



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
NÍVEL DE DOUTORADO ACADÊMICO**

**RICARDO MAZZON SACHETO**

**DOR MUSCULOESQUELÉTICA E INATIVIDADE FÍSICA NO LAZER ENTRE  
TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RESULTADOS DE INQUÉRITOS  
REPETIDOS - 2011/2012 E 2020/2021**

**FEIRA DE SANTANA**

**2024**

**RICARDO MAZZON SACHETO**

**DOR MUSCULOESQUELÉTICA E INATIVIDADE FÍSICA NO LAZER ENTRE  
TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RESULTADOS DE INQUÉRITOS  
REPETIDOS - 2011/2012 E 2020/2021**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação  
em Saúde Coletiva – Doutorado – da  
Universidade Estadual de Feira de Santana, para  
defesa de doutoramento em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Linha de Pesquisa: Saúde, trabalho e ambiente.

**Orientador:** Prof. Dr. Saulo Vasconcelos Rocha.

**FEIRA DE SANTANA**

**2024**

### **Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS**

Sacheto, Ricardo Mazzon

S192d Dor musculoesquelética e inatividade física no lazer entre trabalhadores de atenção primária: resultados de inquéritos repetidos - 2011/2012 e 2020/2021 / Ricardo Mazzon Sacheto. – 2024.

112f.: il.

Orientador: Saulo Vasconcelos Rocha

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.

1. Dor musculoesquelética. 2. Inatividade física. 3. Inquéritos de saúde. 4. Estudos transversais. 5. Trabalhadores da saúde. I. Rocha, Saulo Vasconcelos, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU: 616.8-009.7

**RICARDO MAZZON SACHETO**

**DOR MUSCULOESQUELÉTICA E INATIVIDADE FÍSICA NO LAZER ENTRE TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RESULTADOS DE INQUÉRITOS REPETIDOS - 2011/2012 E 2020/2021**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Doutorado Acadêmico, da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para defesa de doutoramento em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração:** Epidemiologia.

Aprovada em 27 de novembro de 2024.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Saulo Vasconcelos Rocha (Orientador)**

**Universidade Estadual de Feira de Santana –UEFS**

---

**Prof. Dr. Márcio Costa de Souza (Titular)**

**Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS**

---

**Prof. Dr. Davi Félix Martins Junior (Titular)**

**Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS**

---

**Prof. Dr. Jefferson Paixão Cardoso (Titular)**

**Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Camila Fabiana Rossi Squarcini (Titular)**

**Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC**

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecer a **Deus**, pelo dom da vida e por todas as bênçãos, à Ele toda honra e toda a glória!

Ao meu papito **Paulo** e minha mãezinha do céu **Zeli** - *in memorian* -, meus primeiros professores, que me guiaram desde meus primeiros passos, fornecendo uma base educacional sólida e com valores que carrego comigo até hoje, por tudo que tenho e sou, a minha gratidão eterna! Amo muito vocês! Saudades demais, mãe!

Aos meus avós **Joaquim** e **Júlia** - *in memorian* -, que me criaram com todo amor e carinho, com tantos ensinamentos e valores fundamentais, saudade demais!

À minha família, em especial ao meu irmão **Fábio**, minha irmã **Luciana**, meus cunhados do coração **Keila** e **Jorge**, aos meus sobrinhos **Giovanni**, **Luca**, **Enzo**, **Selem**, **Bia** e **Lari**, por todo carinho, amor, apoio e ensinamentos nesta longa jornada da vida, meu muito obrigado! Vocês são minha base! Amo vocês!

Aos meus tios e tias, primos e primas, sem distinção, por todo amor e carinho familiar, que sempre me senti abraçado e acolhido, minha gratidão eterna!

À minha filha e princesa **Gabi**, minha maior fonte de inspiração na busca constante em ser um pai e um ser humano melhor, meu maior amor, meu maior presente, muito obrigado por existir! Te amo infinitamente!

Ao meu orientador e amigo, professor **Saulo Rocha**, pelo companheirismo ao longo dessa jornada, pela serenidade em conduzir de forma singular as orientações, pela ajuda nos momentos de maior dificuldade, por todo apoio e carinho comigo, minha eterna gratidão!

Ao meu amigo/irmão e professor **Jefferson Cardoso**, por todo apoio e paciência comigo durante essa jornada, meu muito obrigado! Você foi fundamental!

Ao meu amigo/irmão e professor **Márcio Costa** - Máximus Décimus Meridius -, minha eterna gratidão por todo apoio e amizade de sempre! Gratidão por ter tido a oportunidade de trabalhar contigo! Você é referência!

À minha amiga e professora **Luciana Araújo**, por toda amizade e apoio nos momentos mais marcantes da minha vida! Você sabe! Gratidão demais mesmo! Você é luz, amiga!

Ao meu amigo e professor **Davi Félix**, pelo apoio e suporte incondicional a qualquer hora, sem tempo ruim e com toda paciência, você é diferenciado! Muito agradecido mesmo por tudo!

Ao meu amigo e professor **José Maximiliano Henriquez Sandoval (Max)** - *in memoriam* -, por ter me mostrado o caminho da docência, pelos ensinamentos e conselhos que carregarei comigo para sempre, minha eterna gratidão, el Patron!

Aos professores do PPGSC - prof. **Davi Félix**, prof<sup>a</sup> **Ynara Bosco**, prof. **José de Bessa**, prof. **Carlito Lopes**, prof. **Isaac Suzart**, prof<sup>a</sup> **Simone Seixas**, prof<sup>a</sup> **Ana Claudia Figueiredo**, prof<sup>a</sup> **Thereza Coelho**, prof<sup>a</sup> **Maria Conceição**, prof<sup>a</sup> **Tânia Araújo**, prof. **Carlos Lima**, prof<sup>a</sup> **Clara Sanabria**, prof<sup>a</sup> **Katia Freitas**, prof. **Marcelo Peixoto**, prof<sup>a</sup> **Evanilda Carvalho** e prof<sup>a</sup> **Edna Araújo** -, vocês são fontes inesgotáveis de conhecimento! Muito grato a Deus por ter tido a oportunidade e a honra de ter sido aluno de vocês! Minha eterna gratidão por todos ensinamentos, pela acolhida calorosa, mesmo que a distância, pela leveza e sabedoria na condução dos trabalhos em um momento de grave crise mundial - a pandemia de COVID-19!

Aos secretários do PPGSC **Jorge** e **Goreth**, pela acolhida, paciência e todo suporte ao longo dessa jornada, vocês são diferenciados! Muito obrigado por tudo mesmo!

Aos meus colegas do PPGSC - **Alessandra**, **Anna Paloma**, **Bruna**, **Camila**, **Caroline**, **Cleide**, **Graziele**, **Igor** (meu eterno representante!), **Jean**, **José Marques**, **Karolina**, **Lidiane**, **Luciana**, **Natália**, **Natali**, **Pricila**, **Rejane**, **Samuel** e **Zannety** (irmã do coração) -, pelo companheirismo e apoio ao longo dessa jornada! Cada um de vocês deixou a sua marca e vou carregar pra sempre no meu coração! Bom demais ter tido a honra e oportunidade de estar com vocês! Saudades!

Aos amigos/professores do PPGEF - prof. **Jefferson Cardoso**, prof. **Sérgio Yarid**, prof<sup>a</sup> **Alba Benemérta**, prof. **César Casotti**, prof. **Luciano Nery**, prof. **Marcos Henrique**, prof. **Fábio Ornellas**, prof<sup>a</sup> **Adriana Nery**, prof<sup>a</sup> **Ana Cristina**, prof<sup>a</sup> **Edite Lago**, prof<sup>a</sup> **Rita Boery**, prof. **Eduardo Boery** - *in memorian* -, prof. **José Ailton** e prof. **Rafael Pereira** - o meu muito obrigado por todo apoio e conhecimentos transmitidos que forneceram a base para que essa caminhada fosse possível!

Aos colegas/amigos da **EBRAFIM**, em especial ao meu amigo/irmão **Bruno Moreno**, que além de proporcionarem uma parte da minha formação profissional - a Osteopatia, minha menina dos olhos -, por serem exemplos de seres humanos e profissionais qualificados na busca constante pelo aperfeiçoamento, o meu muito obrigado!

Ao amigo **Ícaro Ribeiro**, por todo suporte e paciência na construção desse trabalho! Você foi fundamental! Gratidão por tudo mesmo!

À minha ex-aluna e amiga **Inês Calazans**, por toda ajuda nessa reta final na construção da tese, muito obrigado mesmo!

À minha amiga **Juliana Oliveira** (grande), por todo suporte de amizade verdadeira e por ter me mostrado o caminho e aberto portas para que eu pudesse dar mais esse passo na minha vida! Minha eterna gratidão, amiga!

À **Jéssica**, meu amor, que entrou de paraquedas em minha vida, me trazendo calma nos momentos de tempestade, se tornando um porto seguro para meu coração, me apoiando e encorajando nessa reta final, muitíssimo obrigado! Amo você!

Aos amigos/irmãos **Cauan e Ale**, por todo apoio e suporte emocional em minha vida, em momentos de alegria e tristeza, pela amizade verdadeira, meu muito obrigado sempre! Amo vocês!

Ao meu amigo/irmão **Paulo Koeke**, exemplo de ser humano e profissional de excelência, por ter me mostrado o caminho da pesquisa e da ciência, e me estimulado a seguir seus passos, minha eterna gratidão! Você mora demais no coração, amiiiiiiiiiiiigo!

À minha amiga e também eterna dinda do coração **Nice Dutra**, por todo carinho e apoio de sempre! Você é um exemplo de pessoa e me inspira! Te admiro demais, amiga! Te amo!

À UESB e aos amigos(as) professores(as) do Curso de Fisioterapia, em especial aos da área de Fisioterapia Aplicada, que me apoiaram e sempre me deram suporte, tornado possível meu afastamento, para pudesse concretizar esse sonho com tranquilidade: o meu muito obrigado!

Aos meus **alunos do Curso de Fisioterapia da UESB**, por me motivarem diariamente na busca do meu aprimoramento enquanto professor, pesquisador e ser humano.

Aos **alunos do Curso de Medicina da UESB e do PPGEF UESB/UESC**, muito agradecido pela acolhida e pela troca de experiências ao longo da minha vivência no tirocínio.

Aos amigos/colegas integrantes do **NESP** e do **GEAFS**, pela oportunidade de fazer parte de uma equipe qualificada e comprometida com a ciência e a saúde da população!

Aos integrantes do **NEPI**, em especial à **profª. Tânia Araújo** (corações subindo na tela!), **Camilla, Fernanda, Margarete e Isadora**, pela acolhida e oportunidade de trabalhar com vocês na coleta dos dados desse trabalho, por todo conhecimento, aprendizado e experiência de vida, por todo apoio com os dados dessa pesquisa! Muito obrigado mesmo!

À **CAPES**, por fomentar e estimular a construção do conhecimento nesse país, minha gratidão!

Ao **CNPq-Brasil**, pelo apoio e suporte fundamental durante o processo do doutoramento em Saúde Coletiva e na construção da ciência em nosso país, minha eterna gratidão e meus parabéns!

Aos **gestores e trabalhadores da saúde** das UBS de Feira de Santana, pela garra e empenho em proporcionar um cuidado mais humano ao se promover a saúde, além da contribuição com essa pesquisa, o meu muito obrigado!

A todas as demais pessoas que contribuíram de alguma forma e que sempre torceram de verdade por mim, meus sinceros agradecimentos!

## RESUMO

**Introdução:** Os trabalhadores da saúde (TS) da Atenção Primária à Saúde (APS) vivenciam situações diárias que demandam uma atenção elevada, com exigências tanto no aspecto físico como no emocional. Além disso, em muitos casos, enfrentam condições precárias de trabalho, com longas jornadas e pouco descanso. Esses elementos, quando somados, são capazes de aumentar o risco para surgimento de quadros de dores musculoesqueléticas (DME), bem como afetar a prática de hábitos saudáveis, como a prática regular de exercícios físicos. A pandemia de COVID-19 intensificou essas dificuldades. **Objetivo:** Analisar a prevalência de DME e inatividade física no lazer (IFL) segundo as características sociodemográficas e ocupacionais entre os trabalhadores da atenção primária em dois períodos – 2011/2012 e 2020/2021. **Metodologia:** Estudo transversal, realizado com dados obtidos dos inquéritos repetidos conduzidos nos anos de 2011-2012 e de 2020-2021, com trabalhadores da APS da cidade de Feira de Santana – BA. A variável dependente foi a DME e a IFL. As variáveis exploratórias foram as características sociodemográficas e ocupacionais. Para análise da DME, foi realizada análise descritiva dos dados, univariada e bivariada, sendo a prevalência de DME estimada para qualquer segmento corporal e de acordo com os segmentos corporais afetados (dorso, membros superiores e membros inferiores) para os dois períodos da coleta. Para a IFL, foram obtidas as medidas descritivas para variáveis categóricas e numéricas. O teste do qui-quadrado foi utilizado para verificar as possíveis associações do desfecho com as variáveis de interesse. Ao final, foi realizada regressão logística multinomial, com apresentação das razões de chance e intervalos de confiança em 95%. **Resultados:** As prevalências de DME geral (42,0% e 45,6%), respectivamente para o primeiro e o segundo período, nos membros superiores (22,6% e 22,5%), no dorso (24,9% e 31,5%), e membros inferiores (32,5% e 37,7%) foram mais prevalentes nas mulheres, com idade > 39 anos, com companheiro, com filhos, e com ensino médio. Os agentes comunitários foram os mais acometidos pela DME, além dos trabalhadores com tempo de trabalho maior ou igual a 9 anos e carga horária > 40h semanais. A ocorrência de DME em situação de trabalho passivo foi mais prevalente no primeiro período para a região dorsal (RP 2,01). Já para o trabalho de alta exigência, os membros superiores (RP 2,29) e membros inferiores (RP 1,73) apresentaram maior prevalência no segundo período. Em relação à IFL, esta foi mais prevalente no primeiro período (50,3%), apresentando uma redução no período pandêmico. Essa condição foi mais acentuada entre os homens, nos TS com maior escolaridade, e naqueles com < 40 horas/semanais de trabalho nos dois períodos de investigação. **Conclusões:** Os resultados para este estudo destacam que os TS com as

características apontadas tendem a sofrer mais com os efeitos negativos da atividade laboral, sendo os trabalhos do tipo passivo e de alta exigência os de maior prevalência de DME. Além disso, houve uma redução da IFL entre os períodos analisados. Mesmo com esse cenário, sugere-se a adoção de ações de promoção da atividade física entre os TS com o propósito de estimular hábitos de vida mais saudáveis e prevenir quadros de DME. Por fim, os achados deste estudo reforçam a importância da adoção de políticas públicas com vistas à melhoria das condições de trabalho para os TS da APS.

**Palavras-chave:** Dor musculoesquelética; Inatividade Física; Inquéritos de Saúde; Estudos Transversais; Trabalhadores da Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Healthcare workers (HW) in Primary Health Care (PHC) experience daily situations that demand high levels of attention, with demands on both the physical and emotional aspects. In addition, in many cases, they face precarious working conditions, with long working hours and little rest. These factors, when combined, can increase the risk of developing musculoskeletal pain (MSP), as well as affect the practice of healthy habits, such as regular physical exercise. The COVID-19 pandemic has intensified these difficulties. **Objective:** To analyze the prevalence of MSP and leisure-time physical inactivity (LPI) according to sociodemographic and occupational characteristics among primary care workers in two periods – 2011/2012 and 2020/2021. **Methodology:** Cross-sectional study, carried out with data obtained from repeated surveys conducted in the years 2011-2012 and 2020-2021, with PHC workers in the city of Feira de Santana - BA. The dependent variable was DME and LPI. The exploratory variables were sociodemographic and occupational characteristics. For DME analysis, descriptive analysis of the data was performed, univariate and bivariate, with the prevalence of DME estimated for any body segment and according to the affected body segments (back, upper limbs and lower limbs) for the two collection periods. For LPI, descriptive measures were obtained for categorical and numerical variables. The chi-square test was used to verify the possible associations of the outcome with the variables of interest. At the end, multinomial logistic regression was performed, with presentation of odds ratios and 95% confidence intervals. **Results:** The prevalence of general MSP (42.0% and 45.6%), respectively for the first and second periods, in the upper limbs (22.6% and 22.5%), back (24.9% and 31.5%), and lower limbs (32.5% and 37.7%) were more prevalent in women, aged > 39 years, with a partner, with children, and with high school education. Community agents were the most affected by MSP, in addition to workers with work time greater than or equal to 9 years and a workload > 40h per week. The occurrence of MSP in passive work situations was more prevalent in the first period for the dorsal region (PR 2.01). For high-strain work, the upper limbs (PR 2.29) and lower limbs (PR 1.73) showed a higher prevalence in the second period. Regarding LPI, this was more prevalent in the first period (50.3%), showing a reduction in the pandemic period. This condition was more pronounced among men, among HW with higher levels of education, and among those working <40 hours/week in both research periods. **Conclusions:** The results of this study highlight that SWs with the characteristics indicated tend to suffer more from the negative effects of work activity, with passive and highly demanding jobs having the highest prevalence of MSDs. In addition, there was a reduction in IFL between

the periods analyzed. Even with this scenario, it is suggested that actions be adopted to promote physical activity among HW with the purpose of encouraging healthier lifestyle habits and preventing MSP. Finally, the findings of this study reinforce the importance of adopting public policies aimed at improving working conditions for HW in PHC.

**Keywords:** Musculoskeletal pain; Physical inactivity; Health surveys; Cross-sectional studies; Health workers.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Atividade física
APS	Atenção Primária à Saúde
BA	Bahia
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEP	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
CR	Comportamento de risco
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DME	Dor musculoesquelética
eMulti	Equipes Multiprofissionais
ERI	<i>Effort-Reward Imbalance Model</i>
ESF	Equipes de Saúde da Família
EV	Estilo de vida
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalos de confiança
IF	Inatividade física
IFL	Inatividade física no lazer
JCQ	<i>Job Content Questionnaire</i>
METS	Equivalentes metabólicos
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NEPI	Núcleo de Epidemiologia
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
RP	Razões de prevalência
SPSS	<i>Software Statistic Package for the Social Sciences</i>
SRQ	<i>Self-Reporting Questionnaire</i>
STATA	<i>Software for Statistics and Data Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos mentais comuns
TS	Trabalhadores da saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
USF	Unidades de Saúde da Família

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Modelo Demanda-Controle de Karasek.....	23
<b>Figura 2</b> - Modelo Teórico Conceitual de fatores associados para ocorrência de Dor Musculoesquelética.....	31

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Descrição do cálculo amostral das pesquisas multicêntricas realizadas nos anos de 2011-2012 e 2020-2021.....	43
--	----

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

<b>Tabela 1</b> - Prevalência de dor musculoesquelética em trabalhadores de APS, segundo local da dor. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2011-2012 e 2020-2021.....	45
<b>Tabela 2:</b> Frequência absoluta e razão de prevalência (RP) com respectivo intervalo de confiança da dor em segmentos corporais segundo dados sociodemográficos. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2011-2012 e 2020-2021.....	47
<b>Tabela 3:</b> Frequência absoluta e razão de prevalência (RP) com respectivo intervalo de confiança da dor em segmentos corporais segundo dados ocupacionais. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2011-2012 e 2020-2021.....	48
<b>Tabela 4:</b> Frequência absoluta e razão de prevalência (RP) com respectivo intervalo de confiança da dor em segmentos corporais segundo modelo demanda-controle. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2011-2012 e 2020-2021.....	49

### Artigo 2

<b>Tabela 1</b> – Caracterização dos TS da APS, Feira de Santana, BA, Brasil, 2011–2012 e 2020-2021.....	62
<b>Tabela 2</b> - Prática de Atividade física (AF) segundo características sociodemográficas e ocupacionais de trabalhadores da saúde, Feira de Santana, BA, Brasil, 2011–2012 e 2020-2021.....	63
<b>Tabela 3</b> - Associação entre prática de atividade física (AF) com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais entre os TS da APS, Feira de Santana, BA, Brasil, 2011-2012 e 2020-2021.....	64

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	17
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	18
3.1 Características ocupacionais na Atenção Primária à Saúde.....	18
3.2 Estressores ocupacionais.....	21
3.3 Hábitos de vida do trabalhador da Atenção Primária à Saúde.....	24
3.4 Saúde do trabalhador da Atenção Primária à Saúde em um cenário pandêmico.....	27
3.5 Dor musculoesquelética em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde.....	29
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	33
4.1 Caracterização do estudo.....	33
4.2 Tipo de estudo.....	33
4.3 Local do estudo.....	33
4.4 Participantes da pesquisa.....	34
4.5 Coleta de dados.....	35
4.6 Variáveis.....	35
4.6.1 Artigo 1.....	36
4.6.2 Artigo 2.....	37
4.7 Análise de dados.....	37
4.7.1 Artigo 1.....	37
4.7.2 Artigo 2.....	38
4.8 Aspectos éticos.....	38
<b>5 RESULTADOS</b> .....	39
5.1 Artigo 1.....	39
5.2 Artigo 2.....	56
<b>6 CONCLUSÕES</b> .....	72
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	74
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP/UEFS - 2009.....	84
ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP/UEFS - 2020.....	85
ANEXO C – TCLE.....	91
ANEXO D – Instrumento de coleta de dados.....	92

## 1 INTRODUÇÃO

Existe um ditado popular que diz que “quem trabalha com o que gosta está sempre de férias”. Dentro dessa perspectiva, pode-se concordar que uma das coisas que traz grande satisfação é atuar em uma profissão na qual se tem afinidade com o objeto de trabalho. Parafraseando Benjamin Franklin (1706 – 1790) que diz que “o trabalho dignifica o homem”, pode-se reforçar ainda mais essa relação de satisfação do ser humano em coletar o produto de seu esforço. Porém, esse trabalho, a depender de suas particularidades, traz consigo diversos fatores que podem exigir um esforço, tanto físico quanto emocional, mesmo quando se faz aquilo que se gosta.

Nesse cenário, os trabalhadores da saúde atuam em um ambiente atendendo uma grande diversidade de pessoas que apresentam patologias com seus diversos graus de complexidade e que, por conta disso, demandam uma atenção e cuidado peculiar para cada caso, exigindo, em muitas situações, um grande esforço físico e/ou psíquico. Assim, para o desenvolvimento de sua práxis, estes lançam mão de três tipos de valises tecnológicas: uma que está relacionada aos equipamentos e instrumentos utilizados pelos trabalhadores de saúde, chamada de tecnologia dura; outra que diz respeito ao conhecimento técnico destes profissionais, chamada de tecnologia leve-dura; e a última que está pautada nas relações interpessoais entre o trabalhador e o paciente, chamada de tecnologia leve (Merhy, 2000).

Frente à essa complexidade, à variabilidade das ações e à diversidade dos processos de trabalho, essa classe de trabalhadores vivenciam em comum as particularidades da população que atendem, além de enfrentar, no exercício de suas atividades laborais, condições de trabalho inadequadas que podem levar a um sofrimento, tanto no aspecto físico, quanto no psíquico, com consequente grande potencial para desencadear e/ou potencializar o adoecimento dessas pessoas (Silva, 2011; Carreiro et al., 2013).

Uma das consequências dessas condições a que esse grupo de trabalhadores estão expostos é o desenvolvimento de quadros de dores musculoesqueléticas (DME), constituindo uma das principais causas de absenteísmo e presenteísmo. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstram que cerca de 27 milhões de brasileiros, com idade igual ou superior a 18 anos, sofrem de DME na região da coluna vertebral, demonstrando a necessidade de atenção com esse tipo de condição que afeta a população (IBGE, 2014). Quadros de DME possuem etiologia multifatorial, incluindo fatores biomecânicos, fatores psicossociais, bem como os hábitos de vida adotados pelos indivíduos, e está se tornando cada vez mais

frequente nos diversos tipos de ambiente, com destaque para o laboral e acadêmico (Alexandre, 2007; Barbosa; Assunção; Araújo, 2012; Gomes; Sampaio; Santos, 2016).

Estudos demonstraram que os trabalhadores que atuam em instituições públicas de saúde, expostos a diversos fatores de sobrecarga física e psíquica em seu ambiente laboral, apresentam prevalências de DME variando entre 65,7% (Garbin et al., 2015) a 92,1% (Lima et al., 2015). Além disso, esses trabalhadores, frente às exigências no exercício de suas atividades, geralmente somadas a cargas horárias elevadas, acabam deixando em segundo plano hábitos de vida saudáveis, como a prática regular de atividade física, bons hábitos alimentares, entre outros (Barbosa; Assunção; Araújo, 2012; Lima et al., 2015; Garbin et al., 2015).

Essas condições que os trabalhadores da atenção primária à saúde estão expostos foram agravadas ainda mais em 2020, devido ao novo contexto imposto pela pandemia de COVID-19 (PAHO, 2020; Silva-Junior; Cunha; Lourenção, 2021). Essa pandemia, causada pela infecção iniciada em 2019 pelo novo Coronavírus, denominado como Síndrome Respiratória Aguda Grave - Coronavírus 2 (SARS-CoV-2), desencadeou uma crise de saúde global, afetando milhões de pessoas, com estado de alerta mundial decretado em março de 2020 devido à gravidade da situação (PAHO, 2020; WHO, 2020).

Com isso, os trabalhadores da saúde tornaram-se os principais protagonistas no enfrentamento dessa emergência sanitária. Esses profissionais, em particular aqueles que atuaram na atenção primária à saúde, desempenharam um papel crucial no fornecimento de cuidados essenciais à comunidade, além de estarem na linha de frente no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença (Fernandez; Lotta; Corrêa, 2021; Silva-Junior; Cunha; Lourenção, 2021).

Dessa forma, o produto dos aspectos ocupacionais e dos hábitos de vida poderão gerar um contexto desfavorável para o trabalhador da saúde no desenvolvimento de suas atividades, que foram agravados ainda mais devido à pandemia de COVID-19, com grande potencial de adoecimento e com possíveis consequências, inclusive, para a própria qualidade do atendimento que é prestado à população.

Nessa perspectiva, com propósito de contribuir na produção de novos conhecimentos acerca dessa temática, a questão que norteia este estudo é: Quais as possíveis influências das características sociodemográficas e ocupacionais na ocorrência de dor musculoesquelética e sobre o nível de inatividade física no lazer entre os trabalhadores da APS no período pré - pandêmico e pandêmico? A resposta para este questionamento faz-se relevante para a comunidade científica, profissional e para a própria população em si, já que ao tomar-se ciência dos elementos causais de um problema, pode-se adotar estratégias para sua conscientização,

prevenção e tratamento. Isso poderá repercutir na melhora da condição física e emocional desses trabalhadores, com repercussões positivas em suas atividades laborais e, conseqüentemente, para a qualidade do atendimento da própria população.

