

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

MARCOS HENRIQUE OLIVEIRA SOUSA

**A saúde mental dos trabalhadores da saúde no contexto da pandemia da  
COVID-19: um estudo de métodos mistos no município de São Paulo**

São Paulo  
2023

MARCOS HENRIQUE OLIVEIRA SOUSA

**A saúde mental dos trabalhadores da saúde no contexto da pandemia da COVID-19: um estudo de métodos mistos no município de São Paulo**

**Versão Original**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréa Tenório Correia da Silva.

São Paulo  
2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Sousa, Marcos Henrique Oliveira

A saúde mental dos trabalhadores da saúde no contexto da pandemia da COVID-19 : um estudo de métodos mistos no município de São Paulo / Marcos Henrique Oliveira Sousa. -- São Paulo, 2023.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Saúde Coletiva.

Orientadora: Andréa Tenório Correia da Silva.

Descritores: 1.COVID-19 2.Saúde mental  
3.Trabalhadores da saúde 4.Violência 5.Estudo de método misto

USP/FM/DBD-489/23

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

SOUSA, MHO. A saúde mental dos trabalhadores da saúde no contexto da pandemia da COVID-19: um estudo de métodos mistos no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2023.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_

Aos trabalhadores da saúde, em especial à memória daqueles que perderam suas vidas na luta  
contra a COVID-19.

## AGRADECIMENTOS

Como dizia Raul Seixas: sonhos que se sonham só, são apenas sonhos que se sonham só. Sonhos que se sonham juntos, tornam-se realidade. Portanto, é necessário agradecer àqueles que sonharam ao meu lado, tornando este momento possível.

Aos meus pais, Iracema Andrade e Fernando Henrique, meus incentivadores mais antigos, que desde sempre me apresentaram a educação como principal e única possibilidade emancipatória. À Fernanda Maria e Maria Helena, minhas irmãs, que entendem e apoiam a minha ausência física no convívio diário em prol dessa caminhada.

Aos meus amigos, Rodrigo Andrade, Fagner Arruda e Vileno da Silva que estiveram ao meu lado desde a fase embrionária desse projeto até o findar dessa dissertação, me dando todo apoio emocional necessário.

A Josevan Silva, o amigo responsável por me incentivar a tentar o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, além é claro, de me acolher em todas as minhas idas a São Paulo.

À Viviane Pires, Déborah Melo e Hannah Shiva, amigas que partilho as trincheiras da vida e da fonoaudiologia em Saúde Coletiva.

À Aline Moura, amiga e primeira pessoa que acreditou na minha caminhada acadêmica, inclusive antes mesmo de mim.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pela oportunidade.

Aos trabalhadores da saúde da cidade de São Paulo, que gentilmente aceitaram participar desse estudo.

Por fim, e aqui reservo um agradecimento especial, à minha orientadora Andréa Tenório. Com ela, foi possível aprender que a academia não precisa ser sinônimo de sofrimento mental, pode e deve ser um espaço de aprendizagem, humanidade e afeto. Muito obrigado pelas lições!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

*“Isso porque, o que você pensa quando se fala em super-herói? Que ele, por si só, se basta. Ele não precisaria de proteção. Com o próprio corpo dele, ele já resolve a parada. Então, esse tipo de comparação me causa muito desconforto. Nós não somos super-heróis, somos seres humanos como quaisquer outros. E a gente não quer ser super-herói. O trabalho na saúde é um trabalho como qualquer outro. A gente está trabalhando porque a gente precisa de salário. Então, essa questão de tratar o trabalhador de saúde como super herói me irrita.”*

*(Ana Carlinda, enfermeira. – Relatos da linha de frente)*

## RESUMO

Sousa, MHO. A saúde mental dos trabalhadores da saúde no contexto da pandemia da COVID-19: um estudo de métodos mistos no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2023.

Objetivo: investigar aspectos relacionados à saúde mental de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto da pandemia da COVID-19, em uma região do município de São Paulo, Brasil. Método: trata-se de um estudo de métodos mistos do tipo sequencial explanatório. Na fase quantitativa foram analisados os dados da linha de base no município de São Paulo do estudo multicêntrico *The COVID-19 healthcare workers: HEROES study*, que incluiu trabalhadores de 26 unidades básicas de saúde, sorteadas para participar do estudo. Na fase quantitativa, foram examinadas as associações das características sociodemográficas do trabalho no contexto da pandemia, e a exposição à violência com transtornos mentais comuns (TMCs), aqueles com escores maior ou igual a 5 no *General Health Questionnaire-12*. Para isso utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta. A associação entre violência e TMCs foi selecionada para ser estudada na fase qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 15 trabalhadores da saúde, escolhidos na perspectiva de garantir heterogeneidade da amostra. O material foi transcrito, lido e relido e submetido à análise de conteúdo. Resultados: participaram da fase quantitativa 815 trabalhadores da saúde. Destes, 35,5% da amostra apresentou TMCs. Um maior risco de TMCs foi observado em médicos (RPajustado 1,45; IC95% 1,05-2,01), em trabalhadores com acesso insuficiente aos equipamento de proteção individual (EPI) (pouco insuficiente 1,33; IC95% 1,08-1,65 e muito insuficiente RPajustado 1,72; IC95% 1,36-2,17), e naqueles expostos a no mínimo dois tipos de violência (RPajustado para dois episódios = 1,80; IC95% 1,39-2,32; RPajustado para três episódios = 2,05; IC95% 1,51-2,79). Os temas que emergiram da análise de conteúdo foram: (1) características da violência contra trabalhadores da APS, incluindo percepções das diferenças entre os episódios antes e durante a pandemia, tipos de violência e causas da violência na pandemia; (2) impactos da violência, com destaque para o sofrimento mental; e (3) medidas para mitigar a violência contra trabalhadores da saúde. Conclusão: a alta prevalência de TMCs em trabalhadores de saúde durante a pandemia da COVID-19 tem impacto para trabalhadores, gestores da saúde e para a população assistida. Garantir acesso adequado aos EPI e implementar estratégias para mitigar a violência contra profissionais da APS como o combate às *fake News*, devem ser prioridade para reduzir os efeitos sobre a saúde mental desses trabalhadores.

Palavras-chave: COVID-19. Saúde mental. Trabalhador da saúde. Violência. Estudo de métodos mistos.

## ABSTRACT

Sousa, MHO. The mental health of healthcare workers in the context of the COVID-19 pandemic: a mixed methods study in the city of São Paulo [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2023.

**Objective:** to investigate aspects related to the mental health of primary health care (PHC) workers in the context of the COVID-19 pandemic, in a region of the city of São Paulo, Brazil. **Method:** this is a mixed method study of the explanatory sequential type. In the quantitative phase, baseline data in the city of São Paulo from the multicenter study The COVID-19 healthcare workers: HEROES study, which included workers from 26 basic health units, drawn to participate in the study, were analyzed. In the quantitative phase, the associations of sociodemographic characteristics, work in the context of the pandemic, and exposure to violence with common mental disorders (CMDs) were examined, those with scores greater than or equal to 5 on the General Health Questionnaire-12. For this, Poisson regression with robust variance was used. The association between violence and CMDs was selected to be studied in the qualitative phase. Semi-structured interviews were carried out with 15 health workers, chosen with a view to ensuring sample heterogeneity. The material was transcribed, read and re-read and subjected to content analysis. **Results:** 815 health workers participated in the quantitative phase. 35.5% of the sample presented CMDs. A higher risk of CMDs was observed in doctors (Adjusted PR 1.45; 95% CI 1.05-2.01), in workers with insufficient access to personal protective equipment (PPE) (slightly insufficient 1.33; 95% CI 1.08-1.65 and very insufficient AdjustedRP 1.72; 95%CI 1.36-2.17), and in those exposed to at least two types of violence (AdjustedRP for two episodes = 1.80; 95%CI 1.39- 2.32; PRadjusted for three episodes = 2.05; 95%CI 1.51-2.79). The themes that emerged from the content analysis were: (1) characteristics of violence against PHC workers, including perceptions of differences between episodes before and during the pandemic, types of violence and causes of violence in the pandemic; (2) impacts of violence, with emphasis on mental suffering; and (3) measures to mitigate violence against healthcare workers. **Conclusion:** the high prevalence of CMDs in healthcare workers during the COVID-19 pandemic has an impact on workers, healthcare managers and the assisted population. Ensuring adequate access to PPE and implementing strategies to mitigate violence against PHC professionals, such as combating fake news, must be a priority to reduce the effects on the mental health of these workers.

**Keywords:** COVID-19. Mental health. Health worker. Violence. Mixed method study.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figure 1</b> - Estruturação das etapas do estudo e os respectivos procedimentos e produtos. ....	31
<b>Figure 2</b> - Porcentagem de participantes que relataram exposição a um, dois ou três tipos de violência durante a pandemia de COVID-19(%). São Paulo, Brasil, 2023.....	33
<b>Quadro 1</b> - Características dos trabalhadores da saúde entrevistados. São Paulo, Brasil. 2023 .....	35
<b>Quadro 2</b> - Categorias temáticas e subcategorias que emergiram da análise de conteúdo. São Paulo, Brasil. 2023. ....	36
<b>Quadro 3</b> - Relação entre resultados quantitativos e qualitativos e a inferência do método misto. São Paulo, Brasil, 2023. ....	47

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características dos participantes e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da APS. Estudo HEROES. São Paulo, Brasil (n=815).....	32
<b>Tabela 2</b> - Tabela 2 - Variáveis associadas aos transtornos mentais comuns graves em trabalhadores da Atenção Primária segundo regressão de Poisson. Estudo HEROES. São Paulo, Brasil (n=815).....	34

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID-19	<i>Coronavirus Disease</i>
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GHQ-12	<i>General Health Questionnaire</i> , versão 12
HEROES	<i>The COVID-19 healthcare workers: HEROES study</i>
MERS	Síndrome Respiratória do Oriente Médio
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
RP	Razão de Prevalência
SARS	Síndrome Aguda Respiratória Grave
SARS-CoV2	Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
SRQR	Standards for Reporting Qualitative Research
SUS	Sistema Único de Saúde
TETP	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMCs	Transtornos Mentais Comuns
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.1 Contextualizando a questão da investigação: a pandemia da COVID-19 .....	14
1.2 A Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da COVID-19 .....	15
1.3 A saúde do trabalhador de saúde na pandemia da COVID-19 .....	17
1.4 Fatores associados à saúde mental dos trabalhadores da saúde durante a pandemia.....	19
1.5 Violência contra profissionais de saúde durante a pandemia e os impactos sobre a saúde mental.....	20
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	22
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	23
3.1 Geral.....	23
3.2 Específicos .....	23
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	24
4.1 Desenho do estudo .....	24
4.2 Dimensão quantitativa .....	24
<b>4.2.1 Desfecho</b> .....	25
<b>4.2.2 Exposição principal</b> .....	26
<b>4.2.3 Variáveis sociodemográficas</b> .....	26
<b>4.2.4 Variáveis associadas ao contexto da pandemia</b> .....	27
<b>4.2.5 Análise estatística</b> .....	27
4.3 Dimensão qualitativa .....	27
<b>4.3.1 Participantes</b> .....	28
<b>4.3.2 Produção dos dados</b> .....	28
<b>4.3.3 Análise de dados</b> .....	29
4.4 Procedimentos éticos .....	30
<b>5. RESULTADOS</b> .....	31
5.1 Resultados quantitativos .....	32
<b>5.1.1 Análise descritiva</b> .....	32
<b>5.1.2 Análise das associações</b> .....	33
5.2 Resultados qualitativos .....	35
<b>5.2.1 Tema 1 Características da violência contra trabalhadores da APS</b> .....	36
5.2.1.1 <i>Antes da pandemia x durante a pandemia</i> .....	36
5.2.1.2 <i>Tipos de violência</i> .....	37
5.2.1.3 <i>Fatores desencadeantes</i> .....	39

<b>5.2.2 Tema 2 Impactos da violência</b> .....	42
5.2.2.1 <i>Saúde mental dos trabalhadores da saúde</i> .....	42
<b>5.2.3 Tema 3 Medidas para lidar com a violência</b> .....	43
5.2.3.1 <i>Medidas individuais</i> .....	43
5.2.3.2 <i>Medidas organizacionais</i> .....	44
5. 3 Integração dos resultados quantitativos e qualitativos.....	45
<b>5.3.1 Exposição à violência</b> .....	45
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	50
6.1 Discussão fase quantitativa.....	50
6.2 Discussão fase qualitativa.....	52
<b>6.2.1 Tema 1 – Características da violência contra trabalhadores da APS</b> .....	52
<b>6.2.2 Tema 2 – Impactos da violência</b> .....	55
<b>6.2.3 Tema 3 – Medidas para lidar com a violência</b> .....	55
<b>7. PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b> .....	57
<b>8. CONCLUSÃO</b> .....	58
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	59
<b>APÊNDICE A</b> – Roteiro de entrevista semiestruturada.....	69
<b>ANEXO A</b> – <i>General Health Questionnaire</i> , versão 12 (GHQ-12).....	71
<b>ANEXO B</b> – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo.....	73
<b>ANEXO C</b> – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. ....	76

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Contextualizando a questão da investigação: a pandemia da COVID-19

Em dezembro de 2019 foram registrados os primeiros casos de *coronavirus disease* (COVID-19). Identificada pela primeira vez na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China, a doença é causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), uma nova variante do vírus Corona, que causa manifestações predominantemente no sistema respiratório<sup>1</sup>. Em razão das suas características, sobretudo a da rapidez de transmissibilidade, a doença rapidamente se espalhou mundialmente, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a classificá-la como pandemia, em março de 2020, desencadeando uma crise sanitária sem precedentes<sup>2</sup>.

Dentre as razões pelas quais a COVID-19 é uma importante ameaça à saúde pública, destaca-se: a COVID-19 apresenta reprodução viral duas vezes maior do que a gripe sazonal; a demanda por hospitalizações em pacientes afetados pela doença é significativa, com mais de metade dos casos na China evoluindo para pneumonias, necessitando de cuidados hospitalares; alta taxa de letalidade, além de alta taxa de mortalidade<sup>3</sup>. Estudos brasileiros identificaram que a mortalidade hospitalar geral foi em média de 38% em pacientes acima de 20 anos, aumentando acentualmente com a idade, além de ser maior em pacientes analfabetos, negros (pessoas pardas e pretas) e indígenas. Entre os pacientes hospitalizados, a taxa de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) chegou a quase 40% e, destes, em média 60% foram a óbito<sup>4,5,6</sup>.

Ainda nos primeiros meses da pandemia, a OMS já empregava a ideia de que o mundo estava enfrentando um vírus totalmente novo, extremamente complexo e altamente prejudicial, sendo necessário que os países implementassem medidas sanitárias de prevenção e controle da doença<sup>3</sup>. De maneira simplória e didática, a resposta à pandemia poderia ser esquematizada em quatro etapas: (1) contenção, (2) mitigação, (3) supressão e (4) recuperação.

Antes do registro dos primeiros casos em uma determinada região, a fase inicial de contenção se inicia, concentrando-se principalmente no rastreamento ativo de passageiros provenientes do exterior e de seus contatos, com o objetivo de prevenir ou adiar a transmissão comunitária. A fase de mitigação, a segunda etapa, tem início quando a transmissão sustentada da infecção já está estabelecida no país. Neste estágio, a meta é reduzir os níveis de transmissão da doença, especialmente entre os grupos de maior risco para quadros clínicos graves, além do isolamento dos casos positivos identificados. A necessidade de uma etapa de supressão pode surgir quando as medidas anteriores não se mostrarem eficazes, seja devido à impossibilidade de implementação imediata e adequada ou porque a redução alcançada na transmissão é

insuficiente para evitar o colapso nos serviços de saúde. Durante a etapa de supressão, são adotadas medidas mais rigorosas de distanciamento social, objetivando postergar o máximo possível o aumento no número de casos, até que a situação nos serviços de saúde se estabilize, os procedimentos de testagem possam ser expandidos e, eventualmente, uma nova ferramenta terapêutica ou preventiva esteja disponível. A fase quatro, a etapa de recuperação, é evidenciada pelo declínio na epidemia e pela redução significativa do número de casos. Nessa etapa final, é essencial que a sociedade se organize para a reestruturação social e econômica do país<sup>7</sup>.

Apesar das intensas recomendações de enfrentamento à nova crise sanitária, não foi possível evitar o crescimento exponencial do número de casos, e conseqüentemente, o colapso dos sistemas de saúde<sup>8</sup>. A fim de ilustrar essa realidade, em meados de março de 2023, mais de 676 milhões de pessoas já haviam contraído a doença, e mais de 6.800.000 óbitos foram registradas no mundo. Ocupando a terceira e segunda colocação no *ranking* mundial do número de contaminação e óbito, respectivamente, o Brasil se consolidou como um dos epicentros da nova crise sanitária<sup>9</sup>. A nível de atualização, em novembro de 2023 o Brasil registou mais de 37.900.000 casos acumulados e mais de 706.000 óbitos desde o início da pandemia<sup>10</sup>.

Assim, a pandemia da COVID-19 se constituiu como um grande desafio para os sistemas de saúde, onde os mesmos precisaram ampliar sua capacidade de resposta à crise sanitária, incluindo medidas como o incremento de leitos hospitalares, a aquisição de equipamentos para terapia intensiva (respiradores), e convocação dos profissionais de saúde aposentados e estudantes à colaborar na assistência à saúde, em função da enorme demanda de cuidados para a população<sup>11</sup>.

Esta série de modificações na estrutura e funcionamento dos serviços de saúde reverberou em um aumento considerável da carga de trabalho posta aos trabalhadores dos diferentes serviços de saúde. Estes profissionais estiveram expostos a um maior risco de infecção pelo SARS-CoV-2, uma vez que atenderam diretamente aos pacientes infectados, recebendo altas cargas virais. Além disso, foram submetidos a novos estressores diante de uma doença nova, atendendo à pacientes em condições clínicas críticas, tendo de lidar inúmeras vezes com: (1) escassez de equipamento de proteção individual; (2) medo de infectar-se; (3) esgotamento do sistema de saúde; (4) faltas de leitos de terapia intensiva e com as mortes evitáveis<sup>12</sup>.

## 1.2 A Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da COVID-19

A Atenção Primária a Saúde (APS) é compreendida como um conjunto de ações de saúde direcionadas ao indivíduo, família e coletividades, abordadas numa perspectiva de

promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Com as ações realizadas de forma universal, equânime e integral por equipes multiprofissionais e direcionadas às populações em territórios definidos, é considerada a principal porta de entrada dos usuários à rede de atenção à saúde no contexto nacional<sup>13</sup>.

No Brasil, a expansão e consolidação da APS a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem ocorrendo desde a década de 1990, e representa um dos principais avanços do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>14</sup>. A equipe mínima da ESF inclui um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Essa equipe é responsável pelo cuidado de aproximadamente 3.000 pessoas em uma área adscrita<sup>13</sup>. Em dezembro de 2020, a cobertura da atenção básica e da ESF no Brasil era de 70,08% e 63,62%, respectivamente. Mais de 133 milhões de pessoas são assistidas por quase 44.000 equipes da ESF em todo o território nacional<sup>15</sup>. Há inúmeras evidências que comprovam a influência da ESF na diminuição da morbimortalidade e das desigualdades em saúde, especialmente quando associadas às políticas de transferência de renda e proteção social<sup>16,17</sup>. Por exemplo, em relação à mortalidade infantil, o acompanhamento gestacional da ESF durante os dois primeiros trimestres foi associado à redução substancial na mortalidade neonatal (OR ajustado 0,527; IC95% 0,345-0,806) e mortalidade infantil (OR ajustado 0,672; IC 95% 0,48; 0,924)<sup>18</sup>, enquanto que a cobertura da ESF durante oito anos esteve associada com à redução da mortalidade por doenças cerebrovasculares (OR ajustado 0,96; IC95% 0,94;0,99)<sup>19</sup>. A partir de sua configuração e do papel estruturante do sistema de saúde, a APS é um componente estratégico frente a situações emergenciais de crise sanitária<sup>20</sup>.

