

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA

**IMPACTOS DA PANDEMIA POR COVID-19 NO CONTEXTO DE TRABALHO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**
Impacts of the COVID-19 pandemic on the work context of health professionals in Primary
Health Care

Discente: **ISRAEL ROBERTO DE RIENZO**
Docente: **PROFA. DRA. LUCIANA NOGUEIRA FIORONI**



SÃO CARLOS
Setembro 2022

RESUMO

Em contextos de pandemia, o trabalho em saúde se torna ainda mais desafiador, o que reflete a necessidade de mais estudos para a compreensão da relação entre seus elementos. Esta pesquisa configura-se como empírica, interpretativa, sob uma abordagem quantitativa-qualitativa, e seu objetivo foi investigar e compreender os impactos da pandemia no contexto de trabalho de profissionais de saúde na Atenção Básica de Saúde (ABS) em um município de médio porte no interior de São Paulo. Desse modo, a população inicial convidada foi composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes de Unidade Saúde da Família (USF) do referido município, totalizando aproximadamente 340 pessoas na primeira etapa do trabalho de campo. A produção de dados foi construída a partir do referencial teórico da Sociologia e Psicodinâmica do Trabalho e foi constituída de 2 etapas: i) aplicação do Inventário de Riscos de Sofrimento Patogênico no Trabalho (IRIS); ii) questionário elaborado pelos pesquisadores visando explorar os impactos da pandemia na saúde e práxis dos profissionais, que será aplicado apenas aos participantes que apresentarem riscos de sofrimento patogênico no trabalho segundo o IRIS. A análise de dados para o IRIS seguiu a normativa de validação do instrumento, e o questionário a partir da Análise de Conteúdo Temática. Os resultados produzidos foram divididos em três categorias temáticas, cada uma com seus respectivos núcleos e subnúcleos de análise. Como primeira categoria, temos a **Sobrecarga de trabalho para profissionais de saúde no contexto de pandemia Covid-19**, que buscou retratar tanto as condições de trabalho, compreendida a partir dos diversos fatores do cotidiano do trabalho que contribuíram para o excesso da demanda e as pressões pelas quais os profissionais de saúde experienciam diariamente neste contexto (sobrecarga de trabalho) quanto ao modo como o trabalho em saúde durante a pandemia se estruturou e as consequências dessa estruturação na saúde mental do profissional de saúde (processos de trabalho). A categoria **Sofrimento psíquico de profissionais de saúde no contexto de trabalho na pandemia Covid-19** buscou retratar as formas pelas quais os profissionais de saúde da ABS de São Carlos experienciaram o sofrimento psíquico em contexto de trabalho durante a pandemia Covid-19, seja por meio das expressões do sofrimento no trabalho (*Sofrimento Criativo* e *Sofrimento Patogênico*), pelas *interlocuções entre trabalho real e trabalho prescrito* ou pela (*ausência*) de *valorização no trabalho*. Por fim, a categoria **Processos de estigmatização de profissionais de saúde durante a pandemia Covid-19** buscou retratar a lógica de desvalorização do profissional de saúde, que pode ser vista de forma indireta tanto pelo questionamento de seu trabalho (se havia vacina na seringa) quanto por um governo que, não só investiu em “medicamentos” para Covid-19 sem comprovação científica, desperdiçando dinheiro público, como também se utilizou e se utiliza destes profissionais como bodes-expiatórios como estratégia de defesa frente suas decisões, alimentando o estigma sobre o servidor público. Concluiu-se que é fundamental a compreensão do funcionamento da lógica neoliberal, de desvalorização do profissional de saúde e da precarização das relações de trabalho para que, assim, sejam propostas estratégias tanto de promoção em saúde - voltadas para os próprios profissionais de saúde - quanto estratégias de valorização e valorização do SUS. Desse modo, este estudo pode contribuir com a proposição de melhores diretrizes de Educação Permanente em Saúde (EPS) e de ações de apoio à Saúde Mental do trabalhador.

Palavras-chave: COVID-19; Atenção Básica à Saúde; Equipe de Saúde; Saúde do trabalhador; Saúde Mental.

ABSTRACT

In pandemic contexts, the work in health becomes even more challenging, which reflects the need for further studies to understand the relationship between its elements. This research is configured as empirical, interpretative, under a quantitative-qualitative approach, and its objective was to investigate and understand the impacts of the pandemic in the work context of health professionals in Primary Health Care (PHC) in a medium-sized municipality in the interior of São Paulo. Thus, the initial invited population was made up of Basic Health Units (BHU) and Family Health Unit (FHU) teams from that municipality, totaling approximately 340 people in the first stage of the fieldwork. The data production was built from the theoretical referential of Sociology and Psychodynamics of Work and was composed of two stages: i) application of the Inventory of Pathogenic Suffering Risks at Work (IRIS); ii) a questionnaire prepared by the researchers aiming at exploring the impacts of the pandemic on the health and praxis of the professionals, which will be applied only to the participants who present risks of pathogenic suffering at work according to IRIS. The data analysis for IRIS followed the instrument's validation normative, and the questionnaire from the Thematic Content Analysis. The results produced were divided into three thematic categories, each with its respective cores and sub-cores of analysis. The first category is Work overload for health professionals in the context of the Covid-19 pandemic, which sought to portray both the working conditions, understood from the various factors of daily work that contributed to the excess demand and the pressures that health professionals experience daily in this context (work overload) and how the health work during the pandemic was structured and the consequences of this structuring on the mental health of health professionals (work processes). The category Psychic suffering of health professionals in the work context in the Covid-19 pandemic sought to portray the ways in which health professionals of the ABS of São Carlos experienced psychic suffering in the work context during the Covid-19 pandemic, either through the expressions of suffering at work (Creative Suffering and Pathogenic Suffering), by the interlocations between real work and prescribed work or by the (absence) of valuation at work. Finally, the category Processes of stigmatization of health professionals during the Covid-19 pandemic sought to portray the logic of devaluation of health professionals, which can be seen indirectly both by questioning their work (whether there was vaccine in the syringe) and by a government that not only invested in "drugs" for Covid-19 without scientific evidence, wasting public money, but also used and uses these professionals as scapegoats as a defense strategy against its decisions, feeding the stigma on the public servant. It was concluded that it is fundamental to understand the neoliberal logic of devaluation of the health professional and the precariousness of work relations, so that strategies of health promotion - directed to the health professionals themselves - as well as strategies of valorization and valorization of the SUS can be proposed. Thus, this study can contribute to the proposition of better guidelines for Permanent Health Education (PHE) and support actions for the Mental Health of the worker.

Keywords: COVID-19; Primary Health Care; Health Team; Occupational Health; Mental Health.

SUMÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO	4
2. INTRODUÇÃO	4
2.1 TRABALHO.....	4
2.2 PSICODINÂMICA DO TRABALHO.....	8
2.3 SAÚDE COLETIVA, SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE MENTAL	9
2.4 PANDEMIA DA COVID-19	12
2.5 JUSTIFICATIVAS	18
2.5.1 Justificativa política	18
2.5.2 Justificativa social	18
2.5.3 Justificativa científica	19
2.5.4 Objetivos	19
3. MÉTODO	20
3.1 TIPO DE PESQUISA	20
3.2 CONTEXTO EMPÍRICO DE PESQUISA.....	21
3.3 PARTICIPANTES	23
3.4 CUIDADOS ÉTICOS	24
3.5 INSTRUMENTOS E MODOS DE PRODUÇÃO DE DADOS.....	24
3.6 REGISTRO E ANÁLISE DE DADOS.....	27
3.7 DIVULGAÇÃO DA PESQUISA	28
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
4.1 ANÁLISE QUANTITATIVA – INVENTÁRIO DE RISCOS DE SOFRIMENTO PATOGENICO NO TRABALHO (IRIS)	31
4.1.1 Fator Utilidade	32
4.1.1.1 Análise questões com médias mais altas e mais baixas para o fator Utilidade	33
4.1.1.2 Análise participantes com escores mais altos e mais baixos para o fator Utilidade	38
4.1.2 Fator Reconhecimento	39
4.1.2.1 Análise questões com médias mais altas e mais baixas para o fator Reconhecimento	40
4.1.2.2 Análise participantes com escores mais altos e mais baixos para o fator Reconhecimento	45
4.1.3 Fator Indignidade	46
4.1.3.1 Análise questões com médias mais altas e mais baixas para o fator Indignidade	47
4.1.3.2 Análise participantes com escores mais altos e mais baixos para o fator Indignidade	52
4.1.4 Considerações finais da análise quantitativa (Análise dos três fatores juntos)	53
4.2 RESULTADOS DA ANÁLISE QUALITATIVA – CATEGORIAS ANALÍTICAS	54
4.2.1 Sobrecarga de trabalho para profissionais de saúde no contexto de pandemia Covid-19	55
4.2.2 Sofrimento psíquico de profissionais de saúde no contexto de trabalho na pandemia Covid-19	60
4.2.3 Processos de estigmatização de profissionais de saúde durante a pandemia Covid-19	69
4.2.4 Fontes positivas/negativas e recomendações	69
5. CONCLUSÃO	70
6. REFERÊNCIAS	73
7. APÊNDICES	77
8. ANEXOS	96

1. IDENTIFICAÇÃO

Centro e Departamento do(a) orientador(a): Centro de Educação e Ciências Humanas(CECH); Departamento de Psicologia (DPsi)

Nome da orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Nogueira Fioroni

Nome do aluno: Israel Roberto de Rienzo

Título do trabalho: “IMPACTOS DA PANDEMIA POR COVID-19 NO CONTEXTO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE”

Projeto contemplado por bolsa de Iniciação Científica PIBIC-Af /CNPq/UFSCar durante período de Setembro de 2021 à Setembro de 2022

2. INTRODUÇÃO

O ser humano é um empreendimento social. Isso significa dizer que os seres humanos, em conjunto, produzem um ambiente humano, e que é impossível que um ser humano se desenvolva como tal em completo isolamento, assim como é impossível um ser humano completamente isolado produzir um ambiente humano (BERGER; LUCKMANN, 2004, p. 75).