Diante do exposto, pode-se levantar as seguintes hipóteses para o desenvolvimento deste estudo:

- As características sociodemográficas e ocupacionais podem repercutir no aumento da ocorrência de DME nos trabalhadores da APS nos períodos pré - pandêmico e pandêmico.
- As prevalências de DME são maiores entre as mulheres, com maior idade, com menor nível de escolaridade, e com jornada de trabalho mais ampla.
- O novo contexto imposto pela pandemia de COVID-19 constituiu um fator agravante sobre o nível da inatividade física dos trabalhadores da APS, com base na comparação entre os resultados de trabalhos científicos dos períodos pré - pandêmico e pandêmico.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar a prevalência de dor musculoesquelética e inatividade física no lazer segundo as características sociodemográficas e ocupacionais entre os trabalhadores da atenção primária em dois períodos – 2011/2012 e 2020/2021.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Para dar resposta a este objetivo, esta tese foi organizada em dois estudos independentes que darão resposta aos objetivos específicos

- Estimar a prevalência de dor musculoesquelética entre trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de acordo com as características sociodemográficas e ocupacionais nos anos de 2011/2012 e 2020/2021;
- Verificar a prevalência de inatividade física no lazer e sua associação com os características sociodemográficas e ocupacionais entre trabalhadores da APS nos anos de 2011/2012 e 2020/2021.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Com vistas a realizar uma revisão de literatura que possa contextualizar a temática deste estudo, os tópicos foram organizados de uma maneira que se possa investigar cada possível fator em uma sequência lógica, a saber: Características ocupacionais na Atenção Primária à Saúde; Estressores ocupacionais; Hábitos de Vida do trabalhador da Atenção Primária à Saúde; Saúde do trabalhador da Atenção Primária à Saúde em um cenário pandêmico; e Dor musculoesquelética em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde.

#### **3.1 Características ocupacionais na Atenção Primária à Saúde**

A saúde coletiva pode ser entendida como a área que trata de investigar e produzir conhecimentos que irão estabelecer conexões com outras diversas áreas das ciências para a construção de um objeto: a saúde da população em toda sua complexidade biopsicossocial (Starfield, 2002). O resultado entre a base filosófica e prática para o constructo da saúde coletiva foi a criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), devidamente assegurado pela Constituição Federal de 1988, considerado um exemplo aos países do mundo todo, por contar com uma rede de mais de 209 milhões de habitantes, que contam com esse sistema de saúde público universal, integral e gratuito (Brasil, 2012b).

No Brasil, a rede de atenção básica à saúde (ABS), também chamada de atenção primária à saúde (APS), foi desenvolvida seguindo os princípios de descentralização, com vistas a atingir um alto grau de capilaridade, de uma forma que possa estar mais próxima da população em geral. Deve ser a porta de entrada prioritária dos serviços de saúde aos usuários, estabelecendo-se como o elo de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Por conta disso, é mister que esteja pautada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2012b).

Dentro desse sistema, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) fazem parte das políticas públicas que visam garantir esses ideais, e estão inseridas em locais próximos de onde as pessoas vivem e desempenham suas atividades do dia a dia. Visam garantir à população o acesso à atenção à saúde e com qualidade, uma vez que estas unidades devem possuir a infraestrutura necessária e materiais suficientes que sejam capazes de assegurar este atendimento, que se apresenta como um grande desafio para o Brasil, por meio dos investimentos feitos ao Ministério da Saúde (MS), devido às imensas proporções que

constituem esse sistema (Brasil, 2012b). Dentro da APS encontra-se o Programa de Saúde da Família (PSF), que, desde sua formação, foi idealizado como um dispositivo para fortalecer e reorganizar a atenção básica como o primeiro nível ou porta de entrada do SUS, através da ampliação do acesso, da qualificação dos trabalhadores e da reorientação das práticas de saúde (Sousa; Hamann, 2009).

A APS possui características peculiares de relevância no processo de trabalho dos diversos profissionais envolvidos nesse sistema, com atribuições específicas de cada um, devendo o gestor de cada unidade estar atento à harmonia da equipe e dos papéis a serem desenvolvidos, de forma a garantir a maior eficácia na prestação dos serviços de saúde à população (Sousa; Hamann, 2009).

Segundo Bárbara Starfield (2002), a APS é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre o indivíduo ao longo do tempo, não para a enfermidade, dando suporte para todas as condições, com exceção daquelas muito incomuns ou raras, que necessitem de um cuidado especializado. Além disso, a APS coordena e/ou integra os cuidados quando esse indivíduo recebe assistência em outros níveis de atenção. Dessa forma, a APS é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, organizando e racionalizando o uso de recursos direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (Starfield, 2002).

Para que a APS possa cumprir seus ideais com excelência, sua equipe de saúde é composta por profissionais de diversas áreas e formações, mas que estão unidos com o mesmo objetivo em comum. O profissional da saúde pode ser entendido como um ser humano que exerce suas funções laborais em uma profissão das ciências da saúde. Dentre estes, podemos citar os médicos, enfermeiros, técnicos e assistentes de enfermagem, técnicos em radiologia, dentistas, agentes comunitários de saúde (ACS), nutricionistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, entre outros (Brasil, 2012).

As equipes de saúde da família são compostas, no mínimo, pelo profissional médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família; pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem e pelo agente comunitário de saúde (ACS). Além destes, também pode ser inserido o agente de combate às endemias (ACE) e os seguintes profissionais de saúde bucal: cirurgia-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Essas equipes atuam nas UBS em articulação com os demais serviços de saúde da rede de atenção (Brasil, 2023a).

Mais recentemente, a Portaria GM/MS nº 635/2023 foi publicada pelo Ministério da Saúde em 22 de maio de 2023, com objetivo de instituir, definir e criar incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais (eMulti) na APS. A portaria estabelece as diretrizes para custeio e implantação das eMulti, classificadas em 3 modalidades de acordo com a carga horária, vinculação e composição profissional, sendo: eMulti Ampliada, eMulti Complementar e eMulti Estratégica (Brasil, 2023b).

Para a equipe de saúde da família, a obrigatoriedade de carga horária é de 40 horas semanais a todos os profissionais de saúde. As regras de composição, carga horária e cadastro dos profissionais e equipes estão dispostas na Portaria de Consolidação SAPS nº 01, de 2 de junho de 2021, bem como nas Portarias de Consolidação nº 02 e nº 06, de 2017 (Brasil, 2023a).

Importante ressaltar que, geralmente, os ACS são pessoas da própria comunidade, que participaram de um processo seletivo público e, após aprovados, passam a fazer parte da equipe de saúde, mesmo não tendo formação específica nesta área. Isso proporciona uma maior aproximação e vínculo entre a equipe de saúde da família e a população correspondente (Ministério da Saúde, 2023a).

O processo de trabalho que está inserido o trabalhador da APS é permeado por diversas habilidades técnicas específicas e por relações interpessoais que exigem grande atenção e um elevado grau de responsabilidade (Sousa; Hamann, 2009). Ademais, há um elevado volume de exigências na execução das atividades a serem realizadas na assistência à população, com um alto gasto de energia, bem como a necessidade de adaptação em diversas situações de risco. A maneira que cada trabalhador irá reagir frente a essas situações, de acordo com suas percepções e características individuais, podem desencadear um maior desgaste físico, emocional e mental (Camelo et al., 2012; Garcia; Marziale, 2018; Celestino; Leal; Lopes, 2020).

Além disso, as demandas exigidas dos trabalhadores da APS incluem atividades não apenas dentro das unidades, mas também nas áreas próximas, como as visitas domiciliares, englobando atividades de educação, promoção e prevenção em saúde, além de visitas ligadas à vigilância epidemiológica (Cunha; Sá, 2013), com ações extras que, muitas vezes, não estão incluídas no planejamento diário, e que acabam por aumentar a sobrecarga e a insatisfação com o trabalho desses profissionais (Soratto; Pires; Trindade, 2017).

Por fim, somadas a estas situações, ainda podem ser citadas, em diversos casos, a falta de recursos humanos e as longas jornadas de trabalho, que terminam por absorver uma grande parte do tempo do trabalhador, constituindo um obstáculo importante para o desenvolvimento de suas atividades nesses serviços (Camelo et al., 2012; Cunha; Sá, 2013; Soratto; Pires;

Trindade, 2017). Isso pode gerar um aumento da tensão e da insatisfação com o serviço, culminando com uma frustração pelo pouco tempo que resta para a realização de outras atividades (Soratto; Pires; Trindade, 2017). Essas situações podem ser agravadas quando se leva em consideração os diversos fatores de riscos a que estes profissionais da APS estão expostos, como os físicos, químicos, biológicos, psicossociais, tecnológicos, organizacionais e ergonômicos, constituindo, assim, os principais elementos que expõem a saúde e a vida desse grupo (Almeida; Torres; Santos, 2012; Ministério da Saúde, 2012; Celestino; Leal; Lopes, 2020).

### **3.2 Estressores ocupacionais**

Os aspectos psicossociais podem ser definidos como aqueles provenientes dos fatores sociais e psicológicos que podem intervir negativamente ou não na vida das pessoas. Os autores defendem que eles estão presentes nos ambientes de trabalho, sendo capazes de gerar sofrimento e adoecimento, o que os torna objeto de estudo no campo da saúde do trabalhador entre os TS (Araújo et al., 2016).

Nesse sentido, sua conceituação é complexa e de difícil explicação uma vez que representa fatores que se referem tanto ao trabalhador quanto às condições e organização do trabalho (Reis; Fernandes; Gomes, 2010). Assim sendo, percebe-se que os fatores psicossociais do trabalho podem influenciar na saúde, no desempenho e na satisfação dos trabalhadores.

A palavra estresse foi utilizada pela primeira vez na saúde por Hans Selye em 1936, ao observar a presença de sintomas similares à hipertensão, fadiga e desânimo em indivíduos que sofriam de patologias diferentes e que, por muitas vezes, não aparentavam estar enfermos. Ao continuar seus estudos, este autor observou que mudanças fisiológicas decorrentes do estresse prolongado poderiam resultar em várias enfermidades, como doenças cardíacas, hipertensão arterial e transtornos emocionais. Além disso, observou que demandas de caráter social e outras ameaças do ambiente em que o indivíduo estava inserido, e que necessitavam de adaptação, também provocavam aumento de pressão, e, assim, passaram a ser denominadas de situações de estresse (Selye, 1974).

A partir dessas observações de Selye (1974), abriu-se um amplo e produtivo campo de investigação que se desenvolveu intensamente e produziu diferenciações conceituais do estresse que levaram em conta a sua duração e natureza. Em relação a sua duração, pode-se dividir o estresse sob dois aspectos: um com padrão crônico (evento de longa duração, características de desgaste físico e mental) e outro com padrão agudo (evento de curta duração

com características motivadoras). Quanto à sua natureza, pode ser dividido em dois tipos: o Distresse (ou estresse negativo) e o Eustresse (ou estresse positivo) (França; Rodrigues, 2007).

O fato é que vivemos em constante processo de adaptação, seja por estímulos provenientes do ambiente externo, incluindo o trabalho, seja por estímulos do meio interno, como as emoções e os sentimentos. Essas adaptações internas podem ser atribuídas a situações que são consideradas agradáveis, como uma promoção no trabalho ou negativas, quando relacionados a situações indesejáveis, como a pressão de tempo para realizar determinada atividade (França; Rodrigues, 2007).

Dessa maneira, a forma como cada indivíduo avalia e enfrenta o estímulo causador do estresse, incluindo as combinações entre suas subjetividades e o ambiente em que está inserido, poderão gerar respostas de Distresse ou Eustresse. Quando a resposta é inadequada e causa prejuízos ao indivíduo, ou seja, o esforço gerado para a adaptação é capaz de causar um desequilíbrio biopsicossocial, ela é conceituada como Distresse. Já quando a resposta em que o esforço para adaptação causa tensão, mas sem causar desequilíbrio, e gera uma sensação de bem-estar, é denominada Eustresse (França; Rodrigues, 2007).

Do ponto de vista fisiológico, podemos entender as alterações resultantes do estresse como reações mediadas pelo Sistema Nervoso Autônomo e pelo eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal, que desencadeiam ações compartilhadas na tentativa de se alcançar a homeostase do organismo. Dessa forma, um estímulo estressor, após ser reconhecido pelo cérebro, é processado pelo córtex cerebral e atinge o hipotálamo, onde se iniciam as respostas em cadeia através da liberação dos hormônios liberadores de corticotrofina (CHT), do hormônio do crescimento (GHRH) e da tirotropina (TRH). Quando o CHT cai na corrente sanguínea, ele estimula a adeno-hipófise a aumentar a secreção de adrenocorticotropina (ACTH), resultando em um estímulo no córtex da glândula suprarrenal para liberar o cortisol e a aldosterona. Enquanto ocorre esse processo no córtex da suprarrenal, a parte medular dessa glândula é estimulada pela ativação simpática do sistema nervoso autônomo e provoca a liberação da adrenalina e da noradrenalina, que são conhecidos como hormônios do estresse (Tortora, 2010).

Em suma, quando o agente estressor é trabalhado pelo organismo de forma adequada, tende a ser eliminado ou controlado, e o organismo consegue se reequilibrar, colocando fim no processo do estresse. Caso isso não ocorra e o processo de estresse se prolongue, sem que haja uma adaptação do indivíduo, o sistema imunológico fica comprometido, podendo levar ao surgimento de doenças ou até mesmo à morte (Selye, 1974).

Karasek (1979), no sentido de ampliar a relação unicausal – presente entre o aspecto demanda versus a capacidade do indivíduo –, estabelecida pelo desenvolvimento do estresse

nos trabalhadores, propôs uma nova visão para esta relação, em que o controle sobre o trabalho fosse incluído. Assim propôs avaliar essas duas dimensões psicossociais do trabalho: o grau de controle, relativo às habilidades do trabalhador e sua participação na tomada de decisões, e a demanda psicológica advinda do mesmo, que faz referência às exigências psicológicas do trabalho na execução das atividades laborais, como concentração requerida, pressão de tempo, interrupção de tarefas e dependência de outros setores para execução de suas funções (Araújo; Graça; Araújo, 2003). A combinação entre os níveis altos ou baixos dessas duas dimensões psicológicas propostas pelo modelo de Karasek produziram quatro situações de trabalho, que configuram riscos diferentes à saúde, sendo: trabalho de alta exigência; trabalho ativo; trabalho passivo; e baixa exigência (Araújo; Graça; Araújo, 2003; Alves et al., 2004).

As combinações citadas podem ser expressas por quadrantes atravessados pelas diagonais A e B (Figura 1). Os trabalhos inseridos na diagonal A são caracterizados como de riscos para distúrbios físicos e psicológicos e os inseridos na diagonal B assinalam motivação para desenvolvimento de novos comportamentos (Araújo; Graça; Araújo, 2003).

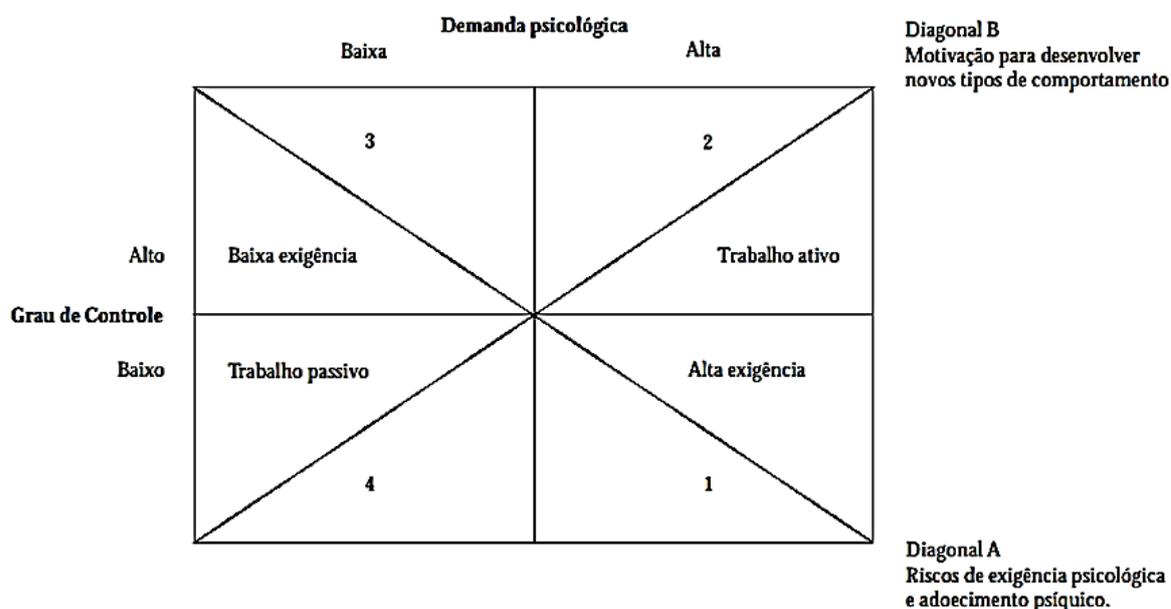


Figura 1 – Modelo Demanda-Controle de Karasek (1979) apud Araújo, Graça e Araújo (2003).

Assim, a principal predição estabelecida pelo modelo é que as situações de alta demanda no trabalho – correspondente ao ritmo intenso, longas jornadas e cobranças por alta produtividade, além da pressão sobre o tempo para execução das tarefas – e as de baixo controle – relacionada à ausência de controle do trabalhador sobre seu trabalho, restrito de autonomia e de participação na tomada de decisões –, representam um fator de risco para os agravos ocupacionais decorrentes dos fatores psicossociais (Araújo; Graça; Araújo, 2003).

Com vistas a avaliar as dimensões propostas por ele no modelo demanda-controle, Karasek (1985) elaborou um instrumento metodológico denominado Questionário sobre Conteúdo do Trabalho, ou Job Content Questionnaire (JCQ). Inicialmente foi elaborado com 27 questões, mas sua versão mais recente e recomendada possui 49 questões que abordam, além do controle e demanda psicológica, o suporte social – pelos pares e superiores –, a demanda física e a insegurança no emprego (Araújo; Graça; Araújo, 2003).

Com essas dimensões relacionadas aos aspectos psicossociais do trabalho em mente, pode-se entender que os fatores geradores de estresse no ambiente laboral estão relacionados às características organizacionais, pela sistematização e gestão do trabalho, somadas com as relações interpessoais estabelecidas pelos trabalhadores (Camelo; Angerami, 2008).

Nessa perspectiva, muitos TS da APS apresentam transtornos mentais comuns (TMC) devido às características ocupacionais no campo da saúde, bem como aos determinantes sociais em que esses trabalhadores estão inseridos (Carvalho; Araújo; Bernardes, 2016). Um estudo realizado com TS da APS do município de Feira de Santana – BA, identificou uma prevalência global de TMC de 22,9%, sendo que, em relação aos aspectos psicossociais do trabalho, 43,5% referiram alta demanda psicológica e 47,9% baixo controle sobre o próprio trabalho (Carvalho; Araújo; Bernardes, 2016). Corroborando esses dados, outro estudo com TS de cinco municípios baianos verificou uma prevalência de 21% de TMC entre esses trabalhadores, 54,0% com alta demanda psicológica, 59,4% com baixo controle sobre o trabalho e 54,2% com alto apoio social (Araújo et al., 2016).

Os resultados encontrados nesses estudos demonstram a necessidade de uma maior atenção com a saúde mental dos trabalhadores, em especial dos TS da APS, que estão na primeira linha de atendimento à população necessitada de cuidados com a saúde, ao mesmo tempo em que estão expostos a diversos fatores de desgaste físico e emocional, e precisam estar bem nesses aspectos para possam desenvolver suas atividades laborais com a qualidade que a população merece.

### **3.3 Hábitos de vida do trabalhador da Atenção Primária à Saúde**

Os hábitos de vida desempenham um papel fundamental na saúde e no bem-estar de todos. O modo de viver e conviver, associados aos hábitos alimentares, prática regular de atividade física, qualidade do sono, consumo de substâncias nocivas ao organismo – como o tabagismo e o etilismo –, e gerenciamento do estresse, podem ter impactos importantes na qualidade de vida e na prevenção de doenças (Buss, 2000; Hidalgo et al., 2016).

Entre os trabalhadores da APS, esses hábitos são particularmente relevantes, pois desempenham um papel fundamental na promoção e aconselhamento da saúde dos usuários do sistema de saúde e na eficácia dos cuidados prestados (Haikal et al., 2013; Hidalgo et al., 2016; Snége et al., 2022). Como profissionais que lidam diretamente com a promoção da saúde e o cuidado da população, é essencial que esses trabalhadores da APS sejam exemplos de um estilo de vida saudável (Hidalgo et al., 2016; Profis; Simon-Tuval, 2016), uma vez que, como diz o ditado popular, “a palavra convence, mas o exemplo arrasta”.

Assim, a adoção de hábitos de vida saudáveis por parte dos profissionais da APS não apenas beneficia sua própria saúde, mas também tem um impacto positivo na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, como também são mais tolerantes a aconselhar e encorajar os pacientes a adotarem comportamentos mais saudáveis (Hidalgo et al., 2016; Profis; Simon-Tuval, 2016).

Nessa perspectiva, uma pesquisa conduzida por Profis e Simon-Tuval (2016) constatou que os TS que possuem um melhor autocuidado em relação a sua saúde, como bons hábitos alimentares e com prática regular de atividades físicas, são mais propensos a incentivar seus pacientes a fazerem o mesmo. Um estudo realizado com trabalhadores de uma instituição pública de saúde verificou que a ocorrência de quadros de DME estiveram associados à obesidade e a não-realização de atividades de lazer, o que demonstra a importância do cuidado com a saúde alimentar e com práticas regulares de atividades físicas e sociais (Monteiro; Alexandre; Rodrigues, 2006).

Nesse sentido, vale considerar que dentre os estudos desenvolvidos no Brasil, em um levantamento no município de Santa Maria – RS, feito entre os TS, foi possível identificar que a prática de atividade física é pouco frequente (37,2%), uma vez que a maioria declara dedicar um tempo considerável do seu tempo livre para a realização de atividades sedentárias - como assistir televisão ou realizar leitura de jornais, livros e revistas -, variando de 60,5% a 67,4% (Trindade; Lautert, 2010).

Quando se trata dos TS da APS, um estudo realizado por Siqueira e colaboradores (2009) em duas regiões brasileiras (Nordeste e Sul) evidenciou que a prevalência de sedentarismo é mais frequente e elevada (27,5%) entre os profissionais que atuam em unidades com um perfil tradicional de atenção básica (incluindo médicos, profissionais de enfermagem e assistentes administrativos). Com o intuito de explicar tal diferença, os autores afirmaram que esta condição pode estar associada à presença dos ACS no modelo com PSF, que apresentam uma ocupação bastante ativa. Ao retirar os ACS da análise, a diferença entre os modelos não foi significativa. Também foi possível identificar maior percentual de inativos nos municípios

de grande porte e nos estratos de profissionais com maiores níveis de renda (Siqueira et al., 2009).

Além da prática regular de exercícios físicos e alimentação saudável, a qualidade do sono é um outro fator importante para a saúde dos profissionais da APS. A falta de sono adequado pode levar a problemas de saúde física e mental, afetando a capacidade de fornecer cuidados de qualidade à população (Hidalgo et al., 2016; Amaral; Galdino; Martins, 2021).

Outro aspecto importante a se considerar é o gerenciamento do estresse, seja com enfrentamento da tarefa causadora da tensão, seja com a utilização de técnicas reguladoras para controle do estado emocional, como a prática da meditação para relaxamento e autocontrole, com repercussões positivas na redução e controle desse problema, com consequente aumento do bem-estar geral dos profissionais da APS (Sousa; Barros, 2018).

No entanto, devido à natureza do seu trabalho, muitos desses profissionais enfrentam desafios relacionados à carga de trabalho e ao estilo de vida exigente, como a manutenção da prática de hábitos de vida saudáveis (Cordioli Junior; Cordioli; Gazeta, 2020). Esses desafios podem ter consequências para a saúde desses trabalhadores, incluindo as dores musculoesqueléticas (DME).

Ademais, outros fatores como a exposição ao tabagismo e ao consumo regular de bebidas alcoólicas são hábitos presentes no estilo de vida dos trabalhadores da saúde (Bakhshi; While, 2013; Reisdofe et al. 2016). Isso porque estes usam desses subterfúgios como alternativas nada saudáveis como estratégia para aliviar as tensões geradas pelas sobrecargas do seu campo de trabalho (Bakhshi; While, 2013; Reisdofe et al. 2016). Reisdofe e colaboradores (2016) realizaram um estudo com TS da APS e verificaram um consumo de álcool em nível problemático em 6,2% dos profissionais, e com tabagismo em 8,5%. Esse problema também foi objeto de uma revisão sistemática conduzida por Bakhshi e While (2013), onde identificaram um consumo de álcool excessivo em cerca de 10 a 15% dos TS, o que demonstra ser um tema de preocupação e de discussões necessárias para o cuidado à saúde desses profissionais.

Dessa maneira, dois dos principais fatores elencados que potencialmente geram quadros de DME entre os trabalhadores da APS são a exposição ao tempo em comportamento sedentário e a prática de atividade física insuficiente (Jeronimo; Lopes; Siqueira, 2022). A falta de atividade física regular associada à má postura podem levar ao enfraquecimento dos músculos de suporte, com consequente desequilíbrio entre os grupos musculares, aumentando a sobrecarga sobre as articulações e desencadear as DME (Barbosa; Assunção; Araújo, 2012).

Além disso, a falta de atenção às práticas ergonômicas adequadas aliadas à má postura podem contribuir para o aumento do esforço durante a realização das atividades laborais e maior desgaste físico, com consequente ocorrência de DME. Equipamentos de trabalho inadequados, como cadeiras desconfortáveis, mesas mal ajustadas e falta de suporte lombar, podem levar a problemas posturais e surgimento ou piora de quadros de DME (Alexandre, 2007).

Outro aspecto relevante está no cuidado em como o profissional de saúde realiza suas atividades e movimentos, como o ato de levantar e mover pacientes ou realizar atividades com gestos repetitivos. Esses tipos de situações são as principais responsáveis pela ocorrência de DME, acometendo, principalmente, regiões dos membros superiores e coluna vertebral, causando dores intensas e comprometendo sua capacidade funcional e qualidade de vida (Alexandre, 2007; Barbosa; Assunção; Araújo, 2012; Cordioli Junior; Cordioli; Gazeta, 2020).

Dessa forma, os hábitos de vida inadequados, como a má alimentação, o consumo de substâncias nocivas ao organismo – como o tabagismo e o etilismo –, o comportamento sedentário, a inatividade física no lazer, a má postura, e a falta de ergonomia, possuem impactos significativos tanto para a saúde de uma forma geral como para a saúde do sistema musculoesquelético dos TS da APS. Estes, no exercício de suas funções, realizam muitos esforços, e a falta de cuidados básicos com esses elementos podem impactar de forma negativa em sua saúde e ser capaz de influenciar a ocorrência de quadros de DME, afetando tanto a sua qualidade de vida e como também em sua capacidade de fornecer cuidados adequados aos pacientes.

