

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

**IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO TRABALHO E ADOECIMENTO DOS
PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

NATASHA DA SILVA INDRUCZAKI

**PORTO ALEGRE
2023**

NATASHA DA SILVA INDRUCZAKI

**IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO TRABALHO E ADOECIMENTO DOS
PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e práticas em saúde e enfermagem

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

Eixo temático: Gestão/gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem; saúde do trabalhador.

Orientadora: Profa. Dra. Daiane Dal Pai

PORTO ALEGRE

2023

CIP - Catalogação na Publicação

da Silva Indruczaki, Natasha
Impacto da pandemia da COVID-19 no trabalho e
adoecimento dos profissionais do Serviço de
Atendimento Móvel de Urgência / Natasha da Silva
Indruczaki. -- 2023.
142 f.
Orientadora: Daiane Dal Pai.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, , Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Serviços Médicos de Emergência. 2. Saúde do
Trabalhador. 3. Condições de Trabalho. 4. Saúde
Mental. 5. COVID-19. I. Dal Pai, Daiane, orient. II.
Titulo.

Natasha da Silva Indruczaki

IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO TRABALHO E ADOECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em 17 de março de 2023

Banca Examinadora

Profa. Dra. Daiane Dal Pai
Presidente da Banca – Orientador(a)
PPGENF/UFRGS



Documento assinado digitalmente

DAIANE DAL PAI

Data: 21/03/2023 20:38:46-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Silviamar Camponogara
Membro da banca
PPGENF/UFSC



Documento assinado digitalmente

JULIANA PETRI TAVARES

Data: 23/03/2023 09:57:06-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Keyla Cristiane do Nascimento
Membro da banca
PPGENF/UFSC



Documento assinado digitalmente

SILVIAMAR CAMPONOGARA

Data: 23/03/2023 11:15:32-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Juliana Petri Tavares
Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Documento assinado digitalmente

Keyla Cristiane do Nascimento

Data: 22/03/2023 13:05:24-0300

CPF: ***.347.839-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Dedico esse estudo aos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente no combate à pandemia, em especial aos do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar de Urgência.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, pela minha vida, pela proteção e por ter me concedido força e coragem para seguir em frente, até mesmo no momento mais difícil da minha vida profissional.

À minha família, Silvas e agregados, que são minha base, que torcem pelo meu sucesso e me apoiam incondicionalmente, em especial minha mãe, Valéria, que nunca mediu esforços quanto a minha educação. Obrigada por acreditarem em mim até mesmo quando eu não acreditava.

Ao meu namorado, Diego, por sempre me escutar, apoiar, compreender e estar comigo em todos os momentos, pelo apoio e incentivo a continuar mesmo diante do cansaço extremo vivenciado nestes últimos dois anos.

Ao grupo de pesquisa GISO, pelo conhecimento compartilhado e pelas oportunidades ofertadas, em especial a Polla, que foi parceira e incansável na construção desse trabalho.

À minha professora orientadora, Dra Daiane Dal Pai, por trilhar esse caminho ao meu lado desde a graduação até o presente momento, pelos ensinamentos, paciência e compreensão.

Aos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e à Enfermeira Dinorá, que contribuíram com o desenvolvimento do estudo.

*“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.
Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber.
Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito à vida!”*

Florence Nightingale

RESUMO

Introdução: A pandemia da COVID-19 repercutiu sobre o atendimento pré-hospitalar de urgência exigindo a reorganização do serviço e adaptações de fluxos, incrementando a exposição laboral dos profissionais. **Objetivo:** Verificar o impacto de dois anos da pandemia sobre o contexto de trabalho e o adoecimento físico e psíquico dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Método:** Estudo de coorte prospectiva, de abordagem quantitativa, do tipo observacional, realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre-RS. Uma amostra estatisticamente significativa de 52 profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores) responderam sobre dados sociodemográficos, clínicos e laborais, ao Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA), *Standardised Nordic Questionnaire* (QNM) e *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) em dois tempos: pré-pandemia (tempo 1) e após dois anos de pandemia (tempo 2). Os dados foram submetidos à estatística descritiva e analítica no software R versão 4.2.0 considerando significativos valores de $p < 0,05$. Aspectos éticos foram respeitados. **Resultados:** A avaliação das condições de trabalho no tempo 2 apresentou escores piores ($p = 0,02$), sendo o principal impacto relacionado ao ritmo excessivo ($p = 0,01$). Quanto ao custo humano no trabalho, a pandemia incrementou sobre a necessidade de desenvolver macetes ($p = 0,02$) e no que tange ao esgotamento profissional enquanto vivência de sofrimento destacou-se a sobrecarga no tempo 2 ($p = 0,05$). A prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores foi de 32,7% ($n=17$) no tempo 1 e 40,4% ($n=21$) no tempo 2, com prevalência no sexo feminino ($p = 0,02$), nas categorias enfermeiro ($p = 0,01$) e técnico de enfermagem ($p = 0,03$), trabalhadores com comorbidades ($p < 0,001$), em uso de medicações ($p < 0,001$) e com alterações de peso ($p = 0,01$). A prevalência de Sintomas Musculoesqueléticos nos últimos 12 meses foi maior na região lombar em ambos os tempos. Os sintomas musculoesqueléticos associaram-se à alteração da circunferência abdominal ($p = 0,02$) e dormir 6 horas ou menos ($p < 0,001$) nos últimos 12 meses. **Conclusão:** Concluiu-se que houve impacto da pandemia sobre o contexto de trabalho no SAMU, principalmente quanto ao ritmo de trabalho e sobrecarga dos profissionais. Pode-se inferir que esses fatores contribuíram para o adoecimento dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, principalmente pelo aumento dos Distúrbios Psíquicos Menores.

Descritores: Serviços Médicos de Emergência. Saúde do Trabalhador. Condições de Trabalho. Saúde Mental. Sintomas Psíquicos. Dor Musculoesquelética. Transtornos Traumáticos Cumulativos. COVID-19

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic had repercussions on pre-hospital emergency care, requiring the reorganization of the service and adaptations of flows, increasing the occupational exposure of professionals. **Objective:** To verify the impact of two years of the pandemic on the work context and the physical and psychological illness of professionals in the Mobile Emergency Care Service. **Method:** Prospective cohort study, with a quantitative approach, of the observational type, carried out at the Mobile Emergency Care Service in Porto Alegre-RS. A statistically significant sample of 52 professionals (physicians, nurses, nursing technicians and drivers) answered about sociodemographic, clinical and work data, the Inventory on Work and Risk of Illness (ITRA), Standardized Nordic Questionnaire (QNM) and Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in two stages: pre-pandemic (time 1) and two years after the pandemic (time 2). The data were submitted to descriptive and analytical statistics in the R software version 4.2.0, considering significant p values < 0.05 . Ethical aspects were respected. **Results:** The assessment of working conditions at time 2 showed worse scores ($p= 0.02$), with the main impact being related to excessive pace ($p= 0.01$). As for the human cost at work, the pandemic increased the need to develop mallets ($p= 0.02$) and with regard to professional exhaustion as an experience of suffering, the overload at time 2 ($p= 0.05$) was highlighted. The prevalence of Minor Psychic Disorders was 32.7% ($n=17$) in time 1 and 40.4% ($n=21$) in time 2, with prevalence in females ($p= 0.02$), in the nurse categories ($p= 0.01$) and nursing technician ($p= 0.03$), workers with comorbidities ($p < 0.001$), using medication ($p < 0.001$) and with weight changes ($p= 0.01$). The prevalence of Musculoskeletal Symptoms in the last 12 months was higher in the lumbar region at both times. Musculoskeletal symptoms were associated with changes in waist circumference ($p= 0.02$) and sleeping 6 hours or less ($p < 0.001$) in the last 12 months. **Conclusion:** It was concluded that there was an impact of the pandemic on the context of work at SAMU, mainly regarding the pace of work and the overload of professionals. It can be inferred that these factors contributed to the illness of professionals in the Mobile Emergency Care Service, mainly due to the increase in Minor Psychic Disorders.

Descriptors: Emergency Medical Services. Occupational Health. Working Conditions. Mental Health. Psychic Symptoms. Musculoskeletal Pain. Cumulative Trauma Disorders. COVID-19

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Amostra da pesquisa no tempo 1 e 2. Porto Alegre, 2023

43

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Características sociodemográficas, clínicas e laborais dos profissionais do SAMU que compuseram a amostra. Porto Alegre, 2023 50
- Tabela 2.** Diferença de médias dos itens que compõem os domínios da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT). Porto Alegre, 2023 54
- Tabela 3.** Diferença de médias dos itens que compõem os domínios da Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT). Porto Alegre, 2023 57
- Tabela 4.** Diferença de médias dos itens que compõem os domínios da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST). Porto Alegre, 2023 60
- Tabela 5.** Diferença de médias dos itens que compõem os domínios da Escala de Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT). Porto Alegre, 2023 63
- Tabela 6.** Diferença das médias dos domínios do Inventário do Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA). Porto Alegre, 2023 66
- Tabela 7.** Distribuição dos profissionais do SAMU com presença de Distúrbios Psíquicos Menores no tempo 1 e 2, segundo dados sociodemográficos, clínicos e laborais. Porto Alegre, 2023 68
- Tabela 8.** Regressão de Poisson dos dados sociodemográficos, clínicos e laborais associados a Distúrbios Psíquicos Menores. Porto Alegre, 2023 70
- Tabela 9.** Frequências de dor, desconforto ou impedimento de realização de atividades por regiões corporais com respostas positivas nos últimos 12 meses e 7 dias no tempo 1 e 2, segundo Questionário Nórdico Padronizado. Porto Alegre, 2023 72
- Tabela 10.** Distribuição dos profissionais do SAMU com sintomas musculoesqueléticos no tempo 1 e 2, segundo dados sociodemográficos, clínicos e laborais. Porto Alegre, 2023 74
- Tabela 11.** Regressão de Poisson dos dados sociodemográficos, clínicos e laborais associados a sintomas musculoesqueléticos. Porto Alegre, 2023 77

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 OBJETIVO	25
2.1 Objetivo geral	25
2.2 Objetivos específicos	25
3 REVISÃO DE LITERATURA	26
3.1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: componente pré-hospitalar móvel da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	26
3.2 COVID-19	30
3.3 Acometimento físico e psíquico dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	33
3.4 Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho	37
4 MÉTODO	41
4.1 Tipo de estudo	41
4.2 Campo de estudo	41
4.3 População e amostra	42
4.4 Coleta de dados	44
4.5 Análise dos dados	47
4.6 Considerações éticas	48
5 RESULTADOS	50
6 DISCUSSÃO	79
CONCLUSÃO	102
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	124
APÊNDICE B – Carta de autorização de uso dos dados	126
ANEXO A - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)	127
ANEXO B - Questionário de dados sociodemográficos, clínicos e laborais	129
ANEXO C – Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA)	131
ANEXO D – Self Reporting Questionnaire (SRQ)	135
ANEXO E - Nordic Musculoskeletal Questionnaire (QNM)	136
ANEXO F - PARECER DE APROVAÇÃO ADENDO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE ...	137

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado é recorte do projeto intitulado “Saúde dos trabalhadores e a organização do trabalho no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência”, o qual se insere na linha de pesquisa de Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Possui como objeto de estudo o impacto de dois anos da pandemia sobre o contexto de trabalho e o adoecimento físico e psíquico dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Em dezembro de 2019, a cidade de Wuhan, na China, vivenciou um surto de pneumonia de causa desconhecida (HEYMANN; SHINDO, 2020). Em janeiro de 2020, os pesquisadores chineses identificaram um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, como agente etiológico de uma síndrome respiratória aguda grave, denominada Coronavírus Disease - 2019 (COVID-19). Apesar das altas taxas de transmissibilidade logo evidenciadas, apenas no final do mês de janeiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde declarou o surto como Emergência de Saúde Pública de importância internacional e, em março de 2020, a situação foi declarada como pandemia (CHENG; SHAN, 2020). No Brasil, foi declarada situação de Emergência Nacional de Saúde Pública, mesmo antes da confirmação do primeiro caso, com objetivo de implementar medidas para contenção da doença (CAVALCANTE et al., 2020).

Até o dia 03 de fevereiro de 2023, em todo o mundo, já haviam 754.018.841 casos confirmados de infecção por COVID-19, sendo que, no Brasil, as mortes já superavam 697.361 (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, 2023). Diante das estratégias de contenção da COVID-19, o distanciamento foi apontado como o mais efetivo para a redução da propagação do vírus. Todavia, essa medida não pode ser aplicada para algumas profissões, dentre elas as desenvolvidas pelos profissionais da área da saúde, principalmente os que atuaram na linha de frente, frequentemente expostos, e que configuraram importante grupo de risco para a COVID-19 (AMAD et al., 2020).

Frente a esse cenário, emergiu a preocupação com os recursos e a capacidade do sistema de saúde. Noronha et al (2020), analisou a pressão sobre o sistema de saúde ocasionado pela COVID-19 e evidenciou que a situação crítica

implicou, diretamente, no aumento da mortalidade nos locais com menos oferta de serviços. Ainda, o estudo apontou que a redução da velocidade da propagação da COVID-19, a expansão dos leitos disponíveis, públicos e privados e a reorganização dos serviços foi crucial para minimizar os efeitos da pandemia sobre o sistema (NORONHA et al., 2020).

A reorganização dos serviços de saúde não se limitou apenas no aumento da oferta de leitos hospitalares, mas na reestruturação da toda rede de atenção à saúde para o atendimento dos indivíduos infectados pelo vírus, inclusive os serviços de emergência pré-hospitalares (EL-HAGE et al., 2020). Acerca do contexto pandêmico, o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (SAMU), que é o componente móvel da Rede de Atenção às Urgências, e que presta atendimento às vítimas acometidas por agravos a saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátrica, passou a prestar atendimento a indivíduos com suspeita ou confirmados para COVID-19 (MARQUES et al., 2020).

A atuação do SAMU na pandemia consistiu na regulação dos casos, assistência pré-hospitalar e transporte para unidade de referência. Além disso, o transporte inter-hospitalar, que já era realizado por esse serviço, passou a ser mais utilizado frente às contrarreferências da rede de atenção à saúde. Diante disso, a instauração dos novos protocolos e fluxos assistenciais foram implementados a fim de reduzir os riscos ocupacionais, em decorrência do constante manuseio de materiais biológicos e químicos, além de promover treinamentos e disponibilizar os insumos necessários para os atendimentos (MARQUES et al., 2020; ARAÚJO et al., 2021; DAL PAI et al., 2021; MORAIS et al., 2021).

Apesar dos esforços para suprir a demanda de atendimento, sabe-se que, previamente à pandemia (MARQUES et al., 2020), os serviços de emergência já operavam com superlotação e, com o advento da pandemia e o consecutivo aumento do número de casos e mortes, a situação ficou ainda mais crítica (MARTINS; GONÇALVES, 2019). Araújo et al (2021) aponta que houve aumento no número de chamados para atendimento pré-hospitalar de pacientes com suspeita ou com diagnóstico confirmado de COVID-19, implicando diretamente na segurança dos pacientes e profissionais (ARAÚJO et al., 2021).

O profissional que atua no atendimento pré-hospitalar está exposto a uma série de riscos ocupacionais, principalmente a infecção por COVID, em virtude das características peculiares de atendimento, que envolve contato direto com os

indivíduos em diferentes contextos (DAL PAI et al., 2021; ARAÚJO et al., 2021). Nessa situação, as estatísticas acerca do acometimento de profissionais de saúde são alarmantes.

A *International Council of Nurses* comunicou que até junho de 2020, 230 mil profissionais de saúde já haviam sido infectados, além da morte de 600 enfermeiros em todo mundo (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2020). Os dados do Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), apontam que, até março de 2021, houve a morte de 551 médicos e 646 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, correspondendo a uma morte a cada sete horas e meia (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2021). Ainda, de acordo com o Observatório da Enfermagem, mais de 64.860 casos e 872 mortes foram reportadas até fevereiro de 2023 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2023).

Assim sendo, os profissionais de saúde configuram um grupo de risco, frente a constante exposição a riscos ocupacionais. Brito e Ferreira (2021) afirmam que os profissionais do SAMU estão expostos a riscos físicos como o barulho da sirene e alta temperatura; químicos pela poeira e gases; biológicos pelo contato com sangue, secreções e vômitos; ergonômicos através do levantamento de peso e postura inadequada; e psicossocial diante do estresse e fadiga mental. Na pandemia outros fatores contribuíram para esses agravos, como a redução do número de trabalhadores, sobrecarga de trabalho, jornadas de trabalho extensas e desgaste físico e emocional (BRITO; FERREIRA, 2021).

O uso de força física é inerente aos profissionais do pré-hospitalar, mediante a remoção de vítimas de locais de difícil acesso e elevação de macas e equipamentos; todavia, essas atividades podem ocasionar danos ergonômicos temporários ou permanentes (ARAÚJO et al., 2018). A literatura descreve percentuais elevados de dor musculoesquelética nos profissionais do SAMU, sendo mais prevalente em enfermeiros e técnicos de enfermagem (SANTOS; RAPOSO; MELO, 2021; SAÇALA; OSELAME, NEVES, 2017) o que pode ter se agravado na pandemia; considerando a demanda aumentada dos atendimentos e o desafio do tempo-resposta aumentado (DAL PAI et al., 2021).

Acerca disso, é sabido que condições inadequadas de trabalho são consideradas fatores de risco para o desencadeamento de sintomas musculoesqueléticos. Entre os principais fatores destaca-se: a organização do

trabalho diante do aumento da jornada de trabalho, das horas extras excessivas, do ritmo acelerado e do déficit de trabalhadores; os fatores ambientais, que incluem mobiliários inadequados e iluminação insuficiente, além da força excessiva para realizar determinadas tarefas, da repetitividade de movimentos e de posturas inadequadas no desenvolvimento das atividades laborais, que contribuem para a sobrecarga de segmentos corporais (MAGNANO et al., 2010).

Ainda, os riscos psicossociais contribuem para a ocorrência de dor musculoesquelética, tais como: a insuficiência dos recursos de trabalho, espaço físico inadequado, equipe reduzida, injustiças na distribuição de tarefas, controle intensivo, regras severas, valorização das hierarquias, exaustão emocional e o cansaço (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2019).

