbox"/> Viúvo(a)
<b>Número de filhos(as)</b>	<input type="checkbox"/> Nenhum filho	<input type="checkbox"/> Apenas 1 filho	<input type="checkbox"/> 2 filhos		<input type="checkbox"/> 3 ou mais filhos

#### 2. Condições de Saúde

<p><b>Você pertence ao Grupo de Risco*?</b></p> <p>*Grupo de Risco: pessoas que possuem Cardiopatias, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Pneumopatias (Asma ou outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas), Imunodeprimidos, idade superior a 60 anos, gestante ou puérpera (45 a 60 dias após o parto).</p>	( ) Não		( ) Sim	
<p><b>Quantos diagnósticos ou critérios do Grupo de Risco você possui?</b></p>	( ) Nenhum critério ou diagnóstico	( ) apenas 1 critério ou diagnóstico	( ) 2 critérios ou diagnósticos	( ) 3 ou mais critérios ou diagnósticos
<p><b>Você reside com pessoas do Grupo de Risco?</b></p>	( ) Não		( ) Sim	
<p><b>Você precisou afastar-se do trabalho por apresentar sintomas suspeitos de COVID-19 ou outra Síndrome Gripal?</b></p>	( ) Não		( ) Sim	
<p><b>Você precisou afastar-se do trabalho por diagnóstico confirmado da COVID-19?</b></p>	( ) Não		( ) Sim	

### 3. Caracterização Laboral

<b>Nome da Unidade de Saúde que você trabalha:</b> _____	
<b>Categoria Profissional</b>	<input type="checkbox"/> Enfermeiro(a) <input type="checkbox"/> Médico(a) <input type="checkbox"/> Dentista <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Assistente Social <input type="checkbox"/> Técnico/auxiliar de Enfermagem <input type="checkbox"/> Técnico/Auxiliar de Saúde Bucal <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde <input type="checkbox"/> Profissional do Administrativo <input type="checkbox"/> Profissional da Higienização <input type="checkbox"/> Condutor de Veículo/ambulância
<b>Nível de Escolaridade</b>	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/> Pós-Graduação Completa
<b>Tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde</b>	Há _____ anos completos
<b>Número de Empregos que você possui</b>	<input type="checkbox"/> Apenas 1 emprego <input type="checkbox"/> Apenas 2 empregos <input type="checkbox"/> 3 ou mais empregos
<b>Carga horária de trabalho semanal na Atenção Primária à Saúde</b>	<input type="checkbox"/> Menos de 30 horas semanais <input type="checkbox"/> 30 horas semanais <input type="checkbox"/> 40 horas semanais
<b>Carga horária de trabalho semanal de todos os empregos que o trabalhador possui:</b>	<input type="checkbox"/> Menos de 30 horas semanais <input type="checkbox"/> 30 horas semanais <input type="checkbox"/> 40 horas semanais <input type="checkbox"/> Superior a 40 horas semanais

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

### Apêndice C

#### **Checklist de Saúde do Trabalhador a partir das Recomendações do Ministério da Saúde**

Responda assinalando com “X” entre parênteses quais dos itens abaixo foram utilizados e/ou contemplados no seu local de trabalho:

##### 1. Medidas relacionadas às Ferramentas de Apoio aos Profissionais

<b>1.1 Utilização de Sítio(s) Eletrônico(s) do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e/ou da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com informações sobre formas as de prevenção, tratamento e/ou boletins epidemiológicos da COVID-19.</b>	<input type="checkbox"/> Sim, de forma satisfatória	<input type="checkbox"/> Sim, mas não de forma completamente satisfatória	<input type="checkbox"/> Não foram contemplados
<b>1.2 Utilização da Consultoria Clínica (Tele-Medicina, Disk-Saúde, Aplicativo</b>		<input type="checkbox"/> Sim, mas não de forma	<input type="checkbox"/> Não foram contemplados



<p><b>Coronavírus-SUS ou outra ferramenta de apoio) para os profissionais de saúde discutirem algum caso ou tirar dúvidas a respeito da doença ou condutas diante dos casos.</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>completamente satisfatória</p>	
<p><b>1.3 Realização de cursos de capacitação (“Vírus respiratórios emergentes, incluindo o COVID-19” da Organização Pan-americana da Saúde) sobre a COVID-19 e outras Síndromes Gripais disponibilizados de forma gratuita pelo serviço.</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>
<p><b>1.4 Capacitação sobre os Equipamentos de Proteção Individual (paramentação, desparamentação, avaliação de sinais de dano, critérios para reutilização e descarte).</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>
<p><b>1.5 Capacitação sobre os 5 Momentos da Higiene de Mãos para o controle de infecções.</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>