### **3.4 Saúde do trabalhador da APS em um cenário pandêmico**

A pandemia de COVID-19, causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, desencadeou uma crise de saúde global, nunca antes vivenciada por esta geração, que afetou milhões de pessoas em todo o mundo, causando milhares de mortes, e provocando uma mudança de hábitos e rotinas necessárias para conter a propagação e infecção da nova doença (PAHO, 2020; WHO, 2020). Isso gerou um impacto significativo nos trabalhadores da saúde, em especial nos trabalhadores da APS. Esses profissionais enfrentam riscos aumentados de infecção, exaustão física e mental ocasionados pelo aumento significativo da demanda de trabalho, com impactos na saúde física e mental, além da escassez de recursos necessários para enfrentar a crise (Fernancez; Lotta; Corrêa, 2021; Silva-Junior; Cunha; Lourenção, 2021; Sumiya et al., 2021; Garbin; Nascimento; Zacharias, 2022; Santos et al., 2022).

Assim, diante desse novo cenário, os trabalhadores da saúde da APS ficaram expostos a um alto risco de infecção pelo SARS-CoV-2 devido ao contato contínuo com a população, com grande potencial em ter pessoas contaminadas pelo novo coronavírus, sintomáticas ou assintomáticas (Fernandez; Lotta; Corrêa, 2021). A escassez inicial de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e a falta de informações precisas sobre a fisiopatologia e os mecanismos de transmissão do vírus contribuíram para uma maior vulnerabilidade desses profissionais (Jackson Filho et al., 2020; Xu et al., 2020). Estudos mostraram que a taxa de infecção entre os trabalhadores da saúde é mais elevada em comparação com a população em geral, o que gera preocupações significativas sobre a saúde e a segurança desses profissionais (Marziale et al., 2022).

A pandemia da COVID-19 sobrecarregou o sistema de saúde, e os trabalhadores da APS enfrentaram uma demanda excepcionalmente alta devido à grande procura pelos serviços de saúde. O aumento no número de pacientes, combinado com o tempo e os recursos necessários para aderir às medidas de controle de infecção, resultou em longas horas de trabalho e exaustão física e mental para esses profissionais (Silva-Junior; Cunha; Lourenção, 2021; Oliveira et al., 2023). Essa situação levou ao esgotamento emocional e à fadiga, afetando sua capacidade de fornecer cuidados de qualidade aos pacientes (Oliveira et al., 2023).

A COVID-19 trouxe consigo não apenas desafios físicos, mas também consequências significativas para a saúde mental dos trabalhadores da atenção primária. A exposição contínua à doença, juntamente com o estresse da sobrecarga de trabalho e a preocupação com a própria saúde e de seus entes queridos, levou a um aumento nos níveis de ansiedade, depressão e transtornos de estresse pós-traumático entre esses profissionais (Silva-Junior; Cunha; Lourenção, 2021; Oliveira et al., 2023). O medo constante de infecção e o luto pelas perdas de pacientes também afetaram sua saúde psicológica e seus hábitos de vida, onde muitos aumentaram o consumo de bebidas alcoólicas e do tabagismo, além da redução da prática regular de atividade física (Sumiya et al., 2021; Vilas Boas et al., 2022).

Em muitas regiões, os trabalhadores da saúde da atenção primária enfrentaram escassez de recursos médicos e falta de apoio adequado durante a pandemia. A falta de EPIs, testes diagnósticos e leitos hospitalares adequados criou um ambiente de trabalho desafiador para esses profissionais (Jackson Filho et al., 2020; Xu et al., 2020). Além disso, muitos trabalhadores relataram a falta de apoio psicológico para enfrentar o impacto emocional do cenário pandêmico (Silva-Junior; Cunha; Lourenção, 2021).

### 3.5 Dor musculoesquelética em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde

As doenças ocupacionais, acidentes de trabalho, sofrimentos psíquicos e físicos estão entre as grandes temáticas atuais da área da saúde coletiva que necessitam de atenção constante, possuindo grande repercussão sobre a qualidade dos serviços prestados à população em geral. Assim, a DME é considerada um problema de saúde pública mundial, devido seu grande potencial limitante e de absenteísmo no trabalho, onde as doenças do aparelho locomotor ocupam o segundo lugar (Barbosa; Assunção; Araújo, 2012; Brey et al., 2017).

Entre os acometimentos do sistema locomotor, a dor surge como o sintoma mais frequente e também como um dos principais motivos de procura por assistência médica (Barbosa; Assunção; Araújo, 2012).

A palavra “dor” origina-se do latim “dolore” e é comumente definida, pelos dicionários, como uma impressão desagradável ou penosa, decorrente de alguma lesão ou contusão, ou de um estado anormal do organismo ou de parte dele (Pessini, 2002). A Sociedade Brasileira de Estudos da Dor (SBED, 2009), define a DME como uma consequência decorrente de esforços repetitivos, pelo uso excessivo do sistema musculoesquelético ou por distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho.

A dor é considerada a razão pela qual 75% a 80% da população brasileira procura os serviços de saúde, com destaque para as dores do tipo crônica, que acometem cerca de 30% a 40% da população. Além disso, constitui-se como a principal causa de absenteísmo, baixa produtividade, fornecimento de atestados e licenças médicas, aposentadorias por doenças, incapacidades e indenizações trabalhistas (Brasil, 2012a).

A DME pode ser caracterizada como uma consequência de distúrbios osteomioarticulares ou de estruturas circunjacentes (SBED, 2009). Pode ocorrer em condições agudas e crônicas, com localização precisa ou difusa, decorrente do comprometimento de estruturas ósseas, articulares, musculares, tendíneas e fasciais (Garcia; Calich, 2002).

As principais sintomatologias clínicas relatadas são: dor localizada ou disseminada, irritação neural periférica, fraqueza, rigidez muscular e movimentos limitados (SBED, 2009). Dentre as principais causas de DME, estão as dores na coluna vertebral, dor miofascial, fibromialgia, osteoartroses e periartrites, entre outras (Garcia; Calich, 2002). A dor lombar baixa é o exemplo mais comum dentre as dores musculoesqueléticas crônicas, bem como a mais frequentemente relacionada ao trabalho pelas pessoas (IBGE, 2014).

A literatura demonstra consenso sobre o fato que a manutenção de uma má postura leva ao desequilíbrio postural, e, como consequência, ao surgimento de dores. Assim, destacam-se,

entre os fatores de risco para DME, os esforços repetitivos, o uso excessivo do aparelho locomotor e de distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho (Barbosa; Assunção; Araújo, 2012), características que estão presentes no processo de trabalho dos trabalhadores da saúde.

Em um estudo feito com profissionais da enfermagem, incluindo auxiliares e técnicos de enfermagem de um Hospital Universitário, encontrou uma prevalência de 62,0% de algum tipo sintoma musculoesquelético nos últimos sete dias e 93,0% nos últimos 12 meses (Gurgueira; Alexandre; Corrêa Filho, 2003), demonstrando uma alta prevalência nesses TS. Um outro estudo, realizado também com essa classe de TS, incluindo enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem do setor de ortopedia de um hospital na região sul do Brasil, identificou uma prevalência de 96,6% de alguma queixa de DME nos últimos 12 meses em alguma parte do corpo (Santos; Andrade; Lopes, 2017). Portanto, a DME possui grande potencial de acometer os adultos em algum momento da vida, ao passo que grande parte da população já sofreu ou poderá sofrer com um ou mais episódios de dor associada à lesão (Brasil, 2012a).

Dessa forma, as doenças do sistema musculoesquelético configuram-se como as causas mais frequentes de dor, podendo incapacitar e limitar as atividades diárias dos trabalhadores, com grande potencial de impacto na qualidade de vida e na capacidade laboral dos indivíduos acometidos (Gurgueira; Alexandre; Corrêa Filho, 2003; Brey et al., 2017). Esse quadro de alta prevalência de sintomas musculoesqueléticos entre os trabalhadores da APS permanece elevada, e estão entre as principais causas de absenteísmo, tanto antes quanto durante a pandemia por COVID-19 (Garbin; Nascimento; Zacharias, 2022).

De acordo com o exposto pela literatura científica, pode-se elaborar o seguinte modelo teórico conceitual de fatores associados para o desenvolvimento de DME em trabalhadores da APS, conforme figura 2:

**Modelo Teórico Conceitual de fatores associados para ocorrência de DME (autoria própria)**

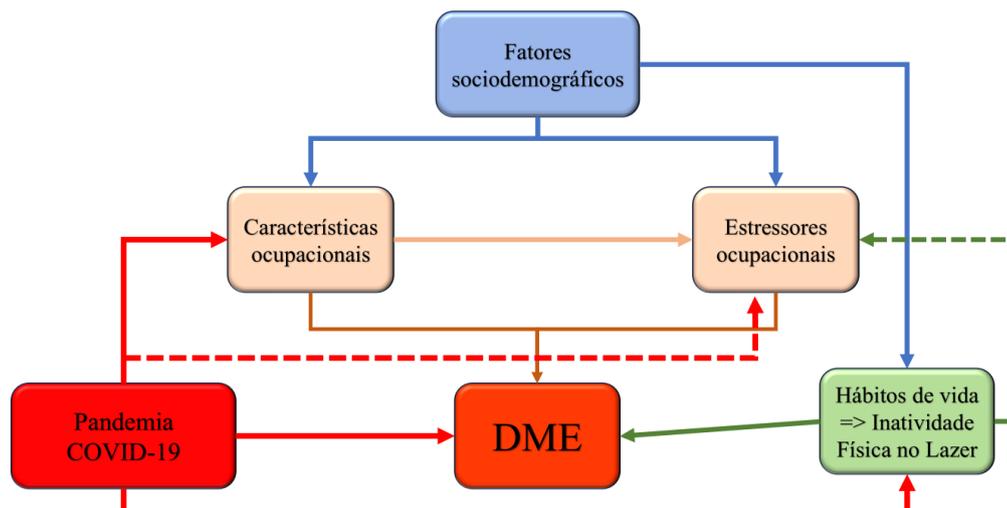


Figura 2 – Modelo Teórico Conceitual de fatores associados para ocorrência de DME (autoria própria).

Assim, de acordo com o modelo teórico conceitual proposto, o conjunto dos **fatores sociodemográficos** (constituído por variáveis como sexo, idade, estado civil, se possui filhos, raça/cor, escolaridade e renda) pode influenciar o conjunto estabelecido pelos **aspectos ocupacionais** (composto pelas variáveis de tipo de vínculo, tempo de trabalho, turno de trabalho, jornada semanal, direitos trabalhistas e outros vínculos, além da disponibilidade de recursos estruturais que o trabalhador tem a seu dispor, como, por exemplo, EPI) e **estressores ocupacionais** (que inclui informações sobre o controle sobre o trabalho, a demanda psicológica e física exigida, o suporte social dado ao trabalhador, os níveis de esforço e recompensa, e o comprometimento do trabalhador com suas funções), os quais possuem elementos capazes de gerar quadros de **DME**. Ademais, esses mesmos **fatores sociodemográficos** também podem influenciar o conjunto formado pelos **hábitos de vida**, em especial no **nível de inatividade física no lazer** dos trabalhadores da APS (que contém dados sobre o nível de atividade física no lazer, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo, além de informações sobre os padrões de sono) que, por sua vez, são capazes de influenciar tanto no conjunto dos **estressores ocupacionais** – por conta deste conter elementos influenciados pelo estado físico e mental do TS – quanto no desenvolvimento de quadros de **DME**. Além disso, o conjunto dos **aspectos ocupacionais** podem potencializar o conjunto formado pelos **estressores ocupacionais** dos TS. Por fim, a **pandemia de COVID-19** pode potencializar o grupo formado pelos **aspectos ocupacionais** e **estressores ocupacionais**, bem como no nível de **inatividade física no lazer**,

com capacidade de aumentar ainda mais o número de trabalhadores da APS com queixas de **DME**.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Caracterização do estudo**

Este projeto de pesquisa utilizou dados de inquéritos repetidos em dois estudos multicêntricos: STS projeto multicêntrico “Condições de Trabalho, Condições de Emprego e Saúde dos Trabalhadores da Saúde na Bahia”, no período de 2011-2012, e STS projeto multicêntrico “Vigilância e monitoramento de doenças infecciosas entre trabalhadores e trabalhadoras do setor saúde”, no período de 2019-2022. Ambos foram realizados pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), com trabalhadores da saúde (TS), desenvolvidos pelo Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da UEFS, sendo o do primeiro período em parceria com o Núcleo de Estudos da Saúde da População da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (NESP/UESB). A pesquisa desenvolvida no primeiro período foi com TS da atenção básica e de média complexidade dos municípios baianos de Itaberaba, Itabuna, Jequié, Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e um distrito sanitário de Salvador. Posteriormente, na segunda etapa, participaram TS dos municípios baianos de Cruz das Almas, São Gonçalo dos Campos, Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus.

### **4.2 Tipo de estudo**

Para a realização deste trabalho, foi conduzido um estudo de corte transversal, com utilização do banco de dados dos inquéritos repetidos dos estudos multicêntricos dos TS da APS supracitados, com os dados coletados respectivamente nos anos de 2011-2012 (período pré - pandêmico) e 2020-2021 (período pandêmico).

### **4.3 Local do estudo**

O Estado da Bahia está localizado na região nordeste do Brasil e ocupa a 22ª posição no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre os Estados do país (IDH = 0.66). O município baiano escolhido foi o de Feira de Santana, por ter participado da coleta em dois períodos distintos de interesse, com a finalidade de comparação das variáveis de interesse entre dois cenários com características distintas - pré-pandemia (2011-2012) e pandemia de COVID-19 (2020-2021).

Este município possui uma população de 616.279 habitantes, ocupando a 5ª posição no ranking do IDH entre os municípios baianos (IDH = 0.72) (IBGE, 2022), e conta com uma rede de APS com: 96 Unidades de Saúde da Família (USF); 07 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 133 Equipes de Saúde da Família (ESF), com profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes administrativos, serviços gerais e agentes comunitários de saúde (ACS); 05 Unidades de Saúde na Hora, com profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes administrativos e serviços gerais, com atendimento até às 21 horas (SMS, 2023).

#### **4.4 Participantes da pesquisa**

A população original do estudo multicêntrico foi constituída por TS da rede básica e de média complexidade dos municípios supracitados. Entretanto, para este estudo, foram selecionados apenas os TS da APS.

Para a definição da população do estudo foi realizado levantamento prévio da estruturação e força de trabalho dos serviços junto às Secretarias Municipais de Saúde. A partir disso, delimitou-se o número e tipo de serviços de saúde disponíveis, número de trabalhadores e suas respectivas ocupações, bem como a área geográfica pertencente a cada serviço.

Em seguida, foi realizado um levantamento dos dados obtidos do estudo multicêntrico original, com uma análise dos dados coletados em 2011-2012 e 2020-2021, considerando-se os seguintes aspectos de interesse para este estudo: dados sociodemográficos, características e estressores ocupacionais, nível de atividade física, e dor musculoesquelética.

Como critério de inclusão, foram selecionados os TS que estavam em pleno exercício das suas atividades laborais, sendo: pessoal do setor administrativo, enfermeiros, médicos, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, profissionais de educação física, farmacêuticos, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde, profissionais técnicos de nível médio (enfermagem, radiologia, farmácia e saúde bucal), entre outros. Foram excluídos do estudo os agentes de serviços gerais, vigilantes, e aqueles que não compunham o grupo formado por profissionais de saúde, onde incluem-se aqueles que não se enquadraram em nenhuma das categorias propostas, como, por exemplo, motoristas, agente de portaria, entre outros.

#### **4.5 Coleta de dados**

A coleta dos dados de interesse deste estudo ocorreu nos anos de 2011-2012 e 2020-2021, sendo adotados, em ambos os momentos, os mesmos procedimentos e condutas, por meio da elaboração de um manual, com vistas à padronização dos procedimentos da coleta de dados. A partir disso, todos os coordenadores locais de cada campo de coleta receberam treinamentos para a condução da pesquisa. Estes realizaram oficinas para treinamento com as equipes, constituídas por estudantes de graduação e pós-graduação para a execução da coleta. Em seguida, essas equipes entraram em contato com os TS sorteados a fim de apresentar os objetivos do estudo e convidá-los a participar. Aqueles que assentiram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

Com isso, o trabalho de campo foi organizado nas etapas a seguir discriminadas, com vistas ao desenvolvimento da coleta de dados: realização de um contato prévio com as unidades de saúde; apresentação do estudo, com esclarecimento acerca dos procedimentos e objetivos, com posterior entrega do questionário; recolhimento do questionário com data combinada em comum acordo com o trabalhador, ficando acordado um prazo máximo de sete dias para a entrega; supervisão e controle da qualidade dos dados coletados, realizado pela coordenação local; e o acompanhamento da coleta. Todas as etapas passaram pela supervisão dos coordenadores locais.

Na produção dos dados quantitativos foi utilizado um instrumento de coleta padronizado, em forma de questionário, composto por oito blocos de questões, a saber: Bloco I – Identificação geral; Bloco II – Informações gerais; Bloco III – Sobre o seu ambiente de trabalho; Bloco IV – Características psicossociais do trabalho; Bloco V – Saúde Mental; Bloco VI - Atividades domésticas e hábitos de vida; Bloco VII – Hábitos de vida e aspectos relacionados à sua saúde; Bloco VIII – Violência.

#### **4.6 Variáveis**

Neste tópico serão descritas as análises referentes aos 2 manuscritos que foram desenvolvidos como produtos deste trabalho de tese, denominados de artigo 1 e artigo 2, como segue abaixo:

#### **4.6.1 Artigo 1 - Dor musculoesquelética em trabalhadores da saúde: Resultados de inquéritos repetidos**

A variável dependente - DME - foi investigada pelo questionário semiestruturado dos estudos multicêntricos “Condições de Trabalho, Condições de Emprego e Saúde dos Trabalhadores da Saúde na Bahia” e “Vigilância e monitoramento de doenças infecciosas entre trabalhadores e trabalhadoras do setor saúde”, com um item sobre queixa de dor autorreferida nas regiões do dorso da coluna vertebral (parte superior e inferior das costas), membros superiores (braços) e membros inferiores (pernas), com possibilidade de respostas do tipo Likert, em relação à frequência de ocorrência dessas queixas (0 = Nunca; 1 = Raramente; 2 = Pouco Frequente; 3 = Frequente; 4 = Muito Frequente). Foi considerado caso de DME quando o participante respondeu de forma positiva com presença de queixas de dores de maneira “Frequente” ou “Muito Frequente” em seu questionário.

As variáveis exploratórias, selecionadas para este estudo, incluíram as características sociodemográficas e as ocupacionais dos TS.

Os aspectos sociodemográficos foram: sexo (masculino e feminino); idade (categorizada a partir de tercís: < 35, 35–46, > 46 anos); situação conjugal (solteiro, casado/união estável, separado, viúvo); se possui filhos (sim, não); e escolaridade (primária, secundária, superior).

As características ocupacionais foram: tipo de ocupação (médico, enfermeiro/técnico de enfermagem, outros profissionais de saúde, agentes de saúde e administrativo); jornada de trabalho semanal ( $\leq 40$  h,  $> 40$  h) e fatores psicossociais do trabalho, avaliados por meio do *Job Content Questionnaire* – JCQ, com a versão traduzida para o português e validada para trabalhadores brasileiros (Araújo; Karasek, 2008), cujas dimensões utilizadas foram: demanda psicológica (cinco questões); controle sobre o trabalho (seis questões relacionadas com habilidade e três questões que versam sobre autoridade de decisão); e apoio social no trabalho (três questões sobre apoio social dos colegas e três questões relacionada ao apoio social da chefia). Todas as questões do JCQ foram apresentadas e organizadas em escala ordinal do tipo Likert, contendo quatro possibilidades de escolha, sendo: discordo totalmente; discordo; concordo; concordo totalmente.

Para a construção dos indicadores oriundos do JCQ, as variáveis relacionadas foram somadas, conforme instrução do manual do JCQ Center (Karasek, 1985), e categorizadas em alto e baixo, e utilizada a média como ponto de corte, o que forneceu quatro possibilidades do modelo: baixa exigência (alto controle e baixa demanda); trabalho ativo (alto controle e alta

demanda); trabalho passivo (baixo controle e baixa demanda) e alta exigência (baixo controle e alta demanda).

#### **4.6.2 Artigo 2 - Inatividade física no lazer e fatores associados entre trabalhadores da APS nos anos de 2011-2012 e 2020-2021**

A variável dependente foi a Inatividade física no lazer (IFL), enquanto as variáveis exploratórias incluíram as características sociodemográficas e as ocupacionais dos TS. Os aspectos sociodemográficos foram: sexo; faixa etária (categorizada a partir de tercís: < 35, 35–46, > 46 anos); e escolaridade (primária, secundária, superior). As características ocupacionais foram: ocupação (médico, enfermeiro/técnico de enfermagem, outros profissionais de saúde, agentes de saúde e administrativo); jornada de trabalho semanal ( $\leq 40$  h,  $> 40$  h) e fatores psicossociais de trabalho, avaliados por meio do Job Content Questionnaire – JCQ, validado para trabalhadores brasileiros (Araújo; Karasek, 2008), utilizando-se dos mesmos elementos e procedimentos supracitados e descritos no tópico 4.6.1 - Artigo 1.

#### **4.7 Análise de dados**

Neste tópico serão descritas as análises referentes aos 2 manuscritos, produtos desta tese, denominados de artigo 1 e 2, como segue abaixo:

##### **4.7.1 Artigo 1 - Dor musculoesquelética em trabalhadores da saúde: Resultados de inquéritos repetidos:**

Os dados foram tabulados no *software Epidata 3.1* e as análises conduzidas no programa Stata, versão 12.0. A partir disso, estes foram analisados descritivamente por meio de análise univariada e bivariada, sendo as variáveis categóricas apresentadas em frequência absoluta e relativa e as numéricas expressas em média e desvio padrão.

Em seguida, foi estimada a prevalência de DME de acordo com os segmentos corporais afetados. Foram obtidas as medidas de prevalência, Razão de prevalência e intervalos de confiança (IC95%) das variáveis sociodemográficas, ocupacionais e das categorias geradas no modelo demanda-controle-suporte social em relação ao desfecho em três regiões corporais (membros superiores, dorso e membros inferiores), para os dois períodos de coleta, respectivamente 2011-2012 e 2020-2021.

#### **4.7.2 Artigo 2 - Inatividade física no lazer e fatores associados entre trabalhadores da APS nos anos de 2011-2012 e 2020-2021:**

Para fins de apresentação das variáveis, as categóricas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa, enquanto as contínuas expressas em média e desvio padrão. A distribuição da frequência das variáveis independentes foi testada por meio do teste qui-quadrado para a prática de atividade física no lazer (Nunca; 1 a 2 vezes por semana; 3 ou mais vezes por semana) para os dois períodos de coleta (2011-2012 e 2020-2021).

Na análise multivariável uma regressão logística multinomial foi traçada, sendo consideradas as variáveis que apresentaram  $p \leq 0,20$  na análise bivariada, sendo a categoria “nunca praticou nenhuma atividade física no tempo livre” usada como referência. Os resultados foram então apresentados em razão de chance (“*odds ratio*”) (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). Todas as análises foram realizadas no pacote estatístico Stata, versão 12.0, e o nível de significância foi de 5%.

#### **4.8 Aspectos éticos**

Os projetos de pesquisa dos estudos multicêntricos originais a que este estudo pertence foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana – CEP/UEFS, sendo o do período de 2011-2012 sob protocolo de número 081/2009 e número de CAAE 0086.0.059.000.09 (Anexo A), e o do período de 2020-2021 sob protocolo de número 4.088.070/2020 e número de CAAE 90204318.2.0000.0053 (Anexo B), onde todas as etapas atenderam às Resoluções 196/96 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que tratam sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, em vigor à época da aprovação dos estudos. Ademais, os entrevistadores foram devidamente treinados e orientados sobre os procedimentos éticos a serem seguidos, resguardando todos os direitos dos entrevistados. Cada entrevistado foi informado acerca dos objetivos do estudo e a concordância em participar foi formalizada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C). Vale ressaltar que as pesquisas não implicaram em riscos diretos sobre a saúde dos trabalhadores que foram estudados. Além disso, os entrevistados eram livres para interromper sua participação no momento em que desejassem ou na ocorrência de qualquer desconforto. Ademais, a confidencialidade dos dados fornecidos para a presente pesquisa também foi assegurada.

## 5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados e discutidos no formato de 02 artigos, a saber:

### 5.1 Artigo 1:

#### **Dor musculoesquelética entre trabalhadores da saúde: resultados de inquéritos repetidos**

#### **Musculoskeletal pain among healthcare workers: results from repeated surveys**

**Autores:** SACHETO, R. M.; ROCHA, S. V.; ARAÚJO, T. M. de.

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Estimar a prevalência de dor musculoesquelética (DME) entre trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) de acordo com as características sociodemográficas e ocupacionais nos anos de 2011-2012 e 2020-2021. **Métodos:** Estudo transversal, realizado com dados obtidos dos inquéritos repetidos conduzidos nos anos de 2011-2012 e de 2020-2021, com trabalhadores da APS. A variável dependente foi a DME e as variáveis exploratórias foram as características sociodemográficas e ocupacionais. Foi realizada análise descritiva dos dados, univariada e bivariada, sendo a prevalência de DME estimada para qualquer segmento corporal e de acordo com os segmentos corporais afetados para os dois períodos da coleta. **Resultados:** As prevalências de DME geral (42,0% e 45,6%), respectivamente para o primeiro e o segundo período, nos membros superiores (22,6% e 22,5%), no dorso (24,9% e 31,5%), e membros inferiores (32,5% e 37,7%) foram mais prevalentes nas mulheres, com idade > 39 anos, com companheiro, com filhos, e com ensino médio. Os agentes comunitários foram os mais acometidos pela DME, além dos trabalhadores com tempo de trabalho maior ou igual a 9 anos e carga horária > 40h semanais. A ocorrência de DME em situação de trabalho passivo foi mais prevalente no primeiro período para a região dorsal (RP 2,01). Já para o trabalho de alta exigência, os membros superiores (RP 2,29) e membros inferiores (RP 1,73) apresentaram maior prevalência no segundo período. **Conclusão:** Os resultados para este estudo destacam que as trabalhadoras com as características apontadas tendem a sofrer mais os efeitos negativos

da atividade laboral, sendo o tipo passivo e alta exigência as de maior prevalência. Este estudo reforça a importância da adoção de políticas públicas com vistas à melhoria das condições de trabalho para os trabalhadores.