Destaca-se que, a constante exposição a situações de intensa tensão e ansiedade, diante do atendimento de casos graves, muitas vezes com risco iminente de morte, elevam o nível de estresse desses profissionais, configurando fatores de risco para o adoecimento físico e psicológico. Estudo italiano verificou o impacto psicológico, após um ano de pandemia, sobre os profissionais de saúde e evidenciou que 85,5% sentiam-se mais estressados no trabalho, além do aumento da carga de trabalho e conflitos entre os colegas (LASALVIA et al., 2020).

No cenário da pandemia, diversos estudos, nacionais e internacionais, demonstraram altos índices de distúrbios psicológicos nos trabalhadores de enfermagem (DAL'BOSCO et al., 2020, DA LUZ et al., 2020; LAI et al., 2020, DU, et al., 2020; GUO, et al., 2020; QUE et al., 2020; ZHANG, et al., 2020; LIANG et al., 2020; OLINO et al., 2022), pelo aumento dos níveis de estresse e ansiedade (RAMÍREZ-ORTIZ et al., 2020). Diante disso, destacam-se os Distúrbios Psíquicos Menores (DPM), que são caracterizados por sintomas não psicóticos, como sintomas depressivos, ansiedade, fadiga, tristeza, irritabilidade, insônia, déficit de memória e de concentração, sendo difícil sua caracterização, por serem sintomas comuns, logo se misturam com características intrínsecas próprias do indivíduo (PINHATTI, et al., 2018).

Em decorrência desses acontecimentos, inúmeras modificações têm ocorrido no ambiente laboral. Dejourns (2015) salienta que esses acontecimentos inesperados, como imprevistos organizacionais, o que pode ser análogo ao caso da pandemia, podem levar ao desequilíbrio psíquico e emocional dos trabalhadores. Acerca disso, o autor infere que a fragmentação das organizações de trabalho

também repercute na saúde individual e coletiva desses trabalhadores (RIBEIRO et al., 2018) e o sofrimento pode ser ocasionado pelas más condições de trabalho, medo, pressão, desconfiança e insegurança legitimada e estimulada pela cultura organizacional, normas sem limites ou muito padronizadas, poder autocrático ou permissivo, comunicação sem visibilidade, foco exagerado na produção, metas inatingíveis e falta de sentido do trabalho, competição e clima de rivalidade, desestruturação do coletivo e a patologia da solidão (FRANÇA; MOTA, 2021; MENDES, 2007). Por outro lado, atribuir sentido no trabalho com variedade nas tarefas, identidade e significado nas funções ameniza o sofrimento e aumenta a satisfação do trabalhador, resultando em vivências de prazer no trabalho (FRANÇA; MOTA, 2021).

Diante desses achados, há lacunas a serem preenchidas no que tange ao estudo da relação trabalho-saúde no SAMU, principalmente no contexto da pandemia. Cabe destacar que, a temática aqui pretendida foi explorada qualitativamente quanto ao local do estudo e mostrou que as mudanças no cotidiano de trabalho ocasionadas pela pandemia da COVID-19 trouxeram acréscimos às demandas físicas e psíquicas dos trabalhadores (DAL PAI et al., 2021).

Ainda, a motivação para realização desse estudo se deu pela preocupação com a saúde dos profissionais do SAMU, visto que atuam na linha de frente no combate a COVID-19 sendo uma das portas de entrada do sistema de saúde (MARQUES et al., 2020). Com isso, o estudo visa responder a seguinte questão de pesquisa: **“A atuação na linha de frente após dois anos da pandemia da COVID-19 impactou sobre o contexto de trabalho e os riscos de adoecimento físico e psíquico dos profissionais no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência?”**.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Avaliar o impacto da pandemia por COVID-19 após dois anos sobre o contexto de trabalho e o adoecimento físico e psíquico dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o contexto de trabalho no SAMU antes e após dois anos do advento da Pandemia da COVID-19;
- Identificar o custo humano no trabalho no SAMU antes e após dois anos do advento da Pandemia da COVID-19;
- Identificar os indicadores de prazer e sofrimento no trabalho no SAMU antes e após dois anos do advento da Pandemia da COVID-19;
- Verificar os danos relacionados ao trabalho no SAMU antes e após dois anos do advento da Pandemia da COVID-19.
- Mensurar distúrbios psíquicos menores em trabalhadores do SAMU antes e após dois anos do advento da Pandemia da COVID-19;
- Verificar a prevalência de sintomas musculoesqueléticos em trabalhadores do SAMU antes e após dois anos do advento da Pandemia da COVID-19.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Nessa narrativa, serão abordados os seguintes tópicos: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: componente pré-hospitalar móvel da Rede de Atenção às Urgências e Emergências; COVID-19; Acometimento físico e psíquico dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.

3.1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: componente pré-hospitalar móvel da Rede de Atenção às Urgências e Emergências

O atendimento pré-hospitalar é definido como toda e qualquer assistência prestada fora do ambiente hospitalar, abrangendo desde orientações médicas até procedimentos, visando a redução de sequelas e a manutenção da vida (BRASIL, 2003). No âmbito do Sistema Único de Saúde, considera-se atendimento pré-hospitalar fixo a assistência prestada pelas Unidades Básicas de Saúde, Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências aos pacientes portadores de quadros agudos. O atendimento pré-hospitalar móvel é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência a vítimas com agravos à saúde em que há necessidade de atendimento e transporte imediato. Ainda, o pré-hospitalar móvel divide-se em primário, quando a solicitação de atendimento provém de um cidadão, e secundário, quando um serviço de saúde solicita transporte da vítima para um centro de maior complexidade, visto que a estabilização inicial já foi realizada e os recursos disponíveis esgotaram-se (BRASIL, 2002).

Historicamente, a Cruz Vermelha Internacional foi um dos primeiros serviços de atendimento pré-hospitalar, destacando-se nas Guerras Mundiais do século XX, pelo atendimento prestado aos soldados feridos no campo de batalha. No Brasil, os serviços de atendimento pré-hospitalar surgiram em diversas cidades e com características próprias, sendo influenciados pelos modelos americano e francês (SILVA et al., 2010). Apesar da grande influência francesa, a escassez de recursos não permitiu incorporar rigorosamente o modelo, sendo necessárias adaptações à realidade brasileira. Diante disso, inúmeros serviços de atendimento pré-hospitalar

adotaram o modelo americano, bem como o modelo misto, que condiz com a mistura do modelo francês e americano (MARTINS; PRADO, 2003).

Antes da regulamentação, o atendimento pré-hospitalar era tradicionalmente realizado pelo Corpo de Bombeiros que, em muitos Estados, representava a única alternativa de atendimento. Todavia, por ser baseado no modelo americano, eles utilizavam linha própria e dispensavam regulação médica. Diante disso, em 1959, foi realizada nova tentativa de implantação do atendimento pré-hospitalar no modelo francês, a partir do Decreto Nº 46.348, que aprovou o regimento do Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência (SAMDU), que tinha por finalidade prestar assistência médica de urgência, em ambulatórios e hospitais, bem como nos domicílios e locais de trabalho (SILVA et al., 2010).

Com o fim do SAMDU, outras alternativas foram pensadas, como o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE), que integrava bombeiros e médicos advindos da Secretaria Estadual de Saúde. Em São Paulo, o SAMU-193, baseado no modelo francês, foi composto pela parceria do Corpo de Bombeiros e Secretaria Estadual de Saúde, realizando atendimento pré-hospitalar. Todavia, por mais que esses serviços fossem embasados no modelo francês, havia fragilidades no gerenciamento, principalmente quanto a alocação de equipamentos e recursos humanos (SILVA et al., 2010; O'DWYER et al., 2017). Diante disso, o Ministério da Saúde criou normativas acerca do atendimento pré-hospitalar e implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no País.

Em 1999, foi criada a Portaria Nº 824, que normatizou o atendimento pré-hospitalar no Brasil (BRASIL, 1999). Em 2001, através da Portaria Nº 814, foram estabelecidos os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências, bem como a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes (BRASIL, 2001). Em 2002, instituiu-se a Portaria Nº 2048, que regulamenta o atendimento de urgências e emergências, bem como descreve a atribuição de cada profissional (BRASIL, 2002). Em 2003, foram criadas as Portarias Nº 1863/GM e Nº 1864/GM, que instituíram a Política Nacional de Atenção às Urgências e seu componente pré-hospitalar móvel, o Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, em todo o território brasileiro (SAMU), respectivamente (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2003b).

Em 2011, através da Portaria Nº 1.600, o Ministério da Saúde reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às

Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde. A RUE é uma rede complexa, que objetiva organizar a assistência, articular os diversos pontos de atenção e definir os fluxos e referências em situações de urgência e emergência. Para isso, conta com seus componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; Atenção Domiciliar (BRASIL, 2013).

O SAMU é o componente que objetiva ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos de diversas naturezas, como: vítimas de intoxicação exógena, queimaduras graves, maus-tratos, tentativas de suicídio, acidentes/traumas, afogamento, choque elétrico, acidentes com produtos perigosos, crises hipertensivas, problemas cardiorrespiratórios, trabalhos de parto no qual haja risco de morte para a mãe e/ou o feto, bem como na transferência inter-hospitalar de doentes com risco de morte (BRASIL, 2013).

A equipe do SAMU é composta por profissionais oriundos e não oriundos da área da saúde. Os profissionais oriundos da área da saúde são: médicos reguladores, médicos intervencionistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Já os profissionais não oriundos da área da saúde são: telefonistas auxiliares de regulação médica (TARM), rádio-operadores (RO) e condutor de veículos de urgência. Os médicos reguladores, TARM e RO compõe a Central de Regulação Médica das Urgências, que é parte integrante do SAMU (BRASIL, 2013).

A Central de Regulação Médica das Urgências é definida como uma estrutura física e regionalizada, a fim de ampliar o acesso a todo território nacional. Ela deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito através do número nacional 192. A regulação é realizada através de classificação e priorização das necessidades de assistência de urgência e, também, pelo ordenamento do fluxo de referências e contrarreferências dentro da rede (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013).

O atendimento é realizado através do envio de ambulâncias, que são tripuladas por equipe qualificada. Em relação às unidades terrestres disponíveis há: a Unidade de Suporte Básico de Vida (USB), tripulada por no mínimo dois

profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem; e a Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA), tripulada por, no mínimo, três profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico (BRASIL, 2013). As ambulâncias podem ficar localizadas nas centrais de regulação ou em bases descentralizadas, a fim de garantir tempo resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos (BRASIL, 2004).

Dependendo da região e do perfil de atendimentos, o SAMU ainda conta com: equipe de aeromédico, sendo as aeronaves de asa fixa ou rotativa, tripulada por no mínimo um médico e um enfermeiro; a equipe de embarcação que é composta por no mínimo dois ou três profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida; a motolância, onde a motocicleta é conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; e o Veículo de Intervenção Rápida, tripulado por, no mínimo, um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013).

Quanto à estrutura de ambulâncias do SAMU, a legislação recomendava a constituição de frota na proporção de uma USB para cada 150 mil habitantes e uma USA para cada 450 mil habitantes. No entanto, essa distribuição se mostrou insuficiente para o alcance de tempos-resposta satisfatórios. Outros critérios foram considerados para a alocação de ambulâncias, sendo eles: condições geográficas e de mobilidade e distribuição e densidade populacional (O'DWYER et al., 2017).

O tempo resposta é um dos indicadores do SAMU, além do número geral de ocorrências atendidas no período; tempo mínimo, médio e máximo de resposta; identificação dos motivos dos chamados; quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB); localização das ocorrências; idade e sexo dos pacientes atendidos; identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; e número de pacientes referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento (BRASIL, 2012a).

Para definir o tempo resposta é importante considerar situações como o intervalo médio de resposta da ambulância (tempo desde a saída da ambulância da

base até a chegada ao local) e intervalo geral fora de serviço (tempo em que a ambulância está indisponível para atendimentos). Segundo a OMS, um tempo de resposta ideal equivale a menos de 8 minutos e, mundialmente, esse parâmetro é quantificado, dada sua relevância na avaliação da qualidade do serviço de atendimento pré-hospitalar de urgência (CABRAL et al., 2018; LAWNER et al., 2016).

Ciconet (2015) constatou que o tempo resposta do SAMU de Porto Alegre foi menor que 10 minutos em 9,2% dos atendimentos, de 10,01 a 15 minutos em 23,4% dos atendimentos, de 15,01 a 20 minutos em 24,2% dos atendimentos, 30 minutos em 24,6% dos atendimentos; 60 minutos em 16,8% dos atendimentos e 2% dos atendimentos demoraram mais de 60 minutos.

Posto isso, o SAMU é imprescindível na conformação da rede de urgências, visto que atua diretamente na redução das taxas de mortalidade através do atendimento qualificado e resolutivo, assim como o transporte imediato das vítimas para o centro de referência.

3.2 Pandemia da COVID-19

Originalmente, o coronavírus pertence à família Coronaviridae e reside predominantemente em um reservatório animal (ZHU et al., 2019). Recentemente, o vírus desenvolveu a capacidade de adaptar-se aos humanos, por meio da transmissão zoonótica. O SARS-CoV-2 é o terceiro coronavírus que causou doenças graves em humanos e se espalhou globalmente, nas últimas duas décadas. O primeiro foi a síndrome respiratória aguda grave (SARS), que resultou na pandemia de SARS-CoV em 2002 (ZHONG et al., 2003) e, a segunda, foi a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS), originada na península arábica, em 2012 (ZAKI et al., 2012).

Diante disso, em dezembro de 2019, a cidade de Wuhan, capital da província de Hubei, na China, tornou-se o centro de um surto de pneumonia de causa desconhecida. Em 7 de janeiro de 2020, cientistas chineses isolaram um novo coronavírus, o coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) (PHELAN; KATZ; GOSTIN, 2020).

A transmissão ocorre por meio de gotículas, sendo o modo mais comum, mas também pode ocorrer através da superfície de contato contaminada ou aerossóis. A

carga viral no trato superior parece atingir o pico próximo ao início dos sintomas, sendo que a transmissibilidade é alta na primeira semana, inclusive em indivíduos assintomáticos (CHU et al., 2020; BOUROUIBA, 2020). O período de incubação é de aproximadamente 5 dias. Todavia, aproximadamente 97,5% dos indivíduos que desenvolvem os sintomas o farão em até 11,5 dias da infecção (LAUER et al., 2020).

Os sintomas mais comuns incluem: febre, tosse seca, falta de ar, fadiga, mialgias, náuseas e vômitos, diarreia, dor de cabeça, fraqueza e rinorreia. A anosmia pode ser o único sintoma apresentado pelo indivíduo infectado (MAO et al., 2020a).

Quanto às manifestações clínicas, estudo realizado na China evidenciou que 81% dos pacientes apresentaram manifestações leves, 14% tiveram manifestações graves e 5% tiveram manifestações críticas (definidas por insuficiência respiratória, choque séptico e/ou disfunção de múltiplos órgãos) (ZHANG et al., 2020). Segundo a Organização Mundial da Saúde, 15% dos pacientes necessita de hospitalização e oxigênio suplementar e 5% de cuidados intensivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

Dentre as complicações dos pacientes internados, cerca de 75% dos pacientes desenvolvem pneumonia, sendo a mais comum. Outras complicações podem surgir, dentre elas: a síndrome do desconforto respiratório agudo, a lesão hepática aguda, a lesão cardíaca, a insuficiência cardíaca aguda, as disritmias e miocardite; a coagulopatia protrombótica, a lesão renal aguda, as manifestações neurológicas, doença cerebrovascular aguda e choque (MAO et al., 2020a; MAO et al., 2020b; RODRIGUEZ-MORALES et al., 2020).

O diagnóstico é realizado por meio da detecção de RNA de SARS-CoV-2 baseada na reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa, a partir de amostras respiratórias. Através do teste é possível identificar as regiões específicas de genes virais, por meio de técnicas de amplificação de ácido nucleico (Real-Reação em Cadeia da Polimerase com Transcrição Reversa no Tempo (RT-PCR) e amplificação isotérmica de ácidos nucleicos), os anticorpos produzidos pelo sistema imune em resposta à infecção viral (serologia/testes de Imunoglobulina M (IgM)/Imunoglobulina G (IgG), e o teste de antígeno por ensaios de fluxo lateral, todos devem ser inteiramente operados em laboratórios designados por pessoal treinado, sob condições experimentais e de Nível de Segurança Biológica (BSL) especificadas (US FOOD AND DRUG ADMINISTRATION et al., 2020; YÜCE;

FILIZTEKIN; ÖZKAYA, 2020). Com relação aos anticorpos, os IgM são detectáveis dentro de 5 dias após a infecção, com níveis mais altos de IgM durante as semanas 2 a 3 da doença, enquanto uma resposta IgG é observada pela primeira vez aproximadamente 14 dias após o início dos sintomas (SETHURAMAN; JEREMIAH; RYO, 2020).

Quanto aos achados laboratoriais, uma revisão sistemática com 19 estudos realizados na China, relatou que as principais alterações foram o aumento da proteína C reativa, lactato desidrogenase, alanina aminotransferase, asparato aminotransferase e D-dímeros. Por outro lado, houve redução dos níveis de albumina (RODRIGUEZ-MORALES et al., 2020). Os pacientes também apresentaram linfopenia, coagulopatia e trombocitopenia leve. Referente aos achados tomográficos, as opacidades em vidro fosco são características da infecção por COVID-19 (GUAN et al., 2020)

O tratamento para a infecção por COVID-19 esteve incerto por um longo período, sendo as medidas de isolamento social indicadas. Todavia, mediante a alta transmissibilidade e mortalidade, inúmeros medicamentos sem evidências clínicas foram utilizados de forma imprudente, como por exemplo, a hidroxicloroquina, que não demonstrou eficácia no combate ao vírus, mas causou efeitos adversos, como problemas cardíacos (ALMEIDA et al., 2021; BLANCO; KOCH; PRATES, 2022).

Nesse sentido, o desenvolvimento e a utilização de vacinas configuram-se de extrema importância no controle da infecção por COVID-19. Diante disso, inúmeros cientistas iniciaram um esforço coletivo para entender como o vírus invade e atua no meio celular e, a partir desses dados, confeccionar um imunizante eficaz.