Um estudo de revisão de escopo apresentou um panorama global sobre como os serviços e profissionais da APS atuaram durante a pandemia da COVID-19. Os achados apontam que houve necessidade de readequações de infraestrutura das unidades de saúde, bem como dos fluxos assistenciais; incorporação de atendimentos e monitoramentos de casos suspeitos e confirmados da doença por meio de dispositivos tecnológicos e da telemedicina; utilização da educação em saúde sobre a COVID-19 entre os próprios profissionais e a comunidade; além da diminuição do acompanhamento eletivo aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis<sup>21</sup>.

A APS emerge, portanto, como o modelo mais apropriado para o enfrentamento à pandemia da COVID-19 devido aos seus atributos de responsabilidade territorial e engajamento comunitário. Esse modelo revela-se essencial para dar suporte às populações, sobretudo àquelas

que apresentam maiores vulnerabilidades sociais, uma vez que é imperativo preservar a interrelação e vínculo entre as pessoas e os profissionais encarregados do cuidado à saúde<sup>22</sup>.

Em contramão às recomendações científicas, o que foi visto, no entanto, foi a condução de um modelo majoritariamente hospitalocêntrico nas ações de enfrentamento à pandemia da COVID-19. Ao direcionar predominantemente recursos e esforços para os hospitais, a ênfase excessiva na resposta hospitalar negligenciou aspectos cruciais da gestão da pandemia. A falta de investimentos proporcionais em medidas preventivas; testagem em massa e demais estratégias de atenção primária, contribuiu para uma abordagem reativa, resultando em desafios logísticos, sobrecarga hospitalar e agravamento da disseminação do vírus<sup>23</sup>.

Paralelamente, foi intensificado o processo de desmonte da APS que já estava em curso. O Programa Previne Brasil, que altera o modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde, lançado em novembro de 2019 e implementado nos municípios durante a pandemia da COVID-19, dava fim ao financiamento direto dos profissionais gerentes da APS, bem como das equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) – ambos estratégicos no arranjo e qualificação da atenção primária. Além disso, também foi orientado que as equipes dos NASF-AB, consultórios na rua, e as próprias equipes das unidades básicas dessem suporte nos serviços de emergência que lidavam com pacientes sintomáticos graves, descaracterizando, assim, a atuação da APS e seus preceitos<sup>23,24</sup>.

Um enfoque mais equilibrado e abrangente, incorporando ações além do âmbito hospitalar, poderia ter proporcionado uma resposta mais eficaz e sustentável diante da complexidade da pandemia da COVID-19, principalmente se fossem garantidas condições dignas de trabalho que diminuíssem o risco do adoecimento profissional<sup>25,26</sup>.

### 1.3 A saúde do trabalhador de saúde na pandemia da COVID-19

Os trabalhadores da saúde, abrangendo diversas categorias profissionais, desempenharam um papel crucial no tratamento de indivíduos infectados pela COVID-19. Enfrentando um aumento exponencial na carga de trabalho, exposição a um novo vírus e constante pressão psicológica, esses profissionais tornaram-se um grupo particularmente vulnerável à infecção<sup>27</sup>.

Estudos apontam que os trabalhadores da saúde representam de 3,8% a 20% dos casos de infecção da doença. No Reino Unido, dos mais de 1.500 profissionais da saúde sintomáticos testados em um centro hospitalar, 18% tiveram exames positivo para COVID-19<sup>28,29</sup>. Um dos primeiros trabalhos de revisão sistemática conduzidos sobre infecção e mortalidade de

profissionais de saúde, cobrindo o período de 17 de novembro de 2019 (data do primeiro caso relatado no mundo) a 08 de maio de 2020, revelou que foram notificados 152.888 casos de infecção e 1.413 óbitos nesse grupo distribuídos por 130 países. O estudo sugeriu ainda que para cada 100 trabalhadores da saúde infectados, um foi a óbito. Alguns autores sugerem que esses números provavelmente sejam mais elevados, considerando a tendência à subnotificação identificada em diversas regiões ao redor do globo<sup>30</sup>. Enquanto que os casos de infecção foram mais comuns nos profissionais da Enfermagem (38,6%), os médicos tornaram-se a categoria profissional com o maior número de vítimas fatais (51,4%), é o que revela uma revisão sistemática de escala global<sup>31</sup>.

No Brasil existem mais de 3,5 milhões de profissionais da saúde atuando no SUS. Desses, 2 milhões participaram da linha de frente do enfrentamento da COVID-19, tendo os técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos no *ranking* das categorias mais acometidas pela COVID-19<sup>32</sup>. Ressalta-se que o Brasil é o país com maior número de óbitos entre profissionais da saúde no mundo<sup>33</sup>.

Ao analisar os fatores de risco de infecção e óbitos por COVID-19 dos profissionais de saúde, uma revisão sistemática identificou que dentre 28 trabalhos analisados, as causas mais citadas foram escassez e uso inadequado de EPI; sobrecarga de trabalho; higienização inadequada das mãos; contato próximo com pacientes e/ou colegas de trabalho potencialmente infectados; procedimento clínico com risco de geração de aerossol; diagnóstico da COVID-19 tardio e renovação de ar insuficiente em ambiente de pressão negativa<sup>34</sup>. Tal cenário contribuiu para que apenas 43% desses profissionais se sentissem seguros em relação à COVID-19 em seus ambientes de trabalho<sup>32</sup>.

Os dados evidenciam, portanto, as limitações do setor de saúde em assegurar a segurança dos profissionais de saúde que atuaram no cuidado das pessoas com COVID-19, ressaltando a necessidade de medidas mais robustas para proteger aqueles que estão na linha de frente. Além dos aspectos de adoecimento físico, a COVID-19 promove adoecimento mental e emocional dos trabalhadores da saúde<sup>35,36</sup>, semelhante ao que foi observado nas epidemias anteriores de Síndrome Aguda Respiratória Grave (SARS) e do Ebola<sup>37,38</sup>.

Pesquisas já apontam que os trabalhadores dos serviços de saúde expostos à COVID-19 apresentam altas taxas de sintomas depressivos e ansiosos<sup>36,39,40,41</sup>. Em um estudo que avaliou 1.257 trabalhadores da saúde em 34 hospitais da China, foi verificado que 50,4% dos participantes apresentaram depressão, 44,6% ansiedade e 34,0% insônia<sup>40</sup>.

Além das já mencionadas depressão, ansiedade e insônia, um estudo de *overview* (revisão sistemática de revisão sistemática) identificou ainda que existe uma maior propensão

aos trabalhadores de saúde a desenvolverem distúrbios do sono de forma geral, estresse, sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), esgotamento, síndrome de Burnout e medo<sup>42</sup>, havendo importante associação estatística entre aumento do número de casos da COVID-19 na população em geral com uma maior frequência de ansiedade entre profissionais da saúde<sup>43</sup>.

#### 1.4 Fatores associados à saúde mental dos trabalhadores da saúde durante a pandemia

No curso da pandemia, sobretudo na fase inicial, os trabalhadores da saúde enfrentaram sérios desafios quanto a aquisição e uso adequado dos equipamentos de proteção individual. Esse desafio foi frequentemente mencionado como fator contribuinte para o agravamento da saúde mental desses profissionais<sup>43,44</sup>. O acesso insuficiente à EPI é apontado como principal fator de associação com provável quadro depressivo em trabalhadores da saúde na crise da COVID-19<sup>45</sup>. Uma vez resolvida as questões da ausência de EPI, o uso prolongado desses dispositivos durante as exaustivas jornadas de trabalho ainda pode causar desconforto aos profissionais, comprometendo assim à sua utilização e sendo apontado como um importante desafio a ser superado<sup>36</sup>.

O acesso insuficiente a EPI pode favorecer também o aumento do medo do trabalhador da saúde de se contaminar e conseqüentemente contaminar outras pessoas, especialmente membros da família<sup>45</sup>. Medo de retornar para casa e infectar a família está associado a um maior risco de sintoma de ansiedade. Conforme sugere autores, o medo é a reação psicológica mais comum nesse cenário<sup>46</sup>. Já aqueles trabalhadores da saúde que compartilham o convívio diário com pacientes em condição de adoecimento crônico, tendem a experimentar níveis significativamente mais elevados de estresse, como aponta um estudo com 421 trabalhadores de saúde na Espanha<sup>47</sup>.

Um risco maior de depressão e ansiedade foi correlacionado com as mudanças frequentes nos protocolos assistências de manejo da COVID-19, principalmente nos primeiros meses da pandemia<sup>46,48,49</sup>. Tais mudanças frequentes refletem em um aumento na carga de trabalho, o que por sua vez resulta em um agravamento da fadiga<sup>50</sup>. Um exemplo emblemático dessa mudança é Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, que objetivou definir a conduta da infecção no escopo da atenção primária. Entre março a abril de 2020, já haviam sido publicadas sete versões do documento<sup>51</sup>.

A disparidade de gênero é um outro fator importante no adoecimento mental. Estudos destacam que profissionais da saúde mulheres apresentam um maior risco de desenvolverem

transtornos mentais em comparação com seus colegas homens. Questões multifatoriais contribuem para essa discrepância, incluindo a sobrecarga emocional associada ao cuidado de pacientes, desafios de conciliação entre responsabilidades profissionais e familiares, e possíveis experiências de discriminação de gênero no ambiente de trabalho<sup>40,52,53,54,55</sup>.

Estudo em um capital brasileira com 865 trabalhadores da saúde identificou alta prevalência de sintomatologia característica de transtornos mental comum (TMCs), grupo formado por transtornos não psicóticos, caracterizados pela presença de sintomas de depressão, ansiedade e somático<sup>56</sup> nesse grupo, havendo importante associação entre os TMCs com histórico prévio de transtornos psiquiátricos nos grupos de enfermeiros e médicos, histórico familiar de transtorno mental entre os médicos e acidente de trabalho envolvendo material biológico entre os técnicos de enfermagem<sup>57</sup>.

Além dos fatores já mencionados, de forma menos expressiva, foram identificados como causadores de impactos adversos na saúde mental dos trabalhadores da saúde: limitação e/ou ausência de apoio familiar e social, uma vez que a falta de um sistema de suporte sólido pode agravar a sensação de isolamento e desamparo<sup>45,46,49</sup>; aumento da carga de trabalho, havendo a necessidade de atender um volume maior de pacientes mais do que o habitual<sup>49</sup>; e perdas financeiras, onde houve momentos de interrupções de assistências eletivas em saúde, tanto do setor público quanto da assistência privada<sup>45,49</sup>.

### 1.5 Violência contra profissionais de saúde durante a pandemia e os impactos sobre a saúde mental

A partir do Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde (2002), a OMS descreve a violência como o uso intencional da força física ou do poder, seja real ou ameaçado, direcionado a si mesmo, a outra pessoa ou a um grupo ou comunidade, com o potencial de causar lesões, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Esta definição incorpora a intencionalidade do ato, independentemente do resultado, e se estende além de atos físicos óbvios para incluir ameaças, intimidações, negligência e omissão, bem como abusos físicos, sexuais e psicológicos. Além disso, reconhece que a violência pode ter diversas consequências, não se limitando apenas a lesões ou mortes, mas também afetando o bem-estar psicológico, social e o funcionamento de indivíduos, famílias e comunidades a longo prazo<sup>58</sup>. Portanto, essa definição permite uma compreensão mais abrangente do impacto da violência na sociedade.

Antes da pandemia da COVID-19, a violência direcionada aos profissionais de saúde já era um problema de saúde pública prevalente<sup>59,60</sup>, bem como suas repercussões sobre a saúde mental. Um estudo realizado com 652 enfermeiros e médicos atuantes em hospitais na China,

demonstrou que os profissionais que foram expostos à violência física ( $OR = 1,82$ , IC 95% 1,06 a 3,12) tiveram maior probabilidade de sofrer de sintomas depressivos do que aqueles que não foram expostos<sup>61</sup>. No Brasil, a exposição à violência foi progressivamente associada com sintomas depressivos ( $OR$  ajustado = 1,67 para exposição a um tipo de violência; e 5,10 para todos os quatro tipos) e provável depressão maior ( $OR$  ajustado = 1,84 para um tipo; e 14,34 para todos os quatro tipos) entre quase 3.000 profissionais enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde<sup>62</sup>.

Na pandemia da COVID-19, alguns estudos descreveram a alta prevalência de estresse psicológico grave em trabalhadores da saúde, associado a fatores previamente mencionados, como a falta de EPI, o temor de infecção e transmissão do vírus aos familiares, bem como as frequentes mudanças nos protocolos de atendimento, entre outros. No contexto hospitalar, as pesquisas estão destacando uma relevante associação entre adoecimento mental e a incidência de violência no contexto da COVID-19. Na China, os médicos relataram episódios de violência (18,5%) no curso do trabalho, semelhante ao que foi apontado por outros profissionais, que também vivenciaram episódios de abusos físicos (13,7%), verbais (61,2%), psicológicos (50,8%), ameaças (39,4%) e assédios sexuais (6,3%), havendo uma importante correlação entre a violência com os trabalhadores que desempenhavam funções diretas com pacientes infectados<sup>63,64</sup>.

No Paquistão, por sua vez, foram relatados incidentes de violência concebidos por familiares de pacientes, por motivos que versam desde a desconfiança na condução clínica dos profissionais, políticas organizacionais dos hospitais, até o óbito de pacientes com COVID-19<sup>65</sup>. De forma semelhante, esses episódios também foram verificados no Brasil. Em um grupo de profissionais em um centro hospitalar, foi identificada ocorrência de violência tanto na dimensão verbal quanto física<sup>66</sup>. Discriminação e estigma, violência e insulto por parte de familiares de pacientes também pôde ser observado na atenção primária de um grande centro urbano<sup>45</sup>.

Esses profissionais desempenham um papel vital no combate à COVID-19, arriscando suas vidas para salvar outras, contudo, têm sido alvos de agressões verbais e físicas, discriminação e estigmatização, frequentemente devido ao medo, à frustração e à desinformação relacionados à doença<sup>46,67,68,63,64</sup>

## 2. JUSTIFICATIVA

Alguns estudos mostraram as repercussões que epidemias como a SARS, síndrome respiratória do oriente médio (MERS), e Ebola causaram à saúde mental<sup>37,38</sup>. Desse modo, é imprescindível investigar a saúde mental de profissionais que atuam em serviços de saúde que atendem às pessoas com COVID-19. Apesar dos inúmeros estudos em nível hospitalar, ainda existem lacunas desse fenômeno no escopo da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil.

O município de São Paulo, por ser um dos epicentros da pandemia no Brasil<sup>69</sup> e por ter mais de 53,42% da população cadastrada em equipes de APS<sup>15</sup>, torna-se um local privilegiado para a investigação do tema. A presente pesquisa identifica fatores individuais e de trabalho associados aos transtornos mentais comuns graves, e assim, contribui para elaboração de estratégias para mitigar esses sintomas em profissionais de saúde e evitar suas graves consequências para os profissionais, para a população assistida e para os serviços de saúde.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Investigar aspectos relacionados à saúde mental de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da COVID-19, em uma região do município de São Paulo, Brasil.

#### **3.2 Específicos**

- Estimar a ocorrência de transtornos mentais comuns com sintomas de maior intensidade em trabalhadores da saúde que atuam no enfrentamento a pandêmica da COVID-19;
- Investigar as associações entre fatores individuais e características do contexto de trabalho com os transtornos mentais comuns graves;
- Compreender as percepções dos trabalhadores da saúde sobre os aspectos que podem afetar à sua saúde mental no contexto da pandemia da COVID-19.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de método misto por empregar métodos quantitativos, com avaliação de magnitude, de frequências dos agravos e análise das associações entre variáveis de exposição e os desfechos, e métodos qualitativos que exploram o significado e a compreensão de construções. A escolha dessa abordagem com triangulação metodológica, justifica-se pela necessidade de ampliar a compreensão do fenômeno estudado<sup>70</sup>. Nesse sentido, cabe destacar que o presente estudo é desenvolvido em um contexto de surgimento de uma nova doença, a COVID-19, causada por um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, que desencadeou uma pandemia<sup>1</sup>.

Ressalta-se, ainda, que em estudos de métodos mistos, as diferentes perspectivas metodológicas são vistas como complementares, de modo a ampliar e completar as possibilidades de produção do conhecimento<sup>70</sup>.

Como arcabouço metodológico, é utilizado o desenho de pesquisa de métodos mistos do tipo sequencial explanatório, que consiste na realização da pesquisa qualitativa após a análise dos dados da fase quantitativa, uma vez que se pretende compreender em maior profundidade achados específicos da dimensão quantitativa<sup>70</sup>, como as variáveis associadas à saúde mental dos trabalhadores da saúde no contexto da pandemia da COVID-19.

### 4.2 Dimensão quantitativa

Esta pesquisa analisa os dados da linha de base no município de São Paulo que compõe o estudo longitudinal multicêntrico *The COVID-19 healthcare workers: HEROES study*<sup>71,45</sup> que investiga fatores relacionados à saúde mental de trabalhadores de saúde que atuam em serviços com suporte à COVID-19 em 26 países, incluindo o Brasil.

Para a realização da pesquisa no município de São Paulo, foram sorteadas aleatoriamente 26 unidades básicas de saúde, no período de outubro a dezembro de 2020. Todos os profissionais de saúde que atuavam nesses serviços foram convidados a participar via correio eletrônico. Respeitando as medidas de distanciamento social no contexto da pandemia da COVID-19, os participantes receberam um *link* para ter acesso às perguntas.

A principal estratégia de recrutamento dos participantes foi através do contato prévio com as equipes de coordenação das instituições que participam do estudo. Em sequência, foi realizada reunião com os gerentes dos serviços, para explicar os objetivos da pesquisa e os procedimentos referentes ao envio do convite para os profissionais. O convite foi enviado para

os participantes com as informações sobre o estudo, os objetivos, procedimentos e garantindo o sigilo e a privacidade dos participantes. Se o participante estivesse de acordo, acessava uma plataforma digital, através de um *link* para acesso aos seguintes itens: (1) selecionar idioma; (2) responder se trabalha em um serviço de saúde; (3) selecionar o país; (4) consentimento informado para participação no estudo; (5) cidade/serviço onde trabalha.

O critério de inclusão foi que os trabalhadores estivessem em uma Unidade Básica da Atenção Primária à Saúde no município de São Paulo, que atendesse pessoas que fossem casos suspeitos ou confirmados de COVID-19.

Ao fazer o convite e a avaliação por um meio eletrônico, é preciso considerar que estariam excluídos os trabalhadores que não tivessem um usuário de correio eletrônico, não tivessem acesso a um computador ou outro dispositivo eletrônico, ou que não estivessem familiarizados com as tecnologias digitais. Ressalta-se que, devido às medidas de isolamento necessárias no contexto da pandemia, inviabilizou-se a aplicação presencial da pesquisa. Estimou-se que os profissionais de saúde que não possuíssem acesso fosse uma porcentagem pequena, não causando impacto significativo nos resultados.

#### 4.2.1 Desfecho

Os transtornos mentais comuns de intensidade grave que inclui sintomas somáticos, ansiosos e/ou depressivos, foram avaliados utilizando a versão em Português do Brasil do questionário *General Health Questionnaire*, 12 itens (GHQ-12). Trata-se de um questionário padronizado, sendo um dos mais utilizados para investigar morbidade psicológica em diferentes países e idiomas, mas não fornece um diagnóstico específico, mas que indica adoecimento mental em potencial<sup>72, 73, 74</sup>. O GHQ-12 foi validado para o Português do Brasil por Gouveia *et al.*<sup>73</sup>, em que foi aplicado em uma amostra de 7.512 médicos de diferentes regiões do país, apresentando uma consistência interna do instrumento através do alfa de *Cronbach's* de 0,89, indicando boa confiabilidade, assim como homogeneidade, expressa através da correlação inter-item com valores >0,40. O instrumento na íntegra encontra-se no anexo A.

Caracterizado como um instrumento fácil e de rápida aplicação, o GHQ-12 possui 12 perguntas sobre sintomas de saúde mental e bem estar emocional, envolvendo aspectos de preocupações, ansiedade, atenção, autoestima, felicidade geral e sentimento de tristeza e depressão, tais como: “perdido muito o sono por preocupação?”, “se sentindo capaz de tomar decisões?”, “sentido que está difícil superar suas dificuldades?”, “se sentindo triste e deprimido/a?”. Cada uma das perguntas possuía quatro opções de respostas (“menos do que o

normal”, “não mais do que o normal”, “um pouco mais do que o normal”, ou “muito mais do que o normal”), ou seja, duas respostas positivas e duas respostas negativas para cada item, que somam 1 ou 0 pontos ao *score* do instrumento. Os participantes que apresentaram *score* final igual ou maior que 5, foram classificados como positivos para TMCs com sintomas de maior intensidade.