**Palavras-chave:** Dor Musculoesquelética; Estudos Transversais; Inquéritos de Saúde; Trabalhadores da Saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** To estimate the prevalence of musculoskeletal pain (MSP) among Primary Health Care (PHC) workers according to sociodemographic and occupational characteristics in the years 2011-2012 and 2020-2021. **Methods:** Cross-sectional study, carried out with data obtained from repeated surveys conducted in the years 2011-2012 and 2020-2021, with PHC workers. The dependent variable was MSP and the exploratory variables were sociodemographic and occupational characteristics. A descriptive analysis of the data, univariate and bivariate, was performed, with the prevalence of MSP estimated for any body segment and according to the affected body segments for the two collection periods. **Results:** The prevalence of general MSP (42.0% and 45.6%), respectively for the first and second periods, in the upper limbs (22.6% and 22.5%), back (24.9% and 31.5%), and lower limbs (32.5% and 37.7%) were more prevalent in women, aged > 39 years, with a partner, with children, and with high school education. Community agents were the most affected by MSP, in addition to workers with work time greater than or equal to 9 years and workload > 40h per week. The occurrence of MSP in passive work situations was more prevalent in the first period for the dorsal region (PR 2.01). For high-strain work, the upper limbs (PR 2.29) and lower limbs (PR 1.73) showed higher prevalence in the second period. **Conclusion:** The results of this study highlight that workers with the characteristics indicated tend to suffer more from the negative effects of work activity, with the passive and high-demand types being the most prevalent. This study reinforces the importance of adopting public policies aimed at improving working conditions for workers.

**Keywords:** Musculoskeletal Pain; Cross-Sectional Studies; Health Surveys; Healthcare Workers.

## INTRODUÇÃO

Os distúrbios musculoesqueléticos destacam-se por englobar mais de 150 diagnósticos que comprometem o sistema locomotor, sendo caracterizadas por dor e limitação funcional. Em comparação com outras patologias, estes distúrbios constituem uma das principais causas de perda de anos de vida produtiva na força de trabalho <sup>1</sup>.

De acordo com estimativas da Carga Global de Doenças (GBD) em 2019, entre os principais distúrbios musculoesqueléticos, a dor lombar ocupou uma posição de destaque e contribuiu significativamente para carga de incapacidade global, identificada como uma das principais causas do DALYs (Anos de Vida Ajustados por Incapacidade) em várias faixas etárias, acometendo principalmente as mulheres. Ainda, entre 1990 e 2019, pode-se constatar que houve um incremento na carga de dor lombar de 30,7% em ambos os sexos <sup>1</sup>.

Além dos fatores físicos, a dor musculoesquelética está frequentemente associada ao sofrimento psicológico, apresentando-se como uma das principais causas de absenteísmo, baixa produtividade e incapacidade ocupacionais, sendo particularmente preocupante entre os profissionais de saúde <sup>2</sup>.

Investigações anteriores mostraram que os trabalhadores do setor de saúde enfrentam condições de trabalho que demandam esforços físicos intensos, que contribuem para o surgimento de dores musculoesqueléticas. Estas exposições a fatores físicos e psicossociais no ambiente de trabalho aumentam a probabilidade de desenvolvimento de comportamentos negativos à saúde e morbidades como obesidade, as posturas estáticas, a inatividade física, o tabagismo e o envelhecimento precoce <sup>3</sup>.

Estes fatores impactam de forma negativa na qualidade de vida, com a redução da funcionalidade diária, baixa capacidade de trabalho, aumento de doenças, absenteísmo e até mesmo a saída precoce da força de trabalho e no desempenho do sistema de saúde. Comprometendo a qualidade e a continuidade do atendimento à população <sup>4</sup>.

Considerando que a dor musculoesquelética (DME) é um problema de grande relevância, pois o seu desenvolvimento está muitas vezes relacionado diretamente às condições do trabalhador e do ambiente de trabalho <sup>4</sup>, evidencia-se que a exposição aguda e, principalmente, crônica à DME entre os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) é uma condição importante a ser estudada, em decorrência das consequências causadas por essa condição. Nesse sentido, o presente estudo tem como propósito estimar a prevalência de DME segundo características sociodemográficas e ocupacionais entre os trabalhadores de APS nos anos de 2011-2012 e 2020-2021.

## MÉTODOS

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, com utilização de dados dos inquéritos dos projetos de pesquisa multicêntricos “Condições de Trabalho, Condições de Emprego e Saúde dos Trabalhadores da Saúde na Bahia” e “Vigilância e monitoramento de doenças infecciosas entre trabalhadores e trabalhadoras do setor saúde”, realizados em municípios do Estado da Bahia, Brasil, nos anos de 2011 a 2012 e de 2019 a 2022, respectivamente.

### Local do estudo

O Estado da Bahia está localizado na região nordeste do Brasil e ocupa a 22ª posição no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre os Estados do país (IDH = 0.66). O município baiano selecionado para este estudo foi o de Feira de Santana, em virtude de ser o único dos que participaram dos dois momentos distintos da coleta de dados, compreendendo o período de interesse, sendo o pré-pandêmico (2011-2012) e o pandêmico (2020-2021). Este possui uma população de 616.279 habitantes, ocupando a 5ª posição no ranking do IDH entre os municípios baianos (IDH = 0.72) <sup>5</sup>.

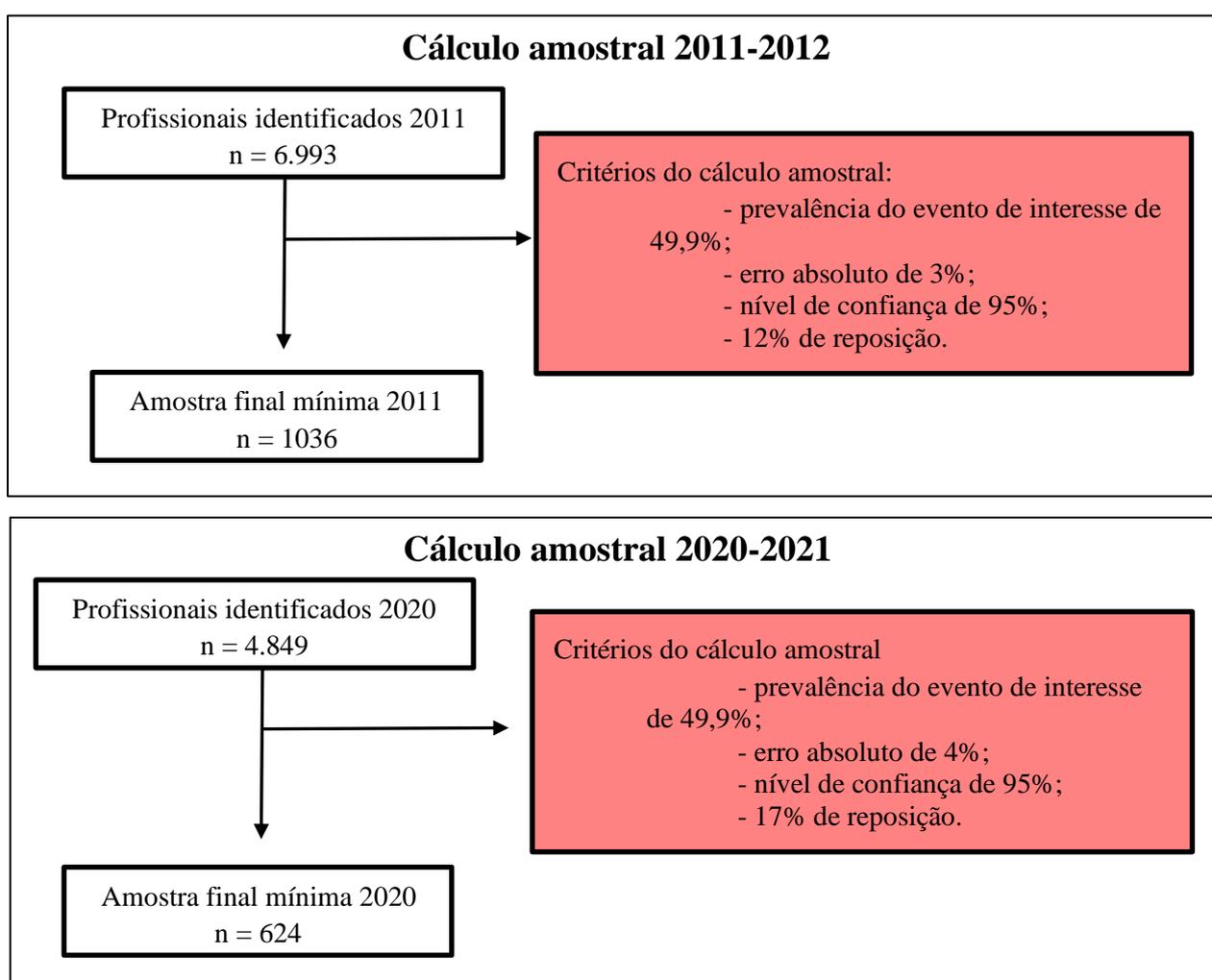
### Constituição da amostra

A população incluída neste estudo, em cada ano do inquérito, foi constituída por trabalhadores da saúde (TS) da rede de APS do município de Feira de Santana, Bahia, Brasil. Para a definição da população foi realizado um levantamento prévio da estruturação e força de trabalho dos serviços junto às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e devidamente atualizado pela equipe de pesquisa. Em seguida, delimitou-se o número e o tipo de serviço de saúde disponíveis, número de TS, suas respectivas ocupações, bem como a área geográfica pertencente a cada serviço, sendo incluídos aqueles que estavam em pleno exercício de suas funções, da rede de APS, em ambos os períodos das coletas.

A partir disso, os TS foram selecionados por meio de procedimentos de randomização para cada estrato. A amostra mínima foi calculada assumindo a prevalência estimada do evento de interesse com maior prevalência de DME entre os TS (49,9%) (Quadro 1). Os TS selecionados para o estudo foram contatados em seus respectivos locais de trabalho pela equipe de pesquisa. Foram feitas três tentativas de localização do indivíduo sorteado. Em caso de insucesso, o TS era substituído na amostra por meio de sorteio, sendo respeitados os critérios

da área geográfica, nível de complexidade, ocupação e o sexo. Com isso, a amostra final foi constituída por 1.041 TS em 2011-2012, e 652 TS em 2020-2021.

**Quadro 1:** Descrição do cálculo amostral das pesquisas multicêntricas realizadas nos anos de 2011-2012 e 2019-2022.



Fonte: próprio autor.

### Variáveis do Estudo

A variável dependente - DME - foi investigada pelo questionário semiestruturado, originalmente com um item sobre queixa de dor autorreferida nas regiões da parte superior e inferior das costas, braços e pernas com possibilidade de respostas do tipo Likert, em relação à frequência de ocorrência dessas queixas (0 = Nunca; 1 = Raramente; 2 = Pouco Frequente; 3 = Frequente; 4 = Muito Frequente). Foi considerado caso de DME quando o participante respondeu de forma positiva com presença de queixas de dores de maneira “Frequente” ou “Muito Frequente” em seu questionário.

As variáveis exploratórias, selecionadas para este estudo, incluíram as características sociodemográficas e as ocupacionais dos TS. Os aspectos sociodemográficos foram: sexo (masculino e feminino); idade (classificada em duas categorias:  $\leq 39$  e  $> 39$  anos); situação conjugal (solteiro, casado/união estável, separado, viúvo); se possui filhos (sim, não); e escolaridade (primária, secundária, superior). As características ocupacionais foram: tipo de ocupação (médico, enfermeiro/técnico de enfermagem, outros profissionais de saúde, agentes de saúde e administrativo); jornada de trabalho semanal ( $\leq 40$  h,  $> 40$  h) e fatores psicossociais do trabalho (avaliados por meio do *Job Content Questionnaire – JCQ*), validado para trabalhadores brasileiros <sup>6</sup>. O JCQ avalia aspectos relacionados à estrutura social e psicológica.

Para a construção dos indicadores provenientes do JCQ foram acrescentadas as variáveis relacionadas, conforme indicado no manual do JCQ Center <sup>7</sup> Em seguida foi feita a dicotomização da demanda (alta e baixa) e controle (alta e baixa) utilizando a mediana das variáveis como ponto de corte.

### **Análise dos dados**

Os dados foram tabulados no *software Epidata 3.1* e as análises conduzidas no programa Stata, versão 12.0. Estes foram analisados descritivamente por meio de análise univariada e bivariada, sendo as variáveis categóricas apresentadas em frequência absoluta e relativa, e as numéricas expressas em média e desvio padrão.

Em seguida, foi estimada a prevalência de DME de acordo com os segmentos corporais afetados. Foram obtidas as medidas de prevalência, Razão de Prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC95%) das variáveis sociodemográficas, ocupacionais e das categorias geradas no modelo demanda-controle-suporte social em relação ao desfecho em três regiões corporais (membros superiores, dorso e membros inferiores), para os dois períodos de coleta, respectivamente 2011-2012 e 2020-2021.

Todos os procedimentos éticos legais foram respeitados, com os sujeitos sorteados contatados para serem informados sobre os objetivos do estudo, formalmente convidados a participar da pesquisa de forma livre e espontânea, com a entrega do formulário de pesquisa e a obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da UEFS, com os respectivos números de CAAE, sendo o de n° 0086.0.0059.000-09 para a coleta do período de 2011/2012, e n° 90204318.2.0000.0053, para a coleta do período de 2020/2021.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 1.041 e 652 TS da APS de dois inquéritos nos anos 2011-2012 e 2020-2021. A média de idade em cada período do inquérito foi de 39,0 anos (DP  $\pm$  9,9) em 2011-2012 e 43,0 anos (DP  $\pm$  9,8) em 2020-2021.

Em ambos os períodos analisados foram mais frequentes as mulheres (82,8% e 81,7%); com idade superior a 40 anos (43,6% e 64,5%), com ensino médio completo e/ou incompleto (39,0% e 47,82%), com companheiro (62,6% e 54,2%) e com filhos (70,1% e 72,6%). A jornada de trabalho igual ou superior a 40 horas foi a que mais prevaleceu entre os entrevistados (69,9% e 70,1%), sendo a categoria profissional de maior representatividade neste estudo a dos agentes de saúde (32,9% e 34,6%). O tempo de trabalho apresentou média de aproximadamente  $9 \pm 7,6$  anos, variando de menos de 1 a 50 anos no primeiro período, e de  $11 \pm 8,2$  anos, variando de 1 a 41 anos no segundo período.

A prevalência de DME no primeiro período foi de 42,0% para qualquer segmento corporal, 22,6% nos membros superiores, 24,9% no dorso e 32,5% nos membros inferiores. No segundo período, a prevalência foi de 45,6% para qualquer segmento corporal, 22,5% para os membros superiores, 31,5% no dorso e 37,7% nos membros inferiores (Tabela 1).

**Tabela 1 - Prevalência de dor musculoesquelética em trabalhadores de APS, segundo local da dor. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2011-2012 e 2020-2021.**

	2011/2012		2020/2021	
	n	%	n	%
<b>Qualquer segmento corporal</b>	436	42,0	297	45,6
<b>Membros superiores</b>	235	22,6	137	22,5
<b>Dorso</b>	221	24,9	161	31,5
<b>Membros inferiores</b>	338	32,5	235	37,7

A observação da tabela 2 permitiu verificar que a prevalência de dor nos membros superiores no sexo feminino reduziu entre os períodos avaliados de 3,27 (IC95% 2,09 – 5,12) para 1,27 (0,83 – 1,95). O mesmo comportamento foi evidenciado para situação conjugal e escolaridade. Por outro lado, um aumento na prevalência foi evidenciado para a variável faixa etária, sendo o maior aumento para os  $\geq 40$  anos que variou de RP = 1,49 [IC95% 1,18 – 1,86] no primeiro período para RP = 2,01 [IC95% 1,46 – 2,77] no segundo.

No que diz respeito à dor referida em região do dorso, foi verificada uma diminuição da prevalência desse acometimento no sexo feminino – de 2,95 (1,88 – 4,63) para 1,52 (1,02 – 2,27) –, na faixa etária de 30 a 39 anos, nos profissionais com companheiro e naqueles com filho. A elevação por sua vez foi notada para a faixa etária  $\geq 40$  anos, em todos os níveis de escolaridade (Tabela 2).

Por fim, ao avaliar-se a dor em membros inferiores também foi evidenciada redução de prevalência em profissionais do sexo feminino, com companheiro, e com escolaridade de ensino médio com técnico. Por outro lado, a elevação da prevalência foi constatada nas faixas etárias de de menor ou igual a 39 anos e naqueles com 40 anos ou mais; nos profissionais com ensino fundamental, e naqueles com filhos (Tabela 2).

Quando observadas as categorias profissionais mais acometidas pelas dores em diferentes segmentos corporais, os agentes de saúde (ACS e ACE) foram os mais afetados na totalidade das avaliações realizadas, variando de uma RP = 1,50 (IC95% 1,23 – 1,85) para os membros inferiores em 2011-2012 ao máximo de uma RP de 1,79 (IC95% 1,38 – 2,33) para dor na região dorsal. Levando-se em consideração os anos de trabalho, a dor na região dorsal foi a mais prevalente ao longo das avaliações, sendo o máximo no ano de 2011-2012 (RP = 1,71 [IC95% 1,26 – 2,32]) e mínimo no mesmo período (RP = 1,13 [IC95% 0,92 – 1,39]) (Tabela 3). Adicionalmente, a avaliação do tempo de serviço em anos e a jornada de trabalho evidenciou que aqueles com nove ou mais anos de serviço (RP = 1,71 [IC95% 1,26 – 2,32]) assim como aqueles em jornada semanal igual ou superior a 40 horas (RP = 1,40 [IC95% 1,03 – 1,92]) estavam em maior risco para dor na região do dorso em 2020-2021.

Quanto à avaliação do modelo demanda-controle, de acordo com a ocorrência da DME por segmento corporal, a dor nos membros superiores foi mais prevalente nos trabalhadores classificados em alta exigência no primeiro período de coleta (RP = 2,29 [IC95% 1,61 – 3,28]). No tocante aos demais segmentos, na região dorsal a dor foi mais prevalente no segundo período (RP = 2,01 [IC95% 1,19 – 3,38]) para os classificados em trabalho passivo. O mesmo foi notado para os membros inferiores (RP = 1,73 [IC95% 1,19 – 2,50]), para os TS em alta exigência (Tabela 4).

**Tabela 2:** Frequência absoluta e razão de prevalência (RP) com respectivo intervalo de confiança da dor em segmentos corporais segundo dados sociodemográficos. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2011-2012 e 2020-2021.

	Membros superiores				Dorso				Membros inferiores			
	2011-2012		2020-2021		2011-2012		2020-2021		2011-2012		2020-2021	
	n (%)	RP (IC95%)	n (%)	RP (IC95%)	n (%)	RP (IC95%)	n (%)	RP (IC95%)	n (%)	RP (IC95%)	n (%)	RP (IC95%)
<b>Sexo</b>												
Masculino	14 (7,87)	1	20 (18,35)	1	18 (10,11)	1	21 (22,11)	1	23 (12,91)	1	30 (26,55)	1
Feminino	221 (25,73)	3,27 (2,09 – 5,12)	117 (23,40)	1,27 (0,83 – 1,95)	257 (29,88)	2,95 (1,88 – 4,63)	140 (33,65)	1,52 (1,02 – 2,27)	315 (36,63)	2,83 (1,91 – 4,19)	205 (40,20)	1,51 (1,09 – 2,09)
<b>Faixa etária</b>												
≤ 39 anos	108 (18,65)	1	45 (15,10)	1	154 (26,55)	1	61 (24,60)	1	181 (31,26)	1	88 (28,95)	1
> 39 anos	124 (27,74)	1,49 (1,18 – 1,86)	90 (30,41)	2,01 (1,46 – 2,77)	118 (26,40)	0,99 (0,80 – 1,22)	96 (38,40)	1,56 (1,19 – 2,04)	153 (34,15)	1,09 (0,91 – 1,30)	145 (47,39)	1,64 (1,32 – 2,03)
<b>Situação Conjugal</b>												
Sem Companheiro (a)	74 (19,07)	1	59 (21,15)	1	84 (21,71)	1	74 (31,76)	1	113 (29,12)	1	103 (36,14)	1
Com companheiro (a)	161 (24,81)	1,30 (1,01 – 1,66)	78 (23,64)	1,17 (0,17 – 1,50)	192 (29,49)	1,35 (1,09 – 1,69)	87 (31,29)	0,98 (0,76 – 1,27)	225 (34,62)	1,18 (0,98 – 1,43)	132 (39,05)	1,08 (0,88 – 1,32)
<b>Escolaridade</b>												
Até ensino médio	120 (26,67)	1,37 (1,09 – 1,72)	81 (19,85)	1,36 (1,01 – 1,84)	131 (29,11)	1,19 (0,97 – 1,45)	97 (28,87)	1,25 (0,96 – 1,62)	156 (34,67)	1,12 (0,94 – 1,34)	149 (35,63)	1,16 (0,94 – 1,44)
Superior	114 (19,45)	1	52 (27,08)	1	144 (24,53)	1	61 (36,09)	1	181 (30,83)	1	82 (41,62)	1
<b>Filhos</b>												
Não	43 (13,92)	1	22 (12,87)	1	65 (21,04)	1	39 (27,46)	1	91 (29,45)	1	48 (27,91)	1
Sim	192 (26,37)	1,89 (1,40 – 2,56)	113 (26,16)	2,03 (1,33 – 3,09)	211 (28,94)	1,35 (1,08 – 1,76)	121 (33,24)	1,21 (0,89 – 1,64)	247 (33,88)	1,15 (0,94 – 1,40)	185 (41,57)	1,48 (1,14 – 1,94)

**Tabela 3:** Frequência absoluta e razão de prevalência (RP) com respectivo intervalo de confiança da dor em segmentos corporais segundo dados ocupacionais. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2011-2012 e 2020-2021.

	Membros superiores				Dorso				Membros inferiores			
	2011-2012		2020-2021		2011-2012		2020-2021		2011-2012		2020-2021	
	n (%)	RP (IC95%)	n (%)	RP (IC95%)	n (%)	RP (IC95%)	n (%)	RP (IC95%)	n (%)	RP (IC95%)	n (%)	RP (IC95%)
<b>Categoria profissional</b>												
Administrativo	69 (22,04)	1	27 (20,61)	1	64 (20,45)	1	30 (27,52)	1	92 (29,39)	1	41 (31,06)	1
Enfermeiro/técnicos	32 (13,11)	0,59 (0,40 – 0,87)	28 (15,91)	0,77 (0,48 – 1,24)	59 (24,18)	1,18 (0,86 – 1,61)	37 (25,69)	0,93 (0,62 – 1,41)	72 (29,39)	0,99 (0,77 – 1,29)	58 (32,22)	1,03 (0,74 – 1,44)
Outros prof. de saúde	11 (19,30)	0,87 (0,49 – 1,55)	15 (19,48)	0,94 (0,54 – 1,66)	11 (18,97)	0,93 (0,52 – 1,65)	15 (23,08)	0,83 (0,49 – 1,43)	10 (17,54)	0,59 (0,33 – 1,07)	21 (27,63)	0,89 (0,57 – 1,38)
Agentes de Saúde	117 (34,11)	1,54 (1,19 – 1,99)	65 (32,18)	1,56 (1,06 – 2,31)	126 (36,73)	1,79 (1,38 – 2,33)	77 (44,25)	1,60 (1,14 – 2,28)	152 (44,31)	1,50 (1,23 – 1,85)	112 (53,08)	1,70 (1,28 – 2,27)
Médico	6 (7,41)	0,33 (0,15-0,74)	2 (9,09)	0,44 (0,11 – 1,73)	16 (19,75)	0,96 (0,59 – 1,58)	1 (5,56)	0,20 (0,03 – 1,39)	12 (14,81)	0,50 (0,29 – 0,87)	2 (9,09)	0,29 (0,08 – 1,12)
<b>Tempo de trabalho</b>												
≤ 8 anos	116 (18,89)	1	41 (17,90)	1	155 (25,16)	1	42 (22,46)	1	187 (30,41)	1	63 (27,51)	1
≥ 9 anos	118 (27,96)	1,48 (1,18 – 1,85)	91 (28,53)	1,59 (1,15 – 2,21)	120 (28,50)	1,13 (0,92 – 1,39)	105 (38,46)	1,71 (1,26 – 2,32)	150 (35,55)	1,17 (0,98 – 1,39)	155 (46,83)	1,70 (1,34 – 2,16)
<b>Jornada de trabalho</b>												
< 40 horas	50 (16,08)	1	35 (18,92)	1	75 (24,04)	1	38 (24,52)	1	83 (26,69)	1	56 (29,63)	1
≥ 40 horas	185 (25,45)	1,31 (1,06 – 1,62)	102 (24,06)	1,27 (0,90 – 1,79)	201 (27,65)	1,15 (0,91 – 1,44)	123 (34,55)	1,40 (1,03 – 1,92)	255 (35,03)	1,31 (1,06 – 1,62)	179 (41,24)	1,39 (1,08 – 1,78)

**Tabela 4:** Frequência absoluta e razão de prevalência (RP) com respectivo intervalo de confiança da dor em segmentos corporais segundo modelo demanda-controle. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2011-2012 e 2020-2021.

	Membros superiores				Dorso				Membros inferiores			
	2011-2012		2020-2021		2011-2012		2020-2021		2011-2012		2020-2021	
	n (%)	RP (IC95%)	n (%)	RP (IC95%)	n (%)	RP (IC95%)	n (%)	RP (IC95%)	n (%)	RP (IC95%)	n (%)	RP (IC95%)
<b>MDC</b>												
Baixa Exigência	62 (26,27)	1	16 (16,00)	1	34 (14,41)	1	15 (18,75)	1	44 (18,57)	1	26 (25,74)	1
Trabalho Passivo	87 (27,88)	1,44 (0,98 – 2,11)	31 (24,41)	1,52 (0,88 – 2,63)	65 (20,83)	1,42 (1,03 – 1,96)	40 (37,74)	2,01 (1,19 – 3,38)	82 (26,37)	1,06 (0,80 – 1,40)	52 (40,63)	1,58 (1,07 – 2,34)
Trabalho Ativo	58 (29,00)	1,39 (0,92 – 2,10)	20 (16,67)	1,04 (0,57 – 1,90)	40 (20,00)	1,32 (0,92 – 1,89)	23 (23,00)	1,23 (0,68 – 2,19)	49 (24,50)	1,11 (0,81 – 1,49)	41 (33,61)	1,30 (0,86 – 1,98)
Alta Exigência	118 (44,70)	2,29 (1,61 – 3,28)	48 (27,12)	1,69 (1,02 – 2,82)	87 (33,08)	1,87 (1,37 – 2,57)	56 (36,60)	1,95 (1,18 – 3,22)	92 (34,85)	1,70 (1,32 – 2,19)	81 (44,51)	1,73 (1,19 – 2,50)

## DISCUSSÃO

Os resultados mostraram uma elevada prevalência de DME entre os TS da APS avaliados, tanto no período pré-pandêmico quanto no pandêmico. Em quase todos os segmentos corporais avaliados ocorreu um aumento da prevalência de DME no período pandêmico. Esse achado demonstra uma situação preocupante, considerando as condições de trabalho diárias enfrentadas por esses trabalhadores, além da sobrecarga pela demanda resultante da pandemia e do medo da doença, que podem ter influenciado para a piora dos quadros de DME.

Achados da literatura atestaram que muitos adultos experimentaram um ou mais episódios de DME em algum momento de suas vidas, independentemente da idade, sexo ou situação econômica. Esse tipo de condição afeta aproximadamente 47,0% da população em geral<sup>8</sup>.