Com os avanços científicos identificou-se que o vírus invade a célula humana pelo processo de endocitose. Para isso, utiliza o auxílio da proteína externa Spike, que contém o receptor *binding motif* (RBM), o qual se liga diretamente ao receptor da enzima conversora de angiotensina 2 presentes na célula humana (PASTRIAN-SOTO, 2020; PHAN, 2020). A partir disso, as mais diversas plataformas de tecnologia foram utilizadas, incluído ácido nucleico (DNA e RNA), partícula semelhante a vírus, peptídeo, vetor viral (replicante e não replicante), proteína recombinante, abordagens de vírus vivo atenuado e vírus inativado (ALMEIDA et al., 2021).

A literatura aponta inúmeras vacinas em desenvolvimento e com diversos meios de ação distintos. Todavia, no Brasil, foram aprovadas duas vacinas para uso

emergencial, a Coronavac com eficácia de 50,39% (PALACIOS et al., 2020) e a Astrazeneca com eficácia de 90% para os que receberam duas doses (VOYSEY et al., 2020).

Diante disso, ainda que as vacinas apresentem mecanismos de ações distintos, o foco é a ação do imunizante na proteína Spike, com objetivo de indução da imunidade humoral para produzir anticorpos específicos. Ainda, sabe-se que as mutações com replicações virais é um fenômeno natural. Quanto ao SARS-CoV-2, a taxa corresponde a uma substituição a cada 11 dias corroborando para o surgimento de novas variantes (FERNANDES et al., 2022). Consequentemente, esse é um dos principais desafios dessa pandemia, visto que os imunizantes devem proporcionar a mitigação da doença e prevenção de infecção, mas também estabelecer memória imunológica de longa duração.

Sabe-se que a COVID-19 possui elevadas taxas de transmissibilidade e morbimortalidade, principalmente dos indivíduos diretamente expostos, como os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Em vista disso, esses profissionais são grupo de risco e necessitam de políticas públicas voltadas para prevenção, proteção e recuperação.

3.3 Acometimento físico e psíquico dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Os distúrbios musculoesqueléticos configuram um grave problema de saúde pública e ocupacional acometendo trabalhadores de inúmeras áreas (SANTOS; RAPOSO; MELO, 2021). Sua etiologia é multifatorial e, geralmente, ocorre durante o exercício profissional podendo apresentar sinais e sintomas de início insidioso, dentre eles dor, fadiga, parestesias e limitações de movimentos, configurando o principal motivo de afastamentos dos profissionais das atividades laborais (GALINDO et al., 2017).

Os profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar exercem atividades que causam grande desgaste físico devido às situações diversas de atendimento e características do ambiente de trabalho (SANTOS; RAPOSO; MELO, 2021). Soma-se à rotina laboral desses profissionais a exposição a longas jornadas de trabalho, sofrimento psíquico, fadiga, esgotamento ocupacional e problemas físicos

e psicológicos na atuação contra a COVID-19 (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 2020b).

Sabe-se que os profissionais que trabalham no SAMU comumente prestam assistência em locais variados e são frequentemente expostos a situações de elevado desgaste físico, devido ao contexto de trabalho ao qual estão inseridos. Silva et al (2021) afirmam que referente ao trabalho da enfermagem, os trabalhadores, ao executarem suas atividades laborais, estão vulneráveis a vários riscos ocupacionais incluindo os ergonômicos, que podem ocasionar doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, e podem ser intensificados se associados a más condições de trabalho. Diante disso, inúmeros fatores podem contribuir para desencadeamento de dores musculoesqueléticas, tais como a insuficiência de recursos, espaço físico inadequado, equipe reduzida, uniformes desconfortáveis, poucas ambulâncias disponíveis e sobrecarga física (ARAUJO; OLIVEIRA, 2019).

Estudo realizado com profissionais do SAMU do Distrito Federal aponta que 82% dos trabalhadores apresentam riscos físicos de baixos a médio, visto que essas atividades diárias exigem esforço físico, como por exemplo, carregar macas, levantar pessoas e carregar equipamentos. Essa sobrecarga física ocasiona muitas dores no corpo, podendo causar lesões (ARAUJO; OLIVEIRA, 2019). Dentre as regiões mais comprometidas, a região cervical é a mais prevalente (24,4%), seguida por comprometimento do ombro e parte superior das costas (19,9%), parte inferior das costas (19,4%), pés (18,0%), coxas (16,0%) e demais regiões do corpo (15%). Contudo, a dor na região lombar (63,2%), no pescoço (53,2%) e nos pés (50,0%) interferem diretamente no trabalho (RAHMAN; ABDUL-MUMIN; NAING, 2017). Já, outro estudo realizado em Weifang, Província de Shandong, na China, evidenciou que a lombalgia é o dano mais prevalente em enfermeiros atuantes em ambulâncias, principalmente causados pela má postura e manuseio inadequado de cargas (ZHANG et al., 2019).

Os riscos ergonômicos associados às condições de trabalho, como longas jornadas, turnos desgastantes, multiplicidade de funções, intensidade e ritmo excessivo de trabalho, esforços físicos e posições desconfortáveis ocasionam lesões osteomusculares, configurando a principal causa de absenteísmo dos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem (VASCONCELOS et al., 2017). Estudo

quantitativo, realizado com profissionais do SAMU de 57 municípios do Rio Grande do Sul, descreveu associação significativa entre a ocorrência de acidentes de trabalho e os riscos ocupacionais identificados pelos trabalhadores, como jornada de trabalho prolongada, estresse, sobrecarga de trabalho, esgotamento físico, esgotamento psíquico, arranjo físico inadequado e máquinas e equipamentos sem proteção. Ademais, também se verificou associação significativa entre a ocorrência de acidente de trabalho e os afastamentos do trabalho (GOULART et al., 2020).

Outro estudo realizado em São Paulo, com o objetivo de caracterizar o absenteísmo por doença da equipe médica e de enfermagem de um hospital público, demonstrou que das 3.323 licenças médicas, a maior proporção foi destinada aos profissionais do pronto-socorro correspondendo a 41,16%. Dentre a principal causa de licença médica, a doença osteomuscular, transtornos mentais e comportamentais representaram 18.343 dias de afastamento do trabalho (ROCHA; SAITO; PINTO, 2019).

Com isso, o contexto de trabalho pré-hospitalar é caracterizado por situações de urgência. A complexidade e imprevisibilidade dos atendimentos impõem elevadas demandas físicas, mentais e psicossociais dos trabalhadores, que associadas aos riscos ergonômicos e biomecânicos podem causar o adoecimento destes profissionais e, conseqüentemente, seu afastamento do trabalho. O acometimento mental pode ser observado através do desencadeamento de Distúrbios Psíquicos Menores, caracterizado por um conjunto de sintomas não psicóticos, incluindo a tristeza, a perda de interesse ou prazer, o sentimento de culpa ou baixa autoestima, os distúrbios do sono ou apetite, a sensação de cansaço e a falta de concentração. Essas queixas somáticas podem ser duradouras e recorrentes prejudicando a capacidade do trabalhador em desenvolver suas atividades laborais diárias, bem como intensificando o sofrimento psíquico, configurando-se um grave problema de saúde pública (PINHATTI et al., 2018).

Acerca dos transtornos mentais desenvolvidos pelos indivíduos no trabalho, em 2000, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), cujo objetivo é proporcionar atendimento integral ao trabalhador. Ela prevê ações no âmbito da saúde primária e de urgência e emergência. Para garantir assistência dos trabalhadores foram criados os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), tendo como objetivo articular e

integrar ações e setores no que tange à Saúde dos Trabalhadores (GOMEZ; VASCONCELOS; MACHADO, 2018).

No Brasil, foi realizado um inquérito com 161 CEREST em 2014 que objetivou identificar aspectos relacionados com a saúde mental dos trabalhadores e as principais ações realizadas pelos CEREST. Segundo estudo, pouco mais da metade dos CEREST possuíam profissionais capacitados para atendimento na área de saúde mental correspondendo a 60% nos centros estaduais e 96,6% nos regionais. Quanto à realização de diagnóstico de agravos na saúde do trabalhador, os CEREST estaduais e regionais, 32% e 68,4%, respectivamente, realizavam ações voltadas para a assistência dos trabalhadores. Ainda, apenas 20% dos centros estaduais realizavam ambulatório de saúde mental e avaliação de sofrimento mental com o trabalho (CARDOSO; ARAÚJO, 2019).

Segundo as estimativas da Organização Mundial da Saúde, os brasileiros ocupam a quinta posição nos casos de depressão do mundo (5,8%). Estudo realizado com trabalhadores de enfermagem, em um hospital universitário público no Paraná, evidenciou prevalência de 32,6% (PINHATTI et al., 2018). Diante disso, a natureza do trabalho pré-hospitalar contribui para o estresse através da exposição a situações de risco e altas demandas de atendimentos ocasionando problemas de saúde física e mental (LAWN et al., 2020).

No contexto da pandemia, os profissionais de saúde apresentaram alterações importantes através de sintomas de depressão (50,4%), ansiedade (44,6%), insônia (34,0%) e angústia (71,5%) (LAI J et al., 2019). Esses sinais e sintomas ocorrem devido à carga horária excessiva, preocupações com o trabalho, problemas de relacionamento pessoais e com colegas e falta de tempo livre (RIDGE et al., 2017). Além disso, a perda de controle foi evidenciada em estudo realizado no Irã com profissionais médicos, enfermeiros, farmacêuticos, pessoal de laboratório, técnicos de radiologia, gestores hospitalares e gestores do ministério da saúde do serviço de emergência pré-hospitalar. Esse sentimento de perda do controle e desamparo foi relatado por 70,23% dos participantes, sendo mais evidente entre os médicos. Essa sensação está atribuída ao elevado número de indivíduos acometidos, alta taxa de hospitalizações e mortalidade (ARDEBILI et al., 2021).

Sabe-se que, durante o período pandêmico, o medo aumenta o estresse e a ansiedade em indivíduos saudáveis e intensifica os sintomas em pessoas com transtornos mentais pré-existentes. Além disso, na pandemia, profissionais da saúde

experimentaram impacto psicológico, ansiedade, estresse e sintomas depressivos moderados ou graves (RAMIREZ-ORTIZ et al., 2020).

Estudo qualitativo com profissionais do SAMU de uma capital do Sul do Brasil descreveu que o contexto pandêmico trouxe mudanças sociais, laborais e a sensação de medo, que ocasionaram diversos efeitos psíquicos, ansiedade, insônia, irritação, cansaço e uso de medicamentos (DAL PAI et al., 2021). Isto também foi relatado em outros estudos, que descrevem a fragilidade percebida na saúde mental dos trabalhadores da saúde no cenário da pandemia da COVID-19, diante de altos índices de ansiedade, estresse, depressão, medo, angústia e sono alterado (PRADO et al., 2020).

Uma revisão integrativa da literatura descreveu resultados de estudos que encontraram associação entre a pandemia de COVID-19 e a intensificação de problemas relacionados à saúde mental dos profissionais de saúde brasileiros. Percebeu-se aumento da jornada de trabalho e sobrecarga dos profissionais da saúde, medo de contaminação devido à exposição ao coronavírus e o isolamento social, culminando na diminuição da saúde mental desses profissionais (MASSOUD et al., 2022).

Isto posto, visando a promoção da saúde mental neste ambiente, a OMS sugere a implementação de políticas e práticas de saúde e segurança, incluindo a identificação de sofrimento precoce, apoio e reabilitação dos profissionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

3.4 Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho

Para Karl Marx, o trabalho é o substrato da humanização e condição da própria existência humana, visto a atividade produtiva frente à natureza. Já, para Christophe Dejours, o trabalho é o alicerce da nossa subjetividade e representa o estabelecimento de vínculos psicoafetivos, o enfrentamento de conflitos inter e intrasubjetivos, e a formação de uma identidade diante da vivência laboral (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

A partir das definições de trabalho da época e dos possíveis efeitos causais na saúde dos trabalhadores surgem teorias que buscam compreender essas relações. Diante disso, a teoria da psicodinâmica do trabalho proposta por Christophe Dejours percorreu três fases distintas.

A primeira fase ocorreu na década de 80, onde a teoria compreendia a psicopatologia do trabalho e buscava compreender o sofrimento e o modo como os trabalhadores lidavam com ele. Nessa época, o interesse nas consequências do trabalho sobre a saúde do trabalhador estava vinculado à área da psiquiatria. A primeira menção científica à psicopatologia do trabalho ocorreu em um ensaio do teórico francês Paul Sivadon, em 1952, que nomeou a disciplina e discutiu a possibilidade do trabalho provocar transtornos mentais, visto que a distribuição desses agravos não era causal na população (BRANDÃO; LIMA, 2019).

Ainda nos anos 50, a publicação de Le Guillant sobre o adoecimento mental foi um marco importante, visto a investigação da relação entre as características do trabalho e o tipo de perturbações apresentadas por várias trabalhadoras da mesma categoria profissional. Mas, apesar dos avanços científicos, Louis Le Guillant não propôs um método de intervenção nos contextos laborais (BRANDÃO; LIMA, 2019). Diante disso, a psicopatologia do trabalho passou a se configurar como abordagem instigada pelos problemas psicológicos emergentes face à industrialização e as novas formas de trabalho e sua gestão no país (SOUSA-DUARTE et al., 2022).

Na segunda fase, na década de 90, Dejours argumenta que a psicopatologia do trabalho tem como objetivo o estudo do sofrimento (SOUSA-DUARTE et al., 2022). Todavia, o enigma está acerca da normalidade e, não mais, da doença. Acerca disso, a teoria da psicodinâmica do trabalho propõe uma abordagem mais ampla, com foco na construção da identidade do trabalhador, as vivências de prazer e de sofrimento no trabalho, além das nuances do trabalho prescrito e do trabalho real (DEJOURS, 2004; MENDES, 2007).

A psicodinâmica do trabalho está direcionada para a normalidade buscando compreender como os trabalhadores lidam com o sofrimento provocado pela organização do trabalho (MANTALVÃO, 2018). Os trabalhadores são submetidos a inúmeros fatores que podem comprometer a normalidade, dentre eles: a precarização do trabalho, o desemprego estrutural e a desestruturação do coletivo. Esse conjunto de fatores podem levar o indivíduo ao sofrimento no ambiente laboral (SILVA; DEUSDEDIT-JÚNIOR; BATISTA, 2015).

A construção da identidade e independência do sujeito possibilitada pelo trabalho, está inteiramente ligada com o reconhecimento que esse sujeito tem do seu trabalho. Esse reconhecimento terá um papel fundamental sobre a construção da identidade, visto que o trabalho atua como elemento central, transcendendo a

jornada de trabalho e se estendendo para outros contextos. Todavia, por vezes, o reconhecimento não é proporcional levando a situações de conflitos interno e externos, além de sofrimento no ambiente laboral (MARTINS et al., 2017).

A organização do trabalho está essencialmente associada às vivências de prazer e sofrimento do trabalhador. O antagonismo que surge entre a organização do trabalho e a atividade psíquica pode originar sofrimento, contudo é capaz também de despertar estratégias de prazer e satisfação. Nessa concepção, as organizações do trabalho são as grandes responsáveis pelas vivências de prazer e sofrimento dos indivíduos, o modo como o trabalho prescrito é praticado pode tornar sua realização prazerosa e dotada de sentido e valor, ou em uma experiência penosa, sofrida e desencadeadora de patologias (FRANÇA; MOTA, 2021).

O confronto do indivíduo com a realidade pode ser devido a dicotomia entre o trabalho prescrito e real (AREOSA, 2019). O confronto com esses elementos no ambiente de trabalho leva o indivíduo a indagar a organização do trabalho. Conforme Dejours, Barros e Lancman (2016):

“O problema que é colocado frente ao real do trabalho reside no fato de que o trabalhador seja capaz de inventar a solução. É necessário que ele encontre a solução por ele mesmo (...)” (DEJOURS, BARROS, LANCMAN, 2016, p 229).

A inflexibilidade organizacional frente ao trabalho prescrito e real pode intensificar o sofrimento do trabalhador. Nesse sentido, a subjetividade por meio do trabalho deve ocorrer a nível individual através da experiência do trabalho real, onde o sujeito pode desenvolver soluções criativas com auxílio de suas habilidades e sensibilidades e, no âmbito social, por meio de reconhecimento do saber-fazer do trabalhador (MONTALVÃO, 2018).

A terceira fase ocorreu apenas no final da década de 90, onde houve a ruptura com o modelo causalista da psicopatologia do trabalho e a consolidação da psicodinâmica do trabalho (AREOSA, 2019). A partir de então, o enfoque da teoria passou a ser as novas configurações das organizações do trabalho e as estratégias defensivas (MENDES, 2007).

Como alternativa de manter a normalidade, os trabalhadores utilizam inúmeras alternativas de enfrentamento definidas como mecanismos de defesa para amenizar o sofrimento causado pelo ambiente laboral. Esses mecanismos não são

vistos como patológicos, pois desempenham papel fundamental no processo saúde-doença, tanto no âmbito individual como coletivo (SILVA; DEUSDEDIT-JÚNIOR; BATISTA, 2015).

As estratégias individuais de defesa são caracterizadas pelos mecanismos de defesa operantes que estão interiorizados e operam mesmo sem a presença do outro. As estratégias coletivas de defesa surgem da concordância de uma equipe de trabalhadores e contribuem para a coesão do coletivo no enfrentamento do sofrimento causado pela organização do trabalho (FRANÇA; MOTA, 2021). Diante disso, essas estratégias utilizadas parecem manter a normalidade do funcionamento psíquico dos trabalhadores (AREOSA, 2019).

A relação entre o trabalho e os efeitos que ele exerce sobre a saúde do trabalhador são imprescindíveis, visto que o risco de adoecimento pode estar relacionado às atividades laborais. A complexidade do processo de saúde-doença no contexto laboral instiga o aprofundamento acerca da temática através de instrumentos robustos que possam identificar os possíveis riscos de adoecimento. Acerca disso, Mendes e Ferreira (2007) elaboraram o Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), que busca investigar as exigências e representações do ambiente laboral, bem como os riscos de adoecimento através do contexto de trabalho, do custo humano, das vivências de prazer e o sofrimento e possíveis danos relacionados ao trabalho (MENDES, 2005; MENDES, 2007; MENDES; FERREIRA, 2007).

O contexto de trabalho condiz com a organização, relações socioprofissionais e condições do trabalho, sendo o ambiente entendido como contexto de produção de bens e serviços. O custo humano é despendido pelos trabalhadores de forma individual ou coletiva frente ao contexto de trabalho. É compreendido pelo custo físico, cognitivo e afetivo quanto às exigências do contexto de trabalho podendo haver o predomínio de uma sobre as demais (FERREIRA; MENDES, 2003; FERREIRA et al., 2013; MACIEL et al., 2020).