#### 4.2.2 Exposição principal

A exposição à violência durante a pandemia da COVID-19 por ser trabalhador da saúde foi investigada por meio de três perguntas: (1) se sofreu discriminação por ser trabalhador da saúde na pandemia; (2) se sofreu insultos/agressões por parte de familiares de pacientes com COVID-19 e (3) se sofreu violência, incluindo violência física, por ser trabalhador da saúde. Considerou-se as seguintes definições:

- Estigma/ discriminação: conceitualmente, estigmatização pode ser entendida como um conjunto de atitudes negativas e estereótipos associados a certos grupos ou características específicas, como minorias raciais, pessoas com transtornos mentais, ou grupos de pessoas específicas, que levam à discriminação e exclusão. A discriminação, por sua vez, refere-se às ações prejudiciais, injustas ou desiguais dirigidas a indivíduos ou grupos com base nesses estigmas, resultando em tratamento desigual, marginalização ou prejuízos. Ambos – estigma e discriminação – frequentemente surgem de preconceitos arraigados na sociedade<sup>75</sup>.
- Insultos/ agressão por familiares de pacientes: refere-se a comportamentos prejudiciais, ofensivos e violentos, em uma dimensão verbal, dirigidos por familiares de pacientes em contexto de cuidado em saúde.
- Exposição à violência física: evento em que houve utilização da força ou do poder para causar danos físicos a uma pessoa, a determinado grupo ou instituições, seja diretamente, com agressões físicas, seja indiretamente, com privação de cuidados essenciais que resultam em danos físicos. Esse conceito abrange um amplo espectro de ações que resultam em lesões, machucados ou danos corporais<sup>59</sup>.

#### 4.2.3 Variáveis sociodemográficas

As características sociodemográficas foram verificadas a partir das seguintes variáveis: gênero (masculino e feminino), idade (idade precisa), raça/cor (autorreferida) (amarelo, branco, indígena, pardo, preto), e profissão (agente administrativo, agente comunitário de saúde, assistente social, auxiliar/ técnico de enfermagem, dentista, educador

físico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, médico, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional).

#### **4.2.4 Variáveis associadas ao contexto da pandemia**

Os aspectos relacionados à pandemia da COVID-19 também foram investigados: acesso à equipamento de proteção individual (suficiente, pouco insuficiente e muito insuficiente).

#### **4.2.5 Análise estatística**

Foi realizada a análise descritiva exploratória dos dados. Foram analisadas as distribuições simples e relativas das variáveis sociodemográficas e TMCs com sintomas de maior intensidade. Para análise estatística, foi utilizado a análise de associação, inicialmente de forma bivariada e em sequência multivariada entre as variáveis individuais e estresse psicológico.

Foram produzidas medidas de associações, razão de prevalência (RP) e os respectivos intervalos de confiança 95% (IC 95%). Realizou-se a análise bivariada e as variáveis com  $p < 0.10$  foram consideradas para o modelo final multivariado. Foi realizado o teste qui-quadrado de Pearson. Utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta para análise das associações. Essa escolha foi realizada uma vez que foi encontrada alta prevalência do desfecho investigado para evitar a superestimação das associações<sup>76</sup>.

O *software* STATA 14.0 (StataCorp®) foi utilizado para realização das análises estatísticas.

### **4.3 Dimensão qualitativa**

Os resultados quantitativos subsidiaram os tipos de participantes que foram selecionados propositalmente para a fase qualitativa e os tipos de perguntas que foram realizadas aos participantes<sup>70</sup>.

Foi aplicada a técnica de entrevista semiestruturada para produção de dados. Esta abordagem proporciona uma combinação de estrutura e flexibilidade, permitindo que os pesquisadores construam perguntas-chave, mas também se adaptem às nuances e respostas dos sujeitos durante a entrevista. Isso promove um diálogo mais rico e orgânico, facilitando a obtenção de percepções mais profundas e contextuais sobre o tema investigado. Além disso, a

entrevista semiestruturada possibilita a exploração de perspectivas diversas e complexas, enriquecendo a análise qualitativa e contribuindo para uma compreensão mais completa e holística do objeto analisado<sup>77</sup>.

#### **4.3.1 Participantes**

Participaram da pesquisa trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de duas Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo, Brasil, que também foram campo da fase quantitativa<sup>45</sup>. Os participantes foram selecionados seguindo as recomendações de Creswell e Clark (2014)<sup>70</sup>. Na tentativa de diversificar as características dos sujeitos, tornando a pesquisa mais representativa, foram escolhidos indivíduos de diferentes categorias profissionais, gênero, idades, raça/cor e tempo de atuação junto ao posto de trabalho, além de considerar as indicações dos gerentes de saúde de cada unidade, que identificavam os trabalhadores que melhor atendiam aos critérios de pesquisas qualitativas.

Como critérios de inclusão, o trabalhador deveria estar atuando na unidade de saúde de forma presencial junto à população atendida com suspeita ou diagnóstico da COVID-19. Já o critério de exclusão, por sua vez, retirou da pesquisa os trabalhadores que se encontravam afastados das suas atividades laborais por quaisquer motivos.

O número de sujeitos entrevistados foi estabelecido por meio de critérios de saturação das entrevistas, um processo contínuo de análise iniciado já na primeira entrevista, que revela quando as mesmas apresentam significados e representações suficientes para estipular interpretações a partir dos diálogos obtidos<sup>78</sup>.

#### **4.3.2 Produção dos dados**

Apesar das questões limitantes colocadas pela pandemia da COVID-19, compreendendo a sensibilidade da temática, optou-se por realizar as entrevistas de forma presencial. Vale ressaltar que todas as recomendações sanitárias de proteção foram adotadas na condução da produção dos dados. As entrevistas foram realizadas pelos próprios pesquisadores no período de junho de 2022 nas dependências das UBS, em salas individuais que contavam com total privacidade. Os sujeitos foram convidados *in locu*, sem nenhum tipo de comunicação prévia.

Antes do início das entrevistas, os trabalhadores preencheram o GHQ-12. Esse instrumento, o mesmo que foi utilizado previamente na fase quantitativa, tem a finalidade de

identificar TMCs, englobando sintomas somáticos, ansiosos e/ou depressivos<sup>73</sup>. As características do instrumento, bem como questões metodológicas e validações podem ser observadas no campo “desfecho – dimensão quantitativa”. Aqueles sujeitos que apresentaram *score* final igual ou maior que 5, foram classificados como positivos para TMCs com sintomas de maior intensidade.

Após aplicação do questionário, as entrevistas seguiram de forma individual, conduzidas por um roteiro semiestruturado, o qual foi desenvolvido pelos próprios pesquisadores e que continham questões norteadoras que exploraram temas como: a percepção da violência na ótica dos trabalhadores; os episódios de violência vivenciados por eles; a discriminação por ser trabalhador da saúde; medos e inquietações durante o trabalho desenvolvido no período da pandemia; além das medidas de cuidado adotados no processo do trabalho. O roteiro semiestruturado pode ser observado na íntegra no apêndice A. As entrevistas tiveram duração média de 25 minutos, foram gravadas em instrumento eletrônico e posteriormente transcritas.

#### **4.3.3 Análise de dados**

Para análise dos dados foi utilizado a técnica de análise de conteúdo, realiza em quatro estágios: pré-análise; condensação das unidades de significado; formulação dos códigos e; desenvolvimento das categorias temáticas<sup>79</sup>. Durante o estágio da pré-análise, o material transcrito foi lido na íntegra de forma exaustiva e registradas anotações, promovendo a familiarização com o conteúdo, ou seja, obtendo uma compreensão geral do que foi abordado nas entrevistas. No segundo momento, o texto foi condensado em unidades de significado, ainda mantendo intacto o significado central do material. A formulação dos códigos descreveu concisamente a unidade de significado condensada, sendo fundamental para ajudar os pesquisadores a refletir sobre os dados de novas maneiras. Os códigos facilitaram a identificação de conexões entre unidades de significado. O desenvolvimento das categorias temáticas, por fim, consistiu em categorizar os códigos que apontassem aproximação. Esse processo foi realizado por dois pesquisadores a fim de garantir a precisão da análise. Foram considerados os consensos e os dissensos dos dois analistas.

Após conclusão do processo de análise de dados, foi realizado a “checagem dos membros” com 60% dos entrevistados, que consiste na verificação e confirmação do material transcrito pelos entrevistados, conferindo maior confiabilidade na análise<sup>80</sup>.

#### 4.4 Procedimentos éticos

Foram garantidas a privacidade e confidencialidade dos dados no estudo HEROES. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo (parecer número: 4.160.385) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) parecer número: 4.160.552), anexos B e C, respectivamente.

Na fase quantitativa, no projeto HEROES, uma plataforma baseada na *web* foi usada para coletar dados entre os países. Esta plataforma é semelhante ao *REDCap* em termos de proteção e gerenciamento de dados. Como forma de garantir a confidencialidade, cada participante recebeu um número de identificação criado por um sistema de código. O acesso ao sistema foi restrito ao pessoal com credenciais definidas pelo comitê gestor do estudo.

Todos os profissionais de saúde convidados a participar da pesquisa foram informados sobre os objetivos e os procedimentos do mesmo. Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no formato digital na fase quantitativa e no formato impresso na fase qualitativa, sendo garantido o sigilo das informações e o direito de retirada do consentimento a qualquer momento da pesquisa.

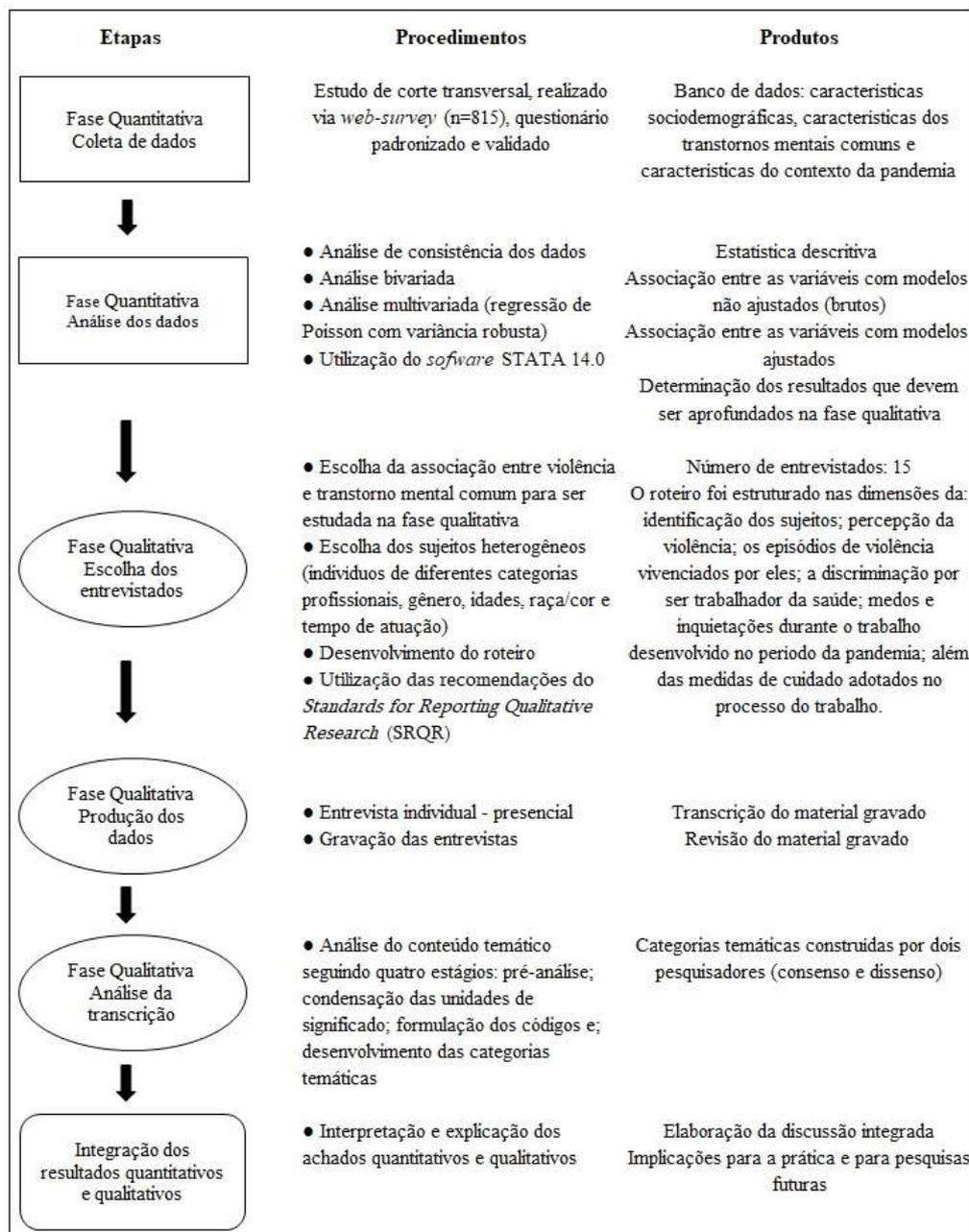
Especificamente na fase qualitativa, a fim de manter anônima a identificação dos sujeitos nos recortes das falas, os nomes dos entrevistados foram substituídos pela letra “E” acompanhada de um número arábico.

Foram observadas, em quaisquer circunstâncias, as normas e diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, previstas nas Resoluções nº 196, de 10 de outubro de 1996, e nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova e atualiza, respectivamente, as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

## 5. RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão descritos de acordo com os pressupostos de Creswell & Clark (2014) para pesquisa de método misto<sup>70</sup>. Dado que este é um estudo de método misto do tipo sequencial explanatória, inicialmente são apresentados os achados da fase quantitativa, incluindo resultados descritivos e análise de associações. A seguir, estão dispostos os resultados qualitativos. Por fim, a integração dos resultados das duas fases, quantitativa e qualitativa, é descrita. A estruturação do presente estudo, suas etapas e os respectivos procedimentos e produtos estão descritos na figura 1.

**Figura 1** - Estruturação das etapas do estudo e os respectivos procedimentos e produtos.



## 5.1 Resultados quantitativos

### 5.1.1 Análise descritiva

O total de participantes que completaram o questionário *General Health Questionnaire-12* foi de 815 trabalhadores da saúde. A análise dos dados da linha de base no município de São Paulo do estudo multicêntrico *The COVID-19 healthcare workers: HEROES study* aponta a frequência de TMCs com sintomas de maior intensidade (*score* igual ou maior que 5) de 35,5% (IC95% = 32,1-38,7) no grupo analisado.

Na tabela 1 estão descritas as características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho e TMCs com sintomas de maior intensidade entre os trabalhadores da APS. A maior parte da amostra foi composta por mulheres (85,9%), a idade variou entre 18 a 40 anos, sendo a faixa etária entre 25 e 30 anos a mais frequentemente reportada (46,4%), raça/cor negro (pardos e pretos) (51,2%) compuseram a maior parte da amostra. Os médicos e os auxiliares administrativos apresentaram maiores frequências de TMCs com sintomas de maior intensidade (53,7%). Cerca de 44% dos participantes referiram acesso insuficiente aos EPIs.

Com relação à exposição à violência durante a pandemia da COVID-19, 51,5% dos profissionais relataram ter sofrido discriminação, 11,4% foram vítimas de violência e 23,4% sofreram insultos/agressões por parte de familiares de pacientes com COVID-19.

**Tabela 1** - Características dos participantes e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da APS. Estudo HEROES. São Paulo, Brasil (n=815).

	total n(%)	TMCs		p
		<u>Não</u> n(%)	<u>Sim</u> n(%)	
<b>Gênero</b>				0,61
Feminino	700(85.9)	455(65.0)	245(35.0)	
Masculino	115(14.1)	72(62.6)	43(37.4)	
<b>Faixa etária (anos)</b>				0,32
18-25	210(25.8)	125(59.5)	85(40.5)	
25-30	378(46.4)	250(66.1)	128(33.9)	
30-35	178(21.8)	118(66.3)	60(33.7)	
35-40	49(6.0)	34(69.4)	15(30.6)	
<b>Raça/cor</b>				0,67
Branco	380(46.6)	253(66.6)	127(33.4)	
Preto	107(13.1)	70(65.4)	37(34.6)	
Pardo	310(38.1)	193(62.3)	117(37.7)	
Outros	18(2.2)	11(61.1)	7(38.9)	
<b>Profissão</b>				0,02
Agente administrativo	364(44.6)	223(61.3)	141(38.7)	
Médico	41(5.0)	19(46.3)	22(53.7)	
Enfermeiro	55(6.8)	37(67.3)	18(32.7)	
Auxiliar de enfermagem	78(9.6)	52(66.7)	26(33.3)	
Demais corpo clínico	100(12.3)	72(72.0)	28(28.0)	

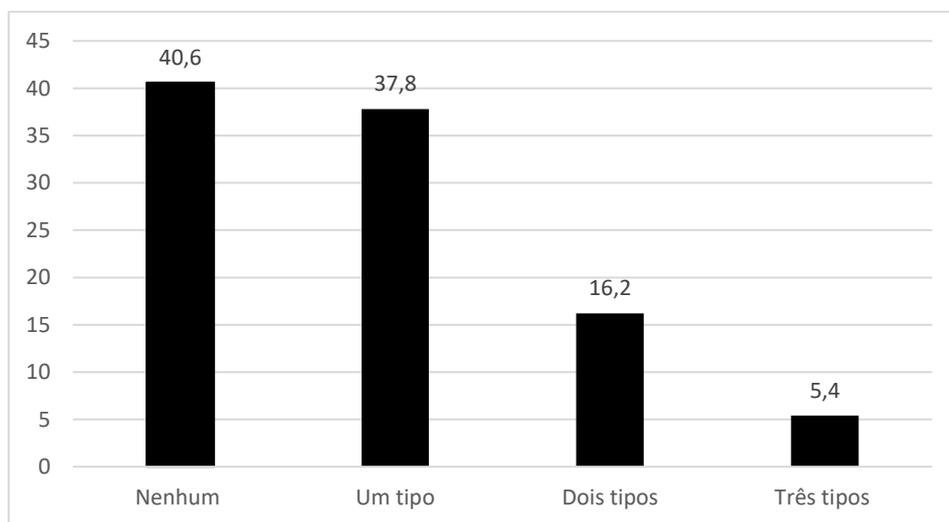
Agente Comunitário de Saúde	177(21.8)	124(70.1)	53(29.9)	
<b>Acesso a EPI</b>				<0.001
Suficiente	455(55.8)	329(72.3)	126(26.7)	
Um pouco insuficiente	248(30.4)	147(59.3)	101(40.7)	
Muito insuficiente	112(13.8)	51(45.5)	61(54.5)	
<b>Estigma/ discriminação</b>				<0.001
Não	395(48.5)	289(73.2)	106(26.8)	
Sim	420(51.5)	238(56.7)	182(43.3)	
<b>Exposição à violência</b>				<0.001
Não	722(88.6)	484(67.0)	238(33.0)	
Sim	93(11.4)	43(46.2)	50(53.8)	
<b>Insultos/agressões por familiares de pacientes</b>				<0.001
Não	624(76.6)	430(68.9)	194(31.1)	
Sim	191(23.4)	97(50.8)	94(49.2)	

Demais corpo clínico: psicólogo, cirurgião dentista, farmacêutico, nutricionista, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e educador físico. EPI = equipamento de proteção individual.

Fonte: autores, 2023.

Na figura 2 estão descritas as frequências de exposição à violência na pandemia da COVID-19 de acordo com a quantidade de exposição à violência: um tipo, dois tipos ou três tipos. 59,4% dos profissionais registraram exposição a, no mínimo, um tipo de violência.

**Figura 2** - Porcentagem de participantes que relataram exposição a um, dois ou três tipos de violência durante a pandemia de COVID-19(%). São Paulo, Brasil, 2023.



