



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVO DE TUTORADO ACADÊMICO**

MANUELA MATOS MATURINO

**O TRABALHO INVISÍVEL NA SAÚDE DURANTE A PANDEMIA
DE COVID-19: INDICADORES DE DESIGUALDADES
OCUPACIONAIS E DE SAÚDE**

**FEIRA DE SANTANA – BA
2023**

MANUELA MATOS MATURINO

**O TRABALHO INVISÍVEL NA SAÚDE DURANTE A PANDEMIA
DE COVID-19: INDICADORES DE DESIGUALDADES
OCUPACIONAIS E DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual
de Feira de Santana.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Tânia Maria de Araújo
Co-orientadora: Dr^ª. Camila Carvalho de Sousa

FEIRA DE SANTANA – BA

2023

Dedico este trabalho à minha família, que representa minha fonte de
inspiração e forçadiária, impulsionando-me constantemente a buscar o
autodesenvolvimento e aprimoramento pessoal.
Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradecer à Deus é, antes de tudo, agradecer pela dádiva da existência. É agradecer pela oportunidade de cursar o doutorado e estar concluindo esta etapa da minha formação.

Aos meus pais por todo apoio, suporte e amor incondicional.

A Eduardo por toda compreensão, amor e apoio dedicado a mim e aos nossos filhos.

À Lucas, Mateus e Helena por alegrarem os meus dias com muito amor e carinho, e me fazer lembrar, que preciso ser uma pessoa melhor a cada dia!

À toda família, tios e primos, pelo apoio e a torcida de sempre. Agradeço especialmente à Tia Zete por todo apoio e amor, principalmente nos dias em que não pude estar presente junto aos meus filhos.

À professora Tânia, minha orientadora, por todos ensinamentos, apoio e acolhida no Nucleo de Epidemiologia (NEPI), que fez toda diferença na construção deste trabalho.

Agradeço à Camila, minha co-orientadora, por toda trajetória que construímos ao longo desses anos. Agradeço a escuta, a compreensão e o apoio, fundamentais para o produto final.

Às colegas de jornada do PPGSC e do NEPI, especialmente à Cinthia e Fernanda Queiroz. Obrigada por todo apoio, incentivo e construção de conhecimento ao lado de vocês. Sem vocês o nosso caminho de casa até a UEFS não seria tão divertido!! Obrigada Fernanda Queiroz pela amizade que extrapola o meio acadêmico.

Aos meus amigos queridos que, apesar da minha ausência, me apoiaram e me deram força, mesmo estando distantes.

Aos coordenadores e colegas do Núcleo Regional de Saúde Leste que me apoiaram e torceram por mim durante esta jornada!

Ao grupo que realizou a pesquisa de campo / coleta de dados, que empenharam-se (em meio a pandemia) para que fosse possível construir o banco de dados aqui analisado. E quantos foram os desafios....

À toda equipe do programa de PPGSC pelo acolhimento e momentos compartilhados durante esses quatro anos.

Agradeço aos trabalhadores de saúde que nos atenderam e disponibilizaram seu precioso tempo em meio a uma pandemia para responder ao questionário da coleta de dados e empenharam-se no enfrentamento à crise sanitária da Covid-19.

Enfim, agradeço à todos que, direta ou indiretamente, possibilitaram a construção deste trabalho!

RESUMO

A pandemia da Covid-19 trouxe diversos desafios aos trabalhadores da saúde que assumiram a linha de frente. As ocupações mais tradicionais centralizaram a maior parte da produção científica e do monitoramento das condições de saúde. Enquanto uma parcela significativa de trabalhadores as permaneceu invisibilizada, embora desenvolva atividades essenciais para efetivação do cuidado. Objetivou-se avaliar as condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras “invisíveis” da saúde da atenção primária e média complexidade, no contexto da pandemia da Covid-19. Foram objetivos específicos: Identificar desigualdades nas condições e características gerais de trabalho e de saúde dos trabalhadores “tradicionais” e trabalhadores “invisíveis” da saúde, durante a pandemia da Covid-19 em municípios da Bahia; Descrever as condições e características gerais de trabalho e de saúde dos trabalhadores “invisíveis” da saúde, durante a pandemia da Covid-19, por grupos ocupacionais; Avaliar a associação entre estressores ocupacionais e ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC) em trabalhadores/as “invisíveis” da saúde, no contexto da pandemia da Covid-19; Analisar os efeitos isolados e combinados de estressores ocupacionais sobre a saúde mental de trabalhadores invisíveis da saúde. Estudo transversal, realizado em três municípios da Bahia, com 1.204 trabalhadores durante a pandemia (2021-2022). Foram realizadas análise descritivas, bivariadas e multivariadas. Os resultados desta tese são apresentados no formato de 4 artigos. Verificou-se desigualdades entre os trabalhadores tradicionais e “invisíveis” da saúde relativas às características sociodemográficas, aos hábitos de vida às condições de trabalho e à situação de saúde. Sendo identificado piores indicadores socioeconômicos e laborais entre os trabalhadores invisíveis, com condições de trabalho desfavoráveis a todos os trabalhadores “invisíveis” da saúde (pessoal de apoio, conservação e limpeza; ACS/ACE, técnicos e trabalhadores da gestão e vigilância), no entanto, verifica-se heterogeneidade entre as categorias invisibilizadas. Os ACS e ACE apresentaram as condições de trabalho mais desfavoráveis nas três dimensões analisadas no estudo (características socioeconômicas e do trabalho, características do contexto do trabalho e exposições ocupacionais), incluindo condições de estrutura física, a percepção de riscos ocupacionais e a disponibilização de EPI, quando comparados às demais categorias profissionais invisibilizadas. A prevalência global de TMC foi de 40,4%, sendo mais prevalente entre os ACS/ACE (38,6%), seguidos pelo pessoal da gestão e vigilância (38,6%), pelos técnicos (35,4%) e pelo pessoal de apoio/conservação/limpeza (29,9%). A associação entre estressores ocupacionais e TMC variou entre as ocupações: 1. Comprometimento

excessivo com o trabalho (CET) associou-se aos TMC entre trabalhadores de apoio/conservação/limpeza; 2. CET, desequilíbrio esforço-recompensa (DER) e baixo controle sobre o trabalho permaneceram no modelo final entre ACS-ACE; 3. CET, DER, maior idade e tempo de trabalho associaram-se aos TMC entre os técnicos; 4. Entre os trabalhadores de gestão e vigilância permaneceram associados aos TMC situação de DER e baixo controle sobre o trabalho. A presença de estressores ocupacionais no contexto pandêmico, assim como sua correlação com o adoecimento mental entre os trabalhadores “invisíveis” da saúde. A exposição ocupacional a estressores a ao menos um fator de exposição, apresentaram maior probabilidade de adoecimento, sendo observada maiores prevalências de TMC em trabalhadores com comprometimento excessivo com o trabalho e ainda maior quando expostos simultaneamente a dois fatores, ultrapassando o excesso de risco a exposição esperado. Os dados evidenciam desigualdades nas condições de vida e de trabalho dos trabalhadores “tradicionais” e trabalhadores “invisíveis” da saúde e fortalecem a demanda por ações que possam reduzir as iniquidades identificadas.

Palavras-chave: Trabalhador da Saúde; Trabalho em Saúde; condições de trabalho; Pandemia COVID-19.

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic brought several challenges to healthcare workers who took on the front line. More traditional occupations centralized most of the scientific production and monitoring of health conditions. While a significant portion of workers remained invisible, despite carrying out essential activities to provide care. The objective was to evaluate the working and health conditions of “invisible” primary and medium complexity healthcare workers, in the context of the pandemic of Covid-19. Specific objectives were: Identify inequalities in the general working and health conditions and characteristics of “traditional” workers and “invisible” health workers, during the Covid-19 pandemic in municipalities in Bahia; Describe the general working and health conditions and characteristics of “invisible” health workers, during the Covid-19 pandemic, by occupational groups; Evaluate the association between occupational stressors and the occurrence of common mental disorders (CMD) in “invisible” health workers, in the context of the Covid-19 pandemic; To analyze the isolated and combined effects of occupational stressors on the mental health of invisible healthcare workers. Cross-sectional study, carried out in three municipalities in Bahia, with 1,204 workers during the pandemic (2021-2022). Descriptive, bivariate and multivariate analyzes were performed. The results of this thesis are presented in the format of 4 articles. There were inequalities between traditional and “invisible” health workers regarding sociodemographic characteristics, lifestyle habits, working conditions and health status. Worse socioeconomic and labor indicators were identified among invisible workers, with unfavorable working conditions for all “invisible” health workers (support, conservation and cleaning staff; ACS/ACE, technicians and management and surveillance workers), however, there is heterogeneity between the invisible categories. The ACS and ACE presented the most unfavorable working conditions in the three dimensions analyzed in the study (socioeconomic and work characteristics, characteristics of the work context and occupational exposures), including physical structure conditions, the perception of occupational risks and the availability of PPE, when compared to other invisible professional categories. The overall prevalence of CMD was 40.4%, being most prevalent among ACS/ACE (38.6%), followed by management and surveillance staff (38.6%), technicians (35.4%) and by support/maintenance/cleaning staff (29.9%). The association between occupational stressors and CMD varied between occupations: 1. Excessive commitment to work (CET) was associated with CMD among support/conservation/cleaning workers; 2. CET, effort-reward imbalance (DER) and low control over work remained in the final model between ACS-ACE;

3. CET, DER, older age and working time were associated with CMD among technicians; 4. Among management and surveillance workers, CMD remained associated with a situation of DER and low control over work. The presence of occupational stressors in the pandemic context, as well as their correlation with mental illness among “invisible” healthcare workers. Occupational exposure to stressors and at least one exposure factor presented a greater probability of illness, with a higher prevalence of CMD being observed in workers with excessive commitment to work and even higher when exposed simultaneously to two factors, exceeding the excess risk of exposure expected. The data highlights inequalities in the living and working conditions of “traditional” workers and “invisible” health workers and strengthens the demand for actions that can reduce the identified inequities.

Keywords: Health Worker; Health Work; work conditions; COVID-19 pandemic.

LISTADE ABREVIACÕES E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	ACS Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Combate a Endemias
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Covid-19	COrona VIRUS Disease (Doença do Coronavírus), “19” se refere a 2019. Doença infecciosa causada pelo coronavírus SARS-CoV-2.
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ERI	Effort-reward imbalance
IC	Intervalo de confiança
JCQ	Job Content Questionnaire
MCS	Modelo de Crenças em Saúde
MDC	Modelo demanda-controle
NEPI	Núcleo de Epidemiologia
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RP	Razão de prevalência
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SPSS	Statistical Program for the Social Sciences
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
STATA	Data Analysis and Statistical Software
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TS	Trabalhadores(as) da saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo Baiano
USF	Unidade de Saúde da Família

APRESENTAÇÃO DA TESE

A tese intitulada “**O trabalho invisível na saúde durante a pandemia de Covid-19: indicadores de desigualdades ocupacionais e de saúde**” foi construída a partir de inquietações oriundas da necessidade da compreensão de uma classe trabalhadora tão importante para a manutenção da saúde de uma população e ao mesmo tempo invisibilizada.

A busca pela identificação das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores da saúde vem conduzindo ações desenvolvidas pelo Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (NEPI/UEFS) ao longo dos anos. Em busca de fomentar ações de vigilância e monitoramento da saúde dos trabalhadores, de retratar a realidade vivenciada e subsidiar ações e políticas públicas relacionadas à temática, o NEPI/UEFS vem desenvolvendo pesquisas que originaram diversos bancos de dados, sendo que um deles foi utilizado para a construção desta tese.

Antes da pandemia, em 2019, já havia o planejamento e ações voltadas para a organização e coleta de dados do projeto “Vigilância e monitoramento de doenças infecciosas no setor saúde”, resultado de uma parceria do NEPI/UEFS com Núcleo de Saúde, Educação e Trabalho (NSET) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. A programação da pesquisa previa o seu início para 2020. No entanto, algo inesperado aconteceu. Um vírus identificado inicialmente na China que causava pneumonia grave, levando pacientes à hospitalização e óbito, causador da doença Covid-19, chegou ao Brasil e o início da pesquisa de campo precisou ser adiada.

No decorrer do ano de 2020 muitas incertezas pairavam em torno da realização da pesquisa de campo. O crescente número de pessoas infectadas e óbitos mantinham o Brasil com elevada incidência de casos. Medidas de afastamento social foram adotadas e apenas serviços tidos como essenciais foram mantidos abertos. O momento epidemiológico vivenciado não permitia a entrada da equipe no campo de pesquisa naquele ano, sendo portanto, um período dedicado a ajustes internos da pesquisa.

Em janeiro de 2021 nossa esperança reacende com a chegada das primeiras doses de vacinas contra Covid-19 no Brasil (mesmo que escassas nesse momento). Após diversos alinhamentos com os gestores municipais e com a garantia de que todas as medidas de proteção contra Covid-19 seriam adotadas (incluindo a vacinação dos coletadores) e a melhora do cenário epidemiológico, houve a liberação do campo para a realização da coleta de dados, iniciando pelos municípios de menor porte.

O decorrer da pesquisa continuou sendo desafiador. Foi preciso vencer diversos

obstáculos para avançar na coleta de dados, a qual perdurou por 12 meses para o alcance do número amostral suficiente.

Ainda durante a coleta de dados, realizamos análise parcial dos dados dos dois municípios de menor porte para exploração inicial. Com esse material, foi produzido um capítulo de livro intitulado “Condições de trabalho dos trabalhadores de saúde da atenção primária e da média complexidade do SUS em tempos de pandemia”. No decorrer da construção desse capítulo, foi possível perceber a necessidade de dar maior visibilidade a um grupo de trabalhadores “invisibilizados”, os quais, na maioria das publicações que focalizaram os trabalhadores da saúde eram nomeados e/ou incluídos nas categorias de análises como “outros”, ou seja, não eram nomeados.

Assim, o olhar recaiu sobre a identificação de quem eram os “outros”, os quais, em muitos estudos, representavam um grande percentual dos trabalhadores estudados, com resultados que indicavam desigualdades e desvantagens em vários aspectos ocupacionais e da saúde afetada, mas que eram “invisíveis” por não fazerem parte de categorias profissionais tradicionalmente valorizadas e reconhecidas.

Assim, conhecer os “invisíveis” e sua diversidade entre os trabalhadores de saúde para que sejam realizadas intervenções específicas que visem garantir a saúde desses trabalhadores tornou-se objeto de atenção e análise nesta tese.

Como trabalhadora “invisível” da saúde pude vivenciar diferentes dimensões da pandemia: o da trabalhadora parda, com os anseios e as incertezas do que estava por vir, que precisou adequar as atividades de trabalho ampliadas com a sobrecarga doméstica; a trabalhadora que adoeceu por Covid-19, que viu todos de sua residência adoecerem junto, mesmo em situação de isolamento social. Mas também pude vivenciar a trabalhadora que seguiu na linha de frente enfrentando os desafios, liberando as primeiras doses de vacina contra Covid-19, carregadas de esperança pelo controle da doença, e que viu o empenho de todos os trabalhadores para que o fim da pandemia fosse possível. Essa tese, portanto, testemunha essa vivência pessoal, constituindo o registro de condições e situações que precisam conformar reflexões e ensinamentos para uma resposta mais adequada no futuro.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
3.10 TRABALHO NO SETOR SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA.....	19
3.1.1 Estressores ocupacionais e a Covid-19.....	26
3.2 DESIGUALDADES E INIQUIDADES EM SAÚDE.....	30
3.3 TRABALHADORES INVISÍVEIS DA SAÚDE.....	33
4 MÉTODOS.....	35
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	35
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	35
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	36
4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes.....	36
4.3.2 Procedimentos para seleção dos/as participantes	36
4.4 TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS.....	37
4.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	38
4.6 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS E ANÁLISE DE DADOS.....	39
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	42
5 RESULTADOS.....	43
5.1 ARTIGO 1 - TRABALHADORES “INVISÍVEIS” DA SAÚDE: ESTUDO EXPLORATÓRIO DE INDICADORES DE DESIGUALDADES.....	44
5.2 ARTIGO 2 - CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES “INVISÍVEIS” DA SAÚDE DO SUS EM TEMPOS DE PANDEMIA: HETEROGENEIDADE NESSA INVISIBILIDADE?	66
5.3 ARTIGO 3-DIMENSÕES DA PANDEMIA DE COVID-19: PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM TRABALHADORES “INVISÍVEIS” E SUA ASSOCIAÇÃO COM ESTRESSORES OCUPACIONAIS.....	90
5.4 ARTIGO 4 - ADOECIMENTO MENTAL EM TRABALHADORES INVISÍVEIS DA SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: ANÁLISE DOS EFEITOS ISOLADOS E COMBINADOS DE ESTRESSORES OCUPACIONAIS.....	112
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
REFERÊNCIAS.....	131
APÊNDICES.....	142
APÊNDICE A - TERMO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DO BANCO DE DADOS.....	142
APÊNDICE B - CAPÍTULO DE LIVRO ACEITO PARA PUBLICAÇÃO.....	144
ANEXOS.....	169
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	169
ANEXO B -INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	170

1 INTRODUÇÃO

O aumento de casos de uma pneumonia de etiologia desconhecida, em Wuhan na China em dezembro de 2019, foi o alerta para as autoridades sanitárias mundiais de que algo grandioso estava por vir. A descoberta do agente etiológico que estava causando essa pneumonia só ocorreu em janeiro de 2020, quando foi identificado um novo vírus da família Coronaviridae (Cov), sendo então denominado *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), o causador da *Coronavirus Disease 2019*(Covid-19), uma doença que se alastrou pelo mundo, um dos maiores desafios do setor saúdico século XXI (BARROSO et al., 2020; CAMPIOLO et al., 2020; SANTOS et al., 2020a; SANTOS et al., 2020b).

A doença originada pelo SARS-CoV-2 disseminou-se rapidamente por diversos países, sendo que em 30 de janeiro de 2020, foi declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que o surto da Covid-19 constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e em 11 de Março de 2020 elevou o estado de contaminação à Pandemia(SILVA, 2021).

O primeiro caso no Brasil foi notificado em 26 de Fevereiro de 2020. As ações de vigilância e controle da doença foram sendo traçadas a medida que as evidências científicas eram estabelecidas e a Organização Mundial de Saúde (OMS) consolidava as informações recebidas dos países (BRASIL, 2020a). Desde que foi declarado o início da pandemia de Covid-19, houve uma corrida para o desenvolvimento de imunizantes para gerar imunidade contra o vírus. Assim, as vacinas contra a Covid-19, foram desenvolvidas em um curto espaço de tempo e postas em uso (SCHERER et al., 2022).

Durante o curso da pandemia, os trabalhadores de saúde mantiveram-se na linha de frente no combate e enfrentamento contra o vírus. Devido a natureza essencial, as atividades na área da saúde continuaram a ser presenciais, porém com mudanças significativas nas rotinas dos serviços, envolvendo alterações nas práticas cotidianas do cuidado em saúde e aumento da demanda por atendimento (BRUST-RENCK et al., 2021; MIRANDA et al., 2020).

A campanha de vacinação contra a Covid-19 teve início no Brasil no dia 17 de janeiro de 2021, quando havia um número limitado de doses disponíveis. A partir do mês de março, o país conseguiu receber um volume de vacinas suficiente para avançar a vacinação

(FIOCRUZ, 2022). Os profissionais de saúde e idosos foram os grupos prioritários para iniciar a vacinação contra a Covid-19, instituído pelo Programa Nacional de Imunizações – PNI(BRASIL, 2020e).

No Brasil, as mudanças trazidas pela pandemia impactaram o trabalho não apenas da atenção terciária, mas também dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e de média complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os desafios impostos pela pandemia, vale destacar a exigência da reorganização dos processos de trabalho na ABS, com incorporação das ações para mitigar a ocorrência de Covid-19, paralelamente à realização das atividades que já eram desenvolvidas cotidianamente, garantindo a continuidade da atenção nesse contexto (CIRINO et al., 2021).

Historicamente, o mundo do trabalho não oferece as mesmas oportunidades e condições para todos, sendo marcado por desigualdades e iniquidades (SIQUEIRA; FERNANDES, 2021).As condições gerais de trabalho precário, já identificadas na literatura (SANTOS et al., 2020a), foram ampliadas e intensificadas no contexto pandêmico, especialmente com relação à inadequação da estrutura física, de disponibilidade de materiais, insumos e maquinários necessários para a realização das atividades, dimensionamento de pessoal e precarização dos vínculos de trabalho, evidenciando um cenário muito preocupante.

Nesse contexto pandêmico, observou-se aumento significativo na intensidade e demanda do trabalho, mudanças drásticas na rotina de trabalho, ausência ou limitação de suporte, juntamente com as condições laborais desfavoráveis (insuficiência de equipamentos de proteção individual - EPI, jornadas de trabalho extensas, desgaste físico e mental),que resultaram em maior nível de exposição aos riscos ocupacionais, gerando sofrimento e adoecimento para os trabalhadores (ALMEIDA et al., 2021; BRUST-RENCK et al., 2021; MIRANDA et al., 2020).

Estudos recentes destacam que os efeitos da pandemia variaram para os profissionais de saúde, levando em consideração fatores como profissão, gênero e raça, tendo impacto mais acentuado em indivíduos em condições de maior vulnerabilidade, a exemplo das trabalhadoras de saúde negras, as quais, além das desigualdades cotidianas, também foi imposta uma sobrecarga doméstica, acesso limitado a Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), treinamento e apoio insuficientes (MAGRI; FERNANDEZ; LOTTA, 2022).

Apesar da elevada exposição ocupacional de todas as categorias ocupacionais atuantes no setor saúde, da relevância de todas elas para o funcionamento dos serviços de saúde, uma parcela significativa de trabalhadores permaneceu invisibilizada, pouco reconhecida e desconsiderada em estudos que avaliara as condições de trabalho e agravos à saúde dos

trabalhadores da saúde. Esses trabalhadores têm sido chamados de “trabalhadores invisíveis”, sendo o termo vinculado a trabalhadores que, embora desenvolvam atividades essenciais, são responsáveis por funções pouco valorizadas e pouco lembradas na sociedade, muitas vezes “invisível” diante da própria equipe, de suas instituições e da sociedade em geral (CASTRO, 2021; AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS, 2022).

Entender o significado do termo “invisível” é de extrema importância. Originário do latim, é um adjetivo que refere-se a algo não visível, “que não pode ser visto”, “o que não se vê” (AMORA, 2009). Essa invisibilidade tem relação direta com o social, associada à ausência de reconhecimento, sensação de insignificância, sendo portanto, uma construção social e psíquica (MARTINS, 2019), a qual pode estar presente no ambiente de trabalho.

Considerando as demandas ocupacionais, os trabalhadores da saúde (TS) “invisíveis” serão categorizados no presente trabalho em quatro grupos, a saber: (1) trabalhadores de apoio, conservação e limpeza (condutores de ambulância, manutenção, apoio operacional, equipe da limpeza, cozinha e administração), (2) técnicos (técnicos e auxiliares de enfermagem, de saúde bucal, de radiologia, de laboratório e análises clínicas), (3) Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combate a Endemias - ACE e (4) gestão e vigilância em saúde (sanitaristas, fiscais sanitário, técnicos da vigilância, apoiadores institucionais, gerentes e coordenadores). Este estudo analisará as desigualdades nas condições de trabalho e da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras “invisíveis” da saúde, com a finalidade de identificar grupos de maior vulnerabilidades.

A análise e compreensão adequada das desigualdades, dos processos de trabalho, dos riscos envolvidos e seus impactos na saúde dos trabalhadores são elementos essenciais para o alcance dos objetivos das atividades laborais e para a promoção da saúde e bem-estar no trabalho.

Outrossim, apesar de passados três anos do início da pandemia e das evidências que têm sido produzida em relação aos adoecimentos, óbitos, condições de trabalho e desigualdades sociais enfrentadas por trabalhadores da saúde nesse contexto, ainda há lacunas no conhecimento sobre a situação desses trabalhadores no contexto da pandemia, considerando-se os trabalhadores “invisíveis” da saúde. Conhecer esse perfil é imprescindível para subsidiar tomada de decisão para a proteção da saúde dos trabalhadores da saúde (CUNHA; FREIRE, 2020; HELIOTERIO et al., 2020; SANTOS et al., 2020b) e redução das desigualdades em saúde no presente e no futuro.

As condições de trabalho e saúde necessitam ser compreendidas, a fim de embasar a implementação de medidas que visem garantir ambientes de trabalho dignos e seguros para

todos os trabalhadores, o que é um constante desafio para os profissionais de saúde e da gestão do trabalho, especialmente diante dos desafios impostos por ampla crise sanitária (VEDOVATO et al., 2021).

Este estudo descreve as desigualdades e iniquidades das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores “invisíveis” da saúde da atenção básica e média complexidade (serviços especializados) durante a pandemia da Covid-19 em municípios da Bahia.

Vale destacar que a identificação dos fatores de exposição ocupacional está em concordância com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável proposta pela Organização das Nações Unidas – ONU, da qual o Brasil é signatário. Essa Agenda é um plano de ação universal e integrado, adotado por 193 Estados membros da ONU, que traz entre seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS): Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (Objetivo 3 - Saúde e Bem-estar); Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas (Objetivo 5 - Igualdade de Gênero); Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo, e trabalho decente para todos (Objetivo 8 - Emprego Decente e Crescimento Econômico) e Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles (Objetivo 10 - Redução das Desigualdades) (BRASIL, 2023). O desenvolvimento desta tese buscou definir objetivos alinhados com à esses da ODS.

Assumimos a tese de que as atuais e típicas condições vivenciadas pelos trabalhadores da saúde em tempos de Covid-19 favoreceram a precariedade geral dos ambientes de trabalho, criaram novas exigências e geraram desequilíbrios, acentuando as desigualdades e acarretando adoecimentos, sendo os trabalhadores “invisíveis” da saúde os mais afetados.

As hipóteses assumidas nesta tese são: I. Os trabalhadores “invisíveis” estão submetidos a piores condições de trabalho que os trabalhadores de ocupações mais visibilizadas; II. As condições de saúde dos trabalhadores “invisíveis” são piores do que as condições de saúde dos trabalhadores de ocupações tradicionais e visibilizadas; III. Há associação entre estressores ocupacionais e Transtornos Mentais Comuns entre os trabalhadores “invisíveis”.

Diante da urgente necessidade de investigar desigualdades nas condições de trabalho e saúde dos trabalhadores “invisíveis” da saúde da atenção básica e média complexidade durante a pandemia da Covid-19 em municípios da Bahia, este estudo aborda, por um lado, as condições/características do trabalho e, por outro, situações de saúde (transtornos mentais, histórico de infecção por coronavírus e de vacinação). Desse modo, buscou-se responder aos seguintes questionamentos:

- Quem são os trabalhadores “invisíveis” da saúde? Quais são as características que eles

vivenciam no ambiente de trabalho e quais as suas condições de saúde?

- As condições de trabalho dos trabalhadores “invisíveis” da saúde diferem daquelas dos trabalhadores visibilizados?

- Há homogeneidade nas condições de trabalho e saúde entre os trabalhadores “invisíveis” da saúde?

- Existe associação entre estressores ocupacionais e transtornos mentais comuns (TMC) em trabalhadores “invisíveis” da saúde, no contexto da pandemia de Covid-19?

- Há efeitos isolados e combinados de estressores ocupacionais sobre a saúde mental de trabalhadores invisíveis da saúde?

O diagnóstico detalhado das condições de trabalho e de saúde desses trabalhadores, assim como os demais resultados encontrados ao longo do estudo, servirá de subsídio para promover ambientes laborais mais saudáveis e para orientar ações da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, auxiliando na proposição de medidas de prevenção e promoção à saúde dos trabalhadores. Estudos relacionados a essa temática ainda têm sido pouco realizados.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOGERAL

- Avaliar as condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras “invisíveis” da saúde da atenção primária e média complexidade, no contexto da pandemia da Covid-19.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar desigualdades nas condições e características gerais de trabalho e de saúde dos trabalhadores “tradicionais” e trabalhadores “invisíveis” da saúde, durante a pandemia da Covid-19 em municípios da Bahia.

- Descrever as condições e características gerais de trabalho e de saúde dos trabalhadores “invisíveis” da saúde, durante a pandemia da Covid-19, por grupos ocupacionais.

- Avaliar a associação entre estressores ocupacionais e transtornos mentais comuns (TMC) entre trabalhadores e trabalhadoras “invisíveis” da saúde, no contexto da pandemia da Covid-19.

- Analisar os efeitos isolados e combinados de estressores ocupacionais sobre a saúde mental de trabalhadores invisíveis da saúde.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este referencial teórico foi elaborado com o objetivo contextualizar o trabalho em saúde na atenção básica e de média complexidade, as adequações realizadas para o seu desenvolvimento no contexto da pandemia da Covid-19 e repercussões advindas desse momento na saúde desses trabalhadores, centrando-se nas categorias ocupacionais invisibilizadas no trabalho em saúde. Para isto, nesta tese, a discussão teórico-conceitual foi estruturada nos seguintes tópicos: 3.1 O trabalho no setor saúde no contexto da pandemia (3.1.2 Estressores ocupacionais e a Covid-19); 3.2 Desigualdades em saúde; 3.3 Trabalhadores “invisíveis” da saúde.

3.1 O TRABALHO NO SETOR SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA

Os serviços de saúde são essenciais para o enfrentamento de ameaças à saúde das populações. Uma pandemia é uma das ameaças mais significativas que pode ocorrer. Envolve situações em que é preciso desenvolver estratégias e ações tanto sobre a transmissão e disseminação da doença, quanto de oferta de cuidados e tratamentos das populações já infectadas. Os desafios para o setor saúde são grandes, uma vez que dificuldades pré-existentes são exacerbadas em momento de crise sanitária (HELIOTERIO et al., 2020; MIRANDA et al., 2020; SANTOS et al., 2020b).

Ações dos governos frente à pandemia, bem como a forma de gestão da crise considerando os diversos atores sociais envolvidos, resultam na configuração diferenciada da crise sanitária em cada nação (SILVA, 2021). Os primeiros países a enfrentar a crise sanitária trazida pela Covid-19 foram a China e a Coreia do Sul. Embora o governo chinês não tenha considerado inicialmente a potencialidade da nova doença, ambos os países tiveram respostas rápidas no controle da morbidade e mortalidade ocasionada pelo novo vírus. Tal feito é atribuído a capacidade de implementação de medidas de restrição à circulação e vigilância epidemiológica intensiva, a qual incluiu a testagem em massa, isolamento de casos, rastreamento de contatos e uso de tecnologias da informação. Cabe destacar que em ambos os países houve investimento em desenvolvimento tecnológico, disponibilidade de recursos e uso de sistemas de informação robusto, sendo elementos essenciais para alcançar o êxito (MACHADO; PEREIRA; FREITAS, 2022).

Com a disseminação do vírus pelos continentes, a Europa foi atingida e os países apresentaram respostas distintas. Vale destacar a resposta da Alemanha, a qual se destaca pela resposta mais ágil e cooperação nacional para o enfrentamento da crise sanitária, que incluiu ações econômicas, sociais e investimento substancial no sistema de saúde. Identifica-se atraso de resposta à Covid-19 no Reino Unido. Tal fato é atribuído à postura inicialmente negacionista do primeiro-ministro, que posteriormente modificou sua abordagem e passou a apoiar medidas mais rigorosas de controle (MACHADO; PEREIRA; FREITAS, 2022).

Já na Região das Américas, o Canadá destaca-se com os melhores resultados e pelo firme comprometimento e cooperação de diferentes órgãos, refletindo os resultados na incidência da doença e na mortalidade (MACHADO; PEREIRA; FREITAS, 2022). O Brasil e os Estados Unidos permaneceram como epicentro mundial da pandemia por longo período, registrando o maior número de casos por vários meses. Cabe destacar que a pandemia revelou lacunas pré-existentes na capacidade dos países para se prepararem e responderem a emergências de saúde (OPAS, 2021).

Os dados epidemiológicos refletem a severidade da pandemia e o atraso nas respostas ocorridos no Brasil, evidenciados na taxa de mortalidade significativa e na subnotificação dos casos (FERIGATO et al., 2020). Para analisar a resposta do Brasil à pandemia, é necessário considerar alguns fatores: é um país populoso e com uma das maiores economias do mundo; possui grande dimensão territorial caracterizada por profundas desigualdades socioeconômicas e diversidade ambiental; possui um sistema de saúde universal, o SUS (OPAS, 2021).

O negacionismo da ciência e da gravidade da doença pelo governo federal brasileiro, resultou na falta de cooperação, promoção e financiamento de medidas de saúde pública no país (FERIGATO et al., 2020). A falta de liderança do governo federal durante a pandemia, fez com que cada ente federado agisse de maneira distinta em momentos diferentes da evolução da pandemia, utilizando critérios próprios para justificar as ações de flexibilização ou endurecimento das medidas de enfrentamento a Covid-19, o que pode ter dificultado o controle da disseminação da doença (SILVA, 2021).

É importante ressaltar que, no Brasil, a assistência à saúde para toda a população é garantida pela Constituição Federal em seu artigo 196, sendo prevista a sua oferta pelo SUS. O SUS é um dos maiores e mais completos sistemas de saúde pública do mundo, presta assistência desde procedimentos simples até os mais complexos, busca promover acesso integral, gratuito e totalmente universal a toda população do país, com atribuições das três

esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal). A rede SUS é ampla e alcança serviços de saúde nos vários níveis de atenção: englobam ações da atenção primária, média e alta complexidade, serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar e as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (BRASIL, 2001). Estima-se que o SUS seja a principal fonte de assistência à saúde para 75% da população brasileira (BIGONI et al., 2022).

O SUS está organizado em níveis de atenção e assistência à saúde no Brasil: atenção primária, atenção secundária e terciária. A Atenção primária à Saúde (APS) é o nível inicial de cuidado em saúde, principal porta de entrada do SUS, a qual engloba ações voltadas para a promoção e prevenção da saúde, incluindo diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos mantendo o bem-estar dos usuários, além de desempenhar um papel crucial na organização dos encaminhamentos dos serviços nas redes de saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2022a).

A Atenção Especializada é subdividida em dois componentes: Atenção Secundária e Atenção Terciária, envolvendo a média e alta complexidade, abrangendo a área hospitalar e ambulatorial. Atenção Secundária à Saúde tem densidade tecnológica intermediária entre a APS e a Atenção Terciária, desenvolvendo ações de serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar com procedimentos de média complexidade, de apoio diagnóstico e terapêutico, englobando os atendimentos de urgência e emergência (Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192). Já a Atenção Terciária à Saúde detém maior densidade tecnológica, desenvolvendo procedimentos de alta complexidade, que envolve alta tecnologia e/ou alto custo (BRASIL, 2010; BRASIL, 2022a).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) representam organizações colaborativas de conjuntos de serviços de saúde que estabelecem vínculos entre si, compartilhando uma missão e objetivos comuns, que permite ofertar atenção contínua e integral à população específica, sendo coordenada pela APS (BRASIL, 2010; MENDES, 2010).

Já a Rede de Atenção à Urgências e Emergências (RUE) tem como objetivo reestruturar a prestação de cuidados de saúde em situação de Urgências e Emergências de maneira coordenada entre os pontos que compõem a rede. Sua complexidade surge da necessidade de fornecer atendimento contínuo 24h para diversas condições de saúde. É composta por diversos componentes, incluindo Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde, Atenção Básica; SAMU 192, Sala de Estabilização, Força Nacional do SUS, UPA 24h, Unidades Hospitalares e Atenção domiciliar (BRASIL, 2022b).

Apesar de estar instituído há mais de 30 anos, o SUS ainda enfrenta diversos desafios. Insuficiência de investimentos, de leitos hospitalares, de equipamentos e insumos, de profissionais de saúde e de infraestrutura adequada, têm sido alguns dos desafios a serem superados. Isto se agudizou no contexto de pandemia (SILVA, 2021).

A existência de um sistema público de saúde, como o SUS, com ramificação em todo o território brasileiro (em áreas urbanas, rurais, ribeirinhas), constituindo uma rede ampla e abrangente de serviços, equipamentos e de recursos humanos, possibilitou o enfrentamento da pandemia (BIGONI et al., 2022), mesmo em situação de ausência de um comando nacional, tecnicamente orientado ou comprometido com o controle da pandemia.

Para atender às exigências diversas surgidas ou ampliadas na pandemia, houve a necessidade de redimensionamento das ações em todos os setores envolvidos na atenção à saúde. Isto gerou redesenho dos fluxos e modalidades de atendimento, além da ampliação da oferta de serviços (CONASEMS; CONAS, 2020) e das demandas de biossegurança. A pandemia, assim, impôs exigência da reorganização dos processos de trabalho no setor saúde, visto que era necessária a continuidade do cuidado e desenvolvimento das atividades cotidianas paralelamente às atividades impostas pela pandemia (CIRINO et al., 2021).

Os primeiros meses da pandemia no Brasil foi caracterizado por um período de expansão da doença, quando os profissionais de saúde vivenciaram o aumento de casos, as sobrecargas de trabalho, as dificuldades e incertezas no manejo da doença, uma vez que não havia informações suficientes que embasasse os procedimentos a serem adotados (FIOCRUZ, 2022).

O atendimento pré-hospitalar e hospitalar, assim como os outros serviços de saúde, também necessitaram de adequações, uma vez que houve ampliação da demanda por atendimento, do número de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG e agravamento de condições clínicas de outros quadros patológicos. Em alguns municípios houve a necessidade da instalação de centros específicos para atendimento de pacientes com suspeita ou caso confirmado de Covid-19, pressionando e elevando as demandas, uma vez que se ampliou o acesso da população a serviço de atendimento especializado para atendimento ambulatorial e para internamento (leitos de baixa complexidade e UTI). A criação desses centros teve a finalidade de evitar o colapso do sistema de saúde, dada a possibilidade de agravamento do quadro clínico dos pacientes (MASSUDA et al., 2020), mas representou, por outro lado, exigências novas e crescentes para os trabalhadores da saúde.

Além da oferta de novos serviços de saúde para atendimento de pessoas com queixas

relacionadas à Covid-19 (a exemplo dos Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19 (BRASIL, 2020b), Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19 (BRASIL, 2020c)), houve a criação de hospitais de campanha, ampliação do número de leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e leitos de suporte ventilatório na rede SUS, expandindo a oferta de atendimento ambulatorial e hospitalar (CONASEMS; CONASS, 2020).

As ações de enfrentamento da pandemia no Brasil não ocorreram de maneira planejada, existindo lacunas na sua condução (Silva, 2021). A criação dos leitos de UTI, por exemplo, não foi uma ação coordenada entre os níveis de governo e não considerou a interação entre os níveis de atenção à saúde; aquisição de insumos e equipamentos foram insuficientes; contratação e capacitação de trabalhadores para atuarem no setor saúde não supriu a necessidade dos serviços; lentidão na realização da campanha de vacinação; testagem da população insuficiente. Esses fatores somados certamente interferiram no êxito do enfrentamento e prolongamento da pandemia no país.

As demandas dos serviços de saúde já existentes, associadas a mudanças bruscas trazidas pela pandemia (necessidade de oferta desses novos serviços, crescente busca por atendimentos, principalmente por pacientes graves, novas demandas e exigências relacionadas ao tratamento e cuidados de uma doença ainda pouco conhecida, sem tratamento disponível, além a escassez de recursos financeiros, materiais e de pessoal, carga de trabalho elevada, carência de EPI, prolongamento de jornadas laborais, trabalho em turno, incluindo o noturno, dificuldade para a realização de pausas e repouso), alterou a rotina de trabalho dos trabalhadores do setor saúde ((CORDEIRO; ARAÚJO, 2016; HELIOTERIO et al., 2020; SANTANA et al., 2020; TRAVASSOS, 2020; VEDOVATO et al., 2021; FIOCRUZ, 2022), envolvendo repercussões à saúde dos trabalhadores (**Figura 1**).

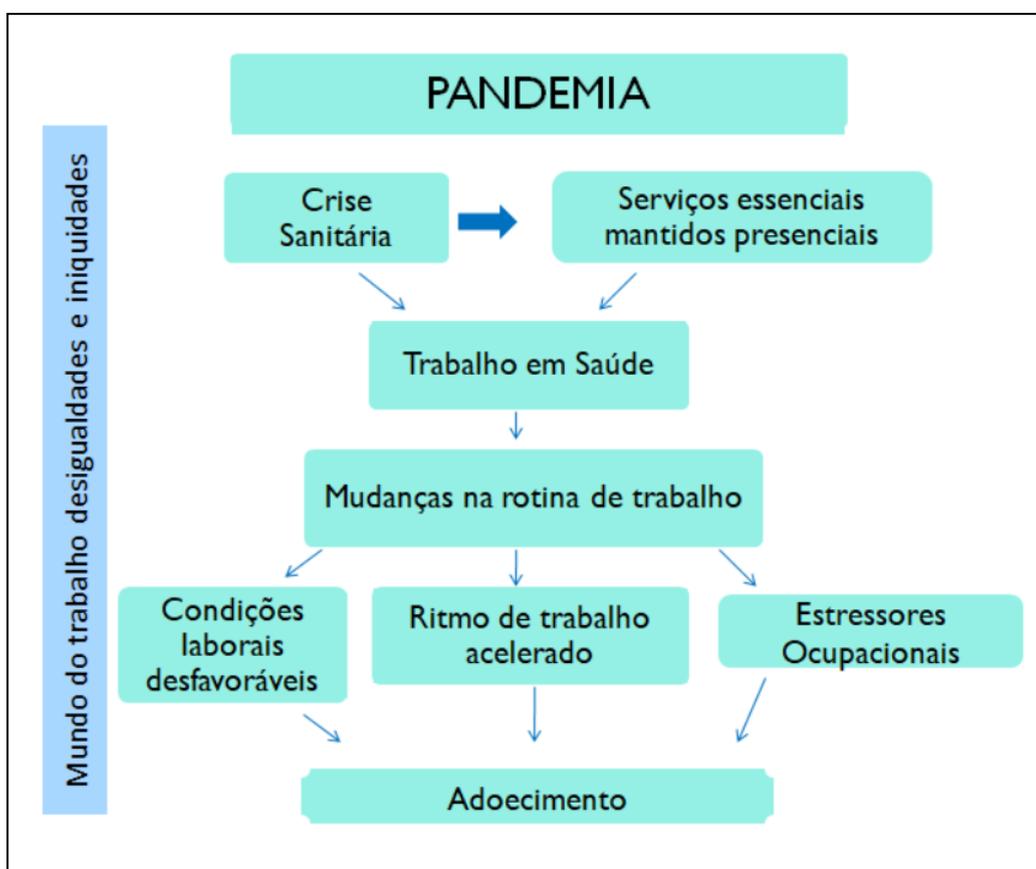
A necessidade da realização de ações para o cuidado à saúde da população destaca o trabalho no setor saúde como atividade essencial, sendo, portanto, continuamente ofertado no decorrer da crise sanitária vivenciada em todo o mundo.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020d), p. 9:

Trabalhadores dos serviços de saúde são todos aqueles que atuam em espaços e estabelecimentos de assistência e vigilância à saúde, sejam eles hospitais, clínicas, ambulatórios e outros locais. Desta maneira, compreende tanto os profissionais da saúde – como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, etc. – quanto os trabalhadores de apoio, como recepcionistas, seguranças, pessoal da limpeza, cozinheiros, entre outros, ou seja, aqueles que trabalham nos serviços de saúde, mas que não estão prestando serviços direto de assistência à saúde das pessoas.

Os trabalhadores de saúde da linha de frente no enfrentamento da pandemia, representaram a camada mais exposta, muitas vezes sujeitos a condições de trabalho precárias, apesar de desenvolverem papel estratégico no controle da situação de crise, abrangendo desde a prevenção do contágio até o tratamento de pacientes infectados nos mais diferentes níveis de atenção. A pandemia alterou as práticas cotidianas dos serviços e dos cuidados em saúde, envolvendo aumento da demanda por atendimentos, incertezas e riscos devido a rápida disseminação do SARS-Cov-2 (MIRANDA et al., 2020; BRUST-RENCK et al., 2021; MAGRI; FERNANDEZ; LOTTA, 2022.).

Figura 1: Condições trazidas e/ou intensificadas pela pandemia da Covid-19 no setor saúde.



Fonte: Próprio autor

Os trabalhadores precisaram desenvolver e aplicar estratégias e ações de enfrentamento sobre a transmissão e disseminação da doença e ofertar cuidados e tratamento às populações infectadas. As demandas complexificaram-se, exigindo respostas rápidas, em contextos de incertezas e inseguranças. Isto produziu situações de intenso sofrimento, uma vez que envolveram decisões sobre a vida e a morte em larga escala. As pressões sobre esses

trabalhadores foram extensas e intensas, principalmente quando evidenciadas exigências de tomada de decisões cruciais sobre a vida das pessoas, o contato com dor e morte, os medos e as incertezas (HELIOTERIO et al., 2020; MIRANDA et al., 2020; SANTOS et al., 2020b).

Em momentos de crise, como o enfrentado no curso da pandemia, destacam-se os problemas anteriormente existentes no sistema de saúde, a exemplo da escassez de recursos humanos, falta de treinamento das equipes, número insuficiente de EPI, desprovisionamento de profissionais especializados, poucas ações de prevenção, insuficiência no financiamento das ações (recursos para compra de equipamentos, EPI, treinamento, número adequado de profissionais), condições de trabalho e vínculos precários, invisibilidade dos profissionais de saúde, desmonte e desestruturação do sistema (BARROSO, et al., 2020; SANTANA et al., 2020; SANTOS et al., 2020b).

Além das dificuldades supracitadas, muito frequente nos sistemas de saúde em todo o mundo, adicionam-se àquelas que o SUS enfrenta historicamente como a insuficiência na qualidade e quantidade dos equipamentos disponíveis para as ações de atenção à saúde, redução de investimentos e constante precarização das condições e vínculos de trabalho (BARROSO et al., 2020).

Ressalta-se que, apesar de todas as dificuldades enfrentadas, o SUS conseguiu desenvolver as ações de enfrentamento da Covid-19 (BARROSO et al., 2020). Os trabalhadores do SUS, que concretamente respondem pelos movimentos e ações de controle que vem sendo empreendidos mostram, mais uma vez, o relevante e imprescindível papel que desempenham na promoção, proteção e recuperação da saúde das populações nos mais diferentes contextos sanitários, sociais e econômicos. A pandemia evidenciou a essencialidade do setor saúde e daqueles que o operam, os trabalhadores da saúde, para a produção e reprodução social. Explicitou, ainda, que essas ações precisam ser desenvolvidas em redes de atenção: da atenção no território em que se vive ao hospital com suas tecnologias e complexidade.

As condições de trabalho dos trabalhadores da saúde interferem na qualidade e resolutividade dos serviços de saúde prestados por eles (CARBAJAL et al., 2020; HELIOTERIO et al., 2020; VEDOVATO et al., 2021). Assim, “as más condições e precariedade do ambiente e das instalações, onde os profissionais de saúde desenvolvem o trabalho, potencializam as vulnerabilidades quanto a manutenção da segurança, integridade física e da saúde como um todo” (SANTANA et al., 2020, p.02)

Neste estudo, compreende-se condições de trabalho como “um conjunto de variáveis que influenciam o trabalho, a atividade e a vida do(a) trabalhador (a)” (SANTOS et al.,

2020a), relacionando situações que envolvem o trabalhador em seu cotidiano de trabalho. Assim incluem aspectos relativos à ergonomia, autonomia, aos meios físicos e materiais para a realização das atividades, insumos e maquinários, além da estabilidade do trabalhador e sua exposição aos riscos à saúde e segurança no desenvolvimento das atividades ocupacionais(VEDOVATO et al., 2021; SANTOS et al., 2020a).

Além disso, a pandemia acentuou a exposição dos trabalhadores de saúde aos riscos químicos, físicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais, seja através da maior utilização de desinfetantes, detergentes, sabonetes, álcool, hipoclorito e demais produtos de limpeza que podem causar/agravar quadros alérgicos, dermatites e doenças de pele; pela necessidade de uso constante de equipamentos de proteção que podem pressionar a pele e causar lesões; dificultar a satisfação de necessidades fisiológicas como alimentação, ingestão de água e realização das necessidades fisiológicas devido ao uso de EPIs por longos períodos devido a escassez desses insumos;exposição à infecção por diversos microorganismos, incluindo o SARS-CoV-2 nos ambientes de trabalho; risco de acidentes de trabalho; incremento da carga psíquica do trabalho gerada pela vivência cotidiana de medo, incertezas sobre a Covid-19; contato intensificado com a dor e a morte, além da sobrecarga de trabalho devido principalmente à ampliação da jornada de trabalho e grande número de pacientes (SILVA et al., 2020a).

A identificação desses diversos tipos de riscos ocupacionais e das condições e características gerais do trabalho tem a função de orientar ações e intervenções de proteção à saúde dos trabalhadores, bem como auxiliar a gestão dos serviços de saúde no desenvolvimento de programas de promoção de ambientes de trabalho seguros. Este estudo pretende contribuir neste sentido, produzindo conhecimento sobre as condições de trabalho durante a pandemia de Covid-19.

3.1.1 Estressores Ocupacionais e a Covid-19

A pandemia, originada por um patógeno até então desconhecido, apresentou inúmeros desafios para os trabalhadores da saúde, impactando a manutenção de ambientes de trabalho adequados e saudáveis. Isso inclui o temor de contrair a doença, casos reais de adoecimento e afastamento e óbito de muitos trabalhadores da saúde, a elevada demanda nos serviços de saúde devido à propagação contínua do vírus, a sobrecarga de trabalho e tensão constante, o trabalho precário, a injustiça organizacional, o contato direto com dor e sofrimento dos pacientes adoecidos e seus familiares, bem como o desgaste físico e a

sobrecarga psíquica intensa e duradoura. (TEIXEIRA et al., 2023)

Essa diversidade de fatores existentes no ambiente de trabalho repercute na saúde dos trabalhadores (GRECO et al., 2011; TEIXEIRA et al., 2023). Denomina-se estressores ocupacionais o conjunto de demandas ocupacionais e do ambiente de trabalho que podem desencadear uma resposta de estresse e destacam-se como potenciais determinantes para a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns - TMC (QUICK; HENDERSON, 2016; CAMPOS et al., 2020).

Os fatores estressores presentes nos ambientes de trabalho, evidenciados nos aspectos psicossociais do trabalho, representam uma carga psíquica que expõe os trabalhadores da saúde ao risco a integridade física e adoecimento mental. Durante a pandemia o reconhecimento do papel fundamental dos trabalhadores da saúde no enfrentamento e controle da crise sanitária foi exacerbado, ganhando visibilidade. No entanto, as condições precárias de trabalho já vivenciadas anteriormente, foram intensificadas e associadas as mudanças advindas do contexto pandêmico, ampliaram as fontes de estressores ocupacionais, aumentando a propensão ao desenvolvimento de transtornos mentais (TEIXEIRA et al., 2023).

Há relatos na literatura de que durante a crise sanitária, estudos observaram os impactos dos estressores ocupacionais na manifestação de transtornos de ansiedade, depressão, angústia, estresse pós-traumático, exaustão emocional, dificuldade no sono, autoavaliação negativa da saúde, somatização e sintomas obsessivo-compulsivo, falta de energia, tontura, irritabilidade, tristeza e prejuízo no funcionamento social ou ocupacional entre os trabalhadores de saúde (SILVA et al., 2023; TEIXEIRA et al., 2023).

No estudo conduzido durante a pandemia por Oliveira et al. (2023) com amostra composta por profissionais da APS de Minas Gerais, foi possível verificar que mais da metade dos participantes relatava que, em algum momento da vida, apresentou sintomas de ansiedade, seguindo-se insônia e sintomas depressivos, caracterizando uma prevalência de TMCs superior à de outros estudos feitos na APS de outros locais do Brasil antes da pandemia.

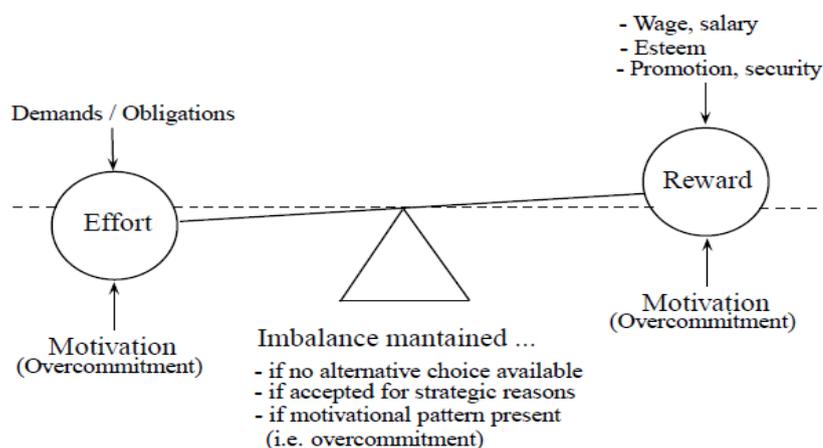
Diversos instrumentos de avaliação/mensuração desses aspectos têm sido aplicados em estudos em saúde do trabalhador, como o modelo de desequilíbrio esforço-recompensa (ERI – Effort-Reward Imbalance), desenvolvido por Siegrist (1996) e o modelo demanda-controle (MDC) proposto por Karasek (1979). Esses modelos são amplamente utilizados tanto na literatura nacional quanto internacional, devido ao seu poder explicativo abrangente para analisar as condições psicossociais do trabalho e seus desfechos sobre a saúde

do trabalhador (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; ARAÚJO et al., 2016; TEIXEIRA et al., 2023).

O modelo ERI se baseia na reciprocidade das relações sociais no ambiente do trabalho. Conforme o modelo, os esforços empregados no trabalho são equilibrados pelas correspondentes recompensas. A falta de equilíbrio entre os esforços dedicados no trabalho e as recompensas obtidas resulta em estresse laboral. Pressupõe-se que uma disparidade entre altos esforços e baixas recompensas, desencadeiam emoções negativas e respostas sustentadas de estresse, enquanto o equilíbrio entre os esforços e as recompensas gera emoções positivas (**Figura 2**), promovendo bem-estar e a manutenção da saúde no ambiente de trabalho (SIEGRIST, 1996).

A versão completa do instrumento ERI contém 23 itens, incluindo as escalas de esforço (6 itens), recompensa (11 itens) e comprometimento excessivo com o trabalho (6 itens) (SIEGRIST, WAHRENDORF, 2016). As respostas empregam escala do tipo likert (1. “discordo fortemente”; 2. “discordo”; 3. “concordo”; e, 4. “concordo fortemente”). Como ponto de corte para definição das escalas propostas: esforço (alto/baixo), recompensa (alta/baixa), comprometimento excessivo (presente/ausente), foi utilizado o terceiro quartil. O indicador de desequilíbrio esforço-recompensa foi obtido através da seguinte fórmula: $ERI = e/(r*c)$. Onde “e” refere-se a soma dos itens de esforço, “r” corresponde a soma dos itens de recompensa e “c” é um fator de correção, considerando a quantidade de itens do numerador comparado ao denominador. Os resultados foram categorizados em “equilíbrio” (valores < ponto de corte do terceiro quartil) e “desequilíbrio” (valores \geq ponto de corte do terceiro quartil) (MONTANO; LI; SIEGRIST; WAHRENDORF, 2016).