O conhecimento teórico tem um papel extremamente relevante no desenvolvimento das sociedades e deve ser levado em consideração, mas essa é uma pequena parte do que a sociedade considera como conhecimento. A outra parte faltante, que adquire sua legitimidade no decorrer da história das sociedades, é o conhecimento do senso comum. Não podemos desconsiderar de todo esse conhecimento, pois, o modo de ser e agir do ser humano adquire diferentes formas a partir da sua relação com o outro, a partir do modo como esse interioriza o mundo à sua volta, inerente à sua apropriação do conhecimento científico e/ou do senso comum.

Inicialmente, para adentrarmos em algumas áreas do conhecimento, conceituaremos o ponto de partida do qual essa pesquisa se desenvolverá. A começar pela compreensão de Trabalho.

2.1 TRABALHO

O ser humano se diferencia do animal na medida em que, enquanto este não modifica ou projeta sua existência na natureza – apenas se adapta e responde

instintivamente ao meio - o ser humano cria e recria sua própria existência, modificando seu meio pela ação consciente do trabalho. O trabalho é o mediador entre o homem e a natureza e, em um processo objetivo de transformação desta natureza, o homem exterioriza sua essência e se reconhece em seu trabalho. Assim, por meio da produção material a humanidade torna-se o que é (FRIGOTTO, 2009).

Nesse sentido, em Marx temos o Trabalho assumindo uma posição central em sua crítica acerca do modo de produção do capital. Aqui, temos o desenvolvimento do próprio homem em sua automediação, interagindo com o mundo onde se desenvolve. O trabalho assume um caráter dialético: ao mesmo tempo em que é formador ao conectar o homem ao seu contexto social, é alienante na medida em que sua produção deixa de ser determinada por ele e passa a ser determinada pela exterioridade a que se relaciona. Essas contradições não são inerentes ao trabalho, mas sim reflexos das relações sociais de produção em que este trabalho está inserido. A conceituação do trabalho se dá no *trabalho concreto* (atividade produtiva específica de um trabalhador com um objetivo específico) e no *trabalho abstrato* - como dispêndio do trabalho humano geral, opera no real, o trabalho social está cristalizado em um produto, em uma mercadoria (CREVELS, 2020).

O *trabalho abstrato* se manifesta no valor de troca. Quando a força de trabalho vira mercadoria, seu valor é expresso por meio do dinheiro (na forma mistificada de salário, ou “preço do trabalho”). Em suas várias funções – medida de valor, meio de circulação, reserva e pagamento – o dinheiro serve como um equivalente universal do valor de troca das mercadorias. Esse valor de troca pode ser observado também de forma indireta, por meio da alienação do trabalho, despossuindo o trabalhador do controle de seu próprio trabalho e do produto desse trabalho. O *trabalho concreto* se manifesta no valor de uso e pode ser exemplificado na mercadoria força de trabalho, desenvolvido pelo trabalhador alienado no processo de valorização do capital, na atividade produtiva específica de um trabalhador particular que é definida e exercida com um objetivo definido (FRIGOTTO, 2009).

De acordo com Cardoso e Campos (2013, p.220), devido as características coloniais presentes na história do Brasil, a consolidação do capitalismo brasileiro está ancorada tanto em um padrão de acumulação e dominação ao imperialismo quanto aos costumes retrógrados de uma sociedade colonial. Essa combinação de características resulta em um processo onde os frutos do desenvolvimento capitalista não são aproveitados em benefício da sociedade nacional.

Na década de 1990, o processo de reestruturação produtiva que se desenvolvia no Brasil, tinha um caráter de políticas de ajuste neoliberal. Buscava-se uma adequação da institucionalidade estatal às necessidades do capital. Esse processo se deu como resposta a estagnação e a crise da economia capitalista na década de 1970 e articulava não só velhas e novas formas de exploração do trabalho, mas alterava significativamente a composição da classe trabalhadora no mundo (ANTUNES; PRAUN, 2015, p.408).

Empresários de todo o mundo pressionam pela flexibilização das leis trabalhistas, utilizando a falácia de que assim preservariam os empregos. Tal falácia se expressa em um aumento ainda maior dos mecanismos de exploração do trabalho e pode ser vista nos exemplos dos EUA, da Argentina, Inglaterra e Espanha, onde, apesar da flexibilização intensa, o desemprego só continua aumentando (ANTUNES, 2010, p. 634).

As manifestações de adoecimento causadas pelo trabalho já eram observadas no século XIX, onde já existiam relatos de como as condições de vida e trabalho de operários em algumas cidades industriais inglesas eram a raiz de um conjunto de enfermidades e óbitos desses trabalhadores. Trazendo essa questão para os dias atuais, as novas formas de organização e produção trazem consigo a incorporação de novas enfermidades ao cotidiano do mundo do trabalho. O impacto nas relações de trabalho pode ser visto na flexibilização (definido por partes dos autores da sociologia, desde os anos de 1980, como precarização do trabalho), que se expressa numa diminuição drástica da fronteira entre a atividade laboral e o mundo privado; na sobrecarga de trabalho e na parcela variável do salário subordinada ao cumprimento de metas de produção. A precarização é tanto um fenômeno intrínseco à sociabilidade em um sistema capitalista quanto uma forma particular assumida pelo processo de exploração do trabalho, podendo ser mais ou menos intensa a depender da intensidade da crise. Em épocas de crise, por exemplo, o que vemos é uma intensificação da precarização estrutural do trabalho. A organização do trabalho passa a oscilar o tempo todo entre o discurso de valorização e o controle físico e mental aos extremos. (ANTUNES; PRAUN, 2015, p. 410-415). Essas relações podem ser observadas, por exemplo, nas mudanças abruptas do processo de trabalho devido a ocorrência de pandemias (como no caso da COVID-19) e, todas essas mudanças, fizeram com que surgissem uma enorme quantidade de trabalhadores adoecidos física e mentalmente.

Esse processo de reformas liberais se expressa em modificações

qualitativamente institucionais no que tange o papel do Estado na fase atual do capitalismo. Podemos citar, como exemplos, a restrição do gasto público em sua maioria destinados aos direitos sociais; privatizar o patrimônio nacional, seja empresas públicas nacionais ou o próprio patrimônio natural do País. Sobre essa lógica privatista, os direitos sociais - saúde, a educação e/ou a cultura – passam a ser visto não mais como responsabilidade do Estado e passam a “ser garantidos” a partir da lógica privada por meio da “concorrência” com a livre iniciativa. Os contratos de gestão, sob a bandeira da eficiência da coisa pública, buscam “poupar” recursos públicos em detrimento de ganhos salariais, da degradação de aposentadorias, das pioras das condições do serviço público, se expressando no congelamento da implantação do SUS (CARDOSO; CAMPOS, 2013, pp. 224-226).

Ao nos debruçar na compreensão acerca dos espaços de produção de saúde, mais especificamente nos arranjos organizativos de ações e serviços voltado à saúde que compõe a Rede de Atenção à Saúde (RAS), temos um local onde os sujeitos – individuais e/ou coletivos - agem de forma interessada - seja a partir de projetos próprios e/ou da corporação. Dado o grau de liberdade no agir cotidiano do trabalho em saúde, temos um local de permanentes tensões (haja visto a diversidade de interesses). Assim, a produção em saúde se constrói nas interrelações desses atores sociais e políticos, ou seja, o trabalho em saúde é sempre relacional e dependente do Trabalho Vivo em ato. Essas relações podem ser burocráticas – seguindo uma lógica médico-centrada, produtora de procedimentos – ou uma relação baseada na intersubjetividade desses sujeitos (MERHY; FRANCO, 2003).