Fonte: autores, 2023.

### 5.1.2 Análise das associações

A regressão multivariada de Poisson com variância robusta mostrou maior chance de TMCs com sintomas de maior intensidade em médicos (RPajustado 1,45; IC95% 1,05-2,01), naqueles participantes com acesso insuficiente aos EPIs (pouco insuficiente 1,33; IC95% 1,08-

1,65 e muito insuficiente RPajustado 1,72; IC95% 1,36-2,17), e nos que reportaram exposição a no mínimo dois tipos de violência (RPajustado para dois episódios = 1,80; IC95% 1,39-2,32; RPajustado para três episódios = 2,05; IC95% 1,51-2,79), conforme demonstrado na tabela 2.

**Tabela 2** - Variáveis associadas aos transtornos mentais comuns graves em trabalhadores da Atenção Primária segundo regressão de Poisson. Estudo HEROES. São Paulo, Brasil (n=815).

	Bruto PR	95%CI	Ajustado PR	95%CI
<b>Gênero</b>				
Feminino	1		1	
Masculino	1,06	0.82;1.38	0,93	0.72;1.21
<b>Faixa etária (anos)</b>				
18-25	1		1	
25-30	0,83	0.67;1.03	0,85	0.69;1.05
30-35	0,83	0.63;1.08	0,95	0.73;1.24
35-40	0,75	0.48;1.18	0,92	0.59;1.44
<b>Raça/cor</b>				
Branco	1		1	
Preto	1,03	0.76;1.39	1,03	0.77;1.38
Pardo	1,12	0.93;1.38	1,09	0.89;1.33
Outros	1,16	0.64;2.11	1,19	0.65;2.17
<b>Profissão</b>				
Agente administrativo	1		1	
Médico	1,38	1.01;1.89	1,45	1.05;2.01
Enfermeiro	0,84	0.56;1.26	0,89	0.59;1.33
Auxiliar de enfermagem	0,86	0.61;1.20	0,87	0.63;1.20
Demais corpo clínico	0,72	0.51;1.01	0,81	0.57;1.14
Agente Comunitário de Saúde	0,77	0.59;1.00	0,79	0.61;1.03
<b>Acesso a EPI</b>				
Suficiente	1		1	
Um pouco insuficiente	1,41	1.19;1.81	1,33	1.08;1.65
Muito insuficiente	1,96	1.56;2.46	1,72	1.36;2.17
<b>Exposição à violência</b>				
Nenhuma	1		1	
Uma	1,36	1.07;1.73	1,27	0.99;1.61
Duas	1,97	1.54;2.53	1,80	1.39;2.32
Três	2,47	1.85;3.30	2,05	1.51;2.79

Demais corpo clínico: psicólogo, cirurgião dentista, farmacêutico, nutricionista, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e educador físico. EPI = Equipamento de Proteção Individual.

Fonte: autores, 2023.

## 5.2 Resultados qualitativos

Considerando o critério de saturação de temas, foram entrevistados 15 trabalhadores da APS (13 mulheres e dois homens), com idade entre 24 a 57 anos, com tempo diverso de serviço na UBS pesquisada, com *score* do GHQ-12 que variou entre 0 e 8. As categorias profissionais entrevistadas foram: Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares Administrativos e Médicos. No quadro 1 estão dispostas as características dos entrevistados.

**Quadro 1** - Características dos trabalhadores da saúde entrevistados. São Paulo, Brasil. 2023

Participantes	Idade	Gênero	Raça/cor	Profissão	Tempo de atuação na UBS atual	Score GHQ-12
E1	24	Feminino	Branca	ADM	02 anos e 06 meses	8
E2	44	Masculino	Pardo	ADM	02 meses	2
E3	30	Feminino	Branca	Médico	03 meses	0
E4	31	Masculino	Pardo	Médico	08 meses	0
E5	41	Feminino	Pardo	Enfermeiro	05 anos e 02 meses	1
E6	43	Feminino	Branca	Enfermeiro	01 ano	6
E7	57	Feminino	Branca	ACS	20 anos e 09 meses	0
E8	44	Feminino	Branca	ACS	09 anos	0
E9	35	Feminino	Pardo	ADM	06 anos	3
E10	33	Feminino	Pardo	ADM	04 anos	5
E11	47	Feminino	Branca	ACS	12 anos	0
E12	35	Feminino	Preto	ACS	03 anos e 10 meses	6
E13	43	Feminino	Pardo	Enfermeiro	09 meses	6
E14	51	Feminino	Preto	Enfermeiro	05 anos	3
E15	28	Feminino	Pardo	Médico	03 semanas	0

Fonte: autores, 2023.

Após a leitura e releitura do material transcrito por dois pesquisadores, emergiram os seguintes temas e suas respectivas categorias temáticas: (1) tema 1 “características da violência contra trabalhadores da saúde” (categorias temáticas: antes da pandemia x durante a pandemia, tipos de violência e fatores desencadeantes); (2) tema 2 “impactos da violência” (saúde mental); (3) tema 3 “medidas para lidar com a violência (medidas individuais e medidas organizacionais), conforme apresentado no quadro 2.

**Quadro 2** - Categorias temáticas e subcategorias que emergiram da análise de conteúdo. São Paulo, Brasil, 2023.

Tema	Categoria	Subcategoria
1. Características da violência contra trabalhadores da APS	Antes da pandemia x durante a pandemia	Aumento dos episódios
		Tipos de violência
	Violência verbal (insulto e ameaça)	
	Violência física	
	Fatores desencadeantes	Características do atendimento
		<i>Fake news</i>
		Vacinação contra a COVID-19
2. Impacto da violência	Saúde mental	Estresse, ansiedade e exaustão emocional
3. Medidas para lidar com a violência	Medidas individuais	Apoio dos colegas
	Medidas organizacionais	Transferência de unidade de saúde
		Oferta formais de cuidado

Fonte: autores, 2023.

## 5.2.1 Tema 1 Características da violência contra trabalhadores da APS

### 5.2.1.1 Antes da pandemia x durante a pandemia

Essa categoria buscou apresentar as mudanças percebidas da violência nos cenários das UBS antes e durante a pandemia da COVID-19. Os trabalhadores destacaram que, apesar da violência no trabalho fazer parte do cotidiano na UBS, durante a pandemia houve um aumento do número de agressões.

#### Aumento dos episódios

*Sim, já vivenciei [episódios de violência] isso em outras ocasiões [antes da pandemia], só que eram bem mais raras, às vezes. Agora [durante a pandemia], teve um aumento considerável (E2).*

*Acho que intensificou [a violência durante a pandemia]. Acho que sim. Vendo outros exemplos de amigos, ou muita gente brigou bastante com o paciente, discutia, sabe, o quanto o paciente não entende a questão de prioridade, não entendia a questão de preferenciais. (E4)*

*O pessoal xinga, é de costume já (...) É normal, na pandemia piorou. Foi naquele período que todo mundo queria ser atendido, todo mundo.” (E5)*

*Ainda não chegou a ser física [as agressões]. Só a tentativa mesmo. A tentativa de falar as coisas, palavras e... e falar “eu vou te pegar”, “eu vou te catar lá fora”, “eu vou te esperar, você não vale nada” ... essas coisas (...) isso existe diariamente, mas na pandemia acho que piorou um pouco”. (E7)*

*É... piorou um pouco [a violência durante a pandemia]. As pessoas ficam mais estressadas. Não sei se por ficar muito tempo trancado dentro de casa, vinha na UBS [unidade básica de saúde] brigar com a gente, né? (E8)*

### 5.2.1.2 Tipos de violência

Os episódios de manifestação da violência foram percebidos de múltiplas e diferentes formas, inicialmente a partir dos processos discriminatórios e estigmatizantes por se tratar de trabalhadores da saúde atuando na linha de frente da COVID-19, acometidos por desconhecidos, vizinhos e até mesmo os próprios familiares desses trabalhadores, conforme apresentado nos relatos abaixo.

#### **Discriminação e estigma**

*Sim [sofreu discriminação], por parente mesmo (...). Teve um fim de semana que a gente estava lá no meu pai, tem uma chácara. Estávamos lá. E aí veio uma irmã do meu pai com o esposo e, foi na pandemia, mas logo quando já estava começando aquela afrouxada, e aí uma das minhas primas que é a filha desse casal disse, ligou, mas minha tia deixou no viva voz e falou “mãe, onde você está?”, “eu estou aqui na chácara do tio Fulano” e minha prima, “mas você vai se juntar logo com esse povo, com essa gente que trabalha em um hospital, você nem deveria estar aí”. Foi isso, porque meu irmão também trabalha em hospital e a família falou isso, e na rua também. (E5)*

*Na vizinhança teve vizinho, nossa, perguntou pra minha mãe: “Fulano e a Sicrano vão ficar em casa? porque eles trabalham em hospital e em posto de saúde, ou eles vão pra outro lugar?”. A minha mãe falou “você quer que eu coloque eles pra fora?”. Esse tipo de coisa que nós ouvimos no começo, tanto de vizinho quanto de parente. (E5)*

*Tinha parente que nem recebia gente em casa, né? Às vezes uma festa de aniversário... “não, você não vem, você trabalha no posto de saúde”. O vizinho me ouvia chegando porque eu moro em prédio. Me via chegando, fechava tudo que é pra nem falar “oi”. “Ah, porque a moça lá trabalha no posto e é o dia inteiro lá no COVID”. E acabava acontecendo isso. Meio que a gente ficava excluída. (E10)*

*Eu tive uma situação, assim, que foi uma situação fora, mas aí também eu compreendi porque nem era o momento, nem insistir também. Eu tinha agendado uma... um corte [de cabelo] e era uma coisa pessoal, uma coisa com o cabeleireiro, ela não... ela cancelou [o atendimento] e eu entendi também (...) Ah eu tinha agendado já há uns dias porque eu sempre agendo antes porque eu nunca tinha horário mesmo, né? Sempre a vida cheia. E aí chegou nos dias de ser atendida, e a pessoa falou, a pessoa já me conhecia então a pessoa falou “ah não dá, não tô me sentindo bem”. E aí a gente não tem como contestar, né? Porque eu não sei se realmente ela não estava se sentindo bem ou não. Mas nunca tinha acontecido. Mas era um momento que também estava acontecendo com todo mundo, não dava para eu contestar. Eu fiquei meio assim porque eu percebi que no dia tinha havido alguns atendimentos, então eu fiquei achando que era porque era comigo [por ser profissional de saúde]. Mas eu não tenho como dizer. (E13)*

### **Violência verbal (insulto e ameaça)**

As agressões verbais, por sua vez, também estiveram presentes nos discursos dos trabalhadores analisados, sendo a principal expressão de violência relatada, além de revelar uma determinada regularidade no cotidiano do trabalho.

*E a gente passava algo [alguma informação], mas o paciente vinha com as informações que ele tinha e que ele pegou no Twitter, no Instagram, no Facebook, e chegavam armados. Era muita discussão, era muito, a gente [trabalhadores] era xingado, a gente era o tempo todo humilhado e questionado pelos usuários. (E6)*

*A gente vê o esforço do nosso colega de trabalho que ele está ali, está cansado, trabalhando 12 horas. E aí vem uma pessoa que não quer esperar ou não quer entender, não quer às vezes nem te ouvir, né? E aí agride com palavras ou tentam agressões com seu colega que você sabe o que ele está vivendo porque você também está vivendo aquilo. E isso chateia. Isso magoa, isso deixa a gente com medo... um pouquinho. Foi tenso, algumas coisas bem tensas. Você tem que ter empatia pelo colega de trabalho pelo que ele está passando porque poderia a qualquer momento acontecer com você também. (E10)*

*Nunca me agrediram fisicamente, mas já gritaram, já xingaram, já agrediram as meninas aqui, jogar cadeira nas meninas da recepção, aqui no acolhimento. Isso sempre existiu! (E6)*

*A chegar em vias de fato, assim, de ter esses tipos de agressão e de algum tipo de dano com material, eu acho que foi pouco. Eu não tinha vivido ainda, mas foi pouco também. Mas a agressão, as insinuações verbais. Acho que essa foi maior. (E13)*

*Essa agressividade a gente ainda vive, né? Com essas ondas que vão surgindo, então nesse momento que a gente está percebendo um aumento do número de casos, ainda percebo uma agressividade dos usuários de querer, assim, que seja tudo muito rápido. E não dá pra ser rápido. Você tem exames pra coletar. Não é um exame fácil de coletar, né? O usuário sente dor. A gente tenta ser... a gente é paciente em fazer todo atendimento, né? A gente tem todo um cuidado de fazer o atendimento. Mas quem está lá fora esperando não compreende e acha que é tudo muito rápido. Que a gente que é demorado. Então a gente ainda vivencia um pouco dessa agressividade, de achar que a gente está fazendo tudo com morosidade. (E13)*

*Eu, por exemplo, saí de lá [do antigo serviço] para preservar a minha saúde mental, porque se eu ficasse lá ia dar algum problema. A gente sofria ameaças de agressão física também. Às vezes, à noite eu tinha que ficar lá sozinha e aí tinha a mãe que agredia verbalmente e ameaçava. (E15)*

### **Violência física**

A materialização da expressão da violência física por parte dos usuários do serviço foi relatada pelos profissionais de saúde, ganhando relevo a demora para os usuários receberem o atendimento. Os conflitos foram os principais desencadeantes da violência.

*Um paciente estava super nervoso porque estava cheia [a unidade de saúde]. Estava demorando [para ser atendido]. Ele simplesmente tacou uma cadeira dentro da recepção, tipo, não machucou ninguém, mas foi muito foi assustador. A gente está ali,*

*podia ter pegado em alguém, machucado em alguém. Então foi uma situação que eu fiquei bem assustada. (E1)*

*Eu vi alguns estressados. Não os meus, mas de outras equipes sim. De pacientes vir aqui e tacar cadeira na recepcionista. De surtar. Assim, muito estresse. Da minha área, graças a Deus, ninguém veio aqui fazer barraco não. (E8)*

*Mas tinham aqueles que vinham, quebrava tudo, que xingava, que ofendia. Quebrava equipamento, quebrava a dispensa de álcool (...) Graças a Deus em equipamentos, né? Com profissionais, apenas aquelas discussões calorosas. (E10)*

*Houve um momento, um dia que em alguns atendimentos a pessoa realmente chegou a realizar é... a bater no nosso, nosso, material, né? Virou nossa, nossa... é, ele bateu na nossa mesa. Aí a mesa caiu com o nosso material, e algumas coisas assim que a gente no final do dia, a gente não chegou bem não. (E13)*

### 5.2.1.3 Fatores desencadeantes

Foi observado que os trabalhadores atribuíram algumas características que podem justificar as manifestações de violência dos usuários. Nessa categoria temática, os primeiros registros apresentam as implicações da superlotação do serviço, a demora para realização dos atendimentos e escassez de funcionários.

#### **Características do atendimento**

*É, eu acho que foi por tudo por conta da demora [a agressão], por conta de poucos funcionários, porque tinha muita gente afastada e aí virou aquela bagunça e um monte de paciente para atender e aí a gente não estava dando conta e aí estava demorando [o atendimento] mesmo. (E1)*

*Eles [usuários] acham que a gente que atendia 30 [pacientes] com 10 pessoas [trabalhadores], a gente passou a atender 90 [pacientes] e eles acham que a gente tem que ter a mesma agilidade para esse atendimento, então isso ocasiona bastante esse nervosismo neles [usuários]. (E2)*

*Eu acho que a relação com o usuário teve um momento que ficou mais sensível de ambas as partes. Acho que o usuário em algum momento teve um olhar, né? Pra nossa situação difícil também, para conseguir fornecer o atendimento. Eu acho que a gente vivenciou as duas coisas, né? A parte boa de ter essa proximidade, né? Dos aplausos, do reconhecimento e ao mesmo tempo a gente vivenciou uma superlotação do serviço, uma sobrecarga, o que fazia gerar uma demora também no atendimento pela quantidade de pessoas, né? Que a gente não esperava e aí com isso a insatisfação do usuário. Então uma certa agressividade porque estava demorando, porque “tem que fazer exame assim”, porque “eu tenho que ficar lá fora”, porque... então acho isso que vivemos as duas coisas, eu acho que vivi os dois lados. (E13)*

*Teve uma superlotação, assim, tinha muita gente para atender e não tinha médico suficiente [...]. As mães [de pacientes menores de idade] ficaram super agressivas porque, com razão, eram horas, muitas horas [esperando atendimento]. Assim, eram quatro ou cinco horas para serem atendidas, enfim. E aí era muito estressante nesse ponto. (E15)*

### ***Fake news***

As notícias falsas, difundidas pelo termo “*fake news*”, estiveram intimamente atreladas aos discursos ríspidos e agressivos dos usuários que discordavam das condutas técnicas e científicas empregadas pelos trabalhadores durante os atendimentos.

*A gente teve um médico, ele era, ele não era brasileiro, e aí um paciente super nervoso discordando, sabe, da conduta dele, e aí ele não, por não concordar, eu acho que ele começou a brigar com o médico, falando que não era daqui que não tinha nem que está aqui ... situações assim, que eu acredito que tenha sido um preconceito mesmo. (E1)*

*Assim, eu não sei se foi por causa da COVID-19, mas por todo mundo está muito com os nervos aflorados, ou está tendo muito atrito entre o paciente e o médico. Assim, o paciente quer isso e aquilo, já chega com um diagnóstico, tratamento e procedimentos, tudo pronto na ponta da língua. Se você não fizer aquilo que ele viu aqui na televisão, na reportagem tal, que se deveria tomar isso, fazer isso, aí quando você não faz, aí vem a crítica da saúde onde nem se fala para poder está lidando com esse tipo de situação. (E4)*

*Isso de fake news, foi uma coisa que contribuiu bastante. Eu vejo assim, porque lá tinha muita, muita coisa sendo dita e eles [usuários] vinham como falei, assim já com tudo pronto da forma que eles queriam. Eu, por exemplo, nunca prescrevi na pandemia toda uma hidroxicloroquina, então se não for não escrever, por eu não seguir as linhas das normas da dosagem dos achismos, vou sempre com base na ciência mesmo. Então assim, por eu não prescrever, por eu não seguir a linha dos achismos, eu sempre ia com base na ciência mesmo, então eu sofri algumas, algum embate com a população. Antibiótico, essas questões, “meu vizinho tomaram”, essas informações, essas desinformações sem fundamento, sem ciência contradiz bastante. (E4)*

*Acho que as pessoas elas se empoderaram de algumas coisas, “porque eu tenho informação” “essa informação”. Elas se sentiram no poder de “eu recebi essa informação de fulano, e a minha informação é mais válida que a sua”, “porque o presidente falou que isso, é errado” “você está me falando isso porque quem falou para você foi o Dória [João Doria – governador do estado de São Paulo durante a pesquisa]”, essa coisa assim e eu fico olhando ... não estou acreditando numa coisa dessas. Porque as pessoas se empoderaram, essa guerra política de informação ... já não é mais uma coisa assim, “que a ciência diz, que eu leio”, não, mas “o que o meu político falou” “e o que você está falando para mim foi um político que eu não acredito que falou”, “isso é coisa de político de esquerda”, “isso é coisa do política de direita” ... sabe? Umas coisas que você fica. “meu Deus”, isso é saúde, isso não tem nada a ver com política, isso está na bula, estou aqui te mostrando. (E6)*

*A questão da hidroxicloroquina que pode ou não pode, presidente manda não manda. Alguns médicos aderem outros são contra. E a gente fica com medo, né? Porque um adere, aí você passou mal, no dia que você passou mal é o outro médico, aí você não sabe qual o tratamento ideal. Acho que isso atrapalhou um pouco. Não ter um tratamento fechado, né? Medicamentos, oh essa medicação é para tratar o coronavírus. Não, cada um tratava da maneira que achava melhor. Eu tive COVID-19 duas vezes. Uma das médicas me passou uma lista imensa. Amoxicilina, prednisona, dipirona, anticoagulante... Um monte. O outro não me deu nenhum paracetamol. Então você fica sem saber. “Será que eu estou sendo assistida?”, “será que eu sou só mais um número?”, “Será que eu estou bem pra não ter que tomar remédio, ou ele que não*

*quis dar?”. Então algumas coisas assim, não ter um protocolo fechado pra tratamento... Aí na televisão fala uma coisa, no rádio fala outra, aqui vivenciando é outra coisa. A gente fica meio... acho que atrapalhou um pouco. (E10)*

### **Vacinação contra a COVID-19**

A temática de vacinação foi bastante sensível aos trabalhadores, que relataram as consequências do processo de desinformação sobre vacinas, o que gerou hesitação da população em procurar as UBS para se vacinar, e aqueles que foram, demonstravam enfrentamento frente aos trabalhadores, além de desconhecerem os tramites formais para o ato, fato que dificultou o procedimento.