Figura 2: Representação esquemática do modelo ERI.



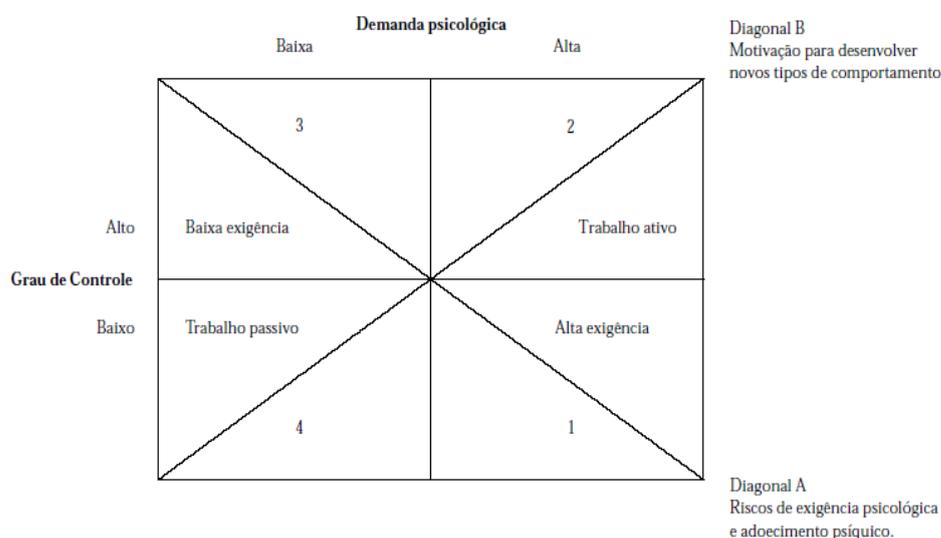
Fonte: Siegrist; Wahrendorf (2016).

O MDC é mensurado por meio do JCQ (*JobContentQuestionnaire*), o qual é um instrumento que avalia demanda psicológica e controle sobre o próprio trabalho. Assim, neste instrumento são destacadas duas dimensões centrais no estudo de aspectos psicossociais do trabalho: demanda psicológica relacionada à exigências psicológicas enfrentadas pelo trabalhador durante a execução de suas atividades laborais (ex. ritmo de trabalho, facilidade ou dificuldade em realizá-lo) e o controle do trabalhador sobre as atividades laborais que exerce, incluindo sua autonomia no processo decisão (ARAÚJO et al., 2003, TEIXEIRA et al., 2023).

A partir da combinação desses dois aspectos do trabalho, demanda e controle, pode-se distinguir quatro situações específicas de trabalho, que configuram riscos variados à saúde do trabalhador. São elas: baixa exigência, trabalho ativo, trabalho passivo e alta exigência (**Figura 3**). As situações de altas demandas psicológicas e/ou baixo controle sobre o trabalho produzem estresse laboral, sendo que, em caso de presença conjunta dessas exposições, há maiores níveis de estresse (KARASEK, 1979).

O JCQ apresentou bom desempenho global para investigar aspectos psicossociais do trabalho entre trabalhadores brasileiros (ARAÚJO; KARASEK, 2008). A versão recomendada aborda além de controle e demanda psicológica, o suporte social proveniente da chefia e dos colegas de trabalho, demanda física e insegurança no emprego (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Figura 3: Modelo Demanda-controle proposto por Karasek 1979.



Fonte: Karasek (1979).

A identificação dos estressores ocupacionais e grupos de trabalhadores submetidos a elevadas demandas, é crucial para que as autoridades de saúde adotem estratégias eficazes para o controle da situação. O reconhecimento dos riscos e planejamento de intervenções que visem reduzir os impactos na saúde mental dos profissionais de saúde no contexto pandêmico devem compor agendas prioritárias objetivando reduzir a prevalência de problemas de saúde mental entre os trabalhadores da saúde (SILVA et al., 2023; TEIXEIRA, et al., 2023).

3.2 DESIGUALDADES E INIQUIDADES EM SAÚDE

A necessidade de compreensão das desigualdades e iniquidades em saúde têm sido cada vez mais evidente. Apesar de ser perceptível a melhoria dos indicadores de saúde nas últimas décadas, o Brasil ainda está entre os países com maiores iniquidades em saúde, refletindo a histórica desigualdade da distribuição de riquezas e recursos na população brasileira; assim, os determinantes sociais da saúde são os protagonistas dessas diferenças na situação de saúde e devem ser identificados de modo a possibilitar ações para seu enfrentamento e superação (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008; SILVA et al., 2018).

Cabe destacar que desigualdade e iniquidade são conceitos distintos e não devem ser utilizados como sinônimos. As desigualdades podem ser compreendidas como diferenças observáveis da variabilidade de características humanas entre grupos/subgrupos de uma população, a exemplo de nível econômico, renda, escolaridade, local de residência e gênero, sexo. Já as iniquidades são as diferenças consideradas injustas ou decorrente de alguma forma de injustiça (a partir de um juízo de valor), evitáveis, desnecessárias e passíveis de extinção, uma manifestação mensurável da injustiça social (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008; SILVA et al., 2018; SIQUEIRA; FERNANDES, 2021; KAWACHI; SUBRAMANIAN; ALMEIDA-FILHO, 2002; SILVA; BARROS, 2002).

As iniquidades influenciam e vulnerabilizam grupos populacionais, desde as condições de vida e trabalho, acesso a bens e serviços, incluindo os serviços públicos e de saúde, acarretando desigualdades e efeitos adversos na saúde (SILVA; BARROS, 2002; AQUINO; MEDINA; BARRETO, 2012).

Com o intuito de compreender, monitorar e intervir nas iniquidades em saúde, faz-se

necessário descrever e analisar a distribuição dos problemas de saúde, priorizando a identificação dos grupos mais vulnerabilizados, que devem ser focalizados nas intervenções de saúde pública e políticas públicas propostas para combatê-las, desenvolvendo e aplicando estratégias de promoção da equidade social e em saúde (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008; SILVA et al., 2018).

Na atualidade, estudos que analisam as iniquidades têm mensurado as desigualdades a partir de variáveis como sexo e/ou gênero, raça/etnia/cor, religião, escolaridade, local de residência, região geográfica, condições socioeconômicas e ocupação (AQUINO; MEDINA; BARRETO, 2012; SILVA et al., 2018; SILVA; BARROS, 2002).

Apesar de já estar consolidado na literatura a relação entre trabalho e saúde, ainda há lacunas a serem exploradas sobre a importância do trabalho como fator determinante das desigualdades em saúde, seja através de processos específicos de trabalho, condições e riscos laborais ou inserção no mercado de trabalho. Magri, Fernandez e Lotta (2022) destacam que os trabalhadores da saúde que atuaram na linha de frente enfrentaram desigualdades graves em relação a estrutura, comissões, privilégios e funções desempenhadas na situação de crise sanitária. Relatam que mulheres negras conviviam com piores condições de trabalho e salários. Na saúde, por exemplo, é evidente que mulheres negras, frequentemente, ocupam posições de trabalho mais precárias, perigosas e desvalorizadas. É evidente que a interseção entre gênero, raça e classe desempenha papel fundamental na estruturação das desigualdades vivenciadas no setor saúde, especialmente em tempos de pandemia.

Um setor composto majoritariamente por mulheres (como o setor saúde) - que ocuparam papel destacado na linha de frente no enfrentamento da pandemia, sendo expostas a diversos riscos ocupacionais (por diversas vezes negligenciados), e também com marcantes distinções raciais nas ocupações - precisa de um olhar diferenciado ao analisar as condições de trabalho. Considerar a força de trabalho do setor saúde como homogênea impossibilita identificar a realidade dos grupos mais vulnerabilizados e as soluções possíveis. Portanto, é necessário que as análises sejam desagregadas por gênero e raça a fim de compreender as desigualdades e iniquidades que permeiam os trabalhadores de saúde (LOTTA et al., 2021).

3.3 TRABALHADORES INVISÍVEIS NO SETOR SAÚDE

A invisibilidade de grupos de trabalhadores vem sendo objeto de estudos recentes, principalmente em ocupações relacionadas à limpeza (ABDALLA et al., 2004; BORGES;

SILVA, 2015; MARTINS, 2016; LOPES, 2018; GOMES et al., 2021). No setor saúde, ainda há poucos estudos referentes aos “trabalhadores invisíveis”, sendo possível identificar estudos referentes aos trabalhadores de limpeza e lavanderias de hospitais (ABDALLA et al, 2004; ROCHA; MARIN; MACIAS-SEDA, 2019). No entanto, ainda não há uma definição clara e consensual do termo “trabalhadores invisíveis”.

É importante compreendermos o significado do termo “invisível”. Derivado do latim, esse termo refere-se a um adjetivo, o qual significa “que não pode ser visto”, “o que não se vê” (AMORA, 2009). De acordo com Martins et al. (2019), a invisibilidade tem relação direta com o social, relacionando-se com a inexistência ou insignificância e ausência de reconhecimento, sendo portanto, uma construção social e psíquica.

Ao analisarmos a invisibilidade dos trabalhadores, é necessário compreendermos a invisibilidade social no ambiente de trabalho. Botelho et al. (2017) refere que o termo invisibilidade social é oriundo da sociologia, o qual refere-se a pessoas ou grupos que estão a margem da sociedade, que deixam de ser vistos pelas outras pessoas (a sua identidade é ocultada na percepção do outro) e tornam-se invisíveis.

Para Lopes (2018), esse é um fenômeno resultante de um processo histórico, onde há uma percepção negativa de profissões que envolvem baixos salários e pouca qualificação e/ou escolaridade, não valorização profissional que resulta em invisibilidade. Essa invisibilidade pode ser maior para as mulheres, quando ocorre no próprio ambiente de trabalho disparidades baseadas no gênero.

Para Martins (2016), a invisibilidade dos trabalhadores está relacionada a divisão social do trabalho, a qual resulta na invisibilidade de determinados tipos de trabalhadores em decorrência de indiferenças, preconceitos e alienação, especialmente aqueles situados nas margens da sociedade. A autora também destaca que esses trabalhadores, ao desempenharem tarefas repetidamente consideradas menos nobres / menos prestigiosas no ambiente de trabalho, são despersonalizados e acabam sendo tratados como elementos integrados à paisagem local.

Borges e Silva (2015) destacam que as injustiças sociais e históricas podem persistir no ambiente trabalho, manifestando-se na supervalorização de determinadas categorias profissionais em detrimento de outras. Isso é considerado um problema estrutural e excludente, resultando na invisibilidade de algumas profissões, especialmente aquelas que dependem do trabalho manual, carecem de especialização ou formação em ensino superior.

As ocupações frequentemente consideradas de apoio nos espaços de saúde, mesmo desempenhando ações cruciais para a qualidade de vida das pessoas atendidas, em geral

desenvolvem tarefas repetitivas e monótonas, com extensas jornadas de trabalho e baixa remuneração (ABDALLA et al., 2004). Como trabalho de apoio e retaguarda nas ações de acolhimento, diagnóstico e tratamento, passa a não ser visto nem valorizado; tornando-se invisível.

Assim, configura-se a existência de ocupações que não são socialmente vistas em contraste de outras valorizadas e de expressiva visibilidade. O estabelecimento dessa hierarquia sustenta-se em marcadores também de qualificação profissional, aferida, em geral pela escolaridade. Dessa forma ganham visibilidade social as ocupações com formação superior de ensino (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas). Esse sistema de valorização e desvalorização produz apagamento social às ocupações de menor qualificação, desconsiderando que os “trabalhadores invisíveis” representam ocupações necessárias para a garantia do desenvolvimento das atividades de trabalho das demais ocupações (ABDALLA et al., 2004; CASTRO, 2021; AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS, 2022).

As ocupações socialmente invisibilizadas, focalizadas nesta tese, são: condutores de ambulância, manutenção, apoio operacional, equipe da limpeza, cozinha e administração, técnicos e auxiliares de enfermagem, de saúde bucal, de radiologia, de laboratório e análises clínicas, Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combate a Endemias – ACE, sanitaristas, fiscais sanitário, técnicos da vigilância, apoiadores institucionais, gerentes e coordenadores (**Figura 4**).

Figura 4: Descrição das ocupações que compõe a categoria trabalhadores “invisíveis”.



Fonte: Próprio autor

Diversos estudos têm sido realizados a fim de identificar estratégias, ações de enfrentamento e os impactos da pandemia na saúde dos trabalhadores da saúde de categorias profissionais tradicionais e socialmente valorizadas, com destaque para profissionais de medicina e enfermagem. Esta tese ilumina os grupos ocupacionais ainda pouco investigados, os “trabalhadores invisíveis da saúde”.

4 MÉTODOS

Esta tese objetiva desenvolver um amplo diagnóstico das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores invisíveis da saúde. Parte-se da análise das desigualdades em saúde vivenciadas pelos profissionais “invisíveis” da saúde, atuantes no SUS em três municípios baianos.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo de corte transversal, o qual analisa dados oriundos de recorte do projeto de pesquisa “Vigilância e Monitoramento de Doenças Infecciosas no Setor Saúde”, desenvolvido pelo Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e pelo Núcleo de Saúde, Educação e Trabalho (NSET) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). O projeto contou recursos financeiros do CNPq (processo 427045/2016-9).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em três municípios da Bahia: um município de pequeno porte¹ (São Gonçalo dos Campos), um de porte médio¹ (Cruz das Almas) e um de grande porte¹ (Feira de Santana). O município de Cruz das Almas está localizado no Território de Identidade do Recôncavo Baiano, possui aproximadamente 63.591 habitantes (IBGE, 2020), situado na Região de Saúde Leste. O município São Gonçalo dos Campos está localizado no Território de Identidade do Portal do Sertão, possui aproximadamente 38.315 habitantes (IBGE, 2020) e está situado na Região de Saúde Centro-Leste, assim como o município de Feira de Santana, que também está localizado no no Território de Identidade do Portal do Sertão e na Região de Saúde Centro-Leste, possuindo aproximadamente 619.609 habitantes (IBGE, 2020).

¹De acordo com o IBGE: Cidades de **pequeno porte**, aquelas com população inferior a 50 mil habitantes, valor adicionado da agropecuária inferior a quinze centésimos do PIB municipal e densidade demográfica inferior a 80 habitantes por quilômetro quadrado, ou se tiver população inferior a 20 mil habitantes e densidade populacional superior a 80 habitantes por quilômetro quadrado; **De médio porte**, se tiver população entre 50 mil e cem mil habitantes, ou se tiver densidade demográfica superior a 80 habitantes por quilômetro quadrado e população entre 20 mil e 50 mil habitantes; **De grande porte**, se tiver população superior a cem mil habitantes.

Fonte: Agência Senado - <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2009/10/06/criados-criterios-de-classificacao-do-espaco-urbano-e-rural>.

A rede SUS dos municípios estudados contava com um conjunto de serviços de atenção primária e de média complexidade, incluindo USF- Unidade de Saúde da Família, equipe do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Unidade de Atendimento de Urgência e Emergência, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência –SAMU 192, Unidade de atendimento exclusivo para pacientes com sintomas sugestivos de Covid-19 ou confirmados, além de unidade hospitalar, farmácia básica, academia da saúde, dentre outros. No município C, além dos serviços de saúde ofertados pelos dois outros municípios, contava também com equipe de consultório de rua, central de regulação e policlínicas.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo é constituída por trabalhadores da saúde atuantes nos serviços de saúde da Atenção Básica e da Média Complexidade. Para a definição da população de estudo foi realizado levantamento prévio da estruturação e força de trabalho dos serviços dos municípios, não havendo restrição de categoria profissional/ocupação. Para quantificar a população, foram utilizados os dados oficiais dos três municípios, disponibilizados no site do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Após esse levantamento dos dados disponíveis nos sistemas de informações oficiais, delimitou-se a quantidade e o tipo de serviços de saúde disponíveis, número de trabalhadores(as) e suas respectivas ocupações e local de trabalho. As informações levantadas previamente foram conferidas e validadas junto as equipes gestoras municipais a partir da lista de trabalhadores(as) vinculados ao serviço municipal.

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes

Adotou-se como critério de inclusão estar em efetivo exercício profissional em serviços de atenção básica e de média complexidade, por período igual ou superior a seis meses, nos municípios selecionados para o estudo.

O critério de exclusão foi estar afastado(a) por licença médica, estar de férias ou após três tentativas de contato com o trabalhador em seu local de trabalho, sem êxito.

4.3.2 Procedimentos para seleção dos/as participantes

Para o cálculo do tamanho amostral, tomou-se, como população de estudo, o número

total de trabalhadores de todas as categorias profissionais (N=4.849 trabalhadores) nos três municípios, incidência de acidentes de trabalho entre profissionais de saúde de 42%, confiança de 95% e precisão de 3%, resultando em uma amostra mínima necessária de 857 trabalhadores. A esse número, acresceu-se 15%, levando-se em consideração possíveis perdas e recusas, resultando na amostra final de 986 trabalhadores da saúde, envolvendo todas as categorias profissionais.

A seleção da amostra foi definida em procedimentos de etapas sucessivas: a) listagem nominal dos trabalhadores em atividade (atenção básica e de média complexidade); b) estimativa do tamanho amostral (baseado no total da população e diferentes desfechos de saúde – o desfecho com maior tamanho amostral foi aquele utilizado – no caso, de acidentes e trabalho de 42,9%); c) uma vez definido o tamanho amostral (N), procedeu-se à estratificação da amostra - composição da amostra por estratos com n correspondente à sua participação percentual no total de trabalhadores (estratos: área geográfica, nível de atenção do serviço – atenção básica e média complexidade -e grupo ocupacional conforme a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009) em seis grupos: I. Médicos; II. Enfermeiros e técnicos de enfermagem; III. Dentistas e técnicos da Odontologia; IV. Administrativos, serviços gerais e outros; V. Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e afins; VI. ACS/ACE; d) sorteio dos(as) trabalhadores(as) utilizando lista de números aleatórios do programa SPSS, versão 23.0. Uma lista extra, com a finalidade de reposição de possíveis perdas dos sorteados, foi também gerada no processo de amostragem, limitada a 20% do N total da amostra selecionada.

Os(as) trabalhadores(a)s não encontrados(a)s após três tentativas, que se recusaram a participar do estudo ou estavam de licença durante o período de coleta de dados, foram substituídos(as), respeitando-se a área geográfica, o nível de complexidade do serviço, o grupo ocupacional e o sexo, conforme lista de substituição previamente estabelecida.

4.4 TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS

A coleta de dados ocorreu durante a pandemia, com início em abril de 2021, quando a vacinação contra a Covid-19 foi autorizada para grupos específicos, dentre eles os profissionais de saúde. Priorizou-se iniciar pelos locais em que havia trabalhadores de saúde que estavam nos primeiros grupos elegíveis para vacinação contra Covid-19. Essas medidas foram adotadas a fim de minimizar a exposição ao vírus durante a coleta de dados, tanto para os pesquisados quanto para os pesquisadores.

A equipe foi treinada e houve padronização dos procedimentos adotados na coleta. Todos os coletadores foram a campo após a conclusão do esquema básico da vacinação contra a Covid-19. Vale ressaltar que, para que a equipe da pesquisa fosse a campo, todas as medidas de biossegurança foram adotadas: foi disponibilizado um kit com álcool em gel, máscaras faciais N95, protetor facial, avental descartável e luvas, uma vez que a coleta ocorreu durante a pandemia. Os entrevistadores já haviam sido vacinados contra Covid-19.

A coleta de dados estendeu-se até abril de 2022, por meio de entrevistas face-a-face, realizadas nos locais de trabalho. O longo período de coleta dos dados justifica-se pelas dificuldades de acesso aos serviços e aos trabalhadores, em virtude da pandemia.

Para potencializar a participação dos trabalhadores, inicialmente, foram realizadas reuniões com os trabalhadores de saúde para apresentar os objetivos e os métodos da pesquisa em cada local de trabalho. Logo após, individualmente, era realizado o contato com o(a) sorteado(a), reapresentação dos objetivos da pesquisa e do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Ao obter a anuência na participação foi então realizada a entrevista por meio de questionário estruturado. Devido a dinâmica do trabalho no setor saúde, em algumas situações houve a necessidade de realizar o agendamento do horário da entrevista para coleta de dados, sendo frequente em algumas categorias profissionais, a exemplo dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais atuavam no território e nem sempre estavam no estabelecimento de saúde.

4.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

O questionário utilizado para a coleta dos dados foi elaborado a partir de revisão de literatura com foco nas condições de trabalho e saúde no setor saúde. O instrumento foi composto por oito blocos, a saber:

- I. Identificação geral (sexo, idade, tem filhos, situação conjugal, escolaridade, cor da pele);
- II. Informações gerais sobre o trabalho (cargo que exerce, tempo no cargo, vínculo trabalhista, tempo de trabalho no cargo, recebeu treinamento em serviço, turno de trabalho, jornada de trabalho, desenvolve outro trabalho remunerado, jornada total de trabalho);
- III. Sobre o ambiente de trabalho: Condições do ambiente / local de trabalho (relacionados a estrutura física, recursos disponíveis, EPI, exposição ocupacional, teve acesso a protocolos de biossegurança, disponibilização de EPI durante a pandemia);

- IV. Características psicossociais do trabalho (avaliadas por dois instrumentos de pesquisa validados no Brasil: Effort-reward imbalance - ERI; Job Content Questionnaire - JCQ);
- V. Saúde Mental (utilização de instrumentos também validados: Self-Reporting Questionnaire - SRQ-20; Patient Health Questionnaire – PHQ9);
- VI. Atividades domésticas e Hábitos de vida (desenvolvimento de atividades domésticas, ERI doméstico);
- VII. Hábitos de vida e aspectos relacionados à saúde (histórico vacinal, questões relacionadas a vacinação, Covid-19, situação de saúde, padrão de sono, tuberculose, Arboviroses- dengue, chikungunya, Zika);
- VIII. Violência (situações relacionadas a segurança pessoal e violências sofridas).

4.6 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS E ANÁLISE DE DADOS

A análise desenvolvida possui caráter exploratório e visou avaliar as condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras “invisíveis” da saúde. Para tanto, a população trabalhadora foi categorizada de acordo com a ocupação em dois grandes grupos: (1) trabalhadores “tradicionais” da saúde e (2) trabalhadores “invisíveis” da saúde.

No grupo dos trabalhadores “tradicionais” da saúde estão inseridos os trabalhadores de ocupações tradicionalmente mais visibilizadas, estabelecidas e valorizadas do trabalho em saúde, como médicos, enfermeiros, odontólogo, psicólogo, farmacêutico, assistente Social e fisioterapeuta.

O grupo dos trabalhadores “invisíveis” da saúde foi composto por quatro subgrupos, considerando as demandas ocupacionais, a saber: (1) trabalhadores de apoio, conservação e limpeza (condutores de ambulância, manutenção, apoio operacional, equipe da limpeza, cozinha e administração); (2) técnicos (técnicos e auxiliares de enfermagem, de saúde bucal, de radiologia, de laboratório e análises clínicas); (3) Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combate às Endemias - ACE e (4) gestão e vigilância em saúde (sanitaristas, fiscais sanitário, técnicos da vigilância, apoiadores institucionais, gerentes e coordenadores).

As características gerais da população e condições de trabalho foram analisadas mediante o levantamento das seguintes variáveis: Características sociodemográficas (sexo, idade, tem filhos, situação conjugal, escolaridade, cor da pele); informações gerais sobre o trabalho (cargo que exerce, tempo no cargo, vínculo trabalhista, tempo de trabalho no cargo, recebeu treinamento em serviço, turno de trabalho, jornada de trabalho, desenvolve

outro trabalho remunerado, jornada total de trabalho); condições do ambiente / local de trabalho (relacionados a estrutura física, recursos disponíveis, EPI, exposição ocupacional, teve acesso a protocolos de biossegurança, disponibilização de EPI durante a pandemia); características psicossociais do trabalho (Desequilíbrio Esforço-Recompensa - ERI; Modelo Demanda-Controle – MDC) e saúde mental (Transtornos Mentais Comuns - TMC).

Os TMC foram avaliados pelo Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). O SRQ-20 é um questionário desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, com o objetivo avaliar os transtornos mentais em países em desenvolvimento. Trata-se de instrumento traduzido e validado para populações de trabalhadores no Brasil, tendo apresentado bons indicadores de desempenho (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009; SANTOS *et al.*, 2010). O SRQ-20 é um instrumento autoaplicável, composto de 20 questões com escala de resposta dicotômica (sim/não), que permite rastrear indivíduos com Transtornos Mentais Comuns (TMC). Para o rastreamento foi adotado como ponto de corte sete ou mais respostas positivas para as mulheres e cinco ou mais respostas positivas para os homens, conforme indicado em estudo de validação de SANTOS *et al.* (2010).

Este instrumento não oferece diagnóstico do tipo de transtorno, mas indica a suspeição de ocorrência de um transtorno mental. Assim, a aplicação do SRQ-20 permite a detecção de sintomas neuróticos próximos aos sintomas que caracterizam os TMC, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, perda de energia e queixas somáticas. O SRQ-20 possui como vantagens o fato de ser de fácil compreensão, de rápida aplicação, baixo custo, ser padronizado internacionalmente, alcançando níveis de desempenho aceitáveis notocante à sua validade (SANTOS *et al.*, 2010).

Os aspectos psicossociais do trabalho (estressores ocupacionais) foram avaliados por meio do modelo ERI, que se baseia na reciprocidade das relações sociais (relação esforço-recompensa) no ambiente do trabalho. De acordo com o modelo, os esforços são equalizados pelas respectivas recompensas. O desequilíbrio entre os esforços despendidos no trabalho e as recompensas recebidas resulta em estresse laboral. Pressupõe-se que altos esforços seguidos por baixas recompensas desencadeiam emoções negativas e respostas sustentadas de estresse, enquanto o equilíbrio entre os esforços e as recompensas gera emoções positivas capazes de promover bem-estar e saúde (SIEGRIST, 2012).

Utilizou-se a versão completa do ERI, contendo 23 itens, incluindo as escalas de esforço (6 itens), recompensa (11 itens) e comprometimento excessivo com o trabalho (6 itens) (SIEGRIST, 2009; LEINEWEBER *et al.*, 2010). As respostas empregaram escala do

tipo likert (1.“discordo fortemente”; 2. “discordo”; 3. “concordo”; e, 4.“concordo fortemente”). Como ponto de corte para definição das escalas propostas: esforço (alto/baixo), recompensa (alta/baixa), comprometimento excessivo (presente/ausente), foi utilizado o terceiro quartil: valores até o terceiro=baixo; valores acima do terceiro quartil=alto. O indicador de desequilíbrio esforço-recompensa foi obtido pela seguinte fórmula: $ERI = e / (r * c)$. Onde “e” refere-se a soma dos itens de esforço, “r” corresponde a soma dos itens de recompensa e “c” é um fator de correção, considerando a quantidade de itens do numerador comparado ao denominador. Os resultados foram categorizados em “equilíbrio” (valores < ponto de corte do terceiro quartil) e “desequilíbrio” (valores \geq ponto de corte do terceiro quartil) (MONTANO; LI; SIEGRIST; WAHRENDORF, 2016).

O MDC destaca dois elementos como centrais no trabalho: a demanda psicológica relacionada às exigências psicológicas enfrentadas pelo trabalhador durante a execução de suas atividades laborais (por ex.: ritmo de trabalho, tempo suficiente para realizá-lo) e o controle do trabalhador sobre as atividades laborais que executa, incluindo sua autonomia no processo de decisão (ARAÚJO et al., 2003). O apoio social configura-se uma terceira dimensão, posteriormente incluída no MDC, por Johnson e Hall (1988), considerando ser essa dimensão responsável por minimizar os danos à saúde do trabalhador causados pelas elevadas demandas e baixo controle sobre o próprio trabalho. Segundo os autores, o auxílio na realização das tarefas por parte dos colegas e superiores, a integração social e a confiança no grupo atuam como protetoras do desgaste à saúde, resultantes do trabalho.

A avaliação do Modelo Demanda Controle (MDC) foi realizada utilizando o Job Content Questionnaire (JCQ), instrumento que demonstra bom desempenho global na avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho quando utilizado na população trabalhadora brasileira (ARAÚJO, KARASEK, 2008). A variável MDC foi mensurada ao combinar elementos do trabalho, incluindo demanda psicológica e controle, considerando a mediana como sendo ponto de corte para definição das categorias alto(a) e baixo(a). Adotando-se por base essas categorias, são identificadas quatro condições específicas de trabalho:baixa exigência (alto controle/baixa demanda), trabalho ativo (alto controle/alta demanda), trabalho passivo (baixo controle/baixa demanda) e alta exigência (baixo controle/alta demanda) (ARAÚJO, GRAÇA, ARAÚJO, 2003).

Os resultados da tese estão apresentados no formato de artigos. Cada um deles possui um objetivo específico - em consonância com os objetivos da tese - e adotou métodos próprios alinhados aos objetivos propostos. Em todos os artigos, inicialmente, foi feita a descrição da população estudada. Esta primeira etapa da análise envolveu a descrição de frequências

absolutas e relativas das variáveis de interesse do estudo (desfecho, exposição e covariáveis). As particularidades de cada produto encontram-se detalhadas, separadamente, na seção Métodos de cada artigo.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto ao qual este plano de trabalho é vinculado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, através do parecer nº 2.897.062 (CAAE nº 90204318.2.0000.0053), seguindo as especificações da Resolução nº 466/12 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016). Foi assegurada a confidencialidade dos dados coletados, que serão utilizados exclusivamente para fins científicos.

Os profissionais de saúde foram informados dos os riscos e benefícios em participar da pesquisa. Em todas as etapas foram preservados o anonimato, a autonomia, o respeito e o sigilosas informações obtidas. A participação no estudo foi livre, de caráter voluntário e sem remuneração. Foi assegurada a liberdade de deixar a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem nenhum ônus. Para a inclusão do participante, foi necessária a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo A).

5 RESULTADOS

Nesta seção estão apresentados os quatro produtos desenvolvidos na tese, em conformidade com as orientações do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, a saber:

- Artigo 1 - Trabalhadores “invisíveis” da saúde: estudo exploratório de indicadores de desigualdades.
- Artigo 2 - Condições de trabalho dos trabalhadores “invisíveis” da saúde do sus em tempos de pandemia: heterogeneidade nessa invisibilidade?
- Artigo 3 - Dimensões da pandemia de Covid-19: prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores e trabalhadoras “invisíveis” da saúde e sua associação com estressores ocupacionais.
- Artigo 4 - Adoecimento mental em trabalhadores invisíveis da saúde no contexto da pandemia da Covid-19: análise dos efeitos isolados e combinados de estressores ocupacionais

A produção dos quatro artigos ocorreu em sequência cronológica que possibilitou a análise dos problemas relacionados às condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. Destaca-se que, inicialmente, houve a exploração do banco de dados com os resultados preliminares da pesquisa de campo, sendo construído a partir das análises preliminares o documento intitulado *Condições de trabalho dos trabalhadores de saúde da atenção primária e da média complexidade do SUS em tempos de pandemia*, o qual foi aceito para compor um dos capítulos do livro "Saúde e Multidisciplinaridade" (Apêndice B).

5.1.ARTIGO 1: TRABALHADORES “INVISÍVEIS” DA SAÚDE: ESTUDO EXPLORATÓRIO DE INDICADORES DE DESIGUALDADES

RESUMO

Diversas são as ocupações que compõem a categoria dos trabalhadores da saúde, os quais estão envolvidos na prestação direta e indireta de cuidados e atenção a saúde. Os trabalhadores da assistência indireta ou de apoio, muitas vezes, são negligenciados comparativamente a outras categorias profissionais, embora sejam essenciais ao funcionamento dos serviços de saúde. **Objetivo:** Identificar desigualdades nas condições e características gerais de trabalho e de saúde dos trabalhadores “tradicionais” e trabalhadores “invisíveis” da saúde, durante a pandemia da Covid-19 em municípios da Bahia. **Método:** Estudo de transversal, de caráter exploratório, realizado com amostra aleatória de 1.204 trabalhadores da saúde de três municípios baianos, entre abril/2021 a abril/2022. A análise envolveu a descrição das características sociodemográficas e laborais. **Resultados:** Verificou-se desigualdades entre os trabalhadores tradicionais e “invisíveis” da saúde relativas às características sociodemográficas, aos hábitos de vida às condições de trabalho e à situação de saúde. Sendo identificado piores indicadores socioeconômicos e laborais entre os trabalhadores invisíveis. **Considerações finais:** Os dados evidenciam desigualdades nas condições de vida e de trabalho dos trabalhadores “tradicionais” e trabalhadores “invisíveis” da saúde e fortalecem a demanda por ações que possam reduzir as iniquidades identificadas.

Palavras-chave: Condições de trabalho. Saúde do trabalhador. Trabalhador da saúde.

ABSTRACT

There are several occupations that make up the category of health workers, who are involved in the direct and indirect provision of health care. Indirect care or support workers are often neglected compared to other professional categories, even though they are essential to the functioning of health services. **Objective:** To identify inequalities in the general working and health conditions and characteristics of “traditional” workers and “invisible” health workers,

during the Covid-19 pandemic in municipalities in Bahia. **Method:** Cross-sectional, exploratory study, carried out with a random sample of 1,204 health workers from three municipalities in Bahia, between April/2021 and April/2022. The analysis involved the description of sociodemographic and work characteristics. **Results:** There were inequalities between traditional and “invisible” health workers regarding sociodemographic characteristics, lifestyle habits, working conditions and health situation. Worse socioeconomic and labor indicators were identified among invisible workers. **Final considerations:** The data highlights inequalities in the living and working conditions of “traditional” workers and “invisible” health workers and strengthens the demand for actions that can reduce the identified inequities .

Keywords: Working conditions. Worker's health. Healthcare worker.

INTRODUÇÃO

Os trabalhadores que compõem o setor saúde abrangem uma ampla variedade de ocupações, envolvendo cuidado direto e indireto a pacientes, acolhimento e atividades de apoio. No entanto, os trabalhadores da assistência indireta ou de apoio, muitas vezes, são negligenciados comparativamente a outras categorias profissionais, embora sejam essenciais ao funcionamento dos serviços de saúde.

Os trabalhadores da saúde desempenham suas funções em diversos espaços e locais de assistência e vigilância à saúde, incluindo hospitais, clínicas, ambulatórios e outros estabelecimentos. Esses trabalhadores englobam médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, além de trabalhadores de apoio, como recepcionistas, seguranças, pessoal da limpeza, cozinheiros, dentre outros (BRASIL, 2020b). Pesquisas recentes (AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS, 2022; CARVALHO, et al., 2023) destacam a necessidade da avaliação das condições de vida e saúde de uma parcela de trabalhadores que desenvolvem suas atividades de trabalho no setor saúde, mas que no entanto, frequentemente tem sido invisibilizada, pouco reconhecida e desconsiderada em estudos que avaliam agravos à saúde dos trabalhadores da saúde, mesmo sendo essenciais ao êxito do cuidado em saúde. Este estudo focaliza os grupos denominados de “trabalhadores invisíveis da saúde”.

O uso do termo “invisível” para caracterizar o trabalho é um conceito que tem sido

abordado na literatura. A palavra, originada do latim, descreve um adjetivo, que significa o “que não pode ser visto” ou “o que não se vê” (AMORA, 2009). De acordo com Martins et al. (2019), a invisibilidade tem relação direta com valores socialmente estruturados, relacionando-se com a inexistência ou insignificância, não reconhecimento. O apagamento ou invisibilidade é, assim, fruto de uma construção social e psíquica. A invisibilidade dos trabalhadores passa pela “invisibilidade social”, uma vez que os trabalhadores invisibilizados encontram-se à margem da sociedade, deixando de ser percebido por outras pessoas; ou seja, a identidade é ocultada na percepção do outro (BOTELHO et al., 2017). Essa invisibilidade decorre de um processo histórico relacionado a divisão social do trabalho, no qual profissões caracterizadas por remunerações baixas e pouca qualificação e/ou escolaridade sofrem processos contínuos de desvalorização profissional e de apagamento de suas funções sociais. São, assim, percebidas de forma desfavorável, estando às margens da sociedade (MARTINS, 2016; LOPES, 2018).

Nos espaços de saúde, as ocupações frequentemente consideradas de apoio se caracterizam, em geral, por tarefas repetitivas e monótonas, com extensas jornadas de trabalho, baixa remuneração, demandas elevadas e baixo nível autonomia. Mesmo tendo papel essencial para a qualidade de vida de outras pessoas, não são vistas, tendo seu trabalho invisibilizado (ABDALLA et al., 2004). Esse trabalho não sendo visto, não é reconhecido, apreciado ou valorizado.

Em função dessa invisibilidade, há ainda pouca pesquisa sobre esses trabalhadores. Os poucos estudos identificados restringem-se aos trabalhadores de limpeza e das lavanderias hospitalares (ABDALLA et al., 2004; ROCHA; MARIN; MACIAS-SEDA, 2019; CARVALHO, et al., 2023) e, mais recente, estudos de trabalhadores invisíveis da saúde (MACHADO et al., 2023a; MACHADO et al., 2023b).

Este estudo objetiva identificar desigualdades nas condições e características gerais de trabalho e de saúde dos trabalhadores “tradicionais” e trabalhadores “invisíveis” da saúde, durante a pandemia da Covid-19 em municípios da Bahia.

MÉTODOS

Estudo transversal, exploratório, seguindo moldes de inquérito, desenvolvido com amostra aleatória de trabalhadores da saúde da atenção básica e da média complexidade de três municípios do interior da Bahia, entre abril de 2021 a abril de 2022.

A amostra aleatória representativa foi definida a partir de procedimentos de etapas

sucessivas: a) lista nominal dos trabalhadores em atividade (atenção básica e de média complexidade); b) estimativa do tamanho amostral (base no total da população e diferentes desfechos de saúde); c) definição do tamanho amostral (estimativas de maior N) e estratificação da amostra (composição da amostra por estratos com n correspondente à sua participação percentual no total de trabalhadores); d) sorteio dos(as) trabalhadores(as) - utilizando listade números aleatórios do programa SPSS, versão 23.0. Uma lista extra, com a finalidade de reposição de possíveis perdas dos sorteados, foi também gerada no processo de amostragem, limitada a 20% do N total da amostra selecionada.

Para o cálculo do tamanho amostral, foram utilizados os seguintes parâmetros: número total de 4.849 trabalhadores nos três municípios; incidência de acidentes de trabalho entre profissionais de saúde de 42%, 95% de confiança e precisão de 3%, resultando em uma amostra mínima necessária de 857 trabalhadores das diversas categorias profissionais da saúde. A esse número, acresceu-se 15%, levando-se em consideração possíveis perdas e recusas, resultando na amostra final de 986 trabalhadores das diversas categorias profissionais da saúde, incluindo as invisibilizadas. O presente estudo alcançou um total de 1.204 trabalhadores, satisfazendo assim a amostra mínima necessária.

Os(as) trabalhadores(a)s não encontrados(a)s após três tentativas, que se recusaram a participar do estudo ou estavam de licença durante a coleta de dados, foram substituídos(as), respeitando-se a área geográfica, o nível de complexidade do serviço, o grupo ocupacional e o sexo, conforme lista de substituição. A reposição ficou restrita ao máximo de 20% dos trabalhadores sorteados para compor a amostra inicialmente.

A coleta de dados utilizou questionário estruturado, elaborado com base na revisão da literatura. Para padronizar os procedimentos metodológicos adotados em cada local, foi elaborado um Manual de Procedimentos e Condutas para a coleta de dados. Considerando o trabalho de campo durante a pandemia, também foi elaborado um Manual de Biossegurança em Pesquisa de Campo. O treinamento também incluiu oficinas para a discussão minuciosa do instrumento de coleta de dados e dos procedimentos metodológicos definidos.

As variáveis de interesse analisadas foram: características sociodemográficas (sexo, idade, tem filhos, situação conjugal, escolaridade, raça/cor); informações gerais sobre o trabalho (cargo que exerce, tempo no cargo, vínculo trabalhista, tempo de trabalho no cargo, recebeu treinamento em serviço, turno de trabalho, jornada de trabalho, desenvolve outro trabalho remunerado, jornada total de trabalho); condições do ambiente / local de trabalho (relacionados a estrutura física: ventilação, iluminação, temperatura, cadeiras e acesso a sanitários; recursos disponíveis; EPI; exposição ocupacional: contato com

material biológico, ficar muito tempo de pé, ficar muito tempo sentado, andar muito; teve acesso a protocolos de biossegurança; disponibilização de EPI durante a pandemia: máscara cirúrgica, máscara de tecido; uso do álcool em gel); características psicossociais do trabalho (Desequilíbrio Esforço-Recompensa - ERI; e aspectos relacionados à saúde (condição de saúde autorreferida), e saúde mental (Transtornos Mentais Comuns - TMC).

A raça foi avaliada por meio da cor autorreferida, com as respostas agrupadas em: brancos(as) e pretos(as)/pardos(as). Há estudos nacionais que frequentemente analisam em conjunto dos grupos pretos(as) e pardos(as), formando o estrato negros(as), considerando as devidas semelhanças de fatores socioeconômicos e características culturais, sendo possível englobar a grande maioria da população que se identifica como afro-brasileiros (MAIO et al., 2005).

Os transtornos mentais comuns (TMC) foram avaliados pelo Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), que é composto de 20 questões desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, mensuradas em escala dicotômica (sim/não), permitindo rastrear indivíduos com TMC. Para o rastreamento foi adotado como ponto de corte recomendado é de sete ou mais respostas positivas para mulheres e cinco ou mais respostas positivas para homens (SANTOS; ARAÚJO; PINHO; SILVA, 2010). Este instrumento não oferece o diagnóstico do tipo de transtorno, mas indica a suspeição de ocorrência de um transtorno mental, permite a detecção de sintomas neuróticos próximos aos sintomas que caracterizam os TMC, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, perda de energia e queixas somáticas. O SRQ-20 possui como vantagens o fato de ser de fácil compreensão, de rápida aplicação, baixo custo, ser padronizado internacionalmente, alcançando níveis de desempenho aceitáveis notocante à sua validade (SANTOS *et al.*, 2010).

Os aspectos psicossociais do trabalho, estressores ocupacionais, foram avaliados pelo modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa (ERI – *Effort-Reward Imbalance*), desenvolvido por Siegrist (1996), o qual apresentam bom desempenho em estudos de validação na avaliação das características psicossociais do trabalho. Avalia esforço (energia despendida para realização do trabalho, envolve gasto físico e psíquico) e recompensa no trabalho (retornos como os ganhos financeiros, percepção de reconhecimento e respeito no ambiente laboral; expectativas de promoção, compatibilidade do cargo ocupado com a formação e sentimento de justiça nas relações). O modelo inclui uma terceira dimensão, o comprometimento excessivo com o trabalho, que corresponde a um fator intrínseco, subjetivo, que se caracteriza pelo esforço excessivo, visando reconhecimento e aprovação. Construído a

partir de questionário de 23 itens, respondido em escala tipo Likert (1=discordo fortemente; 2=discordo; 3=concordo; 4= concordo fortemente). O terceiro quartil foi utilizado como ponto de corte para dicotomização das escalas propostas para composição de esforço (baixo/alto), recompensa (baixa/alta), comprometimento excessivo (ausente/presente). Valores até o terceiro quartil=baixo; valores acima do terceiro quartil=alto. O indicador de desequilíbrio esforço-recompensa foi obtido pela seguinte fórmula: $ERI = e/(r*c)$. Onde “e” refere-se a soma dos itens de esforço, “r” corresponde a soma dos itens de recompensa e “c” é um fator de correção, considerando a quantidade de itens do numerador comparado ao denominador. Os resultados foram categorizados em “equilíbrio” (valores < ponto de corte do terceiro quartil) e “desequilíbrio” (valores \geq ponto de corte do terceiro quartil) (MONTANO; LI; SIEGRIST; WAHRENDORF, 2016).

A análise de dados comparou os grupos ocupacionais dos trabalhadores tradicionais *versus* trabalhadores invisíveis da saúde. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse, seguidas pela análise bivariada, estratificada pelas ocupações. Calcularam-se as razões de prevalências (RP), intervalos de confiança (IC) de 95% e os valores de *p* pelo teste qui-quadrado de Pearson (programas StatisticalProgram for the Social Sciences 23.0 (SPSS 15.0) e OpenEpi 3.0).

O presente estudo analisa dados oriundos de recorte do projeto de pesquisa “Vigilância e Monitoramento de Doenças Infecciosas no Setor Saúde”, desenvolvido pelo Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e pelo Núcleo de Saúde, Educação e Trabalho (NSET) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), com recursos financeiros do CNPq (processo 427045/2016-9).

RESULTADOS

Foram investigados 1.204 trabalhadores de saúde, destes, 78,0% eram trabalhadores invisíveis, 21,6% eram trabalhadores tradicionais e 0,4% não puderam ser categorizados (dado perdido). As ocupações socialmente invisibilizadas identificadas no presente estudo e classificadas como trabalhadores “invisíveis” da saúde, foram: trabalhadores de apoio, conservação e limpeza (segurança, condutores de ambulância, manutenção, digitador, serviços gerais, operador de rádio, copeira/cozinha e recepcionista/administração) correspondendo a 20,1% da amostra; técnicos (técnicos e auxiliares de enfermagem, de saúde bucal, de farmácia, de radiologia, de laboratório e análises clínicas) correspondendo a 20,5% da amostra, Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combate às

Endemias – ACE (32,7%); e gestão e vigilância em saúde (sanitaristas, fiscais sanitário e técnicos da vigilância, apoiadores institucionais, gerentes e coordenadores)(4,7%). Os demais trabalhadores compuseram o grupo trabalhadores tradicionais da saúde (médico, enfermeiro, odontólogo, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e demais profissionais de nível superior da assistência direta ao paciente), correspondendo a 21,7% da amostra (Tabela1).

Tabela 1 –Distribuição (%) dos trabalhadores de saúde do SUS em três municípios. Brasil, 2022.

Grupos		Categoria profissional	n	%
TRABALHADORES INVISÍVEIS	•Trabalhadores de apoio, conservação e limpeza	Serviços Gerais	63	5,2
		Manutenção (eletricista)	5	0,4
		Digitador	4	0,3
		Segurança	5	0,4
		Administrativo/recepção	138	11,5
		Copeira	7	0,6
		Condutores de Ambulância	18	1,5
		Operador de rádio	3	0,2
		Total	243	20,1
	•Técnicos	Técnicos de Enfermagem	193	16,0
		Técnicos de radiologia	7	0,6
		Técnicos de laboratório	4	0,3
		Técnico de farmácia	6	0,5
		Técnicos de Saúde Bucal	37	3,1
		Total	247	20,5
	•Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combate às Endemias - ACE	ACS	292	24,3
		ACE	101	8,4
		Total	393	32,7
		Total		
•Gestão e vigilância em saúde	Apoiadores institucionais	3	0,2	
	Coordenadores	30	2,5	
	Técnicos de vigilância	22	1,9	
	Sanitarista	1	0,1	
	Total	56	4,7	

TRABALHADORES TRADICIONAIS	Médico	44	3,7
	Enfermeiro	115	9,6
	Odontólogo	27	2,2
	Nutricionista	12	1,0
	Psicólogo	11	1,0
	Farmacêutico	5	0,4
	Assistente Social	18	1,5
	Fisioterapeuta	14	1,2
	Pedagogo	1	0,1
	Psicopedagogo	1	0,1
	Fonoaudiólogo	2	0,2
	Educador Físico	8	0,7
	Biomedico	2	0,2
	Total	260	21,7

Fonte: Próprio autor

Houve predomínio de mulheres (83,1% trabalhadores tradicionais versus 80,8% trabalhadores invisíveis, sem diferença estatisticamente significativa), pretos e pardos em ambos os grupos (94,1% trabalhadores invisíveis, $p < 0,001$) (**Tabela 2**).

Mais da metade dos trabalhadores referiram possuir companheiro, sem diferenças significativas entre os estratos. A proporção de trabalhadores com idade superior a 40 anos foi maior entre aqueles invisíveis, assim como a presença de filhos, com diferenças estatisticamente significante ($p < 0,001$). A maioria dos trabalhadores invisíveis referiu receber até dois salários mínimos (94,6%), enquanto essa proporção entre os trabalhadores tradicionais foi de 70,8% ($p < 0,001$) (**Tabela 2**).

Em relação a escolaridade, identificou-se que 28,4% dos trabalhadores invisíveis apresentavam nível superior completo, enquanto todos os trabalhadores tradicionais possuíam nível superior (dado não apresentado em tabela).

Quanto às características ocupacionais, identificou-se que a maioria dos trabalhadores invisíveis apresentou vínculo efetivo (64,3%), enquanto a maioria dos trabalhadores tradicionais possuía vínculo temporário (74,8%, $p < 0,001$); a jornada de trabalho até 40 horas semanais foi mais prevalente em ambos os grupos ($p = 0,046$). A maioria dos

trabalhadores invisíveis referiam mais tempo de atuação no cargo, mais de cinco anos (74,3%, $p < 0,001$). A proporção de profissionais que não tiveram acesso a curso ou protocolo de biossegurança foi mais elevada entre os trabalhadores invisíveis (63,6%, $p < 0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2. Características sociodemográficas e ocupacionais por grupo de trabalhadores da saúde do SUS no interior da Bahia. Brasil, 2022.

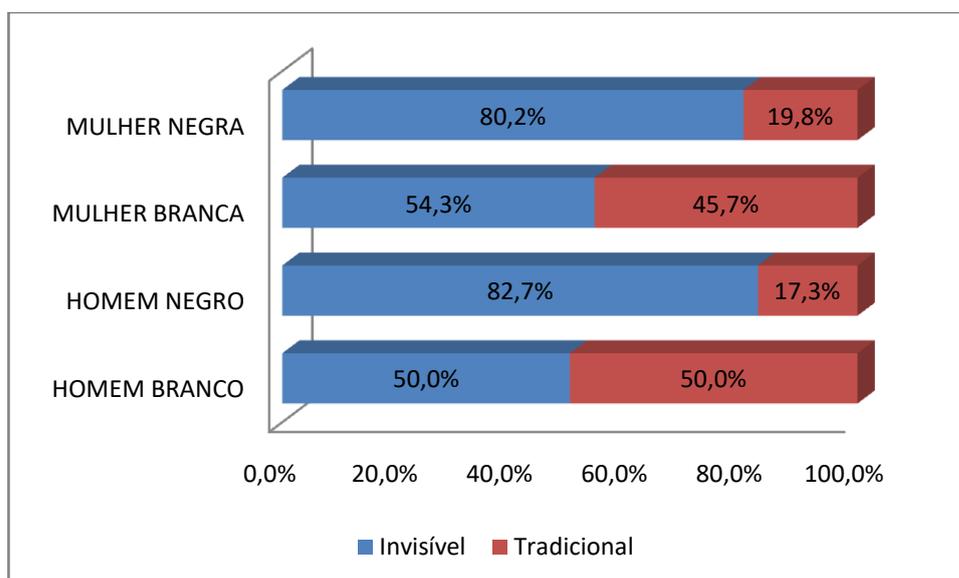
Variável* (N)	Tradicionais (260)		Invisíveis (939)		Total (1199)		p-valor
	N	%	n	%	n	%	
Gênero (1199)*							
Feminino	216	83,1	759	80,8	975	81,3	0,411
Masculino	44	16,9	180	19,2	224	18,7	
Raça/ Cor (1173)*							
Branco	47	18,5	54	5,9	101	8,6	<0,001
Pretos e Pardo	207	81,5	865	94,1	1072	91,4	
Situação conjugal(1198)*							
Sem companheiro	117	45,0	405	43,2	522	43,6	0,600
Com companheiro	143	55,0	533	56,8	676	56,4	
Faixa etária (1184)*							
Até 40 anos	117	68,3	334	36,1	511	43,2	<0,001
41 anos ou mais	82	31,7	591	63,9	591	56,8	
Filhos (1188)*							
Sim	143	55,4	724	77,8	867	73,0	<0,001
Não	115	44,6	206	22,2	321	27,0	
Treinamento em serviço (1182)*							
Sim	129	50,6	507	54,7	636	53,8	0,244
Não	126	49,4	420	45,3	546	46,2	
Tempo no cargo (1110)*							
Até 5 anos	130	53,7	223	25,7	353	31,8	<0,001
≥ 6 anos	112	46,3	645	74,3	757	68,2	
Renda (1180)*							
Mais de 2 salários mínimos	73	29,2	50	5,4	123	10,4	<0,001
Até 2 salários mínimos	117	70,8	880	94,6	1057	89,6	
Tipo de vínculo empregatício(1161)*							
Efetivo	62	25,2	588	64,3	650	56,0	<0,001
Temporário	184	74,8	327	35,7	511	44,0	

Atividade compatível com Cargo (1182)*							
Sim	160	61,5	580	62,9	740	62,6	
Não	100	38,5	342	37,1	442	37,4	0,687
Jornada laboral(1165)*							
Até 40 horas semanais	245	95,7	837	92,1	1082	92,9	
≥ 41 horas semanais	11	4,3	72	7,9	83	7,1	0,046
Curso de Biosegurança (1184)*							
Sim	137	53,3	337	36,4	474	40,0	
Não	120	46,7	590	63,6	710	60,0	<0,001

* Os N variaram em função de perdas de informações para as variáveis analisadas.

Na análise simultânea de gênero e raça, as diferenças percebidas entre os grupos ocupacionais ficaram mais evidentes: homens e mulheres negros(as) predominaram entre os trabalhadores invisíveis (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 –Interseção gênero e raça/cor por categoria visível e invisível dos trabalhadores de saúde do SUS no interior da Bahia. Brasil, 2022.



Fonte: Próprio autor

Quando questionados sobre as condições dos ambientes de trabalho, as proporções de trabalhadores insatisfeitos com ventilação, iluminação, temperatura, condição das cadeiras e mesas, foram elevadas em ambos os estratos. Ainda em relação às condições de trabalho, parcela significativa dos trabalhadores invisíveis referiu não ter acesso a sanitários (21,0%, $p < 0,001$), refeitório e copa (38,2%, $p < 0,001$) (**Tabela 3**).

A adoção de medidas de proteção (uso de álcool em gel e uso de máscara cirúrgica) foi superior entre os trabalhadores tradicionais. Enquanto que a adoção de medida inadequada para os trabalhadores da saúde (máscara de tecido) foi superior entre os trabalhadores invisíveis (62,6%, $p < 0,001$) (**Tabela 3**).

As exposições ocupacionais analisadas variaram entre os grupos, com significância estatística: ter contato com material biológico (76,9% dos tradicionais e 52,8% dos invisíveis, $p < 0,001$), ficar muito tempo sentado (94,6% dos tradicionais e 72,6% dos invisíveis, $p < 0,001$) e andar muito (83,8% dos tradicionais e 90,5% dos invisíveis, $p = 0,002$) (**Tabela 3**).

Tabela 3. Exposições ocupacionais e características do ambiente de trabalho por categoria visível e invisível dos trabalhadores de saúde do SUS no interior da Bahia, Brasil, 2022.