Já as representações de prazer e sofrimento no trabalho descrevem o sentido do trabalho para o indivíduo. O prazer está atribuído ao sucesso no trabalho através da realização profissional e liberdade de expressão, bem como resultado de boas relações no ambiente laboral. Contudo, o sofrimento pode ser um fator de adoecimento, demonstrado através do esgotamento profissional e falta de

reconhecimento, levando a ressignificação das vivências subjetivas (DEJOURS et al., 2018; VIVIAN; TRINDADE; VENDRUSCOLO, 2020).

Posto isso, o adoecimento do trabalhador é multicausal e inclui fatores fisiológicos, psicossociais e econômicos. Quando associado ao ambiente de trabalho, principalmente frente ao contexto pandêmico da COVID-19, seus efeitos podem ser atribuídos às exigências e vivências do trabalhador compreendidas através dos danos físicos e psicossociais (MENDES, 2007; MELLO et al., 2020).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de coorte prospectiva, de abordagem quantitativa, aninhado ao projeto maior intitulado “Saúde dos trabalhadores e a organização do trabalho no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência”.

O presente estudo foi construído conforme as diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (ANEXO A) (MALTA et al., 2010). Nos estudos observacionais, ou não experimentais, os pesquisadores não interferem por controle na variável de estudo, enquanto a abordagem descritiva permite a documentação de um evento sem preocupação com as relações causais (FRONTEIRA, 2013; POLIT; BECK, 2017).

Estudos de coorte utilizam um delineamento não experimental em que um grupo definido de pessoas é seguido ao longo do tempo para estudar desfechos. Nos estudos de coorte, os pesquisadores começam com uma causa possível e, subsequentemente, coletam dados sobre os resultados (POLIT; BECK, 2017).

4.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Esse é um serviço público especializado no atendimento pré-hospitalar em situações de dano grave à saúde de diversas naturezas (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2018).

O serviço é composto por 16 equipes, sendo 13 unidades de Suporte Básico de Vida e três unidades de Suporte Avançado de Vida (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2018). As 16 equipes são distribuídas em 15 bases: USA 01 Sede; USA 02 Hospital Cristo Redentor; USA 03 Serraria; USB 04 Belém Novo; USB 05 e 08 Hospital de 28 Pronto Socorro; USB 06 Petrópolis + Bom Jesus + Partenon; USB 09 Restinga; USB 10 Centro Vida; USB 12 Navegantes; USB 14 Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul; USB 15 Lomba do Pinheiro; USB 16 Cavalhada; USB 07 e 11 Morro Santana (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2018).

Com relação ao perfil de atendimentos do SAMU Porto Alegre, 60,4% dos atendimentos são clínicos, 34,8% traumáticos, 1,8% obstétricos e 1,2%

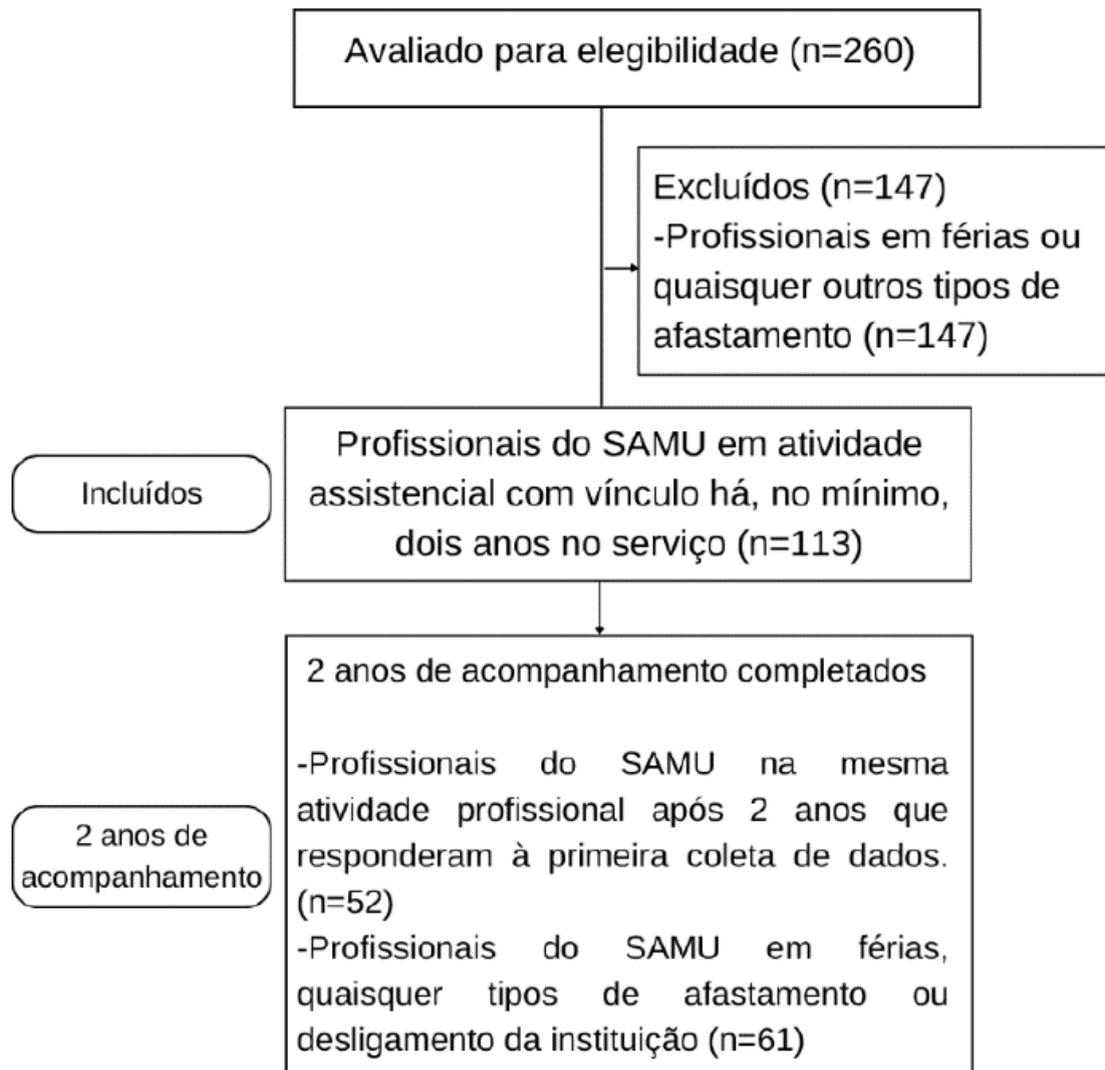
psiquiátricos. Os atendimentos clínicos mais prevalentes são paradas cardiorrespiratórias (25,6%) e rebaixamento do nível de consciência (11,5%). Quanto aos atendimentos traumáticos, 10,3% são relacionados a ferimentos por arma de fogo e arma branca, 7,8% por acidentes de trânsito e 7,3% por atropelamentos (BATTISTI et al., 2019).

4.3 População e amostra

A população do estudo constituiu-se de 260 profissionais de saúde que atuavam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre, dentre eles: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores.

Todos os profissionais que atuavam no SAMU foram convidados a participar do estudo e 113 profissionais compuseram a amostra respondente da pesquisa antes da pandemia (tempo 1), selecionados pela conveniência de estarem nos postos de trabalho, durante os meses da coleta de dados (de outubro de 2019 a fevereiro de 2020). No segundo momento de coleta (2 anos após advento da pandemia - tempo 2 – de novembro de 2021 a março de 2022), foram incluídos os mesmos profissionais que responderam o instrumento no tempo 1, dos quais, 52 compuseram a amostra devido a perdas por afastamentos desligamentos e óbitos, totalizando 61 perdas.

Figura 1. Amostra da pesquisa no tempo 1 e 2. Porto Alegre, 2023



Fonte: Adaptado de *Consolidated Standards of Reporting Trials* (2010)

Os critérios de inclusão na amostra inicial foram: ser profissional do SAMU em atividade assistencial e ter vínculo há, no mínimo, dois anos no serviço. Os critérios de exclusão utilizados para recrutar a amostra já identificada foram: estar de férias ou quaisquer outros tipos de afastamento durante a coleta de dados. Para inclusão no segundo momento do estudo foi utilizado critério de estar na mesma atividade profissional após 2 anos de pandemia e ter respondido ao primeiro momento de coleta de dados.

O tamanho amostral para detectar o impacto da pandemia (comparativo antes e depois) foi calculado utilizando a média diferente de zero nos escores do Inventário do Trabalho e Riscos de Adoecimento, considerando poder de 90%, nível

de significância de 5% e desvio padrão da diferença esperado de 1.4 pontos (MENDES, 2005), chegando-se ao tamanho total de 23 participantes. Acrescentando 10% para possíveis perdas e recusas o tamanho da amostra deve ser de 26 participantes. Foi utilizado a ferramenta PSS Health versão on-line (BORGES, 2021a).

4.4 Coleta de dados

A coleta foi realizada nas bases do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, conforme horário e disponibilidade do trabalhador no turno de trabalho. Para dar início à divulgação do estudo aos participantes, foi solicitado à chefia do serviço o envio de e-mail institucional com informações acerca da pesquisa. Os profissionais foram convidados presencialmente no local de trabalho nos dois momentos de coleta dos dados. Contudo, para participação do tempo 2, contou-se com o auxílio da escala diária via autorização institucional a fim de localizar os trabalhadores que compunham a amostra do tempo 1. Os participantes não encontrados presencialmente, devido às alterações de escalas, foram contatados via WhatsApp, onde foi realizado o agendamento do dia e horário para preenchimento dos instrumentos de pesquisa.

Os instrumentos de pesquisa foram aplicados por uma mestrande e cinco acadêmicas de enfermagem previamente treinadas, que permaneceram junto aos participantes durante o preenchimento dos instrumentos a fim de sanar dúvidas. Em situações em que não foi possível concluir o preenchimento dos instrumentos devido ao acionamento da equipe pela Central de Regulação, foi remarcado com o profissional.

Os dados foram coletados por meios da aplicação dos instrumentos de pesquisa contendo **Dados sociodemográficos, clínicos e laborais (ANEXO B)**, **Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA) (ANEXO C)**, **Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) (ANEXO D)** e **Standardised Nordic Questionnaire (QNM) (ANEXO E)**.

O primeiro instrumento de pesquisa é composto por questões relacionadas aos **dados sociodemográficos** (sexo, data de nascimento, cor da pele, escolaridade, situação conjugal, número de filhos), **clínicos** (tabagismo, número médio de horas de sono, consumo de bebida alcóolica, uso de medicações

prescritas, patologias, avaliação da saúde física e psíquica, peso, altura, circunferência abdominal e quadril), sendo que, para a avaliação da autoavaliação da saúde física e mental, foi utilizada escala do tipo Likert de 5 pontos, sendo: 1 ponto= “péssimo”, 4 pontos= “ruim”, 3 pontos= “regular”, 2 pontos= “bom” e 5 pontos= “ótimo” e **laborais** (anos de experiência na área da saúde, data de admissão na instituição, função exercida, cargo de chefia/supervisão, carga horária semanal, trabalho em mais de uma instituição e carga horária, turno de trabalho, restrições laborais, afastamentos e número de dias, vivência de violência no trabalho - agressão física e/ou verbal, assédio moral e/ou sexual, discriminação racial - presenciou agressão de algum colega).

O segundo instrumento, **Inventário do Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA)**, objetiva investigar os possíveis efeitos do trabalho no risco de adoecimento considerando o contexto, as exigências (física, cognitivas e afetivas), os danos, às vivências de prazer e o sofrimento (MENDES, 2007). Essas escalas consistem em um instrumento auxiliar no diagnóstico de indicadores críticos no trabalho, capazes de abordar de forma integrada a saúde dos trabalhadores, mas apesar de captar essas representações, essas perspectivas são generalizadas e não contemplam algumas particularidades (MENDES; FERREIRA, 2007). Todavia, mesmo com as limitações impostas pelo instrumento, acredita-se na sua potencialidade quanto ao diagnóstico situacional do contexto laboral, destacando-se a vivência dos profissionais do SAMU na pandemia da COVID-19.

A construção e validação desse instrumento foi realizada, primeiramente, por Ferreira e Mendes em 2003. Em 2007, os mesmos autores realizaram uma nova validação. O ITRA é composto por quatro escalas interdependentes: Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT), Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) e Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT) (MENDES, 2007).

A EACT descreve o contexto de trabalho por meio de representações relativas aos três domínios construídos com itens negativos: Organização do Trabalho, Condições de Trabalho e Relações Socioprofissionais. É constituída de uma escala do tipo Likert de cinco pontos: 1 ponto= “nunca”, 2 pontos= “raramente”, 3 pontos= “às vezes”, 4 pontos= “frequentemente” e 5 pontos= “sempre”. A classificação envolve os resultados de avaliação satisfatória (média inferior a 2,29

pontos), crítica (média entre 2,3 e 3,69 pontos) e grave (média superior a 3,7 pontos) (MENDES; FERREIRA, 2007).

A ECHT apresenta questões sobre as exigências do trabalho relativas ao custo humano através de três domínios: Custo Físico, Custo Cognitivo e Custo Afetivo. Essa escala é interpretada a partir de cinco pontos, sendo 1 ponto= “nunca exigido”, 2 pontos= “pouco exigido”, 3 pontos= “mais ou menos exigido”, 4 pontos= “bastante exigido” e 5 pontos= “totalmente exigido”. A classificação consiste em avaliação mais positiva, satisfatória (inferior de 2,29 pontos), avaliação mais moderada, crítico (entre 2,3 e 3,69) e avaliação mais negativa, grave (superior à 3,7) (MENDES; FERREIRA, 2007).

A EIPST investiga o sentido do trabalho por meio das vivências de prazer e sofrimento nos últimos seis meses. É composta por quatro domínios: dois para avaliar prazer (Realização Profissional e Liberdade de Expressão); portanto, composta por itens positivos, e dois para avaliar o sofrimento no trabalho (Esgotamento Profissional e Falta de Reconhecimento) com itens negativos. É composta por 7 pontos: 0= “nenhuma vez”, 1 ponto= “uma vez”, 3 pontos= “três vezes”, 4 pontos= “quatro vezes”, 5 pontos= “cinco vezes” e 6 pontos= “seis ou mais vezes”. A análise é diferente das demais escalas, visto que os indicadores de prazer são considerados positivos, portanto: inferior a 2 pontos (considera-se avaliação para raramente, grave), entre 3,9 e 2,1 (considera-se avaliação moderada, crítica) e superior de 4 pontos (considera-se avaliação mais positiva, satisfatória). Para os fatores relativos ao sofrimento, considerados itens negativos, a análise considera: menor que 2 pontos (avaliação menos negativa, satisfatória), entre 3,9 e 2,1 (avaliação moderada, crítica) e superior de 4 pontos (avaliação mais negativa, grave) (MENDES, FERREIRA, 2007).

A EADRT são representações relativas aos danos e efeitos do ambiente de trabalho através dos domínios: Danos Físicos, Danos Psicológicos, Danos Sociais. A escala é composta por 7 pontos nos últimos seis meses: 0= “nenhuma ocorrência”, 1 ponto= “ocorrência 1 única vez”, 3 pontos= “ocorrência por 3 vezes”, 4 pontos= “ocorrência por 4 vezes”, 5 pontos= “ocorrência por 5 vezes” e 6 pontos= “ocorrência por 6 vezes ou mais”. Para Ferreira e Mendes (2007), os itens que compõem os fatores da EADRT retratam situações muito graves relacionadas à saúde dos trabalhadores. Nessa perspectiva, o ponto médio adotado para a escala é menor. Para os valores de média obtidos, as avaliações são: inferior a 1,9 pontos (avaliação

mais positiva, suportável), entre 2 e 3 pontos (avaliação moderada, crítico), entre 3,1 e 4 pontos (avaliação moderada para frequente, grave) e superior de 4,1 pontos (avaliação mais negativa, presença de doenças ocupacionais) (MENDES; FERREIRA, 2007).

O terceiro instrumento, **Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)**, é utilizado para rastrear Distúrbios Psíquicos Menores (DPM). Foi desenvolvido por HARDING et al (1980), patrocinado pela Organização Mundial da Saúde e validado no Brasil por Mari e Willians (1986). Ele é composto por 20 questões, sendo que cada alternativa possui pontuação zero ou um: um ponto significa que os sintomas estiveram presentes no último mês; e zero quando não houve sintomas. O SRQ-20 sugere uma suspeita de algum transtorno mental, através da identificação de sintomas; entretanto, não resulta em diagnóstico. Os sintomas avaliados são os não psicóticos: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (SANTOS, 2010). O ponto de corte estabelecido para a escala é de seis ou mais respostas afirmativas para homens e sete ou mais para mulheres (MARI; WILLIAMS, 1986). Todavia, alguns estudos adotam o ponto de corte com sete respostas afirmativas ou mais para ambos os sexos (TAVARES et al., 2012; GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008). Nesse estudo, o ponto de corte utilizado foi de sete ou mais respostas positivas.

O quarto instrumento, **Standardised Nordic Questionnaire (QNM)**, foi construído por Kuorinka et al (1987), com o objetivo de analisar os sintomas musculoesqueléticos em um contexto ergonômico ou de saúde ocupacional. As questões podem ser auto administradas ou utilizadas em forma de entrevistas. Nele estão concentrados os sintomas mais frequentemente encontrados em um ambiente ocupacional (KUORINKA et al, 1987). No Brasil, o questionário foi validado por De Barros e Alexandre (2003), que realizou a adaptação do instrumento conforme as diferenças culturais. O QNM possibilita a identificação de sintomas musculoesqueléticos a partir de três questões: 1= “No último ano, você teve alguma dor ou desconforto em [...]?”. 2= “Este problema atrapalhou para fazer alguma coisa em casa ou fora de casa alguma vez, no último ano?”. 3= “Teve esta dor, alguma vez, nos últimos sete dias?” na região do pescoço, ombros, cotovelos, pulso ou mão, coluna torácica, coluna lombar, coxas, pernas, joelhos e tornozelos (DE BARROS; ALEXANDRE, 2003).