*Isso porque você não tinha... o paciente chegava aqui com dez pedras na mão com relação à vacina, porque a orientação que ele tinha, ele tinha orientação do Facebook. Ele tinha no WhatsApp, nos grupos que ele participava. Todas essas coisas que eles falavam que chegava na vacina foi todo doido, porque eles não tinham, você não tinha um Ministério da Saúde que estava incentivando a população a se vacinar e que passava informações coesas sobre isso. E aí virou uma guerra de informações. E a gente passava algo, mas o paciente vinha com as informações que ele tinha e que ele pegou no Twitter, no Instagram, no Facebook e chegavam armados. (E6)*

*Porque se era a vacina, “não quero tomar” “essa vacina que veio da China, não quero saber” ... aquelas coisas. Foi muito, muito difícil, muitos colegas terem sido agredidos, e você tem que ir lá, passar o dia inteiro, falar a mesma coisa com o paciente, orientar sobre a COVID-19, as pessoas às vezes não estarem nem aí, achar que a COVID-19 não existe. A gente teve que fazer um projeto, do próprio ... Não lembro se era do Butantã [Centro de pesquisa científica brasileiro], que a gente sorteava casas, ia fazer coleta de COVID-19 para fazer um rastreamento... um horror, as pessoas falavam que era mentira, que era coisa do governo querendo rastrear, foi umas coisas que você escutava assim, você tem que explicar e falar. E aí as pessoas colocaram você para fora e sempre que isso [inaudível] ... você está numa consulta, já atendi pacientes que você consultava, que você falava: “está tudo bem?” “está tudo bem! Meu teste deu positivo, mas eu vim na consulta”, “o que você está fazendo aqui?”, “mas isso é bobagem”, “como é bobagem? Você precisa sair da sala, vou precisar desinfetar a sala agora, o que você está fazendo aqui?” E as pessoas assim, isso não aconteceu uma ou duas vezes. (E6)*

*Não, isso é vocês que estão inventando” “porque foi o fulano que trouxe essa vacina, não é reconhecida”, que não tem nada a ver. Então é uma guerra de narrativas mesmo, isso mexeu muito, atrapalhou muito o nosso processo de trabalho. É difícil você ficar o tempo todo tentando lutar contra uma narrativa. Tinha hora, de verdade, que eu desistia. Falava assim, “verdade, a COVID-19 não existe”, “você está super certa”, de você ficar descansada mentalmente, “é de verdade, essa vacina tem um chip”, “se o s.r. tomar, a gente vai conseguir monitorar o senhor, é muito verdade isso”, de você cansar, “de verdade moço”, “é verdade mesmo” ... Eu não tenho mais o que falar, chega uma hora assim, meu... Eu não vou mais debater. (E6)*

*Ali na parte de vacinação, era muita briga. Muita. Vi muita confusão. (E8)*

*Eles falavam. Fala o que sempre ouve. Que demora.... Mas até eles entendem que tem que lançar no sistema porque se não lançar quando você for colocar... tomar [vacina] em outro local [outra unidade] não vai aparecer. Eles não entendem isso, até eles*

*entrar dentro da sala de vacina. Quando ele entra, diz... “sossega, entendeu?”. Então quando ele está na fila, é no momento deles, é da forma deles. Depois que eles entram aí ele sabe que tem que colocar CPF [Cadastro de Pessoa Física], nome da mãe, que tem que lançar no sistema pra subir porque se não, não tem como fazer o serviço. Aí que eles entendem. E quando volta pra segunda [dose] ele já sabe como é o processo. Então a primeira [dose da vacina contra COVID-19] foi um pouco mais impactante. (E12)*

*Então, assim, o paciente na realidade ele chega... esses pacientes quando chegaram... quando saiu a vacina praticamente eles chegam com os pés no peito, né? “Eu não tenho o comprovante”, “mas eu não tenho um comprovante de residência, mas eu vou tomar vacina”. “Eu não tenho um cartão do SUS [Sistema Único de Saúde], mas eu vou tomar a vacina”. Ele não entende que tem uma hierarquia, que precisa trazer, que precisava usar os requisitos... que precisava.... Entendeu? Igual paciente da comunidade, não tem como comprovar o endereço, mas tem um cartãozinho que a ACS [agente comunitário de saúde] deixa lá. Então ele poderia trazer e tomar a vacina dele para poder fazer o cadastro no sistema. Então isso é um desgaste na realidade, entendeu? Foi um desgaste. Acho que por um todo, né? Tanto pra a recepção, quanto pra quem estava na porta. (E12)*

## **5.2.2 Tema 2 Impactos da violência**

### *5.2.2.1 Saúde mental dos trabalhadores da saúde*

Essa categoria ilustra como o processo de trabalho exaustivo, as violências verbais e ameaças, e o fato de trabalhar em uma pandemia, que no momento era desconhecida, esteve intimamente relacionado ao sofrimento mental dos trabalhadores.

#### **Estresse, ansiedade e exaustão emocional**

*Ontem mesmo o usuário chegou até o rapaz que estava na recepção ameaçando-o porque estava esperando há um certo tempo para poder ser atendida, a esposa ... que estava com a filha ... e então isso causa na gente também um transtorno, porque você além de vir aqui com medo, trabalhar, ... você ainda é ameaçado. Hoje, você não sabe se ele está ameaçando. Amanhã você não sabe se ele realmente vai cumprir ou não o que ele está dizendo se ele vai vir disposto a isso e, então, a gente fica sim sempre apreensivo. (E2)*

*Tanto dos trabalhadores quanto dos próprios pacientes e pós pandemia, eu acho que tem aumentado bastante os casos de depressão e ansiedade. Ao meu ver, e ao ver dos colegas, ou às vezes nós mesmo, logo aquele período, o lá “bom da pandemia” foi bem complicado porque nós temos parentes também, perdemos parentes, tudo isso... agora já está meio que voltando aos poucos, porém ficou esse rastro de ansiedade nas pessoas. (E5)*

*Um dia eu fui, eu estava lá, voltei de um atestado, que não estava bem e eu fiquei cinco dias fora, e eu esqueci de um paciente, de um horário de uma consulta. Quando a paciente me passou, me parou, ela perguntou pra mim: “Fulano, você vai atender meu filho?”, eu olhei pra ela e “nossa, eu não tenho consulta nesse horário”, e esqueci mesmo, sabe quando você... não era meu horário de consulta, e eu tinha pedido para ela vir fora do meu horário de consulta e não estava marcado em lugar nenhum. Ai eu fiz “pera um pouquinho que eu estou atendendo um pré-natal e eu já volto, vou ver”, e ai eu demorei uns 10 minutos, quando eu volto pra ver, o caos já estava generalizado na terra, ela começou a gritar comigo, me chamou de todos os*

*nomes possíveis e imagináveis, porque deixei ela esperando... assim, foi um horror, e aí eu desabei... “e vem que vou te atender, eu tinha me esquecido”, tentei explicar que eu não estava bem e tal... foi péssimo, péssimo, ela não fala comigo até hoje. A paciente estava aqui, passou por minha médica ontem. Foi o dia que eu chamei o gerente e falei “eu não aguento mais”, chorei, me senti muito mal. Péssimo, péssimo, que eu não sou de esquecer, eu queria ... foi ... e a paciente me escutou assim, me xingou, me chamou de vagabunda, que eu não trabalhava, que eu não fazia o meu trabalho... Foi horrível,, foi uma situação bem... e não tiro a minha responsabilidade, mas assim, fui rápido, demorou 10 minutos, me propus a atendê-la, me expliquei para ela, mas... e aí nesse dia eu... fiquei uma semana afastada, e que eu não conseguia mais, foi péssima, fica bem difícil. Aí agora estou voltando um pouco menos ... (E6)*

*Eu mesmo fiquei péssima ano passado, tive crises de ansiedade muito grande e eu fui parar na rede de apoio. Em 15 dias, passei três vezes no psiquiatra, com crise muito forte. Aí... agora não. Agora também estou medicada [...] foi muita cobrança, muita coisa, foi... acumulou muito serviço de uma vez só, né? É que nem falei para você. Eu trabalho aqui, eu trabalho no estúdio e eu sou dona de casa, então acho que acumulou muito, aí eu surtei em dezembro. Mas eu acho que foi muita coisa, sabe? É muita cobrança aqui, é muita coisa. Mas a parte daqui mesmo que eu fiquei muito estressada. (E8)*

*Eu já tinha dificuldade para dormir, mas na pandemia piorou e o médico entrou com mais uma medicação e há pouco tempo eu desmamei. Tenho tido problemas para dormir ainda, mas a mesma... tem dias que é mais, tem dias que é menos. Se o dia foi pesado. Semana passada estava mais pesado, trabalhei 12 horas, porque de três funcionários só tinha eu. 12 horas no dia durante uma semana porque as duas funcionárias do meu setor estavam com o COVID-19 e não tinha quem colocar. Porque dos outros setores também estava faltando. Então eu acabei fazendo a cobertura. (E10)*

*Então não é que me assustava, mas, assim, eu tinha medo de passar pros meus filhos, né? Porque acho que no começo da pandemia, se você tivesse alguém internado, você não ia poder ver. Isso... imagina você não vê o seu filho, né? Tá aí com 12, 13 anos. Então assim é muito difícil, então você tinha que ter todo o cuidado do mundo. Então era uma coisa que deu um pouco de medo no começo. (E12)*

*Todos os profissionais da linha de frente da saúde. Enfermeiros, médicos, auxiliares, equipe multiprofissional. Todos eles se expuseram. Eles ficaram ali na linha de frente. Então eles trabalharam muito e é importante que em algum momento se reconheça o que a gente fez por tudo isso, né? Porque eu não vou citar você, mas, por exemplo, um administrador de empresas, ele conseguiu se afastar e conseguiu talvez ficar com a família dele. Ele conseguiu o valor. Ele deu um jeito. Foi diferente pra ele. Mas, em muitas vezes, eu cheguei em casa chorando e muitas vezes eu gravei áudio pros meus filhos chorando, com medo, “Gente eu tô com medo”, para minha família. (E14)*

### **5.2.3 Tema 3 Medidas para lidar com a violência**

#### *5.2.3.1 Medidas individuais*

O diálogo entre os trabalhadores vítimas da violência e os colegas de trabalho foi uma estratégia adotada para o cuidado em saúde mental.

### **Apoio dos colegas**

*A gente se apoia, quando chega alguém e começa aumentar o tom de voz. Normalmente às vezes a gente vai um pouquinho mais perto pra ver, mas a gente não sabe que aquele paciente... como ele vai reagir, se ele vai ficar só nos xingos ou se ele vai agredir a pessoa. A gente tenta dar apoio pro outro e ficar por perto pra que nada grave aconteça. (E10)*

*Quando é verbal [a violência], a gente consegue assim verbalizar um com o outro [um trabalhador com outro trabalhador], desabafar um com outro. E no final do dia a gente chega bem, mas se chega a ter algum tipo de quebra de dano no nosso local de trabalho, a equipe, ninguém lida bem. (E13)*

#### **5.2.3.2 Medidas organizacionais**

Enquanto medida formal, foi percebido a estratégia de transferência de unidade de saúde dos trabalhadores vítimas de violência. Não é possível constatar, no entanto, se essas transferências partiam de uma solicitação individual do trabalhador, ou se era conduzida pela própria instituição como uma conduta formal para proteger esses sujeitos.

#### **Transferência de unidade de saúde**

*A gente teve até alguns colaboradores que foram trocados de Unidades porque, por exemplo, teve um episódio, às vezes eu fico na recepção fazendo cobertura e teve um episódio de um paciente está super nervoso porque estava cheia [a unidade de saúde]. (E1)*

*Sim, tanto que eu vim, eu era de outra Unidade, eu fui transferido para essa justamente por causa disso, porque na outra eu tive uma agressão verbal, uma ameaça, justamente por causa disso, de atendimentos prioritários. Na época eu fiquei bem abalado, mas com medo, na verdade. Fiquei com medo na verdade de sofrer alguma ameaça mesmo, mas passou. (E4)*

*Já houve várias ameaças sim. Já houve ameaça, teve funcionário que foi transferido pra outro lugar, né? Pra não... só quem não é transferido é os agentes comunitários porque tem que trabalhar na área, né? (E7)*

#### **Ofertas formais de cuidados**

Outras medidas formais de cuidado foram adotadas ao longo do curso da pandemia na tentativa de mitigar o sofrimento mental dos trabalhadores, desde disponibilização de canais de comunicação com suporte de profissionais de saúde para atendê-los, ofertados pela empresa de gerenciamento da unidade, até medidas locais, como assistência de psicólogos e profissionais residentes das UBS, como demonstrado nas falas a seguir.

*Aqui na própria empresa têm o serviço de apoio. Eu não cheguei a precisar porque já tinha a minha analista, o psicanalista, mas eu sei que eles têm a rede de apoio e eu via muitas questões de... de psicólogos atendendo virtualmente, assim, pessoas que procuravam. E4*

*A organização social [empresa que gerencia o serviço] disponibilizou um canal. É o 0800, com a ajuda de psicólogos e médicos nessas questões... Assim, tanto pro profissional da saúde quanto pro familiar [...]. Ligava, eles falavam tipo “qual que é a sua queixa? qual é a sua dívida?”. Eles disponibilizaram esse canal. E pros profissionais da saúde, tipo, “ah, está passando por isso” e conversava com o psicólogo. (E9)*

*Ah, teve [algum tipo de cuidado com a saúde mental] porque as meninas aqui da equipe multiprofissional faziam umas coisas com a gente. Mas aí já foi bem no finalzinho. Juntava para melhorar a mente, né? Mas teve sim, algumas coisinhas. As meninas do NASF [Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica], que agora não é mais o NASF, é equipe multiprofissional. Mudou, equipe multi, o psicólogo, educador físico que tem aqui na UBS [unidade básica de saúde]. (E11)*

*Eu passei na psicóloga, aqui mesmo na unidade. Fui acolhida algumas vezes com ela, porque as percas foram muito rápidas [...] a gente marcava pela recepção com a psicóloga mesmo daqui do posto. E aí antes tinha, como é mesmo o nome das meninas? Residente! A gente marcava com ela também e eu, pelo menos nesse período que teve, eu marquei algumas vezes também pra poder passar, pra poder dar aquela desafogada, entendeu? Então a gente marcava. (E12)*

*Eu me lembro que na época foi ofertado um trabalho de uma faculdade. Que eram psicólogos que estavam em formação, que ofereceu um serviço por telefone pra gente ligar e conseguir ter esse atendimento via telefone. Eu não fiz uso, mas eu lembro de ter divulgado esse número para várias pessoas na unidade. (E13)*

*Eu acho que sim. Acho que teve a rede de apoio, a Organização Social disponibilizou. Acho que ele tem isso lá. A rede de apoio, pra onde vão esses colaboradores. É só que, você vai pensar no que Pesquisador? Você vai pensar nas suas necessidades, né? Nas suas necessidades básicas de sobrevivência. Você não quer se afastar, não quer tomar remédio. Você não vai, você entendeu? Você tem outros recursos. Vamos lá. Vamos enfrentar, arregaçar a manga. Mas eu sei que teve, eu sei que tem um serviço pra onde a gente encaminha os colaboradores que estavam emocionalmente abalados. (E14)*

### 5. 3 Integração dos resultados quantitativos e qualitativos

Para apresentar os resultados de um estudo de método misto, especificamente do tipo sequencial explanatório, foi criada uma matriz de integração dos resultados, conhecida como "joint display", que possibilita comparações visuais entre os achados das fases quantitativa e qualitativa e sua interrelação<sup>70</sup>, conforme apresentado quadro 3.

#### 5.3.1 Exposição à violência

A exposição a violência foi registrada por 59,4% dos profissionais, sendo mais comum os episódios de discriminação, seguidos por insultos e agressões por parte de familiares de pacientes e violência física. Um maior risco de TMCs com sintomas de maior intensidade foi observado em profissionais expostos a no mínimo dois tipos de violência (RPajustado para dois episódios = 1,80; IC95% 1,39-2,32;) RPajustado para três episódios = 2,05; IC95% 1,51-2,79).

Para os entrevistados, a percepção do aumento dos episódios de violência no contexto do trabalho, de natureza discriminatória e estigmatizante, verbais e físicas, foram desencadeadas pela dinâmica dos atendimentos durante a pandemia, efeitos das *fake news* e vacinação. Além disso, as características do contexto da pandemia no Brasil trouxeram impactos diretos sobre o adoecimento mental dos trabalhadores da APS, e repercutiu em quadros de estresse psicológico, ansiedade e exaustão emocional e física.

**Quadro 3** - Relação entre resultados quantitativos e qualitativos e a inferência do método misto. São Paulo, Brasil, 2023.

Exposição à violência		
Resultados Quantitativos	Achados qualitativos (Categorias/subcategorias/recortes)	Inferência do método misto
<p>Exposição à violência em 59,4% dos profissionais.</p> <p>Exposto a no mínimo dois tipos de violência (RPajustado = 1,80; IC95% 1,39-2,32)</p> <p>Exposição a no mínimo três tipos de violência (RPajustado = 2,05; IC95% 1,51-2,79)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Antes da pandemia x durante a pandemia/ Aumento dos episódios</li> <li>● Tipos de violência/ Discriminação e estigma</li> <li>● Fatores desencadeantes/ Características do atendimento</li> <li>● Fatores desencadeantes/ Vacinação</li> <li>● Saúde mental/ Estresse, ansiedade e exaustão emocional</li> </ul> <p><i>Sim, já vivenciei [episódios de violência] em outras ocasiões [antes da pandemia], só que eram bem mais raras, às vezes. Agora [durante a pandemia], agora teve um aumento considerável. (E2)</i></p> <p><i>Na vizinhança teve vizinho que perguntou pra minha mãe: “Fulano e a Sicrano vão ficar em casa, porque eles trabalham em hospital e em posto de saúde, ou eles vão pra outro lugar?”. A minha mãe falou “você quer que eu coloque eles pra fora?” Esse tipo de coisa que nós ouvimos no começo, tanto de vizinho quanto de parente. (E5)</i></p> <p><i>eles [usuários] acham que a gente que atendia 30 [pacientes] com 10 pessoas [trabalhadores], a gente passou a atender 90 [pacientes] e eles acham que a gente tinha</i></p>	<p>O aumento da violência contra profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19, foi percebida pelos entrevistados como consequência das complexidades inerentes ao contexto da pandemia e da sobrecarga dos serviços saúde, e da propagação de desinformação relacionadas ao vírus, à doença e às vacinas. Esses fatores contextuais repercutiram no aumento dos conflitos população-profissionais de saúde, além do aumento da</p>

	<p><i>que ter a mesma agilidade para esse atendimento, então isso ocasiona bastante esse nervosismo neles [usuários]. (E2)</i></p> <p><i>Porque se era a vacina, “não quero tomar” “essa vacina que veio da China, não quero saber” ... aquelas coisas. Foi muito, muito difícil, muitos colegas terem sido agredidos, e você tem que ir lá, passar o dia inteiro, falar a mesma coisa com o paciente, orientar sobre o COVID, as pessoas as vezes não estarem nem aí, achar que o COVID não existe. A gente teve que fazer um projeto, do próprio ... Não lembro se era do Butantã [Centro de pesquisa científica brasileiro], que a gente sorteava casas, ia fazer coleta da COVID-19 para fazer um rastreamento... um horror, as pessoas falavam que era mentira, que era coisa do governo querendo rastrear, foi umas coisas que você escutava assim, você tem que explicar e falar. E aí as pessoas colocaram você para fora e sempre que isso [inaudível] ... você está numa consulta, já atendi pacientes que você consultava, que você falava: “está tudo bem?” “está tudo bem! Meu teste deu positivo, mas eu vim na consulta”, “o que você está fazendo aqui?”, “mas isso é bobagem”, “como é bobagem? Você precisa sair da sala, vou precisar desinfetar a sala agora, o que você está fazendo aqui?” E as pessoas assim, isso não aconteceu uma ou duas vezes. (E6)</i></p> <p><i>Eu mesmo fiquei péssima ano passado, tive crises de ansiedade muito grande e eu fui parar na rede de apoio. Em 15 dias, passei três vezes no psiquiatra, com crise muito forte. Aí, agora não. Agora também estou medicada [...] foi muita cobrança, muita coisa, foi... acumulou muito serviço de uma vez só, né? É que nem falei para você. Eu trabalho aqui, eu trabalho no estúdio e eu sou dona de casa, então acho que acumulou</i></p>	<p>discriminação, dos insultos e agressões contra os trabalhadores da APS, tendo assim, um impacto direto sobre o sofrimento mental desses trabalhadores.</p>
--	---	---

	<p><i> muito, aí eu surtei em dezembro. Mas eu acho que foi muita coisa, sabe? É muita cobrança aqui, é muita coisa. Mas a parte daqui mesmo que eu fiquei muito estressada.</i></p> <p><i>(E8)</i></p>	
--	---	--

Fonte: autores, 2023.