Variável* (N)	Tradicionais (260)		Invisíveis (939)		Total (1199)		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Ventilação satisfatória (1160)*							
Sim	99	38,2	378	42,0	477	41,1	
Não	160	61,8	523	58,0	683	58,9	0,282
Iluminação satisfatória (1148)*							
Sim	148	57,4	517	58,1	655	57,9	
Não	110	42,6	373	41,9	483	42,1	0,835
Temperatura satisfatória (1148)*							
Sim	106	41,1	297	33,4	403	35,1	
Não	152	58,9	593	66,6	745	64,9	0,022
Cadeiras e mesas satisfatórias (1121)*							
Sim	77	30,2	263	30,4	340	30,3	
Não	171	69,8	603	69,6	781	69,7	0,958
Acesso a sanitário (1164)*							
Sim	238	93,7	719	79,0	957	82,2	
Não	16	6,3	191	21,0	207	17,8	<0,001
Acesso a copa/refeitório (1174)*							
Sim	203	79,0	567	61,8	770	65,6	
Não	54	21,0	350	38,2	404	34,4	<0,001
Uso de álcool em gel (1197)*							
Sim	256	98,8	912	97,2	1168	97,6	
Não	3	1,2	26	2,8	29	2,4	<0,135

Uso de máscara cirúrgica (1196)*							
Sim	231	89,5	667	71,1	898	75,1	
Não	27	10,5	271	28,9	298	24,9	<0,001
Uso de máscara de tecido (1192)*							
Sim	87	34,1	587	62,6	674	56,5	
Não	168	65,9	350	37,4	518	43,5	<0,001
Contato material Biológico (1196)*							
Sim	200	76,9	494	52,8	694	58,0	
Não	60	23,1	442	47,2	502	42,0	<0,001
Fica muito em pé (1198)*							
Sim	232	89,2	832	88,7	1064	88,8	
Não	28	10,8	106	11,3	134	11,2	0,810
Fica muito sentado (1198)*							
Sim	246	94,6	681	72,6	927	77,4	
Não	14	5,4	257	27,4	271	22,6	<0,001
Anda muito (1198)*							
Sim	218	83,8	849	90,5	1067	89,1	
Não	42	16,2	89	9,5	131	10,9	0,002

* Os N variaram em função de perdas de informações para as variáveis analisadas.

A realização de teste para Covid-19 foi maior entre trabalhadores tradicionais (78,9% *versus* 67,9%; $p=0,001$) (**Tabela 4**), assim como a prevalência de Covid-19 (43,3% trabalhadores tradicionais *versus* 31,5% trabalhadores invisíveis, $p=0,001$), embora se deva considerar potenciais vies decorrente da testagem – que foi 11% superior no grupo tradicional.

Já em relação aos hábitos de vida, a maior prevalência do consumo de álcool foi entre os trabalhadores tradicionais (55,1%, $p<0,001$), entre os trabalhadores invisíveis prevaleceu: ser responsável pelas atividades domésticas (63,6%, $p<0,001$), não praticar atividade física (63,0%, $p=0,033$), não frequentar atividades culturais (90,6%, $p<0,001$) e não frequentar atividades sociais (64,1%, $p<0,001$) (**Tabela 4**).

Na avaliação da situação de saúde, os diagnósticos, em geral, foram mais elevados entre trabalhadores invisíveis, com diferenças para hipertensão (27,6%, $p<0,001$), hipercolesterolemia (24,4%, $p<0,001$), Diabetes (6,5%, $p=0,028$), obesidade (15,9%, $p=0,054$) e dor nos braços (62,2%, $p<0,001$). A prevalência de global de TMC foi de 40,4%, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os trabalhadores (40,3% entre os tradicionais e 40,4% entre os invisíveis, $p=0,237$) (**Tabela 4**).

Tabela 4. Características de saúde e hábitos de vida por categoria visível e invisível dos trabalhadores de saúde do SUS no interior da Bahia, Brasil, 2022.

Variável* (N)	Tradicionais (260)		Invisíveis (939)		Total (1199)		p-valor
	N	%	n	%	n	%	
Foi testado para Covid-19 (1179)*							
Sim	202	78,9	627	67,9	829	70,3	
Não	54	21,1	296	32,1	350	29,7	0,001
Teve Covid-19 (1175)*							
Sim	110	43,3	292	31,7	402	34,2	
Não	144	56,7	629	68,3	773	65,8	0,001
Sequela Covid-19 (391)*							
Sim	50	45,9	135	47,9	185	47,3	
Não	59	54,1	146	51,8	205	52,4	0,765
Diabetes (1132)*							
Sim	7	2,9	58	6,5	65	5,7	
Não	238	97,1	829	93,5	1067	94,3	0,028
Obesidade (1123)*							
Sim	27	10,9	139	15,9	165	14,8	
Não	220	89,1	737	84,1	957	85,2	0,054
Hipertensão (1141)*							
Sim	24	9,7	247	27,6	271	23,8	
Não	223	90,3	647	72,4	870	76,2	<0,001
Hipercolesterolemia (1135)*							
Sim	36	14,4	216	24,4	252	22,2	
Não	214	85,6	669	75,6	883	77,8	<0,001
Lombalgia (1114)*							
Sim	43	17,3	160	18,5	203	18,2	
Não	205	82,7	706	81,5	911	81,8	0,683
Dor nos braços (1190)*							
Sim	115	44,7	580	62,2	695	58,4	
Não	142	55,3	353	37,8	495	41,6	<0,001
Dor nas pernas (1192)*							
Sim	166	64,3	719	77,0	885	74,2	
Não	92	35,7	215	23,0	307	25,8	<0,001
Consumo de álcool (1180)*							
Sim	141	55,1	361	39,1	502	42,5	
Não	115	44,9	563	60,9	678	57,5	<0,001
Principal responsável pelas atividades domésticas (1197)*							
Sim	124	47,9	597	63,6	721	60,2	

Não	135	52,1	341	36,4	476	39,8	<0,001
Pratica atividade física (1199)*							
Sim	115	44,2	347	37,0	462	38,5	
Não	145	55,8	592	63,0	737	61,5	0,033
Frequenta atividades culturais (1199)*							
Sim	63	24,2	88	9,4	151	12,6	
Não	197	75,8	851	90,6	1048	87,4	<0,001
Frequenta atividades sociais (1199)*							
Sim	122	46,9	337	35,9	459	38,3	
Não	138	53,1	602	64,1	740	61,7	0,001

* Os N variaram em função de perdas de informações para as variáveis analisadas.

DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou diversos indicadores de desigualdades entre os trabalhadores de saúde atuantes durante a pandemia. O Brasil está entre os países com as maiores iniquidades em saúde, apesar da melhoria dos indicadores de saúde nas últimas décadas (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008; SILVA et al., 2018). Aspectos como sexo e/ou gênero, raça/etnia/cor, religião, escolaridade, local de residência, região geográfica, condições socioeconômicas e ocupação são indicadores que estruturam essas iniquidades (AQUINO; MEDINA; BARRETO, 2012; SILVA et al., 2018).

O histórico predomínio das mulheres no setor saúde foi evidenciado neste estudo, assim como nos estudos de Campos et al., 2020, Santos et al., 2020b, Santos, 2021, Machado et al., 2023a e Machado et al., 2023b. As atividades de cuidar atribuídas aos estereótipos femininos associada a divisão sexual do trabalho, resultam na percepção de que o trabalho do cuidado à saúde é uma atribuição feminina (BARBOSA, 2012). Ademais, as mulheres ocupam cargos com nível educacional e remuneração mais baixas, como também evidenciado entre os trabalhadores invisíveis no presente estudo.

Identificou-se entre os trabalhadores invisíveis a predominância de pretos e pardos, com filhos, acima de 40 anos, renda de até 2 salários mínimos, jornada de trabalho de até 40 horas, dados que é corroborado com estudos sobre trabalhadores da saúde. O estudo de Machado et al. (2023b) evidenciou que 57,7% dos trabalhadores tradicionais são brancos e com idade até 50 anos (82,4%), enquanto que 59% dos trabalhadores invisíveis são pretos

e pardos, com idade até 50 anos (83,2%), dados que corroboram com nossos resultados.

Foi evidenciado que os trabalhadores invisíveis possuem, predominantemente, vínculo estável e com mais tempo de serviço no cargo, com predomínio do vínculo efetivo entre os trabalhadores que exerciam profissões de níveis técnico e médio/fundamental (tais como: ACS, ACE, técnicos de enfermagem, e outros relacionados à assistência indireta). No entanto, apesar do vínculo efetivo, supõem que esses trabalhadores estejam submetidos à profissões mais desvalorizadas socialmente, mal remuneradas e expostas às piores condições de trabalho, quando comparados aos trabalhadores tradicionais (SOUSA et al., 2020).

Atualmente, a prática de “pejotização” está sendo amplamente empregada no setor saúde para contratação de profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, dentistas etc.). A contratação do trabalhador como pessoa jurídica (em geral representado por um único indivíduo), pode ser vista como uma estratégia que desvia a legislação trabalhista e as relações de proteção do emprego (FARIAS et al., 2023). A Reforma Trabalhista efetivada em 2017 no Brasil flexibilizou mais de 200 pontos da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), legitimando a suposta autorregulação do mercado, a terceirização ampla de todos os postos de trabalho e a contratação do empregado através de pessoas jurídicas (PJ). com impactos nas diversas dimensões da atuação do médico (LEVI et al., 2022).

O relato do não ter recebido treinamento/cursos de biossegurança para atuação durante a pandemia foi evidenciado no presente estudo entre os trabalhadores invisíveis, embora atuem no mesmo ambiente de trabalho que os trabalhadores tradicionais. Machado et al. (2023b) evidencia em seu estudo que apenas 43% dos trabalhadores invisíveis receberam algum tipo de treinamento, dado que corrobora com os achados.

As desigualdades em relação a estrutura física identificadas dos ambientes de trabalho, onde percentual significativo dos trabalhadores invisíveis referem não dispor de sanitário para uso assim como não ter acesso à copa/refeitório é preocupante, assim como o desgaste ergonômico (andar muito) e a exposição material biológico (usar máscara de tecido).

Santos et al. (2023) refere que a crise sanitária advinda da Covid-19 trouxe a tona problemas existentes nos sistemas públicos de saúde de todo mundo, principalmente os relacionados ao financiamento, à infraestrutura e à organização de redes de serviços de saúde, sem esquecer. Os autores ressaltam a necessidade de avanços relacionados a saúde e a segurança dos trabalhadores da saúde em relação a condições de trabalho, EPI e situação de saúde desses trabalhadores.

Corroborando com os achados do presente estudo, Machado et al. (2023b) refere em seu estudo que as queixas dos trabalhadores invisíveis são muitas e variadas, abrangendo

desde problemas ergonômicos, infraestrutura inadequada, excesso de exigências e pressão de superiores, violência e discriminação de forma geral. Destaca a necessidade das adequações dos ambientes de trabalho da saúde, onde a infraestrutura deveria ser planejada em conformidade com as atividades a serem desenvolvidas, uma vez que a infraestrutura adequada desempenha papel fundamental na prevenção e controle de doenças infecciosas, como a Covid-19.

Há relatos na literatura que as condições gerais de trabalho precário existentes antes da pandemia e já descritas anteriormente foram exacerbadas durante a pandemia da Covid-19, especialmente as questões relacionadas à estrutura física, disponibilização de equipamentos de proteção individual (EPI), jornadas de trabalho extensas, desgaste físico e mental, aumentando a exposição ocupacional, podendo gerar sofrimento e adoecimento para os trabalhadores (SANTOS et al., 2020a; MIRANDA et al., 2020; BRUST-RENCK et al., 2021).

A disponibilização de EPI adequado para o desenvolvimento da atividade de trabalho é essencial ao desenvolvimento da tarefa. Durante a pandemia houve a recomendação pela ANVISA da utilização de máscaras de tecido à população em geral, desde que limpas e secas, podendo ser usada por pacientes, acompanhantes e visitantes (assintomáticos) nos estabelecimentos de saúde, porém não são EPI (ANVISA, 2020), não são indicadas para uso durante as atividades de trabalho, nem quando há contato com pessoas que apresentem sintomas / suspeita ou caso confirmado de Covid-19 (BRASIL, 2020), sendo portanto, necessário a disponibilização de EPIs e sistemas de ventilação são cruciais para a prevenção da transmissão de doenças em ambientes de saúde (MACHADO et al., 2023b). Cabe destacar que no presente estudo percentual significativo dos trabalhadores invisíveis utilizam máscaras de tecido.

Apesar da elevada exposição ocupacional e maior risco de contágio pelo SARS CoV-2 para todos os trabalhadores de saúde, foi observado no presente estudo, menor percentual de trabalhadores invisíveis testados para Covid-19. Esse dado parece indicar que o monitoramento da infecção foi diferenciado no setor saúde, com desvantagem para os trabalhadores invisíveis, o que pode ter dificultado o diagnóstico dos casos entre esses trabalhadores (refletindo no menor percentual de positividade referida pelos trabalhadores invisíveis).

Helioerio et al. (2022) ressalta a importância da testagem sistemática dos trabalhadores de saúde como uma medida de proteção e combate à pandemia, favorecendo o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a interrupção da cadeia de transmissão no

ambiente laboral. Essas medidas também podem permitir a recomposição da força de trabalho em saúde.

O estudo identificou elevada prevalência de autorrelato de hipertensão arterial, hipercolesterolemia e dor em membros superiores e inferiores entre trabalhadores invisíveis quando comparado com trabalhadores visíveis. O estudo de Guimarães-Teixeira et al. (2023) identificou maior prevalência de hipertensão arterial entre os Trabalhadores invisíveis (31,9% *versus* 27,4% - trabalhadores tradicionais), corroborando com os nossos achados. Os autores relatam ainda que a HAS foi a comorbidade mais prevalente identificada entre os trabalhadores da saúde em todo território nacional, com maior carga no Nordeste.

Vivência de situações estressoras tem sido associada à hipertensão arterial. O estudo de Novaes Neto, Araújo e Carvalho (2020), com trabalhadores de saúde, identificou associação entre hipertensão arterial e trabalho passivo (situação combinada de baixo controle e baixas demandas psicológicas), os quais estão expostos a situações que produzem desmotivação, apatia, desinteresse, que podem impactar na qualidade de vida do indivíduo.

As doenças relacionadas ao trabalho em trabalhadores da saúde vem aumentando atualmente, dentre elas as de origem musculoesqueléticas, a qual surge em decorrência do uso excessivo do sistema musculoesquelético associado a falta de tempo para a recuperação. Demandas físicas como posturas inadequadas, mobiliário e equipamentos inadequados, levantamento e transporte de carga durante as atividades laborais, além de demandas psicossociais e características pessoais (gênero, idade, hábitos de vida, comorbidade) contribuem para o surgimento da dor musculoesquelética (DANTAS, CARDOSO E ARAÚJO, 2022). O estudo de Santana, Almeida e Santos (2020) identifica prevalência de sintomas musculoesqueléticos em relação à região anatômica de 73,3% para membros superiores, 66,7% em membros inferiores, 55,7% em cervical, 53,3% em dorsal e 47,2% na lombar entre os trabalhadores de saúde de uma equipe da Estratégia Saúde da Família em Salvador (Bahia), dados que corroboram com o presente estudo.

Dantas, Cardoso e Araújo (2022) referem em seu estudo que, a dupla jornada de trabalho das mulheres (fator que reduz o tempo para realização de atividade física ou relaxamento) e ser o principal responsável pela realização das atividades domésticas, são fatores que contribuem para o surgimento de sintomatologia musculoesquelética, apresentando em seu estudo a prevalência de 93,3% de queixa dolorosa em região dorsal entre as trabalhadoras que são responsáveis pela execução dessas atividades.

Apesar de não ser observado diferenças estatisticamente significantes para as prevalências de TMC entre os grupos de trabalhadores comparados, cabe destacar as

elevadas prevalências de TMC em ambos os grupos. Entre os fatores que contribuem para a ocorrência de transtornos mentais relacionados ao trabalho destacados na literatura estão: sobrecarga, longas jornadas de trabalho, padrão de sono, baixa remuneração, mais de um vínculo de trabalho e o processo de trabalho (CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016; FERNANDES; SOARES; SILVA, 2018) – características muito presentes no contexto de crises amplas como em uma pandemia, refletindo nessas elevadas prevalências de TMC em todas as categorias.

Neste estudo exploratório foram identificados indicadores de desigualdades das condições de trabalho e de saúde que vulnerabilizam os trabalhadores invisíveis, chamando a atenção para o enfrentamento necessário dessas iniquidades. Apesar das evidências apresentadas, cabe também considerar algumas limitações deste estudo. O desenho transversal adotado não permite a observação temporal dos eventos estudados; a não realização de exames / testes diagnósticos ou apresentação de relatórios médicos para comprovação de diagnósticos relatados (possibilidade de viés de memória); amostra composta por trabalhadores sadios (trabalhadores afastados por motivos de saúde não participaram do estudo).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados evidenciam desigualdades nas condições de vida, saúde e trabalho dos trabalhadores “tradicionais” e trabalhadores “invisíveis” da saúde e fortalecem a demanda por ações que possam reduzir as iniquidades identificadas.

Espera-se que, a partir dos resultados apresentados, os trabalhadores invisíveis passem a ser considerados nas políticas de atenção à saúde dos trabalhadores da saúde e que as disparidades identificadas neste estudo sejam consideradas por grupos ocupacionais e suas especificidades, a fim de desenvolver e aplicar estratégias que forneçam as condições de segurança no trabalho, minimizando as desigualdades e iniquidades existentes, promovendo ambientes de laborais mais saudáveis.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, G. F.; ASSIS, A.; COSME, R. O.; JUNQUEIRA, W. B. C.; O invisível de quem cuida: a humanização das unidades de apoio em ambientes de saúde – uma experiência

em Juiz de Fora. **Anais do Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica – 2004.** Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/invisivel_quem_cuida.pdf Acesso em: 5 março 2022.

AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS. **Covid-19: Estudo avalia condições de trabalho na Saúde. 2022.** Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pandemia-reafirma-invisibilidade-de-2-milhoes-de-trabalhadores-da-area-da-saude>.

AMORA, A. S. **Minidicionário Soares Amora da língua portuguesa.** 19ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

ANDRADE, R. C. V.; FERNANDES, R. C. P. Hipertensão arterial e trabalho: fatores de risco Hypertension and work: risk factors. **Rev Bras Med Trab.** 2016;14(3):252-61 DOI: 10.5327/Z1679-443520164015. <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v14n3a11.pdf>

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020 orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de Covid-19: atualizada em 31/03/2023 e revisada em 02/05/2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa> Acessado em: 12 Jun 2023.

AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; BARRETO, M. L. Epidemiologia e Avaliação em Saúde. *In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações.*** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p.631-642

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

BORGES, R. D.; SILVA, L. A. TRABALHADORES INVISÍVEIS: Um Retrato Social de Alto Araguaia. **Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XXII Prêmio Expocom 2015 – Exposição da Pesquisa Experimental em Comunicação.** Disponível em: Acesso em:
<https://www.portalintercom.org.br/anais/centrooeste2015/expocom/EX46-0004-1.pdf> 15 março 2023

BOTELHO, L. L. R.; SCHERER, L.; PINHEIRO, R. M.; LORENZET, J. (In) visibilidade social: um estudo a partir da fenomenologia social acerca do trabalho dos catadores de materiais recicláveis no município de Cerro Largo / RS. **VIII Simpósio Iberoamericano em comércio internacional, desenvolvimento e integração regional.** Universidade Federal da Fronteira Sul. 2017. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/repositorio-ccl> Acesso em: 27 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático de Gestão em Saúde no Trabalho para Covid-19.** Julho, 2020.

BRUST-RENCK, P. G.; FERRARI, J.; ZIBETTI, M. R. ; SERRALTA, F. B. Influência da percepção de risco sobre a Covid-19 no sofrimento psicológico dos profissionais de saúde. **Psico**, v. 52, n. 3, p. e41408, 2021. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/41408> Acesso

em: 23 fevereiro 2022.

CARVALHO, D.B.; ARAÚJO, T.M.; BERNARDES, K.O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. 2016; 41: e17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000115915>.

CARVALHO, E. L.; CASTELLANOS, M. E. P.; TEIXEIRA, A. M. F.; LIMA, M. A. G.; COULON, A. L. L. Trabalhadores de apoio de um hospital de referência na Bahia, Brasil, no enfrentamento da Covid-19: essenciais e invisíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2023, 28(5):1355-1364. DOI: 10.1590/1413-81232023285.10972022

CAMPOS, F. M. et al. Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. **Cadernos Saúde Coletiva** [online]. v. 28, n. 4 [Acessado 12 março 2022], p. 579-589, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040559>>.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro; Fiocruz; set. 2008. 215 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf Acesso: 5 março 2022.

DANTAS, G. S. V.; CARDOSO, J. P.; ARAÚJO, T. M.. Associação entre demandas físicas e psicossociais na ocorrência de dor musculoesquelética entre trabalhadores da saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. 2020 , 20(4):524-538. DOI: 10.47626/1679-4435-2022-765

FARIAS, S. N. P.; SOUZA, N. V. D. O.; VARELLA, T. C. M. Y M. L.; ANDRADE, K. B. S.; SOARES, S. S. S.; CARVALHO, E. C. Pejotização and implications for nursing work in Brazil: repercussions of neoliberalism. **Revista Da Escola De Enfermagem Da USP**. 2023, 57, e20220396. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0396>

FERNANDES, M.A.; SOARES, L.M.D.; SILVA, J.S. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. **Revista Brasileira de medicina do Trabalho**. 2018. 16 (2); 218-224

GUIMARÃES-TEIXEIRA, E.; MACHADO, A.V.; LOPES NETO, D.; COSTA, L. S.; GARRIDO, P. H. S.; AGUIAR FILHO, W. SOARES, R. S.; SANTOS, B. R.; CRUZ, E. A.; CONTRERA, M. A.; DELGADO, P. G. G. Comorbidades e saúde mental dos trabalhadores da saúde no Brasil. O impacto da pandemia da COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, 28(10):2823-2832, 2023

HELIOTERIO, M. C. et al. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. v. 18, n. 3], e00289121, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>>. Epub 31 Jul 2020. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>. Acesso: 15 março 2022.

LEVI, M. L.; SOUSA, J.; ALMEIDA, C. J.; MATSUMOTO, K.; SUSSAI, S.; ANDRIETTA, L.; SCHEFFER, M. C. Médicos e terceirização: percepções de trabalhadores e gestores sobre

as transformações recentes no mercado de trabalho. **Trabalho, Educação E Saúde**. 2022; 20, e00846199. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs846>

LOPES, J. A. **A invisibilidade social dos servidores terceirizados de uma Instituição Federal de Ensino**. (Monografia). Universidade Federal de Lavras – MG, 2018. Disponível em: http://repositorio.ufla.br/bitstream/1/39530/1/TCC_A%20invisibilidade%20social%20dos%20servidores%20terceirizados%20de%20uma%20institui%C3%A7%C3%A3o%20federal%20de%20ensino.pdf Acesso: 15 março 2023.

MACHADO, M. H.; CAMPOS, F.; HADDAD, A. E.; SANTOS NETO, P. M.; MACHADO, A. V.; SANTANA, V. G. D.; MERENGUE, H. C. O.; SANTOS, R. P. O.; MAUAIE, C. C.; FREIRE, N. P. Transformações no mundo do trabalho em saúde: os(as) trabalhadores(as) e desafios futuros. **Ciência & Saúde Coletiva**, 28(10):2773-2784, 2023a

MACHADO, M. H.; COELHO, M. C. R.; PEREIRA, E. J.; TELLES, A. O.; SOARES NETO, J. J.; XIMENES NETO, F. R. G.; TEIXEIRA, E. G.; BEMBELE, J. N.; SILVA, L. G.; VARGAS, F. L. Condições de trabalho e biossegurança dos profissionais de saúde e trabalhadores invisíveis da saúde no contexto da COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 28(10):2809-2822, 2023b

MAIO, M.C.; MONTEIRO, S.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C.S. Cor/raça no Estudo Pró- Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. [Ethnicity/race in the Pró-Saúde Study: comparative results of two methods of self-classification in Rio de Janeiro, Brazil.] **Cad Saude Publica**. 2005;21(1):171- 180. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100019> PMID:15692650

MARTINS, D. L. Estudo sobre as gtrabalhadoras invisíveis da limpeza em uma Universidade Federal. (Monografia). Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais, 2016. Disponível em: Acesso: <https://www.monografias.ufop.br/handle/35400000/542> 15 março 2023.

MARTINS, D. L.; BOAVA, D. L. T.; MACEDO, F. M. F.; PEREIRA, J. J. Invisibilidades no âmbito do trabalho de limpeza: um estudo em uma Instituição Federal de Ensino Superior. **FAROL- Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade**. v 06, n 17. Dezembro 2019. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/farol/article/view/4131> Acesso: 15 março 2022.

MIRANDA, F. M. D. et al. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a Covid-19. **Revista Cogitare Enfermagem**. v. 25: e72702, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72702>. Acesso em: 23 fevereiro 2022

NOVAES NETO, E. M.; ARAÚJO, T. M.; SOUSA, C. C. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus entre trabalhadores da saúde: associação com hábitos de vida e estressores ocupacionais. **Revista Brasileira De Saúde Ocupacional**. 2020, 45, e28. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000034218>

ROCHA, M. R. A.; MARIN, M.J.; SEDA, J. M.. Fatores associados ao transtorno mental comum em trabalhador de serviço de limpeza hospitalar. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 20, e40861, 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522019000100332&lng=pt&nrm=iso. acessos em 24 mar. 2023. Epub 29-Jul-2019. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192040861>.

SANTANA, M. P. S.; ALMEIDA, M. M. C.; SANTOS, K. O. B.. Prevalência de sintomas musculoesqueléticos em trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Revista Baiana de Saúde Pública**. 2020. v. 44, n. 2, p. 9-23 abr/jun. DOI: 10.22278/2318-2660.2020.v44.n2.a3002

SANTOS, B. M. P..A face feminina na linha de frente contra a pandemia da Covid-19. **Revista Nursing**. v. 24, n275:SABO-5481, 2021. Disponível em:<http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1470> Acesso em: 23 fevereiro 2022.

SANTOS, T. A. et al.Condições de trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem em hospitais públicos. **Reme : Rev. Min. Enferm.** [online]. v.24, e1339, 2020. Epub 05-Fev-2021. ISSN 2316-9389. <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20200076>. 2020a

SANTOS, K. O. B. et al. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de Covid-19. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 36, n. 12, e00178320, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00178320>>. Epub 16 Dez 2020. ISSN 1678-4464. 2020b. Acesso: 05 março 2022.

SANTOS, K.O.B.; ARAÚJO, T. M.; PINHO, O.S.; SILVA, A.C.C. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidadepsíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). **Rev BaianaSaúdePublica**. 2010; 34(3): 544-560.

SANTOS, R. P. O.; NUNES, J. A.; DIAS, N. G.; LISBOA, A. S.; ANTUNES, V. H.; PEREIRA, E. J.; BARBOSA, S. N. Condições de trabalho na atenção primária à saúde na pandemia de COVID-19: um panorama sobre Brasil e Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 28(10):2979-2992, 2023

SANTOS-FILHO, S.B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do Humanizamus: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: Santos-Filho SB, Barros MEB, organizadores. Trabalhador da saúde: Muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí, RS:**Unijuí**; 2007. p. 74-96.

SOUSA, C. C., ARAÚJO, T. M., PINHO, P. S., FREITAS, A. M. C. (2020). Insatisfação com o trabalho em saúde: fatores associados e diferenciais de gênero. **Revista Brasileira De Saúde Ocupacional**,45, e11.

SILVA, I. C. M. DA . et al.. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. Epidemiol. Serv. Saúde, 2018, 27(1), p. e000100017, 2018.

5.2 ARTIGO 2– CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES “INVISÍVEIS” DA SAÚDE DO SUS EM TEMPOS DE PANDEMIA: HETEROGENEIDADE NESSA INVISIBILIDADE?

RESUMO

O estudo das repercussões da pandemia da Covid-19 centram-se, majoritariamente, nas mudanças laborais que atingiram os trabalhadores tradicionais da saúde, no entanto, parcela significativa de trabalhadores da saúde, ligados à assistência indireta, os “trabalhadores invisíveis” têm permanecido à margem nessa discussão. **Objetivo:** descrever as condições e características gerais de trabalho dos trabalhadores “invisíveis” da saúde, durante a pandemia da Covid-19, por grupos ocupacionais. **Método:** Estudo de transversal, de caráter exploratório, realizado com amostra aleatória de 939 trabalhadores “invisíveis” da saúde de três municípios baianos, entre abril/2021 a abril/2022. A análise envolveu a descrição das características sociodemográficas e laborais mediante frequência absolutas e relativas, estratificadas pelas ocupações. **Resultados:** O grupo de trabalhadores invisíveis foi composto, predominantemente, por mulheres, negras, com companheiros, com filhos, mais de 40 anos, nível médio/técnico de escolaridade, vínculo efetivo e jornada de trabalho de até 40h semanais. Condições de trabalho desfavoráveis a todos os trabalhadores “invisíveis” da saúde (pessoal de apoio, conservação e limpeza; ACS/ACE, técnicos e trabalhadores da gestão e vigilância) foram evidenciadas, de maneira heterogênea entre as categorias invisibilizadas, sendo que os ACS e ACE apresentaram as condições de trabalho mais desfavoráveis nas três dimensões analisadas no estudo (características socioeconômicas e do trabalho, características do contexto do trabalho e exposições ocupacionais), incluindo condições de estrutura física, a percepção de riscos ocupacionais e a disponibilização de EPI, quando comparados às demais categorias profissionais invisibilizadas. **Considerações Finais:** Identificou-se diferenças significativas nas condições de trabalho entre as categorias, sendo que os ACS e ACE apresentaram as condições mais desfavoráveis. Ressalta-se a necessidade da criação de espaços de discussão e execução de políticas específicas para que essas desigualdades não perdurem colocando em risco a saúde dos trabalhadores que já são invisibilizados.

Palavras-chave: Condições de trabalho. Saúde do trabalhador. Covid-19. Trabalhador da saúde.

ABSTRACT

The study of the repercussions of the Covid-19 pandemic mainly focuses on the labor changes that affected traditional health workers, however, a significant portion of health workers, linked to indirect assistance, the “invisible workers” have remained at large. margin in this discussion. **Objective:** to describe the general working conditions and characteristics of “invisible” health workers, during the Covid-19 pandemic, by occupational groups. **Method:** Cross-sectional, exploratory study, carried out with a random sample of 939 “invisible” health workers from three municipalities in Bahia, between April/2021 and April/2022. The analysis involved the description of sociodemographic and work characteristics using absolute and relative frequencies, stratified by occupations. **Results:** The group of invisible workers was predominantly composed of women, black, with partners, with children, over 40 years old, secondary/technical level of education, permanent employment and working hours of up to 40 hours per week. Unfavorable working conditions for all “invisible” health workers (support, maintenance and cleaning staff; ACS/ACE, technicians and management and surveillance workers) were evident, in a heterogeneous manner among the invisible categories, with ACS and ACE presented the most unfavorable working conditions in the three dimensions analyzed in the study (socioeconomic and work characteristics, characteristics of the work context and occupational exposures), including physical structure conditions, the perception of occupational risks and the availability of PPE, when compared to other invisible professional categories. **Final Considerations:** Significant differences were identified in working conditions between categories, with ACS and ACE presenting the most unfavorable conditions. The need to create spaces for discussion and implementation of specific policies is highlighted so that these inequalities do not persist, putting the health of workers who are already invisible at risk.

Keywords: Working conditions. Worker's health. Covid-19. Health worker.

INTRODUÇÃO

Em Dezembro de 2019 uma nova doença foi detectada Wuhan na China, a Covid-19. Causada pelo Novo Coronavírus, a doença propagou-se rapidamente por todos os continentes, fazendo com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarasse emergência em saúde

pública e posteriormente pandemia (BARROSO et al., 2020; SANTOS et al., 2020b).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi o principal responsável por desenvolver ações e prestar serviços de saúde para mitigar a ocorrência da Covid-19, envolvendo ações de atenção e vigilância em saúde de maneira compartilhada (atribuições e responsabilidades) entre o Ministério da Saúde e secretarias de Saúde estaduais e municipais (FREITAS, PEREIRA, MACHADO, 2022).

A assistência a saúde não podia ser interrompida por ser uma atividade essencial para o enfrentamento à pandemia. Os trabalhadores da saúde mantiveram-se na linha de frente tendo que se adaptar a nova situação, que culminou em alterações das práticas cotidianas dos serviços e dos cuidados em saúde, e que gerou medo, diante das incertezas no tratamento e no que estava por vir (BRUST-RENCK et al., 2021; MIRANDA et al., 2020).

A reorganização dos processos de trabalho para reduzir a ocorrência de Covid-19, paralelamente, a realização das atividades que já eram desenvolvidas, buscava garantir a continuidade do cuidado no contexto da pandemia. Contudo, houve elevação da demanda de atendimentos, diante dos novos casos de Covid-19, com a necessidade da ampliação de serviços e/ou instalação de centros específicos para atendimento especializado em Covid-19, a fim de evitar o colapso do sistema de saúde, também foi uma realidade vivenciada em muitos municípios, o que exigiu adequações dos profissionais de saúde (CIRINO et al., 2020; MASSUADA et al., 2020, NORONHA et al., 2020).

A exposição aos riscos ocupacionais, a inadequação da estrutura física, a indisponibilidade de materiais, insumos e maquinários necessários para a realização das atividades de trabalho foram intensificadas no momento de crise sanitária, exacerbando as condições gerais de trabalho precário, já identificadas em estudos prévios, a exemplo da insuficiência na qualidade e quantidade dos equipamentos disponíveis para as ações de atenção à saúde, redução de investimentos e constante precarização (SANTOS et al., 2020a; BARROSO et al., 2020; MIRANDA et al., 2020; BRUST-RENCK et al., 2021).

As diversas categorias profissionais que compõem a classe dos trabalhadores da saúde foram impactadas na crise sanitária, mas uma parcela significativa desses trabalhadores é invisibilizada, pouco reconhecida e desconsiderada em estudos que avaliam agravos à saúde dos trabalhadores da saúde, os quais têm sido chamados de “trabalhadores invisíveis”. Esses trabalhadores desempenham funções pouco valorizadas e pouco lembradas na sociedade, mas não menos importante para o cuidado à saúde da população (CASTRO, 2021; AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS, 2022).

Neste estudo, compreende-se condições de trabalho como “um conjunto de variáveis

que influenciam o trabalho, a atividade e a vida do(a) trabalhador (a)” (SANTOS et al., 2020a), relacionando situações que envolvem o trabalhador em seu cotidiano de trabalho, assim incluem aspectos relativos à ergonomia, autonomia, aos meios físicos e materiais para a realização das atividades, insumos e maquinários, além da estabilidade do trabalhador e sua exposição aos riscos à saúde e segurança no desenvolvimento das atividades ocupacionais (VEDOVATO et al., 2021; SANTOS et al., 2020a).

A compreensão das condições de trabalho vivenciadas no contexto desfavorável, como o da pandemia, é fundamental para subsidiar a adoção de medidas que assegurem a promoção da saúde e bem-estar no trabalho. Apesar dessa necessidade, pouca evidência tem sido produzida em relação aos adoecimentos, óbitos, condições de trabalho e desigualdades sociais enfrentadas por esses trabalhadores no contexto pandêmico (CUNHA; FREIRE, 2020; HELIOTERIO et al., 2020; SANTOS et al., 2020b; VEDOVATO et al., 2021).

Nesta perspectiva, o objetivo deste artigo é descrever as condições e características gerais de trabalho dos trabalhadores “invisíveis” da saúde, durante a pandemia da Covid-19, por grupos ocupacionais.

MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo, seguindo moldes de inquérito, desenvolvido com amostra aleatória de trabalhadores da saúde, da atenção básica e da média complexidade de três municípios do interior da Bahia, entre abril de 2021 a abril de 2022. Trata-se de um recorte do projeto de pesquisa “Vigilância e Monitoramento de Doenças Infecciosas no Setor Saúde”, desenvolvido pelo Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), em parceria com o Núcleo de Saúde, Educação e Trabalho (NSET) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

A amostra foi definida em procedimentos de etapas sucessivas: a) lista nominal dos trabalhadores em atividade (atenção básica e de média complexidade); b) estimativa do tamanho amostral (base no total da população e diferentes desfechos de saúde); c) definição do tamanho amostral (estimativas de maior N) e estratificação da amostra (nível de assistência e grupo ocupacional; participação percentual de cada grupo e estratificação); d) sorteio dos(as) trabalhadores(as) - listagem de números aleatórios, utilizando o programa SPSS, versão 23.0.

Para o cálculo do tamanho amostral, empregou-se o número total de trabalhadores 4.849 trabalhadores nos três municípios, incidência de acidentes de trabalho entre profissionais de

saúde de 42%, 95% de confiança e precisão de 3%, resultando em uma amostra mínima necessária de 857 trabalhadores das diversas categorias profissionais da saúde. A esse número, acresceu-se 20%, levando-se em consideração possíveis perdas e recusas, resultando na amostra final de 1.204 trabalhadores, destes, um total de 939 trabalhadores exerciam ocupações invisibilizadas.

Utilizou-se questionário padronizado para coleta de dados através de entrevistas face-a-face, aplicados por equipe treinada e adotando as medidas de biossegurança (uma vez que a coleta ocorreu durante a pandemia), sendo realizadas entre abril/2021 e abril/2022. O instrumento de coleta foi composto por 8 blocos, a saber: I- Identificação geral; II – Informações gerais sobre o trabalho; III – condições do ambiente / local de trabalho; IV- características psicossociais do trabalho; V – Saúde Mental; VI- Atividades domésticas e hábitos de vida; VII – Aspectos relacionados à saúde; VIII – Violência.

Os trabalhadores invisíveis da saúde foram categorizados em quatro grupos, considerando as demandas ocupacionais, a saber: 1. trabalhadores de apoio, conservação e limpeza (condutores de ambulância, manutenção, apoio operacional, equipe da limpeza, cozinha e administração); 2. técnicos (técnicos e auxiliares de enfermagem, de saúde bucal, de radiologia, de laboratório e análises clínicas); 3. Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combate às Endemias – ACE; 4. gestão e vigilância em saúde (sanitaristas, fiscais sanitário, técnicos da vigilância, apoiadores institucionais, gerentes e coordenadores).

Constituíram-se variáveis de interesse do estudo: as características socioeconômicas (sexo, idade, escolaridade, raça/cor da pele, situação conjugal), características laborais (jornada de trabalho, vínculo empregatício, ocupação, tempo de atuação na profissão, turno de trabalho), aspectos relativos ao ambiente de trabalho (ventilação, temperatura, iluminação, condições e disponibilidade dos recursos materiais e mobiliários, exposição aos riscos químicos, biológicos e ergonômicos, disponibilidade e frequência de uso de EPIs) e ocorrência de Covid-19.

A análise de dados focou no cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse, seguidas pela análise bivariada, estratificada pelos grupos de ocupações invisibilizadas. Calculou-se os valores de p pelo teste qui-quadrado de Pearson (programas Statistical Program for the Social Sciences 23.0 (SPSS 15.0) e OpenEpi 3.0).

O presente estudo foi desenvolvido com recursos financeiros do CNPq 427045/2016-9 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o protocolo CAAE 90204318.2.0000.0053.

RESULTADOS

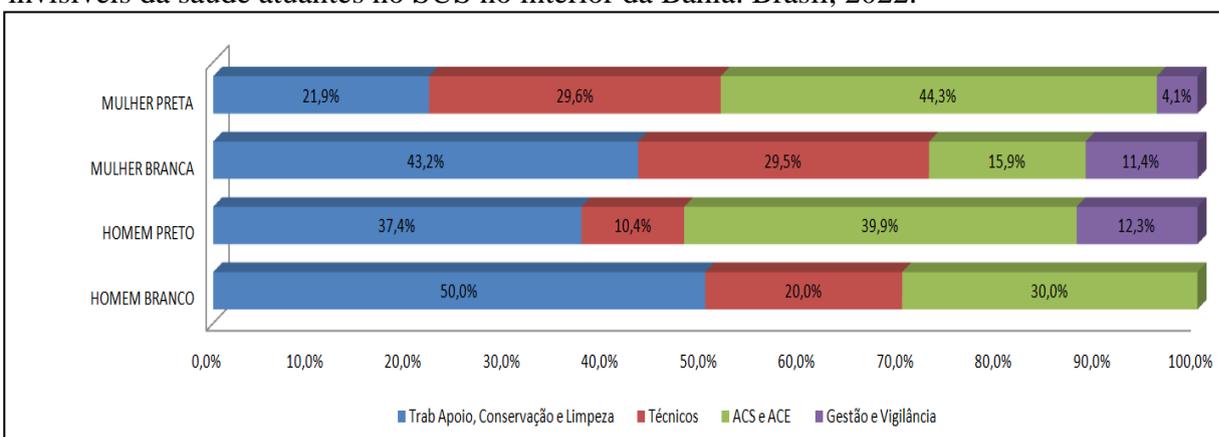
Na amostra estudada (n=939), predominaram as mulheres (80,8%), com mais de 40 anos (63,9%), que se autodeclaravam pretos(as) e pardos(as) (94,1%), com companheiros (56,8%), com filhos (77,8%), com vínculo efetivo (64,3%) e renda de até dois salários mínimos (94,6%). Mais da metade não possuía nível superior completo (71,6%) (**Tabela 1**).

Dentre as categorias ocupacionais invisibilizadas que compuseram o estudo, a maioria era ACS/ACE (41,5%), seguidos por técnicos de enfermagem e outros técnicos (26,4%), trabalhadores de apoio, conservação e limpeza (26,1%) e trabalhadores da gestão e vigilância (6,1%). Em relação ao desenvolvimento das atividades laborais, a maioria referiu desenvolver atividades de trabalho compatíveis com o cargo (62,9%), possuíam mais de cinco anos de trabalho (74,3%) e jornada de até 40 horas semanais (92,1%) (**Tabela 1**).

Evidenciou-se desigualdades entre as características socioeconômicas e de trabalho entre os grupos (com diferenças estatisticamente significantes), a saber: 1- apoio, conservação e limpeza: predominância de trabalhadores sem nível superior, com renda de até 2 salários mínimos; 2- técnicos de enfermagem e demais técnicos: predomínio de mulheres, até 40 anos, sem companheiro e com vínculo temporário; 3- ACS/ACE: maior concentração de trabalhadores pretos e pardos, com mais de 40 anos, com filhos, com vínculo efetivo, mais de 5 anos no cargo, com jornada de trabalho de até 40 horas semanais e no turno diurno; 4- trabalhadores da gestão e vigilância: maior concentração de trabalhadores com nível superior completo, com companheiro e com tempo de trabalho até 5 anos (**Tabela 1**).

Na análise simultânea de gênero e raça, evidencia-se diferenças entre os grupos ocupacionais: homens e mulheres negros(as) predominaram entre os ACS/ACE (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 – Interseção gênero e raça/cor por grupo ocupacional dos trabalhadores invisíveis da saúde atuantes no SUS no interior da Bahia. Brasil, 2022.



Fonte: Próprio autor

Ao analisarmos as características do contexto de trabalho, 54,7% dos trabalhadores “invisíveis” informam que receberam treinamento em serviço durante a pandemia. Cabe ressaltar que 58,9% dos trabalhadores de apoio, conservação e limpeza e 58,2% dos trabalhadores da gestão e vigilância em saúde informam que não receberam treinamento em serviço durante a pandemia. Os ACS e ACE foram a categoria profissional que mais informaram ter recebido o treinamento (67,8%) ($p < 0,001$), conforme evidenciado na **tabela 2**.

Ao analisar a condição do ambiente de trabalho, o relato da temperatura do ambiente considerada insatisfatória para 66,6% ($p = 0,004$) dos trabalhadores e as condições dos recursos técnicos e equipamentos também considerada insatisfatória para 76,3% dos trabalhadores invisíveis ($p < 0,001$), destacando-se maiores percentuais para os ACS/ACE. Quanto a distribuição de EPIs, foi identificado a partir do relato dos trabalhadores que luvas (33,3%), avental (56,7%), máscaras (17,8%) e óculos (65,3%) não foram disponibilizados aos trabalhadores ($p < 0,001$). Na análise por categoria profissional, ficou evidente que ACS/ACE foi a categoria que mais informou a não disponibilização das máscaras pelo empregador, avental, máscara e óculos (**Tabela 2**).

Identificou-se que 62,6% dos trabalhadores “invisíveis” relatam utilizar máscaras de tecido sendo que, dentre os ACS e ACE, 87,8% confirmam essa informação ($p < 0,001$). Já em relação a utilização de máscara cirúrgica, 28,9% dos trabalhadores “invisíveis” relatam não utilizar, dentre eles, os ACS/ACE representam maior percentual (42,2%), com diferença estatisticamente significativa (**Tabela 2**).

Em relação a percepção da suficiência de materiais para a realização de sua tarefa, apenas 64,7% informam não ser suficiente ($p < 0,001$). Quando analisado por categoria profissional, os trabalhadores da gestão e vigilância em saúde informam a não insuficiência (76,8%) (**Tabela 2**).

Quando questionados sobre a estrutura física dos ambientes de trabalho, os trabalhadores “invisíveis” da saúde informam não ter acesso a copa/refeitório (38,2%, $p < 0,001$), não ter acesso a sala de descanso (71,1%, $p < 0,001$), não ter acesso a armário para guardar pertences (65,1%, $p < 0,001$), não ter acesso a sanitários (21,0%, $p < 0,001$), não dispor de tempo para alimentação (21,5%, $p < 0,001$). Ao analisar por categoria profissional, os ACS/ACE destacam-se com os maiores percentuais em todas essas variáveis (**Tabela 2**).

Ao analisar a percepção dos trabalhadores “invisíveis” da saúde a exposição ocupacional, 52,8% ($p < 0,001$) referem manter contato com material biológico (87,4% dos técnicos de enfermagem e outros técnicos), 88,7% ($p < 0,001$) relatam ficar de pé por muito tempo (97,2% dos ACS/ACE), 90,5% ($p < 0,001$) referem andar muito (99,5% dos ACS e

ACE) e 55,3% ($p=0,044$) referem levantar, carregar ou empurrar peso excessivo (58,3% dos ACS e ACE) (**Tabela 3**).

Em relação a contato com material biológico, 52,8% ($p<0,001$) dos trabalhadores “invisíveis” da saúde informam que mantêm contato (87,4% dos técnicos de enfermagem e demais técnicos) e 73,5% ($p<0,001$) informam contato com anti-septico (97,2% dos técnicos de enfermagem e demais técnicos) (**Tabela 3**).

É possível verificar que entre as categorias ocupacionais analisadas houve diferenças entre eles. Na dimensão das características socioeconômicas e do trabalho, os trabalhadores de apoio, conservação e limpeza e os ACS/ACE foram os grupos que apresentaram maior número de variáveis desfavorável. Na dimensão características do contexto do trabalho há predomínio de variáveis desfavoráveis na categoria ACS/ACE, enquanto que na dimensão exposição ocupacional houve predomínio de variáveis desfavoráveis na categoria técnicos de enfermagem e demais técnicos, conforme evidenciado no **quadro 1**.

Tabela 1. Características socioeconômicas e do trabalho, segundo grupo ocupacional, entre trabalhadores(as) invisíveis atuantes em municípios do interior da Bahia, 2022.

Variáveis	Apoio, conservação e limpeza		Técnicos de enfermagem e outros		ACS/ACE		Gestão e vigilância em saúde		TOTAL		p-valor
	n	%	N	%	n	%	N	%	N	%	
Gênero (939)*											
Masculino	68	28,0	20	8,1	70	17,8	22	39,3	180	19,2	< 0,001
Feminino	175	72,0	227	91,9	323	82,2	34	60,7	759	80,8	
Raça/cor da pele (919)*											
Branco(as)	24	10,0	15	6,3	10	2,6	5	9,3	54	5,9	0,001
Pretos(as)/pardos(as)	215	90,0	225	93,8	376	97,4	49	90,7	865	94,1	
Escolaridade (928)*											
Com nível superior	44	18,3	52	21,1	134	34,7	34	60,7	264	28,4	< 0,001
Sem nível superior	196	81,7	194	78,9	252	65,3	22	39,3	664	71,6	
Idade (925)*											
Até 40 anos	104	43,2	124	50,8	83	21,6	23	41,1	334	36,1	< 0,001
41 anos ou mais	137	56,8	120	49,2	301	78,4	33	58,9	591	63,9	
Filhos (930)*											
Não	51	21,1	75	31,0	63	16,2	17	30,4	206	22,2	< 0,001
Sim	191	78,9	167	69,0	327	83,8	39	69,6	724	77,8	
Situação Conjugal (938)*											
Com companheiro	135	55,6	119	48,4	238	60,6	41	73,2	533	56,8	0,001
Sem companheiro	108	44,4	127	51,6	155	39,4	15	26,8	405	43,2	
Renda (930)*											
Até 2 salários mínimos	233	97,5	224	91,8	377	96,2	46	83,6	880	94,6	< 0,001
Mais de 2 salários	6	2,5	20	8,2	15	3,8	9	16,4	50	5,4	
Vínculo (915)*											
Efetivo	91	38,6	86	35,8	382	99,0	29	54,7	588	64,3	< 0,001
Temporário	145	61,4	154	64,2	4	1,0	24	45,3	327	35,7	
Atividade compatível com o cargo (922)*											
Sim	142	60,2	152	62,3	252	65,3	34	60,7	580	62,9	0,605
Não	94	39,8	92	37,7	134	34,7	22	39,3	342	37,1	
Tempo de Trabalho (868)*											
Até 5 anos	104	48,1	77	34,5	13	3,5	29	53,7	223	25,7	< 0,001
Mais de 6 anos	112	51,9	146	65,5	362	96,5	25	46,3	645	74,3	

Jornada Semanal (909)*											
Até 40 horas	196	85,2	213	89,1	375	97,7	53	94,6	837	92,1	
Mais de 40 horas	34	14,8	26	10,9	9	2,3	3	5,4	72	7,9	< 0,001
Turno de Trabalho (880)*											
Diurno	151	66,8	177	74,7	363	99,7	46	86,8	737	83,8	< 0,001
Noturno / Plantão	75	33,2	60	25,3	1	0,3	7	13,2	143	16,3	

* Os N variaram em função de perdas de informações para as variáveis analisadas.

Tabela 2. Características do contexto de trabalho, segundo grupo ocupacional, entre trabalhadores(as) invisíveis atuantes em municípios do interior da Bahia, 2022.

Variáveis	Apoio, conservação e limpeza		Técnicos de enfermagem e outros		ACS/ACE		Gestão e vigilância em saúde		TOTAL		p-valor
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Treinamento em serviço (927)*											
Sim	99	41,1	124	50,4	261	67,8	23	41,8	507	54,7	< 0,001
Não	142	58,9	122	49,6	124	32,2	32	58,2	420	45,3	
Ventilação (901)*											
Satisfatório	100	41,8	102	41,3	152	42,2	24	43,6	378	42,0	0,989
Insatisfatório	139	58,2	145	58,7	208	57,8	31	56,4	523	58,0	
Temperatura ambiente (890)*											
Satisfatório	88	36,7	95	38,8	92	26,3	22	40,0	297	33,4	0,004
Insatisfatório	152	63,3	150	61,2	258	73,7	33	60,0	593	66,6	
Iluminação do ambiente (890)*											
Satisfatório	144	60,0	140	57,1	201	57,4	32	58,2	517	58,1	0,916
Insatisfatório	96	40,0	105	42,9	149	42,6	23	41,8	373	41,9	
Condições de cadeiras e mesas (866)*											
Satisfatório	83	35,0	81	33,6	85	25,5	14	25,5	263	30,4	0,047
Insatisfatório	154	65,0	160	66,4	248	74,5	41	74,5	603	69,6	
Condições dos recursos técnicos e equipamentos(872)*											
Satisfatório	80	34,2	73	31,2	43	12,3	11	20,8	207	23,7	< 0,001
Insatisfatório	154	65,8	161	68,8	308	87,7	42	79,2	665	76,3	
Disponibilidade de luvas (892)*											
Sim	171	72,5	237	96,3	147	41,2	40	75,5	595	66,7	< 0,001
Não	65	27,5	9	3,7	210	58,8	13	24,5	297	33,3	
Disponibilidade de avental (846)*											
Sim	86	38,2	215	89,2	46	13,9	19	38,8	366	43,3	< 0,001
Não	139	61,8	26	10,8	285	86,1	30	61,2	480	56,7	

Disponibilidade de máscara(907)*												
Sim	215	90,7	233	94,7	248	67,4	50	89,3	746	82,2	< 0,001	
Não	22	9,3	13	5,3	120	32,6	6	10,7	161	17,8		
Disponibilidade de máscara de tecido (937)*												
Sim	112	46,3	96	38,9	345	87,8	34	61,8	587	62,6	< 0,001	
Não	130	53,7	151	61,1	48	12,2	21	38,2	350	37,4		
Disponibilidade de máscara cirúrgica (938)*												
Sim	176	72,7	220	89,1	227	57,8	44	78,6	667	71,1	< 0,001	
Não	66	27,3	27	10,9	166	42,2	12	21,4	271	28,9		
Disponibilidade de óculos (849)*												
Sim	77	34,4	154	64,4	50	14,9	14	28,0	295	34,7	< 0,001	
Não	147	65,6	85	35,6	286	85,1	36	72,0	554	65,3		
Materiais suficientes para realizar a tarefa (923)*												
Sim	115	48,1	97	39,6	101	26,4	13	23,2	326	35,3	< 0,001	
Não	124	51,9	148	60,4	282	73,6	43	76,8	597	64,7		
Acesso a copa/refeitório (917)*												
Sim	200	83,0	199	80,9	132	35,3	36	64,3	567	61,8	< 0,001	
Não	41	17,0	47	19,1	242	64,7	20	35,7	350	38,2		
Acesso a sala de descanso (909)*												
Sim	110	46,0	91	37,4	48	12,9	14	25,5	263	28,9	< 0,001	
Não	129	54,0	152	62,6	324	87,1	41	74,5	646	71,1		
Armário para guardar pertences pessoais (912)*												
Sim	129	53,8	129	52,7	41	11,1	19	33,9	318	34,9	< 0,001	
Não	111	46,3	116	47,3	330	88,9	37	66,1	594	65,1		
Acesso a sanitários (910)*												
Sim	230	95,0	223	92,9	218	58,6	48	85,7	719	79,0	< 0,001	
Não	12	5,0	17	7,1	154	41,4	8	14,3	191	21,0		
Dispõe de tempo para alimentação (907)*												
Sim	209	87,4	185	77,1	269	72,3	49	87,5	712	78,5	< 0,001	
Não	30	12,6	55	22,9	103	27,7	7	12,5	195	21,5		

* Os N variaram em função de perdas de informações para as variáveis analisadas.

Tabela 3. Exposições ocupacionais, segundo grupo ocupacional, entre trabalhadores(as) invisíveis atuantes em municípios do interior da Bahia, 2022.