O Trabalho Vivo é o trabalho em ato, em seu momento de produção, de criação, e realiza-se na atividade do trabalhador. Assim, o Trabalho Vivo é de controle deste trabalhador, que possui liberdade na execução de sua atividade produtiva. Em contrapartida, o Trabalho Morto é o trabalho já realizado incorporado nas máquinas e instrumentos de trabalho. Enquanto no Trabalho Vivo em ato, temos uma produção de cuidado centrado nas tecnologias leves - um trabalho orientado pelo acolhimento e o estabelecimento de vínculos, ou seja, com diretrizes de produção em saúde em conjunto com o usuário - em uma organização do trabalho mais voltada para o Trabalho Morto, temos um trabalho baseado em tecnologias duras, em produção de procedimentos. O fazer cotidiano de um profissional de saúde é orientado por esses núcleos de cuidado (FRANCO; MERHY, 2012).

Por meio da produção de Franco e Merhy (2012), voltamos nossos olhares para a

micropolítica de organização dos processos de trabalho e passamos a compreender um modelo assistencial pautado na integralidade – que pode se realizar a partir de uma diretriz prescritiva (centrada nos instrumentos, procedimentos, protocolos – tecnologia dura) ou assumir uma configuração centrada nas tecnologias relacionais (tecnologia leve). O processo em ato define como esta diretriz se institui no processo produtivo. Não obstante, os autores trazem que a subjetividade é histórica e socialmente produzida nas atividades no mundo da vida, onde o sujeito produz este mundo e é produzido por ele – retomando a centralidade do trabalho em Marx. Assim, a produção do meio social tem como força propulsora o desejo do sujeito que, por meio de suas interações com os outros atores na micropolítica do processo de trabalho (e aqui do trabalho em saúde) podem se articular em rede (sejam elas entre trabalhadores, ou deles para com os usuários) para uma mudança na produção social do trabalho em saúde. Portanto, “Apesar do trabalho vivo sofrer processos de captura pela normativa que regula a vida dos trabalhadores, individuais e coletivos, no interior das organizações” (FRANCO; MERHY, 2012, p. 160), ele – em seu alto grau de criatividade – torna possível, para o trabalhador, a produção de linhas de fuga e trabalhar com lógicas próprias, que permite a construção de novos territórios de significações para dar sentido a produção de cuidado em saúde.

2.2 PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Em suas produções acerca da Psicodinâmica do Trabalho, Christophe Dejours (1994) traz que o trabalho gera sofrimento na medida em que este implica um confronto com a falha, ou seja, trabalhar é correr riscos e ter de gerir alguma incerteza. Porém, o destino deste sofrimento não é único. O Trabalho Prescrito diz respeito as regras, normas, prescrições, procedimentos e refere-se a tarefa a ser realizada. A forma como este é idealizado tende a ser substancialmente diferente do trabalho real (realizado na prática), não considera as limitações humanas e, por mais elaborado que seja, nunca consegue prever todas as circunstâncias e obstáculos que sua realização prática pode implicar. O Trabalho Real diz respeito a atividade, ao trabalho possível de ser realizado, implica efetuar adaptações, ajustes ou criar alternativas frente as dificuldades impostas por novas situações. Esse desvio frente ao Trabalho Prescrito não significa desobediência a hierarquia, mas sim uma necessidade de se realizar o trabalho de forma eficiente frente a superação dos obstáculos impostos no fazer do trabalho (AREOSA,

2019). No Trabalho Real podemos ter a presença tanto do Trabalho Vivo quanto do Trabalho Morto, que depende de onde está orientado o núcleo de cuidado do profissional. Mesmo que um profissional exerça suas atividades centradas no Trabalho Vivo, há processos intensos de captura - desta inteligência do profissional acrescida ao Trabalho Prescrito - que podem fazer com que esse profissional acabe adotando, ainda que apenas em determinados processos de trabalho, práticas baseadas no mercado e centradas no prescrito (FRANCO; MERHY, 2012). A aplicação desta inteligência pode gerar medo e angústia, devido ao profissional estar diante de um cenário de entrar um possível fracasso.

Frente as pressões do trabalho, os profissionais possuem maneiras diferentes de reagir. Quando não há espaço, possibilidade para a descarga de energia psíquica desses profissionais de saúde, devido à ausência de flexibilidade da organização do trabalho ou por restrições em sua própria estrutura de personalidade, o trabalhador fica impossibilitado de realizar sua capacidade criadora e vivencia permanentemente o fracasso, podendo ocorrer uma sobrecarga psíquica e chegar a comprometer sua saúde. (FACAS, 2013). Desse modo, o Sofrimento Patogênico se relaciona a ausência de flexibilidade na organização do trabalho, que faz com que esse profissional busque estratégias defensivas para suportar esse contexto gerador de adoecimento. Quando as próprias defesas não conseguem aliviar esse sofrimento, resultado das frustrações causadas pela organização do trabalho, alguns profissionais adaptam sua subjetividade construindo uma nova realidade, se mobilizando de modo a transformar seu sofrimento em algo benéfico para si (SILVA; BONVICINI, 2018; BUENO; MACÊDO, 2012), ou seja, o Sofrimento Criativo ocorre quando o trabalhador tem a possibilidade de se engajar subjetivamente no trabalho, utilizando seu conhecimento e criatividade para contribuir com a organização do trabalho, sendo reconhecido por isso (FACAS, 2013).

Assim, enquanto o Sofrimento Patogênico diz respeito as medidas tomadas que prejudicam a produção e a própria saúde deste trabalhador, o Sofrimento Criativo é a busca por transformar esse sofrimento - que atenta contra sua saúde mental - em prazer, ou seja, diz respeito as soluções que este indivíduo busca e que são favoráveis a produção de sua própria saúde.

2.3 SAÚDE COLETIVA, SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE MENTAL

Os modos pelos quais as sociedades identificam seus problemas de saúde,

variam historicamente e dependem de uma gama enorme de determinantes, sejam eles políticos, ideológicos e/ou econômicos. Nesse sentido, voltamos nosso olhar, agora, para a compreensão da historicidade da Saúde Coletiva e da Saúde Pública.

A Saúde Coletiva é um campo, um espaço social mais amplo e complexo que apenas área de conhecimento. Esse conhecimento produzido é voltado para a compreensão da saúde e seus determinantes sociais. Suas práticas são voltadas para a promoção, prevenção e cuidado a agravos e doenças, tendo como objeto não apenas o indivíduo, mas principalmente o coletivo. É historicamente constituída por médicos. Entretanto, vários outros profissionais contribuíram para a sua construção, como enfermeiros, cientistas sociais, odontólogos, farmacêuticos, físicos, engenheiros e arquitetos. Portanto, constitui-se como uma área multiprofissional e interdisciplinar. (PAIM; ALMEIDA- FILHO, 2014).

Tem como categoria central o trabalho. Como campo científico e âmbito de práticas contribui na formulação da Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, na sua construção na dimensão institucional (SUS), assim como na Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Aqui, busca-se a emancipação, a democracia e a autonomia dos sujeitos. Essenciais são os sujeitos que se formam, os movimentos que se engendram, os compromissos que eles contraem no cotidiano e nas lutas do seu tempo. O processo de construção passa da subjetividade para a intersubjetividade, da identidade para a valorização da alteridade, do controle técnico para o “logro” prático (contínua reconstrução de identidades) e ênfase no tratamento para a dimensão do cuidado (PAIM, 2006, p. 144-146).

Quanto ao termo Saúde Pública, suas concepções e propostas apresentadas pela Saúde Pública norte-americana iam no sentido de capacitação e formação de lideranças em gestão, Conselhos de Saúde, definições de níveis de responsabilidade. Porém, ainda assim, não eram suficientes para resolver a crise da Saúde Pública. Nos países desenvolvidos, é construída com base no liberalismo econômico, onde o Estado teria um caráter supletivo para apenas aquilo que o indivíduo e a iniciativa privada não fossem capazes de fazer (PAIM, 2006, p.126-127).

Tem a doença e morte como ponto de partida para explicar a saúde, sendo um método positivista para explicar o risco de adoecer da população e no estrutural-funcionalismo para compreender a realidade social, o reconhecimento do poder do Estado como força privilegiada para assegurar a prevenção da doença (PAIM, 2006, p. 147).

Após a contextualização no que tange às questões de Saúde Coletiva e Saúde Pública, voltemos nosso olhar agora para uma compreensão inicial da Saúde Mental.

As ações de saúde a serem desenvolvidas futuramente, independentemente de serem focadas na saúde mental ou em outros segmentos, são elaboradas a partir de um delineamento de modelo assistencial, da delimitação do universo de atendimento e do perfil dos profissionais e objetivos a serem alcançados. Delinear um modelo assistencial significa organizar a produção de serviços de saúde a partir dos saberes da área, construindo ações sociais específicas para determinados agrupamentos sociais. Conseqüentemente, para desenvolvermos ações em Saúde Mental, precisamos saber se, por exemplo, a construção do projeto terapêutico singular (PTS) será centrada nas necessidades do usuário levando em conta sua opinião e a de seus familiares, se a prioridade de atendimento será definida pela gravidade e não pela ordem de chegada, etc (PEREIRA; VIANNA, 2009, p. 17).