## 6. DISCUSSÃO

### 6.1 Discussão fase quantitativa

Os transtornos mentais comuns são uma realidade no cotidiano do trabalho em saúde. No decorrer da pandemia, tais transtornos foram observados em profissionais que desempenhavam funções em distintos dispositivos de saúde, variando de 35,5% a 76,2%. Destaca-se que o percentual mais elevado foi registrado entre trabalhadores alocados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), o que pode ser justificado pela dinâmica do setor<sup>81,82,83,84</sup>.

Ao analisar especificamente a abrangência da Atenção Básica, nota-se que a incidência de transtorno mental comum nesta pesquisa é ligeiramente inferior a outros contextos, como em Minas Gerais (43,2%)<sup>81</sup>. Essa discrepância pode ser atribuída ao foco deste estudo, que concentrou a investigação nos casos de TMC com sintomas de maior intensidade. Se a intenção fosse investigar ocorrências com sintomas leves, é provável que a frequência encontrada fosse maior, conseqüentemente resultando em um aumento percentual de profissionais afetados por TMC.

Essa pesquisa destaca que os médicos são mais acometidos por quadros de TMC com sintomas de maior intensidade, semelhante ao observado no Quênia<sup>85</sup>. Essa realidade, no entanto, contrasta com diversos estudos, inclusive de revisões sistemáticas com meta-análise, que apontam a enfermagem como principal grupo acometido por estresse, depressão e ansiedade, ou seja, transtornos mentais comuns<sup>40,48,86,87,88</sup>. Essa divergência demanda uma investigação mais aprofundada para discernir se há alguma influência cultural associada e se a formação desempenha um papel significativo nos níveis de sofrimento mental entre profissionais de saúde diversos.

Na pandemia houve relatos de violência sofrido pelos profissionais de saúde em razão do exercício laboral frente à COVID-19<sup>64,65,68,89</sup>. Ameaças, abusos e ataques, que colocam em risco a segurança, o bem-estar e a saúde dos sujeitos são diferentes formas de expressão dessa violência<sup>90</sup>. Neste estudo, foi observado uma associação entre exposição à violência no contexto do trabalho e o desenvolvimento de transtorno mental comum de intensidade grave. A maioria dos trabalhadores analisados relataram sofrer algum tipo de violência, seja ela estigma/discriminação, física ou insulto por familiares de pacientes, onde aqueles que foram expostos a mais de um tipo de violência tiveram uma maior prevalência de TMCs com sintomas de maior intensidade quando comparado àqueles que não possuíram nenhuma exposição. Um estudo realizado na China descreveu achados semelhantes ao que foi verificado nessa pesquisa: 18,5% dos médicos relataram que foram vítimas de violência no local de trabalho no contexto

da COVID-19, além de ser constatado que os profissionais que vivenciaram os episódios de violência possuíam mais sintomas de ansiedade e depressão<sup>64</sup>.

Além da China, diversas nações relataram casos de violência contra profissionais da saúde durante a pandemia da COVID-19. Do total de mais de 600 incidentes registrados entre fevereiro e julho de 2020, conforme documentado pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha, aproximadamente 67% envolveram agressões físicas, discriminações e ameaças verbais direcionadas aos profissionais de saúde em várias regiões do mundo<sup>89</sup>. Em Bangladesh, foram arremessados tijolos em residência de profissionais de saúde que testaram positivos para COVID-19, na tentativa de expulsá-los das suas residências. No Paquistão, familiares de pacientes agrediram verbal e fisicamente a equipe clínica enquanto diziam que a COVID-19 não era real. No México, enfermeiros e médicos foram atacados com ovos, e nas Filipinas, profissionais de enfermagem foram atacados por pessoas que lançaram alvejante no rosto desses profissionais<sup>67,89</sup>.

As causas da violência contra trabalhadores da saúde no contexto da pandemia da COVID-19 são multifatoriais. Entre os preditores da violência exercidos por parte da população aos trabalhadores da saúde pode-se destacar a recusa de profissionais para admitir pacientes em unidade de saúde devido a superlotação, óbito de pacientes em hospitais e o trâmite do corpo que não poderia ser velado, desconfiança na condução clínica dos casos, acusando-os de prescrever procedimentos inadequados, fornecer diagnósticos falsos, uma vez que estavam ganhando dinheiro com esses diagnósticos de COVID-19<sup>65</sup>.

Tal comportamento revela uma importante influência da desinformação e das *fakes news* sobre o vírus, a doença e as vacinas no comportamento das populações durante a pandemia da COVID-19. As notícias falsas disseminadas no curso da pandemia, projetou uma série de dúvidas e descrença em instituições antes conhecidas por possuírem respaldo técnico e científico dos fatos<sup>91</sup>. O Brasil é um caso emblemático nesse quesito. O governo do país foi responsável por disseminar uma série de desinformações e adiou a compra de vacinas, o que comprometeu o processo de governança, uma vez que os gestores precisaram adotar medidas imediatas e não havia tempo suficiente para averiguar com cautela todas as evidências de notícias, além de promover esse comportamento agressivo da população para com os profissionais de saúde<sup>92</sup>.

No sentido oposto, outros países garantiram uma série de medidas para proteção dos trabalhadores da saúde. Ainda em 2020, organizações humanitárias, incluindo a *Health Care in Danger Initiative* solicitaram que os governantes implantassem leis contra manifestações de violência aos profissionais da saúde no curso da pandemia e que fornecessem ambientes

laborais mais seguros, além de ofertarem apoio à saúde mental e combate à desinformação. O Sudão, por exemplo, criou uma equipe policial para proteger os serviços de saúde, após ameaça dos médicos entrarem em greve devido aos ataques. Já a Índia, desenvolveu leis que tornou a violência contra profissionais da saúde crime inafiançável<sup>89</sup>. O impacto e os desdobramentos da violência sobre a saúde mental, especialmente durante uma pandemia em curso, justificam a necessidade de implementar soluções baseadas em evidências para combater tais eventos no futuro.

Um outro elemento que tem destaque neste estudo é a relação da falta de EPI com os TMCs com sintomas de maior intensidade. Uma maior chance de desenvolvimento de estresse psicológico foi observada em trabalhadores com acesso insuficiente aos EPIs, o que corrobora com os achados de outras pesquisas. Na China, por exemplo, foi verificado que o acesso inadequado aos EPIs estava associado com uma maior prevalência de quadro depressivo<sup>93</sup>. A escassez do equipamento, sobretudo na fase inicial, aumentou a chance de infecção e, conseqüentemente, de infectar os contatos próximos, gerando mais medos aos profissionais e afetando sua saúde mental<sup>45</sup>. Neste sentido, medidas para garantia de EPI adequados devem ser adotadas pelos estabelecimentos de saúde, bem como treinamentos sobre uso dos mesmos e medidas de controle de infecção, medidas essas que podem atenuar o sofrimento mental dos trabalhadores<sup>48</sup>.

## 6.2 Discussão fase qualitativa

### 6.2.1 Tema 1 – Características da violência contra trabalhadores da APS

A violência no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde é uma preocupação que precede a pandemia da COVID-19. Ao longo das décadas, agentes comunitário de saúde, enfermeiros, médicos, e toda equipe assistencial têm enfrentado uma série de desafios referente aos mais diversos espectros de expressões da violência por parte de pacientes e seus familiares<sup>59,94,95</sup>. Essa problemática reflete um ambiente de trabalho complexo e estressante, que afeta não apenas a saúde dos profissionais, mas também a qualidade do atendimento prestado à população.

O que chama atenção, no entanto, é o aumento do número de casos de violência contra os profissionais de saúde no curso da pandemia, tanto nos seus respectivos locais de trabalho, quanto em suas residências<sup>66,89,96</sup>, mesmo estes sendo popularmente reconhecidos como heróis por uma parcela da população. Para Miasato (2022), no entanto, esse discurso narrativo de “heroísmo” dos profissionais de saúde atuantes na linha de frente da pandemia da COVID-19

confere uma leitura romantizada do trabalho em saúde, encobrendo diversos problemas estruturantes, dentre as quais se destaca a violência sofrida no exercício da função<sup>97</sup>.

Um exemplo disso foi a agressão sofrida por trabalhadores da enfermagem ao realizarem uma manifestação silenciosa em memória de colegas de trabalho vítimas da COVID-19 em um espaço aberto. Durante o ato, a população civil agrediu verbal e fisicamente os manifestantes, por não concordarem com o posicionamento dos trabalhadores<sup>98</sup>. Esse relato ilustra como a pandemia escancarou as profundas questões de violência que há muito tempo existem no ambiente de trabalho, sempre de forma mais sutil e escondida dos holofotes, restrita às dependências das unidades de saúde, e agora, escancarada em qualquer ambiente, sem nenhum receio de retaliação moral e/ou legal por parte dos agressores.

A partir de análise documental, Aydogdu (2020) aponta que os atos discriminatórios incluem humilhações até expulsões de transportes públicos e estabelecimentos privados, uma vez que a população percebe o profissional de saúde como um possível vetor da doença<sup>99</sup>. A desinformação generalizada, principalmente na fase inicial da pandemia, e o medo em torno da COVID-19 ampliaram as emoções negativas nos pacientes, resultando em reações violentas contra os profissionais que, muitas vezes, foram vistos como intermediários em meio à incerteza e ao sofrimento. A exposição à discriminação e a outros tipos de violência está associada ao maior risco de sofrimento mental e de sintomas depressivos<sup>46</sup>.

As mudanças significativas na rotina dos atendimentos e na dinâmica de trabalho também desempenharam um papel crucial na motivação de episódios de violência contra profissionais da saúde. A escassez de recursos, o aumento exponencial na demanda por serviços assistências, as mudanças frequentes dos protocolos assistenciais e as restrições impostas pelas medidas de distanciamento social contribuíram para ambientes de trabalho mais tensos e desafiadores<sup>43,44,46,49</sup>. Profissionais da saúde, frequentemente exaustos e sobrecarregados, enfrentaram frustrações crescentes tanto por parte dos pacientes quanto de suas próprias limitações diante da complexidade da pandemia.

Somada às mudanças no processo de trabalho, a disseminação de notícias falsas durante a pandemia da COVID-19 também colaborou para esse cenário de violência contra os profissionais de saúde. A propagação de informações incorretas, muitas vezes alimentadas por teorias da conspiração e desinformação, contribuiu para a desconfiança em relação às orientações médicas e às medidas de saúde pública. Profissionais de saúde que eram vistos como parte de uma suposta conspiração foram alvo de hostilidades, desde simples desconfianças até ameaças físicas. Além disso, as *fake news* exacerbaram a polarização social, criando um ambiente propício para atos de violência contra aqueles que estavam na linha de

frente do combate à pandemia, colocando em risco não apenas a segurança dos profissionais, mas também a eficácia das medidas sanitárias<sup>100,101</sup>.

Com um governo conduzindo as ações de saúde entre 2019 e 2022 (período mais crítico da pandemia da COVID-19), o governo do Brasil e as autoridades sanitárias minimizavam a gravidade da doença, desencorajando medidas de distanciamento social e o uso de máscaras de proteção, promoveram um “tratamento precoce” com medicamentos que não foram comprovados cientificamente como eficazes no combate à doença, além de bloquear medidas para inibir a transmissão do vírus<sup>102,103,104</sup>.

Usando as redes sociais, o governo do país e sua equipe compartilharam uma série de desinformações sobre a pandemia, gerando desconfiança da população, aumentando assim as ameaças aos grupos vulneráveis, a exemplo dos profissionais de saúde<sup>103,104</sup>. Em um levantamento feito entre março a setembro de 2020 a respeito das *fake news* no Brasil, foi verificado que uma das principais temáticas das notícias falsas produzidas eram sobre ciência médica, englobando aspectos dos sintomas, diagnósticos e tratamento, bem como declarações de profissionais de saúde, onde eram compartilhados áudios e textos produzidos supostamente por enfermeiros, médicos e autoridades sanitárias compartilhando informações técnicas da COVID-19<sup>92</sup>. É necessário reiterar que esse levantamento foi realizado no período que as vacinas ainda não estavam disponíveis. Posteriormente, a temática sobre vacinação também foi alvo de *fake news*, tornando-se um dos principais assuntos de desinformações<sup>105</sup>, contribuindo para desestimular a adesão às campanhas vacinais da população.

Portanto, a falta de uma abordagem coesa e baseada em evidências científicas, juntamente com a retórica polarizada em torno da pandemia, exacerbou a crise, comprometendo a eficácia das medidas de controle. Na tentativa de enfrentamento, os governos, as organizações colaborativas internacionais e as empresas de mídias sociais devem fortalecer e ampliar iniciativas eficazes de informação pública, visando manter a população devidamente informada, além de combater a desinformação.

A resistência do governo brasileiro em adotar políticas de enfrentamento recomendadas por especialistas e organizações internacionais desafiou os esforços para conter a disseminação da violência deferida aos trabalhadores da saúde. Enquanto outros países coíbiam esse tipo de violência a partir de ações legais contra os agressores, garantindo ambientes de trabalho mais seguros, como o exemplo do Sudão e Índia, que criou equipe policial exclusiva para salvaguardar os serviços e profissionais de saúde, e o estabelecimento de leis que tornaram a agressão aos profissionais de saúde crime inafiançável, respectivamente<sup>67,89</sup>, o Estado brasileiro foi omissivo nessas questões, ou ainda mais sério,

estimulou a violência, comprometendo a integridade emocional e física dos trabalhadores da saúde.

### **6.2.2 Tema 2 – Impactos da violência**

Ao longo da pandemia da COVID-19, os profissionais de saúde enfrentaram um aumento significativo no risco de violência decorrentes das demandas inerentes ao seu trabalho. Em uma revisão sistemática com meta-análise foi identificado que dentre pouco mais de 331.000 profissionais da saúde, 61,9% relataram terem sido expostos a episódios de violência no local de trabalho<sup>106</sup>. Essa exposição constante à violência resultou em condições adversas para a saúde mental desses profissionais<sup>64,65</sup>, incluindo aumento do medo, fadiga, sintomas depressivos, estressores e ansiosos, transtorno de estresse pós-traumático e ideação suicida<sup>106,107</sup>, gerando consequências imensuráveis em suas dinâmicas pessoais e profissionais.

O estudo de Bitencourt *et al.* (2021) descreve a associação entre a exposição à violência durante a pandemia da COVID-19 e níveis elevados de ansiedade entre os trabalhadores da saúde no Brasil. Essa associação direta também aponta para um aumento do risco na busca à medicamentos ansiolíticos, destacando assim as potenciais ramificações desafiadoras dessa realidade para a saúde mental desses profissionais<sup>108</sup>.

No contexto da APS, as repercussões da violência estão além dos impactos na saúde mental. Observou-se associação da violência no trabalho com a diminuição do desempenho, o aumento do absenteísmo, negligência e sentimentos como vergonha, culpa e insatisfação com o trabalho. Adicionalmente, essa exposição à violência pode, em alguns casos, desencadear o desejo de mudança de área profissional<sup>109</sup>, sinalizando uma urgência na abordagem dessas questões para preservar o bem-estar dos profissionais de saúde.

A violência no trabalho em saúde se configura, portanto, como um fenômeno complexo. Contudo, é crucial ressaltar que profissionais de saúde já enfrentavam ambientes historicamente violentos em diversos países<sup>110,111</sup>.

### **6.2.3 Tema 3 – Medidas para lidar com a violência**

A implementação de medidas para mitigar a violência no ambiente de trabalho é essencial para resguardar a integridade física e mental dos profissionais. Tanto ações individuais quanto organizacionais foram adotadas durante a pandemia, conforme evidenciado por um estudo envolvendo 916 trabalhadores brasileiros de diversas áreas e unidades de cuidado. Notoriamente, o apoio entre colegas de trabalho emergiu como uma variável

estatisticamente significativa para a preservação da saúde mental. Neste cenário, a troca de experiências, a compreensão mútua e o encorajamento entre os pares desempenham um papel crucial<sup>41</sup>. Essa dinâmica não apenas reduz o estresse, mas fortalece a resiliência, contribuindo para a criação de um ambiente de trabalho mais saudável. Isso é particularmente relevante em um período de distanciamento social, no qual muitos trabalhadores estiveram afastados até mesmo de seus familiares.

Além do apoio entre colegas, muitas vezes acontecendo de maneira informal, é fundamental reconhecer a importância de espaços e momentos promovidos de maneira institucional pelas organizações para auxiliar os trabalhadores durante momentos de crise, é o que aponta uma experiência nos Estados Unidos. A implementação de um programa destinado a fornecer apoio psicológico em grupos demonstrou ser altamente eficaz na mitigação da fadiga emocional e no aumento da resiliência dos profissionais. Esse enfoque não apenas se concentra no bem-estar, mas também na prevenção do esgotamento mental. Como resultado, o grupo não apenas ofereceu suporte individual, mas também contribuiu para promover um sentido de comunidade, reduzindo significativamente os sentimentos de isolamento social entre os participantes<sup>112</sup>.

A perspectiva profissional, superando os vínculos contratuais preconizados, juntamente com a satisfação quanto às medidas físicas adotadas pelos estabelecimentos de saúde, emergiram também com medidas protetivas importantes aos profissionais da saúde<sup>41</sup>. Além disso, é essencial que esses estabelecimentos adotem medidas proativas para garantir o bem estar psicológico dos profissionais, tanto numa perspectiva preventiva, quando na dimensão de recuperação dos transtornos já adquiridos.

Um estudo de revisão das medidas adotadas para apoiar os profissionais de saúde durante a pandemia revelou que as intervenções se concentraram em indivíduos e/ou organizações, predominantemente abordando a COVID-19. Embora algumas intervenções tenham demonstrado impactos positivos na saúde mental e bem-estar, existem fatores limitantes nos estudos analisados, sobretudo nas amostras reduzidas e na ausência de condições de controle<sup>113</sup>. Diante disso, há uma clara necessidade de conduzir mais pesquisas sobre o tema, conforme evidenciado pela revisão, que aponta para a eficácia limitada de muitos estudos existentes, além de ser abordadas questões específicas de enfrentamento à violência no trabalho.

## 7. PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Inicialmente destaca-se a utilização do método misto como ponto forte do estudo. Esse tipo de escolha metodológica oferece uma abordagem robusta para a coleta e análise dos dados. Eles combinam aspectos qualitativos e quantitativos, permitindo uma compreensão mais completa dos fenômenos. Isso é particularmente útil em estudos no campo da saúde, onde a complexidade das questões muitas vezes exige uma abordagem multifacetada, como é o caso da saúde mental<sup>70</sup>.

Os pontos fortes incluem, ainda, estudar a saúde mental de trabalhadores na APS, nível do sistema de saúde estratégico e essencial no contexto da crise sanitária da pandemia da COVID-19, incluindo profissionais com nível universitário e profissionais técnicos. Além do local em que foi realizada a pesquisa, uma das cidades que foi epicentro da doença no mundo.