Variáveis	Apoio, conservação e limpeza		Técnicos de enfermagem e outros		ACS/ACE		Gestão e vigilância em saúde		TOTAL		p-valor
	n	%	N	%	n	%	N	%	N	%	
Ficar muito de pé (938)*											
Sim	172	71,1	227	91,9	382	97,2	51	91,1	832	88,7	< 0,001
Não	70	28,9	20	8,1	11	2,8	5	8,9	106	11,3	
Ficar muito de sentado (938)*											
Sim	191	78,9	210	85,0	228	58,0	52	92,9	681	72,6	0,001
Não	51	21,1	37	15,0	165	42,0	4	7,1	257	27,4	
Anda muito (938)*											
Sim	187	77,3	220	89,1	391	99,5	51	91,1	849	90,5	< 0,001
Não	55	22,7	27	10,9	2	0,5	5	8,9	89	9,5	
Levanta, carrega ou empurra peso excessivo (938)*											
Sim	115	47,5	143	57,9	229	58,3	32	57,1	519	55,3	0,044
Não	127	52,5	104	42,1	164	41,7	24	42,9	419	44,7	
Ajuda paciente a se levantar ou andar (938)*											
Sim	123	50,8	219	88,7	241	61,3	22	39,3	605	64,5	< 0,001
Não	119	49,2	28	11,3	152	38,7	34	60,7	333	35,5	
Contato com material biológico (936)*											
Sim	102	42,3	215	87,4	149	37,9	28	50,0	494	52,8	< 0,001
Não	139	57,7	31	12,6	244	62,1	28	50,0	442	47,2	
Contato com anti-sépticos (935)*											
Sim	188	78,0	239	97,2	221	56,2	39	70,9	687	73,5	< 0,001
Não	53	22,0	7	2,8	172	43,8	16	29,1	248	26,5	

* Os N variaram em função de perdas de informações para as variáveis analisadas.

Quadro 1. Síntese das variáveis com resultado desfavorável (com significância estatística), segundo grupo ocupacional, entre trabalhadores(as) invisíveis atuantes em municípios do interior da Bahia, 2022.

	Apoio, conservação e limpeza	Técnicos de enfermagem e outros	ACS/ACE	Gestão e vigilância em saúde
Características socioeconômicas e do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade (sem nível superior) - Renda inferior a 2 salários mínimos - Jornada de trabalho superior a 40 horas - Trabalho em sistema de plantão / noturno 	<ul style="list-style-type: none"> - Gênero - Situação conjugal sem companheiro - Vínculo empregatício temporário 	<ul style="list-style-type: none"> - Raça/cor - Idade superior a 40 anos - Ter filhos - Maior tempo de trabalho 	
Características do contexto de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Não receber treinamento em serviço 		<ul style="list-style-type: none"> - Temperatura do ambiente de trabalho insatisfatório - Condições dos recursos técnicos e equipamentos insatisfatório - Não dispor de luvas - Não dispor de avental - Não dispor de óculos de proteção - Não dispor de máscara - Não ter acesso a copa/refeitório - Não ter acesso a sala de descanso - Não ter acesso a armário para guardar pertences - Não ter acesso a sanitário - Não dispor de tempo para alimentação - Uso de máscara de tecido - Não dispor de máscara cirúrgica 	<ul style="list-style-type: none"> - Material insuficiente para realizar a tarefa
Exposições ocupacionais		<ul style="list-style-type: none"> - Ajuda paciente a se levantar ou andar - Contato com material biológico - Contato com anti-séptico 	<ul style="list-style-type: none"> - Fica muito tempo de pé - Anda muito 	<ul style="list-style-type: none"> - Fica muito tempo sentado

DISCUSSÃO

O predomínio das mulheres no setor saúde é histórico. Estima-se que 70% das equipes de profissionais de saúde sejam constituídas por mulheres (CAMPOS et al., 2020; SANTOS, 2021; SANTOS et al., 2020b). A divisão sexual do trabalho é marcada pelas atividades de cuidado atreladas ao estereótipo feminino. Espera-se que as mulheres desenvolvam no trabalho as tarefas que geralmente executam no âmbito doméstico - aquelas de cuidado (BARBOSA, 2012). Nesse cenário, as mulheres geralmente ocupam cargos de menor escolaridade e remuneração. Enquanto que os cargos que exigem maior escolaridade são preenchidos com maior percentual de trabalhadores do gênero masculino. A situação torna-se ainda mais alarmante ao considerarmos a intersecção de gênero e raça, onde as mulheres negras apresentam os piores indicadores.

O racismo é reconhecidamente um importante fator de violação de direitos e de produção de iniquidades (BATISTA, 2018), historicamente presente na sociedade e nas instituições, que contribui para a manutenção de desvantagens entre grupos étnicos, seja em relação às condições de vida, qualidade da assistência e do cuidado prestados, posição socioeconômica e exposições ocupacionais (BATISTA, 2018; SIQUEIRA, FERNANDES, 2021).

Esses dados refletem a desigualdade ocasionada pelo gênero e pela raça entre os trabalhadores de saúde, a qual pode ocasionar ou agravar diversos tipos de problemas físicos e mentais em decorrência de condições e características de trabalho desiguais (CAMPOS et al., 2020). A maior vulnerabilidade feminina tem sido descrita em estudos recentes, uma vez que foram as mais afetadas e sobrecarregadas durante uma crise sanitária, as quais precisaram conciliar as exigências de suas atividades na área da saúde com as demandas familiares e domésticas, assumindo o papel de cuidadoras de crianças, idosos e enfermos em sua família (BITENCOURT; ANDRADE, 2021; SANTOS, 2021; MINAYO; FREIRE, 2020; SANTOS et al., 2020b).

Informações publicadas na Agência Fiocruz de Notícias (2021) sobre a pesquisa *Os trabalhadores invisíveis da saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da Covid-19 no Brasil* descrevem o perfil dos trabalhadores concordantes com nossos resultados: predomínio de mulheres (72,5%), pretos/pardos (59%) e idade entre 36-50 anos (50,3%). Estudos demonstram que, no Brasil, no contexto da pandemia, 60% dos trabalhadores de saúde estavam inseridos em hospitais de referência Covid-19 e em postos de saúde ligados à Atenção Básica, com predomínio da força de trabalho feminina, correspondendo a 77% dos

profissionais de saúde, endossando nossos achados (MACHADO et al., 2022).

O treinamento em serviço é um importante recurso para disponibilizar atualizações técnico-científicas, com periodicidade variável, que ocorre no local de trabalho, favorecendo a transmissão de novos conhecimentos (PEIXOTO, 2013). Durante a pandemia, esse foi um recurso bastante utilizado para capacitar os trabalhadores de saúde a fim de promover rápida disseminação dos conhecimentos científicos que estavam sendo produzidos no decorrer da crise sanitária. A ausência de treinamentos e capacitações de acordo com os protocolos nacionais e internacionais de biossegurança coloca em risco a saúde dos trabalhadores, uma vez que o desconhecimento pode contribuir para a ampliação do risco de infecção em profissionais de saúde no contexto da pandemia (CONEGLIANI; UEHARA; MAGRI, 2020; MIRANDA et al., 2020).

Durante a pandemia diversos protocolos, cursos, oficinas, palestras, minicursos e treinamentos foram ofertados visando treinar / capacitar os profissionais de saúde frente a demanda dos atendimentos no contexto da crise sanitária e aos pacientes com a Covid-19, no entanto, mesmo com todos os recursos disponíveis, diversos profissionais ainda sentiam-se despreparados frente as demandas impostas pela pandemia (OLIVEIRA et al., 2020).

No estudo conduzido por Lotta et al. (2020), o treinamento e a formação também foi uma preocupação para o enfrentamento da crise sanitária. Eles identificaram que apenas 21,9% do total de respondentes afirmaram ter participado de treinamentos para lidar com o coronavírus ou que receberam diretrizes sobre como atuar. Quando analisado os dados por região do país, no nordeste apenas 12,5% informam ter recebido treinamento e na análise por ocupação, quase metade dos médicos e enfermeiras dizem ter recebido treinamento, apenas 11% dos ACS e ACE afirmam o mesmo.

Comparando o estudo de Lotta et al. (2020) com o presente estudo, é possível observar que o treinamento em serviço ainda é insuficiente, mesmo após mais de um ano de pandemia. Em nosso estudo os ACS e ACE foram a categoria profissional que mais informaram ter recebido o treinamento o que divergiu do estudo de Lotta et al. (2020). Fica evidente a necessidade de qualificação profissional por meio de treinamentos e atualizações contínuos destinados a orientar e preparar todos os profissionais que atuam na rede de saúde, a fim de minimizar os riscos de contaminação pelo vírus e ampliar as ações de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores (CONEGLIANI; UEHARA; MAGRI, 2020).

Em relação as características do contexto do trabalho, as condições de ventilação, temperatura do ambiente, iluminação e condições dos materiais e equipamentos são importantes para o desenvolvimento da atividade. Vale destacar que o clima no Brasil é

predominantemente quente e úmido, sendo necessário considerar o impacto das condições climáticas externas e a sensação de conforto térmico nos locais de trabalho, assim como considerar fatores como o calor gerado na atividade laboral e pelos equipamentos ali presentes, o que pode alterar significativamente a temperatura do ambiente laboral, sendo portanto, fundamental a implementação de sistema de climatização (natural ou artificial) visando garantir o conforto térmico adequado (CARVALHO, 2018).

A disponibilização dos EPI adequado ao risco e em perfeito estado de conservação e funcionamento, são de responsabilidade dos empregadores, conforme Norma Regulamentadora 06 (NR 06). No contexto da pandemia, houve a necessidade de incremento dos equipamentos de proteção devido ao aumento do risco de contaminação por material biológico, a exemplo dos protetores faciais e macacão / avental impermeável.

Cabe ressaltar que os EPI devem ser disponibilizados de acordo com a exposição ocupacional decorrente da situação de trabalho e no contexto da pandemia, no entanto, máscara é um EPI necessário para o desenvolvimento das atividades de trabalho de todas as categorias profissionais durante o período da coleta de dados em meio a crise sanitária e parcela significativa de trabalhadores informou não ter recebido.

Na literatura, há relato de que os ACS e ACE enfrentam situações de maior vulnerabilidade em relação a acesso e recursos, sendo ainda mais evidente na pandemia. (MAGRI; FERNANDEZ; LOTTA, 2022). Há recomendação do Conselho Nacional de Saúde (Recomendação nº 20/2020) do fornecimento de EPI por parte do empregador, visando garantir a adoção de medidas preventivas e de proteção essenciais para redução dos riscos no ambiente de trabalho, preservando o direito dos trabalhadores (NOGUEIRA, et al., 2020).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) recomendou o uso de máscaras de tecido para a população em geral, desde que estejam limpas e secas, podendo ser utilizadas por pacientes, acompanhantes e visitantes assintomáticos em estabelecimentos de saúde. No entanto, é importante ressaltar que essas máscaras não são consideradas EPIs pela ANVISA (2020) e não são apropriadas para serem usadas durante as atividades laborais, especialmente quando há contato com pessoas sintomáticas, suspeitas ou confirmadas com Covid-19, conforme orientações do Brasil (2020).

Machado et al. (2023) destaca que para eficaz prevenção da transmissão de doenças em ambientes de saúde é imperativo disponibilizar EPIs apropriados aos trabalhadores, juntamente com sistemas de ventilação adequado. Vale destacar que no presente estudo, um percentual significativo dos trabalhadores invisíveis (principalmente os ACS/ACE) utiliza máscaras de tecido, o que não condiz com as recomendações vigentes.

A ausência da estrutura física adequada para o desenvolvimento do trabalho, como não ter acesso a sanitários, copa, sala de descanso e local para guardar os pertences pessoais durante a jornada de trabalho, conforme identificado no presente estudo, pode gerar sérias consequências à saúde dos trabalhadores. É necessário investir em saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores a fim de evitar a exposição destes a situações de risco evitáveis (RONCALLI, 2022).

Por vezes, o trabalho normaliza os riscos a que está exposto, não percebendo os fatores de exposição presentes no desenvolver da sua atividade de trabalho. Os ACS e ACE circulam no território para realizar visitas domiciliares e o território configura-se em local de trabalho, onde também podem enfrentar a exposição aos agentes biológicos (vírus, fungos, bactérias, bacilos, parasitas e protozoários), seja pelo contato direto com a população, exposição a águas contaminadas ou resíduos sólidos de esgoto, além dos riscos ergonômicos (manuseio de equipamentos, aplicação de agrotóxicos, elevação e transporte manual de peso, trabalho em pé com deslocamento intenso, esforço físico, agachamentos, flexão e extensão de membros superiores e de tronco) pode resultar na aquisição de doenças e agravos transmitidos por esses patógenos, como vivenciado no decorrer da pandemia (BAHIA, 2012; BRASIL, 2019; NOGUEIRA et al., 2020).

Recomenda-se que as condições de trabalho sejam ajustadas de acordo com as características psicofisiológicas dos trabalhadores, com o objetivo de prevenir e/ou minimizar fatores de riscos tais como as sobrecargas ergonômicas, biológicas e psicológicas (BAHIA, 2012).

Apesar de todas as situações evidenciadas, vale ressaltar que o presente estudo apresenta as seguintes limitações: dados coletados por meio de autorrelato em trabalhadores saudáveis e a impossibilidade de identificação da sequência temporal das situações identificadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou condições de trabalho desfavoráveis a todos os trabalhadores “invisíveis” da saúde (pessoal de apoio, conservação e limpeza; ACS/ACE, técnicos e trabalhadores da gestão e vigilância), no entanto, verifica-se heterogeneidade entre as categorias invisibilizadas.

Foi identificadas diferenças nas condições de trabalho entre as categorias, sendo que os ACS e ACE apresentaram as condições de trabalho mais desfavoráveis nas três dimensões analisadas no estudo (características socioeconômicas e do trabalho, características do

contexto do trabalho e exposições ocupacionais), incluindo condições de estrutura física, a percepção de riscos ocupacionais e a disponibilização de EPI, quando compadados às demais categorias profissionais invisibilizadas.

Desta forma, ressalta-se a necessidade da criação de espaços de discussão e execução de políticas específicas para que essas desigualdades não perdurem colocando em risco a saúde dos trabalhadores que já são invisibilizados.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS. Covid-19: Estudo avalia condições de trabalho na Saúde. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pandemia-reafirma-invisibilidade-de-2-milhoes-de-trabalhadores-da-area-da-saude>

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ANVISA - AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ORIENTAÇÕES GERAIS – Máscaras faciais de uso não profissional de 03 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/covid-19-tudo-sobre-mascaras-faciais-de-protecao/orientacoes-para-mascaras-de-uso-nao-profissional-anvisa-08-04-2020-1.pdf/view>. Acesso em 11 março 2022.

BAHIA. Panorama socioeconômico da população negra da Bahia. Textos para discussão, nº 17. Salvador, 2020. Disponível em: http://www.sei.ba.gov.br/images/publicacoes/download/textos_discussao/texto_discussao_17.pdf Acesso em 11 março 2022.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Orientações Técnicas para Proteção da Saúde dos Agentes de Saúde/Organizadores: Letícia Coelho da Costa Nobre et al - Salvador: CESAT/DIVISA/DIVEP/DAB/SAIS/CIAVE. 2012

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

BARROSO, B. I.L., et al. A saúde do trabalhador em tempos de Covid-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional** [online]. v. 28, n. 03 [Acessado 15 março 2022], p. 1093-1102, 2020 Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2091>>.

BATISTA, L.E. GT Racismo e Saúde: por que a Abrasco criou um Grupo Temático para o Racismo e Saúde? [Internet]. Rio de Janeiro: **Abrasco**; 2018 [citado 30 Nov 2020]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtracismoesaude>

BITENCOURT, S. M.; ANDRADE, C. B. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma

análise sociológica do trabalho de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 26, n. 3 [Acessado 15 março 2022], p. 1013-1022, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42082020>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. **Manual sobre Medidas de Proteção à Saúde dos Agentes de Combate às Endemias**. Volume 1: Arboviroses Transmitidas pelo *Aedes aegypti*. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 1.444, de 29 de maio de 2020**. Brasília, 2020a

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 1.445, de 29 de maio de 2020**. Brasília, 2020b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de Covid-19 e outras síndromes gripais**. Abril 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. 1ª edição. Brasília, 2020d.

BRUST-RENCK, P. G.; FERRARI, J.; ZIBETTI, M. R. ; SERRALTA, F. B. Influência da percepção de risco sobre a Covid-19 no sofrimento psicológico dos profissionais de saúde. **Psico**, v. 52, n. 3, p. e41408, 2021. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/41408> Acesso em: 23 fevereiro 2022.

CAMPOS, F. M. et al. Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. **Cadernos Saúde Coletiva** [online]. v. 28, n. 4 [Acessado 12 março 2022], p. 579-589, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040559>>.

CARBAJAL, A. B. et al. Working conditions and emotional impact in healthcare workers during Covid-19 pandemic. **J Healthc Qual Res**. v. 35, n. 6, p. 401-402, 2020. doi: 10.1016/j.jhqr.2020.08.002. Epub 2020 Sep 12. PMID: 33008794; PMCID: PMC7486874.

CARVALHO, M. Fatores que influenciam no conforto térmico no ambiente do trabalho: uma revisão sistemática. **Revista Científica Semana Acadêmica**. Fortaleza, ano MMXVIII, Nº. 000138, 01/11/2018. Disponível em: <https://semanaacademica.org.br/artigo/fatores-que-influenciam-no-conforto-termico-no-ambiente-do-trabalho-uma-revisao-sistematica> Acessado em: 08/10/2023.

CIRINO, F. M. S. B.; ARAGÃO, J. B.; MEYER, G.; CAMPOS, D.S.; GRYSCHKEK, A. L. D. F. P. L.; NICHATA, L. Y. I. Desafios da atenção primária no contexto da Covid-19: a experiência de Diadema, SP. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2665, 2021. DOI: 10.5712/rbmfc16(43)2665. Disponível em:

<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2665>. Acesso em: 05 março 2022.

CONASEMS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. 2ª edição. Brasília, 2020. Disponível em:<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-2-ed-com-anexos.pdf> Acesso: 5 março 2022

CONEGLIANI, T. V.; UEHARA, S. C.S. A.; MAGRI, M. A. Prevenção de contágio por Covid-19 na exposição ocupacional em saúde: copingreview. **CuidArte, Enfermagem**; v. 14 n. 2, p. 156-163, 2020. Disponível em:<http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2020v2/p.156-163.pdf> . Acesso em: 22 fevereiro 2022

CORDEIRO, T. M. S.; ARAÚJO, T. M. Capacidade para o trabalho e fatores associados em profissionais de saúde no Brasil. **Revista Brasileira Medicina do Trabalho**, São Paulo, v.14, n. 3, p. 262-274, 2016. DOI: 10.5327/Z1679-44352016v14n3ED.

CUNHA, I. C. K.; FREIRE, N. P. O que é essencial para os profissionais essenciais? **Enfermagem em foco**. v. 11, n.2(Esp 2), p. 18-20, 2020. Disponível em:<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4156/842> Acesso em: 22 fevereiro 2022

FREITAS, C. M.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. A resposta do Brasil à pandemia de Covid-19 em um contexto de crise e desigualdades. In: MACHADO, C. V.; PEREIRA, A. M. M.; FREITAS, C. M., eds. Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições [online]. Rio de Janeiro, RJ: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora **Fiocruz**, 2022, pp. 295-322. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65- 5708-129-7. <https://doi.org/10.7476/9786557081594.0011>.

GALLASCH, C. H. et al. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de Covid-19. **Revista enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 28: e49596, 2020. Disponível em:<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerrj/article/view/49596>. Acesso: 06 Março 2022.

GANDRA, E. C. et al. Enfermagem brasileira e a pandemia de Covid-19: desigualdades em evidência. **Escola Anna Nery** [online]. v. 25, n. espe , e20210058, 2021. Available from: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0058>>. Epub 27 Aug 2021. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0058>. Acesso: 15 março 2022.

GODINHO, M. R. et al. Capacidade para o trabalho e fatores associados em profissionais no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 88-100, 2017.

HELIOTERIO, M. C. et al. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. v. 18, n. 3], e00289121, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>>. Epub 31 Jul 2020. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>. Acesso: 15 março 2022.

LEONEL, F. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. 22/03/2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude#:~:text=A%20maior%20parte%20da%20equipe, foram%20infectados%20pela%20Covid%2D19>. Acesso: 06 março 2022

MACHADO, M. H.; COELHO, M. C. R.; PEREIRA, E. J.; TELLES, A. O.; SOARES NETO, J. J.; XIMENES NETO, F. R. G.; TEIXEIRA, E. G.; BEMBELE, J. N.; SILVA, L. G.; VARGAS, F. L. Condições de trabalho e biossegurança dos profissionais de saúde e trabalhadores invisíveis da saúde no contexto da COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 28(10):2809-2822, 2023

MAGRI, G.; FERNANDEZ, M.; LOTTA, G. Desigualdade em meio à crise: uma análise dos profissionais de saúde que atuam na pandemia de Covid-19 a partir das perspectivas de profissão, raça e gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(11), 4131–4144. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.01992022>

MENDES, T.T. M. et al. Investigação epidemiológica de Covid-19 relacionada ao trabalho em trabalhadores de Saúde: experiência do Cerest Salvador. **Revista baiana de saúde pública**; v.45, n. Especial 1, p. 254-266, 2021. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3249/2787>. Acesso em: 02 março 2022.

MINAYO, M. C.S.; FREIRE, N.P.. Pandemia exacerba desigualdades na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 9, p. 3555-3556, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.13742020>>. Epub 28 Ago 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.13742020>. Acesso em: 15 março 2022.

MIRANDA, F. M. D. et al. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a Covid-19. **Revista Cogitare Enfermagem**.v. 25: e72702, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72702>. Acesso em: 23 fevereiro 2022

NOGUEIRA, M. L.; BORGES, C. F.; LACERDA, A.; FONSECA, A. F.; VELLASQUES, A. P.; MOREL, C. M. T. M.; VALSECHI, D. F.; MONTEIRO, F. F.; SILVA, L. B.; MOROSINI, M. V.; BARBOSA, M. I. S.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; REGO, S. R. M.; PESSOA, V. 1º Boletim da Pesquisa Monitoramento da saúde e contribuições ao processo de trabalho e à formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde em tempos de Covid-19. Rio de Janeiro: **EPSJV/Fiocruz**. Agosto, 2020. 68 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42709>

NORONHA, K.V. M. S. 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. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 36, n. 6, e00115320, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>>. Epub 17 Jun 2020. ISSN 1678-4464. Acesso em: 22 fevereiro 2022.

OLIVEIRA, D. R. C. et al. Emergências sanitárias – o caso da Covid-19 na capacitação de profissionais da saúde. Fundação Getúlio Vargas/CAF. **IV programa latino-americano em governabilidade, gerência política e gestão pública**. São Paulo, 2020. Disponível em:

<https://bibliotecadigital.fgv.br/> Acesso em 19 Fev 2023.

PEIXOTO, L. S. et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Revista eletrônica trimestral de Enfermería**. n 29, 2013. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf . Acesso em 19 Fev 2023.

RONCALLI, A. A. Ambiente de trabalho saudável na perspectiva da equipe de enfermagem no cenário hospitalar: o contexto da pandemia da Covid-19. **Universidade Federal de Minas Gerais**. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1436750>. Acesso: 10 Outubro 2023.

SANTANA, N. et al. Segurança dos profissionais de saúde no enfrentamento do novo coronavírus no Brasil. **Escola Anna Nery** [online]. v. 24, n. spe, e20200241, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0241>. Epub 01 Fev 2021. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0241>. Acesso em: 03 mar 2022.

SANTOS, T. A. et al. Condições de trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem em hospitais públicos. **Reme : Rev. Min. Enferm.** [online]. v.24, e1339, 2020. Epub 05-Fev-2021. ISSN 2316-9389. <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20200076>. 2020a

SANTOS, K. O. B. et al. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de Covid-19. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 36, n. 12, e00178320, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00178320>>. Epub 16 Dez 2020. ISSN 1678-4464. 2020b. Acesso: 05 março 2022.

SANTOS, B. M. P.. A face feminina na linha de frente contra a pandemia da Covid-19. **Revista Nursing**. v. 24, n275:SABO-5481, 2021. Disponível em: <http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1470> Acesso em: 23 fevereiro 2022.

SILVA, J. S. et al. Reflexiones sobre los riesgos ocupacionales en trabajadores de salud en tiempos pandémicos por Covid-19. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 36, n. 2, jun. 2020a. ISSN 1561-2961. Disponible en: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3738>>. Acesso: 13 março 2022

SILVA, Luiz Sérgio et al. Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da Covid-19 entre trabalhadores da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** [online]. v. 45, , e24, 2020b. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-6369000014520>>. Epub 07 Ago 2020. ISSN 2317-6369. Acesso: 13 março 2022.

SILVA, V.G.F. et al. The nurse's work in the context of Covid-19 pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. v. 74, n. Suppl 1, 2021. [Acessado 23 Fevereiro 2022], e20200594. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0594>>. Epub 05 março 2021. ISSN 1984-0446.

SIQUEIRA, J.S.; FERNANDES, R. C.P. Demanda psicossocial e demanda física no trabalho: iniquidades segundo raça/cor. **Ciênc saúde coletiva** [Internet]. 2021 Oct;26(Ciênc. saúde coletiva, 2021 26(10)). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.19982020>

SOARES, S. S. S. et al. Pandemia de Covid-19 e o uso racional de equipamentos de proteção individual. **Revista enfermagem UERJ**; Rio de Janeiro, v. 28, e50360, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/50360/34044>. Acesso: 03 março 2022.

TEIXEIRA, C.F. S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>>. Epub 28 Ago 2020. ISSN 1678-4561. Acesso: 13 março 2022.

VEDOVATO, T. G. et al. Trabalhadores(as) da saúde e a Covid-19: condições de trabalho à deriva? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** [online]. v. 46, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-6369000028520>>. Epub 24 Fev 2021. ISSN 2317-6369. Acesso: 22 fevereiro 2022.

5.3 ARTIGO 3 - DIMENSÕES DA PANDEMIA DE COVID-19: PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM TRABALHADORES E TRABALHADORAS “INVISÍVEIS” DA SAÚDE E SUA ASSOCIAÇÃO COM ESTRESSORES OCUPACIONAIS

RESUMO

Objetivo: avaliar associação entre estressores ocupacionais e transtornos mentais comuns (TMC), entre trabalhadores e trabalhadoras “invisíveis” da saúde, no contexto da pandemia de Covid-19. **Método:** Estudo transversal incluindo amostra probabilística de 1014 trabalhadores/as da saúde de três municípios baianos. Os TMC foram avaliados pelo SRQ-20. A escala Desequilíbrio Esforço-Recompensa (DER) e o Modelo Demanda-Controle avaliaram os estressores ocupacionais. Análise descritiva, bivariada e múltipla para avaliar associação entre as variáveis de interesse. **Resultados:** A prevalência global de TMC foi de 39,9% entre os trabalhadores invisíveis, sendo mais prevalente entre os ACS/ACE (47,2%), seguidos pelo pessoal da gestão e vigilância (38,6%), pelos técnicos (35,4%) e pelo pessoal de apoio/conservação/limpeza (29,9%). A associação entre estressores ocupacionais e TMC variou entre as ocupações: 1. Comprometimento excessivo com o trabalho (CET), desequilíbrio esforço-recompensa (DER) e demanda psicológicas associaram-se aos TMC entre trabalhadores de apoio/conservação/limpeza; 2. CET e DER estavam associadas aos TMC entre ACS-ACE; 3. CET, DER e baixo controle sobre o trabalho associaram-se aos TMC entre os técnicos; 4. Entre trabalhadores de gestão e vigilância, apenas o DER estava associado aos TMC. **Conclusões:** Estressores ocupacionais tiveram papel relevante no adoecimento mental, com variação entre os estratos de ocupação, demandando atenção, acompanhamento e controle.

Palavras-chave: COVID-19. Trabalhador da saúde. Estresse ocupacional. Saúde mental.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between occupational stressors and common mental disorders (CMD) among “invisible” health workers in the context of the Covid-19 pandemic. **Method:** Cross-sectional study including a probabilistic sample of 1014 health

workers from three municipalities in Bahia. CMDs were assessed using the SRQ-20. The Effort-Reward Imbalance (ERI) scale and the Demand-Control Model assessed occupational stressors. Descriptive, bivariate, and multiple analysis to evaluate the association between the variables of interest. **Results:**The global prevalence of CMD was 39,9%; it was higher among ACS/ACE (47,2%), followed by management and surveillance staff (38.6%), technicians (35.4%), and support/conservation/cleaning staff (29.9 %). The association between occupational stressors and CMD varied between occupations: 1.Over-commitment(OV), effort-reward imbalance (ERI), and psychological demand were associated with CMD among support/conservation/cleaning workers; 2. OV and ERI remained in the final models between ACS/ACE; 3. OV, ERI, and low control over work were associated with CMD among technicians; 4. Among management and surveillance workers, only ERI remained associated with TMC.**Conclusions:** Occupational stressors played a relevant role in mental illness, with variation between occupational strata, demanding attention, monitoring and control.

Keywords: COVID-19. Health worker. Occupational stress. Mental health.

INTRODUÇÃO

Em meio a situações de crise sanitária, os trabalhadores(as) da saúde (TS) que atuam na linha de frente tendem a sentirem-se desamparados(as), sobrecarregados(as) de atividades, física e psicologicamente afetados. Nesses períodos ocorrem intensificação do ritmo e demanda do trabalho, mudanças drásticas na rotina de trabalho, ausência ou limitação de suporte e condições laborais desfavoráveis, com elevação do nível de exposição ao risco de adoecer e morrer. Essa situação crítica foi evidenciada com a emergência de uma nova doença, a COVID-19 (ALMEIDA et al., 2021).

Os serviços de saúde são essenciais ao combate e enfrentamento de uma pandemia; assim, estavam entre os poucos serviços que mantiveram presenciais durante todo o período. No Brasil, o Sistema Único de Saúde – SUS é o principal responsável por desenvolver ações e prestar serviços de saúde para mitigar a ocorrência da COVID-19. Numa crise sanitária, como

uma pandemia, é da organização e de ações de enfrentamento desempenhadas por esses trabalhadores que depende a vida de populações inteiras (MIRANDA et al., 2020; BRUST-RENCK et al., 2021).

O adoecimento psíquico dos TS tem sido foco de diversos estudos nos últimos anos, com destaque para os transtornos mentais comuns – TMC, os quais caracterizam-se por sintomas como insônia, ansiedade, fadiga, irritabilidade, humor depressivo, dificuldade de concentração e queixas somáticas (OMS, 2022). Apesar de não configurarem uma categoria diagnóstica específica, possui correspondência com critérios de transtornos presentes na Classificação Internacional de Doença (CID-10) e no Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM) (BARRETO DO CARMO et al., 2018) .

A elevada demanda psicossocial é uma das características mais frequentemente identificadas como associadas aos efeitos negativos sobre a saúde mental dos trabalhadores da saúde, com destaque para os estressores ocupacionais (CARVALHO, ARAÚJO, BERNARDES, 2016; ALMEIDA et al., 2021). A dimensão psicossocial decorre da natureza do trabalho desenvolvido, seja devido ao contato direto com pacientes de difícil manejo, longas jornadas de trabalho, receio de erros durante o cuidado e precarização das condições de trabalho que são vivenciadas como fontes estressantes do trabalho, gerando sobrecarga e estresse crônico (CARVALHO, ARAÚJO, BERNARDES, 2016; SANTOS et al., 2020). Todos esses fatores foram exacerbados pela pandemia, tornando os TS mais vulneráveis ao adoecimento psíquico.

Apesar da elevada exposição ocupacional das categorias ocupacionais atuantes no setor saúde e da sua relevância para o funcionamento dos serviços de saúde, uma parcela significativa desses trabalhadores é invisibilizada, pouco reconhecida e desconsiderada em estudos que avaliam agravos à saúde dos TS. Esses trabalhadores têm sido chamados de “trabalhadores invisíveis”, sendo o termo vinculado a trabalhadores que, embora desenvolvam atividades importantes, desempenham funções pouco valorizadas e pouco lembradas na sociedade, muitas vezes “invisível” diante da própria equipe, suas instituições e a sociedade em geral (CASTRO, 2021; AGENCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS, 2021).

Este estudo centra-sena análise desses trabalhadores “invisíveis” da saúde, os quais foram categorizados em quatro grupos, considerando as demandas ocupacionais, a saber: I. trabalhadores de apoio, conservação e limpeza (condutores de ambulância, manutenção, apoio operacional, equipe da limpeza, cozinha e administração);II. técnicos (técnicos e auxiliares de enfermagem, de saúde bucal, de radiologia, de laboratório e análises clínicas), III. Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combate às Endemias - ACE e IV. gestão e

vigilância em saúde (sanitaristas, fiscais sanitários, técnicos da vigilância, apoiadores institucionais, gerentes e coordenadores).

Este estudo focaliza a saúde mental dos TS, recortando a relação entre características psicossociais do trabalho e adoecimento mental observado durante a pandemia. Assim, o estudo objetivou avaliar a associação entre estressores ocupacionais e ocorrência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores “invisíveis” da saúde, no contexto da pandemia da COVID-19.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado em três municípios do interior da Bahia, vinculado ao projeto de pesquisa “Vigilância e Monitoramento de Doenças Infecciosas no Setor Saúde”, desenvolvido com recursos financeiros do CNPq 427045/2016-9, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o protocolo CAAE 90204318.2.0000.0053.

A amostra foi definida em procedimentos de etapas sucessivas: lista nominal dos trabalhadores em atividade (atenção básica e de média complexidade); estimativo do tamanho amostral; definição do tamanho amostral e estratificação da amostra; sorteio dos(as) trabalhadores(as) - listagem de números aleatórios, utilizando o programa SPSS, versão 23.0.

Para o cálculo do tamanho amostral, empregou-se o número total de trabalhadores (4.849) nos três municípios, incidência de acidentes de trabalho entre profissionais de saúde de 42%, 95% de confiança e precisão de 3%, resultando em uma amostra mínima necessária de 857 trabalhadores. A esse número, acresceu-se 20%, levando-se em consideração possíveis perdas e recusas, resultando na amostra final de 1.028 trabalhadores.

Este estudo explora relação entre estressores ocupacionais e transtornos mentais entre os trabalhadores e trabalhadoras invisíveis – profissionais que, apesar de serem essenciais para as atividades e ações de saúde, não são socialmente valorizados ou reconhecidos; sendo, assim invisibilizados. Desse modo, não foram incluídas nesta análise as seguintes ocupações: médicos, enfermeiros e profissionais de nível superior (ex.: cirurgiões dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, educador físico, terapeuta ocupacional, pedagogo).

Na coleta de dados utilizou-se questionário elaborado a partir de revisão de literatura, composto por 8 blocos: I- Identificação geral; II – Informações gerais sobre o trabalho; III – condições do ambiente / local de trabalho; IV- características psicossociais

do trabalho e saúde mental; V- Atividades domésticas; VI -Hábitos de vida e aspectos relacionados à saúde; VII – Arboviroses; e, VIII – Violência.

A coleta de dados ocorreu entre abril de 2021 e abril de 2022, por meio de entrevistas face-a-face, realizadas nos locais de trabalho. O controle de qualidade das informações coletadas e a digitação do banco de dados foi realizada por equipe treinada e orientada por manuais elaborados previamente. Medidas de biossegurança foram adotadas para coleta durante a pandemia.

Os transtornos mentais comuns (TMC), variável desfecho, foram avaliados pelo Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). No rastreamento dos TMC, foi adotado ponto de corte de sete ou mais respostas positivas para mulheres e cinco ou mais respostas positivas para homens, como recomendado em estudo de validação do SRQ-20 (SANTOS et al., 2010).

Os aspectos psicossociais do trabalho, estressores ocupacionais, foram avaliados por dois modelos: Desequilíbrio Esforço-Recompensa (ERI – *Effort-Reward Imbalance*), desenvolvido por Siegrist (1996) e Modelo Demanda-Montrole (MDC), proposto por Karasek (1979). Os instrumentos de mensuração desses modelos foram testados em população trabalhadora brasileira e apresentaram bom desempenho na avaliação das características psicossociais do trabalho.

O Modelo ERI (SIEGRIST, 1996) avalia esforço (energia despendida para realização do trabalho, envolve gasto físico e psíquico) e recompensa no trabalho (retornos como os ganhos financeiros, percepção de reconhecimento e respeito no ambiente laboral; expectativas de promoção, compatibilidade do cargo ocupado com a formação e sentimento de justiça nas relações). O modelo inclui uma terceira dimensão, o comprometimento excessivo com o trabalho, que corresponde a um fator intrínseco, subjetivo, que se caracteriza pelo esforço excessivo, visando reconhecimento e aprovação (SIEGRIST, WAHRENDORF, 2016). O ERI contém 23 itens [escala de esforço (effort): 6 itens; recompensa (reward): 11 itens e comprometimento excessivo com o trabalho (over-commitment): 6 itens], respondidos numa escala de concordância que varia de 1 (discordo fortemente) a 4 (concordo fortemente). O escore de cada escala é avaliado pelo somatório dos seus respectivos itens. O segundotercil foi utilizado como ponto de corte para dicotomização das escalas propostas para composição de esforço (baixo/alto), recompensa (baixa/alta), comprometimento excessivo (ausente/presente) (Quadro 1). O escore de desequilíbrio esforço-recompensa foi calculado pela fórmula: $ERI = \text{Escore de esforço} \times \text{fator de correção} / \text{escore das recompensas}$. Valores acima de 1 foram considerados como situação de desequilíbrio esforço-recompensa.

O MDC (KARASEK, 1979) destaca dois elementos como centrais no trabalho: a

demanda psicológica relacionada às exigências psicológicas enfrentadas pelo trabalhador durante a execução de suas atividades laborais (ex. ritmo de trabalho, tempo suficiente para a sua realização, volume excessivo de trabalho, dentre outros) e o controle do trabalhador sobre o próprio trabalho, incluindo autonomia no processo de decisão (ARAÚJO, GRAÇA, ARAÚJO, 2003). O MDC identifica quatro situações de trabalho que combinam esses dois elementos essenciais, a saber: baixa exigência (trabalho com alta demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e alta exigência (alta demanda e baixo controle). A principal hipótese deste modelo é que o trabalho em alta exigência é a situação de maior risco psicossocial à saúde física e mental (SIEGRIST, WAHRENDORF, 2016). O apoio social configura-se como uma terceira dimensão, posteriormente incluída no MDC (JOHNSON, 1988). Segundo os autores, o auxílio na realização das tarefas por parte de colegas e superiores, a integração social e a confiança no grupo atuam como modelador do desgaste à saúde, que é resultante do trabalho.

O JCQ (*JobContentQuestionnaire*) (ARAÚJO, KARASEK, 2008) é o instrumento desenhado para medir as escalas do MDC. Estudo de validação em trabalhadores formais e informais no Brasil identificou bom desempenho global do instrumento para investigar aspectos psicossociais do trabalho em trabalhadores brasileiros (ARAÚJO, KARASEK, 2008). As escalas do JCQ foram dicotomizadas considerando-se a mediana como ponto de corte para definição de categorias alto(a) e baixo(a) (Quadro 1). Com base nesses níveis, foram estabelecidas as quatro situações específicas de trabalho: baixa exigência (alto controle/baixa demanda), trabalho ativo (alto controle/alta demanda), trabalho passivo (baixo controle/baixa demanda) e alta exigência (baixo controle/alta demanda) (KARASEK, 1979; ARAÚJO, GRAÇA, ARAÚJO, 2003).

Quadro 1. Dimensões do Modelo Demanda-Controle (MDC) e Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa (ERI - Effort-Reward Imbalance), número de itens, variação dos escores e pontos de corte utilizados.

Dimensões	Nº itens	Variação	Ponto de corte	
			Mediana	2º tercil
Modelo Demanda-Controle				
Demanda Psicológica	5	22-68	42,0	
Controle sobre o trabalho	9	32-92	62,0	
Apoio social no trabalho	6	6-28	18,0	

Modelo Desequilíbrio Esforço-**Recompensa**

Esforço	6	6-24	15
Recompensa	11	19-42	30
Comprometimento excessivo	6	6-24	16

Além dos estressores ocupacionais, mensurados pelo JCQ e ERI, incluiu-se na análise covariáveis socioeconômicas (sexo, idade, escolaridade, raça/cor da pele, situação conjugal, filhos, renda) e laborais (jornada de trabalho, vínculo empregatício, ocupação, tempo de atuação na profissão, atividades compatíveis com o cargo).

Para a caracterização geral da amostra realizou-se análises descritivas, considerando os grupos de ocupações de trabalho “invisíveis”: pessoal de apoio/conservação/limpeza; agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias (ACS/ACE); técnicos e enfermagem e demais técnicos; gestão e vigilância em saúde. A análise de associação entre estressores ocupacionais e ocorrência de TMC foi estratificada pelas ocupações, sendo calculadas as razões de prevalências (RP), intervalos de confiança (IC) de 95% e os valores de p pelo teste qui-quadrado de Pearson (programas Statistical Program for the Social Sciences 23.0/SPSS 15.0 e OpenEpi 3.0).

Os modelos finais de regressão foram estimados separadamente para os grupos de estressores (desequilíbrio esforço-recompensa e modelo demanda controle) e pelos grupos ocupacionais analisados. A regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada para estimativas das razões de prevalência, intervalos de confiança de 95% e valores de p na análise múltipla (multivariável) (COUTINHO, SCAZUFCA, MENEZES, 2008; FRANCISCO et al., 2008). Na seleção das variáveis para a análise múltipla foi empregado o teste do Qui-Quadrado de *Person* (X^2), considerando-se todas as variáveis de modo não condicional. O nível de significância para entrada no modelo multivariado foi de 25% com utilização do teste de razão de verossimilhança. Para seleção das variáveis, empregou-se o método *backward*, adotando-se o critério de significância de 5% para permanência no modelo final. O diagnóstico de qualidade de ajustado modelo final foi feito pelo teste de Hosmer e Lemeshow, Curva ROC e padrão de observações influentes. O programa utilizado nesta etapa foi *Data Analysis and Statistical Software* (STATA), versão 12.0.

RESULTADOS

Da amostra estimada de 1.028 TS, foram estudados 1.014 trabalhadores (perda de 14 TS; 1,36%). A amostra foi constituída majoritariamente por mulheres (81,6%) e negros (90,2%), com idade superior a 40 anos (63,3%), sem nível superior de escolaridade (55,8%), com companheiro (57,2%), com filhos (73,1%), com renda média até dois salários (83,2%). Predominou o vínculo efetivo de trabalho (63,3%); 61,9% relataram desenvolver atividades compatíveis com o cargo. A maioria relatou exercer a profissão há mais de cinco anos (71,4%), não possuir outro trabalho (76,7%) e ter jornada semanal de até 40 horas (70,7%).

Entre os participantes, 795 estavam em ocupações invisibilizadas; assim, os trabalhadores “invisíveis” representaram a maioria (79,0%) da amostra. Dentre as categorias invisibilizadas agrupadas, predominaram os ACS/ACE (46,5%), seguidos pelos técnicos de enfermagem e outros técnicos (25,3%), trabalhadores de apoio, conservação e limpeza (22,3%) e trabalhadores da gestão e vigilância em saúde (5,9%) (Dados não apresentados em tabela).

As características socioeconômicas e laborais dos trabalhadores “invisíveis” variaram segundo as ocupações (Tabela 1). O perfil sociodemográfico não diferiu significativamente entre os grupos, com predomínio da faixa etária de 40 anos ou mais, ter companheiro, ter filhos e sexo feminino. Registra-se que o maior percentual do sexo masculino estavam em cargos de gestão e vigilância em saúde. A ausência de nível superior de escolaridade predominou entre os grupos, exceto entre os trabalhadores da gestão e vigilância (61,7% tinham nível superior). Renda predominante entre os grupos foi de até dois salários mínimos, referida pela quase totalidade dos trabalhadores de apoio, conservação e limpeza (96,3%) e pelos ACS/ACE (93,7%).

O vínculo efetivo de trabalho predominou entre os ACS/ACE (99,2%), enquanto nas demais categorias verificou-se frequências elevadas de contratos temporários. Em todos os grupos, mais de um terço dos trabalhadores referiu desenvolver atividades que não eram compatíveis com o cargo, com maior percentual observado entre os trabalhadores de apoio, conservação e limpeza (41,8%). A maioria referiu desenvolver as atividades laborais há mais de cinco anos, com destaque para os ACS/ACE (96,4%). Possuir outro emprego foi pouco relatado entre os trabalhadores; contudo, percentual expressivo de trabalhadores com duplo vínculo foi observado entre os técnicos (32,8%) e entre os trabalhadores da gestão e vigilância (40,4%). A maioria referiu uma jornada semanal de trabalho de até 40 horas.

Tabela 1. Características socioeconômicas e do trabalho, segundo ocupação, entre trabalhadores(as) “invisíveis” da atenção básica e da média complexidade. Bahia, 2022.

Variáveis	Apoio, conservação e limpeza		ACS/ACE		Técnicos de enfermagem e outros		Gestão e vigilância em saúde		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo (791)*									
Masculino	46	26,3	63	17,1	18	9,0	15	31,9	< 0,001
Feminino	129	73,7	305	82,9	183	91,0	32	68,1	
Raça/cor da pele (780)*									
Branco(as)	15	8,6	9	2,5	12	6,1	6	13,0	< 0,001
Pretos(as)/pardos(as)	160	91,4	354	97,5	184	93,9	40	87,0	
Escolaridade (788)*									
Com nível superior	37	20,9	129	35,4	42	21,0	29	61,7	< 0,001
Sem nível superior	140	79,1	235	64,6	158	79,0	18	38,3	
Idade (793)*									
Menos de 40 anos	76	43,2	63	17,0	76	37,8	12	26,1	< 0,001
40 anos ou mais	100	56,8	307	83,0	125	62,2	34	73,9	
Filhos (788)*									
Não	41	23,3	63	17,1	57	28,9	14	29,8	0,006
Sim	135	76,7	305	82,9	140	71,1	33	70,2	
Situação Conjugal (794)*									
Sem companheiro	82	46,3	142	38,4	96	48,0	15	31,9	0,041
Com companheiro	95	53,7	228	61,6	104	52,0	32	68,1	
Renda (493)*									
Até 2 salários mínimos	104	96,3	223	93,7	95	83,3	25	75,8	
Mais de 2 salários	4	3,7	15	6,3	19	16,7	8	24,2	< 0,001
Vínculo (772)*									
Efetivo	88	51,8	360	99,2	83	42,6	21	47,7	< 0,001
Temporário	82	48,2	3	0,8	112	57,4	23	52,3	
Atividade compatível com o cargo (778)*									
Sim	99	58,2	243	66,9	120	60,6	30	63,8	0,206
Não	71	41,8	120	33,1	78	39,4	17	36,2	
Tempo de Trabalho (788)*									
Até 5 anos	78	44,3	13	3,6	62	31,0	23	50,0	< 0,001
Mais de 5 anos	98	55,7	353	96,4	138	69,0	23	50,0	
Outro trabalho (795)*									
Não	154	87,0	352	95,1	135	67,2	28	59,6	< 0,001
Sim	23	13,0	18	4,9	66	32,8	19	40,4	
Jornada Semanal (783)*									
Até 40 horas	123	70,7	299	81,7	122	61,9	34	73,9	< 0,001
Mais de 40 horas	51	29,3	67	18,3	75	38,1	12	26,1	

* Os N variaram em função de perdas de informações para as variáveis analisadas.

Com relação aos estressores ocupacionais, os percentuais mais elevados de alto esforço estavam entre ACS/ACE (43,5%) e técnicos (41,8%). A baixa recompensa prevaleceu em todos os grupos, sendo mais frequente entre os trabalhadores dos serviços de apoio,

conservação e limpeza (81,0%). O comprometimento excessivo com o trabalho destacou-se entre os ACS/ACE (46,3%) e trabalhadores da gestão e vigilância (46,8%). O desequilíbrio esforço-recompensa foi verificado em aproximadamente um quarto dos trabalhadores, com maior percentual entre os ACS/ACE (27,3%) (Tabela 2).

Maior prevalência de alta demanda psicológica foi observada entre os trabalhadores da gestão (41,9%) e de apoio conservação e limpeza (41,6%). A maioria dos trabalhadores relatou baixo controle sobre o próprio trabalho, com exceção do grupo de profissionais da gestão e vigilância onde predominou o alto controle sobre o trabalho (58,5%). O baixo apoio social no trabalho também foi predominante em todos os estratos. Aproximadamente um terço dos trabalhadores estava em situação de trabalho passivo (baixa demanda psicológica e baixo controle sobre o trabalho) (Tabela 2).

Tabela 2. Estressores ocupacionais e transtornos mentais comuns, segundo ocupações, entre trabalhadores(as) “invisíveis” da atenção básica e da média complexidade. Bahia, 2022.

Variáveis	Apoio, conservação e limpeza		ACS/ACE		Técnicos de enfermagem e outros		Gestão e vigilância em saúde		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Esforço (770)*									
Baixo	124	73,8	203	56,5	114	58,2	33	70,2	< 0,001
Alto	44	26,2	156	43,5	82	41,8	14	29,8	
Recompensa (743)*									
Alta	31	19,0	96	27,8	56	29,8	13	27,7	0,108
Baixa	132	81,0	249	72,2	132	70,2	34	72,3	
Comprometimento excessivo com o trabalho (781)*									
Ausente	132	75,9	195	53,7	141	71,6	25	53,2	< 0,001
Presente	42	24,1	168	46,3	56	28,4	22	46,8	
ERI (726)*									
Equilíbrio	127	80,9	245	72,7	142	76,8	35	74,5	0,252
Desequilíbrio	30	19,1	92	27,3	43	23,2	12	25,5	
Demanda Psicológica (747)*									
Baixa	97	58,4	236	67,4	112	59,6	25	58,1	0,122
Alta	69	41,6	114	32,6	76	40,4	18	41,9	
Controle sobre o trabalho (727)*									
Alto	57	35,0	135	39,7	86	47,0	24	58,5	0,015
Baixo	106	65,0	205	60,3	97	53,0	17	41,5	
Apoio social (750)*									
Alto	46	27,7	96	27,4	59	31,2	13	29,5	0,805
Baixo	120	72,3	255	72,6	130	68,8	31	70,5	
Modelo demanda-controle (694)*									
Baixa exigência	33	21,3	94	28,7	48	27,7	10	26,3	0,018
Trabalho ativo	21	13,5	35	10,7	33	19,1	11	28,9	
Trabalho passivo	58	37,4	127	38,7	54	31,2	13	34,2	
Alta exigência	43	27,7	72	22,0	38	22,0	4	10,5	

TMC (740)*									
Não	115	70,1	181	52,8	122	64,6	27	61,4	< 0,001
Sim	49	29,9	162	47,2	67	35,4	17	38,6	

* Os N variaram em função de perdas de informações para as variáveis analisadas.

A prevalência de global de TMC, entre os trabalhadores invisíveis, foi de 39,9%, sendo elevada também em todos os grupos, com destaque para os ACS/ACE (47,2%), seguidos pelo pessoal da gestão e vigilância (38,6%), pelos técnicos (35,4%) e pelo pessoal de apoio/conservação/limpeza (29,9%).

Em todos os grupos, estressores ocupacionais associaram-se aos TMC, a níveis estatisticamente significante, com exceção da dimensão recompensa. O papel dos estressores na associação com TMC variou nos grupos ocupacionais investigados. Com relação aos estressores avaliados pelo ERI, esforço elevado e alto comprometimento, bem como a situação de desequilíbrio esforço-recompensa estavam estatisticamente associados aos TMC em todos o grupos (Tabela 3). Considerando as dimensões do MDC, elevada demanda psicológica estava associada positivamente aos TMC apenas entre os técnicos de enfermagem/demais técnicos – situação semelhante a do baixo controle – também estatisticamente associado aos TMC apenas neste grupo. Situação de trabalho passivo associou-se aos TMC entre pessoal de apoio/conservação e limpeza; enquanto a alta exigência estava associada aos TMC para técnicos de enfermagem/ outros técnicos e apoio/conservação e limpeza.

Considerando que os estressores ocupacionais mensurados apresentam alguma sobreposição - alguns itens das dimensões avaliadas se sobrepõe (ex.: itens de esforço e e de demanda psicológica), o que poderia ocasionar superajustamento, as análises de Regressão de Poisson foram conduzidas separadamente para cada um dos modelos (ERI e MDC). Os modelos finais obtidos (ajustados) mostraram que a associação entre estressores ocupacionais e TMC variou entre as ocupações: 1. Comprometimento excessivo com o trabalho (CET), desequilíbrio esforço-recompensa (DER) e demanda psicológica associaram-se aos TMC entre trabalhadores de apoio/conservação/limpeza; 2. CET e DER permaneceram nos modelos finais entre ACS-ACE; 3. CET, DER e baixo controle sobre o trabalho associaram-se aos TMC entre os técnicos; 4. Entre trabalhadores de gestão e vigilância, apenas o DER permaneceu associado aos TMC (Tabela 4 e 5).

Tabela 3. Associação entre estressores ocupacionais e transtornos mentais comuns, segundo ocupação, entre trabalhadores(as) “invisíveis” da atenção básica e da média complexidade. Bahia, 2022.

Variáveis	Transtornos Mentais Comuns											
	Apoio, conservação e limpeza			ACS/ACE			Técnicos de enfermagem e outros			Gestão e vigilância em saúde		
	P	RP	IC(95%)	P	RP	IC(95%)	P	RP	IC(95%)	P	RP	IC(95%)
Esforço												
Baixo	23,5	1,00		37,5	1,00		24,8	1,00		26,7	1,00	
Alto	43,9	1,87	1,16 – 3,02	59,2	1,57	1,25 – 1,98	52,3	2,07	1,39 – 3,07	64,3	2,41	1,18 – 4,91
Recompensa												
Alta	32,1	1,00		41,1	1,00		33,3	1,00		33,3	1,00	
Baixa	31,2	0,97	0,53 – 1,76	49,8	1,21	0,92 – 1,59	36,0	1,08	0,69 – 1,68	40,6	1,22	0,49 – 3,01
CET												
Ausente	21,5	1,00		32,6	1,00		26,7	1,00		26,1	1,00	
Presente	57,5	2,67	1,74 – 4,12	64,5	1,98	1,56 – 2,51	60,8	2,27	1,59 – 3,25	52,4	2,01	0,90 – 4,47
ERI												
Equilíbrio	25,4			41,7			27,7			28,1		
Desequilíbrio	48,3	1,89	1,17 – 3,09	61,4	1,47	1,17 – 1,85	61,5	2,21	1,53 – 3,20	66,7	2,37	1,19 – 4,69
Demanda Psicológica												
Baixa	26,4	1,00		49,1	1,00		29,6	1,00		32,0	1,00	
Alta	38,2	1,45	0,91 – 2,29	42,3	0,86	0,66 – 1,12	45,7	1,54	1,05 – 2,27	50,0	1,56	0,72 – 3,32
Controle sobre o trabalho												
Alto	23,5	1,00		43,8	1,00		25,9	1,00		36,4	1,00	
Baixo	33,7	1,43	0,81 – 2,52	49,5	1,13	0,88 – 1,44	44,1	1,70	1,10 – 2,62	41,2	1,13	0,51 – 2,50
Apoio social												
Alto	23,8			42,9			34,5			36,4		
Baixo	31,9	1,34	0,73 – 2,45	49,1	1,15	0,87 – 1,50	37,4	1,08	0,704 – 1,66	38,7	1,06	0,43 – 2,61
Modelo demanda- controle												
Baixa exigência	13,8	1,00		44,0	1,00		22,9	1,00		20,0	1,00	

Trabalho ativo	40,0	2,90	1,01 – 8,34	42,4	0,96	0,61 – 1,53	34,5	1,50	0,70 -1,66	50,0	2,50	0,63 - 9,99
Trabalho passivo	31,5	2,28	0,85 – 6,15	52,3	1,20	0,90 – 1,60	35,3	1,54	0,81 – 2,92	38,5	1,92	0,46 – 7,94
Alta exigência	39,5	2,86	1,07 – 7,65	43,1	0,98	0,68 – 1,41	54,1	2,36	1,29 – 4,29	50,0	2,50	0,52 – 12,14

* Os N variaram em função de perdas de informações para as variáveis analisadas.