<p><b>1.6 Capacitação sobre a higienização de materiais compartilhados (teclados de computadores, termômetros, estetoscópios, esfigmomanômetros, entre outros materiais).</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>
<p><b>1.7 Os recursos digitais de capacitação para os profissionais foram um fator dificultador para a qualificação e atuação durante a Pandemia de COVID-19?</b></p>	<p>( ) Sim</p>	<p>( ) Parcialmente</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>

## 2. Medidas de Controle de Engenharia dos Serviços

<p><b>2.1 Foi reservado um espaço de acolhimento exclusivo com ventilação ou com circulação de ar para os usuários que chegassem à unidade com queixas respiratórias (casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 ou Síndrome Gripal).</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>
---	---------------------------------------	---	-----------------------------------

<p><b>2.2 Existem estruturas para higiene de mãos (lavatório/pia, dispensador de sabonete líquido, suporte com papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual) distribuídas em diferentes locais do ambiente de saúde.</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>
<p><b>2.3 Existem dispensadores de Álcool em gel ou outras formulações a 70% distribuídos em diferentes locais do ambiente de saúde, para serem utilizados pelos trabalhadores e usuários do serviço.</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>
<p><b>2.4 O ambiente da Recepção ou Sala de Espera foi organizado com distanciamento mínimo de 1 metro entre as cadeiras para os usuários do serviço.</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>
<p><b>2.5 Instalação de barreiras físicas (placas de vidros ou acrílicas) na Sala de</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>( ) Sim, mas não de forma</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>

<b>Recepção para proteção dos trabalhadores de saúde.</b>		completamente satisfatória	
<b>2.6 Disponibilização em tamanho, quantidade e qualidade adequadas dos EPIs: óculos de proteção ou protetor facial; luvas; avental/jaleco, máscara cirúrgica e N95.</b>	( ) Sim, de forma satisfatória	( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória	( ) Não foram contemplados
<b>2.7 Fornecimento de máscara cirúrgica a todos os usuários que não estivessem utilizando antes destes entrarem no serviço de saúde.</b>	( ) Sim, de forma satisfatória	( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória	( ) Não foram contemplados
<b>2.8 Identificação de alerta no local onde são armazenados ou manipulados materiais ou equipamentos contaminados com resíduos biológicos.</b>	( ) Sim, de forma satisfatória	( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória	( ) Não foram contemplados

### 3. Medidas de Controle Administrativo e Organização do Trabalho

<p><b>3.1 Ampliação dos horários de funcionamento da unidade para diminuir a aglomeração de pessoas na unidade de saúde.</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>
<p><b>3.2 Sempre que possível, substituição de reuniões presenciais de orientação aos profissionais por atendimento telefônico ou comunicações virtuais.</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>
<p><b>3.3 Distribuição de cartazes informativos (sobre a importância do distanciamento social, cuidados com o uso da máscara, higiene das mãos e “Etiqueta Respiratória”) na Recepção/Sala de Espera, banheiros, entre outros espaços.</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>
<p><b>3.4 Disponibilização de um documento por escrito e/ou Plano de Comunicação para os profissionais da saúde sobre as normas, rotinas e fluxos do usuário, com</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>

suspeita ou confirmação de COVID-19 ou outra Síndrome Gripal, na unidade de saúde e nos demais serviços da rede.			
3.5 Monitoramento, por parte da gestão/coordenação do serviço, sobre a efetividade das medidas de proteção e avaliação da adesão dos trabalhadores.	( ) Sim, de forma satisfatória	( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória	( ) Não foram contemplados
3.6 Revisão dos Procedimentos Operacionais de Limpeza e Desinfecção, com ampliação da frequência de higienização dos ambientes, superfícies e objetos de contato dos usuários e trabalhadores de saúde.	( ) Sim, de forma satisfatória	( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória	( ) Não foram contemplados
3.7 Na sua perspectiva, as mudanças administrativas que ocorreram ou vem ocorrendo no serviço são adequadas para garantir não só a qualidade da assistência, mas também garantir a saúde e segurança dos trabalhadores e usuários?	( ) Sim, de forma satisfatória	( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória	( ) Não foram contemplados

## 4. Medidas sobre a Gestão de Recursos Humanos e Reorganização do Serviço

<p><b>4.1 Os trabalhadores do grupo de risco (gestantes, lactentes, imunodeprimidos, doentes crônicos e pessoas com 60 anos de idade ou mais) foram realocados para atividades sem contato direto com usuário</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>
<p><b>4.2 Os profissionais remanejados, para atividades sem contato com o público, receberam capacitação para exercer as novas atividades do setor?</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>
<p><b>4.3 Trabalhadores que apresentavam sintomas gripais OU Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) OU que estavam em contato domiciliar com pessoas nestas condições foram temporariamente afastados das suas atividades sem prejuízos trabalhistas?</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>