Além disso, a investigação da violência no trabalho de acordo com o número de tipos de violência permitiu observar um efeito semelhante ao tipo dose-resposta. No que se refere ao método, um ponto forte foi a escolha da regressão de Poisson com variância robusta para analisar as associações, que teve o objetivo de minimizar a superestimação da força das associações, já que a prevalência de TMCs com sintomas de maior intensidade encontrada foi alta<sup>76</sup>.

Sobre a fase qualitativa, o ponto forte foi a realização das entrevistas de forma presencial, uma vez que investigar exposição à violência pode estar vinculado a certos estigma. Do ponto de vista metodológico, a realização da checagem dos membros (entrevistados) do material transcrito conferiu maior confiabilidade.

No entanto, cabe destacar algumas limitações do estudo: (1) o GHQ-12, embora comumente utilizado em estudos epidemiológicos, foi desenvolvido como um instrumento de rastreio de sintomas, não sendo equivalente a um diagnóstico clínico; (2) os achados podem ser semelhantes em outras áreas urbanas de grandes centros, mas não se aplicam a outras áreas como regiões rurais; (3) a frequência de exposição à violência e os relatos dos acontecimentos pode ter sido subnotificado devido ao viés de memória dos participantes; (4) não foi investigada violência doméstica, podendo haver sobreposição de exposições; e, por fim, (5) o estudo dos dados da linha de base não permitiu analisar causalidade entre exposição à violência e TMCs com sintomas de maior intensidade<sup>94</sup>.

## 8. CONCLUSÃO

Os dados encontrados apontam a alta prevalência de TMCs com sintomas de maior intensidade em trabalhadores da APS durante a pandemia da COVID-19. Os resultados permitiram identificar fatores associados com o adoecimento mental no contexto do trabalho, apresentando uma importante associação entre TMCs com sintomas de maior intensidade com acessos insuficiente a EPI e exposição à violência, nas suas mais diversas formas de expressão.

Garantir acesso adequado a EPI, tanto no que se refere a quantidade quanto à qualidade, além de estratégias para mitigar a violência contra profissionais da APS, devem ser prioridade para reduzir os efeitos sobre a saúde mental desses trabalhadores. Coibir rigorosamente as *fake news* e garantir condições de trabalho seguras são medidas que devem ser adotadas.

Por fim, os impactos da pandemia sobre a saúde mental dos trabalhadores da saúde podem permanecer mesmo após o fim da emergência sanitária. Neste sentido, estes trabalhadores devem ser acompanhados e o acesso ao cuidado à saúde mental deve ser garantido pelas instituições e pelo poder público.

## REFERÊNCIAS<sup>1</sup>

1. Mirco N, Andrea C, Angelo G, Brambillasca P, Federico L, Michele P, et al. At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *Catal Innov Care Deliv*. 2020;(Figure 1):1–5.
2. Organization WH. WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic [Internet]. World Health Organization; 2020 [cited 2021 Oct 22]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>
3. Li Z, Chen Q, Feng L, Rodewald L, Xia Y, Yu H, et al. Active case finding with case management: the key to tackling the COVID-19 pandemic. *Lancet* [Internet]. 2020 Jul;396(10243):63–70. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620312782>
4. Ranzani OT, Bastos LSL, Gelli JGM, Marchesi JF, Baião F, Hamacher S, et al. Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. *Lancet Respir Med* [Internet]. 2021 Apr;9(4):407–18. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213260020305609>
5. Braz Júnior D da S, de Mello MJG, Lyra NA de B e, Viana MMA, Borba VS, Thuler LCS, et al. Letter from Brazil. *Respirology* [Internet]. 2021 Nov 12;26(11):1085–7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/resp.14164>
6. de Souza FSH, Hojo-Souza NS, Batista BD de O, da Silva CM, Guidoni DL. On the analysis of mortality risk factors for hospitalized COVID-19 patients: A data-driven study using the major Brazilian database. Di Gennaro F, editor. *PLoS One* [Internet]. 2021 Mar 18;16(3):e0248580. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0248580>
7. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020;36(5). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000500101&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000500101&tlng=pt)
8. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 May 21;382(21):2049–55. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMs2005114>
9. Johns Hopkins University. COVID-19 Map - Johns Hopkins Coronavirus Resource Center [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 8]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
10. BRASIL. Painei Coronavírus [Internet]. 2023 [cited 2022 Apr 25]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
11. De Souza Noronha KVM, Guedes GR, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D, et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 Jun 17 [cited 2022 Apr 25];36(6). Available from: <http://www.scielo.br/j/csp/a/MMd3ZfwYstDqbpRxFRR53Wx/?lang=pt>
12. Del Pozo-Herce P, Garrido-García R, Santolalla-Arnedo I, Gea-Caballero V, García-Molina P, Ruiz de Viñaspre-Hernández R, et al. Psychological Impact on the Nursing Professionals of the Rioja Health Service (Spain) Due to the SARS-CoV-2 Virus. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Jan 12;18(2):580. Available from:

---

<sup>1</sup> De acordo com Estilo Vancouver.

- <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/2/580>
13. Brasil., Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017;1–32.
  14. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 Sep;42(spe1):208–23. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500208&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500208&lng=pt&tlng=pt)
  15. Brasil; Ministério da Saúde. Histórico de Cobertura - APS [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 8]. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastroParamPnab.xhtml>
  16. Durovni B, Saraceni V, Puppini MS, Tassinari W, Cruz OG, Cavalcante S, et al. The impact of the Brazilian Family Health Strategy and the conditional cash transfer on tuberculosis treatment outcomes in Rio de Janeiro: an individual-level analysis of secondary data. *J Public Health (Bangkok)* [Internet]. 2018 Sep 1;40(3):e359–66. Available from: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/40/3/e359/4259783>
  17. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 Sep;42(spe1):18–37. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500018&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500018&lng=pt&tlng=pt)
  18. Hone T, Been J V., Saraceni V, Coeli CM, Trajman A, Rasella D, et al. Associations between primary healthcare and infant health outcomes: a cohort analysis of low-income mothers in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet Reg Heal - Am* [Internet]. 2023 Jun;22:100519. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2667193X23000935>
  19. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* [Internet]. 2014 Jul 3;349(jul03 5):g4014–g4014. Available from: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.g4014>
  20. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2020 May;29. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222020000200903&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200903&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
  21. Silva BRG da, Corrêa AP de V, Uehara SC da SA. Organização da atenção primária à saúde na pandemia de covid-19: revisão de escopo. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2022 Nov 14;56:94. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/204567>
  22. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM de, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020;36(8). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000800502&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000800502&tlng=pt)
  23. Seixas CT, Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santo TB do E, Slomp Junior H, Cruz KT da. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2021;25(suppl 1). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-)

- 32832021000200200&tlng=pt
24. Brandão CC, Mendonça AVM, Sousa MF de. O Ministério da Saúde e a gestão do enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. *Saúde em Debate* [Internet]. 2023;47(137):58–75. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042023000200058&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042023000200058&tlng=pt)
  25. Khalil-Khan A, Khan MA. The Impact of COVID-19 on Primary Care: A Scoping Review. *Cureus* [Internet]. 2023 Jan 2; Available from: <https://www.cureus.com/articles/125345-the-impact-of-covid-19-on-primary-care-a-scoping-review>
  26. Farias LABG, Pessoa Colares M, De Almeida Barreto FK, Pamplona de Góes Cavalcanti L. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [Internet]. 2020 May 19;15(42):2455. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2455>
  27. Ribeiro AP, Oliveira GL, Silva LS, Souza ER de. Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. *Rev Bras Saúde Ocup* [Internet]. 2020;45. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572020000101600&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000101600&tlng=pt)
  28. Kowalski LP, Sanabria A, Ridge JA, Ng WT, de Bree R, Rinaldo A, et al. COVID-19 pandemic: Effects and evidence-based recommendations for otolaryngology and head and neck surgery practice. *Head Neck* [Internet]. 2020 Jun 15;42(6):1259–67. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.26164>
  29. Keeley AJ, Evans C, Colton H, Ankcorn M, Cope A, State A, et al. Roll-out of SARS-CoV-2 testing for healthcare workers at a large NHS Foundation Trust in the United Kingdom, March 2020. *Eurosurveillance* [Internet]. 2020 Apr 9;25(14). Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.14.2000433>
  30. Machado MH, Teixeira EG, Freire NP, Pereira EJ, Minayo MC de S. Óbitos de médicos e da equipe de enfermagem por COVID-19 no Brasil: uma abordagem sociológica. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2023 Feb;28(2):405–19. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232023000200405&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232023000200405&tlng=pt)
  31. Bandyopadhyay S, Baticulon RE, Kadhum M, Alser M, Ojuka DK, Badereddin Y, et al. Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic review. *BMJ Glob Heal* [Internet]. 2020 Dec 4;5(12):e003097. Available from: <https://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2020-003097>
  32. Machado MH, Wermelinger M, Machado AV, Vargas FL, Pereira EJ, Aguiar Filho W. Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade brasileira. *Covid-19 desafios para a Organ e Reper nos Sist e serviços saúde*. 2022;283–95.
  33. Conselho Federal de Enfermagem, Conselho Internacional de Enfermeiros. Brasil é o país com mais mortes de enfermeiros por Covid-19 no mundo. 2020.
  34. Sant’Ana G, Imoto AM, Amorim FF, Taminato M, Peccin MS, Santana LA, et al. Infecção e óbitos de profissionais da saúde por COVID-19: revisão sistemática. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2020 Aug 20;33. Available from: <https://actaape.org/article/infeccao-e-obitos-de-profissionais-da-saude-por-covid-19-revisao-sistemica/>
  35. Huh S. How to train health personnel to protect themselves from SARS-CoV-2 (novel coronavirus) infection when caring for a patient or suspected case. *J Educ Eval Health*

- Prof [Internet]. 2020 Mar 7;17:10. Available from: <http://jeehp.org/DOIX.php?id=10.3352/jeehp.2020.17.10>
36. Ching SM, Ng KY, Lee KW, Yee A, Lim PY, Ranita H, et al. Psychological distress among healthcare providers during COVID-19 in Asia: Systematic review and meta-analysis. Rostami A, editor. PLoS One [Internet]. 2021 Oct 14;16(10):e0257983. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0257983>
  37. Brooks SK, Dunn R, Amlôt R, Rubin GJ, Greenberg N. A Systematic, Thematic Review of Social and Occupational Factors Associated With Psychological Outcomes in Healthcare Employees During an Infectious Disease Outbreak. *J Occup Environ Med* [Internet]. 2018 Mar;60(3):248–57. Available from: <https://journals.lww.com/00043764-201803000-00007>
  38. Cénat JM, Mukunzi JN, Noorishad PG, Rousseau C, Derivois D, Bukaka J. A systematic review of mental health programs among populations affected by the Ebola virus disease. *J Psychosom Res* [Internet]. 2020 Apr;131:109966. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399919311286>
  39. Huang L, Lei W, Xu F, Liu H, Yu L. Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. Li Z, editor. PLoS One [Internet]. 2020 Aug 7;15(8):e0237303. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0237303>
  40. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 Mar 23;3(3):e203976. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229>
  41. Osório FL, Silveira ILM, Pereira-Lima K, Crippa JA de S, Hallak JEC, Zuardi AW, et al. Risk and Protective Factors for the Mental Health of Brazilian Healthcare Workers in the Frontline of COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021 Jul 28;12. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.662742/full>
  42. Cavalheiro FRS, Sticca MG. Impactos Psicológicos da Pandemia de Coronavírus (COVID-19) em Profissionais de Saúde: Overview. *Cad Psicol* [Internet]. 2023;3(2):01–26. Available from: <https://www.cadernosdepsicologia.org.br/index.php/cadernos/article/view/174/119>
  43. de Lima Osório F, Zuardi AW, Silveira ILM, de Souza Crippa JA, Hallak JEC, Pereira-Lima K, et al. Mental health trajectories of Brazilian health workers during two waves of the COVID-19 pandemic (2020–2021). *Front Psychiatry* [Internet]. 2023 Mar 23;14. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2023.1026429/full>
  44. Teixeira CF de S, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto IC de M, Andrade LR de, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020 Sep;25(9):3465–74. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000903465&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903465&tlng=pt)
  45. Correia da Silva AT, Mascayano F, Valeri L, de Medeiros ME, Souza MPE, Ballester D, et al. COVID-19 Pandemic Factors and Depressive Symptoms Among Primary Care Workers in São Paulo, Brazil, October and November 2020. *Am J Public Health*. 2022;112(5):786–94.
  46. Juan Y, Yuanyuan C, Qiuxiang Y, Cong L, Xiaofeng L, Yundong Z, et al. Psychological distress surveillance and related impact analysis of hospital staff during the COVID-19 epidemic in Chongqing, China. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2020 Nov;103:152198. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010440X20300407>
  47. Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar

- Alboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2021 Apr;14(2):106–12. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1888989120300604>
48. Tan BYQ, Chew NWS, Lee GKH, Jing M, Goh Y, Yeo LLL, et al. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Ann Intern Med* [Internet]. 2020 Aug 18;173(4):317–20. Available from: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-1083>
  49. Roslan NS, Yusoff MSB, Asrenee AR, Morgan K. Burnout Prevalence and Its Associated Factors among Malaysian Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic: An Embedded Mixed-Method Study. *Healthcare* [Internet]. 2021 Jan 17;9(1):90. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/1/90>
  50. Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020 Apr 21;2020(8). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013582>
  51. Marinelli NP, Layana Pachêco de Araújo Albuquerque, Isaura Danielli Borges de Sousa. Protocolo de manejo clínico do COVID-19: por que tantas mudanças? *Rev Cuid* [Internet]. 2020 May 1;11(2). Available from: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1220>
  52. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK ZX. Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. 2020;38(3):192–5.
  53. Davico C, Ghiggia A, Marcotulli D, Ricci F, Amianto F, Vitiello B. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Adults and Their Children in Italy. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021 Mar 12;12. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.572997/full>
  54. Zhang W rui, Wang K, Yin L, Zhao W feng, Xue Q, Peng M, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2020;89(4):242–50. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/507639>
  55. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland SØ, et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020 Nov;293:113441. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178120323271>
  56. Goldberg D. A bio-social model for common mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 1994 Dec 23;90(s385):66–70. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05916.x>
  57. Cohen M, Cruz LN, Cardoso RB, Albuquerque M de FPM de, Montarroyos UR, de Souza WV, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of frontline healthcare workers in a highly affected region in Brazil. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2023 Apr 17;23(1):255. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-023-04702-2>
  58. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy J a, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. *Organ Mund da Saúde*. 2002;380.
  59. Minayo MC de S. Violência e saúde. 2006. 1–134 p.
  60. Silva IV, Aquino EML, Pinto IC de M. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 Oct;30(10):2112–22. Available from:

- [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001002112&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001002112&lng=pt&tlng=pt)
61. Fang H, Zhao X, Yang H, Sun P, Li Y, Jiang K, et al. Depressive symptoms and workplace-violence-related risk factors among otorhinolaryngology nurses and physicians in Northern China: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2018 Jan 27;8(1):e019514. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-019514>
  62. da Silva ATC, Peres MFT, Lopes C de S, Schraiber LB, Susser E, Menezes PR. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2015 Sep 17;50(9):1347–55. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00127-015-1039-9>
  63. Lu L, Dong M, Wang SB, Zhang L, Ng CH, Ungvari GS, et al. Prevalence of Workplace Violence Against Health-Care Professionals in China: A Comprehensive Meta-Analysis of Observational Surveys. *Trauma, Violence, Abuse* [Internet]. 2020 Jul 27;21(3):498–509. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524838018774429>
  64. Yang Y, Li Y, An Y, Zhao YJ, Zhang L, Cheung T, et al. Workplace Violence Against Chinese Frontline Clinicians During the COVID-19 Pandemic and Its Associations With Demographic and Clinical Characteristics and Quality of Life: A Structural Equation Modeling Investigation. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021 Apr 15;12. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.649989/full>
  65. Bhatti OA, Rauf H, Aziz N, Martins RS, Khan JA. Violence against Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic: A Review of Incidents from a Lower-Middle-Income Country. *Ann Glob Heal* [Internet]. 2021 Apr 23;87(1):41. Available from: <https://annalsofglobalhealth.org/article/10.5334/aogh.3203/>
  66. Dantas ESO, Magnago C, Santos J dos, Araújo Filho J de D de, Meira KC. Prevalência e fatores associados à violência no trabalho contra residentes multiprofissionais durante a pandemia. *Saúde em Debate* [Internet]. 2023 Mar;47(136):184–99. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042023000100184&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042023000100184&tlng=pt)
  67. McKay D, Heisler M, Mishori R, Catton H, Kloiber O. Attacks against health-care personnel must stop, especially as the world fights COVID-19. *Lancet* [Internet]. 2020 Jun;395(10239):1743–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620311910>
  68. Shaikh S, Khan M, Baig LA, Khan MN, Arooj M, Hayat S, et al. Violence against HCWs Working in COVID-19 Health-Care Facilities in Three Big Cities of Pakistan. *Occup Med Heal Aff* [Internet]. 2021;9(7):1–5. Available from: <https://www.omicsonline.org/open-access/violence-against-hcws-working-in-covid19-healthcare-facilities-in-three-big-cities-of-pakistan-116629.html%0Ahttps://www.omicsonline.org/peer-reviewed/violence-against-hcws-working-in-covid19-healthcare-facilities-i>
  69. JARDIM VC, BUCKERIDGE MS. Análise sistêmica do município de São Paulo e suas implicações para o avanço dos casos de Covid-19. *Estud Avançados* [Internet]. 2020 Aug;34(99):157–74. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142020000200157&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000200157&tlng=pt)
  70. Creswell JW. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 4th ed. Sage Publications (CA); 273AD. 2014 p.
  71. Mascayano F, van der Ven E, Moro MF, Schilling S, Alarcón S, Al Barathie J, et al.