Tabela 4. Modelo final de regressão*, de associação entre estressores ocupacionais (desequilíbrio esforço-recompensa) e transtornos mentais comuns, segundo ocupação, entre trabalhadores(as) “invisíveis” da atenção básica e da média complexidade. Bahia, 2022.

Variáveis	TMC							
	Apoio, conservação e limpeza		ACS/ACE		Técnicos de enfermagem e outros		Gestão e vigilância em saúde	
	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)
Comprometimento excessivo com o trabalho	2,01	1,02 – 3,95	2,11	1,45 – 3,07	1,77	1,05 – 3,01	-	-
Desequilíbrio E-R	2,19	1,14 – 4,18	1,44	1,04 – 2,01	1,83	1,06 – 3,14	5,33	1,25 – 22,59

*Modelo ajustado pelas covariáveis sociodemográficas e laborais que apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre os estratos (sexo, raça/cor, idade, escolaridade, situação conjugal, renda, jornada de trabalho, vínculo empregatício, tempo de atuação na profissão e possuir outro trabalho).

Tabela 5. Modelo final de regressão*, de associação entre estressores ocupacionais (modelo demanda controle) e transtornos mentais comuns, segundo ocupação, entre trabalhadores(as) “invisíveis” da atenção básica e da média complexidade. Bahia, 2022.

Variáveis	TMC							
	Apoio, conservação e limpeza		ACS/ACE		Técnicos de enfermagem e outros		Gestão e vigilância em saúde	
	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)
Alta Demanda Psicológica	2,48	1,18 – 5,22	-	-	-	-	-	-
Baixo Controle	-	-	-	-	2,17	1,26 – 3,71	-	-

DISCUSSÃO

As características socioeconômicas e laborais variaram entre as categorias profissionais invisibilizadas, com desvantagens evidentes para alguns grupos, especialmente para o pessoal responsável pelos serviços de apoio, conservação e limpeza e os ACS/ACE.

Verificou-se elevada exposição aos estressores ocupacionais e alta prevalência de TMC, com variação entre os grupos. Os dados revelaram exposições específicas aos estressores ocupacionais segundo as ocupações.

O comprometimento excessivo com o trabalho (CET), desequilíbrio esforço-recompensa (DER) e demanda psicológica associaram-se aos TMC entre trabalhadores de apoio/conservação/limpeza. Entre os ACS/ACE, o CET e DER permaneceram associados aos TMC. Enquanto, CET, situação de DER e baixo controle sobre o trabalho associaram-se aos TMC entre os técnicos. Entre trabalhadores de gestão e vigilância, apenas o DER permaneceu associado aos TMC.

O predomínio de mulheres no trabalho do setor saúde é histórico. Estudos descrevem que cerca de 70% das equipes de profissionais de saúde são mulheres. Este perfil não sofreu alterações no contexto da pandemia, no Brasil e no mundo (SANTOS et al., 2020; AGENCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS, 2021; SANTOS, 2021; MACHADO et al., 2022), como foi observado nos nossos resultados.

Informações publicadas na Agência Fiocruz de Notícias (2021)⁹ sobre a pesquisa *Os trabalhadores invisíveis da saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da COVID-19 no Brasil* descrevem o perfil dos trabalhadores concordantes com nosso resultados: predomínio de mulheres (72,5%), pretos/pardos (59%) e idade entre 36-50 anos (50,3%). Estudos demonstram que, no Brasil, no contexto da pandemia, 60% dos TS estavam inseridos em hospitais de referência COVID-19 e em postos de saúde ligados a Atenção Básica, com predomínio da força de trabalho feminina, correspondendo a 77% dos profissionais de saúde (MACHADO et al., 2022).

As mulheres estavam inseridas em percentuais mais elevados nas atividades laborais relacionadas ao cuidado (mais de 90% entre técnicos em enfermagem/outros técnicos), com menor nível de escolaridade; enquanto a participação percentual dos homens foi maior nos estratos de maior escolaridade e no grupo ocupacional que envolvia cargos de gestão e vigilância. Estudos sobre as dinâmicas que sustentam e reproduzem determinadas concepções acerca do feminino e do masculino apontam que essas concepções edificam a divisão sexual do trabalho. Assim, a alocação no mercado laboral obedece essa ordem: a ideia, socialmente

construída e reproduzida, de que as mulheres são “naturalmente” afeitas às atividades de âmbito doméstico relacionadas aos cuidados, consolidam percepções e expectativas de que as mulheres estão melhor preparadas para desenvolver as ações de cuidado também nas atividades profissionais (BARBOSA, 2012). Resultados deste estudo evidenciaram que essas relações ainda permanecem intactas, mesmo quando se trata de uma ocupação de predominância feminina; os postos de comando permanecem sendo ocupados, majoritariamente, pelos homens, enquanto as mulheres predominam largamente nas atividades de cuidados.

Os dados evidenciaram alta prevalência de TMC, o que condiz com os resultados encontrados em outros estudos nacionais com TS, variando entre 16,0% e 46,9% (DILELIO et al., 2012; RODRIGUES et al., 2014; MAGNAGO et al., 2015; PINHATTI et al., 2018; ROCHA, MARIN, SEDA, 2019; SANTOS et al., 2020). Além dos estressores ocupacionais, analisados neste estudo, devem ser considerados fatores como as longas jornadas de trabalho, padrão de sono, baixa remuneração, mais de um vínculo empregatício e aspectos do processo de trabalho (FERNANDES, SOARES, SILVA, 2018). As características do ambiente laboral, do contexto em que o trabalho é desenvolvido e da gestão contribuem significativamente para o adoecimento psíquico de trabalhadores (CARVALHO, ARAÚJO, BERNARDES, 2016). Salienta-se que esses aspectos foram exacerbados no contexto da pandemia e no presente estudo, como mencionado, evidenciou-se elevada prevalência de TMC em todas as categorias de trabalhadores “invisíveis”.

Entre os ACS e ACE, a prevalência de TMC foi superior às demais categorias deste estudo e também de outras investigações (BRAGA, CARVALHO, BRINDER, 2010; ALCÂNTARA, ASSUNÇÃO, 2016) . Este achado pode ser explicado pelo fato de a pandemia ter trazido diversos desafios a estes profissionais. A inclusão de novas demandas, aquisição de saberes, aperfeiçoamento de práticas e utilização de novas ferramentas, foram algumas adequações vivenciadas pelos ACS na pandemia, além do reconhecimento de demandas e particularidades do território de sua responsabilidade (MACIEL et al., 2020), somadas ao medo de contaminar-se com o vírus e à utilização de novos equipamentos de proteção individual. A situação de incertezas decorrente do pouco conhecimento sobre uma nova doença também tem papel na ampliação da insegurança, bem como exacerbou o medo de repasse de orientações imprecisas ou com evidências insuficientes às populações atendidas no território, produzindo pressão e ansiedade. Todos esses fatores podem acarretar tensões e sobrecargas, influenciando diretamente na saúde mental destes trabalhadores.

Nossos achados mostraram que estressores ocupacionais específicos estavam relacionados à maior prevalência de transtornos mentais. Níveis elevados de alto esforço, baixa recompensa, comprometimento excessivo com o trabalho e desequilíbrio esforço-recompensa entre trabalhadores da saúde têm sido evidenciados em diversos estudos (ARAÚJO et al., 2016; OLIVEIRA, ARAÚJO, 2018; PINHATTI et al., 2018; GOMES et al., 2021; SOUSA et al., 2021). Neste estudo, observaram-se elevados níveis dos estressores ocupacionais: alto esforço, baixa recompensa, comprometimento excessivo com o trabalho, desequilíbrio esforço-recompensa, alta demanda psicológica, baixo controle sobre o trabalho, baixo apoio social e condições de trabalho em alta exigência.

Os desafios vivenciados na pandemia contribuíram para elevar a exposição aos estressores ocupacionais, uma vez que trabalhar sob excessiva pressão, novas exigências profissionais, condições de trabalho inadequadas e medo permanente de contágio, foram fatores intensificados pela crise sanitária e que afetaram intensamente o trabalho em saúde. A pandemia impôs aos trabalhadores a necessidade de enfrentar a situação e ser proativo na resolutividade dos casos que surgiam diariamente, cabendo ao trabalhador da assistência o cuidado e o dever de salvar vidas; à vigilância, a responsabilidade da proteção, monitoramento e o desafiador controle da transmissibilidade e, ao gestor a tomada de decisões de medidas coletivas, que inicialmente, visava conter o vírus e evitar a morte dos afetados (ALMEIDA et al., 2021).

A exposição a situações de altas demandas psicológicas e baixo controle sobre o trabalho configura-se uma realidade preocupante, já que a alta demanda psicológica no trabalho predispõe ao adoecimento e tem sido descrita como a variável do modelo demanda-controle mais fortemente se associa à ocorrência de TMC, especialmente no contexto do trabalho em saúde (ARAÚJO et al., 2003; ARAÚJO et al., 2016; NASCIMENTO et al., 2006). O controle sobre o trabalho associa-se inversamente aos níveis de sofrimento e insatisfação decorrente da atividade laboral (KARASEK, 1979). Acredita-se que o controle sobre o próprio trabalho possibilita ao trabalhador autonomia para organizar as exigências do trabalho de acordo com as suas capacidades e habilidades; esta ação amplia aspectos positivos do trabalho, diminui os efeitos nocivos causados pelas demandas excessivas e, conseqüentemente, pode reduzir o adoecimento mental decorrente do trabalho (SOUSA et al., 2021).

O comprometimento excessivo com o trabalho estava associado aos TMC em todos os estratos. Pessoas que se dedicam excessivamente ao trabalho, alimentam também a

expectativa de que receberão elevadas recompensas. Na situação de pandemia, o aumento real das demandas pode ter elevado também as expectativas com relação às recompensas pelo trabalho desenvolvido. Assim, a ausência do reconhecimento esperado - da valorização que não chega - pode causar frustração, insatisfação e conseqüentemente, adoecimento psíquico (SOUSA et al., 2021). Trocas laborais injustas estão diretamente associadas ao adoecimento mental (OLIVEIRA, ARAÚJO, 2018; PINHATTI et al., 2018; SOUSA et al., 2021). Fato evidenciado neste estudo, onde situação de desequilíbrio esforço-recompensa permaneceu associada aos TMC entre o pessoal de apoio/conservação/limpeza, os ACS/ACE e os técnicos.

O baixo controle esteve associado aos TMC entre os técnicos de enfermagem. O trabalhador que tem a possibilidade de desenvolver algum nível de controle sobre o seu trabalho amplia as possibilidades de modelar as exigências do trabalho às suas habilidades, reduzindo os efeitos nocivos das condições desfavoráveis vivenciadas no ambiente de trabalho (SOUSA et al., 2021). Pelo contrário, a impossibilidade de arranjos subjetivos amplia a pressão sobre as pessoas, produzindo intenso sofrimento.

A alta demanda psicológica permaneceu associada aos TMC apenas entre o pessoal de apoio/conservação/limpeza. Cabe ressaltar que, no contexto da pandemia, as exigências do trabalho foram exacerbadas, com necessidade de adequações das formas de trabalho, utilização de equipamentos de proteção individual, ampliação da demanda de atendimentos, ampliação de carga horária (SANTOS et al., 2020). Além da exigência aumentada de limpeza e desinfecção dos ambientes e reorganização dos fluxos de atendimento, fatores que podem ter contribuído para elevar as demandas neste grupo ocupacional.

Este estudo gerou um conjunto de informações que, claramente, sinalizam a necessidade de atenção à saúde mental no trabalho em saúde: boa parte dos trabalhadores “invisíveis” estava afetada pelos TMC, no contexto da pandemia. Porém, algumas limitações do estudo precisam ser consideradas: os dados são baseados em autorrelato, podendo haver viés de memória, viés do trabalhador sadio, além da possibilidade de causalidade reversa (os eventos foram analisados num mesmo ponto do tempo, impossibilitando verificação de antecedência). Cabe ainda destacar que o presente estudo foi realizado aproximadamente um ano após o início da pandemia, quando já havia a oferta de vacinas, os serviços de saúde estavam mais estruturados para o manejo e enfermentamento da doença e os profissionais estavam mais preparados para manejar os casos positivos, utilizar os EPIs e implementar medidas de proteção para evitar a propagação do vírus. Neste sentido, acredita-se que as estimativas de TMC e sua relação com os estressores ocupacionais, provavelmente reflitam

uma realidade mais amena quando comparada com o início da pandemia. No entanto, apesar dessas limitações, este estudo apresenta contribuições importantes para saúde pública e planejamento em saúde, ao analisar o perfil de morbidade de grupos específicos de trabalhadores da saúde, historicamente negligenciados.

A presença, durante a pandemia da COVID-19, dos estressores ocupacionais foi evidenciada, bem como sua associação com o adoecimento mental entre os trabalhadores da saúde, independentemente da categoria profissional. Ressalta-se a necessidade em considerar o perfil laboral e os riscos psicossociais mais prevalentes em cada ocupação, a fim de planejar e implementar medidas que elevem as dimensões protetoras do trabalho e que reduzam os aspectos estressores, visando promover ambientes de laborais mais saudáveis.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS. Covid-19: Estudo avalia condições de trabalho na Saúde. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pandemia-reafirma-invisibilidade-de-2-milhoes-de-trabalhadores-da-area-da-saude>
- ALCÂNTARA, M.A.; ASSUNÇÃO, A. Á. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. **Rev Bras Saúde Ocup** [online]. 2016, v. 41, n. 00, e2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000106014>.
- ALMEIDA, V.R.S.; NASCIMENTO, D.C.; MOURA, J.C.V.; SILVA, J.M.S.; OLIVEIRA, D.R.; FREITAS, M.Y.G.S.; SANTOS, C.L.R. Impacto psicossocial causado pela pandemia da COVID-19 nos profissionais de saúde. **Rev Baiana Enferm** (2021); 35:e37900. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37900>. Acesso em 24 fev 2022
- ARAÚJO, T.M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C.O.; A-GUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 424-33, 2003.
- ARAÚJO, T.M.; GRAÇA, C.C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.
- ARAÚJO, T.M.; MATTOS, A.I.S.; ALMEIDA, M.M.G.; SANTOS, K.O.B. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da saúde: contribuições de modelos combinados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**[Internet]. 2016; 19(3): 645-57. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600030014>
- ARAÚJO, T. M.; KARASEK, R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. **SJWEH Supplements**, n. 6, p. 52–59, 2008.

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

BARRETO DO CARMO, M.B.; SANTOS, L.M.; FEITOSA, R.L.; SILVA, N.B.; SANTOS, D.N.; BARRETO, M.L.; AMORIM, L.D. Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: what are the alternative strategies for analysis?. **Revista Brasileira de Psiquiatria** [online]. 2018, v. 40, n. 2, pp. 115-122. Available from: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2139>.

BRAGA, L.C.; CARVALHO, L.R.; BINDER, M.C.P. Working conditions and common mental disorder among primary healthcare workers from Botucatu, São Paulo State. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010;15 Suppl 1:1585-96.

BRUST-RENCK, P.G.; FERRARI, J.; ZIBETTI, M.R.; SERRALTA, F.B. Influência da percepção de risco sobre a Covid-19 no sofrimento psicológico dos profissionais de saúde. **Psico**, v. 52, n. 3, p. e41408, 2021. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/41408>. Acesso em 24 fev 2022

CARVALHO, D.B.; ARAÚJO, T.M.; BERNARDES, K.O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. 2016; 41: e17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000115915>.

CASTRO, M.R. Os trabalhadores invisíveis. **Rev TST**. São Paulo, v 87, n 2, Abr/Jun 2021. Disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/190040/2021_castro_maria_trabalhadores_invisiveis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

COUTINHO, L.M.S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P.R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Rev. Saúde Pública**. 2008; 42(6): 992-998.

DILELIO, A.S.; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; SILVA, S.M.; THUMÉ, E.; PICCINI, R.X.; FERNANDES, M.A.; SOARES, L.M.D.; SILVA, J.S. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. **Revista Brasileira de medicina do Trabalho**. 2018. 16 (2); 218-224

FERNANDES, M.A.; SOARES, L.M.D.; SILVA, J.S. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. **Revista Brasileira de medicina do Trabalho**. 2018. 16 (2); 218-224

FRANCISCO, P.M.S.B.; DONALISIO, M.R.; BARROS, M.B.A.; CESAR, C.L.G.; CARANDINA, L. G. M. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. **Rev. bras. epidemiol.** 2008 Sep; 11(3): 347-355.

GOMES, M.R.; ARAÚJO, T.M.; SOARES, J.F.S.; SOUSA, C.C.; LUA, I. Occupational stressors and work accidents among health workers. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2021, v. 55, 98. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002938>.

JOHNSON, J.V., H. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. **Am J Public Health**. 1988; 78(10): 1336-42.

KARASEK JR, R.A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Adm Sci Q.** v.24, n. 2, p.285-308, 1979.

MACHADO, M.H.; WERMELINGER, M.; MACHADO, A.V.; PEREIRA, E.J.; AGUIAR FILHO, W. Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de Covid-19: a realidade brasileira. In: Portela, MC.; Reis, LGC.; Lima, SML., eds. *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, **Editora Fiocruz**, 2022, pp. 283-295. Informação para ação na Covid-19 series. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0019>.

MACHADO, M. H.; COELHO, M. C. R.; PEREIRA, E. J.; TELLES, A. O.; SOARES NETO, J. J.; XIMENES NETO, F. R. G.; TEIXEIRA, E. G.; BEMBELE, J. N.; SILVA, L. G.; VARGAS, F. L. Condições de trabalho e biossegurança dos profissionais de saúde e trabalhadores invisíveis da saúde no contexto da COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 28(10):2809-2822, 2023

MACIEL, F.B.M.; SANTOS, H.L.P.C.; CARNEIRO, R.A.S.; SOUZA, E.A.; PRADO, N.M.B.L.; TEIXEIRA, C.F.S. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**.25 (supl 2). 2020. pp. 4185-4195. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>.

MAGNAGO, T.S.B.S.; PROCHNOW, A.; URBANETTO, J.S.; GRECO, P.B.T.; BELTRAME, M.; LUZ, E.M.F. Relationship between work ability in nursing and minor psychological disorders. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2015, v. 24, n. 2 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002580013>.

MIRANDA FMD, SANTANA LL, PIZZOLATO AC, SARQUIS LMM. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a COVID-19. **Revista CogitareEnfermagem**.v. 25: e72702, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72702>. Acesso em 24 fev 2022

NASCIMENTO SOBRINHO, C.L.; CARVALHO, F.M.; BONFIM, T.A.S.; CIRINO, C.A.S.; FERREIRA, I.S. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 131-140, 2006.

OLIVEIRA, A.M.N.; ARAÚJO, T.M. Situações de desequilíbrio entre esforço-recompensa e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2018, v. 16, n. 1, pp. 243-262. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00100>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Ministério da Saúde. Relatório Mundial de Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2002.

PINHATTI, E.D.G.; RIBEIRO, R.P.; SOARES, M.H.; MARTINS, J.T.; LACERDA, M.R.; GALDINO, M.J.Q. Psychosocial aspects of work and minor psychic disorders in nursing: use of combined models. Londrina, Londrina, PR, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**[online]. 2018, v. 26 e 3068. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2769.3068>.

ROCHA, M.R.A.; MARIN, M.J.S.; SEDA, J.M. Fatores associados ao transtorno mental

comum em trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar. **Revista Rene**. 2019. Fortaleza , v. 20, e40861, 2019 . Disponível em:http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522019000100332&lng=pt&nrm=iso.

RODRIGUES, E.P.; RODRIGUES, U.S.; OLIVEIRA, L.M.M.; LAUDANO, R.C.S.; NASCIMENTO SOBRINHO, C.L. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**[online].2014, v. 67, n. 2, p. 296-301. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140040>.

SANTOS, B.M.P.; A face feminina na linha de frente contra a pandemia da COVID-19. **Revista Nursing**. v. 24, n275:SABO-5481, 2021. Disponível em:<http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1470>

SANTOS, F.F.; BRITO, M.F.S.F.; PINHO, L.; CUNHA, F.O.; RODRIGUES NETO, J.F.; FONSECA, A.D.G.; SILVA, C.S.O. Transtornos mentais comuns em técnicos de enfermagem de um hospital universitário.**Revista Brasileira de Enfermagem**.2020. 73(1): e20180513

SANTOS, K.O.B.; ARAÚJO, T. M.; PINHO, O.S.; SILVA, A.C.C. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidadepsíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). **Rev BaianaSaúdePublica**. 2010; 34(3): 544-560.

SANTOS, K.O.B.; CARVALHO, F.M.; ARAÚJO, T.M. Internal consistency of the Self-Reporting questionnaire-20 in occupational groups. **Rev Saúde Pública**. 2016;50(6): 1-10.

SANTOS, K.O.B.; FERNANDES, R.C.P.; ALMEIDA, M.M.C.; MIRANDA, S.S.; MISE, Y.F.; LIMA, M.A.G. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 36, n. 12, e00178320, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178320>.

SANTOS, T.A.;SUTO, C.S.S.; SANTOS, J.S.; SOUZA, E.A.; GÓES, M.M.C.S.R.; MELO, C.M.M. Condições de trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem em hospitais públicos. **Reme : Rev. Min. Enferm.** [online]. v.24, e1339, 2020. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20200076>. 2020^a

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high- effort - low-reward conditions at work. **J Occup Health Psychol**. 1996; 1(1):27-41.

SIEGRIST J., WAHRENDORF M. **Work stress and health in a globalized economy: The model of ‘effort’-‘reward’ imbalance**. 1st ed.; Springer - Cham, International Publications: Switzerland, 2016. DOI: 10.1007/978-3-319-32937-6.

SOUSA, C.C.; ARAÚJO, T.M.; LUA, I.; GOMES, M.R.; FREITAS, K.S. Insatisfação com o trabalho, aspectos psicossociais, satisfação pessoal e saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2021, v. 37, n. 7, e00246320. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00246320>.

5.4 ARTIGO 4 - ADOECIMENTO MENTAL EM TRABALHADORES INVISÍVEIS DA SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: ANÁLISE DOS EFEITOS ISOLADOS E COMBINADOS DE ESTRESSORES OCUPACIONAIS

RESUMO

A pandemia introduziu uma série de transformações no cotidiano laboral desses profissionais, como a considerável exposição ao vírus da COVID-19, acompanhada do receio constante de contrair a doença ou transmiti-la aos seus entes queridos. Esse cenário pode resultar em sofrimento moral e mental para alguns trabalhadores, desencadeando estresse ocupacional e repercussões físicas e mentais intensas. **Objetivo:** Analisar os efeitos isolados e combinados de estressores ocupacionais sobre a saúde mental de trabalhadores invisíveis da saúde. **Método:** Estudo transversal conduzido em três municípios da Bahia. Dados coletados entre Abril 2021/ Abril 2022, através de questionário estruturado. Para a caracterização geral da amostra realizaram-se análises descritivas. Análise bivariada foi utilizada para analisar associação entre estressores ocupacionais e ocorrência de TMC. A análise de interação envolveu a construção de variáveis *dummy* para definição das exposições de interesse. Distribuição das prevalências de TMC analisadas segundo os grupos de exposição investigados. Prevalências de TMC estimada para cada grupo de variáveis, separadamente e de modo combinado, tomando-se como referência o grupo de nenhuma exposição. A análise de dados foi realizada com SPSS 24.0 e o OpenEpi. **Resultados:** Verificou-se diferenças na distribuição dos estressores ocupacionais por estratos das covariáveis de interesse e de suspeição de TMC. De modo geral, elevada prevalência de TMC foi evidenciada entre os trabalhadores invisíveis. No entanto, a exposição aos estressores ocupacionais contribuiu para elevar a deterioração da saúde mental, sendo evidenciado maior prevalência de TMC na exposição aos fatores combinados. **Conclusões:** Evidencia-se a presença de estressores ocupacionais no contexto pandêmico, assim como sua correlação com o adoecimento mental entre os trabalhadores “invisíveis” da saúde. A exposição ocupacional a estressores a ao menos um fator de exposição, apresentaram maior probabilidade de adoecimento, sendo observada maiores prevalências de TMC em trabalhadores com comprometimento excessivo com o trabalho e ainda maior quando expostos simultaneamente a dois fatores, ultrapassando o excesso de risco a exposição esperado.

Palavras-chave: COVID-19. Trabalhador da saúde. Estresse ocupacional. Saúde mental.

ABSTRACT

The pandemic introduced a series of transformations in the daily work of these professionals, such as considerable exposure to the COVID-19 virus, accompanied by the constant fear of contracting the disease or transmitting it to their loved ones. This scenario can result in moral and mental suffering for some workers, triggering occupational stress and intense physical and mental repercussions. Objective: To analyze the isolated and combined effects of occupational stressors on the mental health of invisible health workers. Method: Cross-sectional study conducted in three municipalities in Bahia. Data collected between April 2021/April 2022, through a structured questionnaire. For the general characterization of the sample, descriptive analyzes were carried out. Bivariate analysis was used to analyze the association between occupational stressors and the occurrence of CMD. The interaction analysis involved the construction of dummy variables to define the exposures of interest. Distribution of CMD prevalence analyzed according to the exposure groups investigated. Estimated CMD prevalences for each group of variables, separately and combined, taking the no exposure group as a reference. Data analysis was performed with SPSS 24.0 and OpenEpi. Results: There were differences in the distribution of occupational stressors by stratum of covariates of interest and suspicion of CMD. In general, a high prevalence of CMD was evident among invisible workers. However, exposure to occupational stressors contributed to increasing the deterioration of mental health, with a higher prevalence of CMD in exposure to combined factors. Conclusions: The presence of occupational stressors in the pandemic context is evident, as well as their correlation with mental illness among “invisible” health workers. Occupational exposure to stressors and at least one exposure factor presented a greater probability of illness, with a higher prevalence of CMD being observed in workers with excessive commitment to work and even higher when exposed simultaneously to two factors, exceeding the excess risk of exposure expected.

Keywords: COVID-19. Health worker. Occupational stress. Mental health.

INTRODUÇÃO

Em meio a um cenário desafiador da pandemia da COVID-19 que assolou o Brasil e o mundo, os trabalhadores da saúde estiveram na linha de frente ao enfrentamento de uma doença até então nunca vista, desempenhando papel ativo e decisivo no cuidado aos pacientes, desde o diagnóstico, recuperação, prevenção e acompanhamento de pacientes e familiares (Laguna ET AL...)

Apesar da existência prévia de demandas cognitivas, físicas, sociais e emocionais vivenciadas por profissionais de saúde em momento prévio ao contexto pandêmico, estas demandas foram aguçadas pelo fenômeno COVID-19. A pandemia introduziu uma série de transformações no cotidiano laboral desses profissionais, como a considerável exposição ao vírus da COVID-19, acompanhada do receio constante de contrair a doença ou transmiti-la

aos seus entes queridos. Além disso, enfrentam riscos ocupacionais, sobrecarga de trabalho impulsionada pela demanda acelerada e abrupta de atendimentos, pressões extremas, recursos limitados e inadequados, além da tensão e frustração originadas pela prestação incipiente de cuidados aos pacientes com COVID-19 contribuem para desafios adicionais, especialmente no equilíbrio entre as necessidades físicas e mentais dos profissionais e as dos pacientes. Esse cenário pode resultar em sofrimento moral e mental para alguns trabalhadores, desencadeando estresse ocupacional e repercussões físicas e mentais intensas (Ribeiro ET AL.)

Cada vez mais prevalentes na sociedade contemporânea, os transtornos mentais representam um desafio significativos para a saúde pública, especialmente quando atingem os profissionais de saúde que vivenciaram o período pandêmico (Guimarães-Teixeira E et AL e Silva). Estudos recentes apontam que, no ano de 2017, os transtornos mentais são a terceira causa de incapacidade para o trabalho no Brasil (Silva).

Sucessivos afastamentos devido a doenças aumentaram a carga sobre aqueles que permaneceram na linha de frente, enquanto o medo, a insegurança e o luto se tornaram companheiros cotidianos para aqueles que se deslocavam de suas casas para unidades de trabalho com condições precárias (Guimarães-Teixeira E et AL e Silva)

Situações ameaçadoras em contextos ocupacionais (estressores ocupacionais) desempenham um papel crucial no desencadeamento de problemas de saúde dos trabalhadores, sendo um potencial precursor do sofrimento mental (Ribeiro ET AL.). Quando analisados os principais fatores que contribuem para o adoecimento mental no ambiente de trabalho entre profissionais da saúde nesse contexto, estudos apontam que a exigência de produtividade, desvalorização, cargas horárias excessivas, estresse físico e emocional, a frustração, a constante ameaça de contaminação, a discriminação, o isolamento, o contato frequente com emoções negativas de pacientes ou familiares, bem como a ausência de interação com a própria família e a exaustão (Laguna ET AL... e Silva).

Quando esses fatores ultrapassam a capacidade de resiliência psicológica do profissional, dá-se início ao processo de adoecimento mental, que pode se manifestar de diversas maneiras, incluindo estresse, insônia, ansiedade, medo e transtornos de pânico, transtornos de estresse pós-traumático, sintomas depressivos, pensamentos suicidas, tentativas de suicídio ou Síndrome de Burnout (Laguna ET AL...). É importante ressaltar que o sofrimento mental pode ser uma experiência temporária, mas a exposição constante a estressores é responsável pelo desenvolvimento de transtornos mentais propriamente ditos (Ribeiro ET AL.).

No entanto, a intensa exposição ocupacional não é uniforme entre as diversas

categorias profissionais que atuam no setor de saúde. Uma parte significativa desses profissionais enfrenta invisibilidade, falta de reconhecimento e é frequentemente excluída de estudos que abordam questões de saúde ocupacional. Esses trabalhadores têm sido chamados de "trabalhadores invisíveis", um termo atribuído àqueles que, embora desempenhem tarefas cruciais, ocupam funções pouco valorizadas e recebem pouca atenção na sociedade, tornando-se, muitas vezes, "invisíveis" até mesmo dentro de suas próprias equipes, instituições e na sociedade em geral (CASTRO, 2021; AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS, 2021).

No presente estudo, os trabalhadores “invisíveis” da saúde foram categorizados em quatro grupos, considerando as demandas ocupacionais, a saber: I. trabalhadores de apoio, conservação e limpeza (condutores de ambulância, manutenção, apoio operacional, equipe da limpeza, cozinha e administração); II. técnicos (técnicos e auxiliares de enfermagem, de saúde bucal, de radiologia, de laboratório e análises clínicas), III. Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combate às Endemias - ACE e IV. gestão e vigilância em saúde (sanitaristas, fiscais sanitários, técnicos da vigilância, apoiadores institucionais, gerentes e coordenadores).

Diante a escassez de trabalhos científicos relacionados à saúde mental em trabalhadores da saúde e suas relações com a pandemia, especialmente de trabalhadores “invisíveis”, faz-se necessário conhecer os efeitos dos estressores ocupacionais no processo do adoecimento mental nestes trabalhadores. Para tanto, o objetivo deste estudo é analisar os efeitos isolados e combinados de estressores ocupacionais sobre a saúde mental de trabalhadores invisíveis da saúde.

MÉTODOS

Estudo transversal conduzido em três municípios da Bahia, vinculado ao projeto de pesquisa “Vigilância e Monitoramento de Doenças Infecciosas no Setor Saúde”, desenvolvido com recursos financeiros do CNPq 427045/2016-9. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o protocolo CAAE 90204318.2.0000.0053.

A amostra foi calculada considerando o número total de trabalhadores de todas as categorias profissionais (N=4.849 trabalhadores) em três municípios do interior da Bahia, incidência de acidentes de trabalho entre profissionais de saúde de 42%, confiança de 95% e precisão de 3%, resultando em uma amostra mínima necessária de 857 trabalhadores. A esse número, acresceu-se 15%, levando-se em consideração possíveis perdas e recusas, resultando na amostra final de 986 trabalhadores da saúde, envolvendo todas as categorias

profissionais.

A seleção da amostra foi definida em procedimentos de etapas sucessivas: a) listagem nominal dos trabalhadores em atividade; b) estratificação da amostra (área geográfica, nível de atenção do serviço e grupo ocupacional conforme a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009)); c) sorteio dos(as) trabalhadores(as) utilizando lista de números aleatórios do programa SPSS, versão 23.0. Uma lista extra, com a finalidade de reposição de possíveis perdas dos sorteados, foi gerada no processo de amostragem, limitada a 20% do N total da amostra selecionada. O estudo multicêntrico alcançou no total 1204 trabalhadores, destes 927 exercem as categorias ocupacionais invisibilizadas.

A base de dados foi constituída entre abril de 2021 e abril de 2022a partir de questionário estruturado a partir de revisão de literatura. Foram definidos procedimentos para o controle de qualidade das informações coletadas e digitação do banco de dados, por equipe treinada. Medidas de biossegurança foram adotadas para a coleta durante a pandemia.

Os transtornos mentais comuns (TMC), variável desfecho, foram avaliados pelo Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Trata-se de instrumento autoaplicável, composto de 20 questões mensuradas em escala dicotômica (sim/não), que permite rastrear indivíduos com TMC, sendo recomendado, como ponto de corte, sete ou mais respostas positivas para mulheres e cinco ou mais respostas positivas para homens (SANTOS et al., 2010). O SRQ-20 é um instrumento amplamente utilizado em todo o mundo, com desempenho satisfatório em diferentes populações dos países em desenvolvimento (HARDING, 1980; HARPAM et al, 2003; ABBAS et al., 2013; SANTOS et al., 2016).

Os aspectos psicossociais do trabalho, estressores ocupacionais, foram avaliados por dois modelos: Desequilíbrio Esforço-Recompensa (ERI – *Effort-Reward Imbalance*), desenvolvido por Siegrist (1996) e Demanda-Montrole (MDC), proposto por Karasek (1979). Ambos apresentaram bom desempenho em estudos de validação de seu desempenho na avaliação das características psicossociais do trabalho no Brasil. (CHOR et al., 2008; ARAÚJO; KARASEK, 2008).

Utilizou-se a versão completa do ERI, com 23 questões, contendo as escalas de esforço (6 itens), recompensa (11 itens) e comprometimento excessivo com o trabalho (6 itens). As respostas empregam escala do tipo likert (1. “discordo fortemente”; 2. “discordo”; 3. “concordo”; e, 4. “concordo fortemente”). Como ponto de corte para definição das escalas dicotômicas propostas: (esforço: alto/baixo, recompensa: alta/baixa, comprometimento

excessivo: presente/ausente), foi utilizado o terceiro quartil. O indicador de desequilíbrio esforço-recompensa foi obtido por meio da seguinte fórmula: $ERI = e/(r*c)$. Onde “e” refere-se a soma dos itens de esforço, “r” corresponde a soma dos itens de recompensa e “c” é um fator de correção, considerando a quantidade de itens do numerador comparado ao denominador. O terceiro quartil foi utilizado como ponto de corte para dicotomização das escalas propostas para composição de esforço (baixo/alto), recompensa (baixa/alta), comprometimento excessivo (ausente/ presente) (MONTANO; LI; SIEGRIST, 2016).

O modelo ERI avalia esforço (energia despendida para realização do trabalho, envolve gasto físico e psíquico) e recompensa no trabalho (retornos como os ganhos financeiros, percepção de reconhecimento e respeito no ambiente laboral; expectativas de promoção, compatibilidade do cargo ocupado com a formação e sentimento de justiça nas relações). O modelo inclui uma terceira dimensão, o comprometimento excessivo com o trabalho, que corresponde a um fator intrínseco, subjetivo, que se caracteriza pelo esforço excessivo, visando reconhecimento e aprovação (SIEGRIST, WAHRENDORF, 2016).

Incluiu-se na análise covariáveis socioeconômicas (sexo, idade, escolaridade, raça/cor da pele, situação conjugal, filhos, renda), laborais (jornada de trabalho, vínculo empregatício, ocupação, tempo de atuação na profissão, atividades compatíveis com o cargo).

Para a caracterização geral da amostra realizaram-se análises descritivas. Análise bivariada foi utilizada para analisar associação entre estressores ocupacionais e ocorrência de TMC, calculando-se as razões de prevalências (RP), intervalos de confiança (IC) de 95% e os valores de p pelo teste qui-quadrado de Pearson. Os programas Statistical Program for the Social Sciences 23.0 (SPSS 15.0) e OpenEpi 3.0 foram utilizados.

A análise de interação envolveu a construção de variáveis *dummy* para definição das exposições de interesse. A distribuição das prevalências de TMC foi analisada segundo os grupos de exposição investigados: 1. Não exposição a nenhum dos fatores (situação de equilíbrio E-R e comprometimento excessivo com o trabalho ausente); 2. Exposições independentes (situação de equilíbrio E-R e comprometimento excessivo com o trabalho presente; situação de desequilíbrio E-R e comprometimento excessivo com o trabalho ausente); e, 3. Exposições combinadas (situação de desequilíbrio E-R e comprometimento excessivo com o trabalho presente).

As prevalências de TMC foram estimadas para cada grupo de variáveis, separadamente e de modo combinado, tomando-se como referência o grupo de nenhuma exposição. As medidas de interação foram verificadas com base no critério da aditividade, pelo cálculo do excesso de prevalência ($\text{Excesso de prevalência} - EP = P_{\text{exposição}} -$

nenhuma exposição) e excesso de razão de prevalência ($ERP = RP - 1$), que evidenciam se o efeito combinado dos fatores é maior que a soma dos seus efeitos isolados, a diferença relativa $[(RP - 1 / ERP01 + ERP10) - 1]$, que mostra o afastamento do comportamento esperado para a ação isolada dos fatores (FERRITE, 2005). Foram incluídos na análise ainda: o excesso de risco devido à interação (Excesso de risco devido à interação - $RERI = RP11 - RP01 - RP10 + 1$), que quantifica o afastamento em relação ao valor nulo; a proporção de casos atribuída à interação (Proporção de casos atribuída à interação - $AP = (RP11 - RP01 - RP10 + 1) / RP11$) que evidencia a proporção de casos em virtude de ambas as exposições e, o índice de sinergia ($S = (RP11 - 1) / (RP01 + RP10 - 2)$) que reflete a direção da interação em relação à nulidade ($S = 1$), sinergia ($S > 1$) ou antagonismo ($S < 1$) (ROTHMAM; GREENLAND; LASH, 2011). A análise de dados foi realizada com SPSS 24.0 e o OpenEpi.

RESULTADOS

Participaram do estudo 927 trabalhadores em ocupações invisibilizadas. A amostra foi constituída majoritariamente por mulheres (80,8%), negros (94,4), com idade superior a 40 anos (63,9%), sem nível superior (72,5%), com companheiro (56,5%), renda média de um salário mínimo (70,7%), trabalhador efetivo (63,2%), desenvolvendo atividades compatíveis com o cargo (63,1%), na profissão há mais de cinco anos (69,0%) e com jornada semanal de até 40 horas (92,0%). Dentre as categorias agrupadas, predominaram os ACS/ACE (41,9%), seguidos pelos técnicos de enfermagem e outros (26,3%), trabalhadores de apoio, conservação e limpeza (25,9%) e trabalhadores da gestão e vigilância em saúde (6,0%) (dados não apresentados em tabela).

Verificou-se diferenças na distribuição dos estressores ocupacionais por estratos das covariáveis de interesse e de suspeição de TMC. Para situação de desequilíbrio esforço-recompensa observou-se diferenças estatisticamente significantes para: idade, atividade compatível com o cargo, tempo de trabalho, categoria profissional, satisfação com a capacidade para o trabalho e TMC. Enquanto as variações nos níveis de comprometimento excessivo com o trabalho revelaram diferenças estatisticamente significantes entre os estratos das variáveis: idade, situação conjugal, vínculo, atividade compatível com o cargo, tempo de trabalho, categoria profissional, satisfação com a capacidade para o trabalho e TMC (**Tabela 1 e 2**).

Tabela 1. Características socioeconômicas e laborais, sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns, segundo desequilíbrio esforço-recompensa. Trabalhadores invisíveis da saúde. Bahia, Brasil, 2022.

Variáveis (n=927)	Desequilíbrio Esforço-Recompensa				p-valor
	Equilíbrio		Desequilíbrio		
	n	%	n	%	
Sexo (841)*					
Masculino	114	70,8	47	29,2	< 0,066
Feminino	429	63,1	251	36,9	
Raça/cor (824)*					
Branco(as)	31	68,9	14	31,1	< 0,522
Pretos(as)/pardos(as)	500	64,2	279	35,8	
Escolaridade (835)*					
Com nível superior	145	63,3	84	36,7	< 0,647
Sem nível superior	394	65,0	212	35,0	
Idade (831)*					
Até 40 anos	211	69,4	93	30,6	< 0,025
Mais de 40 anos	325	61,7	202	38,3	
Situação Conjugal (840)*					
Sem companheiro	243	66,2	124	33,8	< 0,368
Com companheiro	299	63,2	174	36,8	
Renda (834)*					
Até 1 salário mínimo**	369	63,7	210	36,3	< 0,550
Mais de 1 salário mínimo	168	65,9	87	34,1	
Vínculo (819)*					
Efetivo	330	61,8	204	38,2	< 0,075
Temporário	194	68,1	91	31,9	
Atividade compatível com o cargo (829)*					
Sim	371	70,5	155	29,5	< 0,001
Não	164	54,1	139	45,9	
Tempo de Trabalho (780)*					
Até 5 anos	144	72,4	55	27,6	< 0,005
Mais de 5 anos	356	61,3	225	38,7	
Jornada Semanal (824)*					
Até 40 horas	498	65,4	264	34,6	< 0,158
Mais de 40 horas	35	56,5	27	43,5	
Categoria profissional (854)*					
Apoio, conservação e limpeza	154	71,6	61	28,4	< 0,019
ACS/ACE	216	60,5	141	39,5	

Técnicos de enfermagem e outros	139	61,5	87	38,5	
Gestão e vigilância em saúde	42	75,0	14	25,0	
Sobrecarga Doméstica (813)*					
Baixa	358	65,8	186	34,2	< 0,528
Alta	171	63,6	98	36,4	
Satisfação com a capacidade para o trabalho (834)*					
Satisfeito	435	70,4	183	29,6	< 0,001
Insatisfeito	104	48,1	112	51,9	
TMC (798)*					
Não	347	72,6	131	27,4	< 0,001
Sim	172	53,8	148	46,3	

* As taxas de respostas variaram em função de perdas de informações para as variáveis analisadas. **Salário mínimo vigente em 2021: 1.100,00.

Tabela 2. Características socioeconômicas e laborais, sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns, segundo comprometimento excessivo com o trabalho. Trabalhadores invisíveis da saúde. Bahia, Brasil, 2022.

Variáveis (n=927)	Comprometimento Excessivo com o Trabalho				
	Ausente		Presente		p-valor
	n	%	n	%	
Sexo (910)*					
Masculino	121	69,5	53	30,5	< 0,082
Feminino	460	62,5	276	37,5	
Raça/cor (890)*					
Branco(as)	33	66,0	17	34,0	< 0,741
Pretos(as)/pardos(as)	535	63,7	305	36,3	
Escolaridade (901)*					
Com nível superior	155	62,5	93	37,5	< 0,496
Sem nível superior	424	64,9	229	35,1	
Idade (896)*					
Até 40 anos	226	69,5	99	30,5	< 0,006
Mais de 40 anos	345	60,4	226	39,6	
Situação Conjugal (909)*					
Sem companheiro	280	70,0	120	30,0	< 0,001
Com companheiro	300	58,9	209	41,1	
Renda (902)*					
Até 1 salário mínimo**	162	60,7	105	39,3	< 0,249

Mais de 1 salário mínimo	411	64,7	224	35,3	
Vínculo (886)*					
Efetivo	335	58,4	239	41,6	< 0,001
Temporário	230	73,7	82	26,3	
Atividade compatível com o cargo (895)*					
Sim	389	68,7	177	31,3	< 0,001
Não	182	55,3	147	44,7	
Tempo de Trabalho (841)*					
Até 5 anos	161	74,9	54	25,1	< 0,001
Mais de 5 anos	375	59,9	251	40,1	
Jornada Semanal (884)*					
Até 40 horas	516	63,5	297	36,5	< 0,351
Mais de 40 horas	49	69,0	22	31,0	
Categoria profissional (922)*					
Apoio, conservação e limpeza	180	75,3	59	24,7	< 0,001
ACS/ACE	203	52,7	182	47,3	
Técnicos de enfermagem e outros	172	71,1	70	28,9	
Gestão e vigilância em saúde	32	57,1	24	42,9	
Sobrecarga Doméstica (879)*					
Baixa	386	66,0	199	34,0	< 0,165
Alta	180	61,2	114	38,8	
Satisfação com a capacidade para o trabalho (900)*					
Satisfeito	463	69,6	202	30,4	< 0,001
Insatisfeito	110	46,8	125	53,2	
TMC (854)*					
Não	389	76,9	117	23,1	< 0,001
Sim	189	54,3	159	45,7	

* As taxas de respostas variaram em função de perdas de informações para as variáveis analisadas. **Salário mínimo vigente em 2021: 1.100,00.

A prevalência global de TMC foi de 40,4%. A prevalência de TMC variou entre os grupos, considerando-se os efeitos isolados e combinados dos estressores ocupacionais. O grupo referência, sem nenhuma exposição, apresentou menor prevalência de TMC (27,2%). Enquanto trabalhadores expostos, a ao menos um fator de exposição, apresentaram maior probabilidade de adoecimento. A análise dos fatores isolados revelou que entre os trabalhadores com comprometimento excessivo com o trabalho a prevalência de TMC (51,9%) foi superior ao valor observado no grupo exposto apenas a situação de desequilíbrio

esforço-recompensa (34,4%). O grupo de trabalhadores simultaneamente exposto aos dois fatores apresentou maior prevalência de TMC (68,6%).

As exposições isoladas e a combinação das exposições apresentaram tendência de aumento das prevalências e das razões de prevalência brutas e ajustadas de TMC. A exposição a ambos os fatores foi responsável por 41,4% do excesso de prevalência. O efeito combinado dos fatores (ERP = 1,52) foi maior do que a soma dos seus efeitos isolados (ERP = 1,17). A diferença relativa entre as estimativas dos efeitos indicou um afastamento de 30% do comportamento esperado para a ação independente dos fatores (**Tabela 4**).

A diferença entre a prevalência esperada em virtude da exposição combinada (P = 51,9%) e a prevalência observada para o grupo (P = 68,6%) excedeu a ocorrência do desfecho em 7,5%, segundo o pressuposto da aditividade. A associação do efeito combinado (RP = 2,52) foi superior à estimada com base na aditividade dos efeitos (RP = 2,17), resultando numa RERI = 0,35. A proporção de casos atribuída à interação foi de 13,0% com direção para a sinergia dos efeitos (S = 1,29) (**Tabela 4**).

Tabela 3. Prevalências, razões de prevalência e intervalos de confiança de 95% para transtornos mentais comuns (TMC) segundo exposições isoladas e combinadas de estressores ocupacionais. Trabalhadores invisíveis. Bahia, Brasil, 2021.

Exposições (n=927)*	TMC				
	Análise bruta			Análise ajustada	
	P(%)	RP	IC95%	RP**	IC95%**
Referência (sem exposição)					
ERI= 0, CE = 0	27,2	1,00	-	1,00	-
Exposições Isoladas					
ERI= 0, CE = 1	51,9	1,91	1,51 - 2,41	1,72	1,36 – 2,19
ERI = 1, CE = 0	34,4	1,26	0,94 - 1,69	1,19	0,89 – 1,60
Exposições Combinadas					
ERI= 1, CE = 1	68,6	2,52	2,07 – 3,07	2,22	1,79 – 2,74

* As taxas de respostas variaram em função de perdas de informações para as variáveis analisadas. **Medidas Ajustadas por: idade, situação conjugal, vínculo, atividades compatível com o cargo, tempo no cargo, satisfação com a capacidade para o trabalho e ocupação. P: prevalência; RP: razão de prevalência; IC: intervalo de confiança; ERI: effort-reward imbalance (desequilíbrio esforço-recompensa); 0 = Não-exposto; 1= Exposto.

Tabela 4. Excessos de prevalência, de razões de prevalência e diferença relativa para transtornos mentais comuns (TMC) segundo categorias interseccionais de gênero, raça e estresse ocupacional (ERI). Trabalhadores(as) da saúde, Bahia, Brasil, 2012.

Exposições (n=927)	P(%)	Excesso de Prevalência	RP	Excesso de Razão de Prevalência (EPR = PR -1)		Diferença

		^a		Observad o (ERPO) (A) ^b	Esperado baseado nas exposições separadas (B) ^c	Relativa ^d ((A/B) – 1) (%)
Referência						
ERI= 0, CE = 0		27,2				
Exposições Isoladas						
ERI= 0, CE = 1		51,9	24,7	1,9 1	0,91	
ERI = 1, CE = 0		34,4	7,2	1,2 6	0,26	
Exposições Combinadas						
ERI= 1, CE = 1		68,6	41,4	2,5 2	1,52	1,17 30
Efeito esperado ^e	combinado	59,1	7,5	2,1 7		
RERI ^f				0,3 5		
AP ^g				0,1 3		
S ^h				1,2 9		

P: prevalência; RP: razão de prevalência; ERI: effort-reward imbalance (desequilíbrio esforço-recompensa); CE: comprometimento excessivo com o trabalho

0 = Não-exposto; 1 = Exposto.

^a $(P_{\text{exposição}} - P_{\text{nenhuma exposição}})$.

^b Excesso de razão de prevalência observado (ERP = RP - 1).

^c Excesso de razão de prevalência esperado baseado em exposições separadas = ERPO01 + ERPO10.

^d Diferença relativa $(R_{11} - 1 / (EPR_{01} + EPR_{10}) - 1)$.

^e Efeito combinado esperado = $P_{01} - P_{00} + P_{10} - P_{00} + P_{00} / RP_{01} - RP_{00} + RP_{10} - RP_{00} + RP_{00}$. ^f Excesso de risco devido à exposição (RERI) = $RP_{11} - RP_{01} - RP_{10} + 1$.

^g Proporção de casos atribuída à interação (AP) = $(RP_{11} - RP_{01} - RP_{10} + 1) / RP_{11}$.

^h Índice de sinergia (S) = $(RP_{11} - 1) / (RP_{01} + RP_{10} - 2)$.

DISCUSSÃO

Verificou-se diferenças na distribuição dos estressores ocupacionais por estratos das covariáveis de interesse e de suspeição de TMC. De modo geral, elevada prevalência de TMC foi evidenciada entre os trabalhadores invisíveis. No entanto, a exposição aos estressores ocupacionais contribuiu para elevar a deterioração da saúde mental, sendo evidenciado maior prevalência de TMC na exposição aos fatores combinados.

A presença histórica da força de trabalho feminina no setor de saúde é destacada (Laguna ET AL...). A vulnerabilidade mais pronunciada entre as mulheres jovens tem sido

ressaltada em estudos recentes, uma vez que foram as mais afetadas e sobrecarregadas durante crises sanitárias. Nesse contexto, tiveram que equilibrar as demandas de suas atividades na área da saúde com as responsabilidades familiares e domésticas, assumindo o papel de cuidadoras de crianças, idosos e enfermos em suas famílias (BITENCOURT; ANDRADE, 2021; SANTOS, 2021; MINAYO; FREIRE, 2020; SANTOS et al., 2020b).

Quando considerado trabalhadoras negras, as desigualdades de gênero e raça entre os profissionais de saúde tornam-se mais evidentes, fatores estes que podem desencadear ou agravar diversos problemas físicos e mentais devido a condições e características laborais desiguais (CAMPOS et al., 2020).

Machado ET AL (2023) evidenciam que os trabalhadores invisíveis embora seja um contingente predominantemente feminino, jovem, pretos e pardos, não é uniforme, há uma heterogeneidade quanto a escolaridade, dados que corroboram os nossos achados.

O trabalho no setor de saúde tem sido identificado como uma atividade ocupacional altamente estressante. As especificidades do cuidado oferecido nos serviços de saúde, as demandas da profissão e a falta de reconhecimento, especialmente no setor público, colocam os trabalhadores da saúde sob considerável estresse (Oliveira, Araújo, 2018).

A pandemia trouxe um sofrimento físico e mental aos trabalhadores da saúde que estão na linha de frente no combate ao COVID-19, introduziu um novo panorama de desafios para a saúde mental em um contexto repleto de estímulos estressores (Ribeiro ET AL. Machado, Militão, Machado, 2022).

Estudos evidenciam uma elevada incidência de sintomas e diagnósticos psiquiátricos entre profissionais de saúde durante a pandemia, abrangendo diversas ocupações, com taxas que variam de 35,5% a 61,6%. Destaca-se que grupos diretamente envolvidos no atendimento de linha de frente apresentaram índices mais elevados de sofrimento psíquico. Laguna ET AL..., Centenaro

O estudo de Centenaro destaca a associação entre o rastreamento de TMC e o perfil de mulheres adultas jovens, revelando interseções com os impactos da COVID-19 fora do ambiente de trabalho. Especialmente, pessoas jovens com filhos pequenos mostraram-se particularmente vulneráveis às medidas restritivas de distanciamento social.

O sofrimento mental com Desfechos como ansiedade, depressão, distúrbios do sono, Síndrome de Burnout, sintomas de estresse e impacto psicológico geral têm sido relatadas, assim como a identificação de fatores associados a estes desfechos (medo do isolamento, de se contaminar ou de contaminarem algum ente querido, incertezas quanto ao futuro, o baixo nível educacional, falta de experiência, escassez de EPI,

contato direto com o paciente, aumento da carga de trabalho e gestão ineficiente) (Laguna ET AL.... e . Ribeiro ET AL.).

Estão sendo reconhecidos fatores de proteção que demonstram potencial para mitigar as alterações psicológicas e o sofrimento mental enfrentado pelos trabalhadores, especialmente aqueles associados ao apoio familiar e social, assim como a qualidade do relacionamento com os pacientes. (Ribeiro ET AL.).