<p><b>4.4 O afastamento do profissional que apresentava sintomas gripais ocorreu por um período de até 14 dias, a partir do início dos sintomas respiratórios, OU quando este apresentou testagem laboratorial Reagente ou positiva para o vírus da COVID-19?</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>
<p><b>4.5 Em caso de afastamento, os critérios para retorno das atividades são: RT-PCR negativo, OU Teste Rápido Sorológico IgM (Imunoglobulina do tipo M) Não-reagente para COVID-19, OU retorno após 14 dias do início dos sintomas gripais caso não haja disponibilidade de realizar testes laboratoriais (após avaliação médica atestando a segurança do retorno).</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>
<p><b>4.6 Os trabalhadores afastados em licença saúde foram substituídos durante</b></p>	<p>( ) Sim, de forma satisfatória</p>	<p>( ) Sim, mas não de forma</p>	<p>( ) Não foram contemplados</p>



<b>esse período por outros profissionais?</b>		completamente satisfatória	
<b>4.7 Houve a manutenção do espaço de escuta e acolhimento aos trabalhadores do serviço para garantir uma gestão protetiva e mais humanizada da atenção à saúde?</b>	( ) Sim, de forma satisfatória	( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória	( ) Não foram contemplados
<b>4.8 Foi disponibilizado apoio psicossocial aos trabalhadores na modalidade presencial ou à distância?</b>	( ) Sim, de forma satisfatória	( ) Sim, mas não de forma completamente satisfatória	( ) Não foram contemplados

Fonte: *CheckList* elaborado pela autora do presente estudo a partir do documento do Ministério da Saúde intitulado “Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais” de abril de 2020.

## ANEXOS

### Anexo A

<b>Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT)</b>						
<p>Os próximos questionamentos referem-se ao seu contexto de trabalho na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia da COVID-19.</p> <p>Escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz.</p> <p>Marque sua resposta com um “X” no número correspondente.</p> <p>Legenda: (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>						
1	Organização do Trabalho	1	2	3	4	5
1.1	O ritmo do trabalho é excessivo					
1.2	As tarefas são cumpridas com pressão de prazos					
1.3	Existe forte cobrança por resultados					
1.4	As normas para execução das tarefas são rígidas					
1.5	Existe fiscalização do desempenho					
1.6	O número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas					
1.7	Os resultados esperados estão fora da realidade					
1.8	Existe divisão entre quem planeja e quem executa					

1.9	As tarefas são repetitivas					
1.10	Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho					
1.11	As tarefas executadas sofrem descontinuidade					
<b>2</b>	<b>Relações Sócio-Profissionais</b>					
2.1	As tarefas não estão claramente definidas					
2.2	A autonomia é inexistente					
2.3	A distribuição das tarefas é injusta					
2.4	Os funcionários são excluídos das decisões					
2.5	Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados					
2.6	Existem disputas profissionais no local de trabalho					
2.7	Falta integração no ambiente de trabalho					
2.8	A comunicação entre funcionários é insatisfatória					
2.9	Falta apoio das chefias para meu desenvolvimento profissional.					
2.10	As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso					
<b>3</b>	<b>Condições de Trabalho</b>					
3.1	As condições de trabalho são precárias					
3.2	O ambiente físico é desconfortável					
3.3	Existe muito barulho no ambiente de trabalho					
3.4	O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado					
3.5	Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas					
3.6	O posto/estação de trabalho é inadequado para a realização das tarefas					
3.7	Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários					
3.8	O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado					

3.9	As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas					
3.10	O material de consumo é insuficiente					

Fonte: MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. **Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento - ITRA**: Instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A. M. *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 111-26, 2007.

### Anexo B

<b>Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT)</b>						
<p>Agora escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz das exigências decorrentes do seu contexto de trabalho na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia da COVID-19.</p> <p>Marque sua resposta com um “X” no número correspondente.</p> <p>Legenda: (1) Nada exigido (2) Pouco exigido (3) Mais ou menos exigido (4) Bastante exigido (5) Totalmente exigido.</p>						
<b>1</b>	<b>Custos Afetivos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.1	Ter controle de emoções					
1.2	Ter que lidar com ordens contraditórias					
1.3	Ter custo emocional					
1.4	Ser obrigado a lidar com agressividade dos outros					
1.5	Disfarçar os sentimentos					
1.6	Ser obrigado a elogiar as pessoas					
1.7	Ser obrigado a ter bom humor					
1.8	Ser obrigado a cuidar da aparência física					