Assim, não podemos construir um entendimento reducionista sobre a saúde mental, reduzindo-a à ausência de transtornos psíquicos. Ela fornece nossa identidade social, nossa possibilidade de transitar pela vida com autonomia, nos permite estar no mundo e vivê-lo dentro do nosso universo de representações.

O estado de saúde e doença é determinado pela cultura na qual o sujeito está inserido, estando inscrita no mundo social-histórico e sendo legitimada pelo senso comum. Nas relações entre os sujeitos na vida cotidiana são construídas uma rede de significados que apontam a saúde e doença como construções de sua cultura. Não basta desconstruir espaços e criar novos, deve-se inventar novas formas de lidar, conviver e tratar a loucura em todos os lugares que dizem respeito ao sujeito e à sua vida. (PEREIRA; VIANNA, 2009, p. 19). Nesse sentido, “o louco não pode ser louco para si mesmo, mas apenas aos olhos de um terceiro que, somente este, pode distinguir o exercício da razão da própria razão” (FOUCAULT, 1978, p. 206).

Essa relação dialética do eu para com o outro na construção da vida cotidiana possibilita que, a partir do conhecimento do senso comum, se legitime algumas formas de ser e agir que podem acabar por excluir determinados grupos, como o caso das pessoas com “transtornos mentais”. Essa exclusão social significa não encontrar nenhum lugar social e, essa ausência de lugar, envolve uma “anulação” social, uma diferença que desumaniza, que tem em seu cotidiano indiferença e hostilidade.

O papel da comunidade pode variar da promoção do esforço individual e da ajuda mútua ao exercício de pressão em prol de mudanças na atenção e nos recursos

para a saúde mental, ao desenvolvimento de atividades educativas, à participação na monitoração e avaliação da atenção e à advocacia em prol de mudanças de atitudes e redução do estigma (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001, p. 172).

2.4 PANDEMIA DA COVID-19

Contribuindo com um desgaste físico e emocional dos profissionais de saúde produzido pela lógica de um sistema capitalista neoliberal, surge a pandemia de COVID-19, que engendra novas formas de se relacionar em sociedade, inclusive no trabalho.

Os resultados apresentados por Affonso e Bernardo (2015, p. 23) sobre a vivência de profissionais do acolhimento em unidades básicas de saúde, indicam que a contratação formal, a exigência de flexibilidade e a falta de recursos são aspectos indicativos da precarização das condições de trabalho. Somadas à prevalência da concepção de atendimento médico-centrada e à medicalização excessiva, prejudicam a prática do acolhimento de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde. Portanto, o processo de globalização da economia com cunho neoliberal e suas características de precarização estrutural do trabalho, intensificam as formas de exploração desse próprio trabalho, seja por terceirizações ou por mudanças na noção de tempo e espaço. Nessa lógica, o principal indicador de avaliação do trabalho dos profissionais de saúde é a “produção” de atendimentos, o que não é compatível com a lógica da política nacional de humanização do SUS.

Vários estudos mostram que a experiência subjetiva da doença trouxe grandes prejuízos aos profissionais de saúde. Aspectos como: a grande demanda de trabalho e baixo reconhecimento, os processos de trabalho utilizados por esses profissionais e que geram dificuldades e sobrecarga de trabalho, estão entre os fatores que causam esse sofrimento. Estes fatores fazem com que eles estejam mais vulneráveis ao sofrimento em que eles estão expostos diariamente (KNUTH et al, 2015, p. 2482).

Estudos internacionais recentes relatam que, profissionais de saúde que estão atuando diretamente no enfrentamento à pandemia – em locais como hospitais e postos de saúde – apresentam vários sintomas de desgaste físico e psicológico, como: exaustão, irritabilidade, ansiedade, insônia, diminuição das funções cognitivas e de desempenho, aumento da prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC), fadiga e agressividade, episódios de pânico, manifestações de preditores de estresse pós-

traumático (TEPT), além de uma redução da empatia (CRUZ et al, 2020, p. 1).

Não obstante, os autores relatam que, apesar das redes sociais facilitarem o suporte social e o acesso aos serviços de saúde mental e aconselhamento psicológico, a propagação de *fake news* – assim como a histeria coletiva, o pânico e o excesso de compartilhamentos de sentimentos negativos não contribuem para melhorar a qualidade da saúde mental dos indivíduos, seja de profissionais de saúde ou da própria população (CRUZ et al, 2020, p. 1).

Devido ao seu caráter de fenômeno recente estudos tem sido desenvolvidos para compreender as implicações na saúde mental em decorrência da COVID-19. Contudo, estudos anteriores sobre outros surtos infecciosos revelaram desdobramentos desadaptativos. Por exemplo, na epidemia de Ebola em 1995, houveram diversos relatos de medo de morrer, de infectar outras pessoas, do afastamento ou abandono das relações familiares e entre amigos. Na epidemia da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), em 2003, ao olharmos para o número de pessoas afetadas e o tempo de duração em que foram afetadas, temos as implicações psicológicas decorrentes da doença maiores que as próprias implicações médicas (SCHMIDT et al, 2020, p.4). Neste artigo, relata-se também, as implicações nos profissionais de saúde que não estão atuando na linha de frente do enfrentamento à pandemia. O fenômeno apresentado por esse grupo de profissionais seria o de “traumatização vicária”, ou seja, um fenômeno em que esses profissionais, apesar de não sofreram diretamente um trauma por não estarem atuando na linha de frente, passam a apresentar sintomas psicológicos decorrentes da empatia para com seus colegas. Mesmo quando precisam se afastar das funções laborais, como em casos que é necessário a quarentena, reportam culpa, raiva e tristeza (SCHMIDT et al, 2020, p.6).

Entre tantas implicações negativas devido à natureza do trabalho desses profissionais serem de alto risco, é emocionalmente desgastante ter de cuidar de seus colegas e, em algumas circunstâncias, vê-los tornarem seus pacientes. Ademais, esses profissionais de saúde ainda precisam lidar com o estigma que surge a sua imagem, devido ao medo de contágio e suas consequências.

Com base no trabalho de Erwin Goffman, a Prof.^a Dr.^a Luciana Nogueira Fioroni discorre, em aula, sobre como o estigma se relacionaria com a saúde, sendo que “as doenças passam a ser símbolos que de alguma maneira expressam os modos de

funcionar, de pensar, os valores de uma sociedade”¹.

Esse estigma pode ser observado no exemplo de caso apresentado pela Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP), em seu fascículo de tópico 4:

Mesmo trabalhadores do hospital que não estão diretamente em contato com os casos de COVID-19 passaram a ser hostilizados em suas comunidades ou quando utilizam transporte público e as pessoas percebem onde eles trabalham. Motoristas de aplicativo não atendem chamadas vindas do hospital, no prédio onde moram sugeriram que eles não utilizem o elevador, suas famílias optaram por um distanciamento social que os exclui. Muitos sentem-se desamparados e injustiçados, pois estão trabalhando pela saúde de todos e tem medo de ficarem doentes e não terem com quem contar. Estar sozinho em distanciamento social sobrecarrega os com os cuidados com si e com a casa e com a mudança de rotina. Antes da pandemia trabalhar no hospital era valorizado em suas comunidades e famílias, mas depois da pandemia a estigmatização trouxe mais preocupações pessoais além daquelas trazidas pelas mudanças na rotina produzidas pela pandemia. (PEUKER; MODESTO, 2020, p.2)

Embora haja o reconhecimento, por parte das comunidades do mundo inteiro, do papel crucial desempenhado pelos profissionais de saúde na linha de frente na resposta à COVID-19, há um aumento preocupante de padrões de violência contra esses profissionais. Devido ao seu trabalho com famílias e comunidades extremamente vulneráveis, sofrem as consequências e angústias de sua dor, sendo alvos de assédio, estigmatização e ostracismo, assim como ataques diretos aos centros de quarentena e tratamento devido a resistência por parte da comunidade. Nesse sentido, o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), condena os ataques relacionados à COVID-19 sofridos pelos profissionais de saúde².

Do mesmo modo, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), lança nota de apoio a declaração da comunidade internacional condenando os ataques que profissionais de saúde vem sofrendo devido o contexto da COVID-19³.

A pandemia tem exigido novos protocolos clínicos e novos fluxos, além do fortalecimento de certas modalidades de atenção e a resignificação de funções nos diferentes espaços de cuidado em saúde. Entretanto, é necessário o questionamento sobre qual modelo esse movimento de reorganização tem se apoiado, se está baseado

¹ FIORONI, L. N. Aspectos psicossociais da pandemia por COVID-19. 2020. São Carlos. 25 p. [Notas de aula]

² Profissionais da saúde salvam vidas: condenação dos ataques relacionados com a COVID-19. Disponível em <https://www.icrc.org/pt/document/profissionais-da-saude-salvam-vidas-condenacao-dos-ataques-relacionados-com-covid-19> Acessado em 21 jun 2020.