Machado et al (2023) argumenta que, embora os trabalhadores da saúde compartilhem os mesmos ambientes de trabalho, constituem contingentes distintos com uma hierarquização no processo laboral, o que cria disparidades evidentes, reforçando a invisibilidade social dos Trabalhadores Invisíveis em Saúde. Estudos recentes sobre a saúde mental dos profissionais de saúde têm se concentrado nas ocupações tradicionais do setor, como médicos e equipes de enfermagem, deixando as demais ocupações mais uma vez "invisíveis".

No estudo conduzido por Ribeiro et al, as ocupações de médico, enfermeiros e técnicos de enfermagem foram avaliadas, observando-se que o estresse ocupacional e as alterações na saúde mental são frequentes entre os trabalhadores da saúde, configurando-se como fatores geradores de morbidade.

Há relatos na literatura de que trabalhadores de saúde que exercem atividades de recepção, marcação de consultas, informação ao público, atividades que demandam habilidades especiais estão em maior vulnerabilidade (OLIVEIRA, ARAÚJO, 2018), grupos estes que foram analisados no presente estudo.

A baixa autonomia no fazer cotidiano das atividades técnicas da categoria de técnicos (enfermagem, saúde bucal, radiologia, laboratório, farmácia), ACS e ACE é caracterizada em estudos recentes incluídos no contexto pandêmico. Machado, Militão e Machado (2022) em seu estudo referem que, embora estes trabalhadores da saúde não tenham, muitas vezes, formação específica na saúde, estão na linha de frente ao enfrentamento da COVID-19, auxiliando, apoiando e até participando ativamente da equipe de saúde nos seus diversos setores da assistência à população contaminada, no entanto, são invisibilizados.

Pinhatti et al. (2018) relata que os modelos completos ERI e DCS têm uma capacidade de prever os Distúrbios Psicossomáticos, o que pode ser atribuída à magnitude da associação encontrada nas dimensões de apoio social e comprometimento excessivo. Notavelmente, o modelo ERI completo demonstrou uma associação mais robusta com os Distúrbios Psicossomáticos em comparação com o modelo DCS.

Oliveira e Araújo (2018) descrevem que em situações contínuas em que há um desequilíbrio entre os esforços investidos e as recompensas recebidas no ambiente de trabalho

pode contribuir para a diminuição da satisfação no trabalho, elevar os níveis de estresse, aumentar o risco de doenças e contribuir para o adoecimento mental desses profissionais. Afirmam ainda que condições de trabalho inadequadas intensificam o esforço realizado que, não condizente com a recompensa ou compensações e repercute no padrão de motivação do trabalhador e satisfação com o trabalho, fatores estes que podem ter sido vivenciados pelos trabalhadores de saúde no contexto da pandemia.

De acordo com Silva-Junior e Fischer (2015), o absenteísmo prolongado tem sido correlacionado com o desequilíbrio entre esforço e recompensa, e o comprometimento excessivo como fator de risco tanto para a depressão quanto para a incapacidade no trabalho. Esse mesmo estudo informa que, quando avaliada a interação entre as três dimensões do modelo DER, amplia-se a probabilidade de um afastamento prolongado do trabalho devido a transtornos mentais.

No estudo conduzido por Oliveira e Araújo (2018), foi identificada uma associação positiva quando realizada análise combinada de esforço-recompensa aos TMC, com prevalência de TMC na situação de desequilíbrio esforço-recompensa de 46,5%, significativamente maior do que na situação balanceada (baixo esforço, alta demanda). Em outras palavras, o grupo em desequilíbrio apresentou uma prevalência de TMC 75% maior do que na situação em que havia equilíbrio entre essas duas dimensões do trabalho.

A dedicação excessivamente ao trabalho também vem sendo estudado como fator associado aos TMC. Ao alimentarem a expectativa de receber recompensas substanciais a partir da dedicação excessiva ao trabalho pode causar frustrações e insatisfação. O não reconhecimento e valorização têm desencadeado adoecimento mental em trabalhadores de saúde (PINHATTI et al., 2018; GOMES et AL., 2021; SOUSA et al., 2021).

É sabido que os processos relacionados à saúde mental impactam de maneira abrangente na disposição para o trabalho e na capacidade de enfrentar os desafios diários, o que, por sua vez, compromete a efetividade assistencial a nível de equipe e afeta a qualidade do serviço (Ribeiro ET AL.).

A partir do presente estudo evidenciou-se que a saúde mental dos trabalhadores “invisíveis” da saúde necessita de atenção, uma vez que elevada prevalência de TMC foi identificada, no contexto da pandemia. É importante ressaltar que algumas limitações do estudo precisam ser consideradas (estudo realizado no decorrer da pandemia – após um ano dos primeiros casos no Brasil; dados baseados em autorrelato, podendo haver viés de memória; viés do trabalhador sadio; além da possibilidade de causalidade reversa uma vez

que os eventos foram analisados num mesmo ponto do tempo, impossibilitando verificação de antecedência), no entanto, não afetam a qualidade dos dados produzidos. No entanto, apesar dessas limitações, este estudo apresenta contribuições importantes para saúde pública e planejamento em saúde, ao analisar o perfil de morbidade de grupos específicos de trabalhadores da saúde, historicamente negligenciados.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidencia a presença de estressores ocupacionais no contexto pandêmico, assim como sua correlação com o adoecimento mental entre os trabalhadores “invisíveis” da saúde. A exposição ocupacional a estressores a ao menos um fator de exposição, apresentaram maior probabilidade de adoecimento, sendo observada maiores prevalências de TMC em trabalhadores com comprometimento excessivo com o trabalho e ainda maior quando expostos simultaneamente a dois fatores, ultrapassando o excesso de risco a exposição esperado.

É essencial ressaltar a necessidade de considerar minuciosamente o perfil laboral e os riscos psicossociais mais prevalentes em cada ocupação durante as análises. Esse cuidado é de extrema importância e visa o planejamento e implementação de medidas que reforcem as dimensões protetoras do trabalho, enquanto mitigam os fatores estressores, objetivando promover ambientes laborais mais saudáveis.

REFERÊNCIAS

Abbas RA, Hammam RA, El-Gohary SS, Sabik LM, Hunter MS. Screening for common mental disorders and substance abuse among temporary hired cleaners in Egyptian Governmental Hospitals, Zagazig City, Sharqia Governorate. *Int J Occup Environ Med*. 2013 Jan;4(1):13-26. PMID: 23279794.

Agência Fiocruz de Notícias. Covid-19: Estudo avalia condições de trabalho na Saúde. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pandemia-reafirma-invisibilidade-de-2-milhoes-de-trabalhadores-da-area-da-saude>

ARAÚJO, T. M.; KARASEK, R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *SJWEH Supplements*, n. 6, p. 52–59, 2008.

Castro MR. Os trabalhadores invisíveis. *Rev TST*. São Paulo, v 87, n 2, Abr/Jun 2021. Disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/190040/2021_castro_maria_trabalhadores_invisiveis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

CHOR, D. *et al.* The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 219-224, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000100022.

FERRITE S, Santana V. Joint effects of smoking, noise exposure and age on hearing loss. *Occup*

GOMES MR, Araújo TM, Soares JFS, Sousa CC, Lua I. Occupational stressors and work accidents among health workers. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2021, v. 55, 98. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002938>.

HARDING TW, DE ARANGO MV, BALTAZAR J, CLIMENT CE, IBRAHIM HH, LADRIDO-IGNACIO L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980;10(2):231-41.

HARPHAM T, REICHENHEIM M, OSER R, et al. Measuring mental health in a cost-effective manner. *Health Policy and Planning*. 2003; 18(3): 344–349
health workforce. Geneva: World Health Organization;

KARASEK JR, R.A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Adm Sci Q**. v.24, n. 2, p.285-308, 1979.

Laguna, Gabriela Garcia de Carvalho

Machado, M. H., Campos, F., Haddad, A. E., Santos Neto, P. M. dos., Machado, A. V., Santana, V. G. D., Marengue, H. da C. O., Santos, R. P. de O., Mauaie, C. C., & Freire, N. P.. (2023). Transformações no mundo do trabalho em saúde: os(as) trabalhadores(as) e desafios futuros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(10), 2773–2784. <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10702023>

Med. 2005;55(1):48-53. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqi002>

MONTANO, D; LI, J; SIEGRIST, J. The measurement of Effort-Reward Imbalance (ERI) at work. In: Siegrist J, Wahrendorf M, Eds. *Work Stress and Health in a Globalized Economy: The Model of 'Effort'-'Reward' Imbalance*, 1st ed.; Switzerland, Springer International Publications: Basel, 2016.

Pinhatti EDG, Ribeiro RP, Soares MH, Martins JT, Lacerda MR, Galdino MJQ. Psychosocial aspects of work and minor psychic disorders in nursing: use of combined models. Londrina, Londrina, PR, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2018, v. 26 e 3068. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2769.3068>.

Rothman K, Greenland S, Lash T. *Epidemiologia moderna*. 3.ed. São Paulo: Artmed; 2011.

SANTOS KOB, CARVALHO FM, ARAÚJO TM. Internal consistency of the Self-Reporting questionnaire-20 in occupational groups. *Rev Saúde Pública*. 2016;50(6): 1-10.

SIEGRIST J., WAHRENDORF M. **Work stress and health in a globalized economy: The model of 'effort'-'reward' imbalance**. 1st ed.; Springer - Cham, International Publications: Switzerland, 2016. DOI: 10.1007/978-3-319-32937-6.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high- effort - lowreward conditions at work. **J Occup Health Psychol.**, v.1, n. 1, p.27-41, 1996.

Silva-Junior, João Silvestre e Fischer, Frida Marina Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2015, v. 18, n. 04 [Acessado 4 Março 2024], pp. 735-744. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040005>>. ISSN 1980-5497.

<https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040005>.

Sousa CC, Araújo TM, Lua I, Gomes MR, Freitas KS. Insatisfação com o trabalho, aspectos psicossociais, satisfação pessoal e saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde.

Cadernos de Saúde Pública [online]. 2021, v. 37, n. 7, e00246320. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00246320>.

World Health Organization. Global atlas of the

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados analisados, foi possível reponder aos questionamentos propostos no presente trabalho. Identificou-se quais são os trabalhadores de ocupações invisibilizadas que atuam na atenção primária e média complexidade do interior da Bahia durante a pandemia, as situações de saúde e as condições de trabalho a que foram submetidos durante a pandemia, evidenciando as desigualdades em relação aos trabalhadores das ocupações tradicionalmente visibilizadas.

O presente estudo avança na categorização das ocupações invisibilizadas e tradicionalmente negligenciadas em estudos com trabalhadores da saúde: trabalhadores de apoio, conservação e limpeza; ACS/ACE; técnicos de enfermagem e outros; e, trabalhadores da gestão e vigilância em saúde. O agrupamento desses trabalhadores em uma única categoria contribuiu para o apagamento das especificidades relativas às condições de trabalho e saúde e exposição aos riscos ocupacionais.

Os achados do presente estudo fortalecem a tese defendida de que as atuais e atípicas condições vivenciadas pelos trabalhadores da saúde em tempos de Covid-19 favoreceram a precariedade geral dos ambientes de trabalho, criaram novas exigências e geraram desequilíbrios, acentuando as desigualdades e acarretando adoecimentos nesses trabalhadores, sendo os trabalhadores “invisíveis” da saúde os mais afetados.

Foi evidente que os trabalhadores “invisíveis” estão submetidos a piores condições de trabalho que os trabalhadores de ocupações mais visibilizadas; que as condições de saúde dos trabalhadores “invisíveis” são piores do que as condições de saúde dos trabalhadores de ocupações tradicionais / mais visibilizadas; que há associação entre estressores ocupacionais e transtornos mentais comuns entre os trabalhadores “invisíveis”, confirmando a hipóteses assumidas na presente tese.

A discussão sobre as condições de saúde e de trabalho dos trabalhadores “invisíveis” da saúde não se encerra no presente estudo. Espera-se que novos estudos surjam, que estes trabalhadores da saúde sejam visibilizados, que deixem de ser classificados / agrupados como “outros” em estudos que priorizam ocupações mais tradicionais; que os estudos referentes aos trabalhadores “invisíveis da saúde subsidiem a compreensão das situações vivenciadas por esse grupo; que subsidie as políticas públicas para melhoria das condições de trabalho e saúde, a fim de proporcionar melhoria da qualidade de vida dessa população invisibilizada.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS. **Covid-19: Estudo avalia condições de trabalho na Saúde. 2022.** Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pandemia-reafirma-invisibilidade-de-2-milhoes-de-trabalhadores-da-area-da-saude> Acesso em: 5 Nov 2022.

ABDALLA, G. F.; ASSIS, A.; COSME, R. O.; JUNQUEIRA, W. B. C.; O invisível de quem cuida: a humanização das unidades de apoio em ambientes de saúde – uma experiência em Juiz de Fora. **Anais do Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica – 2004.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/invisivel_quem_cuida.pdf Acesso em: 5 março 2022.

ALCÂNTARA, M.A.; ASSUNÇÃO, A. Á. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. **Rev Bras Saúde Ocup** [online]. 2016, v. 41, n. 00, e2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000106014>.

ALMEIDA, V.R.S; NASCIMENTO, D.C.; MOURA, J.C.V.; SILVA, J.M.S.; OLIVEIRA, D.R.; FREITAS, M.Y.G.S.; SANTOS, C.L.R. Impacto psicossocial causado pela pandemia da Covid-19 nos profissionais de saúde. **Revista Baiana Enferm** (2021); 35:e37900. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37900>.

AMORA, A. S. **Minidicionário Soares Amora da lingua portuguesa.** 19ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

ANDRADE, R. C. V.; FERNANDES, R. C. P. Hipertensão arterial e trabalho: fatores de risco Hypertension and work: risk factors. **Rev Bras Med Trab.** 2016;14(3):252-61 DOI: 10.5327/Z1679-443520164015. <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v14n3a11.pdf>

AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; BARRETO, M. L. Epidemiologia e Avaliação em Saúde. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p.631-642

ARAÚJO, T.M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C.O.; A-GUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 424-33, 2003.

ARAÚJO, T.M.; KARASEK, R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. **SJWEH Supplements.** 2008; 6: 52–59.

ARAÚJO, T.M.; GRAÇA, C.C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controlle. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.

ARAÚJO, T.M.; MATTOS, A.I.S.; ALMEIDA, M.M.G.; SANTOS, K.O.B. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da saúde: contribuições de modelos combinados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**[Internet]. 2016; 19(3): 645-57. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600030014>

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

BARRETO DO CARMO, M.B.; SANTOS, L.M.; FEITOSA, R.L.; SILVA, N.B.; SANTOS, D.N.; BARRETO, M.L.; AMORIM, L.D. Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: what are the alternative strategies for analysis?. **Revista Brasileira de Psiquiatria** [online]. 2018, v. 40, n. 2, pp. 115-122. Available from: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2139>.

BARROSO, B. I.L., et al. A saúde do trabalhador em tempos de Covid-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional** [online]. v. 28, n. 03 [Acessado 15 março 2022], p. 1093-1102, 2020 Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2091>>.

BIGONI, A.; Malik, A. M.; Tasca, R.; Carrera, M. B. M.; Schiesari, L. M. C.; Gambardella, D. D.; Massuda, A. Brazil's health system functionality amidst of the Covid-19 pandemic: An analysis of resilience. **The Lancet Regional Health - Americas** 2022;10: 100222 Published online 5 March 2022. Disponível em: <https://www.thelancet.com> . Acesso em: 27 out 2022

BORGES, R. D.; SILVA, L. A. TRABALHADORES INVISÍVEIS: Um Retrato Social de Alto Araguaia. **Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XXII Prêmio Expocom 2015 – Exposição da Pesquisa Experimental em Comunicação**. Disponível em: Acesso em: <https://www.portalintercom.org.br/anais/centrooeste2015/expocom/EX46-0004-1.pdf> 15 março 2023

BOTELHO, L. L. R.; SCHERER, L.; PINHEIRO, R. M.; LORENZET, J. (In) visibilidade social: um estudo a partir da fenomenologia social acerca do trabalho dos catadores de materiais recicláveis no município de Cerro Largo / RS. **VIII Simpósio Iberoamericano em comércio internacional, desenvolvimento e integração regional**. Universidade Federal da Fronteira Sul. 2017. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/repositorio-ccl> Acesso em: 27 out 2022.

BRAGA, L.C.; CARVALHO, L.R.; BINDER, M.C.P. Working conditions and common mental disorder among primary health care workers from Botucatu, São Paulo State. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010;15 Suppl 1:1585-96.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Transformando Nosso Mundo - A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/home/agenda> . Acesso em: 04 outubro 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. 2001. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-único-de-saude>. Acesso em 17 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19**

na Atenção Especializada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 1.444, de 29 de maio de 2020**. Brasília, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 1.445, de 29 de maio de 2020**. Brasília, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de Covid-19 e outras síndromes gripais**. Abril 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. 1ª edição. Brasília, 2020e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. Apesar de interligadas, categorias têm funções e públicos distintos no Sistema Único de Saúde. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo#:~:text=Os%20n%C3%ADveis%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20e,prim%C3%A1ria%2C%20aten%C3%A7%C3%A3o%20secund%C3%A1ria%20e%20terci%C3%A1ria>. Acesso em: 14 Setembro 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências**. 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/samu-192/rede-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias-1#:~:text=A%20Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%20C3%A0s,fluxos%20e%20as%20refer%C3%A2ncias%20adequadas>. Acesso em: 14 Setembro 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático de Gestão em Saúde no Trabalho para Covid-19**. Julho, 2020.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <Disponível em: <http://bit.ly/2fmmKeD> >. Acesso em: 20 jun. 2022.

BRUST-RENCK, P. G.; FERRARI, J.; ZIBETTI, M. R. ; SERRALTA, F. B. Influência da percepção de risco sobre a Covid-19 no sofrimento psicológico dos profissionais de saúde. **Psico**, v. 52, n. 3, p. e41408, 2021. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/41408> Acesso em: 23 fevereiro 2022.

CAMPIOLO, E.L.; KUBO, H. K. L.; OCHIKUBO, G. T.; BATISTA, G. Impacto da pandemia do COVID 19 no Serviço de Saúde: uma revisão de literatura. **Interamerican Journal of medicine and health**. 2020; 3: E 202003046. Disponível em: www.iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/view/140Acesso em: 05 março 2022.

CAMPOS, F. M. et al. Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. **Cadernos Saúde Coletiva** [online]. v. 28, n. 4 [Acessado 12 março 2022], p. 579-589, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040559>>.

CARBAJAL, A. B. et al. Working conditions and emotional impact in healthcare workers during COVID-19 pandemic. **J Healthc Qual Res**. v. 35, n. 6, p. 401-402, 2020. doi: 10.1016/j.jhqr.2020.08.002. Epub 2020 Sep 12. PMID: 33008794; PMCID: PMC7486874.

CASTRO, M. R. Os trabalhadores invisíveis. **Rev TST**. São Paulo, v 87, n 2, Abr/Jun 2021. Disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/190040/2021_castro_maria_trabalhadores_invisiveis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

CARVALHO, D.B.; ARAÚJO, T.M.; BERNARDES, K.O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. 2016; 41: e17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000115915>.

CARVALHO, E. L.; CASTELLANOS, M. E. P.; TEIXEIRA, A. M. F.; LIMA, M. A. G.; COULON, A. L. L. Trabalhadores de apoio de um hospital de referência na Bahia, Brasil, no enfrentamento da COVID-19: essenciais e invisíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2023, 28(5):1355-1364. DOI: 10.1590/1413-81232023285.10972022

CIRINO, F. M. S. B.; ARAGÃO, J. B.; MEYER, G.; CAMPOS, D.S.; GRYSCHKE, A. L. D. F. P. L.; NICHATA, L. Y. I. Desafios da atenção primária no contexto da COVID-19: a experiência de Diadema, SP. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2665, 2021. DOI: 10.5712/rbmfc16(43)2665. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2665>. Acesso em: 05 março 2022.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro; Fiocruz; set. 2008. 215 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf Acesso: 5 março 2022.

CONASEMS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. 2ª edição. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-2-ed-com-anexos.pdf> Acesso: 5 março 2022

CORDEIRO, T. M. S.; ARAÚJO, T. M. Capacidade para o trabalho e fatores associados em profissionais de saúde no Brasil. **Revista Brasileira Medicina do Trabalho**, São Paulo, v.14, n. 3, p. 262-274, 2016. DOI: 10.5327/Z1679-44352016v14n3ED.

COUTINHO, L.M.S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P.R. Métodos para estimar razão de

prevalência em estudos de corte transversal. **Rev. Saúde Pública**. 2008; 42(6): 992-998.
 CUNHA, I. C. K.; FREIRE, N. P. O que é essencial para os profissionais essenciais?
Enfermagem em foco. v. 11, n.2(Esp 2), p. 18-20, 2020. Disponível
 em:<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4156/842> Acesso em: 22
 fevereiro 2022

DILELIO, A.S.; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; SILVA, S.M.; THUMÉ, E.; PICCINI, R.X.;
 SILVEIRA, D.S.; MAIA, M.F.S.; OSÓRIO, A.; SIQUEIRA, F.V.; JARDIM, V.M.R.;
 LEMÕES, M.A.M.; BORGES, C.L.S. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em
 trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde
 Pública**, Rio de Janeiro, vol. 28, n. 3, p. 503-514, 2012. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/R3zxxJJYQ9pCKvppxzZ7Lwr/?format=pdf&lang=pt>.

FARIAS, S. N. P.; SOUZA, N. V. D. O.; VARELLA, T. C. M. Y M. L.; ANDRADE, K. B.
 S.; SOARES, S. S. S.; CARVALHO, E. C. Pejotização and implications for nursing work in
 Brazil: repercussions of neoliberalism. **Revista Da Escola De Enfermagem Da USP**. 2023,
 57, e20220396. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0396en>

FERIGATO, S.; FERNANDEZ, M.; AMORIM, M.; AMBROGI, I.; FERNANDES, L.M.M.;
 PACHECO, R. The Brazilian government's mistakes in responding to the COVID-19
 pandemic. **Lancet** 2020; 396(10263):1636.

FERNANDES, M.A.; SOARES, L.M.D.; SILVA, J.S. Transtornos mentais associados ao
 trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. **Revista
 Brasileira de medicina do Trabalho**. 2018. 16 (2); 218-224

FRANCISCO, P.M.S.B.; DONALISIO, M.R.; BARROS, M.B.A.; CESAR, C.L.G.;
 CARANDINA, L. G. M. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento
 complexo: razão de chances e razão de prevalência. **Rev. bras. epidemiol.** 2008 Sep; 11(3):
 347-355.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. Boletim Observatório Covid-19. Boletim
 Especial. Balanço de dois anos da pandemia Covid-19. Janeiro de 2020 a Janeiro 2022. 2022.
 Disponível em:
[https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/boletim_covid_2022-
 balanco_2_anos_pandemia-redb.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/boletim_covid_2022-balanco_2_anos_pandemia-redb.pdf) . Acesso em: 14 Setembro 2023.

GOMES, D.; ALMEIDA, R.; BAPTISTA, J. A. A.; NOVAIS, R. A. B. A invisibilidade social
 sob percepção dos encarregados terceirizados da limpeza da FATEC Zona Leste. **XII
 FATECLOG** - gestão da cadeia de suprimentos no agronegócio: desafios e oportunidades no
 contexto atual FATEC Mogi das Cruzes/Sp - Brasil 18 e 19 de Junho de 2021. Disponível em:
<https://fateclog.com.br/anais/2021/parte2/916-1240-1-RV.pdf>. Acesso: 15 março 2022.

GOMES, M.R.; ARAÚJO, T.M.; SOARES, J.F.S.; SOUSA, C.C.; LUA, I. Occupational
 stressors and work accidents among health workers. **Revista de Saúde Pública** [online].
 2021, v. 55, 98. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002938>.

GRECO, P. B. T.; MAGNAGO, T. S. B. S.; PROCHNOW, A.; BECK, C. L.C.;
 TAVARES, J. P. Utilização do Modelo Demanda-Control de Karasek na América Latina:
 uma pesquisa bibliográfica. **R. Enferm. UFSM**. 2011, Mai/Ago;1(2):272-281

HELIOTERIO, M. C. et al. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. v. 18, n. 3], e00289121, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>>. Epub 31 Jul 2020. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>. Acesso: 15 março 2022.

KARASEK, J.R. RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q.* 1979; 24(2) 285-308.

KAWACHI I, SUBRAMANIAN SV, ALMEIDA-FILHO N. A glossary for health inequalities. **J Epidemiol Community Health.** 2002 Sep;56(9):647-52. doi: 10.1136/jech.56.9.647. PMID: 12177079; PMCID: PMC1732240. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12177079/> Acesso: 15 março 2022.

JOHNSON, .JV, H. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. **Am J Public Health.** 1988; 78(10): 1336-42.

LEVI, M. L.; SOUSA, J.; ALMEIDA, C. J.; MATSUMOTO, K.; SUSSAI, S.; ANDRIETTA, L.; SCHEFFER, M. C. Médicos e terceirização: percepções de trabalhadores e gestores sobre as transformações recentes no mercado de trabalho. **Trabalho, Educação E Saúde.** 2022; 20, e00846199. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs846>

LOPES, J. A. **A invisibilidade social dos servidores terceirizados de uma Instituição Federal de Ensino.** (Monografia). Universidade Federal de Lavras – MG, 2018. Disponível em: http://repositorio.ufla.br/bitstream/1/39530/1/TCC_A%20invisibilidade%20social%20dos%20servidores%20terceirizados%20de%20uma%20institu%C3%A7%C3%A3o%20federal%20de%20ensino.pdf Acesso: 15 março 2023.

LOTTA, G.; FERNANDEZ, M.; PIMENTA, D.; WENHAM, C. COVID-19 pandemic and health professionals: gener and race on the front line. **Lancet** 2021; V 397, Ed 10281, p 1264, 03 de Abril de 2021.

MACHADO, C. V.; PEREIRA, A. M. M.; FREITAS, C. M. As respostas dos países à pandemia em perspectiva comparada: semelhanças, diferenças, condicionantes e lições. In: MACHADO, C. V.; PEREIRA, A. M. M.; FREITAS, C. M., eds. Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições [online]. Rio de Janeiro, RJ: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2022, pp. 323-342. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-129-7. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081594.0012>.

MACHADO, M.H.; WERMELINGER, M.; MACHADO, A.V.; PEREIRA, E.J.; AGUIAR FILHO, W. Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de Covid-19: a realidade brasileira. In: Portela, MC.; Reis, LGC.; Lima, SML., eds. *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, **Editora Fiocruz**, 2022, pp. 283-295. Informação para ação na Covid-19 series. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0019>.

MACIEL, F.B.M.; SANTOS, H.L.P.C.; CARNEIRO, R.A.S.; SOUZA, E.A.; PRADO, N.M.B.L.; TEIXEIRA, C.F.S. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**.25 (supl 2). 2020. pp. 4185-4195. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>.

MAGNAGO, T.S.B.S.; PROCHNOW, A.; URBANETTO, J.S.; GRECO, P.B.T.; BELTRAME, M.; LUZ, E.M.F. Relationship between work ability in nursing and minor psychological disorders. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2015, v. 24, n. 2 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002580013>.

MAGRI, G.; FERNANDEZ, M.; LOTTA, G. Desigualdade em meio à crise: uma análise dos profissionais de saúde que atuam na pandemia de COVID-19 a partir das perspectivas de profissão, raça e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(11), 4131–4144. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.01992022>

MAIO, M.C.; MONTEIRO, S.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C.S. Cor/raça no Estudo Pró- Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. [Ethnicity/race in the Pró-Saúde Study: comparative results of two methods of self-classification in Rio de Janeiro, Brazil.] **Cad Saude Publica**. 2005;21(1):171- 180. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100019> PMID:15692650

MARTINS, D. L. Estudo sobre as trabalhadoras invisíveis da limpeza em uma Universidade Federal. (Monografia). Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais, 2016. Disponível em: Acesso:<https://www.monografias.ufop.br/handle/35400000/542> 15 março 2023.

MARTINS, D. L.; BOAVA, D. L. T.; MACEDO, F. M. F.; PEREIRA, J. J. Invisibilidades no âmbito do trabalho de limpeza: um estudo em uma Instituição Federal de Ensino Superior. **FAROL- Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade**.v 06, n 17. Dezembro 2019. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/farol/article/view/4131> Acesso: 15 março 2022.

MASSUDA, A.; MALIK, A. M.; VECINA NETO, G.; TASCA, R.; FERREIRA JUNIOR, W. C. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. **Cad. EBAPE.BR**, v. 19, Edição Especial, Rio de Janeiro, Nov. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/PfnQv8mykrVxTDjVgD8Sfgs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 fevereiro 2022

MIRANDA, F. M. D. et al. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a COVID-19. **Revista Cogitare Enfermagem**.v. 25: e72702, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72702>. Acesso em: 23 fevereiro 2022

MONTANO, D; LI, J; SIEGRIST, J. The measurement of Effort-Reward Imbalance (ERI) at work. In: Siegrist J, Wahrendorf M, Eds. *Work Stress and Health in a Globalized Economy: The Model of 'Effort' - 'Reward' Imbalance*, 1st ed.; Switzerland, Springer International Publications: Basel, 2016.

NASCIMENTO SOBRINHO, C.L.; CARVALHO, F.M.; BONFIM, T.A.S.; CIRINO, C.A.S.; FERREIRA, I.S. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 131-140, 2006.

NORONHA, K.V. M. S. 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. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 36, n. 6, e00115320, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>>. Epub 17 Jun 2020. ISSN 1678-4464. Acesso em: 22 fevereiro 2022.

NOVAES NETO, E. M.; ARAÚJO, T. M.; SOUSA, C. C. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus entre trabalhadores da saúde: associação com hábitos de vida e estressores ocupacionais. **Revista Brasileira De Saúde Ocupacional**. 2020, 45, e28. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000034218>

OLIVEIRA, A.M.N.; ARAÚJO, T.M. Situações de desequilíbrio entre esforço-recompensa e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2018, v. 16, n. 1, pp. 243-262. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00100>.

OLIVEIRA, F. E. S.; TREZENA, S.; DIAS, V. O.; MARTELLI JÚNIOR, H.; MARTELLI, D. R. B. Transtornos Mentais Comuns em profissionais da Atenção Primária à Saúde em um período de pandemia da covid-19: estudo transversal na macrorregião Norte de saúde de Minas Gerais, 2021. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, 32(1):e2022432, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/6BZW5kxFwQzcZTZtdq536fG/?lang=en>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Ministério da Saúde. Relatório Mundial de Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Resposta à pandemia da covid-19 nas Américas. Estratégia de resposta e apelo a doadores Janeiro-dezembro de 2021. OPAS/PHE/HEO/COVID-19/21-0008. 2021. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54425/OPASPHEHEO_COVID19210008_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y .Acesso em 04 Outubro 2023.

PINHATTI, E.D.G.; RIBEIRO, R.P.; SOARES, M.H.; MARTINS, J.T.; LACERDA, M.R.; GALDINO, M.J.Q. Psychosocial aspects of work and minor psychic disorders in nursing: use of combined models. Londrina, Londrina, PR, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**[online]. 2018, v. 26 e 3068. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2769.3068>.

ROCHA, M. R. A.; MARIN, M.J.; SEDA, J. M.. Fatores associados ao transtorno mental comum em trabalhador de serviço de limpeza hospitalar. **Rev. Rene** , Fortaleza, v. 20, e40861, 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522019000100332&lng=pt&nrm=iso. acessos em 24 mar. 2023. Epub 29-Jul-2019. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192040861>.

RODRIGUES, E.P.; RODRIGUES, U.S.; OLIVEIRA, L.M.M.; LAUDANO, R.C.S.; NASCIMENTO SOBRINHO, C.L. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**[online].2014, v. 67, n. 2, p. 296-301. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140040>.

SANTANA, N. et al. Segurança dos profissionais de saúde no enfrentamento do novo coronavírus no Brasil. **Escola Anna Nery** [online]. v. 24, n. spe, e20200241, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0241>>. Epub 01 Feb 2021. ISSN 2177-9465.<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0241>. Acesso em: 03 março 2022.

SANTOS, B. M. P.. A face feminina na linha de frente contra a pandemia da COVID-19. **Revista Nursing**. v. 24, n275:SABO-5481, 2021. Disponível em:<http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1470> Acesso em: 23 fevereiro 2022.

SANTOS, F.F.; BRITO, M.F.S.F.; PINHO, L.; CUNHA, F.O.; RODRIGUES NETO, J.F.; FONSECA, A.D.G.; SILVA, C.S.O. Transtornos mentais comuns em técnicos de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2020. 73(1): e20180513

SANTOS, K.O.B.; FERNANDES, R.C.P.; ALMEIDA, M.M.C.; MIRANDA, S.S.; MISE, Y.F.; LIMA, M.A.G. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 36, n. 12, e00178320, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178320>.

SANTOS, K.O.B.; ARAÚJO, T. M.; PINHO, O.S.; SILVA, A.C.C. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). **Rev Baiana Saúde Pública**. 2010; 34(3): 544-560.

SANTOS, T.A.; SUTO, C.S.S.; SANTOS, J.S.; SOUZA, E.A.; GÓES, M.M.C.S.R.; MELO, C.M.M. Condições de trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem em hospitais públicos. **Reme : Rev. Min. Enferm.** [online]. v.24, e1339, 2020. Disponível em :<http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20200076>. 2020^a

SANTOS-FILHO, S.B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do Humanizausus: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: Santos-Filho SB, Barros MEB, organizadores. Trabalhador da saúde: Muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí, RS:Unijuí; 2007. p. 74-96.

SCHERER, J.S.A.B et al. Intenção de se vacinar contra a COVID-19 e hesitação vacinal no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados / Intenção de se vacinar contra a COVID-19 e hesitação vacinal no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **RBPicoterapia**, vol.24, nº 2, agosto de 2022.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high- effort - low-reward conditions at work. **J Occup Health Psychol**. 1996; 1(1):27-41.

SIEGRIST, J. WAHRENDORF, M. Work stress and health in a globalized economy: The model of 'effort'-'reward' imbalance, 1st ed.; **Springer - Cham**, International Publications: Switzerland, 2016. doi: 10.1007/978-3-319-32937-6.

SILVA, J. B., BARROS, M. B. A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Rev Panam Salud Publica**;12(6) 375-383,dic. 2002. Extraído de

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001200003&lng=es&nrm=iso&tlng=pt Acesso em 30 de Outubro de 2022.

SILVA, I. C. M. DA . et al.. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. Epidemiol. Serv. Saúde, 2018, 27(1), p. e000100017, 2018.

SILVA, S. A. A pandemia de COVID-19 no Brasil: o acesso e a qualidade dos serviços de saúde como determinante social. **Revista Contexto Geográfico**. v.6, n.11. Maceió-AL. Agosto 2021. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/contextogeografico> Acesso em 30 de Outubro de 2022.

SILVA, J. S. et al. Reflexiones sobre los riesgos ocupacionales en trabajadores de salud en tiempos pandémicos por COVID-19. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 36, n. 2, jun. 2020a. ISSN 1561-2961. Disponible en: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3738>>. Acesso: 13 março 2022

SILVA, M. A. X.; SANTOS, M. M. A.; ARAÚJO, A. B.; GALVÃO, C. R. C.; BARROS, M. M. M.; SILVA, A. C. O. E. ; SOUZA, M. B. C. A.; BARROSO, B. I. L. Fatores de risco à saúde mental dos profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 10, p. 3033–3044, out. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RSqcZhryCDgVbD88sH6fRRp/#> Acesso em: 09 Dez 2023

SIQUEIRA, J.S.; FERNANDES, R. C.P. Demanda psicossocial e demanda física no trabalho: iniquidades segundo raça/cor. **Ciênc saúde coletiva** [Internet]. 2021 Oct;26(Ciênc. saúde coletiva, 2021 26(10)). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.19982020>

SOUSA, C.C.; ARAÚJO, T.M.; LUA, I.; GOMES, M.R.; FREITAS, K.S. Insatisfação com o trabalho, aspectos psicossociais, satisfação pessoal e saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2021, v. 37, n. 7, e00246320. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00246320>.

SOUZA, F. O. **Hesitação Vacinal entre trabalhadores e trabalhadoras da saúde**. Universidade Estadual de Feira de Santana. (Tese) Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Feira de Santana, 2021.

SOUZA, F. O., Werneck, G. L., Pinho, P. de S., Teixeira, J. R. B., Lua, I., & Araújo, T. M. de .. (2022). Hesitação vacinal para influenza entre trabalhadores(as) da saúde, Bahia, Brasil. **Cadernos De Saúde Pública**, 38(Cad. Saúde Pública, 2022 38(1)). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00098521>

TEIXEIRA, J. R. B.; LUA, I.; ARAÚJO, N. C.; SOUSA, C. C. ; ARAÚJO, T. M. Pandemia de COVID-19: estressores ocupacionais e saúde mental no trabalho em saúde. IN: SCHMIDT, M. L. G.; RUMIN, C. R. (orgs). **Psicologia e saúde no trabalho: da teoria à prática**. São Paulo. Ed. FiloCzar, 2023.

TRAVASSOS, C. A investigação em serviços de saúde e a pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**. 2020; v. 36, n. 9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00243920>. Acesso em: 15 out 2022. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00243920>.

World Health Organization. **Global atlas of the health workforce**. Geneva: World Health Organization; 2009.

VEDOVATO, T. G. et al. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** [online]. v. 46 , 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000028520>. Epub 24 Feb 2021. Acesso: 22 fevereiro 2022.

APÊNDICE

APÊNDICEA– TERMO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DO BANCO DE DADOS

De: Manuela Matos Maturino
Para: Profª Drª Tânia Araujo

Solicitação para uso de bancos de dados

Solicito desta coordenação autorização de uso de bancos de dados do projeto: “Vigilância e Monitoramento de Doenças Infecciosas no Setor Saúde” para realização da pesquisa intitulada: Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores invisíveis da saúde no contexto da pandemia da COVID-19, tendo como objetivo geral: • Analisar as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores/as “invisíveis” da saúde da atenção primária e média complexidade de municípios do interior da Bahia no contexto da pandemia da COVID-19. E para tal serão necessárias as seguintes informações:

- ✓ População: Trabalhadores “invisíveis” da Saúde
- ✓ Variáveis: Bloco I. Características Sociodemográficas: Gênero; idade; se tem filho; quantidade de filhos; situação conjugal; escolaridade; raça cor/da pele;

Bloco II. Informações sobre seu trabalho: Cargo/ocupação; tempo de trabalho; Tipo de Vínculo; tempo de trabalho no serviço público de saúde; tempo de trabalho na unidade atual; recebe treinamento; atividade que desenvolve compatível; turno de trabalho; carga horária; direitos trabalhista; outros vínculos empregatícios.

Bloco III. Sobre o ambiente de trabalho: Condições de ventilação, temperatura, iluminação, mesas e cadeiras, recursos técnicos e equipamentos; disponibilidade de EPI; Exigência de tarefas; Exposição ocupacional; Estrutura física do ambiente de trabalho; participação em cursos e treinamentos específicos na pandemia;

Bloco IV. Características psicossociais do trabalho: ERI (escala Desequilíbrio Esforço- Recompensa); JCQ (*JobContentQuestionnaire*); Satisfação;

Bloco V. Saúde Mental: SRQ-20;

Bloco VII. Hábitos de Vida e aspectos relacionados à sua saúde: prática de atividade física e lazer; histórico vacinal; outras questões sobre vacinação; sobre COVID-19; sobre sua saúde (comorbidades e uso de medicamentos)

Afirmo o compromisso que a pesquisa em questão é de cunho científico e assumo que todos os dados serão utilizados apenas com o intuito de alcançar os objetivos acima

referidos. Comprometo-me a não utilizar os dados fornecidos para outros objetivos que não os especificados acima. Comprometo-me a assegurar a coautoria à coordenação geral da pesquisa e aos coordenadores locais, quando aplicável. Assim, todo o material produzido para ser encaminhado para publicação deverá ser previamente encaminhado à coordenação do projeto para análise e aprovação. Assumo também o compromisso de encaminhar cópia do material publicado para o acervo dos produtos do projeto de pesquisa. Isto se aplica a todo material produzido com base no banco de dados cedido nesta autorização: artigos, livros e capítulos de livros, boletins, cartilhas, resumos e apresentações em eventos científicos de qualquer natureza (congressos, seminários, simpósios etc.). Assumo o compromisso de manter o sigilo e a privacidade das informações coletadas, garantindo que todos os compromissos assumidos junto aos entrevistados sejam mantidos, sobretudo o seu anonimato. Fica assegurado que não será permitida a consulta do material coletado por outras pessoas, a não ser para fins de publicação científica, após notificação e aprovação da coordenação da pesquisa.

Feira de Santana, 24 de Janeiro de 2022.



Manuela Matos Maturino

Doutoranda do PPGSC

Pesquisadora integrante do NEPI

APÊNDICEB–CAPÍTULO DE LIVRO ACEITO PARA PUBLICAÇÃO

CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA MÉDIA COMPLEXIDADE DO SUS EM TEMPOS DE PANDEMIA

INTRODUÇÃO

Uma nova doença, a Doença causada pelo Novo Coronavírus (COVID-19), foi detectada em Wuhan na China em dezembro de 2019, com a identificação do agente etiológico, o novo coronavírus (SARS-CoV-2). A disseminação dessa doença em todos os continentes fez com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarasse emergência em saúde pública e posteriormente pandemia, em março de 2020 (BARROSO et al., 2020; SANTOS et al., 2020b).

No decorrer da pandemia, os trabalhadores de saúde mantiveram-se na linha de frente no combate e enfrentamento da pandemia – como atividade essencial, o trabalho de saúde permaneceu presencial. A pandemia alterou as práticas cotidianas dos serviços e dos cuidados em saúde, envolvendo aumento da demanda por atendimentos, incertezas no tratamento e no que está por vir (BRUST-RENCK et al., 2021; MIRANDA et al., 2020).

Essas mudanças impactaram o trabalho não apenas da atenção terciária, mas também dos serviços da Atenção Básica em Saúde (ABS) e de média complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS). O desafio imposto pela pandemia foi a exigência da reorganização dos processos de trabalho na ABS, com incorporação das ações para mitigar a ocorrência de COVID-19, paralelamente à realização das atividades que já eram desenvolvidas cotidianamente, garantindo a continuidade da atenção nesse contexto (CIRINO et al., 2020). O atendimento pré-hospitalar e hospitalar, assim como os outros serviços de saúde, também necessitou de adequações, uma vez que houve ampliação da demanda por atendimento, do número de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG e agravamento de condições clínicas de outros quadros patológicos. Em alguns municípios houve a necessidade da instalação de centros específicos para atendimento de pacientes com suspeita ou caso confirmado de COVID-19, pressionando e elevando as demandas uma vez que se ampliou o acesso da população a serviço de atendimento especializado para atendimento ambulatorial e para internamento (leitos de baixa complexidade e UTI). A criação desses centros teve a

finalidade de evitar o colapso do sistema de saúde, dada a possibilidade de agravamento do quadro clínico dos pacientes (MASSUDA et al., 2020), mas representou, por outro lado, exigências novas e crescentes para os trabalhadores da saúde. Estima-se que 15% dos pacientes com COVID-19 evoluem para hospitalização e em 5% dos casos necessitam de internamento em UTI (NORONHA et al., 2020).

As condições gerais de trabalho precário, já identificadas em estudos prévios (SANTOS et al., 2020a), foram ampliadas e intensificadas no contexto pandêmico, especialmente com relação à inadequação da estrutura física, de disponibilidade de materiais, insumos e maquinários necessários para a realização das atividades, evidenciando um cenário muito preocupante. Nesse contexto, houve aumento da exposição aos riscos ocupacionais, necessidade de atenção contínua para uso de equipamentos de proteção individual (EPI), jornadas de trabalho extensas, desgaste físico e mental, assim como condições de trabalho diferenciadas. Essas características, em conjunto, aumentam a exposição ocupacional, podendo gerar sofrimento e adoecimento para os trabalhadores (BRUST-RENCK et al., 2021; MIRANDA et al., 2020).

A análise e compreensão adequada dos processos de trabalho, dos riscos envolvidos e seus impactos na saúde dos trabalhadores são elementos essenciais para o alcance dos objetivos das atividades laborais e para a promoção da saúde e bem-estar no trabalho. Contudo, em situações de crise, em que são produzidos contextos muito desfavoráveis, o conhecimento das características, riscos e demandas envolvidos, como numa pandemia, é ainda mais relevante. Assim, as condições de trabalho necessitam ser compreendidas, a fim de subsidiar a adoção de medidas para promover, por meio de intervenção da gestão do trabalho, “meios dignos e seguros a todos(as) os(as) trabalhadores(as) para a garantia da saúde, particularmente no contexto pandêmico, em que o risco de contaminação pelo novo coronavírus é um dos desafios para os profissionais de saúde e da gestão do trabalho” (VEDOVATO et al., 2021, p. 02). Outrossim, apesar de passados dois anos do início da pandemia, pouca evidência tem sido produzida em relação aos adoecimentos, óbitos, condições de trabalho e desigualdades sociais enfrentadas por esses trabalhadores nesse contexto. Conhecer esse perfil é imprescindível para subsidiar tomada de decisão para a proteção da saúde dos trabalhadores da saúde (CUNHA; FREIRE, 2020; HELIOTERIO et al., 2020; SANTOS et al., 2020b).

Nesta perspectiva, o objetivo deste capítulo é descrever as condições de trabalho na Atenção Básica e Média Complexidade (serviços especializados) durante a pandemia da COVID-19 em dois municípios do interior da Bahia.

Para atender a esse objetivo, foi realizado um estudo quantitativo que empregou métodos e técnicas da Epidemiologia. Uma amostra, selecionada por critério aleatório, de 548 trabalhadores de saúde de dois municípios do interior da Bahia foi estudada. Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado, composto por oito blocos de questões, entre abril de 2021 e janeiro de 2022. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFBA, sob parecer nº 3.697.480 e contou com financiamento da FAPESB (edital 003/2017 – PPSUS).

Dentre os principais resultados do estudo destaca-se que no perfil da população estudada identificou-se predomínio de mulheres, pardas e negras, jovens, com vínculo efetivo e jornada de trabalho de 40h semanais. Dentre as condições de trabalho, observou-se ausência de sala de descanso e escaninho para guarda de pertences; ambiente de trabalho razoáveis e/ou precários em relação a ventilação, temperatura, condições das cadeiras e mesas, além de recursos técnicos e equipamentos; frequente contato com substâncias químicas; exigência em ficar muito tempo de pé e/ou andar muito e indisponibilidade de equipamentos de proteção individual como avental e óculos de proteção. A situação apresentada no contexto da pandemia demanda atenção e cuidado.

DESENVOLVIMENTO

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Pandemia da COVID-19 e os serviços de saúde

No Brasil, o primeiro caso confirmado da COVID-19 foi identificado e registrado em fevereiro de 2020. Confirmada a contaminação comunitária no país, diversas ações foram desencadeadas pelas autoridades sanitárias, gestores e trabalhadores de saúde no sentido de mitigar a sua disseminação. Os serviços de saúde são essenciais na situação de crise sanitária. Os trabalhadores, prontamente, precisam desenvolver e aplicar estratégias e ações de enfrentamento tanto sobre a transmissão e disseminação da doença, quanto de oferta de cuidados e tratamentos das populações já infectadas. Os desafios, então, são múltiplos e envolvem, situações de intenso sofrimento, implicando em decisões sobre a vida e a morte em larga escala. As pressões sobre esses trabalhadores são extensas (ocorrem numa continuidade de tempo interrupta, raramente vivenciada cotidianamente) e são intensas (exigências de tomada de decisões cruciais na vida das pessoas, contato com dor e morte, medos, incertezas) (HELIOTERIO et al., 2020; MIRANDA et al., 2020; SANTOS et al., 2020b).

Em momentos de crise, como os enfrentados no curso da pandemia, evidenciam-se os problemas anteriormente existentes no sistema de saúde, a exemplo da escassez de recursos humanos, falta de treinamento das equipes, número insuficiente de EPI, desprovimento de profissionais especializados, poucas ações de prevenção, insuficiência no financiamento das ações (recursos para compra de equipamentos, EPI, treinamento, número adequado de profissionais), condições de trabalho precárias, invisibilidade dos profissionais de saúde, desmonte e desestruturação do sistema (BARROSO, et al., 2020; SANTANA et al., 2020; SANTOS et al., 2020b). Além das dificuldades supracitadas, muito frequentes nos sistemas de saúde em todo o mundo, adicionam-se àquelas que o SUS enfrenta historicamente como a insuficiência na qualidade e quantidade dos equipamentos disponíveis para as ações de atenção à saúde, redução de investimentos e constante precarização (BARROSO et al., 2020).

Apesar disso, ressalta-se que o SUS vem conseguindo desenvolver as ações necessárias ao enfrentamento da COVID-19 (BARROSO et al., 2020). A existência de um sistema público de saúde, como o SUS, com ramificação em todo o território brasileiro (em áreas urbanas, rurais, ribeirinhas), constituindo uma rede ampla e abrangente de serviços, equipamentos e de recursos humanos tem possibilitado o enfrentamento da pandemia mesmo em situação de ausência de um comando nacional, tecnicamente orientado ou comprometido com o controle da pandemia. Os trabalhadores do SUS, que concretamente respondem pelos movimentos e ações de controle que vem sendo empreendidos mostram, mais uma vez, o relevante e imprescindível papel que desempenham na promoção, proteção e recuperação da saúde das populações nos mais diferentes contextos sociais e econômicos. A pandemia evidencia, de fato, a essencialidade do setor saúde e daqueles que o operam, os trabalhadores da saúde, para produção e reprodução social. Explícita, ainda, que essas ações precisam ser desenvolvidas em redes de atenção: da atenção no território em que se vive ao hospital com suas tecnologias e complexidade.

Para atender às exigências diversas surgidas ou ampliadas na pandemia, respeitando as medidas de controle adotadas, como o distanciamento social, houve a necessidade de redimensionamento das ações em todos os setores envolvidos na atenção à saúde. Isto gerou redesenho dos fluxos e modalidades de atendimento, além da ampliação da oferta de serviços (CONASEMS; CONAS, 2020).

Uma dessas adequações ocorreu com a oferta de novos serviços de saúde, serviços específicos para atendimento de pessoas com queixas relacionadas à COVID-19, a exemplo dos Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da COVID-19 (BRASIL,

2020a) e Centros de Atendimento para Enfrentamento da COVID-19 (BRASIL, 2020b). Esses serviços somaram-se aos de hospitais de campanha, à ampliação do número de leitos de UTI e leitos de suporte ventilatório na rede SUS, expandindo a oferta de atendimento ambulatorial e hospitalar (CONASEMS; CONASS, 2020).

A pandemia, com a necessidade de oferta desses novos serviços, além de estabelecer demandas e exigências completamente novas (relacionadas ao tratamento e cuidados de uma doença ainda pouco conhecida), também alterou a rotina de trabalho dos demais serviços da rede de atenção à saúde, seja com relação aos riscos ocupacionais, produzindo uma atenção maior com os aspectos de biossegurança, seja impulsionando novos modelos de trabalho, como serviços de saúde online. Essas mudanças impactaram nas condições de trabalho, com potencial de trazer repercussões também para a saúde dos trabalhadores.

Condições de trabalho dos Trabalhadores de Saúde no contexto da Pandemia

As condições de trabalho dos trabalhadores da saúde interferem na qualidade e resolutividade dos serviços de saúde prestados por eles (VEDOVATO et al., 2021; CARBAJAL et al., 2020; HELIOTERIO et al., 2020). Assim, “as más condições e precariedade do ambiente e das instalações, onde os profissionais de saúde desenvolvem o trabalho, potencializam as vulnerabilidades quanto a manutenção da segurança, integridade física e da saúde como um todo” (SANTANA et al, 2020,p.02)

Neste estudo, compreende-se condições de trabalho como “um conjunto de variáveis que influenciam o trabalho, a atividade e a vida do(a) trabalhador (a)” (SANTOS et al., 2020a), relacionando situações que envolvem o trabalhador em seu cotidiano de trabalho, assim incluem aspectos relativos à ergonomia, autonomia, aos meios físicos e materiais para a realização das atividades, insumos e maquinários, além da estabilidade do trabalhador e sua exposição aos riscos à saúde e segurança no desenvolvimento das atividades ocupacionais (VEDOVATO et al., 2021; SANTOS et al., 2020a).

Antes da pandemia da COVID-19, as condições de trabalho na saúde já eram consideradas precárias, o que foi exacerbado pela crise sanitária dela decorrente. Envolveram escassez de recursos financeiros, materiais e de pessoal, carga de trabalho elevada, carência de EPI, prolongamento de jornadas laborais, trabalho em turno, incluindo o noturno, dificuldade para a realização de pausas e repouso (VEDOVATO et al., 2021; HELIOTERIO et al., 2020; SANTANA et al., 2020; CORDEIRO; ARAÚJO, 2016).

Além disso, a pandemia exacerbou a exposição dos trabalhadores de saúde aos riscos

químicos, físicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais, seja através da maior utilização de desinfetantes, detergentes, sabonetes, álcool, hipoclorito e demais produtos de limpeza que podem causar/agravar quadros alérgicos, dermatites e doenças de pele; pela necessidade de uso constante de equipamentos de proteção que podem pressionar a pele e causar lesões; dificultar a satisfação de necessidades fisiológicas como alimentação, ingestão de água e realização das necessidades fisiológicas devido ao uso de EPIs por longos períodos devido a escassez desse insumo; exposição à infecção por diversos microorganismos, incluindo o SARS-CoV-2 nos ambientes de trabalho; risco de acidentes de trabalho; incremento da carga psíquica do trabalho gerada pela vivência cotidiana de medo, incertezas sobre a COVID-19; contato intensificado com a dor e a morte, além da sobrecarga de trabalho devido principalmente à ampliação da jornada de trabalho e grande número de pacientes (SILVA et al., 2020a).

A identificação desses diversos tipos de riscos ocupacionais e das condições e características gerais do trabalho tem a função de orientar ações e intervenções de proteção à saúde dos trabalhadores, bem como auxiliar a gestão dos serviços de saúde no desenvolvimento de programas de promoção de ambientes de trabalho seguros. Este estudo pretende contribuir neste sentido, produzindo conhecimento sobre as condições de trabalho durante a pandemia de COVID-19.

METODOLOGIA

Foi realizado estudo de corte transversal, descritivo, seguindo moldes de inquérito, em dois municípios do interior da Bahia. Trata-se da fase III do projeto “Condições de trabalho, de emprego e de saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”, o qual foi iniciado em 2009 e vem acompanhando as condições de saúde, de trabalho e emprego dos trabalhadores de saúde dos municípios baianos. Estudo epidemiológico de corte transversal é um tipo de estudo que avalia, num mesmo ponto do tempo, aspectos relativos à exposições e a desfechos na saúde das populações. Possibilita investigar situações de saúde de uma determinada população a partir da análise de amostra representativa de indivíduos pertencentes a esse grupo em um determinado espaço de tempo, sendo de grande utilidade para diagnósticos comunitários de situação de saúde (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2012). Permite também avaliar os fatores associados à situação de saúde observada. Este tipo de estudo, que não demanda acompanhamento no tempo, é de fácil execução, permitindo acessar, rapidamente, os eventos de interesse, seja eles relativos a exposições,

seja eles referentes à situação de saúde.