A DME inadequadamente controlada pode afetar negativamente a qualidade de vida e impor problemas socioeconômicos significativos<sup>9</sup>. A prevalência de condições musculoesqueléticas dolorosas comuns – incluindo dor lombar, dor cervical e osteoartrite – estão aumentando ao longo dos anos, representando coletivamente cerca de um quinto dos anos vividos com incapacidade em todo o mundo<sup>10</sup>.

Em um estudo observacional na Bahia, as seguintes áreas de DME foram as mais relatadas pelos participantes com mais de 50 anos: joelhos (87%) – acometendo ambos (68%) ou um deles (19%) – e região lombar (87%). As principais queixas de dor foram nos joelhos (40,3%) e na região lombar (38,7%), que, em geral, foi percebida nos membros inferiores (52%)<sup>11</sup>.

Entre as mulheres foi observada uma maior prevalência de DME em MMSS, no primeiro período, e na região do dorso e MMII, nos dois períodos avaliados. Substancialmente mais mulheres vivem com dor crônica de qualquer causa específica ou dor crônica generalizada. As condições musculoesqueléticas, nomeadamente dores no pescoço, dores no dorso, osteoartrite e artrite reumatoide, são altamente prevalentes e afetam as mulheres com mais frequência e gravidade do que os homens<sup>12</sup>.

Os mecanismos subjacentes a estas diferenças entre homens e mulheres ainda estão a ser elucidados, embora se suponha que as diferenças hormonais, o funcionamento do sistema imunitário e as diferenças na percepção da dor sejam os principais contribuintes<sup>13</sup>. Diferenças fisiológicas e comportamentais nas respostas à dor entre homens e mulheres também foram bem documentadas<sup>14,15</sup>.

Fatores estressores ocupacionais podem potencialmente contribuir para o desenvolvimento de DME. Dentre esses fatores, relacionados ao gênero, as diferenças salariais evidenciadas no estudo de Boniol et al. (2019)<sup>16</sup> apontam que as mulheres, de uma forma geral, recebem 11% a menos que os homens, quando consideradas a contabilização de ocupação e horas de trabalho<sup>17</sup>.

Nessa perspectiva, as mulheres demonstraram consistentemente apresentações clínicas mais prevalentes e graves de DME, e essa disparidade tende a aumentar em magnitude com a idade. Assim, este estudo verificou que os TS mais velhos apresentaram maiores ocorrências de DME nos MMSS (nos dois períodos) e no dorso e MMII (período da pandemia). A prevalência da DME tende a aumentar notavelmente com a idade, e prevê-se que a sua carga cresça substancialmente juntamente com o aumento da estimativa de vida<sup>18</sup>.

Outro ponto a se destacar foi que os TS que viviam com o companheiro(a) reportaram maior ocorrência de DME nos MMSS e dorso apenas no primeiro inquérito. Diferentes estudos têm evidenciado a maior prevalência de DME naqueles indivíduos com filhos(as) e companheiros(as)<sup>19,20</sup>. As explicações para tais achados vão desde questões culturais relacionadas às atribuições com atividades domésticas (principalmente para as mulheres), dupla jornada de trabalho, e até mesmo relacionados à idade, uma vez que comumente pessoas casadas e com filhos tendem a estar em faixas etárias mais avançadas.

A presença de filhos esteve associada a maior ocorrência de DME em MMSS e MMII (período da pandemia) e no dorso (pré-pandemia). Pesquisa realizada na Indonésia mostrou que a maioria das mães que vivenciam cotidianamente atividades de cuidados com seus filhos, relataram dores musculoesqueléticas no dorso (50%), pescoço (26%) e parte superior do ombro (43%)<sup>21</sup>. Tais fatores, somados não somente pelo cuidado com filhos e/ou como cuidadoras de familiares idosos, além das horas adicionadas com atividades domésticas ou com ocupação fora do lar, podem levar a um menor tempo destinado ao cuidado de si, a exemplo das práticas de atividades físicas no lazer, o que aponta para uma maior probabilidade no surgimento ou agravamento de DME nesses segmentos corporais<sup>22</sup>.

Em se tratando dos aspectos ocupacionais, o incremento do tempo de trabalho esteve associado a maior percepção de dor nos MMSS e no dorso (2011-2012 e 2021-2022) e dor nos MMII (2011-2012), além daqueles trabalhadores que possuíam uma jornada de trabalho de 40 horas ou mais, com auto relato de DME nos MMSS (2011-2012), MMII (2011-2012 e 2021-2022) e no dorso (2021-2022), o que pode representar a probabilidades desses trabalhadores terem outros vínculos trabalhistas, não importando a natureza desses. A dor musculoesquelética

é comum na população trabalhadora e pode afetar a capacidade para o trabalho, especialmente entre aqueles com altas demandas físicas de trabalho <sup>23</sup>.

Assim, se faz pertinente citar que a DME pode influenciar de forma negativa o trabalho, reduzindo a capacidade para o trabalho <sup>24</sup>. A capacidade para o trabalho reflete o equilíbrio entre os recursos pessoais e as exigências do trabalho e é definida como o grau em que um trabalhador, dada a sua saúde, é física e mentalmente capaz de lidar com as exigências do trabalho <sup>25</sup>.

A despeito do período pandêmico observado em um dos inquéritos realizados (2021-2022), estudos trazem que a COVID-19 elevou a demanda de trabalho desses trabalhadores. O aumento no número de pacientes, combinado com o tempo e escassos recursos necessários para aderir às medidas de controle de infecção, resultou em longas horas de serviço e de exaustão física e mental <sup>17,26</sup>. Essa situação levou ao esgotamento emocional e à fadiga, com consequências para a saúde em geral, além de afetar a capacidade de fornecer cuidados de qualidade aos usuários do sistema de saúde <sup>26</sup>.

Nessa perspectiva, os resultados principais encontrados neste estudo enfatizaram maiores prevalências de DME relacionadas ao trabalho passivo (baixa demanda no trabalho e baixo controle sobre suas decisões) na região dorsal e de MMII no período de 2021-2022 e a alta exigência (alta demanda do trabalho, baixo controle nas decisões e fraco suporte social) para os três segmentos corporais investigados nos dois períodos (2011-2012 e 2021-2022). Entretanto, foi considerável a magnitude de DME nos MMSS no período de 2011-2012 para o trabalho de alta exigência. Além disso, também pode-se constatar um aumento das RP de DME no Dorso e MMII no período de 2020-2021 neste mesmo quesito.

Assim, o modelo demanda-controle-suporte social atesta que a alta exigência no trabalho, principalmente ocasionada pela advento da pandemia de COVID-19, com aumento da exigência física e mental dos TS da APS <sup>17,26</sup>, origina um ambiente de trabalho não salutar, o que permite situações que possibilitam a ocorrência e/ou agravamento das tensões musculares, má postura e outros fatores que contribuem para as DME <sup>27,28</sup>.

Dessa maneira, os achados deste estudo, a partir de dois recortes distintos no tempo, permitiram identificar que os TS apresentaram um incremento de queixas de DME no período pandêmico, sendo as regiões mais acometidas a do dorso e dos MMII. Os TS mais acometidos por esse agravo foram as mulheres acima dos 39 anos, com companheiro, com filhos, trabalhando com uma jornada semanal acima de 40 horas, e com nível educacional até o ensino médio. Esses resultados reforçam que TS com essas características tendem a sofrer mais com os efeitos negativos de sua atividade laboral. Além disso, as condições de trabalho do tipo

passivo e os de alta exigência se mostraram mais suscetíveis para uma maior ocorrência de DME entre os TS.

Entretanto, este estudo apresentou algumas limitações, sendo uma delas relacionada ao chamado “efeito do trabalhador sadio”, tendo em vista que foram investigados trabalhadores que se encontravam em exercício pleno de suas funções, excluindo os trabalhadores absenteístas, o que, de certa forma, subestima a real prevalência da DME, especialmente por terem sido investigados TS em períodos diferentes e que, boa parcela destes investigados, poderiam não fazer parte do segundo período da investigação. Outra limitação, presente nos estudos que avaliam DME de forma auto referida, pode levar a ocorrência de viés de auto relato, além do fato do questionário utilizado abranger questões acerca de segmentos corporais amplos e não especificar um local específico da dor, gerando imprecisão dos dados colhidos acerca da DME. Por fim, pelo tipo de estudo realizado (corte transversal), que não permite elucidar com precisão uma relação de causalidade acerca das relações encontradas.

Por outro lado, a presente investigação analisou informações de um elevado contingente de trabalhadores da APS em um intervalo de uma década, fornecendo insumos importantes para o planejamento de políticas de atenção à saúde do trabalhador. Além disso, há uma carência de artigos científicos que discutam quadros de DME e suas associações estabelecidas neste estudo. Ademais, os resultados aqui apresentados e discutidos pertencem a um retrato do espaço-tempo que já não tem mais como serem coletados - o período pré-pandêmico de COVID-19 e o período pandêmico.

Por fim, pode-se reforçar a importância para a discussão no campo da gestão em saúde e das políticas públicas acerca de estratégias efetivas de prevenção e promoção do bem-estar que busquem modificar a realidade desses trabalhadores, especialmente após o período pandêmico, no qual as necessidades em saúde e de autocuidado se fazem mais presentes para essa classe trabalhadora.

## REFERÊNCIAS

1. Briggs AM, Woolf AD, Dreinhöfer K, Homb N, Hoy DG, Kopansky-Giles D, Åkesson K, March L. Reducing the global burden of musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ.* 2018 May 1;96(5):366-368. doi: 10.2471/BLT.17.204891. Epub 2018 Apr 12. PMID: 29875522; PMCID: PMC5985424.
2. Barbosa REC, Assunção AÁ, De Araújo TM. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2012;28(8):1569–1580.

3. Dantas GSV, Cardoso JP, Araújo TM. Association between physical and psychosocial demands and musculoskeletal pain in health workers. *Rev Bras Med Trab.*2022;20(4) DOI:10.47626/1679-4435-2022-765:524-538
4. Neupane S, Leino-Arjas P, Nygård CH, Oakman J, Virtanen P. Developmental pathways of multisite musculoskeletal pain: what is the influence of physical and psychosocial working conditions? *Occup Environ Med.* 2017 Jul;74(7):468-475. doi: 10.1136/oemed-2016-103892. Epub 2016 Nov 4. PMID: 27815429.
5. IBGE. Dados sociodemográficos do município de Feira de Santana, Bahia. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/feira-de-santana/panorama>.
6. De Araújo TM, Karasek R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *SJWEH Supplements*, 2008;(6):52–59.
7. Karasek R. Job Content Questionnaire and User's Guide. Department of Work Environment, University of Massachusetts, 1995. Disponível em: <https://www.jcqcenter.org>.
8. James, Spencer L et al., Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, Volume 392, Issue 10159, 1789 - 1858.
9. El-Tallawy SN, Nalamasu R, Salem GI, Lequang JAK, Pergolizzi JV, Christo PJ. Management of Musculoskeletal Pain: An Update with Emphasis on Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain and Therapy*, [s. l.],2021;10(1):181–209. ISSN 2193-8237. DOI 10.1007/s40122-021-00235-2.
10. Gulati M, Dursun E, Vincent K, Watt FE. The influence of sex hormones on musculoskeletal pain and osteoarthritis. *The Lancet Rheumatology*, [s. l.],2023;5(4):e225–e238. ISSN 2665-9913. DOI 10.1016/S2665-9913(23)00060-7.
11. Ferreira AF, Escarcina JEP, Luz DTC, Souza RB, Martins Netto E. Musculoskeletal pain, multimorbidity and associated factors in individuals followed at a physiotherapy service: cross-sectional observational study. *BrJP*, [s. l.],2022;5:200–205. ISSN 2595-0118, 2595-3192. DOI 10.5935/2595-0118.20220034-en.
12. Overstreet DS et al. A Brief Overview: Sex Differences in Prevalent Chronic Musculoskeletal Conditions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [s. l.], 2023;20(5):4521. ISSN 1660-4601. DOI 10.3390/ijerph20054521.
13. Sorge RE et al. Different immune cells mediate mechanical pain hypersensitivity in male and female mice. *Nature Neuroscience*, [s. l.], 2015;18(8):1081–1083. ISSN 1546-1726. DOI 10.1038/nn.4053.
14. Bartley EJ, Fillingim RB. Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. *British Journal of Anaesthesia*, [s. l.], 2013;111(1):52–58, jul. ISSN 1471-6771. DOI 10.1093/bja/aet127.

15. Templeton KJ. Sex and Gender Issues in Pain Management. *The Journal of Bone and Joint Surgery American*, [s. l.], 2020;102:Suppl 1, p. 32–35, 20 maio 2020. ISSN 1535-1386. DOI 10.2106/JBJS.20.00237.
16. Boniol M, McIsaac, Xu L, Wuliji T, Diallo K et al.. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. World Health Organization 2019. <https://iris.who.int/handle/10665/311314>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0.
17. Silva-Junior JS, Cunha AA da, Lourenção DC de A, Silva SM da, Silva RFA da, Faria MG de A, et al.. Occupational psychosocial stressors and mental distress among healthcare workers during COVID-19 pandemic. *einstein* (São Paulo) [Internet]. 2021;19:eAO6281. Available from: [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2021AO6281](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO6281)
18. Blyth FM, Briggs AM, Schneider CH, Hoy DG, March LM. The Global Burden of Musculoskeletal Pain—Where to From Here? *American Journal of Public Health*, [s. l.], 2019;109(1): 35–40. ISSN 0090-0036. DOI 10.2105/AJPH.2018.304747.
19. Yang S, Lu J, Zeng J, Wang L, Li Y. Prevalence and Risk Factors of Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Intensive Care Unit Nurses in China. *Workplace Health & Safety*, [s. l.], 2019;67(6):275–287. ISSN 2165-0799. DOI 10.1177/2165079918809107.
20. Carpintero-Rubio C, Torres-Chica B, Guadrón-Romero, MA, Visiers-Jimenez L, Peña-Otero D. Perception of musculoskeletal pain in the state of confinement: associated factors. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [s. l.], 2021;29:e3454. ISSN 1518-8345. DOI 10.1590/1518-8345.4894.3454.
21. Widyanti A, Ramadhiar A, Fista B, Rahmawati N. The ergonomics of mothering and child care activities (ErgoMOMics) in Indonesia: Individual and social factors influencing musculoskeletal symptoms. *Work*, [s. l.], 2020;65(3):625–633. ISSN 10519815, 18759270. DOI 10.3233/WOR-203117.
22. Carvalho RLRB de, Fernandes R de CP, Lima VMC. Demandas psicológicas, baixo apoio social e repetitividade: fatores ocupacionais associados à dor musculoesquelética de trabalhadores da indústria de calçados. *Rev bras saúde ocup* [Internet]. 2019;44:e6. Available from: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000001517>
23. Skovlund SV, Bláfoss R, Sunstrup E, Andersen LL. Association between physical work demands and work ability in workers with musculoskeletal pain: cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, [s. l.], 2020;21(1):166, 14 mar. 2020. ISSN 1471-2474. DOI 10.1186/s12891-020-03191-8.
24. Oliv S, Noor A, Gustafsson E, Hagberg M. A Lower Level of Physically Demanding Work Is Associated with Excellent Work Ability in Men and Women with Neck Pain in Different Age Groups. *Safety and Health at Work*, [s. l.], 2017;8(4):356–363. ISSN 2093-7911. DOI 10.1016/j.shaw.2017.03.004.
25. Bayattork M, Jakobsen MD, Sundstrup E, Seidi F, Bay H, Andersen LL. Musculoskeletal pain in multiple body sites and work ability in the general working population: cross-sectional study among 10,000 wage earners. *Scandinavian Journal of Pain*, [s. l.], 2019;19(1):131–137. ISSN 1877-8879. DOI 10.1515/sjpain-2018-0304.

26. Oliveira FES DE, Trezena S, Dias VO, Martelli Júnior H, Martelli DRB. Common mental disorders in Primary Health Care professionals during the COVID-19 pandemic period: a cross-sectional study in the Northern health macro-region of Minas Gerais state, Brazil, 2021. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2023;32(1):e2022432. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/6BZW5kxFwQzcZTZtdq536fG/?lang=en#>. Acesso em: 26/07/2023.
27. López-González MJ, González-Menéndez E, González S, Torrano F. Estudo das inter-relações entre distúrbios musculoesqueléticos e fatores de risco psicossociais em técnicos de saúde e segurança ocupacional. *Revista Internacional de Segurança Ocupacional e Ergonomia*, 2021; 28 (3):1502–1510. <https://doi.org/10.1080/10803548.2021.1902137>
28. Lourenço S, Carnide F, Benavides FG, Lucas R. Ambiente de Trabalho Psicossocial e Sintomas Musculoesqueléticos entre Trabalhadores de 21 Anos: Uma Investigação de Base Populacional (2011-2013). *PLoS Um*. 15 de junho de 2015; 10(6):e0130010. DOI: 10.1371/journal.pone.0130010. PMID: 26076365; PMCID: PMC4468175.

## 5.2 Artigo 2:

### **Inatividade física no lazer e fatores associados entre trabalhadores da APS nos anos de 2011/2012 e 2020/2021**

#### **Leisure-time physical inactivity and associated factors among PHC workers in 2011/2012 and 2020/2021**

**Autores:** SACHETO, R.M.; ROCHA, S.V.; ARAÚJO, T.M. de.

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Estimar a prevalência da inatividade física no lazer e os fatores associados entre trabalhadores da saúde da atenção primária em um município de grande porte do estado da Bahia nos anos de 2011/2012 e 2020/2021. **Métodos:** Estudo transversal com dados primários de dois inquéritos de saúde de projetos multicêntricos, realizados nos períodos 2011/2012 e 2020/2021, respectivamente, com trabalhadores da atenção primária à saúde do município de Feira de Santana, Bahia. A variável dependente foi a inatividade física no lazer e as variáveis independentes que compuseram o modelo foram: os fatores psicossociais do trabalho, avaliados por meio do Job Content Questionnaire, sexo, faixa etária, escolaridade, ocupação, jornada de trabalho semanal. Para análise dos dados, foram obtidas as medidas descritivas para variáveis

categóricas e numéricas. O teste do qui-quadrado foi utilizado para verificar as possíveis associações do desfecho com as variáveis de interesse. Ao final, foi realizada regressão logística multinomial, com apresentação das razões de chance e intervalos de confiança em 95%.

**Resultados:** A inatividade física no lazer foi mais prevalente no primeiro período (50,3%). Essa condição foi mais acentuada entre os homens, aqueles com maior escolaridade, aqueles com < 40 horas/semanais de trabalho foram mais IFL nos dois períodos de investigação. **Conclusão:** Houve uma redução da IFL entre os períodos analisados, mesmo com esse cenário sugere-se a adoção de ações de promoção da atividade física entre os TS com o propósito de aumentar o nível de atividade física dessa população.

**Palavras-chave:** Inatividade Física. Inquéritos de Saúde. Estudos Transversais. Trabalhadores da Saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** To estimate the prevalence of leisure-time physical inactivity and associated factors among primary health care workers in a large municipality in the state of Bahia in the years 2011/2012 and 2020/2021. **Methods:** Cross-sectional study with primary data from two health surveys of multicenter projects, carried out in the periods 2011/2012 and 2020/2021, respectively, with primary health care workers (PHCW) in the municipality of Feira de Santana, Bahia. The dependent variable was leisure-time physical inactivity (LTPI) and the independent variables that composed the model were: psychosocial factors at work, assessed using the Job Content Questionnaire, sex, age group, education, occupation, and weekly working hours. For data analysis, descriptive measures were obtained for categorical and numerical variables. The chi-square test was used to verify possible associations of the outcome with the variables of interest. Finally, multinomial logistic regression was performed, presenting odds ratios and 95% confidence intervals. **Results:** LTPI was more prevalent in the first period (50.3%). This condition was more pronounced among men, those with higher education, and those with <40 hours/week of work were more physical inactivity in both periods of investigation. **Conclusion:** There was a reduction in LTPI between the periods analyzed; even with this scenario, it is suggested that actions be adopted to promote physical activity among PHCW with the purpose of increasing the level of physical activity of this population.

**Keywords:** Physical Inactivity. Health Surveys. Cross-Sectional Studies. Health Workers.

## INTRODUÇÃO

A inatividade física (IF) representa um desafio para a saúde pública, caracterizando-se como o quarto maior fator de risco comportamental para mortalidade global segundo a OPAS/OMS e está frequentemente relacionada ao aumento do risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).<sup>1</sup>

Outrossim, a prática regular de atividade física (AF) é reconhecida como um importante fator de proteção à saúde.<sup>2</sup> Estudos demonstram que exercícios físicos realizados em intensidades moderadas a baixas exercem inúmeros benefícios significativos, atuando na redução do risco de mais de 20 condições crônicas, incluindo doença coronária, acidente vascular cerebral, diabetes tipo 2, alguns tipos de câncer, obesidade, problemas de saúde mental, como a depressão, além de certas condições neurológicas, como a demência.<sup>3,4</sup>

A prevalência da inatividade física é abordada em alguns estudos no Brasil,<sup>5-7</sup> sendo a população de trabalhadores da saúde (TS) da atenção primária à saúde (APS) ainda pouco investigada. Estudo realizado com TS peruanos por Rojas et al. (2014)<sup>8</sup> destaca uma tendência preocupante a respeito desses trabalhadores. TS, apesar do conhecimento acerca da importância de boas práticas para manutenção da saúde, a exemplo da atividade física, podem apresentar níveis relevantes de IF.<sup>9</sup> A organização do trabalho em saúde da APS no Brasil pode contribuir para a precarização do trabalho e, conseqüentemente, para a IF dos trabalhadores, especificamente a inatividade física no lazer (IFL).

A esse respeito, podem ser citadas uma carga de trabalho excessiva, que aumenta os níveis de estresse e reduz a motivação para se exercitar; as condições insalubres do ambiente ocupacional e a própria cultura organizacional, que não prioriza o bem-estar dos TS. Tais fatores, somados à falta de práticas no autocuidado, contribuem para comportamentos que levam a escolha de hábitos não saudáveis de vida.<sup>10</sup>

Além da escassez de estudos acerca deste objeto, destaca-se a falta de atitudes de promoção de bons hábitos em saúde dos trabalhadores por parte das instituições que atuam em prol das ações e serviços de saúde às populações do sistema de saúde. Tais fatores não se fazem presentes somente na negligência do autocuidado, mas é evidente a ausência de programas específicos, seja para promoção de bons hábitos alimentares, de cuidados voltados para a saúde mental/emocional e práticas de atividades físicas, direcionados à saúde de quem cuida da saúde da população em geral.

Um estudo publicado por Ding et al. (2016)<sup>11</sup> apontou que os custos diretos de saúde atribuídos à IF foram estimados em \$53,8 bilhões, sendo que as perdas de produtividade

relacionadas à IF custaram \$ 13,7 bilhões, totalizando \$ 67,5 bilhões no mundo em 2013. No Brasil, esses custos diretos foram estimados em \$20,780 milhões, enquanto os custos indiretos, relacionados a perdas de produtividade, foram de \$7,694 milhões, totalizando aproximadamente \$ 28.474 milhões, evidenciando a necessidade de pesquisas que abordem essa temática. Durante o período pandêmico, esses custos aumentaram ainda mais, com perspectiva de custos diretos estimados para 2030 em incríveis \$ 520 bilhões no mundo e \$ 46.818 milhões para o Brasil.<sup>12</sup>

Nesse contexto, este estudo enfatiza a importância de conhecer os determinantes que possam influenciar a ocorrência da IF, para contribuir no desenvolvimento de ações que mitiguem as consequências desse evento entre os trabalhadores e de intervenções que impactem positivamente na promoção do bem-estar e consequentemente que impacte na qualidade do serviço ofertado às populações.

Assim, este estudo teve por objetivo estimar a prevalência da inatividade física no lazer e os fatores associados entre trabalhadores da saúde da atenção primária em um município de grande porte do estado da Bahia nos anos de 2011/2012 e 2020/2021.

## **MÉTODOS**

### **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de corte transversal, com utilização de dados dos inquéritos dos projetos de pesquisa multicêntricos “Condições de Trabalho, Condições de Emprego e Saúde dos Trabalhadores da Saúde na Bahia” e “Vigilância e monitoramento de doenças infecciosas entre trabalhadores e trabalhadoras do setor saúde”, realizados em municípios do Estado da Bahia, Brasil, em dois períodos distintos, sendo o primeiro nos anos de 2011 a 2012 e o segundo nos anos de 2020 a 2021, respectivamente, por meio de questionários semiestruturados repetidos.

### **Local do estudo**

O município baiano selecionado para este estudo foi o de Feira de Santana, em virtude de ser o único dos que participaram dos dois momentos distintos da coleta de dados, compreendendo o período de interesse, sendo o pré-pandêmico (2011/2012) e o pandêmico (2020/2021). Este possui uma população de 616.279 habitantes, ocupando a 5ª posição no ranking do IDH entre os municípios baianos (IDH = 0.72) (IBGE, 2022).<sup>13</sup>

### **Constituição da amostra**

A população incluída neste estudo, em cada ano do inquérito, foi constituída por TS da rede de APS do município de Feira de Santana, Bahia, Brasil. Para a definição da população foi realizado um levantamento prévio da estruturação e força de trabalho dos serviços junto às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e devidamente atualizado pela equipe de pesquisa. Em seguida, delimitou-se o número e o tipo de serviço de saúde disponíveis, número de TS, suas respectivas ocupações, bem como a área geográfica pertencente a cada serviço, sendo incluídos aqueles que estavam em pleno exercício de suas funções, da rede de APS, em ambos os períodos das coletas.

A partir disso, os TS foram selecionados por meio de procedimentos de randomização para cada estrato. Como a amostra dos estudos originais não foram projetadas para estimar o evento de interesse (inatividade física no lazer), especificamente em trabalhadores da APS, houve necessidade de redefinição das estimativas do cálculo amostral. A amostra foi constituída assumindo a prevalência estimada do evento de interesse com maior prevalência de inatividade física entre os TS (50,0% +1), considerando-se um erro amostral de 3%, intervalo de confiança (IC) de 95%, e uma reposição de 12% para o período de 2011-2012; para o período de 2020-2021 um erro absoluto de 4% e 17% de reposição.

Os TS selecionados para o estudo foram contatados em seus respectivos locais de trabalho pela equipe de pesquisa. Foram feitas três tentativas de localização do indivíduo sorteado. Em caso de insucesso, o TS era substituído na amostra por meio de sorteio, respeitados os critérios da área geográfica, nível de complexidade, ocupação e o sexo. Com isso, a amostra final foi constituída por 1041 TS em 2011/2012, e 652 TS em 2020/2021.

Importante salientar que, previamente à coleta de dados, todos os procedimentos éticos legais foram respeitados, com os sujeitos sorteados contatados para serem informados sobre os objetivos do estudo, formalmente convidados a participar da pesquisa de forma livre e espontânea, com a entrega do formulário de pesquisa e a obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana, com os respectivos números de CAAE, sendo o de nº 0086.0.0059.000-09 para a coleta do período de 2011/2012, e nº 90204318.2.0000.0053, para a coleta do período de 2020/2021.