³ Comunidade Internacional condena ataques a profissionais de saúde. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/comunidade-condena-o-aumento-de-ataques-contra-profissionais-de-saude-80236.html> Acessado em 21 jun 2020.

em uma produção em saúde voltada para os modos de existência individuais e coletivos ou se é um modelo em que apenas reforça-se um conservadorismo de velhos conceitos. Assim, nossos olhares se voltam para os modos de enfrentamento da pandemia, pois, o enfrentamento político da crise tem um importante papel no curso da pandemia e seu impacto nas redes locais de saúde.

No Brasil, observamos discursos e ações contraditórias entre as diferentes instâncias do governo e o governo federal em relação a gravidade do problema e a intensidade das medidas de confinamento, com consequências no aumento de casos de Covid-19 e que pressiona ainda mais uma rede pública de saúde já sucateada, elevando o número de mortes. Não obstante, observa-se que as respostas de enfrentamento à pandemia dizem respeito ao distanciamento social, a testagem e o oferecimento de mais leitos hospitalares, sobretudo nas UTIs – o que demonstra uma abordagem tecnicista de Atenção à Saúde, centrada nas tecnologias duras. Por mais que a oferta de leitos hospitalares seja importante, o cuidado no território também o é. Considerando o grande cenário de desigualdades sociais que implica, entre outras questões, a precarização do trabalho, moradia e alimentação, políticas públicas para o segmento da população mais afetada e que concentra o maior número de mortes são necessárias para estender seus efeitos protetivos (SEIXAS et al, 2021). Porém, vemos justamente o contrário ao observar as ações do governo federal.

A estratégia de disseminação da Covid-19, a partir das ações sistemáticas do governo federal podem ser observadas no estudo da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP). Elaborado no âmbito do projeto de pesquisa “Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil”, atualizado mediante solicitação da Comissão Parlamentar de Inquérito criada pelos Requerimentos do Senado Federal 1371 e 1372, de 2021, por meio do Ofício 57/2021-CPIPANDEMIA, trata-se de uma pesquisa documental com dados de caráter público, tendo como fontes normas federais, jurisprudência, discursos oficiais, manifestações públicas de autoridades federais e busca em plataformas digitais. O documento traz uma linha do tempo da estratégia federal de disseminação da Covid-19 (sequência cronológica dos eventos) que compreendeu o período de 03/02/20 a 28/05/21 e sua coleta traz a identificação de três tipos de evidências: atos normativos, atos de governo e propaganda contra a saúde pública, e vão desde a defesa da tese da imunidade de rebanho (ou coletiva) por contágio (ou transmissão) como forma de resposta à Covid-19; da incitação constante à exposição da população ao vírus e ao descumprimento de

medidas sanitárias preventivas; banalização das mortes e das sequelas causadas pela doença; obstrução sistemática às medidas de contenção promovidas por governadores e prefeitos; foco em medidas de assistência e abstenção de medidas de prevenção; ataques a críticos da resposta federal, à imprensa e ao jornalismo profissional, consciência da irregularidade de determinadas condutas. Esses dados revelam o empenho e a eficiência em prol da ampla disseminação do vírus no território nacional e da persistência do comportamento de autoridades federais brasileiras diante da vasta disseminação da doença no território nacional (VENTURA; AITH; REIS, 2021).

O Governo do Estado do Ceará lança cartilha sobre o estigma e preconceito na COVID-19, voltado tanto para profissionais de saúde quanto para a população em geral. Nesta cartilha, são apresentados o conceito de estigma (segundo a Unicef em parceria com a Organização Mundial de Saúde), busca-se responder à pergunta: Por que a COVID-19 causa tanto estigma? E discorre sobre formas como lidar com o estigma causado por essa doença.⁴ Há também a preocupação – por parte do Governo do Estado do Ceará – para com o grupo específico dos profissionais de saúde, vista na elaboração de material específico para esse grupo. Nesta cartilha⁵, são apresentados tanto alguns sintomas comuns presentes nesse grupo, dado ao contexto atual, quanto são apresentadas orientações para o cuidado da saúde mental para com esses profissionais.

Há a necessidade de construção de redes de apoio as situações de precariedade nos territórios e que vão para além de um modelo biomédico, e que compreenda o ser humano para além de seu adoecimento. As equipes de saúde são tão mais capazes de pensar soluções adequadas e compartilhadas com os sujeitos de seus territórios, ativos em suas próprias vidas e seus próprios adoecimentos, quanto mais próximo possível os profissionais e usuários estabelecerem suas relações de cuidado em saúde. Infelizmente, o que vemos é um sucateamento do SUS ainda mais vigoroso nos últimos anos. Parte das equipes de saúde foram desviadas para atuar nas portas de emergência que atendem os sintomáticos, assim como o monitoramento telefônico de casos diagnosticados por Covid-19. Foram diversos os motivos de desmobilização da rotina de trabalho destes profissionais que restringiam sua atuação, ora por um discurso onde eles seriam os

⁴ Cartilha sobre estigma e preconceito na Covid-19. Saúde Mental e a pandemia de Covid-19. Disponível em <https://coronavirus.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Vol.-2-Estigma-e-Preconceito-04.06.pdf> Acessado em 21 jun 2020.

⁵ Cartilha de Saúde Mental para profissionais de saúde. Saúde Mental e a pandemia de Covid-19. Disponível em <https://coronavirus.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Vol.-3-Profissionais-da-Sa%C3%BAde-04.06.pdf> Acessado em 21 jun 2020

disseminadores do vírus, ora para protegê-los e ora por falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). No entanto, também a relatos de falta de EPIs em hospitais, e mesmo assim houve o remanejamento destes profissionais para os serviços hospitalares, tudo isso somada a descoordenação das ações das gestões em nível municipal, estadual e federal (SEIXAS et al, 2021). Essa lógica evidencia o embasamento em um modelo biomédico, pautado nas tecnologias duras. Entretanto, esse modelo tem se mostrado insuficiente, tanto por estar desconectado do território, de uma rede ampliada de cuidado - ou seja, sem a articulação entre as tecnologias de cuidado (leves, leves-duras e duras) - quanto por ter um olhar estritamente voltado para a doença, ou seja, limitado ao adoecimento enquanto o próprio ser humano adoecido e sua subjetividade ficam em segundo plano.

Nesse sentido, a pandemia Covid-19 escancarou as fragilidades da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no município, pois, embasado em um modelo biomédico, o foco de cuidado estava voltado apenas para as UTIs, Emergências e Urgências – que demandam uma alta densidade de tecnologias duras, enquanto os trabalhadores da ABS foram desapropriados de seu trabalho, haja visto que a ABS possui uma alta densidade tecnológica humana (tecnologia leve) para a efetividade de seu trabalho. Portanto, o que se observou em todo o país durante a pandemia foram hospitais, UTIs, Emergências e Urgências sobrecarregadas, inclusive com falta de leitos e equipamentos, enquanto a lógica do trabalho na ABS foi transformada, onde o Trabalho Real passou a estar orientado muito mais por um Trabalho Morto que por um Trabalho Vivo em Ato.

Vemos que as dimensões do trabalho – quanto ao seu ambiente, as condições de trabalho e a gestão e organização do sistema de saúde – econômica e sociais – tanto em relação aos salários baixos quanto a estigmatização dos profissionais de saúde devido ao contexto da pandemia de COVID-19 – são fatores para gerar adoecimentos, como: ansiedade, esgotamento profissional, estresse psicológico, Síndrome de Burnout, entre outros. Com base tanto nas questões que envolvem as condições de trabalho desses profissionais de saúde quanto as questões que envolvem a pandemia do COVID-19, que podem resultar em um agravamento do possível adoecimento desses profissionais – anterior ao contexto atual, busca-se uma compreensão de como suas vivências e relações de trabalho em momentos como esse influenciam a sua Saúde Mental e quais as consequências para o desenvolvimento de seu trabalho. Desse modo, com base na observação dos fatos apresentados, têm-se como hipóteses:

- O contexto de pandemia por COVID-19 pode intensificar o sofrimento

psíquico já existente (ou favorecer seu aparecimento) em profissionais de saúde, levando-se em conta a sua desvalorização na lógica de precarização do trabalho (por exemplo, “produção” de atendimentos como principal indicador de avaliação do trabalho, baixos salários, etc.) já existentes em governos de lógica capitalista neoliberal;

- A estigmatização sofrida pelos profissionais de saúde em contexto de pandemia é um elemento crucial para o agravamento da qualidade de sua Saúde Mental, tendo consequências na qualidade do serviço técnico prestado.

2.5 JUSTIFICATIVAS

2.5.1 Justificativa política

Estudos sobre a pandemia e suas implicações na vida cotidiana estão sendo realizados ao redor do mundo, por exemplo, em países como a China, entre outros. Entretanto, além da barreira linguística, seus dados obtidos não podem ser generalizados para outros locais com diferentes características socioculturais, como no caso do Brasil, onde temos especificidades que estão associadas com a estrutura do sistema de saúde. Desse modo, nosso olhar para como as condições de trabalho tem sido construído na prática, convergindo ou se afastando do “SUS que dá certo”, podemos compreender os fatores que influenciam o adoecimento dos profissionais de saúde e superá-los, buscando um ambiente de trabalho mais humano ao trabalharmos com humanos. Não obstante, podemos lutar, fortalecer e construir o SUS que queremos, um SUS que se opõe ao sucateamento da Saúde Coletiva brasileira, a precarização de sua infraestrutura e o congelamento de seus gastos, visto como investimentos se adotada uma gestão eficaz e eficiente por parte do Estado.