A amostra foi definida com base em procedimentos de etapas sucessivas: a) obteve-se a lista nominal de todos os trabalhadores em atividade nos serviços de saúde da atenção básica e de média complexidade; b) estimou-se o tamanho amostral com base no total da população e em diferentes desfechos de saúde; c) definido o tamanho amostral (com base nas estimativas de maior N), estratificou-se a amostra por dois níveis: nível de assistência (atenção básica e serviços especializados - média complexidade) e grupo ocupacional. A composição da amostra foi definida, com base na participação percentual de cada grupo pelos níveis de estratificação estabelecidos; d) estimado o tamanho amostral em cada estrato, foram sorteados os(as) trabalhadores(as) para comporem a amostra com base em listagem de números aleatórios do EpiInfo 6.04d. Para o cálculo do tamanho amostral, empregou-se o número total de trabalhadores em cada município, incidência de acidentes de trabalho entre profissionais de saúde (42%), 95% de confiança e precisão de 4%, acrescido de 20% devido a perdas e recusas.

Com base nos critérios definidos, estimou-se o tamanho amostral mínimo de 259 trabalhadores da AB e 164 trabalhadores da média complexidade para um dos municípios e de 145 trabalhadores da AB do segundo município, totalizando 568 trabalhadores de saúde. Ressalta-se que não foi possível incluir trabalhadores da média complexidade nesse segundo município, pois, por ser um município de menor porte, não possui estruturação desse nível de atenção à saúde. Os municípios eram de pequeno porte (aproximadamente 58.000 e 33.000 habitantes) e contavam com diversos serviços de saúde disponibilizados pelo SUS, dentre eles USF- Unidade de Saúde da Família, Unidade de Atendimento de Urgência e Emergência, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, Unidade de atendimento exclusivo para pacientes com sintomas sugestivos de COVID-19 ou confirmados, além de unidade hospitalar, farmácia básica, dentre outros.

O questionário utilizado para a coleta dos dados foi elaborado a partir de revisão de literatura focalizada nas condições de trabalho e saúde no setor saúde. O instrumento foi composto por 8 blocos, a saber: I- Identificação geral; II – Informações gerais sobre o trabalho; III – condições do ambiente / local de trabalho; IV- características psicossociais do trabalho; V – Saúde Mental; VI- Atividades domésticas e hábitos de vida; VII – Aspectos relacionados à saúde; VIII – Violência. A equipe de coleta foi treinada padronizando-se os procedimentos metodológicos adotados em cada local, além da disponibilização de um Manual de Procedimentos e Condutas para cada entrevistador. Nessa etapa, foram definidas as estratégias para a entrada nos locais de trabalho, sensibilização para a participação no

estudo (campanha informativa e de divulgação da pesquisa) e abordagem do trabalhador (contato inicial e entrevista).

A coleta de dados ocorreu entre abril de 2021 e janeiro de 2022, por meio de entrevistas face-a-face, realizadas nos locais de trabalho. As entrevistas foram feitas com todos os profissionais de saúde que foram sorteados, que aceitaram participar da pesquisa e que estavam em efetivo exercício profissional na unidade sorteada. A taxa de recusa não excedeu 20% dos trabalhadores sorteados, sendo substituídos de forma aleatória, respeitando-se o nível de complexidade, ocupação e sexo, conforme lista de substituição. Em seguida, procedeu-se ao controle de qualidade dos dados coletados e digitação do banco de dados.

Na análise dos dados, para a caracterização da amostra foram realizadas análises descritivas das frequências absolutas e relativas das variáveis referentes às características socioeconômicas (sexo, idade, escolaridade, raça/cor da pele, situação conjugal), laborais (jornada de trabalho, vínculo empregatício, ocupação, tempo de atuação na profissão, turno de trabalho), aspectos relativos ao ambiente de trabalho (ventilação, temperatura, iluminação, condições e disponibilidade dos recursos materiais e mobiliários, exposição aos riscos químicos, biológicos e ergonômicos, disponibilidade e frequência de uso de EPIs) e incidência de COVID-19. As análises foram conduzidas por meio do programa de estatística *Data Analysis and Statistical Software* (STATA), versão 10.0.

Ressalta-se que todas as medidas de biossegurança foram adotadas no momento da coleta dos dados, incluindo a testagem por meio do exame de RT-PCR para COVID-19 e comprovação da vacinação dos coletadores antes de adentrarem o campo de pesquisa, disponibilização de álcool em gel e Equipamentos de Proteção Individual (EPI), prevenindo a contaminação dos trabalhadores e coletadores, uma vez que a coleta ocorreu durante a pandemia.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia (UFBA), seguindo-se as especificações das Resoluções 466/2012 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado sob o parecer nº 3.697.480.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo de base quantitativa, empregando desenho de estudo epidemiológico, foi investigada uma amostra de 548 trabalhadores de saúde, sendo 417 da Atenção Primária em Saúde (272 do município primeiro município e 145 do segundo município) e 131 da Média

Complexidade do primeiro município.

Na amostra estudada, predominaram as mulheres (80,7%), quem se autodeclarou de cor parda (49,3%) e preta (40,5%), casadas ou em união estável (59,3%), com filhos (72,4%; destes, 80,3% tinham até dois filhos). Quase metade tinha nível superior completo (46,7%; destes, 44,9% possuem pós-graduação). Dentre as categorias ocupacionais que compuseram o estudo, destacaram-se os Agentes Comunitários de Saúde - ACS (25,5%), técnicos de enfermagem (15,2%), pessoal administrativo/recepção (9,7%), Agentes de Combate a Endemias - ACE (8,2%) e enfermeiros (7,9%) (Tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas dos trabalhadores de saúde de dois municípios do interior da Bahia, 2022.

Variável* (N)	n	%	Variável* (N)	n	%
Gênero (548)			Tipo de vínculo empregatício(530)		
Feminino	442	80,7	Efetivo municipal	345	65,1
Masculino	106	19,3	Municipalizado	48	9,1
Raça/ Cor da pele (548)			Contratado pela CLT	51	9,6
Branco	45	8,2	Prestador de Serviços	73	13,8
Pardo	270	49,3	Cargo de confiança	11	2,1
Preto	222	40,5	Terceirizado	2	0,3
Outros	11	2,0	Escolaridade(548)		
Situação conjugal(547)			Fundamental	13	2,4
Solteiro	168	30,7	Ensino Médio	237	43,2
Casado/ união estável	324	59,3	Superior incompleto	42	7,7
Divorciado/esquitada	47	8,6	Superior completo	256	46,7
Viúvo	8	1,4	Cargo(545)		
Faixa etária (544)			Agentes Comunitários Saúde	139	25,5
≤ 29 anos	56	10,2	Técnico Enfermagem	83	15,2
30 a 39 anos	169	31,1	Administrativo/ Recepção	53	9,7
40 a 49 anos	207	38,0	Agente Combate a Endemia	45	8,2
50-59 anos	95	17,5	Enfermeiro	43	7,9
≥60 anos	17	3,2	Serviços Gerais	38	7,0
Jornada laboral(539)			Médico	20	3,7
Até 20 horas semanais	36	6,7	Técnico de Radiologia	8	1,5
21 a 40h semanais	474	87,9	Outras ocupações nível superior	60	11,0
≥ 41 horas semanais	29	5,4	Outras ocupações nível médio	56	10,3

Turno de trabalho (517)			Tempo no cargo (525)		
Manhã	10	1,9	Menos de um ano	111	21,1
Tarde	1	0,2	1 a 10 anos	163	31,0
Manhã e Tarde	403	78,0	11 a 20 anos	165	31,4
Plantão	103	19,9	≥ 21 anos	86	16,5

* Foram perdidas as informações para as seguintes variáveis: Idade (n=4; 0,7%); Situação conjugal (n=1; 0,1%), Jornada de trabalho (n=9; 1,6%); turno de trabalho (n=31; 6,0%); tipo de vínculo empregatício (n=18; 3,3%); cargo (n=3; 0,5%); tempo no cargo (n=23; 4,2%)

Historicamente há predomínio das mulheres no setor saúde, elas respondem por aproximadamente 70% das equipes de profissionais de saúde (SANTOS, 2021; SANTOS et al., 2020b). Verifica-se que o mundo do trabalho estrutura-se com base em uma divisão sexual, entre homens e mulheres, fazendo-se a aderência das atividades de cuidado ao estereótipo feminino, à ideia socialmente construída de que as tarefas desenvolvidas no âmbito doméstico (aquelas de cuidado) são de competência das mulheres, estando essas preparadas para exercer esse tipo de tarefa no mercado de trabalho (BARBOSA, 2012).

O setor saúde é dos setores de maior exposição à contaminação de COVID-19, registrando as maiores taxas de adoecimento e óbito (HELIOTÉRIO et al., 2020). Como as mulheres ocupam majoritariamente os postos de trabalho deste setor, elas constituem o grupo mais diretamente exposto à doença.

Assim, maior vulnerabilidade feminina tem sido descrita visto que são as mais afetadas e sobrecarregadas durante uma crise sanitária, uma vez que precisam conciliar as exigências de suas atividades na área da saúde com as demandas familiares e domésticas, assumindo o papel de cuidadoras de crianças, idosos e enfermos em sua família (BITENCOURT; ANDRADE, 2021; SANTOS, 2021; MINAYO; FREIRE, 2020; SANTOS et al., 2020b). Embora os trabalhadores da saúde sejam afetados por essas mudanças de rotina, decorrentes da pandemia, estas se potencializam ainda mais para as mulheres. Com a pandemia, instituições de ensino, de atividades físicas e de lazer tiveram suas atividades suspensas, de forma presencial, sendo transferidas para o âmbito doméstico, e demandando acompanhamento e supervisão de um adulto, como no caso das crianças menores, sendo essa responsabilidade geralmente delegada às mães. Além disso, muitas famílias deixaram de ter o suporte das empregadas domésticas e/ou rede de apoio que antes auxiliavam nessas tarefas. Verifica-se assim que as demandas domésticas se multiplicaram, acentuando a responsabilidade dessas funções para as mulheres, independentemente de ocuparem postos de trabalho fora de casa, como é o caso das trabalhadoras da saúde que se

mantiveram trabalhando durante a pandemia.

Pretos e pardos representaram 89,8% da amostra investigada. Dados oficiais do estado da Bahia demonstram que pretos e pardos correspondem a 81,1% da população do Estado, e eram responsáveis por 81,6% da força de trabalho no ano de 2019 (BAHIA, 2020). Dentre os trabalhadores que se declararam pretos e pardos de acordo com as categorias profissionais temos: ACS (97,1%), ACE (93,3%), enfermeiros (93%), trabalhadores de serviços gerais (92,1%), técnico de enfermagem (91,6%), Técnico em radiologia (87,5%) e trabalhadores do setor administrativo e recepção (85,2%). Este percentual foi de 70% entre médicos (dados não apresentados em tabela).

Esses dados corroboram resultados de estudo realizado por Campos et al. (2020) no qual 78,3% dos trabalhadores eram do sexo feminino e se autodeclararam raça negra (80,6%), destas, 41,9% eram ACS/ACE. Os autores destacam que as categorias profissionais de nível médio foram mais relatadas entre a população negra. Identificaram ainda maior prevalência de TMC (Transtornos Mentais Comuns) em mulheres negras (23,7%). Esses dados refletem a desigualdade ocasionada pelo gênero e pela raça / cor da pele entre os trabalhadores de saúde, a qual pode ocasionar ou agravar diversos tipos de problemas físicos e mentais em decorrência de condições e características de trabalho desiguais (CAMPOS et al., 2020). Apesar de estarmos em um estado que historicamente recebeu os primeiros africanos na colonização do Brasil, ainda há poucas oportunidades de qualificação, formação profissional e oportunidades de emprego com melhor remuneração para as pessoas negras em decorrência da manutenção do racismo institucional nos serviços de saúde.

A idade variou entre 18 e 72 anos; sendo que 41,3% tinham até 39 anos (Tabela 1). Ou seja, a composição etária evidencia que se trata de uma população jovem. Outro dado observado refere-se ao fato de que, apesar das orientações vigentes durante a pandemia de que os serviços deveriam avaliar a possibilidade de afastar trabalhadores dos serviços de saúde idosos (trabalhadores acima de 60 anos) e de grupos de risco (imunodeprimidos ou com doenças crônicas graves), especialmente das atividades laborais de alta exposição para contágio pelo SARS-CoV-2 (BRASIL, 2020a), percebe-se que essa recomendação não foi continuada, nas ações para enfrentamento da pandemia e proteção dos grupos mais vulneráveis. Neste estudo, 3,2% das pessoas com 60 anos ou mais estavam trabalhando nos seus postos de trabalho habituais.

Essa situação ganha ainda mais relevância ao ser identificado a presença de trabalhadores em pleno exercício de suas atividades, com comorbidades (diabetes 4,7%,

obesidade 12% e Hipertensão 20,1%) em atividade de trabalho durante o período de coleta dos dados, sendo que, destes, 72,6% eram trabalhadores de saúde da assistência (dados não apresentados em tabela). Minayo e Freire (2020) referem como inaceitável que trabalhadores acima de 60 anos e integrantes do grupo de risco permaneçam desenvolvendo suas funções que exigem contato direto com pacientes suspeitos e confirmados de COVID-19, contrariando as diretrizes vigentes.

Cabe considerar, contudo, que a pesquisa de campo foi realizada em 2021, com a Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19 já implantada, destacando os trabalhadores de saúde, especialmente aqueles idosos e portadores de comorbidades, como grupos prioritários para a vacinação (BRASIL, 2020b). Portanto, com a ampliação da proteção desses trabalhadores contra a COVID-19, o retorno ao trabalho pode ter sido uma demanda da gestão dos serviços de saúde para atender à crescente busca por atendimento nas unidades. Caberia, no entanto, uma análise especializada, caso a caso, de modo a manter a proteção dos trabalhadores mais vulneráveis.

Os dados relacionados a vacinação contra a COVID-19 evidenciaram que 96,4% dos trabalhadores de saúde já haviam recebido ao menos uma dose da vacina no momento da coleta; destes, 100% dos idosos (76,5% destes já haviam recebido a segunda doses) e mais de 95% dos que apresentam diabetes e/ou obesidade e/ou hipertensão (mais de 76% destes já tinham recebido a segunda dose) (dados não apresentados em tabela).

De acordo com as Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais, publicado pelo Ministério da Saúde, independentemente do tipo de vínculo empregatício, os serviços de saúde “devem garantir a adoção de medidas e mecanismos de proteção e promoção à saúde para todos os trabalhadores que atuam nos serviços”. Essas medidas visam intervir nos fatores e situações de riscos às quais os trabalhadores podem estar expostos durante suas atividades laborais. Dentre as medidas de controle da COVID-19, são recomendadas: a oferta de treinamentos sobre fatores de risco, proteção contra COVID-19, protocolos de biossegurança, orientação quanto ao uso, manejo e descarte de EPIs. Ressalta-se que os trabalhadores precisam estar informados, treinados, conscientizados e mobilizados para a proteção necessária (BRASIL, 2020a).

No entanto, os dados encontrados na população estudada mostraram que as medidas relativas ao treinamento ainda configuram importante desafio no setor, desafio passado e presente. Por exemplo, em relação às características ocupacionais: 65,6% exerciam atividades totalmente compatível com seu cargo de trabalho; 62,9% tinham vínculo efetivo

municipal; 41% não receberam treinamento institucional para exercer o cargo e 51,4% informaram que não tinham recebido treinamento durante o tempo que estavam exercendo o cargo. No contexto da pandemia, foi questionado se os trabalhadores de saúde tiveram acesso a cursos ou a protocolos de biossegurança oferecidos pelo serviço em que atuava, sendo que a maioria (64,2%) informou que não teve acesso, enquanto 63,2% informaram que não foram treinados para realizar os procedimentos previstos nos protocolos elaborados durante a pandemia (para uso de EPI, de máscaras e outros equipamentos)(dados não apresentados em tabela).

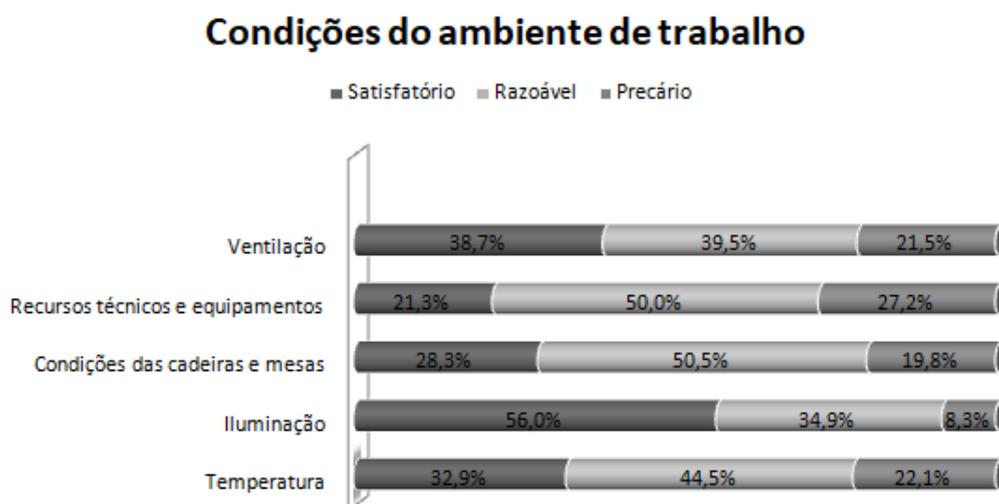
Este dado preocupa, sobretudo, por evidenciar o caráter protocolar, apenas formal, que esses instrumentos normativos ou de orientação (que foram constituídos para o enfrentamento dos riscos ocupacionais e biossegurança durante a situação pandêmica) parecem adquirir na prática e na vivência efetiva no cotidiano dos serviços de saúde. Assim, parece uma formalização do que é desejado sem a correspondente preocupação de que sejam, efetivamente, adotados. Assim, esse desafio continua a demandar atenção.

A ausência de treinamentos e capacitações de acordo com os protocolos nacionais e internacionais de biossegurança coloca em risco a saúde dos trabalhadores, uma vez que o desconhecimento pode contribuir para a ampliação do risco de infecção em profissionais de saúde no contexto da pandemia (CONEGLIANI; UEHARA; MAGRI, 2020; MIRANDA et al., 2020). Fica evidente a necessidade de qualificação profissional por meio de treinamentos e atualizações contínuos destinados a orientar e preparar todos os profissionais que atuam na rede de saúde, a fim de minimizar os riscos de contaminação pelo vírus e ampliar as ações de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores (CONEGLIANI; UEHARA; MAGRI, 2020).

Em relação ao tempo de trabalho no cargo, 21,1% estavam no cargo a menos de um ano. Quando questionados em relação à jornada de trabalho, 87,9% trabalhavam de 21 a 40 horas semanais e 78,0% trabalhavam nos turnos diurno – manhã e tarde (Tabela 1).

A referência às condições precárias ou inadequadas do ambiente de trabalho, de equipamentos e materiais, foram as seguintes: recursos técnicos e equipamentos (27,2%), temperatura (22,1%), ventilação (21,5%), cadeiras e mesas (19,8%) e iluminação (8,3%) (Gráfico 1).

Gráfico 1: Condições do ambiente de trabalho dos trabalhadores de saúde de municípios do interior da Bahia, 2022.



Em relação a estrutura física, 70,8% informaram que não havia sala de descanso no setor de trabalho, assim como não havia armários (63,9%) para guarda de pertences. A maioria (63,5%) informou dispor de copa/refeitório e ter acesso a sanitários no local de trabalho (84,3%) (Gráfico 2). Quando questionados sobre a alimentação no ambiente de trabalho, 79,4% dos trabalhadores informaram haver tempo disponível para alimentação e 77,9% relataram que o empregador não oferecia lanche (dados não apresentados em tabela).

Gráfico 2: Estrutura física do setor de trabalho dos trabalhadores de saúde de municípios do interior da Bahia, 2022.



Santana et al. (2020) referem que condições inadequadas dos ambientes de trabalho, associada a insuficiência de recursos técnicos e equipamentos exacerba a vulnerabilidade dos trabalhadores de saúde quanto a manutenção da segurança, integridade física e da

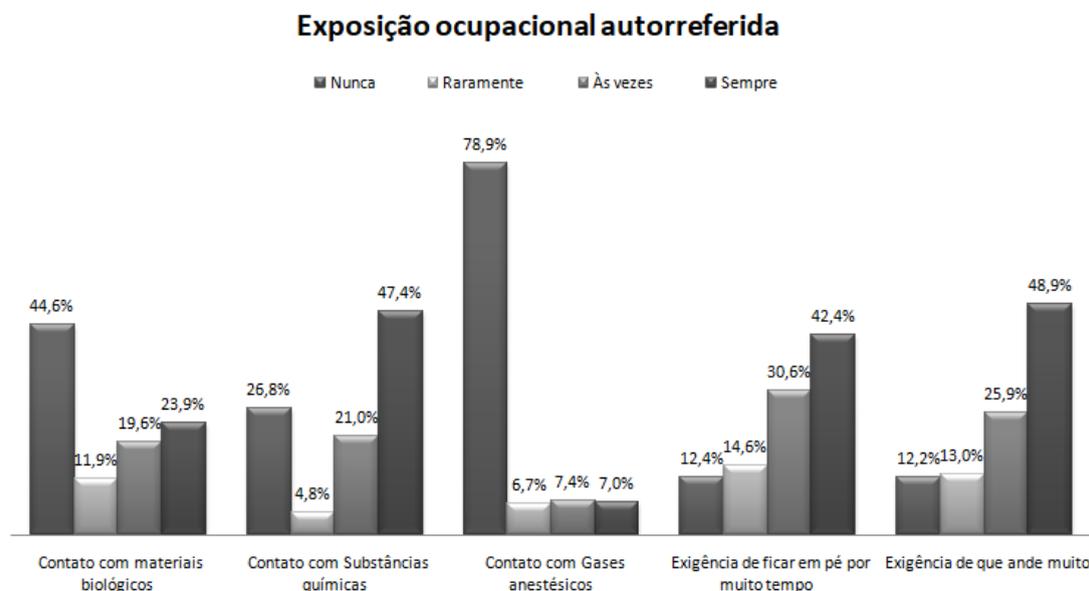
saúde. A situação de precariedade foi potencializada pelas condições vivenciadas no enfrentamento ao coronavírus no Brasil, exatamente quando essas condições são ainda mais necessárias. Dentre as medidas de controle de engenharia e arquitetura para o combate à COVID-19, destaca-se necessidade de instalação das barreiras físicas como coberturas protetoras para as macas, placas de vidro ou acrílico ou janelas para atendimento administrativo, além da ampliação do número de lavatórios (com dispensadores de sabão, papel-toalha, preparação alcoólica, lixeira com tampa e acionamento com pedal), manutenção dos locais de espera com ventilação abundante e natural, além do estabelecimento de fluxos de atendimento e manutenção do distanciamento social (BRASIL, 2020c).

Embora condições inadequadas de trabalho sejam exacerbadas pela pandemia, ressalta-se que essa situação tem sido frequentemente identificada no trabalho em saúde, resultando em danos à saúde dos trabalhadores e diminuição da capacidade para o trabalho (GODINHO et al., 2017; CORDEIRO; ARAÚJO, 2016). Verifica-se ainda que as condições nas quais se executam as atividades podem impactar a qualidade e resolutividade dos serviços de saúde, resultando em diminuição da qualidade da assistência e da capacidade de resposta dos serviços frente às demandas. A pandemia da COVID-19, neste sentido, incrementa a deterioração da capacidade para o trabalho, uma vez que intensifica os esforços para atender as exigências e as necessidades críticas de continuidade nos serviços para atender às demandas da população (HELIOTÉRIO et al., 2020).

Dentre as exposições ocupacionais mais frequentes, destacam-se as ergonômicas: exigência de andar muito (sempre: 48,9%) e exigência e ficar em pé por muito tempo (sempre: 42,4%). Como uma parcela significativa da amostra estudada é composta por ACS e ACE, esses tipos de riscos são coerentes com as características e demandas predominantes nas funções exercidas. Portanto, ações de prevenção de distúrbios musculoesqueléticos são particularmente relevantes para esses trabalhadores. Destaca-se a elevada frequência de contato com substâncias químicas (sempre=47,4%). Contato habitual com material biológico foi referido por 43,5% (sempre=23,9% e às vezes=19,6%). Curiosamente, 44,6% (percentual próximo da metade) relataram nunca ter contato com material biológico (Gráfico 3). Ou seja, mesmo tratando-se de trabalhadores em contato constante com populações doentes, inclusive por doenças infecciosas, especialmente num período de pandemia, não se percebiam expostos a material biológico. Este resultado identifica falhas importantes no treinamento desses trabalhadores, uma vez que prevalece o desconhecimento sobre os riscos ocupacionais a que estão expostos e, o que é mais

preocupante, pode não mobilizar ações de proteção e prevenção. Este é, certamente, outro desafio muito significativo para a gestão das condições de trabalho e saúde nesse setor.

Gráfico 3:Exposição ocupacional autorreferida por trabalhadores de saúde de municípios do interior da Bahia, 2022.



A natureza do trabalho em saúde e a alta transmissibilidade do vírus SARS-CoV-2 expõem, com maior intensidade e frequência, os trabalhadores de saúde ao risco de contrair a doença, uma vez que, faz parte de sua rotina de trabalho a realização de procedimentos e atendimentos a pacientes suspeitos e confirmados de COVID-19, podendo entrar em contato com secreções biológicas incluindo secreções respiratórias (SANTOS et al., 2020b; SILVA et al., 2020). Ressalta-se ainda, que durante a crise sanitária há ampliação da utilização de substâncias químicas como detergentes, sabonetes, álcool, hipoclorito e materiais de limpeza, caracterizando risco laboral de origem química, o que pode causar em trabalhadores reações alérgicas, dermatites, lesões de pele e mucosas (SILVA et al., 2020).

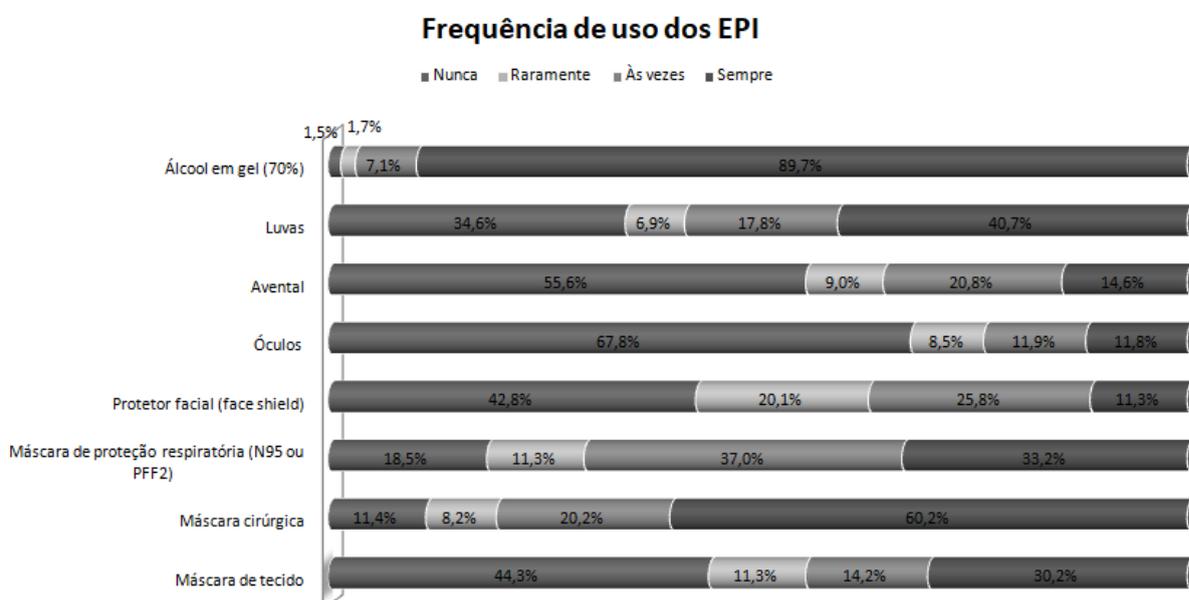
Quanto às exposições de natureza física e ergonômicas, Silva et al. (2020) relatam que o aumento da carga de trabalho pode gerar fadiga, corroborando com os resultados deste estudo referente às exigências físicas, tais como: sempre andar muito e permanecer muito tempo em pé. Ressalta ainda que diversos fatores trazidos pela pandemia podem configurar-se em riscos físicos, a exemplo: lesões na pele causadas pela pressão exercida pelos EPIs, limitação dos movimentos e de eliminações fisiológicas e de ingestão de água e alimentos, em virtude da vestimenta e dos EPIs. Além desses fatores, é pertinente destacar os riscos psicossociais que elevam a sobrecarga mental, tais como medo e incertezas sobre a

patologia, sobre o risco de se contaminar e transmitir para a família, além do distanciamento familiar vivenciado, por muitos trabalhadores, e ausência de atividades de lazer. Estes fatores específicos do contexto pandêmico podem contribuir para o aumento ou intensificação dos riscos psicossociais já muito frequentemente identificados no trabalho em saúde.

A relação entre as exigências da tarefa e recursos disponíveis para a realização também foi avaliada: 43,9% classificaram essa relação como regular e pouco mais da metade (54,4%) referiu material suficiente para a realização da tarefa. Situação preocupante foi evidenciada sobre a disponibilidade dos EPIs no setor de trabalho, sendo que 29,7% informam que não havia disponibilização de luvas, 53,3% relataram não haver disponibilidade de avental, 13,2% informaram não se ofertadas máscaras e, 67,8% confirmaram não haver disponibilização de óculos de proteção (dado não apresentado em tabela).

Quando avaliamos a frequência de uso dos EPIs na rotina de trabalho, 30,2% dos trabalhadores relataram utilizar sempre máscara de tecido durante as atividades laborais, pouco mais da metade (60,2%) referiu utilizar máscara cirúrgica, enquanto apenas um terço (33,2%) relatou utilizar máscara de proteção respiratória N95. Ainda sobre a utilização de EPIs, quase metade (40,7%) referiu utilizar sempre luvas e 89,7% sempre utilizavam álcool em gel. Quase metade referiu nunca utilizar protetor facial (42,8%), óculos de proteção (67,8%) e avental impermeável (55,6%) (gráfico 4).

Gráfico 4: Frequência de uso de EPI referido por trabalhadores de saúde de municípios do interior da Bahia, 2022.



A utilização de EPI e adoção de medidas de prevenção ao contágio da COVID-19 é uma necessidade de todos os trabalhadores, principalmente aqueles que se mantiveram em atividade durante a pandemia (BARROSO et al., 2020). Os EPIs devem ser ofertados pelo empregador, devem ser adequados ao tipo de trabalho e em quantidade suficiente. Além disto, é necessária a oferta de treinamento adequado para o seu uso, paramentação e descarte, independente do vínculo empregatício dos trabalhadores (CONEGLIANI; UEHARA, MAGRI, 2020; GALLASCH et al., 2020; SANTANA et al., 2020; SOARES et al., 2020).

O tipo de EPI a ser utilizado na prevenção da contaminação dos trabalhadores de saúde pelo SARS-CoV-2 depende da atividade executada e do risco ocupacional a que o trabalhador está exposto. De maneira geral, os EPIs disponibilizados aos trabalhadores de saúde devem incluir gorro, óculos de proteção ou protetor facial, máscara, avental impermeável e luvas de procedimento (SANTANA et al., 2020; SOARES et al., 2020). Para procedimentos geradores de aerossóis, recomenda-se a adoção do uso de máscara N95 ou PFF2, além de luvas, proteção ocular e avental impermeável (CONEGLIANI; UEHARA, MAGRI, 2020). As máscaras de tecido foram recomendadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para uso pela população geral, mas não é recomendada para trabalhadores da saúde, uma vez que as máscaras faciais não-hospitalares ainda que reduzam o risco de contaminação, não oferecem proteção mais efetiva contra infecções respiratórias (ANVISA, 2020).

O déficit na disponibilização de EPIs é algo crônico no setor saúde com destaque para os serviços públicos. No entanto, essa escassez ganha contornos catastróficos diante da pandemia da COVID-19. Essa situação impacta diretamente nas taxas de contaminação, adoecimento e morte dos trabalhadores da saúde. A barreira física proporcionada pelos EPIs é fundamental para a preservação da saúde dos trabalhadores e redução da disseminação do vírus nos serviços de saúde, evitando também a contaminação de pacientes e familiares. Neste sentido, a disponibilização de EPI com boa qualidade e adequada utilização são ações essenciais para o enfrentamento da COVID-19 (HELIOTÉRIO et al., 2020).

O impacto das condições de trabalho, da distribuição e utilização de EPI pode ser observado na incidência de casos de COVID-19 entre os trabalhadores. Aproximadamente um terço (31%) referiu ter tido COVID-19, destes, 18,5% já tiveram COVID-19 mais de uma vez (reinfecção). A referência a ter colegas de trabalho com COVID-19 no mesmo período em que o trabalhador esteve doente foi elevada, somando 45,4% dos entrevistados.

No entanto, nem todos os trabalhadores realizaram testes diagnósticos: apenas 76,2% informaram ter sido testados para COVID-19, ou seja, se considerarmos os casos assintomáticos, a incidência de casos de COVID-19 pode ser ainda maior do que a encontrada no estudo (Tabela 2).

Tabela 2: Avaliação de características relacionadas à COVID-19 (testagem, frequência e disseminação no posto de trabalho). Trabalhadores de saúde de dois municípios do interior da Bahia, 2022.

Variável* (N)	n	%	Variável* (N)	n	%
Trabalhador testado para COVID-19 (525)			Teve COVID-19 mais de uma vez **(159)		
Sim	400	76,2	Sim	29	18,5
Não	125	23,8	Não	128	81,5
Diagnóstico de COVID-19 (526)			Colega de trabalho com COVID-19 no mesmo período em que teve COVID-19*** (163)		
Sim	163	31,0	Sim	74	45,4
Não	363	69,0	Não	89	54,6

* Foram perdidas as informações para as seguintes variáveis: Trabalhador testado para COVID-19 (n=23; 4,2%); Diagnóstico de COVID-19 (n= 22; 4,0%); Teve COVID-19 mais de uma vez (n=6; 3,7%);

** Dados referentes a pacientes que referiram ter tido COVID-19.

Dentre as recomendações vigentes para os trabalhadores de saúde (BRASIL, 2020a), é necessário monitoramento da ocorrência de transmissão interna da COVID-19 em pacientes e trabalhadores dos serviços de saúde, devendo ser divulgados os resultados desse monitoramento entre os trabalhadores de saúde, além de adotar medidas apropriadas para controle e mitigação da transmissão. A realização de testes para identificação de pacientes com COVID-19 é uma estratégia de controle e monitoramento de pessoas suspeitas da doença e contatos de caso confirmado, mas também é uma estratégia de proteção à saúde dos trabalhadores de saúde expostos ao risco de contaminação na assistência a pacientes contaminados. Esse monitoramento deve ser feito mesmo se o trabalhador não apresenta sintomas no momento da coleta, sendo um passo importante para o controle da doença entre trabalhadores, além da necessidade de testagem para o retorno ao trabalho daqueles que foram contaminados pelo SARS-CoV-2 (HELIOTERIO et al., 2020).

Estima-se que os trabalhadores de saúde têm três vezes mais chances de ser infectado pelo SARS-CoV-2 do que a população em geral (BARROSO et al., 2020; SANTOS et al., 2020b). Dados da contaminação entre trabalhadores de saúde no Brasil são incipientes e enfrentam vários desafios, dentre eles, a expressiva subnotificação dos casos nos sistemas

de informação da COVID-19 e dificuldade de registro do campo ocupação nas fichas de notificação. A possibilidade do registro de casos entre profissionais de saúde foi uma medida desde o início da pandemia, mesmo quando não estava incluso o registro dos trabalhadores da saúde em geral, a exemplo dos profissionais de higienização e recepção atuantes no setor saúde (HELIOTERIO et al., 2020; SANTOS et al., 2020b). Estudo revela que cerca de 25% dos trabalhadores de saúde no Brasil foram infectados pelo SARS-CoV-2 (LEONEL, 2021). Chama a atenção no nosso estudo o dado da incidência de COVID-19 (autorrelato de ter tido COVID-19) que foi superior à essa frequência mencionada na literatura.

A identificação de casos de COVID-19 entre colegas de trabalho no mesmo período em que o trabalhador esteve doente foi elevada. Assim, reforça-se a possibilidade de contaminação ocorrida no ambiente laboral, configurando-se, portanto, como uma doença ocupacional. É de extrema importância reconhecer a COVID-19 como doença relacionada ao trabalho, assegurando ao trabalhador a garantia dos direitos trabalhistas (HELIOTERIO et al., 2020). Ressalta-se a necessidade de notificação e monitoramento dos casos confirmados, além da intervenção nos ambientes de trabalho para interromper o ciclo de contaminação (MENDES et al., 2021).

Mendes et al. (2021) descrevem que, para estabelecer a relação da COVID-19 com o trabalho, é necessário considerar alguns fatores como o contato com pessoas confirmadas para COVID-19 no ambiente de trabalho ou trajeto, além das condições de trabalho serem favoráveis a contaminação, situações vivenciadas entre os trabalhadores de saúde. O estudo acima referido identificou que 79% dos trabalhadores de saúde referiram que a contaminação ocorreu no local de trabalho ou trajeto.

Ao avaliar os casos COVID-19, segundo as ocupações identificou-se que a maior incidência foi observada entre os técnicos em radiologia (50%), seguido por enfermeiros (41,9%), médicos (40%), técnicos de enfermagem (39,8%), trabalhadores da administração e recepção (32,1%) e ACS (25,9%) (Tabela 3).

Os profissionais que atuam na assistência direta a pacientes têm maior chance de contrair COVID-19 (TEIXEIRA et al., 2020; SILVA et al., 2020). Estudos têm demonstrado que os profissionais de enfermagem (técnicos e enfermeiros) são os mais afetados dentre os profissionais de saúde (GANDRA et al., 2021; MIRANDA et al., 2020; SANTOS et al., 2020b); por exemplo o estudo de Mendes et al. (2021), conduzido com trabalhadores de saúde que tiveram COVID-19, em Salvador, Bahia, identificou que, dentre os afetados, 35,2% eram técnicos de enfermagem e 16% eram enfermeiros. Nosso estudo, no entanto,

verificou também elevada incidência de COVID-19 entre técnicos de radiologia, trabalhadores essenciais na realização exames de imagem para diagnóstico da doença.

Tabela 3: Incidência (%) de COVID-19 entre os trabalhadores de saúde de dois municípios do interior da Bahia, 2022.

Categoria Profissional	N	n	%
Técnico em radiologia	8	4	50,0
Enfermeiros	43	18	41,9
Médico	20	8	40,0
Técnico de Enfermagem	83	33	39,8
Administrativo/recepção	53	17	32,1
Agentes Comunitários de Saúde	139	36	25,9
Serviços gerais	38	10	26,3
Agente de Controle de Endemias	45	7	15,6
Outras ocupações nível superior	60	15	25,0
Outras ocupações nível médio	56	13	26,8
TOTAL	545	161	29,5

* Foram perdidas as informações para as seguintes variáveis: categoria profissional (n=3; 0,5%); casos de COVID-19 sem registro da ocupação (n=2; 1,2%)

Embora tenha sido possível evidenciar as condições de trabalho em saúde vivenciadas durante a pandemia de COVID-19, ainda há lacunas que necessitam ser melhor investigadas. Cabe considerar ainda algumas limitações deste estudo. O desenho transversal adotado neste estudo impossibilita observação de sequência temporal dos eventos, sendo possível apenas avaliar os fatores de interesse num único momento. A não realização de testes diagnósticos para COVID-19 nos trabalhadores investigados é um limitante na identificação/confirmação da doença. Os dados foram baseados em autorrelato, portanto, viés de memória não pode ser descartado. Além disso, as entrevistadas foram realizadas apenas em trabalhadores sadios e em pleno exercício profissional no momento da coleta, trabalhadores que por ventura, estavam afastados por licença médica durante o período da coleta, não foram incluídos no estudo.

CONCLUSÃO

Este estudo produziu um conjunto de informações que permitiu alcançar o objetivo de descrever as condições de trabalho em saúde durante a pandemia de COVID-19. As características do ambiente de trabalho, incluindo seus aspectos materiais, de equipamentos,

exposição a riscos e de gestão-organização do trabalho, foram descritos. Foco especial foi dado a frequência de COVID-19 e às medidas de proteção e prevenção disponíveis. Esses resultados poderão ser utilizados para o desenho de medidas preventivas no trabalho que visem prover condições de trabalho adequadas, além de contribuir para a construção de agenda sobre a pandemia e o trabalho no setor saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ANVISA - AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ORIENTAÇÕES GERAIS – Máscaras faciais de uso não profissional de 03 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/Covid-19-tudo-sobre-mascaras-faciais-de-protecao/orientacoes-para-mascaras-de-uso-nao-profissional-anvisa-08-04-2020-1.pdf/view>. Acesso em 11 março 2022.

BAHIA. Panorama socioeconômico da população negra da Bahia. Textos para discussão, nº 17. Salvador, 2020. Disponível em: http://www.sei.ba.gov.br/images/publicacoes/download/textos_discussao/texto_discussao_17.pdf Acesso em 11 março 2022.

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

BARROSO, B. I.L., et al. A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**[online]. v. 28, n. 03 [Acessado 15 março 2022], p. 1093-1102, 2020 Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2091>>.

BITENCOURT, S. M.; ANDRADE, C. B. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 26, n. 3 [Acessado 15 março 2022], p. 1013-1022, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42082020>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 1.444, de 29 de maio de 2020**. Brasília, 2020a

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 1.445, de 29 de maio de 2020**. Brasília, 2020b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras**

síndromes gripais. Abril 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. 1ª edição. Brasília, 2020d.

BRUST-RENCK, P. G.; FERRARI, J.; ZIBETTI, M. R. ; SERRALTA, F. B. Influência da percepção de risco sobre a Covid-19 no sofrimento psicológico dos profissionais de saúde. **Psico**, v. 52, n. 3, p. e41408, 2021. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/41408> Acesso em: 23 fevereiro 2022.

CAMPOS, F. M. et al. Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. **Cadernos Saúde Coletiva** [online]. v. 28, n. 4 [Acessado 12 março 2022], p. 579-589, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040559>>.

CARBAJAL, A. B. et al. Working conditions and emotional impact in healthcare workers during COVID-19 pandemic. **J Healthc Qual Res.** v. 35, n. 6, p. 401-402, 2020. doi: 10.1016/j.jhqr.2020.08.002. Epub 2020 Sep 12. PMID: 33008794; PMCID: PMC7486874.

CIRINO, F. M. S. B.; ARAGÃO, J. B.; MEYER, G.; CAMPOS, D.S.; GRYSCHKEK, A. L. D. F. P. L.; NICHATA, L. Y. I. Desafios da atenção primária no contexto da COVID-19: a experiência de Diadema, SP. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2665, 2021. DOI: 10.5712/rbmfc16(43)2665. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2665>. Acesso em: 05 março 2022.

CONASEMS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. 2ª edição. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-2-ed-com-anexos.pdf> Acesso: 5 março 2022

CONEGLIANI, T. V.; UEHARA, S. C.S. A.; MAGRI, M. A. Prevenção de contágio por Covid-19 na exposição ocupacional em saúde: copingreview. **CuidArte, Enfermagem**; v. 14 n. 2, p. 156-163, 2020. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2020v2/p.156-163.pdf> . Acesso em: 22 fevereiro 2022

CORDEIRO, T. M. S.; ARAÚJO, T. M. Capacidade para o trabalho e fatores associados em profissionais de saúde no Brasil. **Revista Brasileira Medicina do Trabalho**, São Paulo, v.14, n. 3, p. 262-274, 2016. DOI: 10.5327/Z1679-44352016v14n3ED.

CUNHA, I. C. K.; FREIRE, N. P. O que é essencial para os profissionais essenciais? **Enfermagem em foco**. v. 11, n.2(Esp 2), p. 18-20, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4156/842> Acesso em: 22 fevereiro 2022

GALLASCH, C. H. et al. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19. **Revista enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 28: e49596, 2020. Disponível em: <https://www.e->

publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49596. Acesso: 06 Março 2022.

GANDRA, E. C. et al. Enfermagem brasileira e a pandemia de COVID-19: desigualdades em evidência. **Escola Anna Nery** [online]. v. 25, n. espe , e20210058, 2021. Available from: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0058>>. Epub 27 Aug 2021. ISSN 2177-9465.<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0058>.Acesso: 15 março 2022.

GODINHO, M. R. et al. Capacidade para o trabalho e fatores associados em profissionais no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 88-100, 2017.

HELIOTERIO, M. C. et al. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. v. 18, n. 3], e00289121, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>>. Epub 31 Jul 2020. ISSN 1981-7746.<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>.Acesso: 15 março 2022.

LEONEL, F. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. 22/03/2021. Disponível em:<https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude#:~:text=A%20maior%20parte%20da%20equipe,foram%20infectados%20pela%20Covid%2D19>. Acesso: 06 março 2022

MENDES, T.T. M. et al. Investigação epidemiológica de Covid-19 relacionada ao trabalho em trabalhadores de Saúde: experiência do Cerest Salvador. **Revista baiana de saúde pública**; v.45, n. Especial 1, p. 254-266, 2021.Disponível em:<https://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3249/2787>. Acesso em: 02 março 2022.

MINAYO, M. C.S.; FREIRE, N.P.. Pandemia exacerbada desigualdades na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 9, p. 3555-3556, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.13742020>>. Epub 28 Ago 2020. ISSN 1678-4561.<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.13742020>.Acesso em: 15 março 2022.

MIRANDA, F. M. D. et al. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a COVID-19. **Revista Cogitare Enfermagem**.v. 25: e72702, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72702>. Acesso em: 23 fevereiro 2022

NORONHA, K.V. M. S. 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. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 36, n. 6, e00115320, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>>. Epub 17 Jun 2020. ISSN 1678-4464.Acesso em: 22 fevereiro 2022.

SANTANA, N. et al. Segurança dos profissionais de saúde no enfrentamento do novo coronavírus no Brasil. **Escola Anna Nery** [online]. v. 24, n. spe, e20200241, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0241>>. Epub 01 Feb 2021.

ISSN 2177-9465.<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0241>. Acesso em: 03 março 2022.

SANTOS, T. A. et al. Condições de trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem em hospitais públicos. **Reme : Rev. Min. Enferm.** [online]. v.24, e1339, 2020. Epub 05-Fev-2021. ISSN 2316-9389. <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20200076>. 2020a

SANTOS, K. O. B. et al. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 36, n. 12, e00178320, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00178320>>. Epub 16 Dez 2020. ISSN 1678-4464. 2020b. Acesso: 05 março 2022.

SANTOS, B. M. P.. A face feminina na linha de frente contra a pandemia da COVID-19. **Revista Nursing.** v. 24, n275:SABO-5481, 2021. Disponível em:<http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1470> Acesso em: 23 fevereiro 2022.

SILVA, J. S. et al. Reflexiones sobre los riesgos ocupacionales en trabajadores de salud en tiempos pandémicos por COVID-19. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 36, n. 2, jun. 2020a. ISSN 1561-2961. Disponível em:<<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3738>>. Acesso: 13 março 2022

SILVA, Luiz Sérgio et al. Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** [online]. v. 45, , e24, 2020b. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-6369000014520>>. Epub 07 Ago 2020. ISSN 2317-6369. Acesso: 13 março 2022.

SILVA, V.G.F. et al. The nurse's work in the context of COVID-19 pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. v. 74, n. Suppl 1, 2021. [Acessado 23 Fevereiro 2022], e20200594. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0594>>. Epub 05 março 2021. ISSN 1984-0446.

SOARES, S. S. S. et al. Pandemia de Covid-19 e o uso racional de equipamentos de proteção individual. **Revista enfermagem UERJ**; Rio de Janeiro, v. 28, e50360, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/50360/34044>. Acesso: 03 março 2022.

TEIXEIRA, C.F. S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>>. Epub 28 Ago 2020. ISSN 1678-4561. Acesso: 13 março 2022.

VEDOVATO, T. G. et al. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** [online]. v. 46 , 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-6369000028520>>. Epub 24 Fev 2021. ISSN 2317-6369. Acesso: 22 fevereiro 2022.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



Universidade Estadual de Feira de Santana
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Núcleo de Epidemiologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **Vigilância e Monitoramento de Doenças Infecciosas entre Trabalhadores e Trabalhadoras do Setor Saúde**. O campo de investigação é de fundamental importância para saúde pública do país, pois inúmeras doenças que levaram a morte de várias pessoas hoje têm sua prevenção garantida à população através das vacinas, que são gratuitas, bem como das medidas protetivas. Esta pesquisa está sendo desenvolvida pelo Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), com supervisão da pesquisadora Margarete Costa Helioerio e coordenação da professora Dr^aTânia Maria de Araújo. O objetivo principal desta pesquisa é desenvolver um estudo epidemiológico para avaliar doenças infecciosas entre trabalhadores/as da atenção básica e de média complexidade e analisar os fatores associados à sua ocorrência, com destaque para as exposições ocupacionais.

A presente pesquisa pauta-se nas normas contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde garantindo-lhes sigilo, anonimato e privacidade. Caso você aceite participar, realizaremos uma entrevista em seu ambiente de trabalho, quando este não apresentar qualquer risco de constrangimento em horário previamente acordado com o consentimento da sua coordenação direta. Durante a entrevista, você irá responder algumas questões as quais abordarão conhecimento sobre seus dados socioeconômicos, culturais, características do trabalho e informações gerais sobre seu estado de saúde. Após entrevista, também poderão ser realizados testes rápidos para doenças infecciosas (Hepatite B, C, HIV, Sífilis, Dengue, Chikungunya e Zika Virus), aferição da pressão arterial e medida da glicemia capilar (caso você aceite participar desta etapa). Ressalta-se que todo material utilizado é descartável e a equipe de coletadores foi treinada previamente por especialistas. A entrevista pode durar até quarenta minutos. Todo o material da pesquisa será guardado no núcleo de pesquisa responsável, pelo prazo de cinco anos. Se você aceitar fazer a coleta, posterior à entrevista, deverá além de assinar este termo, assinar também a declaração do participante, tendo em vista a importância de saber dos resultados dos seus exames e/ou do benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento prescrito. Uma cópia será entregue à você e, se necessário, te encaminharemos à Rede de Atenção à Saúde/SUS, através do Serviço de Assistência Especializada (SAE) e Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) para maiores cuidados.

Os benefícios gerados com esta pesquisa estão relacionados com avaliação do seu estado de saúde e autocuidado, além da reflexão gerada sobre a importância da prevenção de doenças. Além disso, os dados empíricos gerados poderão contribuir para a formulação de projetos de extensão sobre a temática. Você tem o direito de não responder aos questionamentos que lhe gerarem desconforto. Você estará livre para corrigir o que foi dito ou se recusar a continuar participando do estudo a qualquer momento, sem que seja causado qualquer prejuízo a você ou a sua atividade profissional. Apenas pesquisadores/as liberados pela coordenação terão acesso ao material do estudo, logo a sua identidade será preservada com sigilo. Você não receberá benefícios financeiros participando desta pesquisa, pois ela tem caráter voluntário, contudo, se você se sentir prejudicado por qualquer dano decorrente dessa pesquisa, você tem o direito de buscar indenização e ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação de acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Apesar dos cuidados para garantia da integridade e privacidade do participante, alguns riscos podem estar relacionados a este estudo: responder a questões sensíveis relacionadas à violência, exposição ocupacional e sexualidade. Revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados. O tempo de trabalho dispensado para participação das entrevistas. Bem como, riscos físicos relacionados aos procedimentos a serem realizados: punção digital para medida da glicemia casual e realização da punção venosa para coleta de sangue para realização dos testes rápidos, além da medida da pressão arterial com uso de manguito inflável.

Os resultados deste projeto serão apresentados no seu ambiente de trabalho e serão publicados em revistas científicas, assim como em eventos científicos, garantindo sempre o sigilo da identidade dos participantes. Qualquer esclarecimento sobre a pesquisa poderá ser realizado no endereço: Av. Transnordestina s/n, Feira de Santana, Ba, CEP: 44036-900, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Epidemiologia, telefone: (75) 3161-8320. O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEFS, localizado na Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte (CEP: 4.031-460), Módulo I, MA 17, também poderá esclarecer dúvidas éticas de segunda à sexta das 13h30 às 17h30, ou através do telefone (75)3161-8124 ou do email: cep@uefs.br.

Caso você concorde em participar da pesquisa, este termo de consentimento informado deverá ser assinado em duas vias, ficando uma cópia conosco e a outra com você. Caso você recuse participar desta pesquisa, não terá prejuízos relacionados ao seu trabalho. Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição.

Local

Data

Tânia Maria de Araújo

Assinatura do Participante

Tânia Maria de Araújo
Coordenadora

Margarete Costa Helioerio

Margarete Costa Helioerio
Supervisora

ANEXO B- INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS


**VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS ENTRE
TRABALHADORES E TRABALHADORAS DO SETOR SAÚDE.**
UEFS

Número do Questionário

Este questionário é individual e confidencial. Por favor, é fundamental que você responda a todas as perguntas, pois a ausência de uma resposta pode invalidar sua avaliação. Suas respostas deverão refletir sua realidade, como você entende e vivencia seu trabalho e sua condição de saúde.

BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO GERAL
 INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Unidade de trabalho:

Data/Horário:

1. Sexo: feminino masculino2. Idade (em anos): 3. Tem filhos? não sim Quantos?

4. Situação conjugal:

- 1 solteiro(a)
 2 casado(a)
 3 união consensual/união estável
 4 viúvo(a)
 5 divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)

5. Na escola, qual o último nível de ensino e a última série /grau que concluiu?

Ensino fundamental

Ensino Médio

Ensino Superior

1 1ª a 4ª série.3 1º ano. 5 3º ano7 Completo2 5ª a 8ª série.4 2º ano. 6 Técnico8 IncompletoQual curso? Pós-Graduação:9 Especialização10 Mestrado11 Doutorado

6. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele?