### **Variáveis do Estudo**

A variável dependente foi a Inatividade Física no Lazer (IFL), enquanto as variáveis exploratórias incluíram as características sociodemográficas e as ocupacionais dos TS. Os

aspectos sociodemográficos foram: sexo; faixa etária (categorizada a partir de tercís: < 35, 35–46, > 46 anos); e escolaridade (primária, secundária, superior). As características ocupacionais foram: ocupação (médico, enfermeiro/técnico de enfermagem, outros profissionais de saúde, agentes de saúde e administrativo); jornada de trabalho semanal ( $\leq 40$  h,  $> 40$  h) e fatores psicossociais de trabalho (avaliados por meio do Job Content Questionnaire – JCQ, validado para trabalhadores brasileiros)<sup>14</sup>. O JCQ avalia aspectos relacionados à estrutura social e psicológica. Para a construção dos indicadores provenientes do JCQ foram acrescentadas as variáveis relacionadas, conforme indicado no manual do JCQ Center<sup>15</sup>. Em seguida foi feita a dicotomização da demanda (alta e baixa) e controle (alta e baixa) utilizando a mediana das variáveis como ponto de corte.

### **Análise dos dados**

Para fins de apresentação das variáveis, as categóricas foram apresentadas em frequência relativa e absoluta, enquanto as contínuas em média e desvio padrão. A distribuição da frequência das variáveis independentes foi testada por meio do teste qui-quadrado para a prática de atividade física no lazer (Nunca; 1 a 2 vezes por semana; 3 ou mais vezes por semana) para os dois períodos de coleta (2011-2012 e 2020-2021).

Na análise multivariável uma regressão logística multinomial foi traçada, sendo consideradas as variáveis que apresentaram  $p \leq 0,20$  na análise bivariada, sendo a categoria “nunca praticou nenhuma atividade física no tempo livre” usada como referência. Os resultados foram então apresentados em razão de chance (*odds ratio*) (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). Para todas as análises foram realizadas no pacote estatístico STATA, versão 12.0 e o nível de significância foi de 5%.

## **RESULTADOS**

Foram estudados nos anos de 2011-2012 e 2020-2021, respectivamente, 1.041 e 652 TS da APS do município de Feira de Santana com média de idade de 39,0 ( $\pm 9,9$ ) anos em 2011-2012 e 43,0 anos ( $\pm 9,80$ ) em 2020-2021. Em ambas as ondas da pesquisa prevaleceram as mulheres (82,79 e 81,75%); com idade superior a 40 anos (43,63 e 63,58%), com ensino superior (38,79 e 47,82%).

Quanto às características ocupacionais, o tempo de trabalho apresentou média de aproximadamente 9,0 ( $\pm 7,60$ ) anos, variando de menos de 1,0 a 50 anos no primeiro período, e de 11,0 ( $\pm 8,16$ ) anos, variando de 1,0 a 41 anos no segundo período. A maioria dos

trabalhadores eram agentes comunitários de saúde (ACS) (32,95 e 34,62%), com carga horária igual ou superior a 40 horas de trabalho (69,93 e 70,09%), em trabalho passivo no primeiro período (30,87%) e alta exigência do segundo (34,23%) (Tabela 1).

**Tabela 1** – Caracterização dos TS da APS, Feira de Santana, BA, Brasil, 2011–2012 e 2020-2021.

	2011–2012		2020-2021	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Masculino	179	17,21	119	18,25
Feminino	861	82,79	533	81,75
<b>Faixa Etária</b>				
≤ 29 anos	175	17,01	68	10,68
30 a 39 anos	405	39,36	164	25,75
> 39 anos	449	43,63	405	63,58
<b>Escolaridade</b>				
Fundamental	40	3,85	12	1,87
Médio	410	39,46	201	31,31
Técnico	186	17,90	122	19,00
Superior	403	38,79	307	47,82
<b>Ocupação</b>				
Administrativo	313	30,07	138	21,23
Enfermagem	245	23,54	184	28,31
Outros prof. da saúde	59	5,67	80	12,31
ACS	343	32,95	225	34,62
Médico	81	7,78	23	2,54
<b>Jornada de trabalho</b>				
<40 horas	313	30,07	195	29,91
≥ 40 horas	728	69,93	457	70,09
<b>Modelo demanda-controle</b>				
Baixa exigência	237	23,37	104	18,74
Trabalho passivo	313	30,87	134	24,14
Trabalho ativo	200	19,72	127	22,88
Alta exigência	264	26,04	190	34,23

A prevalência geral de inatividade física no lazer (IFL) foi de 50,2% em 2011/2012 e 36,0% em 2020/2021, sendo mais acentuada entre as mulheres (em 2011-12), entre aqueles

trabalhadores com escolaridade técnica (2011-12 e 2020-21), os profissionais de enfermagem (2011-12), e aqueles com jornada de trabalho de 40 horas ou mais de trabalho (2011-2012) (Tabela 2).

**Tabela 2** - Prática de Atividade física (AF) segundo características sociodemográficas e ocupacionais de trabalhadores da saúde, Feira de Santana, BA, Brasil, 2011–2012 e 2020-2021.

	Prática de Atividade Física (x por semana) 2011–2012			Valor de p	Prática de Atividade Física (x por semana) 2020-2021			Valor de p
	Nunca	1-2	≥ 3		Nunca	1-2	≥ 3	
	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Sexo</b>				<0,01				0,67
Masculino	52 (29,38)	65 (36,72)	60 (33,90)		37 (33,04)	36 (32,14)	39 (34,82)	
Feminino	466(54,44)	63 (19,04)	227 (26,52)		180 (36,81)	139 (28,43)	170(34,76)	
<b>Faixa Etária</b>				0,59				0,23
≤ 29 anos	88 (50,87)	43 (24,86)	42 (24,28)		22 (37,29)	19 (32,20)	18 (30,51)	
30 a 39 anos	207(51,62)	80 (19,95)	114 (28,43)		62 (39,74)	34 (21,79)	60 (38,46)	
> 39 anos	219(48,88)	104(23,21)	125 (27,90)		129 (34,68)	117 (31,45)	126(33,87)	
<b>Escolaridade</b>				0,01				<0,01
Fundamental	28 (71,79)	6 (15,38)	5 (12,81)		4 (40,0)	0	6 (60,0)	
Médio	207(50,99)	80 (19,70)	119 (29,31)		75 (40,11)	59 (31,55)	53 (28,34)	
Técnico	102(55,14)	35 (18,92)	48 (25,95)		47 (43,93)	32 (29,91)	28 (26,17)	
Superior	181(45,02)	107(26,62)	114 (28,36)		88 (30,66)	82 (28,57)	117 (40,77)	
<b>Ocupação</b>				<0,01				0,08
Administrativo	156(50,32)	75 (24,19)	79 (25,48)		47 (37,90)	39 (31,45)	38 (30,65)	
Enfermagem	141(57,79)	46 (18,85)	57 (23,36)		65 (39,16)	41 (24,70)	60 (36,14)	
Outros profissionais da saúde	17 (28,81)	16 (27,12)	26 (44,07)		20 (28,57)	15 (21,43)	35 (50,0)	
ACS	177(52,06)	66 (19,41)	97 (28,53)		78 (36,11)	73 (33,80)	65 (30,09)	
Médico	28 (34,57)	25 (30,86)	28 (34,57)		6 (26,09)	7 (30,43)	10 (43,48)	
<b>Jornada de trabalho</b>				<0,01				0,30
<40 horas	141(45,19)	88 (28,21)	83 (26,60)		58 (33,14)	48 (27,43)	69 (39,43)	
≥ 40 horas	378(52,35)	140(19,39)	204 (28,25)		159 (37,32)	127 (29,81)	140(32,86)	

MDC	0,88			0,39		
Baixa exigência	113(47,88)	56 (23,73)	67 (28,39)	30 (30,00)	25 (25,00)	45 (45,00)
Trabalho passivo	158(50,64)	69 (22,12)	85 (27,24)	47 (37,90)	37 (29,84)	40 (32,26)
Trabalho ativo	93 (47,21)	45 (22,84)	59 (29,95)	42 (35,29)	37 (31,09)	40 (33,61)
Alta exigência	40 (53,23)	54 (20,53)	69 (26,24)	64 (36,36)	57 (32,39)	55 (31,25)

Os resultados da análise de regressão logística multinomial mostraram que os homens, os trabalhadores com nível superior e aqueles com jornada de trabalho de menos de 40 horas por semana foram os mais IFL nos dois períodos da investigação (2011-2012 e 2020-2021). Os profissionais médicos foram os mais IFL apenas no período pré-pandêmico (2011-2012) (Tabela 03).

**Tabela 3** - Associação entre prática de atividade física (AF) com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais entre os TS da APS, Feira de Santana, BA, Brasil, 2011-2012 e 2020-2021.

	Modelo Inicial 2011–2012		Modelo Final 2011–2012	
	Nunca vs. 1–2 x/semana OR (IC95%)	Nunca vs. ≥ 3 x/semana OR (IC95%)	Nunca vs. 1–2 x/semana OR (IC95%)	nunca vs. ≥ 3 x/semana OR (IC95%)
<b>Sexo</b>				
Feminino	1	1	1	1
Masculino	<b>3,57 (2,38 – 5,36)</b>	<b>2,37 (1,58 – 3,55)</b>	<b>3,55 (2,27 – 5,59)</b>	<b>2,39 (1,54 – 3,71)</b>
<b>Escolaridade</b>				
Fundamental	1	1	1	1
Médio	1,80 (0,72 – 4,52)	3,22 (1,21 – 8,56)	2,53 (0,92 – 6,93)	<b>3,71 (1,38 10,01)</b>
Técnico	1,60 (0,61 – 4,19)	2,64 (0,96 – 7,25)	2,88 (0,98 – 8,44)	<b>3,72 (1,31–10,59)</b>
Superior	<b>2,76 (1,10 – 6,88)</b>	<b>3,53 (1,32 – 9,40)</b>	<b>3,47 (1,23 – 9,77)</b>	<b>3,31 (1,19 – 9,15)</b>
<b>Ocupação</b>				
Administrativo	1	1	1	1
Enfermagem	0,68 (0,44 – 1,04)	0,79 (0,53 – 1,20)	0,62 (0,36 – 1,05)	0,93 (0,56 – 1,56)
Outros profissionais da saúde	1,95 (0,93 – 4,08)	<b>3,02 (1,55 – 5,89)</b>	1,29 (0,57 – 2,90)	0,94 (0,56 – 1,56)
ACS	0,78 (0,52 – 1,15)	1,08 (0,75 – 1,56)	1,06 (0,68 – 1,64)	1,13 (0,76 – 1,68)
Médico	<b>1,85 (1,01 – 3,40)</b>	<b>1,97 (1,09 – 3,56)</b>	0,81 (0,38 – 1,73)	1,39 (0,69 – 2,79)
<b>Jornada de trabalho</b>				
<40 horas	<b>1,68 (1,21 – 2,34)</b>	1,09 (0,79 – 1,50)	<b>1,76 (1,14 – 2,71)</b>	<b>1,77 (1,15 – 2,71)</b>
≥ 40 horas	1	1	1	1

	Modelo Inicial 2020-2021		Modelo Final 2020-2021	
	Nunca vs. 1-2 x/semana OR (IC95%)	nunca vs. ≥ 3 x/semana OR (IC95%)	Nunca vs. 1-2 x/semana OR (IC95%)	nunca vs. ≥ 3 x/semana OR (IC95%)
<b>Faixa Etária</b>				
≤ 29 anos	0,95 (0,49 – 1,85)	0,84 (0,43 – 1,64)	0,90 (0,43 – 1,88)	0,61 (0,30 – 1,24)
30 a 39 anos	0,62 (0,38 – 1,01)	0,99 (0,64 – 1,52)	0,60 (0,36 – 1,00)	0,85 (0,53 – 1,37)
> 39 anos	1	1	1	1
<b>Escolaridade</b>				
Fundamental	1	1	1	1
Médio	3,14 (0,34 – 28,95)	0,47 (0,13 – 1,75)	2,20 (0,31 – 32,46)	0,46 (0,12 – 1,79)
Técnico	2,72 (0,34 – 28,95)	0,39 (0,12 – 1,53)	3,31 (0,31 – 35,28)	0,43 (0,08 – 1,43)
Superior	3,72 (0,29 – 25,55)	0,89 (0,24 – 3,23)	4,55 (0,44 – 46,95)	0,73 (0,18 – 2,92)
<b>Ocupação</b>				
Administrativo	1	1	1	1
Enfermagem	0,74 (0,42 – 1,32)	1,14 (0,66 – 1,98)	0,70 (0,37 – 1,35)	1,25 (0,66 – 2,37)
Outros profissionais da saúde	0,88 (0,39 – 1,95)	2,16 (1,08 – 4,34)	0,74 (0,32 – 1,75)	2,07 (0,96 – 4,46)
ACS	1,09 (0,65 – 1,87)	1,03 (0,60 – 1,77)	0,96 (0,54 – 1,72)	0,97 (0,53 – 1,78)
Médico	1,37 (0,42 – 4,42)	2,06 (0,68 – 6,19)	1,06 (0,29 – 3,74)	1,93 (0,57 – 5,85)

## DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência da IFL e os fatores associados entre TS da APS em um município de grande porte do estado da Bahia nos anos de 2011-2012 e 2020-2021. Os resultados mostraram que houve uma diminuição na prevalência de IFL nos dois períodos avaliados. Esses achados não estão em consonância com outra investigação <sup>16</sup>.

A especificidade da população avaliada no presente estudo pode ser uma das explicações para esses resultados, uma vez que os profissionais de saúde possuem conhecimento acerca da importância da prática de AF de forma regular, já que a IFL está associada ao desenvolvimento de problemas de saúde, como as doenças crônicas não transmissíveis <sup>16</sup>. É válido salientar que algumas características da amostra avaliada, como a atividade profissional e o elevado nível de escolaridade, quando comparadas com a média nacional, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD)<sup>17</sup> podem constituir outras hipóteses para reforçar esses achados.

Um maior nível de escolaridade pode estar relacionado a uma busca dos trabalhadores por maior qualificação profissional, o que se traduz em melhor perspectiva quanto ao futuro profissional, aumento da renda e de melhorias na qualidade de vida. Tais decisões dos trabalhadores por melhor qualificação educacional, pode influenciar positivamente nas tomadas de decisão para hábitos saudáveis, como a prática regular de atividade física. Entretanto, estudo realizado neste mesmo município destaca que um maior nível de escolaridade estava relacionado a um aumento da IFL <sup>18</sup>.

Após a análise multivariável, a IFL foi mais prevalente entre os homens. Evidências anteriores na literatura atestam que a relação entre o nível de IFL e o sexo não está bem estabelecida. Um estudo realizado por Mielke et al. (2021)<sup>19</sup> mostrou os homens como os mais ativos na prática de AF de lazer. Já em outras pesquisas, as mulheres praticavam mais atividades moderadas, enquanto os homens praticavam atividades vigorosas <sup>20,21</sup>. Em outra investigação conduzida entre trabalhadores brasileiros do setor saúde, as mulheres mostraram-se mais ativas quando comparadas aos homens <sup>22</sup>.

A relação entre a IFL e o sexo parece ser influenciada por uma gama de fatores socioculturais que podem variar conforme as condições de vida dos indivíduos. A expectativa social em relação aos papéis de gênero pode influenciar na forma como homens e mulheres praticam atividade física. Assim, o modo de vida de mulheres casadas, com filhos em relação às mulheres solteiras e sem filhos descrevem comportamentos muito diferentes, pois a decisão do cuidado sobre si vai depender de sua relação com o cuidado de outros <sup>23</sup>.

Todavia, parece não existir um padrão único para explicar a inatividade física entre homens e mulheres, tendo em vista a existência de diferentes aspectos da vida (trabalho, constituição de família, mudança repentina dos hábitos de vida, idade mais avançada e renda) que influenciam a decisão por manter hábitos saudáveis de vida, como praticar atividade física.

Mas, um aspecto a ser destacado é que já existem na literatura evidências de que as mulheres, principalmente aquelas com maiores níveis de escolaridade, são mais propensas a adotar cuidados de saúde, em que se pode destacar a prática regular de AF, quando comparadas aos homens. Esse pode ser um caminho para tentarmos compreender os achados deste estudo <sup>24</sup>.

No que tange ao nível de escolaridade, as maiores ocorrências de IFL entre os TS foram observadas naqueles com nível superior. Aspectos relacionados aos determinantes sociais da saúde, como escolaridade e renda, estão diretamente relacionados a IFL <sup>25</sup>. Existe uma tendência de que as pessoas, independentemente da atividade profissional, com maiores níveis de escolaridade e renda, tenham mais acesso aos cuidados preventivos em saúde. Dados da

Pesquisa Nacional de Saúde mostraram que os adultos brasileiros com menores níveis de escolaridade e renda são mais inativos fisicamente (considerando todas as dimensões da atividade física)<sup>24</sup>. Em estudo específico com a população de TS, incluindo os da APS e da média complexidade, foi verificado que aqueles com os menores níveis de escolaridade (médio e técnico) eram menos inativos fisicamente<sup>22</sup>, corroborando os resultados do presente estudo.

Além disso, os TS com jornadas de trabalho de 40 horas ou menos de trabalho semanais mostraram-se mais IFL. Espera-se que os trabalhadores, independente da atividade profissional, com maiores cargas horárias de trabalho, tenham menos tempo dedicado às práticas de AF e de lazer, o que não ocorreu no presente estudo. Em investigação conduzida com TS brasileiros da APS e da média complexidade, não foram encontradas associações entre a jornada de trabalho e a prática de AF no lazer<sup>22</sup>.

Um ponto de destaque foram os dados que evidenciaram uma redução da IFL entre os trabalhadores da saúde da AP durante o período pandêmico comparado ao inquérito realizado no período anterior (2011-2012). A pandemia de COVID-19 representou um período de muitas transformações na saúde pública mundial, impactou direta e indiretamente sobre os hábitos de vida das populações<sup>26</sup>, especialmente em TS<sup>27</sup>. As restrições de espaços fechados, a exemplo das academias e clubes, as medidas impostas para o isolamento social, comportamentos ligados ao medo da infecção e mais notadamente os processos de trabalho intensificados, contribuíram para o aumento da IFL<sup>28-30</sup>. Em contrapartida, o estudo de Cheval et al. (2021)<sup>31</sup>, aponta que houve uma redução significativa da IFL pela prática de exercícios em casa e ao ar livre, sendo o uso de aplicativos de exercícios e mindfulness para smartphones um dispositivo fundamental para essa mudança.

Algumas limitações do presente estudo devem ser consideradas, a avaliação da prática de AF utilizando questões dicotômicas, apesar de ser amplamente utilizados em estudos nacionais e internacionais com a população adulta<sup>22</sup> e entre trabalhadores da saúde podem estar sujeita a viés de memória e de informação. Além disso, as informações coletadas não fornecem dados sobre a intensidade da atividade física e o volume. Por outro lado, o presente estudo incluiu dados de investigações de base populacional com amostra representativa dos trabalhadores da atenção primária da segunda maior cidade do Estado da Bahia (maior estado da região nordeste do Brasil) gerando assim insumos importantes para a compreensão da prática de atividade física dos trabalhadores da saúde nos períodos pré e pós-pandemia de Covid-19.

Os resultados deste estudo mostraram-se essencialmente relevantes, tendo em vista dados contrastantes de tendências observadas em outros estudos, na compreensão de que determinantes, como o maior nível de escolaridade, que possivelmente podem induzir a uma

maior conscientização acerca dos benefícios da prática de AF, podem influenciar na promoção de uma redução na ocorrência da IFL entre a população estudada.

Além disso, este estudo evidenciou que TS com carga horária mais reduzida podem ser mais inativos fisicamente. Esses achados sugerem a necessidade de mais investigações acerca deste evento, para melhor compreensão dos fatores que possivelmente influenciam a IFL em diferentes contextos.

Por fim, a maior prevalência da IFL entre os homens, pode atestar a complexidade das diferenças entre os gêneros na prática de AF. Assim, ao considerar a importância da AF na prevenção, promoção e reabilitação em saúde, faz-se relevante o estímulo à adoção do lazer ativo entre a população de trabalhadores do setor saúde, enfatizando estratégias que considerem as especificidades de gênero, bem como entre aqueles que apresentaram maior probabilidade da adoção de um estilo de vida sedentário.

## REFERÊNCIAS

1. OPAS - OMS. Organização Pan-Americana de Saúde. Cerca de 1,8 bilhão de adultos correm o risco de adoecer devido à falta de atividade física. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/26-6-2024-cerca-18-bilhao-adultos-correm-risco-adoecer-devido-falta-atividade-fisica>
2. Miko HC, Zillmann N, Ring-Dimitriou S, Dorner TE, Titze S, Bauer R. Auswirkungen von Bewegung auf die Gesundheit [Efeitos da atividade física na saúde]. Gesundheitswesen. Setembro de 2020; 82(S 03):S184-S195. Alemão. DOI: 10.1055/A-1217-0549. Epub 2020 22 de setembro. PMID: 32984942; PMCID: PMC7521632.
3. Schuch FB, Vancampfort D. Atividade física, exercício e transtornos mentais: é hora de seguir em frente. Tendências Psiquiatria Psicoterapia. 2021 julho-setembro; 43(3):177-184. DOI: 10.47626/2237-6089-2021-0237. Epub 2021 de abril de 21. PMID: 33890431; PMCID: PMC8638711.
4. Kelly RS, Kelly MP, Kelly P. Metabolômica, atividade física, exercício e saúde: uma revisão das evidências atuais. Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis. 2020 1º de dezembro; 1866(12):165936. DOI: 10.1016/j.bbadis.2020.165936. Epub 2020 19 de agosto. PMID: 32827647; PMCID: PMC7680392.
5. Stein R, Börjesson M. Inatividade física no Brasil e na Suécia - países diferentes, problema semelhante. Arq Bras Cardiol. Fevereiro de 2019; 112(2):119-120. DOI: 10.5935/abc.20190010. PMID: 30785575; PMCID: PMC6371836.
6. Pinto AJ, Roschel H, de Sá Pinto AL, Lima FR, Pereira RMR, Silva CA, Bonfá E, Gualano B. Inatividade física e comportamento sedentário: fatores de risco negligenciados nas doenças reumáticas autoimunes? Autoimmun Rev. 2017 Julho; 16(7):667-674. DOI: 10.1016/j.autrev.2017.05.001. Epub 2017 4 de maio. Errata em: Autoimmun Rev. 2022 Jan; 21(1):102928. DOI: 10.1016/j.autrev.2021.102928. PMID: 28479487.

7. Silva DR, Werneck AO, Malta DC, Souza-Júnior PRB, Azevedo LO, Barros MBA, Szwarcwald CL. *Ann Epidemiol.* Outubro de 2021;62:30-35. DOI: 10.1016/j.annepidem.2021.05.001. Epub 2021 21 de maio. PMID: 34029704; PMCID: PMC8451973.
8. Sanabria-Rojas Hernán, Tarqui-Mamani Carolina, Portugal-Benavides Walter, Pereyra-Zaldívar Héctor, Mamani-Castillo Lorenzo. Nivel de actividad física en los trabajadores de una Dirección Regional de Salud de Lima, Perú. *Rev. salud pública* [Internet]. 2014 Feb [cited 2024 Oct 25] ; 16( 1 ): 53-62. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642014000100005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000100005&lng=en). <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n1.38672>.
9. Reed JL, Príncipe SA. Saúde do coração da mulher: um foco na atividade física e no comportamento sedentário dos enfermeiros. *Curr Opin Cardiol.* Setembro de 2018; 33(5):514-520. DOI: 10.1097/HCO.0000000000000545. PMID: 29994807.
10. Ross A, Yang L, Wehrlen L, Perez A, Farmer N, Bevans M. Nurses and health-promoting self-care: Do we practice what we preach? *J Nurs Manag.* 2019 Apr;27(3):599-608. doi: 10.1111/jonm.12718. Epub 2018 Oct 31. PMID: 30223297; PMCID: PMC6421110.
11. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, Pratt M; Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet.* 2016 Sep 24;388(10051):1311-24. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30383-X. Epub 2016 Jul 28. PMID: 27475266.
12. Santos AC, Willumsen J, Meheus F, Ilbawi A, Bull FC. The cost of inaction on physical inactivity to public health-care systems: a population-attributable fraction analysis. *Lancet Glob Health.* 2023 Jan;11(1):e32-e39. doi: 10.1016/S2214-109X(22)00464-8. Epub 2022 Dec 5. PMID: 36480931; PMCID: PMC9748301.
13. IBGE. Dados sociodemográficos do município de Feira de Santana, Bahia. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/feira-de-santana/panorama>.
14. De Araújo TM, Karasek R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *SJWEH Supplements*, 2008;(6):52–59.
15. Karasek R. Job Content Questionnaire and User's Guide. Department of Work Environment, University of Massachusetts, , 1995. Disponível em: <https://www.jcqcenter.org>.
16. Garcia LM, da Silva KS, Del Duca GF, da Costa FF, Nahas MV. Sedentary behaviors, leisure-time physical inactivity, and chronic diseases in Brazilian workers: a cross sectional study. *J Phys Act Health.* 2014 Nov;11(8):1622-34. doi: 10.1123/jpah.2012-0423. Epub 2014 Apr 11. PMID: 24732950.
17. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios contínua - PNAD contínua. Dados em painel sobre educação. Disponível em: <https://painel.ibge.gov.br/pnadc/>
18. Rocha SV, Barbosa AR, Araújo TM. Leisure-time physical inactivity among healthcare workers. *Int J Occup Med Environ Health.* 2018 Jan 15;31(3):251-260. doi:

- 10.13075/ijomeh.1896.01107. Epub 2017 Oct 26. PMID: 29072713.
19. Mielke GI, Stopa SR, Gomes CS, Silva AG da, Alves FTA, Vieira MLFP, et al.. Leisure time physical activity among Brazilian adults: National Health Survey 2013 and 2019. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2021;24:e210008. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210008.supl.2>
  20. Costa T, Ribeiro L, Neri A. Prevalence of and factors associated with leisure-time physical activity in older adults from seven Brazilian cities: data from the FIBRA study. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde* [Internet], 2015; 20(2):174. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/5073>
  21. Rosa CD, Yamada AK, Menuchi MRTP. Atividade Física de Lazer e seu Relacionamento com Gênero e Tempo de Caminhada até o Parque ou Academia. *Licere* [Internet], 2023;26(3):78-92. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/licere/article/view/48218>
  22. Rocha SV, Barbosa AR, Araújo TM. Leisure-time physical inactivity among healthcare workers. *Int J Occup Med Environ Health*. 2018;31(3):251-60. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01107>
  23. Abell LP, Tanase KA, Gilmore ML, Winnicki AE, Holmes VL, Hartos JL. Do physical activity levels differ by number of children at home in women aged 25-44 in the general population? *Womens Health (Lond)*. 2019 Jan-Dec;15:1745506519871186. doi: 10.1177/1745506519871186. PMID: 31495288; PMCID: PMC6734607.
  24. Piirtola M, Kaprio J, Kujala UM, Heikkilä K, Koskenvuo M, Svedberg P, Silventoinen K, Ropponen A. Association between education and future leisure-time physical inactivity: a study of Finnish twins over a 35-year follow-up. *BMC Public Health*. 2016 Aug 4;16:720. doi: 10.1186/s12889-016-3410-5. PMID: 27492437; PMCID: PMC4973543.
  25. Pesquisa Nacional de Saúde. PNS 2019 - Ciclos de vida. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/12/liv101846.pdf>
  26. Yang J, Li X, He T, Ju F, Qiu Y, Tian Z. Impact of Physical Activity on COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct 28;19(21):14108. doi: 10.3390/ijerph192114108. PMID: 36360985; PMCID: PMC9657212.
  27. Polydoropoulou E, Intas G, Platis C, Stergiannis P, Panoutsopoulos G. Investigating Physical Activity Habits and Sleep Disorders in the Nursing Staff of Greece During the COVID-19 Pandemic: A Multicenter Cross-Sectional Correlational Study. *Adv Exp Med Biol*. 2023;1425:535-543. doi: 10.1007/978-3-031-31986-0\_52. PMID: 37581827.
  28. Zaccagni L, Toselli S, Barbieri D. Physical Activity during COVID-19 Lockdown in Italy: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jun 13;18(12):6416. doi: 10.3390/ijerph18126416. PMID: 34199286; PMCID: PMC8296244.
  29. Wunsch K, Kienberger K, Niessner C. Changes in Physical Activity Patterns Due to the Covid-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 16;19(4):2250. doi: 10.3390/ijerph19042250. PMID: 35206434; PMCID: PMC8871718.