2.5.2 Justificativa social

Na construção desse projeto, tem-se uma compreensão de que as informações presentes e desenvolvidas nele, não são informações objetivas veiculadas exclusivamente por sujeitos puramente racionais, mas sim informações que têm suas origens em pessoas que, antes de profissionais, são também sujeitos sociais, dotados de seus próprios processos de subjetivação do mundo e do outro.

Ademais, considerando o atual contexto epidemiológico e sanitário, que

constitui o interesse da presente pesquisa, o Boletim Coronavírus⁶ nº 213, de 26/10/2020, indica que o município de São Carlos possuía, até essa data, um total de 17906 casos de síndrome gripal e 1167 casos de síndrome gripal ainda em isolamento domiciliar. Destes, 3421 são casos confirmados de COVID-19, 3272 casos recuperados, 14068 casos descartados e 52 óbitos confirmados.

Portanto e, devido ao caráter de seu trabalho, os profissionais de saúde, público de interesse desta pesquisa, estão diariamente expostos a fatores que podem caracterizar seu ambiente de trabalho como estressante e gerador de uma atmosfera emocional comprometida. Desse modo, propõem-se trazer à tona a importância do processo de construção do mundo por esses profissionais de saúde, devido ao reconhecimento de sua importância para a constituição de uma vida cotidiana com relações mais saudáveis, seja diretamente para com esse grupo ou indiretamente, para com os usuários do SUS, como reflexo de uma possível melhora nos serviços prestados devido a melhora de seu ambiente de trabalho.

2.5.3 Justificativa científica

Dá-se a importância científica deste trabalho especialmente devido a emergência do contexto atual de pandemia do COVID-19, que tem como consequência uma reduzida quantidade de materiais científicos produzidos até o presente momento, averiguado por meio de levantamento bibliográfico. Essa busca por materiais científicos já produzidos foi realizado nas plataformas Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Scielo, assim como no site da Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP). Utilizando os descritores “profissionais de saúde” e “saúde mental” e “covid-19”, temos, inicialmente, um total de 2529 materiais encontrados. Esse montante é ainda mais reduzido se considerarmos a posterior filtragem buscando aqueles que estudam os três descritores concomitantemente.

2.5.4 Objetivos

Portanto, tendo em vista os argumentos apresentados, o presente estudo teve como objetivo geral: **Investigar e compreender os impactos da pandemia COVID-19 no contexto de trabalho de profissionais de Saúde na Atenção Básica em um**

⁶ COMITÊ EMERGENCIAL DE COMBATE AO CORONAVÍRUS. Informações com conformidade com a lei 9.504/97. Disponível em <http://coronavirus.saocarlos.sp.gov.br/#> Acessado em 05 out 2020

município de médio porte no interior de São Paulo. Já os objetivos específicos consistiram em: **i) Identificar principais desgastes e sobrecargas de trabalho decorrentes da pandemia por COVID-19; ii) Identificar possíveis sofrimentos psíquicos relacionados ao processo de trabalho no contexto da pandemia por COVID-19 e; iii) Identificar processos de estigmatização (internos e externos) sofridos pelos profissionais de saúde, em decorrência da pandemia.**

3 METODOLOGIA

A abordagem Hermenêutica-dialética pressupõe um processo contínuo de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos. Este, como ser histórico e finito, complementa-se por meio de sua linguagem - também limitada e finita no tempo e no espaço. O movimento de interpretação do diálogo também ocorre considerando o próprio investigador como ser finito e limitado em sua cultura e período histórico. Desse modo, por meio do estranhamento e da crítica, por meio da tentativa de entender-se no outro, de evidenciar a contradição interna dentro do fenômeno, busca-se refletir sobre a contradição que cada coisa traz em si, sobre sua síntese de afirmação e negação ao se concretizar em um momento. (MINAYO, 2014).

3.1 TIPO DE PESQUISA

Este estudo configura-se como uma pesquisa aplicada (empírica), descritiva e interpretativa, com um recorte quantitativo-qualitativo, pois busca compreender as relações de trabalho e pandemia, governo neoliberal e SUS a partir da vivência dos profissionais de saúde em sua práxis, destacando os desafios, satisfações e frustrações presentes na sua linguagem. Quando falamos de sofrimento psíquico, não nos limitamos aos transtornos mentais, mas falamos do componente subjetivo de toda e qualquer doença ou condição de vida. Assim, na medida em que o profissional de saúde cuida do sofrimento psíquico dos usuários, também é afetado pelo cuidado prestado.

Para investigar esse contexto de trabalho, em que os profissionais de saúde estão inseridos, os instrumentos utilizados foram o Inventário de Riscos de Sofrimento Patogênico no Trabalho (IRIS), que indica os Riscos de Sofrimento Patogênico no Trabalho e a entrevista, com a finalidade de analisar como o profissional de saúde se vê em seu contexto de trabalho diante, não somente dos desafios do trabalho no SUS, mas

também com o acréscimo dos desafios trazidos por um contexto pandêmico.

Segundo Minayo (2014, p. 75-76), os métodos qualitativos e quantitativos são mais que pares de oposições, cada qual, à sua maneira, traduzem as articulações entre o singular, o individual e o coletivo nos processos de saúde-doença. Em lugar de se oporem, ao serem construídos em conjunto, permitem uma construção da realidade mais elaborada e completa.

3.2 CONTEXTO EMPÍRICO DA PESQUISA⁷

A pesquisa foi realizada na cidade de São Carlos, interior do estado de São Paulo. Segundo o site da prefeitura, o município possui uma população de 238.950 habitantes e uma população flutuante de 20.000 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,805 e PIB de R\$ 5.769.274.

A cidade é conhecida como capital da tecnologia devido ao seu vigor acadêmico, tecnológico e industrial. Possui universidades e centros de pesquisa reconhecidos por sua excelência e diversidade, como a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e a Universidade de São Paulo (USP) - com dois campi. A cidade conta também com a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA) e com o parque tecnológico (ParqTec). No setor industrial, há grandes indústrias instaladas, como a: Volkswagen, Faber Castell, Electrolux, Tecumseh, além de outras indústrias de médio e pequeno porte. O comércio atende às necessidades da cidade e região e o setor agropecuário é importante na produção de leite, cana, laranja, frango, carne bovina e milho.

A história de São Carlos se inicia no começo do século XIX, especificamente em 1.831, com a demarcação da Sesmaria do Pinhal. Sua fundação ocorre em 4 de novembro de 1.857, sendo composta por algumas pequenas casas ao redor da capela, onde a maioria de seus moradores eram herdeiros dos primeiros proprietários das terras da Sesmaria do Pinhal: a família Arruda Botelho. Em 1865 é elevado à categoria de vila e, em 1880, passa de vila para cidade. A primeira atividade econômica tem início com as fazendas de café, formadas entre 1.831 e 1.857. No final do século XIX, ocorre um fenômeno social de grande importância: a imigração. Em 1.876 vieram os imigrantes alemães - trazidos pelo Conde do Pinhal - e, entre 1880 e 1.904, chegam principalmente os imigrantes vindos de São Paulo - originários das regiões setentrionais da Itália - que trabalhavam não só nas lavouras de café, mas devido as suas habilidades, atuavam

⁷ Prefeitura Municipal de São Carlos. Disponível em <http://www.saocarlos.sp.gov.br/> Acessado em 05 out 2020

também na manufatura e comércio. Com a crise de 1.929, os imigrantes deixam o campo e passam a trabalhar em atividades urbanas, os fazendeiros aplicam seus lucros obtidos com o café na fundação de várias empresas na cidade, propiciando sua industrialização. Na década de 1950 a cidade já possui relevante expressão industrial entre as cidades do interior do estado de São Paulo. Em 1953, temos a implementação da Escola de Engenharia de São Carlos (EESC) - vinculada à USP - e na década de 1.970 a criação da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), dando grande impulso para o desenvolvimento educacional e tecnológico.

O Estado de São Paulo possui 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS)⁸ - órgãos responsáveis por coordenar atividades da Secretaria do Estado da Saúde em âmbito regional, promovendo a articulação intersetorial entre municípios e organismos da sociedade civil. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) de São Carlos está inserida junto ao DRS III - Araraquara. O município se organiza dividindo-se em 5 Administrações Regionais de Saúde (ARES), que representam a Secretaria Municipal de Saúde e cuja função é coordenar as Unidades de Saúde localizadas na sua área de abrangência, propiciando um cuidado integral às necessidades de saúde dos moradores da área geográfica.