- 1 Branca
 2 Amarela (oriental)
 3 Parda
 4 Origem indígena
 5 Preta
 6 Não sabe

BLOCO II - INFORMAÇÕES GERAIS
 SOBRE O SEU TRABALHO

1. Qual o cargo que você exerce? _____

2. Há quanto tempo você está trabalhando neste cargo? Anos Meses 3. Seu vínculo de trabalho atual é:
(para essa pergunta você pode marcar mais de uma opção)

- 1 Municipal com concurso (do quadro permanente) 7 Municipalizado
 2 Contratado pela CLT 8 Prestador de serviços 9 Cooperativado
 3 Cargo de confiança 6 Terceirizado 10 Estagiário

4. Há quanto tempo você trabalha nos serviços públicos de saúde? Anos Meses

5. Há quanto tempo você trabalha na unidade atual? Anos Meses

6. Você fez algum treinamento institucional para exercer o seu cargo atual? sim não

7. Você tem recebido treinamento durante o tempo que está exercendo este cargo? sim não

8. As atividades que você desenvolve diariamente são compatíveis com o seu cargo de trabalho?
 sim, totalmente sim, a maior parte do tempo sim, a menor parte do tempo
 quase nunca nunca

9. Seu turno de trabalho é: Manhã Tarde Manhã e Tarde
 Noturno Regime de plantão

10. Qual a sua jornada real neste trabalho no município?
 jornada semanal até 8 horas jornada semanal de 8 horas jornada semanal de 12 horas
 jornada semanal de 20 horas jornada semanal de 24 horas jornada semanal de 30 horas
 jornada semanal de 36 horas jornada semanal de 40 horas jornada semanal = 44 horas

11. Em seu trabalho, você tem direito a:

13º salário sim não Folgas sim não
 Férias remuneradas sim não 1/3 de adicional de férias sim não

12. Você possui outro trabalho remunerado?

Sim, na Prefeitura Sim, em outra Prefeitura de outra cidade Sim, no Estado
 Sim, no nível Federal Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada com carteira assinada
 Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada sem carteira assinada
 Sim, tenho outro trabalho por conta própria Não tenho outro trabalho

13. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as suas atividades que geram renda?

horas semanais.

BLOCO III - SOBRE O SEU AMBIENTE DE TRABALHO

Com relação às condições de seu ambiente/local de trabalho:

1. Em geral, a ventilação é: precária razoável satisfatória

2. Em geral, a temperatura é: precária razoável satisfatória

3. Em geral, a iluminação é: precária razoável satisfatória

4. Em geral, você considera as condições das cadeiras e mesas: precárias razoáveis satisfatórias

5. Em geral, os recursos técnicos e equipamentos são: precários razoáveis satisfatórios

6. No seu setor, existem equipamentos de proteção individual à sua disposição.

7. Luvas? Sim Não

8. Avental? Sim Não

9. Máscara? Sim Não

10. Óculos? Sim Não

11. A relação entre as exigências de suas tarefas e os recursos disponíveis para sua realização é:
 Boa Regular Ruim Muito ruim

Nas suas atividades laborais, você entra em contato com:

12.a. Materiais biológicos, como sangue, fezes, urina, saliva, líquido amniótico?

nunca raramente às vezes sempre

12.b. Anti-sépticos, como PVP-I, álcool iodado, clorexidine, álcool etílico a 70%?

nunca raramente às vezes sempre

12.c. Gases anestésicos?

nunca raramente às vezes sempre

13. Você prepara e/ou administra medicamentos?
 nunca raramente às vezes sempre

14. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo?
 nunca raramente às vezes sempre

15. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo?
 nunca raramente às vezes sempre

16. Seu trabalho exige que você ande muito?
 nunca raramente às vezes sempre

17. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo?
 nunca raramente às vezes sempre

18. Seu trabalho exige que você ajude o paciente a se movimentar ou levantar?
 nunca raramente às vezes sempre

19. No setor onde você trabalha existem:

Material suficiente para realizar tarefas	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Sala de descanso	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Tempo disponível para você se alimentar	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Acesso a sanitários para os trabalhadores no local de trabalho	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Lanche oferecido pelo empregador no local de trabalho	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Escaninhos para guardar pertences	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Copa/refeitório	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não

20. Durante as atividades no trabalho, com que frequência você utiliza os Equipamentos de Proteção Individual (EPI)?

Máscara de tecido	<input type="radio"/> nunca	<input type="radio"/> raramente	<input type="radio"/> às vezes	<input type="radio"/> sempre
Máscara cirúrgica	<input type="radio"/> nunca	<input type="radio"/> raramente	<input type="radio"/> às vezes	<input type="radio"/> sempre
Máscara de proteção respiratória (N95 ou PFF2)	<input type="radio"/> nunca	<input type="radio"/> raramente	<input type="radio"/> às vezes	<input type="radio"/> sempre
Protetor facial (Face Shield)	<input type="radio"/> nunca	<input type="radio"/> raramente	<input type="radio"/> às vezes	<input type="radio"/> sempre
Óculos	<input type="radio"/> nunca	<input type="radio"/> raramente	<input type="radio"/> às vezes	<input type="radio"/> sempre
Avental	<input type="radio"/> nunca	<input type="radio"/> raramente	<input type="radio"/> às vezes	<input type="radio"/> sempre
Luvas	<input type="radio"/> nunca	<input type="radio"/> raramente	<input type="radio"/> às vezes	<input type="radio"/> sempre
Álcool gel	<input type="radio"/> nunca	<input type="radio"/> raramente	<input type="radio"/> às vezes	<input type="radio"/> sempre

21. No contexto de pandemia, você teve acesso a cursos ou a protocolos de biossegurança oferecido pelo serviço em que trabalha?
 sim não

22. Você foi treinado(a) para realizar os procedimentos previstos em protocolos de biossegurança (para uso de EPI, de máscaras e outros equipamentos)?
 sim não

BLOCO IV - CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente a sua situação; neste caso, escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.

1. Meu trabalho me possibilita aprender coisas novas.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente

2. Meu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente

3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente

4. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente

5. Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente

6. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente

7. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente

8. Meu trabalho me permite tomar muitas decisões por minha própria conta.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente

9. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como fazer minhas próprias tarefas.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente

10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente

11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
12. Eu não sou solicitado(a) a realizar um volume excessivo de trabalho.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
13. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
14. Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
15. Eu frequentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
16. Meu trabalho me exige muito emocionalmente.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
17. Meu trabalho envolve muita negociação/ conversa/ entendimento com outras pessoas.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
18. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
19. Meu trabalho exige muito esforço físico.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
20. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
21. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha meu corpo, por longos períodos, em posições incômodas
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
22. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha minha cabeça e braços, por longos períodos, em posições incômodas
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
23. Meu supervisor/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho. não tenho supervisor
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
24. Meu supervisor/coordenador me trata com respeito. não tenho supervisor
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
25. Meu supervisor/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho. não tenho supervisor
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
26. As pessoas com quem trabalho são amigáveis.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
27. As pessoas com quem trabalho são colaborativas na realização das atividades.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
28. Eu sou tratado(a) com respeito pelos meus colegas de trabalho.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
29. Onde eu trabalho, nós tentamos dividir igualmente as dificuldades do trabalho.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
30. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
31. Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente

ERI (ESCALA DESEQUILIBRIO ESFORÇO - RECOMPENSA)

1. Constantemente, eu me sinto pressionado(a) pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
2. Frequentemente eu sou interrompido(a) e incomodado(a) no trabalho.
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
3. Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente
4. Frequentemente, eu sou pressionado(a) a trabalhar depois da hora
 discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente

5. Meu trabalho exige muito esforço físico. 1 2 3 4 5

6. Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim. 1 2 3 4 5

7. Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes. 1 2 3 4 5

8. Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho. 1 2 3 4 5

9. No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis. 1 2 3 4 5

10. No trabalho, eu sou tratado(a) injustamente. 1 2 3 4 5

11. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido(a) no futuro. 1 2 3 4 5

12. No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas. 1 2 3 4 5

13. Minha segurança no emprego é baixa. 1 2 3 4 5

14. A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento. 1 2 3 4 5

15. No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço. 1 2 3 4 5

16. Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas. 1 2 3 4 5

17. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado. 1 2 3 4 5

18. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado(a) pela pressão do tempo. 1 2 3 4 5

19. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas de trabalho. 1 2 3 4 5

20. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e "me desligar" facilmente do meu trabalho. 1 2 3 4 5

21. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho. 1 2 3 4 5

22. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir. 1 2 3 4 5

23. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje. 1 2 3 4 5

SATISFAÇÃO

Por favor, circule o número correspondente ao que lhe parece a melhor resposta

1 = muito insatisfeito 2 = insatisfeito 3 = nem insatisfeito, nem satisfeito 4 = satisfeito 5 = muito satisfeito

1. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho? 1 2 3 4 5

2. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)? 1 2 3 4 5

3. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? 1 2 3 4 5

BLOCO V - SAÚDE MENTAL (SRQ - 20)

As próximas questões estão relacionadas a situação que você pode ter vivido nos **últimos 30 DIAS**. Se você sentiu a situação descrita nos **últimos 30 DIAS** responda **SIM**. Se você não sentiu a situação, responda **NÃO**. Se você está incerto sobre como responder, dê a melhor resposta que você puder.

1. Tem dores de cabeça frequentemente? sim não

2. Tem falta de apetite? sim não

3. Dorme mal? sim não

4. Assusta-se com facilidade? sim não

5. Tem tremores nas mãos?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
7. Tem má digestão?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
9. Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
10. Tem chorado mais do que de costume?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
11. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
12. Tem dificuldade para tomar decisões?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
13. Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
16. Você se sente uma pessoa inútil em sua vida?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
20. Você se cansa com facilidade?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não

PHQ - 9

Durante as últimas 2 semanas , com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas abaixo? (PHQ-9)	Nenhum dia	Menos de uma semana	Uma semana ou mais	Quase todos os dias
a - Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b - Sente-se triste, deprimido(a), ou desesperado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c - Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d - Se sentir cansado(a) ou com pouca energia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e - Falta de apetite ou comendo demais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f - Sentir-se mal consigo mesmo(a); ou pensar que você é um(a) fracassado(a), ou que desapontou você mesmo(a) ou sua família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g - Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h - Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem, ou ao contrário, esteve tão agitado(a) ou inquieto(a) que você fica andando de um lado para o outro mais do que de costume?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i - Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANSIEDADE

a - No último mês , você sofreu alguma crise de ansiedade: sentiu medo ou pânico repentinamente?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não se aplica
b - Isso já aconteceu antes em algum momento?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não se aplica
c - Algumas dessas crises surgem repentinamente de forma inesperada: isto é, em situações onde você não espera se sentir nervoso(a) ou incomodado(a)?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não se aplica
d - Essas crises o (a) incomodam muito ou você se preocupa em ter uma outra crise dessas?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não se aplica

Pense sobre sua última grave crise de ansiedade.

a - Você sentiu falta de ar?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não se aplica
b - Seu coração acelerou, bateu mais forte, ou palpitou?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não se aplica
c - Você sentiu dor ou pressão no peito?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não se aplica
d - Você suou?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não se aplica
e - Você sentiu como se estivesse em choque ou assustado(a)?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não se aplica
f - Você sentiu ondas de calor ou calafrios?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não se aplica
g - Você sentiu náusea ou estômago embrulhado ou a sensação de que você estava prestes a ter uma diarreia?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não se aplica
h - Você se sentiu tonto(a), fraco(a) ou cambaleou?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não se aplica
i - Você sentiu formigamento, dormência em partes do corpo?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não se aplica
j - Você sentiu tremores?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não se aplica
k - Você teve medo de que você estivesse morrendo?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não se aplica

BLOCO VI - ATIVIDADES DOMÉSTICAS E HÁBITOS DE VIDA

Abaixo estão listadas algumas atividades domésticas. Por favor, descreva o grau de responsabilidade que você possui por cada uma delas.

1. Contando com você, **quantas pessoas vivem na sua casa?** _____

2. Você é o/a **principal responsável** pelas atividades domésticas na sua casa? Sim Não

3. Quantas horas você dedica, por dia, às tarefas domésticas? Durante a semana _____ Final de semana _____

ATIVIDADES DOMÉSTICAS

4. Cuidar de criança de até 10 anos?
 sim, a maior parte sim, divide igualmente sim, a menor parte não faz

5. Cozinhar? sim, a maior parte sim, divide igualmente sim, a menor parte não faz

6. Passar roupa? sim, a maior parte sim, divide igualmente sim, a menor parte não faz

7. Cuidar da limpeza? sim, a maior parte sim, divide igualmente sim, a menor parte não faz

8. Lavar roupa? sim, a maior parte sim, divide igualmente sim, a menor parte não faz

9. Pequenas consertas sim, a maior parte sim, divide igualmente sim, a menor parte não faz

10. Feira/ supermercado sim, a maior parte sim, divide igualmente sim, a menor parte não faz

11. Cuidar de idosos ou de pessoa doente/deficiente/especial
 sim, a maior parte sim, divide igualmente sim, a menor parte não faz

12. Você recebe ajuda de alguém para o trabalho doméstico? Não Sim (de quem?)
 conjuge parentes filhos doméstica (empregada)

Escala Desequilíbrio Esforço-Recompensa (ERI) Doméstico

Para estas questões, assinale a resposta que melhor corresponda à sua realidade.

Se você não realiza atividades domésticas, não precisa responder as questões deste bloco.

1. Desde que eu acordo, eu começo a me preocupar com o trabalho doméstico e familiar que preciso fazer.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

2. Eu penso constantemente nas minhas responsabilidades domésticas e continuo preocupada com elas à noite.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

3. Eu facilmente estou sujeita à pressão do tempo no trabalho doméstico e familiar.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

4. Eu tenho dificuldade para dormir se eu adiar algo que deveria ter terminado naquele dia.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

5. Frequentemente existe uma grande pressão de tempo por conta das muitas tarefas domésticas e familiares.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

6. Eu sou frequentemente interrompida e incomodada nas minhas atividades domésticas e familiares.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

7. Muitas vezes eu sinto como se nunca tivesse folga.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

8. Eu precisaria de mais horas no dia para concluir todo o meu trabalho doméstico e familiar.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

9. Nos últimos anos, meu trabalho doméstico e familiar tem aumentado.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

10. Muitas vezes eu tenho a sensação de ter que fazer "mil coisas" ao mesmo tempo no trabalho doméstico e familiar.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

11. Muitas vezes eu me sinto sobrecarregada pelo grande número de responsabilidades domésticas e familiares.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

12. É difícil eu ter um momento de descanso durante o dia, por conta das muitas demandas domésticas e familiares.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

13. Eu frequentemente questiono o sentido do trabalho doméstico e familiar, já que tenho que começar tudo de novo a cada dia.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

14. Quando me relaciono com outras pessoas, muitas vezes, sinto que os papéis de dona de casa e de mãe são pouco reconhecidos e valorizados Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

15. Hoje em dia, uma pessoa é vista com desaprovação se estiver envolvida apenas com o trabalho doméstico e familiar.
 Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

16. Eu acho injusto o trabalho doméstico e familiar não serem remunerados.
 1 2 3 4 5
17. Meu parceiro dá o devido reconhecimento e valor pelo meu trabalho em casa. 1 2 3 4 5
18. Muitas vezes meu parceiro não enxerga o meu trabalho doméstico e familiar.
 1 2 3 4 5
19. Meu parceiro geralmente agradece pelo meu trabalho em casa.
 1 2 3 4 5
20. Meus filhos me dão o valor e o afeto que eu gostaria de receber. 1 2 3 4 5
21. Meus filhos reconhecem o meu esforço em casa.
 1 2 3 4 5
22. Em geral, eu sinto que o esforço no trabalho doméstico e familiar vale a pena.
 1 2 3 4 5
23. O trabalho que eu faço para a minha família dá um significado mais profundo à minha vida
 1 2 3 4 5

BLOCO VII - HÁBITOS DE VIDA E ASPECTOS RELACIONADOS À SUA SAÚDE

Agora falaremos um pouco sobre a sua saúde

1. Você participa de atividades regulares de lazer? 0 1 2 3
2. Se SIM, qual o tipo de atividade realizada? 1 2 3 4 5
3. Com que frequência você realiza atividades físicas? 1 2 3 4 5
4. Considerando como fumante quem já fumou na vida pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como:
 1 2 3 4
5. Você consome bebida alcoólica? 1 2 3 4 5 **Se respondeu NÃO, siga para o próximo bloco**
6. Com que frequência você consome bebida alcoólica?
 1 2 3 4 5
7. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? 1 2 3 4
8. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? 1 2 3 4
9. Sente-se aborrecido consigo mesmo(a) pela maneira como costuma beber? 1 2 3 4
10. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? 1 2 3 4

SOBRE O SEU HISTÓRICO VACINAL

Por favor, responda as questões que seguem utilizando seu cartão de vacinação:

- Você possui cartão de vacina? 1 2 3
- Se sim, você costuma levar o cartão de vacina na carteira? 1 2 3
1. Já recebeu vacina contra Hepatite B? 1 2 3 4
- 1.1 Em caso afirmativo, você recebeu: 1 2 3 4
- 1.2 Você realizou exame de sangue para verificar se formou anticorpos contra a Hepatite B (Anti-HBs)?
 1 2 3 4
- 1.3 Se fez o exame de sangue, você ficou imunizado contra a Hepatite B? 1 2 3 4
2. Já recebeu vacina contra Febre Amarela? 1 2 3 4
- 2.1 Em caso afirmativo: 1 2 3 4
3. Já tomou a vacina contra Rubéola, Sarampo e Caxumba (tríplice viral)? 1 2 3 4
- 3.1 Em caso afirmativo, você recebeu: 1 2 3 4
4. Já recebeu vacina contra Tétano e Difteria? 1 2 3 4
- 4.1 Em caso afirmativo, você recebeu: 1 2 3 4
5. Já recebeu a vacina contra tuberculose (BCG)? 1 2 3 4
6. Você possui a cicatriz no braço para essa vacina (BCG)? 1 2 3 4
7. Você se vacinou no último ano contra a influenza (H1N1)? 1 2 3 4
8. Você já teve reação à alguma vacina? 1 2 3 4

9. Se sim, qual/ quais o/ as tipo/ os de reação?

Dor no local da injeção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não	Inchaço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não
Vermelhidão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não	Febre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não
Mal-estar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não	Dores musculares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não
Desmaio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não	Outro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não Qual: _____

10. Além dessas vacinas você recebeu outra vacina na vida adulta? sim não não sei/não me lembro

10.1 Se sim, qual/ quais? _____

11. Com relação às vacinas citadas acima, onde você recebeu estas vacinas: Somente na rede pública
 Maioria na rede pública A maioria na rede privada Somente na rede privada

12. Você tem receio de receber vacinas? sim não

13. Quais são os principais motivos para **as pessoas não** se vacinarem?

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> 1. Dúvidas sobre a eficácia | <input type="radio"/> 7. Medo da agulha |
| <input type="radio"/> 2. Não ter risco de contrair doenças infecciosas | <input type="radio"/> 8. Falta de interesse |
| <input type="radio"/> 3. Falta de tempo | <input type="radio"/> 9. Não acredita em vacinas |
| <input type="radio"/> 4. Contraindicação médica | <input type="radio"/> 10. Medo de reações adversas |
| <input type="radio"/> 5. Questões religiosas | <input type="radio"/> 11. Poucos estudos que testaram eficácia |
| <input type="radio"/> 6. Compartilhamento de notícias falsas | |

OUTRAS QUESTÕES SOBRE VACINAÇÃO

1. Você compartilha informações sobre vacinação nas suas mídias sociais? sim não

2. Líderes religiosos e pessoas famosas influenciam na sua vacinação? sim não

3. Já aconteceu algo na sua vida ou comunidade que fez com que você deixasse de acreditar nas vacinas? sim não

4. Você conhece alguém que deixou de se vacinar por motivos religiosos ou culturais? sim não

Se sim, qual vacina foi recusada? Influenza HPV Sarampo Febre Amarela COVID-19

5. Você acredita que o governo fornece a melhor vacina do mercado? sim não

6. A distância das clínicas e/ou unidades de vacinação da sua casa o impedem de receber vacinação? sim não

7. Você confia na indústria que produz suas vacinas? sim não

8. Você conhece alguém que teve alguma seqüela após vacinação? sim não

9. Se sim, isso influencia sua aceitação às vacinas? sim não

10. Para você, a quantidade de vacinas sobrecarrega o sistema imunobiológico? sim não

11. Nas campanhas de vacinação, você tem informações suficientes para decidir se vacinar? sim não

12. Você confia nas informações que profissionais lhe repassam sobre vacinação? sim não

13. Você acha necessário receber vacinas para doenças que já não estão ocorrendo? sim não

14. Em seu círculo de família, amigos e comunidade, as pessoas costumam se vacinar? sim não

15. Você se sente informado suficientemente sobre riscos/benefícios da vacinação? sim não

16. Você se sente seguro para receber novas vacinas? sim não

17. Você sente medo no momento da aplicação da vacina? sim não

18. Você se sente acolhido pelo profissional que administra a vacina em você? sim não

19. Você confia nas pessoas que cuidam o processo de vacinação na unidade de saúde? sim não

20. Você considera o calendário vacinal flexível pra ser cumprido? sim não

21. Em algum momento você deixou de se vacinar por não ter condições financeiras? sim não

22. Você considera que os trabalhadores da saúde interferem na decisão de aceitar ou não uma vacina? sim não

ABAIXO ESTÃO ALGUMAS AFIRMATIVAS SOBRE DIFERENTES TIPOS DE VACINAÇÃO. POR FAVOR, CIRCULE O NÚMERO QUE MELHOR DEFINA O SEU NÍVEL DE CONCORDÂNCIA.

1 = Concordo totalmente **2 = Concordo** **3 = Não concordo nem discordo** **4 = Discordo** **5 = Discordo totalmente**

1. Eu tenho muito a ganhar ao me vacinar.	1	2	3	4	5
2. Vacinar-me pode ser doloroso.	1	2	3	4	5
3. Vacinar-me dispenderia muito do meu tempo.	1	2	3	4	5
4. Vacinar-me pode interferir nas minhas atividades diárias.	1	2	3	4	5
5. Vacinar-me é difícil porque exige deslocamento: o posto de vacinação é longe do meu local de trabalho ou da minha casa.	1	2	3	4	5

INFLUENZA	CIRCULE O NÚMERO				
1. Trabalhar com muitas pessoas todo dia aumenta minhas chances de pegar gripe.	1	2	3	4	5
2. Apenas pessoas com mais de 60 anos de idade pegam gripe.	1	2	3	4	5
3. Eu tenho grande chance de pegar gripe.	1	2	3	4	5
4. Pessoas saudáveis podem pegar gripe.	1	2	3	4	5
5. Eu acho que minha chance de pegar gripe no futuro próximo é grande.	1	2	3	4	5
6. Eu me preocupo muito com a possibilidade de pegar gripe.	1	2	3	4	5
7. Eu vou pegar gripe no próximo ano.	1	2	3	4	5
8. Pensar que posso pegar gripe me assusta.	1	2	3	4	5
9. Se eu pegasse gripe, poderia comprometer meu emprego.	1	2	3	4	5
10. Se eu pegasse gripe, isso prejudicaria a minha família.	1	2	3	4	5
11. Estar gripado tornaria as atividades diárias mais difíceis.	1	2	3	4	5
12. Se eu pegasse gripe, isso seria mais grave do que outras doenças.	1	2	3	4	5
13. A gripe pode ser uma doença grave.	1	2	3	4	5
14. Vacinar-me contra gripe me impedirá de pegar gripe.	1	2	3	4	5
15. Vacinar-me contra gripe protegerá as pessoas que moram comigo de pegarem gripe.	1	2	3	4	5
16. Vacinar-me contra gripe diminuirá as chances de faltar ao trabalho.	1	2	3	4	5
17. Eu não teria medo de pegar gripe se eu me vacinasse contra gripe.	1	2	3	4	5
18. Ter uma doença crônica (como diabetes, doença do coração ou asma) é um motivo para se vacinar contra gripe.	1	2	3	4	5
19. Para me vacinar contra gripe, eu precisaria abrir mão de minhas concepções sobre utilidade, benefícios e riscos da vacinação.	1	2	3	4	5
20. Existem muitos riscos associados à vacina da gripe.	1	2	3	4	5
21. Fico preocupado em ter uma reação à vacina da gripe.	1	2	3	4	5
22. Eu me vacinei contra gripe porque um amigo ou familiar me estimulou a fazer.	1	2	3	4	5
23. Eu me vacinei contra gripe porque foi realizada campanha de vacinação no meu trabalho.	1	2	3	4	5
24. Eu me vacinei contra gripe após ouvir informações sobre os benefícios da vacina nos meios de comunicação (televisão, rádio, redes sociais).	1	2	3	4	5
25. Eu me vacinei contra gripe porque meu/minha chefe achou que seria algo importante e necessário para o exercício das minhas atividades laborais.	1	2	3	4	5
26. Eu me vacinei contra gripe porque meus colegas de trabalho se vacinaram e me estimularam a fazer a vacinação.	1	2	3	4	5
27. As pessoas ficam gripadas por comer/beber algo de outras pessoas gripadas.	1	2	3	4	5
28. As pessoas pegam gripe ao respirar o mesmo ar que outras pessoas gripadas.	1	2	3	4	5
29. A gripe dura de três a cinco dias.	1	2	3	4	5
30. A gripe pode causar uma doença mais grave, como pneumonia.	1	2	3	4	5
31. Uma pessoa pode pegar gripe ao se vacinar contra gripe.	1	2	3	4	5
32. Pessoas muitas vezes ficam doentes ao se vacinarem contra gripe.	1	2	3	4	5
33. Eu tenho muito a ganhar ao me vacinar.	1	2	3	4	5
34. Vacinar-me pode ser doloroso.	1	2	3	4	5
35. Vacinar-me dispenderia muito do meu tempo.	1	2	3	4	5
36. Vacinar-me pode interferir nas minhas atividades diárias.	1	2	3	4	5
37. Vacinar-me é difícil porque exige deslocamento: o posto de vacinação é longe do meu local de trabalho ou da minha casa.	1	2	3	4	5

1 = Concordo totalmente 2 = Concordo 3 = Não concordo nem discordo 4 = Discordo 5 = Discordo totalmente

HEPATITE B	CIRCULE O NÚMERO				
1. Trabalhar com muitas pessoas todo dia aumenta minhas chances de pegar hepatite B.	1	2	3	4	5
2. Pessoas que tem relação sexual desprotegida podem pegar hepatite B.	1	2	3	4	5
3. Pessoas que trabalham com material perfuro cortante (ex: agulhas, lâminas), podem pegar hepatite B.	1	2	3	4	5
4. Eu tenho grande chance de pegar hepatite B.	1	2	3	4	5
5. Pessoas saudáveis podem pegar hepatite B.	1	2	3	4	5
6. Eu acho que minha chance de pegar hepatite B no futuro próximo é grande.	1	2	3	4	5
7. Eu me preocupo muito com a possibilidade de pegar hepatite B.	1	2	3	4	5
8. Pensar que posso pegar hepatite B me assusta.	1	2	3	4	5
9. Se eu pegasse hepatite B, poderia comprometer meu emprego.	1	2	3	4	5
10. Se eu pegasse hepatite B, isso prejudicaria a minha família.	1	2	3	4	5

11. Estar com hepatite B tornaria as atividades diárias mais difíceis.	1	2	3	4	5
12. Se eu pegasse hepatite B, isso seria mais grave do que outras doenças	1	2	3	4	5
13. A hepatite B pode ser uma doença grave.	1	2	3	4	5
14. Vacinar-me contra hepatite B me impedirá de pegar hepatite B.	1	2	3	4	5
15. Vacinar-me contra hepatite B protegerá as pessoas que moram comigo de pegar hepatite B.	1	2	3	4	5
16. Vacinar-me contra hepatite B pode diminuir as chances de faltar ao trabalho.	1	2	3	4	5
17. Eu tenho muito a ganhar ao me vacinar contra hepatite B.	1	2	3	4	5
18. Eu não teria medo de pegar hepatite B se eu me vacinasse contra hepatite B.	1	2	3	4	5
19. Trabalhar nos serviços de saúde é um motivo para se vacinar contra hepatite B.	1	2	3	4	5
20. Algumas notícias que afirmam que a vacina pode trazer problemas de saúde, me deixam em dúvida sobre se vacinar.	1	2	3	4	5
21. Para me vacinar contra hepatite B, eu precisaria abrir mão de minhas concepções sobre utilidade, benefícios e riscos da vacinação.	1	2	3	4	5
22. Vacinar-me contra hepatite B pode ser doloroso.	1	2	3	4	5
23. Vacinar-me contra hepatite B dependeria muito do meu tempo, pois são necessárias três doses.	1	2	3	4	5
24. Vacinar-me contra hepatite B pode interferir nas minhas atividades diárias.	1	2	3	4	5
25. Existem muitos riscos associados à vacina da hepatite B.	1	2	3	4	5
26. Vacinar-me contra hepatite B é difícil porque exige deslocamento: o posto de vacinação é longe do meu local de trabalho ou da minha casa	1	2	3	4	5
27. Fico preocupado em ter uma reação à vacina da hepatite B.	1	2	3	4	5
28. Eu me vacinei contra hepatite B porque um amigo ou familiar me estimulou a fazer.	1	2	3	4	5
29. Eu me vacinei contra hepatite B porque foi realizada campanha de vacinação no meu trabalho.	1	2	3	4	5
30. Eu me vacinei contra hepatite B após ouvir informações sobre os benefícios da vacina nos meios de comunicação (televisão, rádio, redes sociais).	1	2	3	4	5
31. Eu me vacinei contra hepatite B porque meu/minha chefe achou que seria algo importante e necessário para o exercício das minhas atividades laborais.	1	2	3	4	5
32. Eu me vacinei contra hepatite B porque meus colegas de trabalho se vacinaram e me estimularam a fazer a vacinação.	1	2	3	4	5
33. Como o vírus da hepatite B está presente no sangue, no espermatozoide e no leite materno, a hepatite B é considerada uma doença sexualmente transmissível.	1	2	3	4	5
34. As pessoas pegam hepatite B por meio do compartilhamento de seringas com sangue contaminado, em acidentes com material perfurante contaminado, hemodíalise ou por transfusão de sangue.	1	2	3	4	5
35. São sinais e sintomas da hepatite B: dor abdominal, urina escura, febre, náusea e vômitos, fraqueza, amarelamento da pele.	1	2	3	4	5
36. A hepatite B pode causar uma doença mais grave, como cirrose ou câncer de fígado .	1	2	3	4	5
37. Uma pessoa pode pegar hepatite ao se vacinar contra hepatite B.	1	2	3	4	5
38. Pessoas muitas vezes ficam doentes ao se vacinarem contra hepatite B.	1	2	3	4	5

SOBRE COVID-19

- Você já recebeu a vacina contra COVID-19? Sim Não
 - Se sim, quantas doses? 1 dose 2 doses Não se aplica (não se vacinou)
 - Qual vacina recebeu? Coronavac AstraZeneca/Oxford Sputnik V Outra: _____
 - Apresentou algum tipo de reação ou evento adverso pós-vacinação? Sim Não Não se aplica (não se vacinou)
- Se SIM, quais?
- Dor no local da injeção Dor de cabeça Diarreia Vermelhidão no local Febre Convulsão
- Desmaio Outro: _____
- Não se aplica (não se vacinou)
- Você notificou a sua unidade de saúde sobre reações ou eventos adversos? Sim Não Não se aplica (não se vacinou ou não teve eventos adversos)
 - Você se sente/sentiu seguro para receber a vacina contra COVID-19? Sim Não Não sabe

7. PARA RESPONDER AS QUESTÕES A SEGUIR, MARQUE O NÚMERO QUE REFLETE O SEU NÍVEL DE CONCORDÂNCIA COM AS AFIRMATIVAS ABAIXO:

1 = Concordo totalmente 2 = Concordo 3 = Não concordo nem discordo 4 = Discordo 5 = Discordo totalmente

Trabalhar com muitas pessoas todo dia aumenta minhas chances de pegar COVID-19.	1	2	3	4	5
Eu tenho grande chance de pegar COVID-19.	1	2	3	4	5
Pessoas saudáveis podem pegar COVID-19.	1	2	3	4	5
Pensar que posso pegar COVID-19 me assusta.	1	2	3	4	5
Se eu pegasse COVID-19, poderia comprometer meu emprego.	1	2	3	4	5
A COVID-19 pode ser uma doença grave.	1	2	3	4	5
Vacinar-me contra COVID-19 me impedirá de pegar COVID-19.	1	2	3	4	5
Vacinar-me contra COVID-19 protegerá as pessoas que moram comigo de ter COVID-19.	1	2	3	4	5
Eu tenho muito a ganhar ao me vacinar contra COVID-19.	1	2	3	4	5
Algumas notícias que afirmam que a vacina pode trazer problemas de saúde, me deixam em dúvida sobre me vacinar.	1	2	3	4	5
Existem muitos riscos associados à vacina da COVID-19.	1	2	3	4	5
Fico preocupado em ter uma reação à vacina da COVID-19.	1	2	3	4	5

8. Você teve colegas no seu trabalho que adoeceram de COVID-19?

Não, não tive.

Sim, tive colegas que adoeceram no mesmo período que eu.

Sim, tive colegas que adoeceram, mas em períodos diferentes do meu.

Sim, tive colegas que adoeceram, mas eu não tive COVID-19.

9. Você foi testado para COVID-19 ?

Não Sim

Se SIM, qual exame foi realizado?

RT-PCR Sorologia Teste rápido para detecção de anticorpos Teste rápido para detecção de antígeno

Não se aplica (não fez teste)

10. Você teve COVID-19?

Não Sim

Se SIM, quais os sintomas que você apresentou?

Assintomático (sem sintomas)

Dor de Garganta

Dispnéia

Febre

Tosse

Dor de Cabeça

Distúrbios gustativos (perda de paladar/gosto dos alimentos)

Distúrbios olfativos (perda de olfato/cheiro das coisas)

Coriza

Outros _____

Não se aplica (não teve COVID-19)

Você teve COVID-19 diagnosticada por médico mais de uma vez?

Não Sim Não se aplica (não teve COVID-19)

11. Como foi o desenvolvimento da sua doença?

Você não apresentou sintomas

Teve sintomas, mas tratou em casa

Teve sintomas e precisou se internar

Teve sintomas, se internou e precisou de UTI

Não se aplica (não teve COVID-19)

12. Com relação à realização de suas atividades de trabalho em função da COVID-19, o que ocorreu?

Ficou afastado/a do trabalho por menos de 10 dias Ficou afastado/a por 10 a 15 dias

Ficou afastado/a por 16 a 30 dias Ficou afastado/a por 31 dias a 3 meses

Ficou afastado/a por mais de 3 meses Não ficou afastado(a) de suas atividades.

Não teve COVID-19

13. Você realizou novo teste para retornar ao trabalho?

Não Sim Não se aplica (não teve COVID-19)

14. Considerando as suas atividades profissionais, em consequência da COVID-19, houve necessidade de readaptação para outra função?

Não Sim Não se aplica (não teve COVID-19)

15. Houve sequela ou algum problema de saúde em consequência da COVID-19 que permaneceu mais tempo depois da cura?

Não Sim Não se aplica

Se SIM, qual foi a sequela:

Perda do olfato ou paladar

Alteração de memória ou do raciocínio

Diminuição da capacidade respiratória (cansaço, falta de ar)

Fibrose pulmonar crônica

Depressão

Ansiedade

AVC

Problemas cardiovasculares (miocardite, cardiopatias, arritmia, trombose)

Síndrome de Guillan Barré

SOBRE SUA SAÚDE

1. Você possui **diagnóstico médico** para alguma das doenças listadas abaixo? Pode marcar mais de uma opção

Diabetes sim não

Colesterol alto sim não

Obesidade sim não

Pressão alta sim não

Câncer sim não

Artrite/ reumatismo sim não

Rinite/ sinusite sim não

Asma sim não

Infarto do miocárdio sim não

Angina sim não

Insuficiência cardíaca sim não

Alergia/ eczema sim não

Disfonia sim não

Sarampo sim não

Rubéola sim não

HTLV-1 sim não

Tuberculose sim não

Gastrite sim não

Úlcera sim não

Lombalgia sim não

Infecção urinária sim não

LER/DORT sim não

Depressão sim não

Transtorno de ansiedade sim não

Distúrbios do sono sim não

HIV/AIDS sim não

Hepatite A sim não

Hepatite B sim não

Hepatite C sim não

Sífilis sim não

Caxumba sim não

HTLV-1 sim não

Outro(s)? [ANOTAR] _____

2. Você faz uso de medicamentos de forma contínua?

sim não

3. Se SIM, indique os tipos de medicamentos que você toma de forma contínua (uma ou mais opções):

Para controlar a pressão arterial

Para controlar o diabetes

Para controlar ansiedade/insônia

Para tratar sintomas de depressão

Para tratar asma

Para o controle da dor

Para tratamento do glaucoma

Para tratar doenças reumáticas (osteoartrite/artrose, fibromialgia, gata, reumatismo, artrite, etc.)

Outros. Qual(is)? _____

Não tomo medicamentos

4. Os medicamentos que você utiliza foram prescritos por médico?

Sim Não Não tomo medicamentos

5. Caso não tenham sido prescritos por médico, quem indicou os medicamentos que você usa?

Não tomo medicamentos

Você mesmo(a) (usa por conta própria)

Familiar

Amigo

Colega de trabalho

Farmacêutico, enfermeiro ou outro profissional de saúde

Outra pessoa. Quem? _____

6. Em caso de algum problema de saúde, sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)

não há impedimento / eu não tenho doença

eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas a lesão/doença, me causa alguns sintomas

algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho

frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho

por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial

na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar

7. Abaixo estão listados alguns problemas de saúde. Se você não possui o problema, assinale 0. Se você sente o problema, assinale com que frequência que ele acontece.
0 = Nunca 1 = Raramente 2 = Pouco Frequente 3 = Frequente 4 = Muito Frequente

Dor nas pernas	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Cansaço mental	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4
Dor parte inferior das costas	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Nervosismo	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4
Dor nas braços	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Sonolência	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4
Dor parte superior das costas	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Insônia	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4
Cansaço ao falar	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Azia/Queimação	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4
Rouquidão	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Fraqueza	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4
Problemas de pele	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Redução da visão	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4
Esquecimento	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Irritação nos olhos	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4
Problemas digestivos	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Palpitações	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4
Enjôo	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Sensação de desmaio	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4

8. Nos últimos 12 meses, você teve licença médica ou foi afastado(a) do trabalho? sim não

Se SIM, por qual motivo? _____

Por quanto tempo? até 15 dias 16 a 30 dias 31 dias a 03 meses mais de 03 meses

9. Já teve alguma doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico)? sim não

Em caso afirmativo, qual? _____

Há quanto tempo? anos meses

Houve emissão da CAT? sim não não sei o que é CAT

10. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum acidente de trabalho? sim não

Em caso afirmativo, de qual tipo? típico trajeto

11. Você sofreu algum acidente com material biológico durante a execução do seu trabalho colocando-o (a) em contato direto com sangue, escarro ou outros líquidos corporais do paciente? sim não
Em caso afirmativo, o paciente tinha diagnóstico de:

Hepatite B sim não

Hepatite C sim não

HIV sim não

Houve emissão da CAT? sim não não sei o que é CAT

Você procurou serviço de saúde para realizar a Profilaxia Pós-Exposição de Risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais?
 sim não não tenho conhecimento sobre Profilaxia Pós-Exposição de Risco

Você procurou obter a Orientação para acidente de trabalho com exposição a material biológico de risco na rede municipal de saúde?
 sim não não tenho conhecimento da existência dessa Orientação

12. Você já vivenciou algum dos itens abaixo?

Medicamentos injetáveis sim não

Três ou mais parcerias sexuais sem preservativo sim não

Transplante sim não

Tatuagem ou piercing sim não

Acupuntura sim não

Tratamento cirúrgico ou dentário sim não

Hemodiálise sim não

Transfusão de sangue ou hemoderivados sim não

Contato direto com sangue e hemoderivados de familiares/amigos/outras sim não com Hepatite e/ou HIV

13. No seu trabalho, você tem chance de se ferir com algum objeto que seja cortante ou que possa causar lesão na pele? sim não

PADRÕES DO SONO

Durante as últimas quatro semanas, como tem sido seu sono?

1. Você tem dificuldade em adormecer a noite?

nunca muito raramente raramente às vezes frequentemente muito frequentemente sempre

2. Você acorda de madrugada e não consegue adormecer de novo?

nunca muito raramente raramente às vezes frequentemente muito frequentemente sempre

3. Você toma remédios ou tranquilizantes para dormir?

nunca muito raramente raramente às vezes frequentemente muito frequentemente sempre

4. Você dorme durante o dia (sem contar cochilos ou sonecas programadas)?

nunca muito raramente raramente às vezes frequentemente muito frequentemente sempre

5. Ao acordar de manhã, você ainda se sente cansado (a)?

nunca muito raramente raramente às vezes frequentemente muito frequentemente sempre

6. Você ronca a noite (que você saiba)?

nunca muito raramente raramente às vezes frequentemente muito frequentemente sempre

7. Você acorda durante a noite?

nunca muito raramente raramente às vezes frequentemente muito frequentemente sempre

8. Você acorda com dor de cabeça?

nunca muito raramente raramente às vezes frequentemente muito frequentemente sempre

9. Você sente cansaço sem ter nenhum motivo aparente?

nunca muito raramente raramente às vezes frequentemente muito frequentemente sempre

10. Você tem sono agitado (mudanças constantes de posição ou movimentos de perna/braços)?

nunca muito raramente raramente às vezes frequentemente muito frequentemente sempre

TUBERCULOSE

1. Você já teve tuberculose no passado? (se respondeu NÃO, pule para a questão 6)

sim não

2. Fez tratamento para tuberculose anteriormente?

sim não

3. Há quanto tempo atrás teve tuberculose?

< 1 ano 1-5 anos > 5 anos não se aplica/nunca teve tuberculose

4. Tratou por quanto tempo? _____ meses

5. Qual foi o desfecho do último tratamento?

cura abandono falência
 não sabe não se aplica/não teve tuberculose no passado

6. Já realizou o teste PPD* (Mantoux) para investigar tuberculose latente (quando a pessoa tem a bactéria, mas não desenvolve sintomas)?

sim não

7. Quando realizou o teste PPD ?

< 1 ano 1-5 anos > 5 anos não sabe nunca fez o teste

8. Qual foi o resultado do último PPD?

positivo negativo não sabe nunca fez o teste

9. Fez tratamento após o resultado do teste?

sim não nunca fez o teste

10. Trabalhou em ambiente com alto risco de tuberculose alguma vez na vida?

sim. Qual? _____ não

11. Faz uso de algum medicamento imunossupressor (medicamentos que reduzem a resposta imunológica)?

sim. Qual? _____ não

12. Já manteve contato com alguém com tuberculose nos últimos 2 anos?

sim não

13. Se manteve contato com pessoa com tuberculose, qual foi o tipo de contato?

Domiciliar
 No trabalho
 Escola/faculdade
 Vizinhança
 Outro. Qual? _____
 Nunca manteve contato

ARBOVIROSES

ABAIXO ESTÃO ALGUMAS AFIRMATIVAS SOBRE AS ARBOVIROSES. POR FAVOR, CIRCULE O NÚMERO QUE MELHOR DEFINA O SEU NÍVEL DE CONCORDÂNCIA.

1 = Concordo totalmente 2 = Concordo 3 = Não concordo nem discordo 4 = Discordo 5 = Discordo totalmente

CIRCULE O NÚMERO

1. Eu tenho chances de contrair Dengue, Chikungunya ou Zika.	1	2	3	4	5
2. Eu acho que minha chance de contrair Dengue, Chikungunya ou Zika no futuro próximo é grande.	1	2	3	4	5
3. Eu me preocupo muito com a possibilidade de adquirir Dengue, Chikungunya ou Zika.	1	2	3	4	5
4. Contrair Dengue, Chikungunya ou Zika poderia comprometer meu emprego..	1	2	3	4	5
5. Dengue, Chikungunya ou Zika podem ser doenças graves, levar a hospitalização e até a morte.	1	2	3	4	5

6. Repelentes impedem que se adquira arboviroses (Dengue, Chikungunya ou Zika).	1	2	3	4	5
7. Educação em Saúde fortalece o controle das arboviroses.	1	2	3	4	5
8. O <i>Aedes Aegypti</i> é o principal vetor da Dengue, Chikungunya ou Zika.	1	2	3	4	5
9. O uso de inseticidas garante o controle do <i>Aedes Aegypti</i> .	1	2	3	4	5
10. A fêmea do <i>Aedes Aegypti</i> é capaz de contaminar até 300 pessoas.	1	2	3	4	5
11. Todas as casas de Dengue, Chikungunya ou Zika devem ser notificadas.	1	2	3	4	5
12. Já recebeu alguma capacitação sobre arboviroses (Dengue, Chikungunya ou Zika)?	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	não	
13. Você compartilha informações sobre as arboviroses nas suas mídias sociais?	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	não	
14. São desenvolvidas ações para combater as arboviroses?	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	não	

SOBRE O SEU AMBIENTE DE TRABALHO

A coleta de lixo é:	<input type="radio"/>	Boa	<input type="radio"/>	Regular	<input type="radio"/>	Ruim	<input type="radio"/>	Muito Ruim
O abastecimento de água é:	<input type="radio"/>	Boa	<input type="radio"/>	Regular	<input type="radio"/>	Ruim	<input type="radio"/>	Muito Ruim
A rede de esgoto é:	<input type="radio"/>	Boa	<input type="radio"/>	Regular	<input type="radio"/>	Ruim	<input type="radio"/>	Muito Ruim

SOBRE A SUA MORADIA

A coleta de lixo é:	<input type="radio"/>	Boa	<input type="radio"/>	Regular	<input type="radio"/>	Ruim	<input type="radio"/>	Muito Ruim
O abastecimento de água é:	<input type="radio"/>	Boa	<input type="radio"/>	Regular	<input type="radio"/>	Ruim	<input type="radio"/>	Muito Ruim
A rede de esgoto é:	<input type="radio"/>	Boa	<input type="radio"/>	Regular	<input type="radio"/>	Ruim	<input type="radio"/>	Muito Ruim

ARBOVIROSES - DENGUE

1. Você teve dengue?	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	não (Se NÃO teve, por favor, siga para as questões do Bloco B - Chikungunya)
2. Como soube que estava com Dengue?	<input type="radio"/>	O(a) médico (a) me disse	<input type="radio"/>	O(a) enfermeiro (a) me disse
	<input type="radio"/>	Outro profissional de saúde me disse	<input type="radio"/>	Alguém conhecido me disse
	<input type="radio"/>	Fiz exame de sangue	<input type="radio"/>	Eu acho que tive
3. Em qual período aconteceu?	<input type="radio"/>	2006 - 2008	<input type="radio"/>	2009-2011
	<input type="radio"/>	2012-2014	<input type="radio"/>	2015-2018
	<input type="radio"/>	2019-2021		
4. Quais sintomas você apresentou quando teve dengue?				
Sentia dores no corpo	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não
	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Dor de cabeça	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não
	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Febre alta (> 39°C)	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não
	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Febre (37°C a 38°C)	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não
	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Sentia dores na articulação	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não
	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Dor nos olhos	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não
	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Apareceram manchas avermelhadas pelo corpo	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não
	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Inchaço nas articulações	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não
	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Inchaço na face	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não
	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Cociceira	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não
	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Vômitos	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não
	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Vômitos com sangue	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não
	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Sangramento de nariz ou gengiva	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não
	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Outro sintoma. Qual? _____	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não
	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro

5. Você teve sequela após ter dengue? sim não

6. Se teve sequela, qual?

1 Dores no corpo mesmo depois de curado da doença

2 Dores nas articulações mesmo depois de curado da doença

3 Outra. Qual? _____

7. Você foi hospitalizado? sim não

8. Você deixou de realizar alguma atividade no período que estava com dengue? sim não

9. Se sim, qual/quais atividades?

1 Trabalho

2 Escola

3 Serviços domésticos

4 Outros. Qual? _____

ARBOVIROSES - CHIKUNGUNYA

10. Você teve chikungunya? sim não (Se NÃO teve, por favor, siga para as questões do Bloco C - Zika)

11. Em qual ano você teve chikungunya?

2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021

12. Quais sintomas você apresentou quando teve chikungunya?

Dores no corpo Sim Não Não sei/não me lembro

Dor de cabeça Sim Não Não sei/não me lembro

Febre alta (> 39°C) Sim Não Não sei/não me lembro

Febre (37°C a 38°C) Sim Não Não sei/não me lembro

Dores na articulação Sim Não Não sei/não me lembro

Dor nos olhos Sim Não Não sei/não me lembro

Manchas avermelhadas pelo corpo Sim Não Não sei/não me lembro

Inchaço nas articulações Sim Não Não sei/não me lembro

Inchaço na face Sim Não Não sei/não me lembro

Coceira Sim Não Não sei/não me lembro

Vômitos Sim Não Não sei/não me lembro

Vômitos com sangue Sim Não Não sei/não me lembro

Sangramento de nariz ou gengiva Sim Não Não sei/não me lembro

Vermelhidão nas articulações? Sim Não Não sei/não me lembro

Outro sintoma. Qual?

13. Como soube que estava com chikungunya?

1 Fiz exame de sangue

2 O(a) médico (a) me disse

3 O(a) enfermeiro (a) me disse

4 Outro profissional de saúde me disse

5 Alguém conhecido me disse

6 Eu acho que tive

14. Você precisou ser hospitalizado(a)? sim não

15. Você teve sequela após ter chikungunya? sim não

16. Se teve sequela, qual o(s) tipo(s) de sequela?

- Dores no corpo mesmo depois de curado(a) da doença? sim não
 Se sim, essas dores no corpo permaneceram após três meses do início da doença? sim não
 -Dores nas articulações mesmo depois de curado(a) da doença? sim não
 Se sim, essas dores nas articulações permaneceram após três meses do início da doença sim não

17. Você fez/faz algum tratamento para melhora da sequela?

- Sim, acupuntura Sim, Fisioterapia
 Sim, Hidroginástica Sim, Corticoides
 Sim, Outras. Qual? _____ Não fiz/Não faço tratamento

18. Considerando as suas atividades profissionais, em consequência da chikungunya, houve necessidade de readaptação para outra função? sim não

18. Você deixou de realizar alguma atividade de trabalho no período que estava com chikungunya? sim não

19. Por quanto tempo você deixou de realizar as suas atividades de trabalho?

- até 15 dias 16 a 30 dias de 31 dias a 3 meses Mais de 3 meses
 não deixei de realizar essas atividades.

20. Você deixou de realizar alguma atividade doméstica no período que estava com chikungunya? sim não

21. Por quanto tempo você deixou de realizar alguma atividade doméstica?

- até 15 dias 16 a 30 dias de 31 dias a 3 meses Mais de 3 meses
 não deixei de realizar essas atividades.

Agora vamos falar sobre sua condição atual:

14. Você sente dor no corpo ou nas articulações atualmente? sim não

15. Numa escala de 1 (mínima dor) a 10 (máxima dor), como você classifica, sua dor atual? Circule sua resposta.

Mínima dor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 máxima dor Não sinto dor

16. Atualmente, você costuma despertar do sono devido a dor?

- Nunca muito raramente às vezes frequentemente muito frequentemente sempre
 Não sinto dor

17. Atualmente, você costuma acordar com dor?

- Nunca muito raramente às vezes frequentemente muito frequentemente sempre
 Não sinto dor

ARBOVIROSES - ZIKA

1. Você teve zika? sim não (Se NÃO teve, por favor, siga para as questões do Bloco VIII - Violência)

2. Como soube que estava com zika?

- O(a) médico (a) me disse O(a) enfermeiro (a) me disse
 Outro profissional de saúde me disse Alguém conhecido me disse
 Fiz exame de sangue Eu acho que tive

3. Em qual período aconteceu?

- 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021

4. Quais sintomas você apresentou quando teve zika?

4.1 Sentia dores no corpo Sim Não Não sei/não me lembro

4.2 Tive dor de cabeça Sim Não Não sei/não me lembro

4.3 Tive febre alta (> 39°C) Sim Não Não sei/não me lembro

4.4 Tive febre (37°C a 38°C) Sim Não Não sei/não me lembro

4.5 Sentia dores na articulação Sim Não Não sei/não me lembro

4.6 Tive dor nos olhos Sim Não Não sei/não me lembro

4.7 Apareceram manchas avermelhadas pelo corpo Sim Não Não sei/não me lembro

4.8 Tive inchaço nas articulações Sim Não Não sei/não me lembro

4.9 Tive inchaço na face Sim Não Não sei/não me lembro

4.10 Tive coceira Sim Não Não sei/não me lembro

4.11 Tive vômitos Sim Não Não sei/não me lembro

4.12 Tive vômitos com sangue Sim Não Não sei/não me lembro

4.13 Tive sangramento de nariz ou gengiva Sim Não Não sei/não me lembro

4.14 Outro sintoma. Qual? _____

ATENÇÃO. As questões 5 a 13 são apenas para mulheres.

5. Você estava grávida quando teve zika? sim não (Se a sua resposta foi NÃO, por favor, passe para o último Bloco X - Violência)

6. Se sim, em qual trimestre? Primeiro Segundo Terceiro

7. A infecção pelo zika vírus durante a gravidez, deixou sequela? sim não

8. Se sim, Qual/ Quais sequela(s)?

Aborto Microcefalia na criança

Alterações neurológicas na criança Atraso no desenvolvimento da criança

9. Você teve sequela após ter zika? sim não

10. Se teve sequela, qual?

Dores no corpo mesmo depois de curado da doença

Dores nas articulações mesmo depois de curado da doença

Outra. Qual? _____

11. Você foi hospitalizado? sim não

12. Você deixou de realizar alguma atividade no período que estava com zika? sim não

13. Se sim, qual/quais atividades?

Trabalho Escola

Serviços domésticos Outros. Qual? _____

BLOCO VIII – VIOLÊNCIA

1. Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho? sim não

2. Você sente-se ameaçado quanto à segurança de seus pertences e bens pessoais no trabalho? sim não

3. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça no seu local de trabalho, praticado por usuários do serviço de saúde aos trabalhadores? nunca uma vez algumas vezes com frequência

4. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça no trabalho, praticado por parentes, acompanhantes ou vizinhos do usuário do seu serviço de saúde? nunca uma vez algumas vezes com frequência

5. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços? 0 1 nunca 2 3 uma vez 4 5 algumas vezes 6 7 com frequência

6. Você sofreu nos últimos 12 meses, alguma agressão no seu trabalho? 0 1 nunca 2 3 uma vez 4 5 algumas vezes 6 7 com frequência

7. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalho? 0 1 nunca 2 3 uma vez 4 5 algumas vezes 6 7 com frequência

8. Você já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão ou ameaça? 0 1 nunca 2 3 uma vez 4 5 algumas vezes 6 7 com frequência

9. Define-se assédio como: "uma situação em que um ou vários indivíduos, persistentemente, durante um certo período de tempo percebe-se como alvo ou sendo submetido a atos negativos de uma ou várias pessoas, em uma situação em que a vítima do assédio tem dificuldade de se defender contra essas ações. Um único incidente não pode ser considerado assédio". Usando a definição acima, indique se você foi vítima de assédio no trabalho nos últimos 6 meses.

0 1 sim 2 3 não

Se sim, com que frequência ocorreu o assédio?

1 2 De vez em quando (menos de 1 vez por mês)

3 4 Sim, mensalmente

5 6 Sim, semanalmente

7 8 Sim, diariamente

Qual sua renda média mensal? R\$ 0 1 2 3 4 5 6 7 8

Se você desejar fazer algum comentário ou registro, por favor, utilize o espaço abaixo:

MUITO OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO!

Entrevistador/a: _____