30. Wunsch K, Kienberger K, Niessner C. Changes in Physical Activity Patterns Due to the Covid-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 16;19(4):2250. doi: 10.3390/ijerph19042250. PMID: 35206434; PMCID: PMC8871718.
31. Cheval B, Sivaramakrishnan H, Maltagliati S, Fessler L, Forestier C, Sarrazin P et al. Relationships between changes in self-reported physical activity, sedentary behaviour and health during the coronavirus (COVID-19) pandemic in France and Switzerland. *Journal of Sports Sciences*, 2020;39(6):699–704.  
<https://doi.org/10.1080/02640414.2020.1841396>

## 6. CONCLUSÕES

Os achados deste estudo, a partir dos dados obtidos em dois recortes distintos do tempo, demonstraram um aumento das queixas de DME pelos TS da APS no período pandêmico, sendo as regiões mais acometidas a do dorso e dos MMII. Ademais, as mulheres acima dos 39 anos, com companheiro, com filhos, com nível educacional até o ensino médio, com jornada semanal de trabalho acima de 40 horas, foram as mais acometidas. Além disso, as condições de trabalho do tipo passivo e os de alta exigência se mostraram mais suscetíveis para uma maior ocorrência de DME entre os TS.

Em relação à IFL, os achados demonstraram uma diminuição da mesma no período pandêmico, o que difere de outros estudos científicos. A maior escolaridade dos TS da APS investigados pode ter influenciado nesse resultado, uma vez que o conhecimento destes acerca da importância da adoção de hábitos de vida mais saudáveis, dentre os quais, uma prática regular de AF, seja um ponto relevante. Outro dado interessante foi a IFL mais prevalente entre os homens, atestando uma relação complexa sobre essa temática no que tange às diferenças de gênero acerca da prática de AF, e que depende de diversos fatores socioculturais. Ademais, a redução da IFL durante a pandemia de COVID-19 demonstrou a preocupação dos TS em relação a importância de se manterem fisicamente ativos durante um período de restrições para esse tipo de prática em ambientes coletivos, além do medo das próprias repercussões da doença em si a que estes profissionais estavam diretamente expostos.

Este estudo apresentou algumas limitações, sendo uma delas relacionada ao chamado “efeito do trabalhador sadio”, tendo em vista que foram investigados TS que se encontravam em exercício pleno de suas funções, excluindo os absenteístas, o que, de certa forma, pode ter subestimado a real prevalência da DME e superestimado aqueles com hábitos de vida mais saudáveis, como a prática regular de AF. Outra limitação, presente nos estudos que avaliam DME de forma auto referida ou nível de AF com questões dicotômicas, é a possível ocorrência de viés de auto relato ou de memória. Por fim, pelo tipo de estudo realizado (corte transversal), torna-se difícil estabelecer com precisão uma relação de causalidade acerca das relações encontradas.

Por outro lado, os achados deste estudo permitiram uma análise de informações de um elevado contingente de trabalhadores da APS em um intervalo de uma década, fornecendo insumos importantes para o planejamento de políticas de atenção à saúde do trabalhador. Além disso, há uma carência de artigos científicos que abordem uma discussão profunda acerca de

quadros de DME e IFL e as suas associações aqui estabelecidas, e estes resultados podem servir de base para outros estudos dentro dessa temática.

É de se destacar que os resultados aqui apresentados e discutidos pertencem a um retrato do espaço-tempo singular, vivenciado por toda humanidade e que afetou a todos, e que já não tem mais como serem coletados - o período pré-pandêmico de COVID-19 e o período pandêmico.

Por fim, espera-se que os achados aqui apresentados e discutidos sirvam de base para melhorias nas políticas públicas voltadas para a atenção com a saúde dos TS da APS, levando-se em consideração a importância das práticas de prevenção, promoção e reabilitação em saúde, e o estímulo à adoção do lazer ativo entre essa população, com ênfase para estratégias que considerem as especificidades de gênero, bem como entre aqueles que apresentaram maior probabilidade da adoção de um estilo de vida sedentário.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N.M.C. **Aspectos ergonômicos e posturais e o trabalhador da área de saúde.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 28, n. 2, p. 109-118, jul./dez. 2007. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3475>. Acesso em: 15/05/2023.

ALMEIDA, L.G.N.; TORRES, S.C.; SANTOS, C.M.F.. **Riscos ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da atenção básica.** Revista Enfermagem Contemporânea, v.1, n.1, 2012. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/51>. Acesso em: 20/05/2023.

ALVES, M. G. M. et al. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.2, p.164-71, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/55vCVJNvKpJcsGNjhpq5W4r/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15/06/2022.

AMARAL, V.S. et al.. **Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v.31, n.01, p.e310106, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>. Acesso em: 20/06/2023.

AMARAL, K.V.; GALDINO, M.J.Q.; MARTINS, J.T.. **Burnout, daytime sleepiness and sleep quality among technical-level Nursing students.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 29, p. e3487, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/xYqnKNyfyfXNsHjDTWGV4yR/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 10/06/2023.

ARAÚJO, T.M. et al. **Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados.** Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 645–657, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/YcN9J6dQbGYG3r5YbHzYQ9w/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15/06/2022.

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

2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZCTKTb7FhvxkJSvWSHZGwNB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15/06/2022.

ARAÚJO, T. M. de; KARASEK, R. **Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil**. Scand J Work Environ Health, v.34, Suppl 6, p.52-9, 2008. Disponível em: <https://www.sjweh.fi/article/1251>. Acesso em: 16/06/2023.

BAKHSHI, S.; WHILE, A.E.. **Health professionals' alcohol-related professional practices and the relationship between their personal alcohol attitudes and behavior and professional practices: a systematic review**. International journal of environmental research and public health, v. 11, n.1, p. 218-248, dez. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3924442/>. Acesso em: 18/06/2023.

BARBOSA, R.E.C.; ASSUNÇÃO, A.A.; ARAÚJO, T.M.. **Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 28, n. 8, p. 1569–1580, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MRpDngDx98X475fkZ93Xfrq/#>. Acesso em: 25/05/2022.

BAPTISTA, T.W.F.; AZEVEDO, C.S.; MACHADO C.V.. **Política, planejamento e gestão em saúde: abordagem e método de pesquisa**. 22a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.

BRASIL. **Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER): Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort)**. Editora: Ministério da Saúde. Brasília, 2012a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ler\\_dort.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ler_dort.pdf). Acesso em: 15/06/2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador**. Diário Oficial da União de 24/08/2012; Seção 1, 46-51, 2012b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html). Acesso em: 15/05/2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia>. Acesso em: 22/05/2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: [capa\\_pnab.indd \(www.gov.br\)](#). Acesso em: 22/05/2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. **Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>. Acesso em: 22/05/2023.

BREY, C. et al.. **O absenteísmo entre os trabalhadores de saúde de um hospital público do Sul do Brasil**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 7/1135, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30806>. Acesso em: 19/05/2022.

BUSS, P. M.. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência & Saúde Coletiva, v.5, n.1, p.163-177, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HN778RhPf7JNSQGxWMjdMxB/>. Acesso em: 10/05/2023.

CAMELO, S. H. H. et al. **Riscos psicossociais em equipes de saúde da família: carga, ritmo e esquema de trabalho**. Rev. Enferm. UERJ, v.20, n.2, p.733-738, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5990>. Acesso em: 10/05/2022.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. **Ciênc Cuid Saúde**, v.7, n.2, p. 232-240, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-527009>. Acesso em: 15/05/2022.

CARVALHO, D.B., ARAÚJO, T.M.; BERNARDES, K.O.. **Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 41, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/5xtwTHrPRxzysVTsfsCQ3Tp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25/06/2022.

CARREIRO, G. S. P. et al. **O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família.** Revista Eletrônica de Enfermagem. v.15, n.1, p.146-155, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/14084>. Acesso em: 15/03/2021.

CELESTINO, L.C.; LEAL, L.A.; LOPES, O.C.A.. **Riscos psicossociais relacionados ao trabalho do enfermeiro da Saúde da Família e estratégias de gerenciamento.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 54, p. e03602, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/Fn5fZ35mYtkVxB4TGwyHxRh/#>. Acesso em: 10/06/2022.

CORDIOLI JUNIOR, J.R.; CORDIOLI, D.F.C.; GAZETA, C.E.. **Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores da atenção primária à saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 5, pág. e20190054, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GJ9xFMKgWSNP7vfSkxsdZwN/#>. Acesso em: 10/06/2023.

CUNHA, M.S.; SÁ, M.C.. **A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.17, n.44, p.61–73, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YBt5R98dMgwPVDpSTWgXGNJ/?lang=pt#>. Acesso em: 14/03/2023.

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; CORRÊA, M.. **Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19.** Trabalho, Educação e Saúde, v.19, p.e00321153, jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/qDg6fnxcSZbgtB9SYvnBK8w/?format=html#>. Acesso em: 17/10/2022.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. Stress, trabalho e doenças de adaptação. In: FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho uma abordagem psicossomática.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007, p.29-52.

GARBIN, A.J.I. et al.. **Musculoskeletal pain and ergonomic aspects of dentistry.** Rev Dor [Internet]. 2015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n2/1806-0013-rdor-16-02-0090.pdf>. Acesso em: 20/06/2021.

GARBIN, A.J.I., NASCIMENTO, C.C.M.P.; ZACHARIAS, F.C.M.. **Sickness absenteeism of Primary Health Care professionals before and during the COVID-19 pandemic.** Revista

Brasileira de Enfermagem, v.75, p.e20220028, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HXrHhbrW4LBh4Fm4pKHJSyk/?lang=pt#>.

GARCIA, M.L.B.; CALICH, I. **Artrites e artralguas. Semiologia clínica.** São Paulo: Savier; p. 566-74, 2002.

GARCIA, G.P.A.; MARZIALE, M.H.P.. **Indicators of burnout in Primary Health Care workers.** Revista Brasileira de Enfermagem, v.71, p.2334-42, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0530>. Acesso em: 30/06/2023.

GOMES NETO, M.; SAMPAIO, G.S.; SANTOS, P.S. **Frequência e fatores associados a dores musculoesqueléticas em estudantes universitários.** Rev Pesq Fisioter [Internet]. 2016. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/790/566>. Acesso em: 15/03/2021.

GURGUEIRA, G. P.; ALEXANDRE, N. M.C.; CORRÊA FILHO, H. R. **Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem.** Revista Latino-Americana Enfermagem, v.11, n.5, p. 608-613, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/kFSQWZcBdNxxTWcNYMjv7mN/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20/02/2021.

HAIKAL, D. S. et al.. **Qualidade de vida, satisfação e esforço/recompensa no trabalho, transtornos psíquicos e níveis de atividade física entre trabalhadores da atenção primária à saúde.** Revista de APS [online], v. 16, n. 3, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14992>. Acesso em: 20/07/2023.

HIDALGO, K. D. et al.. **Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals.** BMC Public Health, v.16, n.1, p. 1114, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27776496/>. Acesso em: 28/07/2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde 2013 - Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades de federação** [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=291110&view=detalhes>.

\_\_\_\_\_. **Dados sociodemográficos do município de Feira de Santana, Bahia.** Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/feira-de-santana/panorama>. Acesso em: 20/08/2023.

JACKSON FILHO, J.M. et al.. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, p. e14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/Km3dDZSWmGpgYbjgc57RCn/?lang=pt#>.

JERÔNIMO, J.S.; LOPES, S.V.; SIQUEIRA, F.C.V.. **Counseling to change the lifestyle of sedentary workers on musculoskeletal pain: systematic review.** BrJP, v.5, n.3, p.272–284, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/WB3yP6Bz8HFr4wtdVqK4CjP/?lang=pt#>. Acesso em: 10/08/2023.

KARASEK, R. A.. **Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign.** Administrative Science Quarterly, v.24, n.2, p.285–308, 1979. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/2392498>. Acesso em: 20/06/2022.

KARASEK, R. A.. **Job Content Questionnaire and User's Guide.** Department of Work Environment, University of Massachusetts, 1985. Disponível em: <https://www.jcqcenter.org>. Acesso em: 18/06/2022.

KARASEK, R. A. **Job Content Questionnaire and User's Guide. Department of Work Environment.** University of Massachusetts, 1985. Disponível em: <https://www.jcqcenter.org/>. Acesso em: 02/04/2020.

LIMA, J.P. et al.. **Prevalência de distúrbios osteomioarticulares e algias em fisioterapeutas.** Rev Saúde Pública Santa Catarina, v. 8, n. 3, p. 98-108, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1129468>. Acesso em: 20/06/2021.

MARZIALE, M.H.P. et al.. **Risk of COVID-19 in frontline healthcare workers and interventions: a systematic review.** SciELO Preprints, 2022. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.3745. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3745>.

MERHY, E. E. **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde.** Interface: Communication, Health, Education, v. 4, n. 6, p. 109–116, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/hWjdyMG9J4YhwPLLXdY3kfd/>. Acesso em: 10/03/2022.

MONTEIRO, M. S.; ALEXANDRE, N. M. C.; RODRIGUES, C. M.. **Doenças músculo-esqueléticas, trabalho-esqueléticas, trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de estilo de uma instituição pública de saúde.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 40, n. 1, p. 20-25, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/yNKdZ6NwGKqzKn4PsHDYKQy/>. Acesso em: 27/07/2023.

OLIVEIRA, F. E. S. DE et al.. **Common mental disorders in Primary Health Care professionals during the COVID-19 pandemic period: a cross-sectional study in the Northern health macro-region of Minas Gerais state, Brazil, 2021.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 32, n. 1, p. e2022432, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/6BZW5kxFwQzcZTZtdq536fG/?lang=en#>. Acesso em: 26/07/2023.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **WHO characterizes COVID-19 as a pandemic.** Washington (DC): PAHO; 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/en/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em: 20/07/2022.

PESSINI, L. **Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar.** Revista de Bioética N5, 2002. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/214/215](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/214/215). Acesso em: 15/06/2022.

PROFIS, M.; SIMON-TUVAL, T. **The influence of healthcare workers' occupation on Health Promoting Lifestyle Profile.** Industrial Health, v. 54, n. 5, p. 439-447, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5054285>. Acesso em: 10/08/2023.

REIS, A.L.P.P.; FERNANDES, S.R.P.; GOMES, A.F.. **Estresse e fatores psicossociais.** Psicologia: ciência e profissão. Brasília, v. 30, n. 4, Dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/8VdqxG3rYm37knTdFCxXqtm/#>. Acesso em: 25/05/2023.

REISDORFER, E. et al.. **Problematic alcohol and tobacco use among healthcare professionals.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. Port.), Ribeirão Preto, v.12, n.4, p.214-221, dez. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-6976201612000004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-6976201612000004).

SANTOS, E.C.; ANDRADE, R.D.; LOPES, S.G.R.. **Prevalence of musculoskeletal pain in nursing professionals working in orthopedic setting**. Revista Dor, v. 18, n. 4, p. 298–306, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/Q7QXP3HDm7qDKfYR3jMcXLs/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 17/06/2022.

SANTOS, W.J. et al.. **Saúde física e mental de profissionais de unidades de saúde da família na pandemia do COVID-19**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Porto), n. 27, p. 111-122, jun. 2022. Disponível em: [http://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602022000100111&lang=pt](http://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602022000100111&lang=pt). Acesso em: 18/07/2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). **Estrutura da Atenção Básica do município de Feira de Santana, BA**. Secretaria Municipal de Saúde, 2023. Disponível em: [http://www.feiradesantana.ba.gov.br/servicos.asp?id=14&link=sms/atencaobasica/estrutura\\_a\\_ten\\_bas.asp](http://www.feiradesantana.ba.gov.br/servicos.asp?id=14&link=sms/atencaobasica/estrutura_a_ten_bas.asp). Acesso em: 21/08/2023.

SELYE, H. **Stress without distress**. Signet, The New American Library, Inc.: Broadway, New York, New York, 1974.

SILVA, N. R.. **Fatores Determinantes da Carga de Trabalho em uma Unidade Básica de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.8, p. 3393-3402, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hnVDnztXTS3PmfphFX3DQt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10/03/2021.

SILVA-JUNIOR, J. S.; CUNHA, A. A.; LOURENÇÃO, D. C. A. **Occupational psychosocial stressors and mental distress among healthcare workers during COVID-19 pandemic**. Einstein (São Paulo), v. 19, p. eAO6281, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/pWZ8C6mhKXZQjC7XkrwHVb/?lang=pt#>. Acesso em: 20/07/2023.

SIQUEIRA, F. C. V. et al. **Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil**. Cad. Saúde Pública, v. 25, n. 9, p. 1917-1928, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QstCBmjWcP6wk7jCbChMX4d/?lang=pt#>. Acesso em: 23/07/2023.

SNÉGE, A. et al. **Sedentary Behavior Counseling Received from Healthcare Professionals: An Exploratory Analysis in Adults at Primary Health Care in Brazil.** International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 19, n. 16, p. 9963, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19169963>. Acesso em: 13/08/2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDO PARA DOR (SBED). **Dor Musculoesquelética.** São Paulo: SBED; 2009. Disponível em: [http://www.sbed.org.br/sites/arquivos/downloads/fasc\\_dor\\_musculoesqueletica.pdf](http://www.sbed.org.br/sites/arquivos/downloads/fasc_dor_musculoesqueletica.pdf). Acesso em: 09/05/2021.

SORATTO, J., PIRES, D.E.P.; TRINDADE, L.L.. **Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 26, n. 3, p. e2500016, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/94HTCtXHwtVfGQRwsTfvXGH/?lang=pt#>. Acesso em: 10/05/2023.

SOUSA, K.O.; BARROS, L.M.. **Estresse e Estratégias de Enfrentamento de Gestores de Saúde.** Estud. pesquis. psicol., Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 496-515, ago. 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812018000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000200007). Acesso em: 28/06/2023.

SOUSA M.F. DE; HAMANN, E.M. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?** Ciência & Saúde Coletiva, v.14, p. 1325-1335, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a02v14s1.pdf>. Acesso em: 17/05/2022.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>. Acesso em: 28/07/2023.

SUMIYA, A. et al.. **Mudanças de hábitos de vida em trabalhadores da atenção primária durante a pandemia de COVID-19: um estudo transversal.** Journal of Management & Primary Health Care, v. 12, p. 1–13, 2021. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1106>. Acesso em: 17/07/2023.

TORTORA, G. J. Sistema endócrino. In: \_\_\_\_\_. **Princípios de anatomia e fisiologia.** 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, p.635-680. Cap.18.

TRINDADE, L.; LAUTERT, L. **Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família**. Rev. da Escola de Enfermagem da USP, v.44, n.2, p.274-279, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/yfvRcQ8dVZ5Qt34kFNCDHgc/>. Acesso em: 13/04/2022.

VILAS BOAS, J.R.C. et al.. **Prevalência do sedentarismo nos profissionais de saúde de uma unidade local de saúde antes e após a COVID-19**. Sağlık Akademisi Kastamonu, v. 7, edição especial, p. 177-178, 2022. Disponível em: [https://dergipark.org.tr/en/pub/sak/issue/68766/1138728#article\\_cite](https://dergipark.org.tr/en/pub/sak/issue/68766/1138728#article_cite). Acesso em: 15/07/2023.

WHO. **Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it**. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it). Acesso em: 20/07/2022.

XU, Z. et al.. **Primary care practitioners' barriers to and experience of COVID-19 epidemic control in China: a qualitative study**. Journal of General Internal Medicine, v. 35, n. 11, p. 3.278-3.284, nov. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7458355>.

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UEFS - 2009

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Av. Transnordestina, S/N – Novo Horizonte - Módulo I – 44.036-900 – Feira de Santana-BA  
Fone: (75) 224-8124 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira de Santana, 30 de novembro de 2009.  
O f. CEP-UEFS nº 267/2009.

Senhor(a) Pesquisador(a): Tânia Maria de Araújo

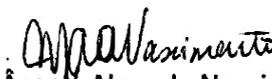
Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado “**Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia**”, registrado sob **Protocolo N.º 081/2009 (CAAE 0086.0.059.000-09)**, satisfaz às exigências da **Res. 196/96**. Assim, seu projeto foi **Aprovado** podendo ser iniciada a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa conforme orienta o **Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96**.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a **Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b**.

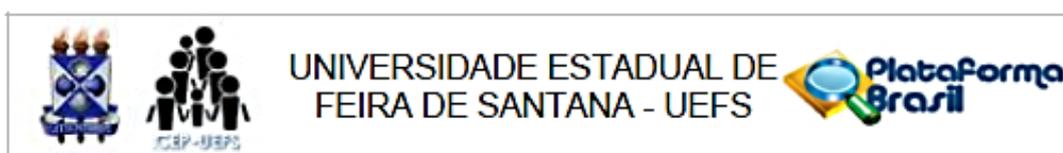
Relembro que conforme instrui a **Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c**, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano **(30/11/2010)** este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,

  
Maria Ângela Alves do Nascimento  
Coordenadora do CEP-UEFS





Continuação do Parecer: 4.088.070

peças com TB, especialmente na ausência de proteção individual adequada ou na vigência de condições clínicas que comprometam a imunidade.

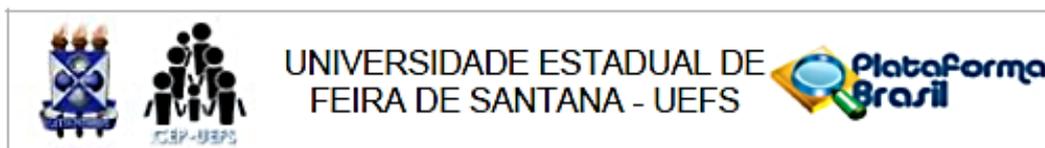
De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a investigação da infecção latente por *M. tuberculosis* (ILTb), situação em que o indivíduo é infectado mas não apresenta a doença ativa, deve ser realizada periodicamente em trabalhadores de saúde por meio da aplicação intradérmica da tuberculina (PPD-RT23) e leitura após 48-72 horas, havendo indicação de tratamento quando é detectada a conversão tuberculínica segundo recomendações do MS. Este insumo será disponibilizado por meio de doação pela Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória e Condições Crônicas/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde.

Considerando que a prevenção da TB está entre as ações de fundamental importância no âmbito da saúde do trabalhador, no qual também está inserida a pesquisa intitulada "Vigilância e monitoramento de doenças infecciosas em trabalhadores e trabalhadoras do setor saúde" conduzida pelo Núcleo de Epidemiologia (NEPI), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), solicitamos a anuência deste Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para a inclusão do rastreamento da ILTB no presente estudo. Para isso, os trabalhadores que aceitarem participar da pesquisa serão submetidos à aplicação intradérmica de 0,1 mL do PPD-RT23 no terço médio da face inferior do antebraço esquerdo e leitura do teste em 48-72 h por profissional devidamente treinado, podendo haver necessidade de repetição do teste, de acordo com protocolo do Ministério da Saúde.

Destacamos que todas as medidas de controle de infecção serão respeitadas, incluindo a utilização adequada e segura de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Os participantes serão orientados que o procedimento resultará no aparecimento de uma pápula endurecida e indolor no local da aplicação, cujo diâmetro será medido com uma régua milimetrada em 48-72 h após aplicação.

Ressaltamos que este procedimento não oferecerá maiores riscos ao indivíduo. Os casos positivos serão orientados e devidamente encaminhados para a unidade de referência do programa de controle da TB no município de Feira de Santana, Bahia, caso seja necessário afastar diagnóstico de doença ativa ou avaliar necessidade de tratamento da ILTB. Aproveitamos ainda para informar a este CEP sobre a necessidade de inclusão de questões sobre a utilização de medicamentos e

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 4.089.070

também sobre o histórico de TB no bloco "hábitos de vida e aspectos relacionados à sua saúde" do questionário com dados sociodemográficos, características do trabalho e condições de saúde que será utilizado como um dos instrumentos desta pesquisa.

Nos casos em que houver indicação de continuidade de investigação de ILTB, nos casos em que os profissionais apresentem sinais ou sintomas sugestivos da doença ou indicação de tratamento para ILTB ou TB ativa, serão tomadas todas as providências necessárias ao tratamento: os trabalhadores de Feira de Santana serão encaminhados para o Centro de Saúde Especializado (CSE) Dr. Leone Coelho Leda, unidade ambulatorial de referência para tratamento e acompanhamento dos casos de TB no referido município.

Todas modificações relacionadas estão referidas no projeto de pesquisa (brochura principal)."

**Objetivo da Pesquisa:**

Investigar a ocorrência de doenças infecciosas (Hepatites Virais B e C, HIV, Sífilis, arboviroses – dengue, zika e chikunguya e ILTB) entre trabalhadores do setor saúde do Estado da Bahia, avaliando os fatores relacionados à ocorrência observada, bem como as medidas profiláticas existentes e adotadas pelos trabalhadores no exercício de sua atividade profissional, com a finalidade de fomentar ações que possam promover e proteger a saúde dos trabalhadores.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**"Riscos:**

São possíveis riscos: privacidade, responder a questões sensíveis, violência, exposição ocupacional, sexualidade. Risco de revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados. E o dano gerado ao tempo de trabalho que será gasto na participação das entrevistas. Risco físico relacionado aos procedimentos a serem realizados: punção digital para medida da glicemia casual e realização da punção digital para coleta de sangue para realização do teste rápido. Possíveis reações locais decorrentes da aplicação do PPD: edema, eritema, prurido e dor local (na maioria dos casos, reações leves e de resolução espontânea). Além da medida da pressão arterial com uso de manguito inflável. Será garantido que os pesquisadores sejam habilitados ao método de coleta dos dados, principalmente para os procedimentos de coleta de sangue, através de punção digital, de forma rápida e segura.