1.9	Ser bonzinho com os outros					
1.10	Transgredir valores éticos					
1.11	Ser submetido a constrangimentos					
1.12	Ser obrigado a sorrir					
<b>2</b>	<b>Custos Cognitivos</b>					
2.1	Desenvolver macetes					
2.2	Ter que resolver problemas					
2.3	Ser obrigado a lidar com imprevistos					
2.4	Fazer previsão de acontecimentos					
2.5	Usar a visão de forma contínua					
2.6	Usar a memória					
2.7	Ter desafios intelectuais					
2.8	Fazer esforço mental					
2.9	Ter concentração mental					
2.10	Usar a criatividade					
<b>3</b>	<b>Custos Físicos</b>					
3.1	Usar a força física					
3.2	Usar o braço de forma contínua					
3.3	Ficar em posição curvada					
3.4	Caminhar					
3.5	Ser obrigado a ficar em pé					
3.6	Ter que manusear objetos pesados					
3.7	Fazer esforço físico					
3.8	Usar as pernas de forma contínua					
3.9	Usar as mãos de forma repetida					
3.10	Subir e descer escadas					

Fonte: MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. **Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento - ITRA**: Instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A. M.

Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 111-26, 2007.

### Anexo C

<b>Escala de Investigação de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)</b>								
<p>Os próximos questionamentos referem-se à sua avaliação <u>dos últimos seis meses</u>, marque o número de vezes em que ocorrem <u>vivências positivas e negativas</u> no seu local de trabalho na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia da COVID-19.</p> <p>Marque sua resposta com um “X” no número correspondente.</p> <p>Legenda: (0) Nenhuma vez (1) Uma vez (2) Duas vezes (3) Três vezes (4) Quatro vezes (5) Cinco vezes (6) Seis ou mais vezes</p>								
<b>1</b>	<b>Liberdade de Expressão</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
1.1	Liberdade com a chefia para negociar o que precisar							
1.2	Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas							
1.3	Solidariedade entre os colegas							
1.4	Confiança entre os colegas							
1.5	Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho							

1.6	Liberdade para usar a minha criatividade							
1.7	Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias							
1.8	Cooperação entre os colegas							
<b>2</b>	<b>Realização Profissional</b>							
2.1	Satisfação							
2.2	Motivação							
2.3	Orgulho pelo que faço							
2.4	Bem-estar							
2.5	Realização profissional							
2.6	Valorização							
2.7	Reconhecimento							
2.8	Identificação com as minhas tarefas							
2.9	Gratificação pessoal com as minhas atividades							
<b>3</b>	<b>Esgotamento Profissional</b>							
3.1	Esgotamento emocional							
3.2	Estresse							
3.3	Insatisfação							
3.4	Sobrecarga							
3.5	Frustração							
3.6	Insegurança							
3.7	Medo							
<b>4</b>	<b>Falta de Reconhecimento</b>							
4.1	Falta de reconhecimento do meu esforço							
4.2	Falta de reconhecimento do meu desempenho							
4.3	Desvalorização							
4.4	Indignação							
4.5	Inutilidade							

4.6	Desqualificação							
4.7	Injustiça							
4.8	Discriminação							

Fonte: MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. **Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento - ITRA**: Instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A. M. *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 111-26, 2007.

#### Anexo D

<b>Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)</b>								
<p>Os itens a seguir tratam dos tipos de problemas físicos, psicológicos e sociais que você avalia como causados, essencialmente, pelo seu trabalho na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia da COVID-19. Marque o número que melhor corresponde à frequência com a qual eles estiveram presentes na sua vida <u>nos últimos seis meses</u>.</p> <p>Marque sua resposta com um “X” no número correspondente.</p> <p>Legenda: (0) Nenhuma vez (1) Uma vez (2) Duas vezes (3) Três vezes (4) Quatro vezes (5) cinco vezes (6) Seis ou mais vezes</p>								
1	Danos Físicos	0	1	2	3	4	5	6
1.1	Dores no corpo							
1.2	Dores nos braços							
1.3	Dor de cabeça							
1.4	Distúrbios respiratórios							
1.5	Distúrbios digestivos							



1.6	Dores nas costas								
1.7	Distúrbios auditivos								
1.8	Alterações do apetite.								
1.9	Distúrbios na visão								
1.10	Alterações do sono								
1.11	Dores nas pernas								
1.12	Distúrbios circulatórios								
<b>2</b>	<b>Danos Sociais</b>								
2.1	Insensibilidade em relação aos colegas								
2.2	Dificuldades nas relações fora do trabalho								
2.3	Vontade de ficar sozinho								
2.4	Conflitos nas relações familiares								
2.5	Agressividade com os outros								
2.6	Dificuldade com os amigos								
2.7	Impaciência com as pessoas em geral								
<b>3</b>	<b>Danos Psicológicos</b>								
3.1	Amargura								
3.2	Sensação de vazio								
3.3	Sentimento de desamparo								
3.4	Mau-humor								
3.5	Vontade de desistir de tudo								
3.6	Tristeza								
3.7	Irritação com tudo								
3.8	Sensação de abandono								
3.9	Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas								
3.10	Solidão								

Fonte: MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. **Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento - ITRA**: Instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A. M. *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 111-26, 2007.