Até o ano de 2000, o município contava com apenas uma psicóloga no serviço público, atendendo à população com HIV. Os usuários com necessidades em saúde mental eram encaminhados para os municípios vizinhos que contavam com hospitais psiquiátricos, como Araraquara/SP, distante 40km de São Carlos/SP. A partir desse ano, o município passa a incorporar profissionais de saúde mental. Esse processo ocorreu, inicialmente, de forma centralizada, com uma concentração desses profissionais no Centro de Especialidades Médicas (CEME). Aos poucos, deu-se início ao processo de descentralização com

a criação do ambulatório para o atendimento infantil (fevereiro/ 2002), inauguração do CAPS (março/2002), regionalização do atendimento ambulatorial de psicólogos e psiquiatras (outubro/2002), e inserção de profissionais de saúde mental em outros ambulatórios especializados (DST/Aids e Oncológico)” (DOBIES; FIORONI; p.290, 2010)

A RAS de São Carlos é composta por: 1 Ambulatório Oncológico, 3 Centros de

⁸ Regionais de saúde. Disponível em http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/aa_ppdeficiencia/aa_ppd_saude/DRS.pdf. Acessado em 07 out 2020

Atenção Psicossocial (sendo o CAPS Álcool e Drogas, CAPS Infantil e Juvenil e o CAPS II Mental), 1 Centro de Atendimento de Infecções Crônicas (CAIC), 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 1 Centro Municipal de Especialidades (CEME), Vigilância Epidemiológica e Sanitária, além de oferecer serviços como o Controle de Arboviroses e Zoonoses, a Emissão do Certificado Internacional de vacinação ou Profilaxia (CIVP) e o serviço de remoção externa ao município. Destaca-se o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSH), com foco na dimensão de formação e capacitação aos profissionais da rede. Ainda como parte integrante da RAS do município, temos para a Atenção Básica (AB) 01 equipe de Consultório na rua, 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 23 equipes de Unidade Saúde da Família (USF) e 01 equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

3.3 PARTICIPANTES

O presente trabalho teve como foco os profissionais da Atenção Básica em Saúde da cidade de São Carlos. Desse modo, considerando as 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 23 equipes de Unidade Saúde da Família (USF) que compõem parte da ABS do referido município, o convite para a participação na pesquisa poderia alcançar 340 profissionais de saúde, considerando níveis superior e médio de ensino.

Devido às medidas de distanciamento social para contenção da transmissão da COVID-19, têm-se que as pesquisas online adquiriram grande espaço neste atual contexto. A partir de levantamento inicial utilizando o descritor “taxa de resposta em pesquisa virtual” na plataforma SciELO, pode-se observar que estudos recentes apresentam uma taxa de resposta em pesquisa online (2018-2021) elevada se comparada com a taxa de respostas observada na literatura, podendo variar de 77% (APPENZELLER; et al, 2020) a 95% (MALTA; et al, 2020). Contudo, vale ressaltar que pesquisas online ainda são um desafio, sendo que a taxa de respostas varia em função da população em estudo e do recorte metodológico da pesquisa. Assim, considerando que o público-alvo desse trabalho são os profissionais de saúde, grupo vulnerável e que está na linha de frente de combate à pandemia, produzindo profissionais extremamente sobrecarregados, há de se considerar uma taxa de resposta baixa.

Foi solicitado o apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da Coordenação da Atenção Básica e do Núcleo de Educação Permanente e Humanização (NEPSH) na divulgação da pesquisa para os participantes, que ocorreu por meio de vídeo um

gravado explicando o estudo e convidando os profissionais a participarem. Juntamente com o vídeo, foi enviado às coordenações locais e a todos os participantes um e-mail-convite contendo o resumo, objetivos, a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP UFSCar) e o termo de consentimento (TCLE) da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: i) ser profissional de saúde de UBS ou USF selecionada para tal; ii) estar ativo no momento da pesquisa, iii) ter trabalhado direta ou indiretamente com situações decorrentes da pandemia por COVID-19, iv) aceitar participar do estudo, v) estar em condições físicas e psicológicas para responder a um formulário online (ver anexo 1 e apêndice 1), vi) ter acesso a internet para poder acessar e preencher o instrumento de pesquisa, vii) ter mais de 18 anos.

Os critérios de exclusão foram: i) não estar ativo no trabalho no momento da pesquisa, ii) não ter tido qualquer trabalho direta ou indiretamente com a pandemia por COVID-19, iii) não aceitar participar do estudo, iv) ter menos de 18 anos.

3.4 CUIDADOS ÉTICOS

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar, em 28 de abril de 2021, sob registro CAAE: 46211121.3.0000.5504, e encontra-se com seu parecer aprovado.

3.5 INSTRUMENTOS E MODOS DE PRODUÇÃO DE DADOS

Inicialmente, realizou-se o levantamento bibliográfico para mapear as principais questões de Saúde Mental dos trabalhadores. Esse levantamento foi realizado nas plataformas Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Scielo, assim como uma busca no site da Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP) referente ao contexto do trabalho dos profissionais de saúde e a sua relação com a Saúde Mental.

A definição do instrumento a ser utilizado nesta pesquisa ocorreu a partir do levantamento inicial e, posteriormente, a produção de dados ocorreu em 2 etapas, sendo utilizados 2 instrumentos diferentes. Para o 1º e 2º objetivo específico deste trabalho, foi utilizado o Inventário de Riscos de Sofrimento Patogênico no Trabalho (IRIS) e, para o 2º e 3º objetivo específico, foi utilizado um questionário elaborado pelo pesquisador e sua orientadora.

Para esta pesquisa, devido ao contexto de distanciamento social, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como o instrumento Inventário de Riscos de Sofrimento Patogênico no Trabalho (IRIS), foram aplicados via internet, por

meio de formulário eletrônico utilizando-se a ferramenta *Google forms*. Posteriormente a aplicação do instrumento IRIS por meio eletrônico e sua análise de dados, os participantes foram convidados para uma entrevista online utilizando-se para tal o instrumento 2 – questionário (Apêndice 1).

A forma virtual do estudo corrobora com as medidas sanitárias que são essenciais para o controle da transmissão da COVID-19 e, como uma de suas consequências, amplia um processo já emergente das conexões virtuais entre as pessoas. Para além do novo modo de se relacionar com pessoas externas ao núcleo familiar – que ocorre quase que exclusivamente pelas diversas mídias sociais – estas mudanças tem implicações na realização de pesquisas, que precisam se adaptar as novas condições enquanto a pandemia perdurar. Assim como qualquer outra estratégia de coleta de dados, as entrevistas online possuem vantagens e desvantagens, ponderadas ao se definir às necessidades do estudo. Portanto, apesar das pesquisas online poderem sofrer com possíveis limitações de acesso a internet e equipamentos para participar de uma coleta de dados online, tais pesquisas oferecem maior segurança aos pesquisadores e participantes (devido ao contexto de pandemia) e maior conforto aos participantes caso queiram desistir de sua participação da pesquisa (o que poderia ser feito simplesmente desconectando o dispositivo) (SCHMIDT; PALAZZI; PICCININI, 2020).

Para os devidos fins desta pesquisa, criou-se o e-mail trabalhonapandemia2021@gmail.com com o objetivo de reunir as informações do formulário online e garantir a sistematização e confidencialidade dos dados.

Instrumento 1 - Inventário de Riscos de Sofrimento Patogênico no Trabalho (IRIS)

A escala IRIS (Anexo 1) tem por base teórica os estudos de Dejours (1994, 2003, 2009) relativos a Psicodinâmica do Trabalho, que tem como pressuposto que prazer e sofrimento não estão desvinculados. O inventário busca uma categorização de questões que tangem o sofrimento psíquico no trabalho, recorrentes no discurso dos trabalhadores. Estas questões compreendem os sentimentos de utilidade (sentimento de valorização), a indignidade (sentimento de injustiça) e o reconhecimento (sentir-se reconhecido, admirado).

Temos que o inventário é formado por itens positivos e negativos, de modo que o sofrimento patogênico seja identificado na ausência de vivências positivas e presença

de vivências negativas. É constituído de 45 itens, organizados em uma escala do tipo Likert, com cinco pontos (de 1 a 5) sendo representados, respectivamente por: “Nunca”; “Raramente”; “Às vezes”; “Frequentemente” e “Sempre”. O tempo médio de duração da aplicação varia entre 10 e 20 minutos.

Essa dialética, onde o positivo não é a ausência do negativo, mas sim vivências concomitantes, faz desse inventário uma ferramenta útil para fundamentar e fomentar ações de promoção e prevenção de saúde do trabalhador (FACAS, 2013).

A interpretação dos dados ocorreu a partir de diferentes análises estatísticas realizadas com o auxílio do software JASP, versão 0.14 para Windows 10, a saber: Análise Descritiva de Média, Desvio-Padrão e Frequência.

As Análises Descritivas tem por objetivo sumarizar, apresentar e descrever os aspectos relevantes de um conjunto de dados. Desse modo, temos a média como medida de tendência central, o desvio-padrão como o desvio típico dos dados em relação à média e a análise da distribuição de frequência como contagem da recorrência de respostas para uma pergunta.