**Benefícios:**

O estudo possibilitará a discussão e elaboração de instrumentos de pesquisa e procedimentos metodológicos adequados à realidade da população estudada, respeitando-se as diferenças

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 4.088.070

culturais e sociais que possam existir. O uso do conhecimento gerado na pesquisa interliga-se às possibilidades de intervir/modificar os contextos-objetos de investigação. Os trabalhadores poderão reconhecer os principais riscos diante do contexto ocupacional que ocupa e apreender medidas de segurança, precaução e prevenção, sobretudo para doenças infecciosas."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Emenda viável e coerente com a proposta inicial do projeto. O cronograma da pesquisa encontra-se vigente.

O CEP UEFS é favorável a:

- Inclusão na pesquisa do professor Dr. Kaio Vinicius Freitas de Andrade ao projeto de pesquisa.

- Inclusão do rastreamento da ILTB no presente estudo. Essa inclusão gera mudanças no objetivo do projeto, referencial, metodologia com destaque para quais os novos riscos para a pesquisa e como os pesquisadores vão realizar os encaminhamentos dos participantes e TCLE.. Ademais apresenta orçamento para os custos adicionais.

Os pesquisadores se comprometem com as medidas de segurança no desenvolvimento da pesquisa, bem como garantem acompanhamento aos participantes e acompanhamento em caso de casos positivos. Apresenta as particularidades no TCLE que envolvem cada teste desenvolvido.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta documentos com alterações conforme norma operacional 001/2013.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tenho muita satisfação em informar-lhe que a EMENDA proposta ao projeto de Pesquisa foi Aprovada e satisfaz às exigências da Res. 466/12, 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, pode ser iniciada a coleta de dados com novos participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br



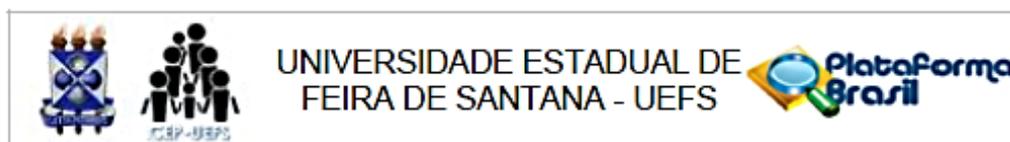
Continuação do Parecer: 4.088.070

pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1558487_E3.pdf	08/08/2020 18:20:20		Aceito
Outros	justificativajunho.docx	08/08/2020 18:19:18	Tânia Maria de Araújo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetojun2020.docx	08/08/2020 18:12:56	Tânia Maria de Araújo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEjun2020.doc	08/08/2020 18:12:05	Tânia Maria de Araújo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	decPesquefsKaioVinicius.pdf	01/06/2020 17:11:17	Tânia Maria de Araújo	Aceito
Outros	questoesTB.docx	26/05/2020 15:15:37	Tânia Maria de Araújo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2020.doc	26/05/2020 15:14:34	Tânia Maria de Araújo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoatualizado.docx	26/05/2020 15:14:19	Tânia Maria de Araújo	Aceito
Outros	justificativa2020.docx	29/04/2020 10:28:20	Tânia Maria de Araújo	Aceito
Cronograma	cronogramacepnovo.docx	29/04/2020 10:24:58	Tânia Maria de Araújo	Aceito
Orçamento	orcamento2019.doc	28/05/2019 14:50:09	Tânia Maria de Araújo	Aceito
Outros	declaracaofiocruzbio.pdf	28/05/2019 14:02:41	Tânia Maria de Araújo	Aceito
Outros	oficio.docx	03/05/2019 14:59:19	Tânia Maria de Araújo	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto0305.docx	03/05/2019 14:58:02	Tânia Maria de Araújo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLESTSVIG0305.doc	03/05/2019 14:57:32	Tânia Maria de Araújo	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 4.088.070

Investigador	projetoCompleto.doc	23/05/2018 11:27:00	Tânia Maria de Araújo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	decPesqfba_tecia_argemiro.pdf	23/05/2018 11:25:00	Tânia Maria de Araújo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	decPesqSAJpdf.pdf	23/05/2018 11:24:40	Tânia Maria de Araújo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	decPesquefspdf.pdf	23/05/2018 11:23:28	Tânia Maria de Araújo	Aceito
Orçamento	ORcAMENTO.doc	23/05/2018 11:23:12	Tânia Maria de Araújo	Aceito
Folha de Rosto	folhadrostpdf1.pdf	23/05/2018 11:20:15	Tânia Maria de Araújo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FEIRA DE SANTANA, 15 de Junho de 2020

---

**Assinado por:**  
**Pollyana Pereira Portela**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br

## ANEXO C – TCLE



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 Infeciosas 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 Danyella Santana Souza e coordenação da professora Dr<sup>a</sup> Tânia 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 Vírus), aplicação intradérmica de 0,1mL da prova tuberculínica (PPD RT-23) para investigação da infecção latente por tuberculose (ILTb) com leitura em 48-72 horas após aplicação, 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 relacionado 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, aplicação intradérmica da prova tuberculínica, 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.

Feira de Santana, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Tânia Maria de Araújo*

Assinatura do Participante

Tânia Maria de Araújo  
Coordenadora

*Danyella Santana Souza*

Danyella Santana Souza  
Supervisora

## ANEXO D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS


**VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS ENTRE  
TRABALHADORES E TRABALHADORAS DO SETOR SAÚDE.**
**UFES**

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: 1 feminino  0 masculino 2. Idade (em anos):   3. Tem filhos? 0 não  1 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  Incompleto Pós-Graduação:9  Especialização10  Mestrado11  DoutoradoQual curso? 

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) 2  Municipalizado  
 3  Contratado pela CLT 4  Prestador de serviços 5  Cooperativado  
 6  Cargo de confiança 7  Terceirizado 8  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, clorexidina, 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?  
 0 nunca  1 raramente  2 às vezes  3 sempre

14. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo?  
 0 nunca  1 raramente  2 às vezes  3 sempre

15. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo?  
 0 nunca  1 raramente  2 às vezes  3 sempre

16. Seu trabalho exige que você ande muito?  
 0 nunca  1 raramente  2 às vezes  3 sempre

17. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo?  
 0 nunca  1 raramente  2 às vezes  3 sempre

18. Seu trabalho exige que você ajude o paciente a se movimentar ou levantar?  
 0 nunca  1 raramente  2 às vezes  3 sempre

19. No setor onde você trabalha existem:

Material suficiente para realizar tarefas	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não <input type="radio"/> 2
Sala de descanso	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não <input type="radio"/> 2
Tempo disponível para você se alimentar	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não <input type="radio"/> 2
Acesso a sanitários para os trabalhadores no local de trabalho	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não <input type="radio"/> 2
Lanche oferecido pelo empregador no local de trabalho	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não <input type="radio"/> 2
Escaninhos para guardar pertences	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não <input type="radio"/> 2
Copa/refeitório	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não <input type="radio"/> 2

20. Durante as atividades no trabalho, com que frequência você utiliza os Equipamentos de Proteção Individual (EPI)?

Máscara de tecido	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> nunca <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> raramente <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> às vezes <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> sempre <input type="radio"/> 4
Máscara cirúrgica	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> nunca <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> raramente <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> às vezes <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> sempre <input type="radio"/> 4
Máscara de proteção respiratória (N95 ou PFF2)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> nunca <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> raramente <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> às vezes <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> sempre <input type="radio"/> 4
Protetor facial (Face Shield)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> nunca <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> raramente <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> às vezes <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> sempre <input type="radio"/> 4
Óculos	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> nunca <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> raramente <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> às vezes <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> sempre <input type="radio"/> 4
Avental	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> nunca <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> raramente <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> às vezes <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> sempre <input type="radio"/> 4
Luvas	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> nunca <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> raramente <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> às vezes <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> sempre <input type="radio"/> 4
Álcool gel	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> nunca <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> raramente <input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> às vezes <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> sempre <input type="radio"/> 4

21. No contexto de pandemia, você teve acesso a cursos ou a protocolos de biossegurança oferecido pelo serviço em que trabalha?  
 0  sim  1  não  2

22. Você foi treinado(a) para realizar os procedimentos previstos em protocolos de biossegurança (para uso de EPI, de máscaras e outros equipamentos)?  
 0  sim  1  não  2

## 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.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

2. Meu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

4. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

5. Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

6. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

7. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

8. Meu trabalho me permite tomar muitas decisões por minha própria conta.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

9. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como fazer minhas próprias tarefas.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
12. Eu não sou solicitado(a) a realizar um volume excessivo de trabalho.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
13. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
14. Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
15. Eu frequentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
16. Meu trabalho me exige muito emocionalmente.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
17. Meu trabalho envolve muita negociação/ conversa/ entendimento com outras pessoas.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
18. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
19. Meu trabalho exige muito esforço físico.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
20. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
21. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha meu corpo, por longos períodos, em posições incômodas  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
22. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha minha cabeça e braços, por longos períodos, em posições incômodas  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
23. Meu supervisor/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho.  não tenho supervisor  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
24. Meu supervisor/coordenador me trata com respeito.  não tenho supervisor  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
25. Meu supervisor/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho.  não tenho supervisor  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
26. As pessoas com quem trabalho são amigáveis.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
27. As pessoas com quem trabalho são colaborativas na realização das atividades.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
28. Eu sou tratado(a) com respeito pelos meus colegas de trabalho.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
29. Onde eu trabalho, nós tentamos dividir igualmente as dificuldades do trabalho.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
30. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
31. Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

### ERI (ESCALA DESEQUILIBRIO ESFORÇO - RECOMPENSA)

1. Constantemente, eu me sinto pressionado(a) pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
2. Frequentemente eu sou interrompido(a) e incomodado(a) no trabalho.  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
3. Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente
4. Frequentemente, eu sou pressionado(a) a trabalhar depois da hora  
 1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

5. Meu trabalho exige muito esforço físico.  1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

6. Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.  1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

7. Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes.  1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

8. Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho.  1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

9. No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis.  1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

10. No trabalho, eu sou tratado(a) injustamente.  1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

11. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido(a) no futuro.  1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

12. No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.  1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

13. Minha segurança no emprego é baixa.  1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

14. A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento.  1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

15. No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço.  1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

16. Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas.  1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

17. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.  1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

18. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado(a) pela pressão do tempo.  1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

19. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas de trabalho.  1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

20. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e "me desligar" facilmente do meu trabalho.  1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

21. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.  1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

22. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.  1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

23. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.  1 discordo fortemente  2 discordo  3 concordo  4 concordo fortemente

## 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 responde, dê a melhor resposta que você puder.

1. Tem dores de cabeça frequentemente?     0 sim  1 não

2. Tem falta de apetite?     0 sim  1 não

3. Dorme mal?     0 sim  1 não

4. Assusta-se com facilidade?     0 sim  1 não

5. Tem tremores nas mãos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não
7. Tem má digestão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não
9. Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não
10. Tem chorado mais do que de costume?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não
11. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não
12. Tem dificuldade para tomar decisões?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não
13. Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não
16. Você se sente uma pessoa inútil em sua vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não
17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	não
20. Você se cansa com facilidade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sim	<input type="radio"/>	<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)	0	1	2	3
	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"/>	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica
b - Isso já aconteceu antes em algum momento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

#### Pense sobre sua última grave crise de ansiedade.

a - Você sentiu falta de ar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica
b - Seu coração acelerou, bateu mais forte, ou palpitou?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica
c - Você sentiu dor ou pressão no peito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica
d - Você suou?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica
e - Você sentiu como se estivesse em choque ou assustado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica
f - Você sentiu ondas de calor ou calafrios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica
h - Você se sentiu tonto(a), fraco(a) ou cambaleou?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica
i - Você sentiu formigamento, dormência em partes do corpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica
j - Você sentiu tremores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica
k - Você teve medo de que você estivesse morrendo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	<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. Pequenos consertos  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?)

cônjuge  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:  
 0  1  2  3
5. Você consome bebida alcoólica?  0  1  2  3  4  5
6. Com que frequência você consome bebida alcoólica?  
 0  1  2  3  4  5
7. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?  0  1  2  3
8. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?  0  1  2  3
9. Sente-se aborrecido consigo mesmo(a) pela maneira como costuma beber?  0  1  2  3
10. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?  0  1  2  3

## SOBRE O SEU HISTÓRICO VACINAL

Por favor, responda as questões que seguem utilizando seu cartão de vacinação:

- Você possui cartão de vacina?  0  1  2  3
- Se sim, você costuma levar o cartão de vacina na carteira?  0  1  2  3
1. Já recebeu vacina contra Hepatite B?  0  1  2  3  4
- 1.1 Em caso afirmativo, você recebeu:  0  1  2  3  4
- 1.2 Você realizou exame de sangue para verificar se formou anticorpos contra a Hepatite B (Anti-HBs)?  
 0  1  2  3
- 1.3 Se fez o exame de sangue, você ficou imunizado contra a Hepatite B?  0  1  2  3
2. Já recebeu vacina contra Febre Amarela?  0  1  2  3  4
- 2.1 Em caso afirmativo:  0  1  2  3  4
3. Já tomou a vacina contra Rubéola, Sarampo e Caxumba (tríplice viral)?  0  1  2  3  4
- 3.1 Em caso afirmativo, você recebeu:  0  1  2  3  4
4. Já recebeu vacina contra Tétano e Difteria?  0  1  2  3  4
- 4.1 Em caso afirmativo, você recebeu:  0  1  2  3  4
5. Já recebeu a vacina contra tuberculose (BCG)?  0  1  2  3  4
6. Você possui a cicatriz no braço para essa vacina (BCG)?  0  1  2  3  4
7. Você se vacinou no último ano contra a influenza (H1N1)?  0  1  2  3  4
8. Você já teve reação à alguma vacina?  0  1  2  3  4

9. Se sim, qual/quais a/os tipo/os de reação?

Dor no local da injeção	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não	Inchaço	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não
Vermelhidão	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não	Febre	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não
Mal-estar	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não	Dores musculares	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não
Desmaio	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não	Outro?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não Qual: _____

10. Além dessas vacinas você recebeu outra vacina na vida adulta?  0  sim  1  não  2  não sei/não me lembro

10.1 Se sim, qual/quais? \_\_\_\_\_

11. Com relação às vacinas citadas acima, onde você recebeu estas vacinas:  0  Somente na rede pública  
 1  Maioria na rede pública  2  A maioria na rede privada  3  Somente na rede privada

12. Você tem receio de receber vacinas?  0  sim  1  não

13. Quais são os principais motivos para **as pessoas não** se vacinarem?

<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Dúvidas sobre a eficácia	<input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> Medo da agulha
<input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Não ter risco de contrair doenças infecciosas	<input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> Falta de interesse
<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Falta de tempo	<input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> Não acredita em vacinas
<input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> Contraindicação médica	<input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> Medo de reações adversas
<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> Questões religiosas	<input type="radio"/> 11 <input type="radio"/> Poucos estudos que testaram eficácia
<input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Compartilhamento de notícias falsas	

## OUTRAS QUESTÕES SOBRE VACINAÇÃO

1. Você compartilha informações sobre vacinação nas suas mídias sociais?  0  sim  1  não

2. Líderes religiosos e pessoas famosas influenciam na sua vacinação?  0  sim  1  não

3. Já aconteceu algo na sua vida ou comunidade que fez com que você deixasse de acreditar nas vacinas?  0  sim  1  não

4. Você conhece alguém que deixou de se vacinar por motivos religiosos ou culturais?  0  sim  1  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?  0  sim  1  não

6. A distância das clínicas e/ou unidades de vacinação da sua casa o impedem de receber vacinação?  0  sim  1  não

7. Você confia na indústria que produz suas vacinas?  0  sim  1  não

8. Você conhece alguém que teve alguma seqüela após vacinação?  0  sim  1  não

9. Se sim, isso influencia sua aceitação às vacinas?  0  sim  1  não

10. Para você, a quantidade de vacinas sobrecarrega o sistema imunobiológico?  0  sim  1  não

11. Nas campanhas de vacinação, você tem informações suficientes para decidir se vacinar?  0  sim  1  não

12. Você confia nas informações que profissionais lhe repassam sobre vacinação?  0  sim  1  não

13. Você acha necessário receber vacinas para doenças que já não estão ocorrendo?  0  sim  1  não

14. Em seu círculo de família, amigos e comunidade, as pessoas costumam se vacinar?  0  sim  1  não

15. Você se sente informado suficientemente sobre riscos/benefícios da vacinação?  0  sim  1  não

16. Você se sente seguro para receber novas vacinas?  0  sim  1  não

17. Você sente medo no momento da aplicação da vacina?  0  sim  1  não

18. Você se sente acolhido pelo profissional que administra a vacina em você?  0  sim  1  não

19. Você confia nas pessoas que cuidam o processo de vacinação na unidade de saúde?  0  sim  1  não

20. Você considera o calendário vacinal flexível pra ser cumprido?  0  sim  1  não

21. Em algum momento você deixou de se vacinar por não ter condições financeiras?  0  sim  1  não

22. Você considera que os trabalhadores da saúde interferem na decisão de aceitar ou não uma vacina?  0  sim  1  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.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Vacinar-me pode ser doloroso.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Vacinar-me dispenderia muito do meu tempo.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Vacinar-me pode interferir nas minhas atividades diárias.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Vacinar-me é difícil porque exige deslocamento: o posto de vacinação é longe do meu local de trabalho ou da minha casa.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 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 dispenderia 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 esperma 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, hemodiálise 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

1. Você já recebeu a vacina contra COVID-19?  0  Sim  1  Não

2. Se sim, quantas doses?  1 dose  2 doses  3  Não se aplica (não se vacinou)

3. Qual vacina recebeu?  1  Coronavac  2  AstraZeneca/Oxford  3  Sputnik V  4  Outra: \_\_\_\_\_.

4. Apresentou algum tipo de reação ou evento adverso pós-vacinação?  1  Sim  2  Não  3  Não se aplica (não se vacinou)

Se SIM, quais?

1  Dor no local da injeção  2  Dor de cabeça  3  Diarreia  4  Vermelhidão no local  5  Febre  6  Convulsão  
 7  Desmaio  8  Outra: \_\_\_\_\_  9  
 10  Não se aplica (não se vacinou)

5. Você notificou a sua unidade de saúde sobre reações ou eventos adversos?

1  Sim  2  Não  3  Não se aplica (não se vacinou ou não teve eventos adversos)

6. Você se sente/sentiu seguro para receber a vacina contra COVID-19?  1  Sim  2  Não  3  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 seqüela 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 seqüela:

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<sub>2</sub>  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

HM/AIDS  sim  não

Hepatite A  sim  não

Hepatite B  sim  não

Hepatite C  sim  não

Sífilis  sim  não

Caxumba  sim  não

HTLV<sub>1</sub>  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, gota, 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 nos 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?  0  sim  1  não

Em caso afirmativo, o paciente tinha diagnóstico de:

Hepatite B  0  sim  1  não

Hepatite C  0  sim  1  não

HIV  0  sim  1  não

Houve emissão da CAT?  0  sim  1  não  2  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?

0  sim  1  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?

0  sim  1  não  2  não tenho conhecimento da existência dessa Orientação

12. Você já vivenciou algum dos itens abaixo?

Drogas injetáveis  0  sim  1  não

Três ou mais parcerias sexuais sem preservativo  0  sim  1  não

Transplante  0  sim  1  não

Tatuagem ou piercing  0  sim  1  não

Acupuntura  0  sim  1  não

Tratamento cirúrgico ou dentário  0  sim  1  não

Hemodíalise  0  sim  1  não

Transusão de sangue ou hemoderivados  0  sim  1  não

Contato direto com sangue e hemoderivados de familiares/amigos/outros  0  sim  1  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?  0  sim  1  não

## PADRÕES DO SONO

Durante as últimas quatro semanas, como tem sido seu sono?

1. Você tem dificuldade em adormecer a noite?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

2. Você acorda de madrugada e não consegue adormecer de novo?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

3. Você toma remédios ou tranquilizantes para dormir?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

4. Você dorme durante o dia (sem contar cochilos ou sonecas programadas)?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

5. Ao acordar de manhã, você ainda se sente cansado (a)?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

6. Você ronca a noite (que você saiba)?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

7. Você acorda durante a noite?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

8. Você acorda com dor de cabeça?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

9. Você sente cansaço sem ter nenhum motivo aparente?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

10. Você tem sono agitado (mudanças constantes de posição ou movimentos de perna/braços)?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

## TUBERCULOSE

1. Você já teve tuberculose no passado? (se respondeu NÃO, pule para a questão 6)

0 sim  1 não

2. Fez tratamento para tuberculose anteriormente?

0 sim  1 não

3. Há quanto tempo atrás teve tuberculose?

0 < 1 ano  1 1-5 anos  2 > 5 anos  3 não se aplica/nunca teve tuberculose

4. Tratou por quanto tempo? \_\_\_\_\_ meses

5. Qual foi o desfecho do último tratamento?

0 cura  1 abandono  2 falência  
 3 não sabe  4 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)?

0 sim  1 não

7. Quando realizou o teste PPD ?

0 < 1 ano  1 1-5 anos  2 > 5 anos  3 não sabe  4 nunca fez o teste

8. Qual foi o resultado do último PPD?

1 positivo  0 negativo  2 não sabe  3 nunca fez o teste

9. Fez tratamento após o resultado do teste?

0 sim  1 não  2 nunca fez o teste

10. Trabalhou em ambiente com alto risco de tuberculose alguma vez na vida?

1 sim. Qual? \_\_\_\_\_  0 não

11. Faz uso de algum medicamento imunossupressor (medicamentos que reduzem a resposta imunológica)?

1 sim. Qual? \_\_\_\_\_  0 não

12. Já manteve contato com alguém com tuberculose nos últimos 2 anos?

1 sim  0 não

13. Se manteve contato com pessoa com tuberculose, qual foi o tipo de contato?

0 Domiciliar  
 1 No trabalho  
 2 Escola/faculdade  
 3 Vizinhança  
 4 Outro. Qual? \_\_\_\_\_  
 5 Nunca manteve contato

## ARBOVIROSES

ABAIXO ESTÃO ALGUMAS AFIRMAÇÕES SOBRE AS ARBOVIROSES. POR FAVOR, CIRCULE O NÚMERO QUE MELHOR DEFINE 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. Todos os casos de Dengue, Chikungunya ou Zika devem ser notificados.	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?  sim  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?

2006 - 2008    2009-2011    2012-2014    2015-2018    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"/>	Não sei/não me lembro
Dor de cabeça	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Febre alta (> 39°C)	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<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"/>	Não sei/não me lembro
Sentia dores na articulação	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Dor nos olhos	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Apareceram manchas avermelhadas pelo corpo	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Inchaço nas articulações	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Inchaço na face	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Cocleira	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Vômitos	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Vômitos com sangue	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Sangramento de nariz ou gengiva	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro
Outro sintoma. Qual? _____	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não sei/não me lembro

5. Você teve seqüela após ter dengue?  sim  não

6. Se teve seqüela, 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?

0  2015 1  2016 2  2017 3  2018 4  2019 5  2020 6  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 seqüela após ter chikungunya?  sim  não

16. Se teve sequelas, qual o(s) tipo(s) de sequelas?

- 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 sequelas?

- 1  Sim, acupuntura 2  Sim, Fisioterapia  
 3  Sim, Hidroginástica 4  Sim, Corticoides  
 5  Sim, Outros. Qual? \_\_\_\_\_ 6  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?

- 1  até 15 dias 2  16 a 30 dias 3  de 31 dias a 3 meses 4  Mais de 3 meses  
 0  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?

- 1  até 15 dias 2  16 a 30 dias 3  de 31 dias a 3 meses 4  Mais de 3 meses  
 0  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?

- 1  Nunca 2  muito raramente 3  às vezes 4  frequentemente 5  muito frequentemente 6  sempre  
 0  Não sinto dor

17. Atualmente, você costuma acordar com dor?

- 1  Nunca 2  muito raramente 3  às vezes 4  frequentemente 5  muito frequentemente 6  sempre  
 0  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?

- 1  O(a) médico (a) me disse 2  O(a) enfermeiro (a) me disse  
 3  Outro profissional de saúde me disse 4  Alguém conhecido me disse  
 5  Fiz exame de sangue 6  Eu acho que tive

3. Em qual período aconteceu?

- 0  2015 1  2016 2  2017 3  2018 4  2019 5  2020 6  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)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
4.4 Tive febre ( 37°C a 38°C)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
4.5 Sentia dores na articulação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
4.6 Tive dor nos olhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
4.7 Apareceram manchas avermelhadas pelo corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
4.8 Tive inchaço nas articulações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
4.9 Tive inchaço na face	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
4.10 Tive coceira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
4.11 Tive vômitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
4.12 Tive vômitos com sangue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
4.13 Tive sangramento de nariz ou gengiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não (Se a sua resposta foi NÃO, por favor, passe para o último Bloco X - Violência)	
6. Se sim, em qual trimestre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Primeiro	<input type="radio"/> Segundo	<input type="radio"/> Terceiro
7. A infecção pelo zika vírus durante a gravidez, deixou sequelas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não	
8. Se sim, Qual/ Quais sequela(s)?	_____			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Aborto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Microcefalia na criança	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Alterações neurológicas na criança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Atraso no desenvolvimento da criança	
9. Você teve sequela após ter zika?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não	
10. Se teve sequela, qual?	_____			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Dores no corpo mesmo depois de curado da doença			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Dores nas articulações mesmo depois de curado da doença			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Outra. Qual?	_____		
11. Você foi hospitalizado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não	
12. Você deixou de realizar alguma atividade no período que estava com zika?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não	
13. Se sim, qual/quais atividades?	_____			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Escola	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Serviços domésticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Outros. Qual?	
			_____	

**BLOCO VIII – VIOLÊNCIA**

1. Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não		
2. Você sente-se ameaçado quanto à segurança de seus pertences e bens pessoais no trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> nunca	<input type="radio"/> uma vez	<input type="radio"/> algumas vezes	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> nunca	<input type="radio"/> uma vez	<input type="radio"/> algumas vezes	<input type="radio"/> 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  nunca  1  uma vez  2  algumas vezes  3  com frequência

6. Você sofreu nos últimos 12 meses, alguma agressão no seu trabalho?  
 0  nunca  1  uma vez  2  algumas vezes  3  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  nunca  1  uma vez  2  algumas vezes  3  com frequência

8. Você já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão ou ameaça?  
 0  nunca  1  uma vez  2  algumas vezes  3  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  sim  1  não

Se sim, com que frequência ocorreu o assédio?

1  De vez em quando (menos de 1 vez por mês)

2  Sim, mensalmente

3  Sim, semanalmente

4  Sim, diariamente

Qual sua renda média mensal? R\$

Se você desejar fazer algum comentário ou registro, por favor, utilize o espaço abaixo:

---



---



---



---



---



---



---



---

**MUITO OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO!**

Entrevistado/a: \_\_\_\_\_