4.5 Análise dos dados

Os dados foram compilados em planilhas do programa Microsoft Excel e posteriormente analisados no software R versão 4.2.0 com auxílio de um estatístico. Para avaliar a confiabilidade das escalas do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), foi calculado o Alpha de Cronbach (teste usado para escalas do tipo Likert) de cada domínio. Para essa confiabilidade, os valores superiores a 0,70 são considerados aceitáveis, enquanto os valores superiores a 0,80 são considerados excelentes (MEDRONHO, 2009).

As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequência relativa e absoluta e as variáveis numéricas por meio de medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão e intervalos interquartílicos), conforme distribuição normal ou não paramétrica.

Nas tabelas cruzadas, a associação entre variáveis qualitativas foi avaliada pelo teste Qui-quadrado de independência de Pearson com simulação de Monte Carlo quando a frequência esperada foi menor do que cinco. A comparação de grupos independentes foi realizada pelo teste T independente, ANOVA de uma via ou teste de Kruskal-Wallis. Enquanto que grupos dependentes foram comparados pelo teste T dependente ou teste dos postos sinalizados de Wilcoxon.

A correlação entre variáveis quantitativas foi avaliada pelo coeficiente de correlação de Pearson ou de Spearman, sendo consideradas correlação muito forte ($0,9 \geq r \leq 1$); correlação forte ($0,6 \geq r \leq 0,9$); correlação regular ($0,3 \geq r \leq 0,6$); correlação fraca ($0 \geq r \leq 0,3$) e correlação nula ($r = 0$) (CALLEGARI-JACQUES, 2009).

A associação das variáveis com o desfecho DPM ($SRQ \geq 7$) e sintomas musculoesqueléticos foi avaliada estimando o risco relativo/razão de prevalências (RR/RP) pelo modelo de equações de estimações generalizadas com distribuição Poisson e variâncias robustas e foram considerados significativos valores de $p < 0,05$.

4.6 Considerações éticas

Essa pesquisa integra o projeto “Saúde dos trabalhadores e a organização do trabalho no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência”; o qual foi aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da instituição onde foi realizado, sob o número Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 20147019.5.3001.5338. Com a finalidade de incluir no referido projeto especificamente o objetivo do presente estudo, foi realizado adendo ao projeto já aprovado no CEP sob número do CAAE 20147019.5.3001.5338 com parecer de aprovação (Número do Parecer: 5.300.607) (ANEXO F).

Foram respeitados todos os princípios éticos conforme os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde sobre a pesquisa com seres humanos e as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais apresentadas na Resolução 510/16, quanto a utilização de dados obtidos diretamente com os participantes (BRASIL, 2012b). Também, foi mantido o anonimato dos participantes do estudo e sigilo dos dados obtidos, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Os dados utilizados para confecção desse estudo ficarão armazenados por cinco anos (BRASIL, 2018).

Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre os objetivos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) nos dois tempos. Os participantes dispuseram de aproximadamente 30 minutos para o preenchimento dos instrumentos de pesquisa. No segundo momento de coleta dos dados, visto a crise sanitária mundial vigente, os instrumentos de pesquisa foram impressos e disponibilizados envelopes individuais, bem como foram preconizadas as seguintes medidas preventivas: disponibilização de álcool gel durante todo período de preenchimento dos instrumentos, utilização de material impresso individualizado por trabalhador, uso de caneta própria para preenchimento e manuseio dos instrumentos pelas coletadoras após 72 horas.

Essa pesquisa apresentou risco mínimo de desconforto, podendo ser desencadeados pelo tempo para preenchimento dos instrumentos de pesquisa, bem como pela lembrança das dificuldades vivenciadas na pandemia da COVID-19. Acredita-se que o desconforto pode ser minimizado com a possibilidade de desistir em qualquer momento.

Os benefícios desta pesquisa serão indiretos, destacando-se o conhecimento gerado pelos dados, que fornecerão subsídios sobre a situação de saúde, trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores.

7 CONCLUSÃO

O estudo possibilitou avaliar o impacto da pandemia no contexto de trabalho e risco de adoecimento mental e físico dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da capital do Sul do Brasil; sendo possível concluir que o adoecimento psíquico surge como principal impacto mensurado por meio dos distúrbios psíquicos menores.

A partir dos dados sociodemográficos, clínicos e laborais foi possível traçar o perfil desses trabalhadores com predomínio do sexo masculino, média de 44,7 anos de idade, casados e autodeclarados brancos. Quanto à formação, a maioria possuía ensino superior. As categorias profissionais compreendidas foram técnicos/auxiliares de enfermagem, condutores, enfermeiros e médicos.

Com relação aos impactos da pandemia no contexto de trabalho, por meio dos domínios do ITRA, antes e durante a pandemia, foi possível identificar que a maioria das médias aumentaram entre os tempos estudados. Em algumas situações, como estresse, sobrecarga, alterações do sono, houve a alteração da avaliação entre os tempos, na maioria das vezes, com agravamento em decorrência do contexto pandêmico.

O maior impacto foi observado nas condições de trabalho, visto a precariedade da estrutura organizacional, além dos instrumentos de trabalho. Além disso, com o advento da pandemia, houve o aumento da pressão e do ritmo de trabalho, agravando as condições de trabalho que apresentavam fragilidades. Quanto ao custo humano despendido pelos profissionais do SAMU, a maioria das avaliações mantiveram-se críticas, sem alterações entre os tempos. O desenvolvimento de macetes apresentou significância estatística, o que pode ser associado à precarização dos instrumentos de trabalho, além das características peculiares relacionadas ao atendimento pré-hospitalar de emergência.

Os indicadores de prazer apresentaram avaliações satisfatórias. Todavia, o impacto no sofrimento relacionado ao trabalho é relevante e necessita de atenção. A sobrecarga, estresse e esgotamento emocional são atribuídos ao esgotamento profissional com exacerbação frente às implicações da pandemia. Corroborando com esses achados, os danos relacionados ao trabalho foram piores quanto aos psicológicos, visto a presença de sintomas como tristeza e irritação. Cabe salientar

que, nos dados físicos, as alterações do sono alteraram a avaliação entre os dois tempos e, durante a pandemia, foi avaliada como doença ocupacional.

As associações e correlações dos domínios do ITRA com os dados sociodemográficos, clínicos e laborais evidenciaram significância estatística entre afastamento e organização do trabalho, relações socioprofissionais, condições de trabalho, custo afetivo, custo cognitivo, custo físico e esgotamento profissional. Além disso, a cor da pele foi associada às relações socioprofissionais, a idade a liberdade de expressão e realização profissional, o sexo e o tabagismo ao custo cognitivo, as horas de sono a realização profissional. Ainda, os dias de afastamento foram correlacionados ao ambiente laboral e as relações socioprofissionais, bem como os anos de experiência com danos sociais.

O acometimento psicológico dos profissionais do SAMU foi evidenciado pela elevada prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM), sendo 32,7% (n=17) no tempo 1 e 40,4% (n=21) no tempo 2. Diante desses achados, associamos aos dados sociodemográficos, clínicos e laborais, com evidências de que ser do sexo feminino, conviver com comorbidades, fazer uso de medicações, alterações de peso, dormir seis horas ou menos por dia, autoanalisar-se com uma péssima saúde física e mental, ser enfermeiro ou técnico de enfermagem mostraram-se significativamente associados aos DPM. Além disso, não houve efeito de interação entre as variáveis e o tempo, ou seja, o efeito das variáveis independente do tempo estudado.

Quanto ao acometimento físico dos trabalhadores, a prevalência de sintomas musculoesqueléticos nos últimos 12 meses, impedimentos nos últimos 12 meses e sintomas nos últimos 7 dias foram elevadas, com 98,1% no tempo 1 e 90,4% no tempo 2, 76,9% no tempo 1 e 44,2% no tempo 2 e 86,5% no tempo 1 e 51,9% no tempo 2, respectivamente. A região do corpo mais acometida em ambos tempos foi a região lombar.

Diante disso, a partir da região mais prevalente quanto aos sintomas musculoesqueléticos, tanto no tempo 1 quanto no tempo 2, foi realizada associação com os dados sociodemográficos, clínicos e laborais, visto que, nos últimos 12 meses, a alteração da circunferência abdominal e dormir 6 horas ou menos, assim como dormir 6 horas ou menos e os anos de experiência nos impedimentos nos últimos 12 meses e, possuir mais de uma comorbidade, dormir 6 horas ou menos, anos de experiência e trabalhar em outra instituição nos últimos 7 dias foram associados significativamente a sintomas musculoesqueléticos. Ainda, ser do sexo

feminino e alterações de peso apresentaram efeito de interação entre as variáveis e o tempo nos impedimentos dos últimos 12 meses. Diante disso, a prevalência de impedimentos quanto a região lombar era similar no momento 1, mas apresentou modificação no tempo 2. Quanto à alteração de peso, houve redução entre os tempos de interação entre variável e tempo.

Os resultados deste estudo auxiliam na compreensão do contexto de trabalho relacionado ao risco de adoecimento físico e mental dos profissionais em diferentes cenários, sendo abordados previamente e durante a pandemia da COVID-19. Diante disso, os resultados auxiliam na elaboração de estratégias que contribuam para a prevenção do adoecimento destes trabalhadores, além da construção e fortalecimento de políticas públicas voltadas à saúde do trabalhador, visando a melhoria das condições de trabalho no ambiente pré-hospitalar. Sendo assim, novos estudos que abordem o trabalho e a saúde dos trabalhadores do SAMU são de suma importância, visto a escassez de estudos atuais acerca da temática.

Por fim, as possíveis limitações do estudo condizem com o elevado número de perdas, que ocasionou redução da amostra no tempo 2 (durante a pandemia), não permitindo a verificação de outros possíveis impactos; além do viés do trabalhador sadio.

REFERÊNCIAS

ABBAS, Ahmad et al. Sleep quality among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and its impact on medical errors: Kuwait experience. **Turkish thoracic journal**, v. 22, n. 2, p. 142, 2021.

ADRIANO, M. S. P. F. et al. Estresse ocupacional em profissionais da saúde que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Cajazeiras–PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 21, n. 1, p. 29-34, 2017.

AIRES, Letícia de Macêdo Nóbrega; PEIXOTO, M. S. R. M.; PACHÚ, Clésia Oliveira. Avaliação do contexto de trabalho e custo humano do trabalho entre técnicos administrativos de uma instituição pública de ensino superior na Paraíba. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 8, p. 146-162, 2021.

ALMEIDA, Sersie Lessa Antunes Costa et al. Uma análise crítica das vacinas disponíveis para Sars-cov-2. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 4537-4555, 2021.

ALOMAR, Reem S. Levels of physical activity and prevalence of musculoskeletal disorders among physicians in Saudi Arabia post COVID-19 lockdown: an epidemiological cross-sectional analysis. **Journal of Primary Care & Community Health**, v. 12, p. 21501327211040359, 2021.

ALONSO, Jordi et al. Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. **Revista de psiquiatria y salud mental**, v. 14, n. 2, p. 90-105, 2021.

ALVES, Ana Bárbara Simões Luz et al. ABSENTEÍSMO NA ENFERMAGEM DIANTE DA COVID-19: ESTUDO COMPARATIVO EM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 31, 2022.

AMAD, Alan et al. Boletim CoVida: Pandemia de COVID-19: fortalecer o Sistema de Saúde para proteger a população. 2020.

AMIN, Faridah et al. COVID-19 pandemic-knowledge, perception, anxiety and depression among frontline doctors of Pakistan. **BMC psychiatry**, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2020.

ARAUJO, Amanda Ferreira et al. Pre-hospital assistance by ambulance in the context of coronavirus infections. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

ARAÚJO, Francisco Denilson Pontes et al. Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem do atendimento pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 3, p. 312-317, 2018.

ARAUJO, Luciane Kozicz Reis; OLIVEIRA, Simone Santos. Mapeamento dos riscos psicossociais no SAMU/DF. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, 2019.

ARDEBILI, Mehrdad Eftekhar et al. Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. **American journal of infection control**, v. 49, n. 5, p. 547-554, 2021.

AREOSA, João. O mundo do trabalho em (re) análise: um olhar a partir da psicodinâmica do trabalho. **Laboreal**, v. 15, n. Nº2, 2019.

AYANIAN, John Z. Mental health needs of health care workers providing frontline COVID-19 care. In: **JAMA Health Forum**. American Medical Association, 2020. p. e200397-e200397.

BARELLO, Serena; PALAMENGGHI, Lorenzo; GRAFFIGNA, Guendalina. Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. **Psychiatry research**, v. 290, p. 113129, 2020.

BASTOS, Maria Luiza Almeida et al. Afastamentos do trabalho por transtornos mentais: um estudo de caso com servidores públicos em uma instituição de ensino no Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 53-59, 2018.

BATTISTI, Gabriela Reginatto et al. Perfil de atendimento e satisfação dos usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

BLANCHARD, Janice et al. The perceived work environment and well-being: A survey of emergency health care workers during the COVID-19 pandemic. **Academic Emergency Medicine**, v. 29, n. 7, p. 851-861, 2022.

BLANCO, Gabriela Dias; KOCH, Eleandra Raquel da Silva; PRATES, Camila Dellagnese. Facing the Pandemic in Brazil: controversies surrounding “early treatment” and vaccination. **Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology**, v. 19, 2022.

BORGES, Francisca Edinária de Sousa et al. Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 33, 2021.

BORGES, Rogério Boff et al. Power and Sample Size for Health Researchers: uma ferramenta para cálculo de tamanho amostral e poder do teste voltado a pesquisadores da área da saúde. **Clinical and Biomedical Research**, v. 40, n. 4, 2020.

BOUROUIBA, Lydia. Turbulent gas clouds and respiratory pathogen emissions: Potential implications for reducing transmission of COVID-19. **Jama**, v. 323, n. 18, p. 1837-1838, 2020.

BRANDÃO, Giselle Reis; LIMA, Maria Elizabeth Antunes. Uma intervenção em Psicopatologia do Trabalho-contribuições da Clínica da Atividade. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, 2019.

BRIEN, Kayleigh e cols. Distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho em enfermeiras que trabalham em unidades de reabilitação da medula espinhal na África do Sul. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004.** Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e Regiões do Território Nacional, e aá Outras providências. Brasília. 2004.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Editora do Ministério da Saúde. Brasília. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 814, de 1º de junho de 2001.** Diário Oficial da União. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.010 de 21 de maio de 2012.** Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.339, de 18 de novembro de 1999.** Institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico. Diário Oficial da União. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003.** Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União. Brasília, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003.** Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Diário Oficial da União. Brasília, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União. Brasília, 2002.

BRASIL. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília. 2012b.

BRITO, Rayane Silva; FERREIRA, Sônia Maria Isabel Lopes. Riscos ocupacionais entre os profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência: uma revisão integrativa. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 64, p. 5798-5813, 2021.

CABRAL, Eric Lucas dos Santos et al. Response time in the emergency services. Systematic review. **Acta cirurgica brasileira**, v. 33, p. 1110-1121, 2018.

CACCHIONE, Pamela Z. Moral distress in the midst of the COVID-19 pandemic. **Clinical Nursing Research**, v. 29, n. 4, p. 215-216, 2020.

CALLEGARI-JACQUES, Sidia M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Artmed Editora, 2009.

CARDOSO, Mariana de Castro Brandão; ARAÚJO, Tânia Maria de. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, 2016.

CARGNIN, Zulamar Aguiar et al. Non-specific low back pain and its relation to the nursing work process. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 27, 2019.

CARVALHO, Ana Elizabeth Lopes de Carvalho et al. Estresse dos profissionais de enfermagem atuantes no atendimento pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p 1-6, 2020.

CARVALHO, D. P. et al. Workloads and nursing workers' health: integrative review. **Cogitare Enferm**, v. 22, n. 1, p. 1-10, 2017.

CAVALCANTE, João Roberto et al. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, p. e2020376, 2020.

CAVALCANTE, Juliana Brito et al. Relationship network at a mobile urgent care service unit: analysis of a work team. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 2, p. 158, 2018.

CHAISE, Fabiana de Oliveira et al. Pain, cumulative trauma disorders and cardiovascular disease in professional of SAMU 192 Porto Alegre/RS. **Journal of Occupational Therapy of University of São Paulo/Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 29, n. 3, 2018.

CHATTU, Vijay Kumar et al. The global problem of insufficient sleep and its serious public health implications. In: **Healthcare**. MDPI, 2018.

CHEN, Yong-Hsin et al. The Effects of Frequent Coffee Drinking on Female-Dominated Healthcare Workers Experiencing Musculoskeletal Pain and a Lack of Sleep. **Journal of Personalized Medicine**, v. 13, n. 1, p. 25, 2023.

CHENG, Zhangkai J.; SHAN, Jing. 2019 Novel coronavirus: where we are and what we know. **Infection**, v. 48, p. 155-163, 2020.

CHIMED-OCHIR, Odgerel; MINE, Yuko; FUJINO, Yoshihisa. Pain, unhealthy days and poor perceived health among Japanese workers. **Journal of Occupational Health**, v. 62, n. 1, p. e12092, 2020.

CHIWARIDZO, M. et al. Work-related musculoskeletal disorders among registered general nurses: a case of a large central hospital in Harare, Zimbabwe. **BMC research notes**, v. 11, p. 1-7, 2018.

CHU, Derek K. et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **The lancet**, v. 395, n. 10242, p. 1973-1987, 2020.

CICONET, R. M. **Tempo resposta de um serviço de atendimento móvel de urgência. 2015**. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

CIPOLOTTI, Lisa et al. Factors contributing to the distress, concerns, and needs of UK Neuroscience health care workers during the COVID-19 pandemic. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v. 94, p. 536-543, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Brasil representa um terço das mortes de profissionais de Enfermagem por covid-19**. Brasília: COFEN; 2021.

DAL'BOSCO, Eduardo Bassani et al. A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 73, 2020.

DA LUZ, Emanuelli Mancio Ferreira et al. Repercussões da Covid-19 na saúde mental dos trabalhadores de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 2020.

DAL PAI, Daiane et al. Repercussões da pandemia pela COVID-19 no serviço pré-hospitalar de urgência e a saúde do trabalhador. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2021.

DAVISON, Constança; COTRIM, Teresa Patrone; GONÇALVES, Susana. Avaliação ergonômica do risco músculo-esquelético numa amostra de técnicos de emergência médica portugueses. **Jornal Internacional de Ergonomia Industrial**, v. 82, p. 103077, 2021.