- The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers: study protocol for the COVID-19 HEalth caRe wOrkErS (HEROES) study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2022 Mar 22;57(3):633–45. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s00127-021-02211-9>
72. Barreto PA, Lopes CS, Silveira H da S, Faerstein E, Junger WL. Morar perto de áreas verdes é benéfico para a saúde mental ? Resultados do. *Rev Saude Publica*. 2019;53(75):1–10.
  73. Gouveia V V., Barbosa GA, de Oliveira Andrade E, Carneiro MB. Factorial validity and reliability of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in the Brazilian physician population. *Cad Saude Publica*. 2010;26(7):1439–45.
  74. Lesage FX, Martens-Resende S, Deschamps F, Berjot S. Validation of the General & Health Questionnaire & (GHQ-12) adapted to a work-related context. *Open J Prev Med*. 2011;01(02):44–8.
  75. Parker R. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial. Ed FIOCRUZ [Internet]. 2013;25–46. Available from: <https://doi.org/10.7476/9788575415344.0003>.
  76. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. *Rev Saude Publica*. 2008;42(6):992–8.
  77. Minayo MC de S. Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. *Cienc e Saude Coletiva*. 2012;17(3):621–6.
  78. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008 Jan;24(1):17–27. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=pt&tlng=pt)
  79. Erlingsson C, Brysiewicz P. A hands-on guide to doing content analysis. *African J Emerg Med* [Internet]. 2017;7(3):93–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.afjem.2017.08.001>
  80. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research. *Acad Med* [Internet]. 2014 Sep;89(9):1245–51. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-201409000-00021>
  81. Oliveira FES de, Trezena S, Dias VO, Martelli Júnior H, Martelli DRB. Common mental disorders in Primary Health Care professionals during the COVID-19 pandemic period: a cross-sectional study in the Northern health macro-region of Minas Gerais state, Brazil, 2021. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2023;32(1). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222023000100313&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222023000100313&tlng=en)
  82. Centenaro APFC, Andrade A de, Franco GP, Cardoso LS, Spagnolo LM de L, Silva RM da. Transtornos mentais comuns e fatores associados em trabalhadores de enfermagem de unidades COVID-19. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2022;56. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342022000100471&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342022000100471&tlng=pt)
  83. Santos WJ dos, Silva RB da, Rodrigues DF, Farias ICV de, Moura GJB de. Transtornos Mentais Comuns em Trabalhadores de uma Unidade de Terapia Intensiva Durante Pandemia de COVID-19. *ID line Rev Psicol* [Internet]. 2021 Oct 31;15(57):149–62. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3179>
  84. Monteiro GA de S, Santos WJ dos, Ceballos AG da C de, Barbosa JF de S, Fittipaldi EO da S. Common mental disorder and related factors to the work of physiotherapists in the COVID-19 pandemic. *Fisioter em Mov* [Internet]. 2023;36. Available from:

- [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-51502023000100204&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502023000100204&tlng=en)
85. Shah J, Monroe-Wise A, Talib Z, Nabiswa A, Said M, Abeid A, et al. Mental health disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey from three major hospitals in Kenya. *BMJ Open* [Internet]. 2021 Jun 9;11(6):e050316. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2021-050316>
  86. Norhayati MN, Che Yusof R, Azman MY. Prevalence of Psychological Impacts on Healthcare Providers during COVID-19 Pandemic in Asia. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Aug 30;18(17):9157. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/17/9157>
  87. Oliveira FES de, Costa ST, Dias VO, Martelli Júnior H, Martelli DRB. Prevalência de transtornos mentais em profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19: revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2022;71(4):311–20. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852022000400311&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852022000400311&tlng=pt)
  88. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020 Aug;88:901–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S088915912030845X>
  89. Devi S. COVID-19 exacerbates violence against health workers. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2020;396(10252):658. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31858-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31858-4)
  90. Silva BDM da, Menolli GA, Lima BD de S de, Karino ME, Kreling MCGD, Yagi MCN. Violência Laboral no Pronto-Socorro em tempos de COVID-19: percepções da equipe de enfermagem. *Res Soc Dev*. 2022;11(4):e42611427583.
  91. Galhardi CP, Freire NP, Minayo MC de S, Fagundes MCM. Fact or fake? An analysis of disinformation regarding the covid-19 pandemic in Brazil. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25:4201–10.
  92. Falcão P, Souza AB de. Pandemia de desinformação: as fake news no contexto da Covid-19 no Brasil. *Rev Eletrônica Comun Informação e Inovação em Saúde*. 2021;15(1):55–71.
  93. Zhu Z, Xu S, Wang H, Liu Z, Wu J, Li G, et al. COVID-19 in Wuhan: Sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate psychological impact on healthcare workers. *EClinicalMedicine*. 2020;24.
  94. da Silva ATC, Peres MFT, Lopes C de S, Schraiber LB, Susser E, Menezes PR. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(9):1347–55.
  95. Alves JC dos S, Carvalho AR, Santos CFN dos, Gomes TMC, Santos TR dos, Santos VM, et al. Violência contra os profissionais de saúde no contexto atual brasileiro: Uma abordagem histórica. *Brazilian J Dev* [Internet]. 2022 Jan 14;8(1):3699–725. Available from: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/42699>
  96. Robazzi ML do CC, Terra F de S, Martins JT, Silva ALO, Piagge CSLD, Bittencourt GKGD, et al. Violência ocupacional antes e em tempos da pandemia da covid-19: ensaio teórico e reflexivo. *Brazilian J Heal Rev* [Internet]. 2020;3(6):19042–64. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/21872/17455>
  97. Miasato FA. Sem heróis, sem heroínas: reflexões sobre o discurso heroico utilizado pela mídia sobre os profissionais de enfermagem na pandemia de COVID-19. *Cad*

- Ibero-Americanos Direito Sanitário [Internet]. 2022 Jun 30;11(2):118–38. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/881>
98. Conselho Regional de Enfermagem. Nota: Coren-DF identificou e vai processar agressores. 2020.
  99. Aydogdu ALF. Violência e discriminação contra profissionais de saúde em tempos de novo coronavírus. *J Nurs Heal* [Internet]. 2020;10(4):1–11. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18666>
  100. Barreto M da S, Caram C da S, dos Santos JLG, de Souza RR, Goes HL de F, Marcon SS. Fake news about the COVID-19 pandemic: perception of health professionals and their families. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2021;55. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342021000100551&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342021000100551&tlng=en)
  101. Galhardi CP, Freire NP, Minayo MC de S, Fagundes MCM. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020 Oct;25(suppl 2):4201–10. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020006804201&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006804201&tlng=pt)
  102. Barberia LG, Gómez EJ. Political and institutional perils of Brazil’s COVID-19 crisis. *Lancet*. 2020;396(10248):367–8.
  103. Ferrante L, Duczmal L, Steinmetz WA, Almeida ACL, Leão J, Vassão RC, et al. How Brazil’s President turned the country into a global epicenter of COVID-19. *J Public Health Policy* [Internet]. 2021 Sep 27;42(3):439–51. Available from: <https://link.springer.com/10.1057/s41271-021-00302-0>
  104. The Lancet. COVID-19 in Brazil: “So what?” *Lancet* [Internet]. 2020 May;395(10235):1461. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620310953>
  105. Galhardi CP, Freire NP, Fagundes MCM, Minayo MC de S, Cunha ICKO. Fake news e hesitação vacinal no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2022 May;27(5):1849–58. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232022000501849&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232022000501849&tlng=pt)
  106. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med* [Internet]. 2019 Dec;76(12):927–37. Available from: <https://oem.bmj.com/lookup/doi/10.1136/oemed-2019-105849>
  107. Tiesman HM, Hendricks SA, Wiegand DM, Lopes-Cardozo B, Rao CY, Horter L, et al. Workplace Violence and the Mental Health of Public Health Workers During COVID-19. *Am J Prev Med* [Internet]. 2023 Mar;64(3):315–25. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379722005074>
  108. Bitencourt MR, Silva LL, Alarcão ACJ, Dutra A de C, Bitencourt MR, Garcia GJ, et al. The Impact of Violence on the Anxiety Levels of Healthcare Personnel During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021 Nov 5;12. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.761555/full>
  109. Yusoff HM, Ahmad H, Ismail H, Reffin N, Chan D, Kusnin F, et al. Contemporary evidence of workplace violence against the primary healthcare workforce worldwide: a systematic review. *Hum Resour Health* [Internet]. 2023 Oct 13;21(1):82. Available from: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-023-00868-8>
  110. Rija A, Islam Z, Bilal W, Qamar K, Gangat SA, Abbas S, et al. The impact of violence on healthcare workers’ mental health in conflict based settings amidst COVID-19

- pandemic, and potential interventions: A narrative review. *Heal Sci Reports* [Internet]. 2022 Nov 6;5(6). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hsr2.920>
111. Di Martino V. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. *Work violence Heal Sect* [Internet]. 2002;49. Available from: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/activities/workplace/WVsynthesisreport.pdf?ua=1](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/WVsynthesisreport.pdf?ua=1)
  112. Mellins CA, Mayer LES, Glasofer DR, Devlin MJ, Albano AM, Nash SS, et al. Supporting the well-being of health care providers during the COVID-19 pandemic: The CopeColumbia response. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2020 Nov;67:62–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163834320301328>
  113. Robins-Browne K, Lewis M, Burchill LJ, Gilbert C, Johnson C, O'Donnell M, et al. Interventions to support the mental health and well-being of front-line healthcare workers in hospitals during pandemics: an evidence review and synthesis. *BMJ Open* [Internet]. 2022 Nov 7;12(11):e061317. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2022-061317>

## APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada

Roteiro de entrevista semiestruturada: a saúde mental dos trabalhadores da saúde no contexto da pandemia da COVID-19: um estudo de métodos mistos no município de São Paulo

### Caracterização dos entrevistados

Nº da entrevista:

DN:

Gênero:

Raça/cor:

Categoria profissional:

Local de atuação:

Período de experiência no local de trabalho:

### Impactos na saúde mental dos trabalhadores da saúde

1. Em sua percepção, como foi e/ou tem sido o impacto da pandemia sobre a saúde mental dos trabalhadores da saúde?

#### Pergunta auxiliadora para assegurar a exploração da temática:

Como foi e/ou tem sido o impacto da pandemia em sua vida e na vida dos seus familiares?

2. Como você percebe sua saúde mental hoje, após esses poucos mais de dois anos de pandemia?
3. Na sua opinião, que fatores afetaram a sua saúde mental na pandemia?
4. Na sua opinião, a pandemia afetou a relação da população com os trabalhadores da saúde e com as equipes de saúde? Pode dar algum exemplo de uma situação que aconteceu com você ou com seus colegas de trabalho?

4.1 Pergunta auxiliadora: Antes da pandemia, existiam situações de conflito, agressões e violência contra profissionais de saúde? Se sim, como eram?

4.2 Pergunta auxiliadora: Durante a pandemia, alguns relatos de episódios de violência sofrida por profissionais de saúde. Você ou algum colega de trabalho enfrentou alguma situação de violência? Se sim, como foi?

4.3 Pergunta auxiliadora: Por que você acha que essas situações de violência aconteceram?

4.4 Pergunta auxiliadora: O que você acha que pode ter contribuído para gerar essas situações de conflito/violência/agressões? Por que você acha que isso aconteceu? (medo

de pegar COVID? *Fake news*? Divergências de orientações pelas instâncias de saúde ministério x secretaria de saúde? Postura anti-ciência: não usar máscara, tomar cloroquina, não vacinar, etc.)

- 4.5 Pergunta auxiliadora: Você acha que tem diferença dessas situações de violência antes da pandemia para durante a pandemia? Se sim, por que você acha isso?
5. O que você acha que poderia ser feito para melhorar a sua saúde mental e a saúde mental de seus colegas?
  6. Existe alguma outra questão relacionada a saúde mental dos trabalhadores da saúde no contexto da pandemia da COVID-19 que você gostaria de comentar?

**ANEXO A – General Health Questionnaire, versão 12 (GHQ-12)**

Agora, nós gostaríamos de saber como você tem passado nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, em relação aos aspectos abaixo relacionados. Aqui, queremos saber somente sobre problemas mais recentes, e não sobre aqueles que você possa ter tido no passado.

**NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, VOCÊ TEM...**

1. Perdido muito o sono por preocupação?

De jeito nenhum	Não mais que de costume	Um pouco mais que de costume	Muito mais que de costume
-----------------	-------------------------	------------------------------	---------------------------

2. Se sentido constantemente nervoso/a e tenso/a?

De jeito nenhum	Não mais que de costume	Um pouco mais que de costume	Muito mais que de costume
-----------------	-------------------------	------------------------------	---------------------------

3. Sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?

Melhor do que de costume	O mesmo de sempre	Menos que de costume	Muito menos que de costume
--------------------------	-------------------	----------------------	----------------------------

4. Sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?

Melhor do que de costume	O mesmo de sempre	Menos útil que de costume	Muito menos útil que de costume
--------------------------	-------------------	---------------------------	---------------------------------

5. Sido capaz de enfrentar seus problemas?

Melhor do que de costume	O mesmo de sempre	Menos capaz que de costume	Muito menos capaz que de costume
--------------------------	-------------------	----------------------------	----------------------------------

6. Se sentindo capaz de tomar decisões?

Melhor do que de costume	O mesmo de sempre	Menos capaz que de costume	Muito menos capaz que de costume
--------------------------	-------------------	----------------------------	----------------------------------

7. Sentido que está difícil superar suas dificuldades?

De jeito nenhum	Não mais que de costume	Um pouco mais que de costume	Muito mais que de costume
-----------------	-------------------------	------------------------------	---------------------------

8. Se sentindo feliz de um modo geral?

Mais do que de costume	O mesmo de sempre	Menos que de costume	Muito menos do que de costume
------------------------	-------------------	----------------------	-------------------------------

9. Tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?

Mais do que de costume	O mesmo de sempre	Menos que de costume	Muito menos do que de costume
------------------------	-------------------	----------------------	-------------------------------

10. Se sentindo triste e deprimido/a?

De jeito nenhum	Não mais do que de costume	Um pouco mais do que de costume	Muito mais do que de costume
-----------------	----------------------------	---------------------------------	------------------------------

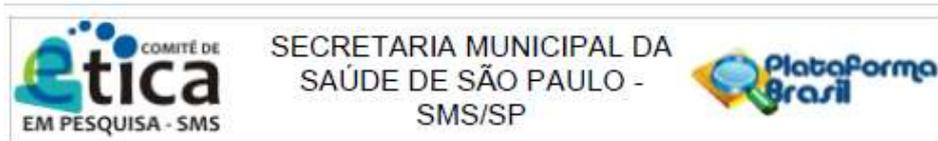
11. Perdido a confiança em você mesmo?

De jeito nenhum	Não mais do que de costume	Um pouco mais do que de costume	Muito mais do que de costume
-----------------	----------------------------	---------------------------------	------------------------------

12. Se achando uma pessoa sem valor?

De jeito nenhum	Não mais do que de costume	Um pouco mais do que de costume	Muito mais do que de costume
-----------------	----------------------------	---------------------------------	------------------------------

**ANEXO B** – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo.



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A pandemia da COVID-19 e a saúde mental dos trabalhadores da saúde no município de São Paulo: um estudo de coorte.

**Pesquisador:** Andréa Tenório Correia da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 33347120.3.3001.0086

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.160.385

**Apresentação do Projeto:**

O mundo enfrenta desde dezembro de 2019 uma nova ameaça global: a COVID-19. Uma nova forma do vírus Corona, que provocou uma pandemia, está causando um impacto sem precedentes na população geral e nos sistemas de saúde dos vários países afetados

Os serviços de saúde estão procurando ampliar sua capacidade de resposta à pandemia, incluindo medidas como o incremento de leitos hospitalares, a aquisição de equipamentos para terapia intensiva (respiradores), e convocando os profissionais de saúde aposentados e estudantes de Medicina a colaborar na assistência, em função da enorme demanda de cuidados para a população.

Esta série de modificações na estrutura e funcionamento dos serviços de saúde implica em um aumento considerável da carga de trabalho e do estresse associado nos trabalhadores dos diferentes serviços de saúde. No atual cenário, podem concorrer efeitos negativos em vários aspectos da saúde, como a saúde mental, assim como outros aspectos psicossociais, naqueles que têm uma maior exposição ao contágio do vírus da COVID-19.

A COVID-19 tornou-se pandêmica no início de 2020, trazendo grandes desafios aos sistemas de saúde e para o cuidado à saúde mental dos trabalhadores dos serviços de saúde, com



SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE SÃO PAULO -  
SMS/SP



Continuação do Parecer: 4.160.385

destaque para depressão, ideação suicida e estresse pós-traumático. Nesse sentido esta pesquisa busca avaliar esse impacto na saúde mental dos trabalhadores da saúde.

**Objetivo da Pesquisa:**

O presente estudo tem quatro grandes objetivos:

(1) descrever a ocorrência de sintomas depressivos, ansiedade e estresse pós-traumático em profissionais de serviços de saúde que atuam no atendimento direto a pessoas com COVID19;

(2) investigar se existe associações entre fatores individuais e características do trabalho e os desfechos em saúde mental;

(3) estimar o impacto da exposição à COVID-19 na saúde mental dos trabalhadores dos serviços de saúde durante e após a pandemia (linha de base, 3, 6 e 12 meses);

(4) compreender as percepções dos profissionais e gestores da saúde sobre aspectos que podem afetar a saúde mental no contexto da pandemia.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Caso o participante sinta algum desconforto emocional ao participar deste estudo, poderá interromper a entrevista e retirar sua participação imediatamente.

Benefícios:

As informações geradas na pesquisa pode contribuir para elaboração de estratégias para melhorar o cuidado à saúde mental dos profissionais da saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A presente pesquisa é parte de da uma investigação internacional multicêntrica denominada "The COVID-19 Health care workers (HEROES) study".

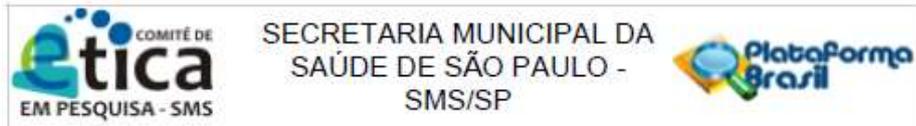
A metodologia descrita está adequada aos objetivos propostos.

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

TCLE adequado.

Autorização da SMS para a realização da pesquisa.

Autorizações das diversas Coordenadorias onde estão lotados os funcionários que serão objeto da



Continuação do Parecer: 4.160.385

investigação.

Carta da Escuela de Salud Publica Salvador Allende - Universidade do Chile, dando conta da vinculação da pesquisa.

Cronograma e folha de rosto adequados.

Informações sobre orçamento da parte brasileira da pesquisa sucinto.

**Recomendações:**

Nada a recomendar.

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

Sem pendências ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

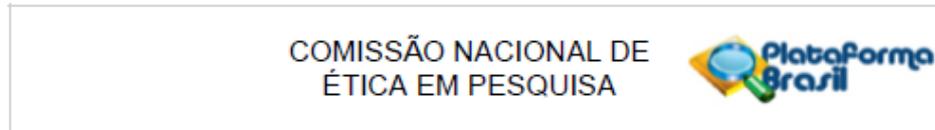
Apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento.

Manter o arquivo da pesquisa sob sua guarda, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, por 5 anos;

Justificar perante o CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, Ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído. Encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

**ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa.**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** HEROES study - The COVID-19 Health caRe wOrkErS (HEROES) study - Estudo multicêntrico internacional

**Pesquisador:** Maria Tavares Cavalcanti

**Área Temática:** Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro;

**Versão:** 3

**CAAE:** 32713320.8.1001.5263

**Instituição Proponente:** Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB/

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.160.552

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1551743.pdf".

**INTRODUÇÃO**

A COVID-19 tornou-se pandêmica no início de 2020, trazendo grandes desafios aos sistemas de saúde. Este é um estudo internacional, com mais de 20 países, para avaliar o adoecimento mental dos profissionais envolvidos no cuidado e manejo da crise sanitária, como uma de suas consequências. Objetivos: 1) descrever os estressores e fatores protetores que apresentam os trabalhadores dos serviços de saúde durante a pandemia do COVID-19; 2) estimar o impacto da exposição ao COVID-19 na saúde mental e outros aspectos psicossociais dos trabalhadores dos serviços de Saúde durante a pandemia (aos 3, 6 e 12 meses); 3) analisar como o COVID-19 modificou a organização dos serviços de saúde e suas práticas, e como essas mudanças afetaram a saúde mental e outros aspectos psicossociais dos trabalhadores dos dispositivos de Saúde. 4) comparar, entre os diversos países participantes, o impacto da exposição ao COVID-19 na saúde mental e outros aspectos psicossociais dos trabalhadores dos dispositivos de Saúde. 5).

Compreender as percepções dos profissionais da saúde e de gestores da saúde sobre as

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.160.552

associados a estes, tendo uma duração de aproximadamente 12 minutos. Você pode decidir participar apenas desta primeira etapa. No entanto, ao participar desta primeira etapa você será automaticamente convidado a participar da segunda etapa que acontece em mais três momentos (3, 6 e 12 meses depois de você responder a primeira etapa). Nesta segunda etapa serão investigados sintomas específicos, que procuram verificar se você poderia apresentar um problema de saúde mental. Ao final, você receberá um relato geral com seus resultados. Cabe explicar que nesta primeira avaliação você só deverá responder à primeira etapa da pesquisa. Nas próximas avaliações (3, 6 e 12 meses) será solicitada a possibilidade de responder a esta segunda etapa da pesquisa. A cada nova aplicação do questionário on line você será novamente perguntado sobre seu consentimento para participar da pesquisa. Após a última aplicação, alguns participantes poderão ser convidados para uma entrevista específica, de maior duração, a fim de melhor compreender como este período foi experienciado. Desta forma, poderemos fazer um seguimento de suas experiências e estado emocional ao longo do tempo e possivelmente detectar o aparecimento de um problema de saúde mental. Você pode optar por recusar a participar desta, assim como de qualquer parte do estudo.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. A Resolução CNS nº 196 de 1996 mencionada no documento foi revogada pela Resolução CNS nº 466 de 2012. Como se trata de um projeto de pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais solicita-se substituir a menção à Resolução CNS nº 196 de 1996 por "Resolução CNS nº 510 de 2016". Solicita-se, ainda, essa mudança em qualquer trecho/documento que cite a Resolução CNS nº 196/1996.

RESPOSTA: Feita a adequação.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

**Considerações Finais a critério da CONEP:**

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.