DE BARRA, Edmar Aparecido et al. Vivências de sofrimento e adoecimento em ambiente de trabalho: uma análise do cotidiano profissional de enfermeiras e enfermeiros num contexto pandêmico em dois centros de referência no atendimento a pacientes de Covid-19. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 23, n. 2, p. 218-235, 2020.

DE BARROS, E. N. C.; ALEXANDRE, Neusa Maria C. Cross-cultural adaptation of the Nordic musculoskeletal questionnaire. **International nursing review**, v. 50, n. 2, p. 101-108, 2003.

DEJOURS, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 6. ed. São Paulo: Ed. Cortez – Oboré, 2015.

DEJOURS, Christophe. Avant-propos para a edição brasileira. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 15-21, 2004.

DEJOURS, Christophe; DE OLIVEIRA BARROS, Juliana; LANCMAN, Selma. A centralidade do trabalho para a construção da saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 27, n. 2, p. 228-235, 2016.

DEJOURS, Christophe et al. The Return of Work in Critical Theory: Self, Society. **Politics**, 2018.

DE LIMA, Andreia Gomes et al. Estresse ocupacional vivenciado por profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva do agreste de Pernambuco. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 2316-2337, 2021.

DI GIUSEPPE, Mariagrazia et al. Stress, burnout, and resilience among healthcare workers during the COVID-19 emergency: the role of defense mechanisms. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 10, p. 5258, 2021.

DOS SANTOS, Arlíni Fátima et al. Prazer e sofrimento no trabalho de Enfermagem em urgência e emergência. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 26, p. 1-14, 2022.

DREHER, Annegret et al. Attitudes and stressors related to the SARS-CoV-2 pandemic among emergency medical services workers in Germany: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 1-12, 2021.

DU, Jiang et al. Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. **General hospital psychiatry**, v. 67, p. 144, 2020.

DUPRAT, Irena Penha; MELO, Géssyca Cavalcante de. Análise de casos e óbitos pela COVID-19 em profissionais de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, 2020.

ECARNOT, Fiona et al. A qualitative study of the perceptions and experiences of healthcare providers caring for critically ill patients during the first wave of the COVID-19 pandemic: A PsyCOVID-ICU substudy. **Plos one**, v. 17, n. 9, p. e0274326, 2022.

EISMANN, Hendrik et al. Structured evaluation of stress triggers in prehospital emergency medical care: An analysis by questionnaire regarding the professional groups. **Der Anaesthetist**, v. 71, n. 4, p. 291-298, 2022.

EL-HAGE, Wissam et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale?. **L'encephale**, v. 46, n. 3, p. S73-S80, 2020.

ESTRELA, Fernanda Matheus et al. Covid-19 e doenças crônicas: impactos e desdobramentos frente à pandemia. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020.

FARAMARZI, Ahmad et al. The lost productivity cost of absenteeism due to COVID-19 in health care workers in Iran: a case study in the hospitals of Mashhad University of Medical Sciences. **BMC Health Services Research**, v. 21, p. 1-7, 2021.

FERNANDES, Queenie et al. Emerging COVID-19 variants and their impact on SARS-CoV-2 diagnosis, therapeutics and vaccines. **Annals of medicine**, v. 54, n. 1, p. 524-540, 2022.

FERREIRA, Ithana Queila Borges Pizzani et al. Repercussões da reforma trabalhista sobre o trabalho em enfermagem no contexto da pandemia de Covid-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2022.

FERREIRA, Mário César; ALMEIDA, Cleverson Pereira; GUIMARÃES, Magali Costa. **Ergonomia da atividade: uma alternativa teórico-metodológica no campo da psicologia aplicada aos contextos de trabalho. O trabalho e as organizações: atuações a partir da psicologia**. Porto Alegre: Artmed, p. 558-578, 2013.

FERREIRA, Mário César; MENDES, Ana Magnólia. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da previdência**. LPA Edições, 2003.
FIGUEIROA, Gabriela Bettoni et al. Síndrome de burnout entre profissionais de um serviço de atendimento móvel de urgência do Paraná. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.

FRANÇA, Ediana dos Santos; MOTA, Acy Holanda. PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO: UMA ABORDAGEM PSICODINÂMICA. **Revista Brasileira de Negócios e Desenvolvimento Regional**, n. 1, p. 5-20, 2021.

FRONTEIRA, Ines. Estudos Observacionais na Era da Medicina Baseada na Evidência: Breve Revisão Sobre a Sua Relevância, Taxonomia e Desenhos. **Acta Médica Portuguesa**, v. 26, n. 2, p.161-170, abr. 2013.

FUJII, Tomoko et al. Association between high fear-avoidance beliefs about physical activity and chronic disabling low back pain in nurses in Japan. **BMC musculoskeletal disorders**, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2019.

GALINDO, Isis da Silva et al. Motivos do absentismo em uma equipe de enfermagem ambulatorial. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 3198-3205, 2017.

GALON, Tanyse; NAVARRO, Vera Lucia; GONÇALVES, Angélica Martins de Souza. Percepções de profissionais de enfermagem sobre suas condições de trabalho e saúde no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 47, 2022.

GARCÍA-ÁLVAREZ, Leticia et al. ¿ Se observarán cambios en el consumo de alcohol y tabaco durante el confinamiento por COVID-19?. **adicciones**, v. 32, n. 2, p. 85-89, 2020.

GARÇON, Tatiana Aparecida Freitas et al. Fatores desencadeantes de estresse do enfermeiro na unidade de urgência e emergência: Stressful factors for nurses in the emergency and emergency unit. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 87, n. 25, 2019.

GLANZNER, Cecília Helena et al. Assessment of indicators and experiences of pain and pleasure in family health teams based on the Psychodynamics of Work. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, 2018.

GOMEZ, Carlos Minayo; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1963-1970, 2018.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon; KAPCZINSKI, Flavio. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 380-390, 2008.

GONZÁLEZ-GIL, María Teresa et al. Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 62, p. 102966, 2021.

GROVER, Elise; PORTER, Joanne E.; MORPHET, Julia. An exploration of emergency nurses' perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department. **Australasian emergency nursing journal**, v. 20, n. 2, p. 92-97, 2017.

GOULART, Leonardo Salomão et al. Acidentes de trabalho e os riscos ocupacionais identificados no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

GUAN, Wei-jie et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. **New England journal of medicine**, v. 382, n. 18, p. 1708-1720, 2020.

GUO, Jianming et al. Psychological effects of COVID-19 on hospital staff: A national cross-sectional survey in mainland China. **Vascular Investigation and Therapy**, v. 4, n. 1, p. 6, 2021.

HARDING, Timothy W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological medicine**, v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980.

HENDRICKSON, Rebecca C. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on mental health, occupational functioning, and professional retention among health care workers and first responders. **Journal of general internal medicine**, v. 37, n. 2, p. 397-408, 2022.

HEYMANN, David L.; SHINDO, Nahoko. COVID-19: what is next for public health?. **The lancet**, v. 395, n. 10224, p. 542-545, 2020.

HORTA, Rogério Lessa et al. O estresse e a saúde mental de profissionais da linha de frente da COVID-19 em hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 70, p. 30-38, 2021.

HUANG, Lishan et al. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. **Critical care**, v. 24, p. 1-3, 2020.

HUMEREZ, Dorisdaia Carvalho de; OHL, Rosali Isabel Barduchi; SILVA, Manoel Carlos Neri da. Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia Covid-19: ação do Conselho Federal de Enfermagem. **Cogitare enfermagem**, v. 25, 2020.

INDRUCZAKI, Natasha da Silva et al. Conflitos entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar. **Revista enfermagem Uerj. 28 (2020), e50078, p. 1-7.**, 2020.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. More than 600 nurses die from COVID-19 worldwide. In: **ICN**. Internet: Genève, 2020.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY MEDICINE. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). 2023.

KE, Ya-Ting et al. Nurses have a four-fold risk for overdose of sedatives, hypnotics, and antipsychotics than other healthcare providers in Taiwan. **PLoS One**, v. 13, n. 8, p. e0202004, 2018.

KELLER, Elizabeth et al. Examining the impact of stressors during COVID-19 on emergency department healthcare workers: An international perspective. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 6, p. 3730, 2022.

KHORASANEE, Reza et al. The effects of COVID-19 on sickness of medical staff across departments: A single centre experience. **Clinical Medicine**, v. 21, n. 2, p. e150, 2021.

KOLHS, Marta et al. A enfermagem na urgência e emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. Rio de Janeiro. Vol. 9, n. 2 (abr./jun. 2017), p. 422-431**, 2017.

KRISHNAN, K. Saraswathi; RAJU, Gunasunderi; SHAWKATALY, Omar. Prevalence of work-related musculoskeletal disorders: psychological and physical risk factors. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 17, p. 9361, 2021.

KUORINKA, Ilkka et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. **Applied ergonomics**, v. 18, n. 3, p. 233-237, 1987.

LACERDA, João Pedro Rezende et al. Relação entre o medo do COVID-19 e a sobrecarga física e mental de profissionais de saúde em atendimento contínuo de pacientes durante a pandemia de COVID-19. **HU Revista**, v. 48, p. 1-8, 2022.

LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 2004. p. 346-346.

LAI, Jianbo et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. **JAMA network open**, v. 3, n. 3, p. e203976-e203976, 2020.

LASALVIA, Antonio et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers in a highly burdened area of north-east Italy. **Epidemiology and psychiatric sciences**, v. 30, p. e1, 2021.

LAUER, Stephen A. et al. The incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and application. **Annals of internal medicine**, v. 172, n. 9, p. 577-582, 2020.

LAWN, Sharon et al. The effects of emergency medical service work on the psychological, physical, and social well-being of ambulance personnel: a systematic review of qualitative research. **BMC psychiatry**, v. 20, n. 1, p. 1-16, 2020.

LAWNER, Benjamin J. et al. The impact of a freestanding ED on a regional emergency medical services system. **The American journal of emergency medicine**, v. 34, n. 8, p. 1342-1346, 2016.

LEITE, Jandra Cibele Rodrigues de Abrantes Pereira et al. Prazer e sofrimento dos profissionais de enfermagem decorrentes do trabalho em clínicas cirúrgicas. **Rev. enferm. UERJ**, p. e63524-e63524, 2022.

LENTINE, Edvilson Cristiano; SONODA, Tereza Kiomi; BIAZIN, Damares Tomasin. Estresse de profissionais de saúde das unidades básicas do município de Londrina. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, v. 19, n. 37, p. 103-123, 2020.

LI, Jinghua et al. Working conditions and health status of 6,317 front line public health workers across five provinces in China during the COVID-19 epidemic: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, p. 1-14, 2021.

LIANG, Yingjian et al. Screening for Chinese medical staff mental health by SDS and SAS during the outbreak of COVID-19. **Journal of psychosomatic research**, v. 133, p. 110102, 2020.

LIMA, Clara Cynthia Melo; FERNANDES, Tatiana Fróes; CALDEIRA, Antônio Prates. Contexto de trabalho e custo humano no trabalho para agentes comunitários de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3181-3192, 2022.

LIMA, Eduardo de Paula et al. Baixas na linha de frente: absenteísmo entre bombeiros durante o combate à pandemia da COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, 2020.

LOHELA-KARLSSON, Malin; CONDÉN MELLGREN, Emelie. Health Consequences of the COVID-19 Pandemic among Health-Care Workers: A Comparison between Groups Involved and Not Involved in COVID-19 Care. In: **Healthcare**. MDPI, 2022. p. 2540.

LUAN, Hoang Duc et al. Musculoskeletal disorders: prevalence and associated factors among district hospital nurses in Haiphong, Vietnam. **BioMed research international**, v. 2018, 2018.

MACIEL, Regina Heloisa Mattei de Oliveira et al. Contexto de trabalho y costo humano en la post-graduación stricto sensu en el estado del Ceará. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 25, n. 1, p. 57-68, 2020.

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza et al. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, p. 811-817, 2010.

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza et al. Relação entre capacidade para o trabalho na enfermagem e distúrbios psíquicos menores. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, p. 362-370, 2015.

MARCONATO, Cintia da Silva et al. Prevalência e fatores associados aos distúrbios psíquicos menores em trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017.

MARI, Jair de Jesus; WILLIAMS, Paul. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, v. 148, n. 1, p. 23-26, 1986.

MALTA, M. et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 559-565, 2010.

MAO, Ren et al. Manifestations and prognosis of gastrointestinal and liver involvement in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **The lancet Gastroenterology & hepatology**, v. 5, n. 7, p. 667-678, 2020a.

MAO, Ling et al. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. **JAMA neurology**, v. 77, n. 6, p. 683-690, 2020b.

MARQUES, Lorraine Cichowicz et al. Covid-19: cuidados de enfermagem para segurança no atendimento de serviço pré-hospitalar móvel. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2020.

MARTINS, Daiane Granada; GONÇALVES, Júlia. Estresse ocupacional em profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 3-17, 2019.

MARTINS, Márcio et al. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de informática de terceirizados de uma instituição pública. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 15, n. 3, p. 244-251, 2017.

MARTINS, Pedro Paulo Scremin; PRADO, Marta Lenise do. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, p. 71-75, 2003.

MASSOUD, Ricardo Ormanes. A saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, p. e432111234686-e432111234686, 2022.

MAZALO, João Viriato et al. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em enfermeiros de um hospital público em Manaus-AM. **Desafios-Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 8, n. 2, p. 56-65, 2021.

MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. Epidemiologia: caderno de exercícios. In: **Epidemiologia: caderno de exercícios**. 2009.

MELLO, Marco Túlio de et al. Sleep and COVID-19: considerations about immunity, pathophysiology, and treatment. **Sleep Science**, v. 13, n. 3, p. 199, 2020.

MENDELSON, Daniel et al. Impact of work hours and sleep on well-being and burnout for physicians-in-training: the Resident Activity Tracker Evaluation Study. **Medical education**, v. 53, n. 3, p. 306-315, 2019.

MENDES, Ana Magnólia; FERREIRA, Mário C.; CRUZ, Roberto M. Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento-ITRA: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 111-126, 2007.

MENDES, A. M. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. 1ª Edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, A. M. et al. **Validação do inventário de trabalho e riscos de adoecimento – ITRA**. In: IV Congresso de Psicologia Norte-Nordeste, Salvador, BA. 2005.

MIORIN, Jeanini Dalcol et al. Prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. e2350015, 2018.

MONTALVÃO, Luciano Alvarenga. Marxismo e Psicodinâmica do Trabalho: aproximações possíveis. **Trabalho (En) Cena**, v. 3, n. 2, p. 65-79, 2018.

MORAIS, Daniela Aparecida et al. Reorganização da assistência pré-hospitalar móvel na pandemia de Covid-19: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2021.

MOREIRA, Wanderson Carneiro; SOUSA, Anderson Reis de; NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa. Adoecimento mental na população geral e em profissionais de saúde durante a COVID-19: scoping review. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2020.

MOTA, Isabella Araújo et al. Impact of COVID-19 on eating habits, physical activity and sleep in Brazilian healthcare professionals. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 79, p. 429-436, 2021.

MULLER, Ashley Elizabeth et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. **Psychiatry research**, v. 293, p. 113441, 2020.

MUTANDA, T. et al. Occupation-related musculoskeletal disorders among nurses at the National Referral Hospital, Mulago in Uganda. **Occup Med Health Aff**, v. 5, n. 3, p. 1-5, 2017.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00115320, 2020.

NOTTIDGE, Timothy Eyo; NOTTIDGE, Bolanle A.; EKRIKPO, Udeme E. Prevalence and predictors of low back pain in a Southern Nigerian hospital. **Annals of African medicine**, v. 18, n. 3, p. 167, 2019.

O'DWYER, Gisele et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00043716, 2017.

OLAGUNJU, Andrew T. et al. Psychological distress and sleep problems in healthcare workers in a developing context during COVID-19 pandemic: Implications for workplace wellbeing. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 110, p. 110292, 2021.

OLINO, Luciana et al. Distúrbios psíquicos menores entre trabalhadores de enfermagem durante a pandemia: estudo multicêntrico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 2022.

PALACIOS, Ricardo et al. Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Phase III Clinical Trial to Evaluate the Efficacy and Safety of treating Healthcare Professionals with the Adsorbed COVID-19 (Inactivated) Vaccine Manufactured by Sinovac–PROFISCOV: A structured summary of a study protocol for a randomised controlled trial. **Trials**, v. 21, p. 1-3, 2020.

OLAGUNJU, Andrew T. et al. Psychological distress and sleep problems in healthcare workers in a developing context during COVID-19 pandemic: Implications for workplace wellbeing. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 110, p. 110292, 2021.

OLIVEIRA, Elias Barbosa de et al. Distúrbios psíquicos menores em trabalhador de Enfermagem de um hospital psiquiátrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

OLIVEIRA, Priscila Braga de; SPIRI, Wilza Carla. Absenteísmo de enfermeiros e técnicos de enfermagem na unidade de urgência e emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, 2022.

PÁDUA, Leandro Silva; FERREIRA, Mário César. Avaliação do custo humano do trabalho e das estratégias de mediação dos médicos de uma unidade de pronto atendimento. **Trabalho (En) Cena**, v. 5, n. 1, p. 28-52, 2020.

PAIANO, Marcelle et al. Mental health of healthcare professionals in China during the new coronavirus pandemic: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

PAPPA, Sofia et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Brain, behavior, and immunity**, v. 88, p. 901-907, 2020.

PARVARESH-MASOUD, Mohammad; IMANIPOUR, Masoomeh; CHERAGHI, Mohammad Ali. Emergency medical technicians' experiences of the challenges of prehospital care delivery during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. **Ethiopian Journal of Health Sciences**, v. 31, n. 6, 2021.

PASTRIAN-SOTO, Gabriel. Bases genéticas y moleculares del COVID-19 (SARS-CoV-2). Mecanismos de patogénesis y de respuesta inmune. **International journal of odontostomatology**, v. 14, n. 3, p. 331-337, 2020.

PEREIRA, Anelise Bertolino et al. Work weaknesses and potentials: perception of mobile emergency service nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

PHELAN, Alexandra L.; KATZ, Rebecca; GOSTIN, Lawrence O. The novel coronavirus originating in Wuhan, China: challenges for global health governance. **Jama**, v. 323, n. 8, p. 709-710, 2020.

PINHATTI, Evelin Daiane Gabriel et al. Distúrbios psíquicos menores na enfermagem: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2176-2183, 2018.

PIMENTEL, Rodrigo Fernandes Weyll et al. Relação entre a pandemia da COVID-19, compulsão alimentar e sofrimento mental em profissionais de saúde no Brasil: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 19, n. 3, p. 283-289, 2021.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Artmed Editora, 2011.

PORTUGAL, Jéssica Karoline Alves et al. Percepção do impacto emocional da equipe de enfermagem diante da pandemia de COVID-19: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 46, pág. e3794-e3794, 2020.

PRADO, Amanda Dornelas et al. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 46, p. e4128-e4128, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **SAMU - 192**. 2018.

PREZANT, David J. et al. Medical leave associated with COVID-19 among emergency medical system responders and firefighters in New York City. **JAMA network open**, v. 3, n. 7, p. e2016094-e2016094, 2020.

QUE, Jianyu et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. **General psychiatry**, v. 33, n. 3, 2020.

RAHMAN, Hanif Abdul; ABDUL-MUMIN, Khadizah; NAING, Lin. Psychosocial work stressors, work fatigue, and musculoskeletal disorders: comparison between emergency and critical care nurses in Brunei Public Hospitals. **Asian nursing research**, v. 11, n. 1, p. 13-18, 2017.

RAMÍREZ-ORTIZ, J. et al. Consecuencias en la salud mental de la pandemia de COVID-19 asociada al aislamiento social. Colomb. **J. Anesthesiol**, v. 48, n. 4, 2020.

RANNEY, Megan L.; GRIFFETH, Valerie; JHA, Ashish K. Critical supply shortages—the need for ventilators and personal protective equipment during the Covid-19 pandemic. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 18, p. e41, 2020.

REZAEI, Bareza et al. Low back pain and its related risk factors in health care providers at hospitals: A systematic review. **Annals of Medicine and Surgery**, v. 70, p. 102903, 2021.

RIBEIRO, Karina Viana et al. Estresse ocupacional e fatores estressores em enfermeiros de unidades de internação clínica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 81-94, 2020.

RIBEIRO, Renata Perfeito et al. Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

RIDGE, Damien et al. Depression at work, authenticity in question: Experiencing, concealing and revealing. **Health**, v. 23, n. 3, p. 344-361, 2019.

ROCHA, Felipe Pereira; SAITO, César Akiyoshi; PINTO, Teresa Cristina Nathan Outeiro. Absenteísmo-doença entre profissionais de saúde de um hospital público estadual em São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 17, n. 3, p. 355, 2019.

RODRIGUEZ-MORALES, Alfonso J. et al. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. **Travel medicine and infectious disease**, v. 34, p. 101623, 2020.

SAÇALA, R. et al. Related musculoskeletal disorders work process pre-hospital care. **Rev Univ Vale do Rio Verde**, v. 15, n. 2, p. 751-8, 2017.

SANT'ANA, Geisa et al. Infecção e morte em profissionais de saúde por COVID-19: uma revisão sistemática. **ACTA Paulista de enfermagem**, v. 33, 2020.

SANTAMARÍA, María Dosil et al. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. **Revista de psiquiatria y salud mental**, v. 14, n. 2, p. 106-112, 2021.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544-544, 2010.

SANTOS, Roberto Airon Veras dos; RAPOSO, Maria Cristina Falcão; MELO, Renato de Souza. Prevalência e fatores associados à dor musculoesquelética em profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **BrJP**, v. 4, p. 20-25, 2021.

SCHMIDT, Maria Luiza Gava; ROTOLI, Liliane Ubada Morandi. Percepções de trabalhadores readaptados sobre o contexto de trabalho e riscos psicossociais organizacionais. **Psicologia Revista**, v. 30, n. 1, p. 168-192, 2021.

SCHUG, Caterina et al. Sick leave and intention to quit the job among nursing staff in German hospitals during the COVID-19 pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 4, p. 1947, 2022.

SCHULTZ, Carmen Cristiane et al. Factors related to musculoskeletal pain of nurses in the hospital setting: cross-section of Lima al study. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, 2022.

SEHN, Adriane Cristina; CORDENUZZI, Onélia da Costa Pedro. FATORES DESENCADEANTES DE ESTRESSE OCUPACIONAL NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU): UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **REVISTA DE SAÚDE DOM ALBERTO**, v. 9, n. 2, pág. 213-241, 2022.

SETHURAMAN, Nandini; JEREMIAH, Sundararaj Stanleyraj; RYO, Akihide. Interpreting diagnostic tests for SARS-CoV-2. **Jama**, v. 323, n. 22, p. 2249-2251, 2020.

SILVA, Elisângelo Aparecido Costa da et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, 2010.

SILVA, Flaviane Cristine Troglia da; NETO, Modesto Leite Rolim. Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: A systematic review with

meta-analysis. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 104, p. 110057, 2021.

SILVA, Marciele et al. A ergonomia no ambiente de trabalho dos enfermeiros do samu: uma visão da enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e30410111552-e30410111552, 2021.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Precarização do mercado de trabalho de auxiliares e técnicos de Enfermagem no Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 135-145, 2019.

SILVA, Raquel Vitória Souza; DEUSDEDIT-JÚNIOR, Manoel; BATISTA, Matilde Agero. A relação entre reconhecimento, trabalho e saúde sob o olhar da Psicodinâmica do Trabalho e da Clínica da Atividade: debates em psicologia do trabalho. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 2, p. 415-427, 2015.

SINGH, Mandeep et al. Optimal sleep health among frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic. **Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie**, v. 67, p. 1471-1474, 2020.

SIQUEIRA, Bruna Machado et al. Os efeitos da pandemia na síndrome de Burnout em profissionais de saúde. **Revista Educação em Saúde**: V9, suplemento 2, 2021.

SOUSA-DUARTE, Fernanda et al. Da Psicodinâmica à Psicopatologia do Trabalho no Brasil:(in) definições e possibilidades. **Psicologia em estudo**, v. 27, 2022.

SOUSA, Kayo Henrique Jardel Feitosa et al. Riscos de adoecimento no trabalho da equipe de enfermagem em um hospital psiquiátrico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018.

SPAGNOL, Carla Aparecida et al. Holofotes acesos durante a pandemia da COVID-19: paradoxos do processo de trabalho da Enfermagem. **Rev Min Enferm**, v. 24, p. 1-6, 2020.

STEVELINK, Sharon AM et al. The mental health of emergency services personnel in the UK Biobank: a comparison with the working population. **European journal of psychotraumatology**, v. 11, n. 1, p. 1799477, 2020.

TARIAH, Hashem Abu et al. Work-related musculoskeletal disorders in nurses working in the Kingdom of Saudi Arabia. **Work**, v. 65, n. 2, p. 421-428, 2020.

TAVARES, Juliana Petri et al. Alterações psíquicas em profissionais da enfermagem pertencentes ao grupo de risco para complicações da Covid-19. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 31, 2022.

TAVARES, Juliana Petri et al. Distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes universitários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, p. 175-182, 2012.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciencia & saude coletiva**, v. 25, p. 3465-3474, 2020.

TERMORSHUIZEN, Jet D. et al. Early impact of COVID-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of~ 1,000 individuals in the United States and the Netherlands. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 11, p. 1780-1790, 2020.

TRETTENE, Armando dos Santos et al. Estresse–realidade vivenciada por enfermeiros atuantes em um Centro de Terapia Intensiva [Stress–realities experienced by nurses working in an Intensive Care Unit][Estrés-realidad vivida por enfermeros que trabajan en una Unidad de Terapia Intensiva]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, p. 17523, 2018.

US FOOD AND DRUG ADMINISTRATION et al. LabCorp COVID-19 RT-PCR Test EUA summary, accelerated emergency use authorization (EUA) summary COVID-19 RT-PCR TEST. 2020.

VASCONCELOS, Diogo Vaz de et al. Absenteísmo em dois hospitais públicos de Minas Gerais: perfil epidemiológico. **Rev Med Minas Gerais**, v. 27, n. Supl 1, p. S4-S10, 2017.

VEDOVATO, Tatiana Giovanelli et al. Trabalhadores (as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva?. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 46, 2021.

VIDOTTI, Viviane et al. Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 26, 2018.

VIVIAN, Chancarlyne; TRINDADE, Letícia de Lima; VENDRUSCOLO, Carine. Prazer e sofrimento docente: estudo na pós-graduação stricto sensu. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 20, n. 3, p. 1064-1071, 2020.

VOYSEY, Merryn et al. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. **The Lancet**, v. 397, n. 10269, p. 99-111, 2021.

XIA, Lei et al. Prevalence of sleep disturbances and sleep quality in Chinese healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, p. 646342, 2021.

XIANG, Yu-Tao et al. Tribute to health workers in China: A group of respectable population during the outbreak of the COVID-19. **International journal of biological sciences**, v. 16, n. 10, p. 1739, 2020.

ZAKI, Ali M. et al. Isolation of a novel coronavirus from a man with pneumonia in Saudi Arabia. **New England Journal of Medicine**, v. 367, n. 19, p. 1814-1820, 2012.

ZHANG, Qiong et al. Low back pain in emergency ambulance workers in tertiary hospitals in China and its risk factors among ambulance nurses: a cross-sectional study. **BMJ open**, v. 9, n. 9, p. e029264, 2019.

ZHANG, Wen-rui et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. **Psychotherapy and psychosomatics**, v. 89, n. 4, p. 242-250, 2020.

ZHONG, N. S. et al. Epidemiology and cause of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Guangdong, People's Republic of China, in February, 2003. **The Lancet**, v. 362, n. 9393, p. 1353-1358, 2003.

ZHU, Na et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **New England journal of medicine**, 2020.

WALSH, Tom P. et al. The association between body fat and musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis. **BMC musculoskeletal disorders**, v. 19, p. 1-13, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health in the Workplace**. World Health Organization, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Oxygen sources and distribution for COVID-19 treatment centres: interim guidance, 4 April 2020**. World Health Organization, 2020a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages: interim guidance, 6 April 2020**. World Health Organization, 2020b.

YANG, Jing et al. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. **International journal of infectious diseases**, v. 94, p. 91-95, 2020.

YOSHIMOTO, Takahiko et al. Presenteeism and associated factors among nursing personnel with low back pain: a cross-sectional study. **Journal of Pain Research**, p. 2979-2986, 2020.

YÜCE, Meral; FILIZTEKIN, Elif; ÖZKAYA, Korin Gasia. COVID-19 diagnosis—A review of current methods. **Biosensors and Bioelectronics**, v. 172, p. 112752, 2021.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você já participou da primeira etapa do estudo “Saúde dos trabalhadores e a organização do trabalho no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência” respondendo a perguntas relacionadas com a saúde do trabalhador no período pré-pandemia. Neste momento, você está sendo convidado para participar da segunda etapa do estudo respondendo aos mesmos instrumentos utilizados anteriormente com o objetivo de verificar o impacto da pandemia sobre o contexto de trabalho e os riscos de adoecimento dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre.

Diante disto, você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Impacto da pandemia da covid-19 no contexto de trabalho e riscos de adoecimento no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência”, que está vinculada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Os riscos relacionados à pesquisa são considerados mínimos e se referem a possíveis desconfortos associados ao tempo que você irá despender para responder ao questionário. Para que estes riscos sejam amenizados serão selecionados pesquisadores familiarizados e capacitados quanto à técnica de coleta dos dados, além de garantia de seu anonimato nos registros efetuados pelo pesquisador e de confidencialidade dos dados.

Os benefícios desta pesquisa serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios sobre a situação de saúde, trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores, o que pode repercutir sobre o atendimento aos usuários do serviço.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: responder a um questionário com perguntas objetivas sobre o contexto do trabalho e risco de adoecimento. Para responder a esse questionário você utilizará em torno de 30 minutos.

Esse procedimento será realizado em local e horário de sua preferência e disponibilidade. Será mantido seu anonimato na divulgação dos resultados. Sua participação nesse estudo é totalmente voluntária. A opção de não participar ou

desistir após ingressar no estudo, não implicará em nenhum prejuízo para você ou para seu vínculo com a instituição onde trabalha.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação no estudo e você não terá nenhum custo. Você apenas necessitará dispor de seu tempo para responder ao questionário. Sua participação no estudo não está associada a nenhum tipo de avaliação profissional ou de desempenho. Sempre que necessário receberá esclarecimento acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa.

A pesquisadora orientadora deste projeto é a professora Dra Daiane Dal Pai a qual poderá lhe fornecer maiores informações sobre a pesquisa por meio do telefone (51) 984124620 ou (51) 993100815, ou pelo endereço da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na Rua São Manoel, 963 sala 208. Este projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Declaro que concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora responsável

Data: ____/____/____

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UFRGS:

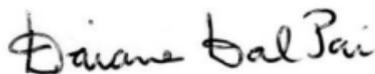
Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317, Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060
Telefone: +55 51 3308 3738
E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SMS:

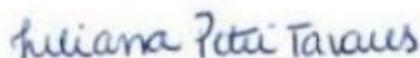
Endereço: Rua Capitão Montanha, 27- 7º andar (Centro Histórico)
Telefone: +55 51 3289 5517
E-mail: cep_sms@hotmail.com.br e cep-sms@sms.prefpoa.com.br

APÊNDICE B – Carta de autorização de uso dos dados

Nós, Daiane Dal Pai e Juliana Petri Tavares, pesquisadoras responsáveis pela pesquisa “Saúde dos trabalhadores e a organização do trabalho no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência”, devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, número CAAE 20147019.5.3001.5338, autorizamos a mestranda Natasha da Silva Indruczaki, inscrita no CPF sob o nº 029.587.130-08, matriculada no Programa Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o nº 00243391, a utilizar as informações do banco de dados da referida pesquisa para a Dissertação de Mestrado, no período de 2021/1 a 2023/1, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Daiane Dal Pai.



Daiane Dal Pai



Juliana Petri Tavares

Porto Alegre, 12 de março de 2021

ANEXO A - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)

Tabela. Itens essenciais que devem ser descritos em estudos observacionais, segundo a declaração Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). 2007.

Item	Nº	Recomendação
Título e Resumo	1	Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado
Introdução		
Contexto/Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa.
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes.
Métodos		
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.
Contexto (<i>setting</i>)	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (<i>follow-up</i>) e coleta de dados.
Participantes	6	Estudos de Coorte: Apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Descreva os métodos de acompanhamento. Estudos de Caso-Controlle: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério-diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreva a justificativa para a eleição dos casos e controles Estudo Seccional: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes. Estudos de Coorte: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos. Estudos de Caso-Controlle: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso.
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.
Fontes de dados/ Mensuração	8 ^a	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação.
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vies.
Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho amostral.
Variáveis quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porque.
Métodos estatísticos	12	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de confundimento. Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações. Explique como foram tratados os dados faltantes ("missing data") Estudos de Coorte: Se aplicável, explique como as perdas de acompanhamento foram tratadas. Estudos de Caso-Controlle: Se aplicável, explique como o pareamento dos casos e controles foi tratado. Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem. Descreva qualquer análise de sensibilidade.
Resultados		
Participantes	13 ^a	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados) Descreva as razões para as perdas em cada etapa. Avalie a pertinência de apresentar um diagrama de fluxo
Dados descritivos	14 ^a	Descreva as características dos participantes (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial. Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse. Estudos de Coorte: Apresente o período de acompanhamento (ex: média e tempo total)

Tabela continuação

Item	Nº	Recomendação
Desfecho	15 ^a	Estudos de Coorte: Descreva o número de eventos-desfecho ou as medidas-resumo ao longo do tempo Estudos de Caso-Controlle: Descreva o número de indivíduos em cada categoria de exposição ou apresente medidas-resumo de exposição. Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo.
Resultados principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos. Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados. Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante.
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade.
Discussão		
Resultados principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo.
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.
Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.
Outras Informações		
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.

^a Descreva essas informações separadamente para casos e controles em Estudos de Caso-Controlle e para grupos de expostos e não expostos, em Estudos de Coorte ou Estudos Seccionais.

Nota: Documentos mais detalhados discutem de forma mais aprofundada cada item do *checklist*, além de apresentarem o referencial teórico no qual essa lista se baseia e exemplos de descrições adequadas de cada item (Vandenbroucke et al.^{24,25} A *checklist* do STROBE é mais adequadamente utilizada um conjunto com esses artigos (disponíveis gratuitamente no site das revistas PLoS Medicine [www.plosmedicine.org], Annals of Internal Medicine [www.annals.org] e Epidemiology [www.epidem.com]). No website da iniciativa STROBE (www.strobe-statement.org) estão disponíveis versões separadas de *checklist* para Estudos de Coorte, Caso-Controlle ou Seccionais. Reproduzida de von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke JP. Declaração STROBE: Diretrizes para a comunicação de estudos observacionais [material suplementar na internet]. Malta M, Cardoso LO, tradutores. In: Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):559-65.

ANEXO B - Questionário de dados sociodemográficos, clínicos e laborais

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICAS E LABORAIS

1) INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

1.1 Sexo: (1) Masculino

(2) Feminino

1.2 Data de nascimento: ____/____/____

1.3 Cor da pele: (1) Negra

(2) Parda

(3) Branca

(4) Outra

1.4 Escolaridade (em anos de estudo completos e aprovados): ____

1.5 Situação conjugal: (1) Solteiro(a), viúvo(a) ou sem companheiro(a)

(2) Casado(a) ou com companheiro(a)

1.6 Número de filhos: ____

1.7 Tabagista: (1) Sim

(2) Não

1.8 Número médio de horas de sono: ____

1.9 Quantas vezes na semana você costuma fazer uso de alguma bebida alcoólica?

1.10 Você faz uso de alguma medicação? (1) Sim. Qual?

(2) Não

Possui prescrição médica? (1) Sim

(2) Não

1.11 Você convive com alguma doença (HAS, DM, Asma, Depressão, etc)?

(1) Sim.

Qual?

(2) Não

1.12 Como você avalia sua saúde física atual?

Péssima (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) Ótima

1.12 Como você avalia sua saúde psíquica atual?

Péssima (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) Ótima

Faz algum tratamento de saúde? (0) Não

(1) Sim Qual?

1.13 Peso ____ Kg Altura ____ cm

1.14 Circunferência abdominal ____ cm Circunferência quadril ____ cm

2) INFORMAÇÕES LABORAIS

2.1 Quantos anos de experiência na área da saúde? ____

2.2 Data de admissão nessa instituição? ____/____/____

2.3 Função na instituição? (1) Enfermeiro

(2) Técnico de Enfermagem

(3) Auxiliar de Enfermagem

- (4) Médico
- (5) Conductor

2.4 Você possui algum cargo de chefia/supervisão? (1) Sim

(2) Não

2.5 Carga horária semanal de trabalho nessa instituição? _____ horas

2.6 Trabalha em outra instituição? (1) Sim. Nº de horas semanais? _____

(2) Não

2.7 Qual seu turno de trabalho? (1) Diurno

(2) Noturno

2.8 Possui alguma restrição para exercer suas atividades laborais?

(1) Sim. Qual? _____

(2) Não

2.9 Já apresentou alguma situação de saúde a qual foi necessário afastar-se do trabalho?

(1) Sim. Qual? _____

(2) Não

2.10 Nos últimos 12 meses você precisou se afastar por questões de saúde?

(1) Sim. Nº de dias? _____

(2) Não

2.11 Nos últimos 12 meses você sofreu algum tipo de violência no trabalho?

(0) Não

(1) Sim, fui agredido fisicamente por _____

(2) Sim, fui agredido verbalmente por _____

(3) Sim, sofri assédio moral por _____

(4) Sim, sofri assédio sexual por _____

(5) Sim, sofri discriminação racial por _____

2.12 Nos últimos 12 meses você presenciou algum colega sendo agredido?

(0) Não

(1) Sim, _____ colegas, por _____

ANEXO C – Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA)

Escala de Avaliação de trabalho (EACT): Estas afirmativas são em relação a avaliação do seu contexto de trabalho. Por favor, responda às questões colocando um “X” no quadrado apropriado, um “X” para cada pergunta. Responda a todas as perguntas, mesmo que você nunca tenha experienciado cada alguma das situações.

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre
------------	----------------	---------------	---------------------	-------------

O ritmo de trabalho é excessivo	1	2	3	4	5
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos	1	2	3	4	5
Existe forte cobrança por resultados	1	2	3	4	5
Existe fiscalização do desempenho	1	2	3	4	5
O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas	1	2	3	4	5
Os resultados esperados estão fora da realidade	1	2	3	4	5
Existe divisão entre quem planeja e quem executa	1	2	3	4	5
As tarefas são repetitivas	1	2	3	4	5
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	1	2	3	4	5
As tarefas executadas sofrem descontinuidade	1	2	3	4	5
As tarefas não estão claramente definidas	1	2	3	4	5
A autonomia é inexistente	1	2	3	4	5
A distribuição das tarefas é injusta	1	2	3	4	5
Os funcionários são excluídos das decisões	1	2	3	4	5
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	1	2	3	4	5
Existem disputas profissionais no local de trabalho	1	2	3	4	5
Falta de integração no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
A comunicação entre funcionários é insatisfatória	1	2	3	4	5
Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional	1	2	3	4	5
As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso	1	2	3	4	5
As condições são precárias	1	2	3	4	5
O ambiente físico é desconfortável	1	2	3	4	5
Existe muito barulho no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	1	2	3	4	5
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	1	2	3	4	5
O posto/estação de trabalho é inadequado para realização das tarefas	1	2	3	4	5
Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários	1	2	3	4	5
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	1	2	3	4	5
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	1	2	3	4	5
O material de consumo é insuficiente	1	2	3	4	5

Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT): As afirmativas a seguir são em relação as exigências do seu contexto de trabalho. Por favor, responda às questões colocando um “X” no quadrado apropriado, um “X” para cada pergunta. Responda a todas as perguntas, mesmo que você nunca tenha experienciado cada alguma das situações.

1 Nada exigido	2 Pouco exigido	3 Mais ou menos exigido	4 Bastante exigido	5 Totalmente exigido
-------------------	--------------------	----------------------------	-----------------------	-------------------------

Ter controle das emoções	1	2	3	4	5
Ter que lidar com ordens contraditórias	1	2	3	4	5
Ter custo emocional	1	2	3	4	5
Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros	1	2	3	4	5
Disfarçar os sentimentos	1	2	3	4	5
Ser obrigado a ter bom humor	1	2	3	4	5
Ser obrigado a cuidar da aparência física	1	2	3	4	5
Ser bonzinho com os outros	1	2	3	4	5
Transgredir valores éticos	1	2	3	4	5
Ser submetidos a constrangimentos	1	2	3	4	5
Ser obrigado a sorrir	1	2	3	4	5
Desenvolver macetes	1	2	3	4	5
Ter que resolver problemas	1	2	3	4	5
Ser obrigado a lidar com imprevistos	1	2	3	4	5
Fazer previsão de acontecimentos	1	2	3	4	5
Usar a visão de forma contínua	1	2	3	4	5
Usar a memória	1	2	3	4	5
Ter desafios intelectuais	1	2	3	4	5
Fazer esforço mental	1	2	3	4	5
Ter concentração mental	1	2	3	4	5
Usar a criatividade	1	2	3	4	5
Usar a força física	1	2	3	4	5
Usar os braços de forma contínua	1	2	3	4	5
Ficar em posição curvada	1	2	3	4	5
Caminhar	1	2	3	4	5
Ser obrigado a ficar em pé	1	2	3	4	5
Ter que manusear objetos pesados	1	2	3	4	5
Fazer esforço físico	1	2	3	4	5
Usar as pernas de forma contínua	1	2	3	4	5
Usar as mãos de forma contínua	1	2	3	4	5
Subir e descer escadas	1	2	3	4	5

Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST): As afirmativas a seguir são em relação as vivências positivas e negativas. Por favor, responda às questões colocando um “X” no quadrado apropriado, um “X” para cada pergunta. Responda a todas as perguntas, mesmo que você nunca tenha experienciado cada alguma das situações.

0 Nenhum a vez	1 Uma vez	2 Duas vezes	3 Três vezes	4 Quatro vezes	5 Cinco vezes	6 Seis ou mais vezes
----------------------	-----------------	--------------------	--------------------	----------------------	---------------------	-------------------------------

Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Solidariedade entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Confiança entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para usar minha criatividade	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	0	1	2	3	4	5	6
Cooperação entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Satisfação	0	1	2	3	4	5	6
Motivação	0	1	2	3	4	5	6
Orgulho do que eu faço	0	1	2	3	4	5	6
Bem-estar	0	1	2	3	4	5	6
Realização profissional	0	1	2	3	4	5	6
Valorização	0	1	2	3	4	5	6
Reconhecimento	0	1	2	3	4	5	6
Identificação com as minhas tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Gratificação pessoal com as minhas atividades	0	1	2	3	4	5	6
Esgotamento emocional	0	1	2	3	4	5	6
Estresse	0	1	2	3	4	5	6
Insatisfação	0	1	2	3	4	5	6
Sobrecarga	0	1	2	3	4	5	6
Frustração	0	1	2	3	4	5	6
Insegurança	0	1	2	3	4	5	6
Medo	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento do meu esforço	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento do meu desempenho	0	1	2	3	4	5	6
Desvalorização	0	1	2	3	4	5	6
Indignação	0	1	2	3	4	5	6
Inutilidade	0	1	2	3	4	5	6
Desqualificação	0	1	2	3	4	5	6

Injustiça	0	1	2	3	4	5	6
Discriminação	0	1	2	3	4	5	6

Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT): As afirmativas a seguir são em relação aos problemas físicos, psicológicos e sociais que você avalia como causados pelo seu trabalho, refletindo em relação aos últimos 6 meses. Por favor, responda às questões colocando um “X” no quadrado apropriado, um “X” para cada pergunta. Responda a todas as perguntas, mesmo que você nunca tenha experienciado cada alguma das situações.

0 Nenhum a vez	1 Uma vez	2 Duas vezes	3 Três vezes	4 Quatro vezes	5 Cinco vezes	6 Seis ou mais vezes
----------------------	-----------------	--------------------	--------------------	----------------------	---------------------	-------------------------------

Dores no corpo	0	1	2	3	4	5	6
Dores no braço	0	1	2	3	4	5	6
Dor de cabeça	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios respiratórios	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios digestivos	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas costas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios auditivos	0	1	2	3	4	5	6
Alterações do apetite	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios de visão	0	1	2	3	4	5	6
Alterações do sono	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas pernas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios circulatórios	0	1	2	3	4	5	6
Insensibilidade em relação aos colegas	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldades nas relações fora do trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de ficar sozinho	0	1	2	3	4	5	6
Conflitos nas relações familiares	0	1	2	3	4	5	6
Agressividade com os outros	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldade com os amigos	0	1	2	3	4	5	6
Impaciência com as pessoas em geral	0	1	2	3	4	5	6
Amargura	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de vazio	0	1	2	3	4	5	6
Sentimento de desamparo	0	1	2	3	4	5	6
Mau-humor	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de desistir de tudo	0	1	2	3	4	5	6
Tristeza	0	1	2	3	4	5	6
Irritação com tudo	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de abandono	0	1	2	3	4	5	6
Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Solidão	0	1	2	3	4	5	6

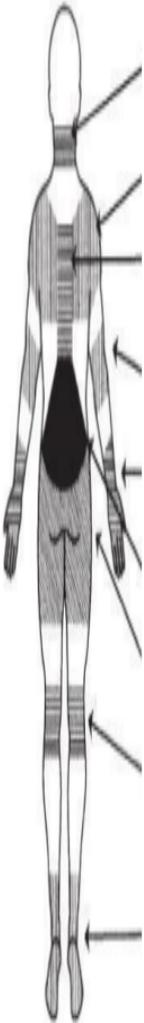
ANEXO D – Self Reporting Questionnaire (SRQ)

Responda às seguintes perguntas a respeito da sua saúde considerando os últimos 30 dias:

1	Tem dores de cabeça frequentes?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
2	Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
3	Dorme mal?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
4	Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
5	Tem tremores de mãos?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
6	Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
7	Tem má digestão?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
8	Tem dificuldade para pensar com clareza?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
9	Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
10	Tem chorado mais do que o costume?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
11	Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
12	Tem dificuldades para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
13	Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
14	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
15	Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
16	Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
17	Tem tido ideias de acabar com a vida	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
18	Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
19	Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]
20	Cansa-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> Sim [1]	<input type="checkbox"/> Não [0]

ANEXO E - Nordic Musculoskeletal Questionnaire (QNM)

Por favor, responda às questões colocando um “X” no quadrado apropriado para cada pergunta. Por favor, responda a todas as perguntas mesmo que você nunca tenha tido problemas em qualquer parte do seu corpo. Esta figura mostra como o corpo foi dividido. Você deve decidir por si mesmo, qual parte está ou foi afetada, se houver alguma.

		Nos últimos 12 meses, você teve problemas (como dor/formigamento/dormência) em:	Nos últimos 12 meses, você foi impedido(a) de realizar atividades normais por causa desse problema em:	Nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional da área da saúde (médico, fisioterapeuta) por causa dessa condição em:	Nos últimos 7 dias, você teve algum problema?
	PESCOÇO	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
	OMBROS	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
	PARTE SUPERIOR DAS COSTAS	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
	COTOVELO S	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
	PUNHOS/MÃ OS	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
	PARTE INFERIOR DAS COSTAS	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
	QUADRIL/ COXAS	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
	JOELHOS	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
	TORNOZEL OS/PÉS	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

ANEXO F - PARECER DE APROVAÇÃO ADENDO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE DOS TRABALHADORES E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Pesquisador: Daiane Dal Pai

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20147019.5.3001.5338

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Emenda

Justificativa: Solicitamos extensão do prazo de vigência do projeto até julho de 2023, a fim de dar

Data do Envio: 16/03/2022

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.300.607

Apresentação da Notificação:

TRATA-SE DE UMA EMENDA COM A SEGUINTE JUSTIFICATIVA: " Solicitamos extensão do prazo de vigência do projeto até julho de 2023, a fim de dar seguimento à etapa do estudo (grupos de discussão com as equipes) que ainda não pode ser realizada devido às restrições da pandemia. Ainda, solicitamos a inclusão do objetivo: verificar o impacto da pandemia sobre o contexto de trabalho, riscos de adoecimento físico e psíquico dos profissionais do SAMU de Porto Alegre. O interesse me verificar o impacto decorre dos resultados qualitativos gerados durante a pandemia, que instigam a questionar os resultados quantitativos acerca da saúde anteriormente encontrado. Assim, considerando os resultados já encontrados com a aplicações do questionário que compôs a etapa quantitativa (antes da pandemia), pretende-se avaliar as mesmas variáveis 2 anos após, por meio do mesmo protocolo da pesquisa desenvolvido anteriormente. Todos os aspectos éticos já considerados serão respeitados, utilizando o TCLE ajustado, conforme modelo que segue, bem

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com

Continuação do Parecer: 5.300.607

como nova proposta de cronograma.”

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) é baseada em um conjunto de ações que visam ampliar e qualificar o acesso de forma humana e integral aos usuários em situações de urgência e emergência, de forma que o atendimento seja ágil e oportuno. A RUE é constituída pelos componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Sala de Estabilização; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e a Atenção Hospitalar (BRASIL, 2013). Dentro da rede, o SAMU tem o importante papel de ordenar o fluxo assistencial e prestar atendimento precoce e transporte rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde, através do envio de veículos que contam com uma equipe capacitada para o atendimento, objetivando assim reduzir a morbidade e a mortalidade da população (BRASIL, 2013). Nesse contexto, o SAMU é um elemento fundamental para o funcionamento correto da RUE, pois se caracteriza como um serviço complexo, que presta assistência às vítimas de agravos à saúde de diferentes naturezas como: clínica, cirúrgica, obstétrica, traumática e psiquiátrica, sendo grande

parte das ocorrências predominantemente clínicas (BRASIL, 2013, ALMEIDA et al, 2016). Por essa diversidade, a atuação em Atendimento Pré-Hospitalar (APH) demanda diversos requisitos dos profissionais, como conhecimentos (tanto gerais como específicos), domínio de técnicas e protocolos, capacidade de gerenciamento e equilíbrio emocional (ROMANZINI; BOCK, 2010). Em relação aos recursos e à equipe, o SAMU conta com as seguintes unidades móveis utilizadas no atendimento de urgência, que são: a Unidade de Suporte Básico de Vida

(USB), em que são necessários no mínimo dois profissionais, sendo um condutor e um técnico ou auxiliar de enfermagem; e a Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA), em que devem estar presentes três profissionais, são esses: um condutor, um enfermeiro e um médico. E ainda existem outras categorias de atendimento como aeronave, embarcação e motolância (BRASIL, 2013). O trabalho no SAMU é cercado por diversos desafios, os quais estão inclusos o risco de acidentes, tanto os automobilísticos, envolvendo as unidades móveis, como também os acidentes com materiais perfurocortantes, que tem grande prevalência entre os profissionais que atuam no APH (TRIPPLE, et al, 2013). Por estarem submetidos a um ambiente de trabalho tenso e lidarem diretamente com situações extremas que envolvem sofrimento, dor e morte, os trabalhadores apresentam altos níveis de estresse (STUMM, et al, 2009). Trata-se de um estudo misto, tipo sequencial - observacional transversal (etapa quanti) e exploratório-descritivo (quali) com etapa posterior de utilização do referencial da psicodinâmica do trabalho. Este estudo será realizado com trabalhadores do SAMU de Porto Alegre, envolvendo todos os profissionais que prestam

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com

Continuação do Parecer: 5.300.607

assistência (n=260), sendo técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e condutores. Essa etapa de coleta dos dados será realizada por meio da aplicação de questionário contendo: Dados sociodemográficos e laborais, Questionário Nórdico Padronizado (Standardised Nordic Questionnaire), Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), Maslach Burnout Inventory (MBI), Invetário do sobre o Trabalho e Risco de adoecimento (ITRA) e Instrumento de Qualidade de Vida Profissional (PROQOL-BR). Com base nos resultados dessa primeira etapa, serão realizadas entrevistas individuais e grupos de discussão com as equipes de trabalho. Para responder às entrevistas serão sorteados 20 profissionais. A psicodinâmica do trabalho dará sustentação à realização dos grupos de discussão.

Objetivo da Notificação:

TRATA-SE DE UMA EMENDA COM A SEGUINTE JUSTIFICATIVA: " Solicitamos extensão do prazo de vigência do projeto até julho de 2023, a fim de dar seguimento à etapa do estudo (grupos de discussão com as equipes) que ainda não pode ser realizada devido às restrições da pandemia. Ainda, solicitamos a inclusão do objetivo: verificar o impacto da pandemia sobre o contexto de trabalho, riscos de adoecimento físico e psíquico dos profissionais do SAMU de Porto Alegre. O interesse me verificar o impacto decorre dos resultados qualitativos gerados durante a pandemia, que instigam a questionar os resultados quantitativos acerca da saúde anteriormente encontrado. Assim, considerando os resultados já encontrados com a aplicações do questionário que compôs a etapa quantitativa (antes da pandemia), pretende-se avaliar as mesmas variáveis 2 anos após, por meio do mesmo protocolo da pesquisa desenvolvido anteriormente. Todos os aspectos éticos já considerados serão respeitados, utilizando o TCLE ajustado, conforme modelo que segue, bem como nova proposta de cronograma."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos relacionados à pesquisa são considerados mínimos e se referem a possíveis desconfortos associados ao tempo que você irá despende para responder ao questionário, à entrevista individual e participar das discussões em grupo. Para que estes riscos sejam amenizados serão selecionados pesquisadores familiarizados e capacitados quanto à técnica de coleta dos dados, além de garantia de seu anonimato nos registros efetuados pelo pesquisador e de confidencialidade dos dados.

Benefícios: Os benefícios desta pesquisa serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios sobre a situação de saúde, trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores, o que pode vir a repercutir também sobre o atendimento aos usuários do serviço.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com

Continuação do Parecer: 5.300.607

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Pesquisador Responsável: Daiane Dal Pai

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Tamanho da Amostra: 260

Coleta de dados quantitativos 01/11/2019

Coleta de dados qualitativos - entrevistas 02/03/2020

Término do estudo: 06/02/2021

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos já foram apresentados de forma adequada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

N/A

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes de seu início. Os relatórios semestrais devem ser apresentados ao CEP SMSPA, através de submissão na Plataforma Brasil, como "Notificação".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	EmendaProjSAMU.pdf	16/03/2022 10:58:01	Daiane Dal Pai	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 20 de Março de 2022

Assinado por:

Alexandre Luis da Silva Ritter
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 5.300.607

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com