Devido ao contexto de pandemia, o IRIS será auto aplicado, sendo disponibilizado por meio da ferramenta *Google Forms*.

Instrumento 2 – Questionário

O questionário (formulário on line) – apêndice 1 – teve como objetivo complementar os dados do IRIS e compreender o ponto de vista do participante sobre a sua atuação profissional, desgastes e sobrecargas no trabalho em saúde no contexto da COVID-19 e possíveis estigmas sofridos.

O instrumento está estruturado no formato de um Formulário Google, com 12 questões referentes à caracterização dos participantes e 4 perguntas abertas que dizem respeito a situações de sofrimento psíquico / estigmatização vivenciadas por esses profissionais no contexto do trabalho. Exemplos de perguntas a serem feitas com essa finalidade poderiam ser: “Durante a pandemia, você identifica um aumento de situações com desgaste psíquico que você tenha passado durante o seu trabalho?”; “Se a resposta anterior foi afirmativa, qual foi a sobrecarga psíquica experienciada?”; “Diante do contexto de pandemia de COVID-19, você passou ou passa por algum tipo de estigma devido a natureza de sua profissão?”; supondo que a resposta seja afirmativa: “Neste caso, como foi a sua experiência ao vivenciar esse estigma?”. O instrumento pode ser visualizado no apêndice 1.

Haja visto a aprovação desse projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), durante a fase que compõe o campo empírico foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para cada participante da pesquisa e sua participação esteve condicionada à sua aceitação. Ressalta-se que o TCLE, assim como os instrumentos desta pesquisa, foi apresentado por meio da ferramenta *Google Forms*.

3.6 REGISTRO E ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados foi realizada a partir do levantamento das informações produzidas nos instrumentos supracitados e construída a partir do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho, com obras como as de Christophe Dejours.

Os riscos de sofrimento patogênico são identificados quando os fatores Indignidade, Utilidade e Reconhecimento apresentam-se como críticos. Sua avaliação é feita a partir do cálculo do ponto médio da escala, o que permite classificar esses riscos em críticos, moderados e ausentes - a priori, para cada um dos fatores e, posteriormente, analisando-os em conjunto. Assim, a avaliação geral destes riscos deve ser feita considerando:

- *Riscos críticos*: quando, dos três fatores, dois apresentam-se como críticos ou quando um deles apresenta-se como crítico e os demais como moderados;
- *Riscos moderados*: quando os três fatores se apresentam como moderados ou dois moderados e um ausente ou um crítico e os demais ausentes;
- *Riscos ausentes*: quando os três fatores se apresentam como ausentes ou dois como ausentes e um como moderado;

Para a análise do desvio-padrão, deverá ser considerado: quando $DP \leq 1,00$, as respostas possuem valores próximos da média apresentada (sem grande dispersão); quando $DP > 1,00$, houve grande variação nas respostas, Quanto menor o DP, mais a média será representativa do todo, sendo nulo quando todos responderam o mesmo valor ($DP=0$). Ressalta-se que um desvio-padrão de valor muito alto não invalida a resposta.

Para o questionário, a análise se deu a partir da Análise de Conteúdo Temática. Por meio desta análise caminhamos na descoberta do que está oculto aos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que é comunicado. A Análise de Conteúdo Temática, em especial, tem como conceito central o tema, que comporta um feixe de

relações que podem ser graficamente apresentadas por meio de uma palavra, frase, resumo. Buscamos os núcleos de sentido a partir das unidades de registro e unidades de contexto. Operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material e 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2019).

As respostas descritivas foram organizadas segundo análise descritiva simples desses dados. Portanto, os dados serão tabulados no software JASP e, a partir das análises descritivas e inferenciais, foi traçado um perfil geral dos participantes. Com os dados levantados e tabulados, foram construídos gráficos e tabelas com a finalidade de tornar a leitura mais simplificada.

As respostas narrativas foram organizadas de modo a se realizar uma leitura compreensiva do conjunto deste material, de forma exaustiva, com a finalidade de nos apropriarmos dele, apreender suas particularidades e elaborar as balizas para a sua análise e interpretação. Na fase de exploração, buscamos no material transcrito elementos que respondiam aos objetivos colocados no projeto de pesquisa, o agrupamento destes elementos por semelhança e por significado permitiram a constituição dos núcleos de sentido, por meio de inferências, dialogando com os pressupostos iniciais e formulando novos. Em seguida, foi produzida uma síntese destes núcleos de sentido, condensando-os em pré-categorias que se mostrarem relevantes por meio de sua recorrência entre os participantes ou do seu grau de importância, culminando com as categorias analíticas ou categorias temáticas.

Portanto, por meio da análise de conteúdo deste material, foi possível a formação de núcleos de sentido, primeiramente, em um processo vertical (individual) e, posteriormente, em um processo de análise transversal, na construção de categorias que permitiram ao pesquisador responder os objetivos propostos nesta pesquisa.

3.7 DIVULGAÇÃO DA PESQUISA

A estratégia de divulgação da pesquisa foi desenvolvida ao longo de 6 meses, feitos por diferentes meios de comunicação: e-mail, Inforede UFSCar, mídia local, pedidos de colaboração das coordenações da ABS (tanto a coordenação do DGCA quanto às coordenações das UBSs e USFs), Facebook e pedidos de divulgação em grupos de Whats App e profissionais de saúde conhecidos. Apesar disso, na primeira etapa empírica da pesquisa (aplicação do IRIS), a pesquisa obteve a participação de 30

profissionais de saúde da ABS do município respondendo o IRIS, sendo que, para o segundo momento, foram entrevistadas 8 destes profissionais de saúde. Considerando este cenário, surge a hipótese de que possa ter ocorrido um gargalo na divulgação, talvez na divulgação das gestoras(es)/coordenadoras(es) para com seus profissionais.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, descreveremos os dados produzidos pela pesquisa. Sua apresentação seguirá uma compreensão que se inicia em uma análise descritiva, a partir de dados de caracterização de profissionais de saúde que participaram do estudo.

A produção de dados ocorreu no período de novembro de 2021 a abril de 2022. Entre as(os) participantes, a pesquisa contou com a participação de enfermeiras(o), técnicas(os) de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes administrativos.

O convite foi entregue à todas as unidades da ABS de São Carlos, sendo 12 UBS e 23 USF totalizando aproximadamente 340 profissionais de saúde (houve uma estimativa de 10 profissionais por unidade). Devido ao contexto de pandemia e seu impacto nas relações sociais dos indivíduos em sociedade - da reestruturação e reorganização dessas relações (o que, inclusive, tornou o trabalho em saúde ainda mais desafiador) - o alcance da produção de dados apresentou grandes desafios.

A 1ª etapa da pesquisa - aplicação do Inventário de Riscos de Sofrimento Patogênico no Trabalho (IRIS) – ocorreu entre os meses de novembro de 2021 e janeiro de 2022, e aceitaram o convite para participar desta fase da pesquisa 30 profissionais de saúde da ABS de São Carlos.

Para a 2ª etapa – entrevista semiestruturada – que ocorreu entre os meses de fevereiro e abril de 2022, foram convidados os profissionais de saúde que aceitaram participar da etapa anterior e, nesta etapa, o convite foi aceito por oito profissionais de saúde, que foram entrevistados.

Como pode ser observado, houve uma baixa participação na pesquisa. Este pode ser um indicativo não só dos grandes desafios que estes profissionais estavam enfrentando durante a pandemia, mas também pode ser um reflexo das fragilidades do sistema de saúde municipal, que podem ser melhor compreendidas na análise qualitativa deste estudo. Não obstante, a baixa participação poderia ser compreendida também como resultado da readequação da pesquisa para a modalidade virtual, pois devido as

medidas sanitárias necessárias para conter o avanço da pandemia, não pode ser realizada presencialmente.

Da participação na pesquisa, percebemos que a média de idade de profissionais de saúde foi de 42,6 anos, sendo 25 anos a idade mínima e 64 anos a idade máxima.

Tabela 1 – Média e intervalo de idade dos participantes da pesquisa	
	Qual a sua idade?
Validade	30
Ausência	0
Média	42.633
Desvio-padrão	11.041
Mínimo	25.000
Máximo	64.000

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

A maioria das pessoas que participou da pesquisa compõe a faixa etária dos 30 aos 50 anos (19 participantes), como pode ser observado no Histograma nos Apêndices.

Na análise quantitativa, os dados foram produzidos utilizando-se o Inventário de Riscos de Sofrimento Patogênico no Trabalho (IRIS). Este instrumento possui três fatores a serem analisados, a saber: Utilidade, Indignidade e Reconhecimento. Assim, os dados serão apresentados, primeiramente, como apareceram em cada fator separadamente, e seguirão as seguintes etapas de análise:

- i) Análise do fator em sua dimensão macro – que permitirá verificar a presença/ausência do Risco de Sofrimento Patogênico no Trabalho para o fator em questão;
- ii) Análise das três questões com as médias mais altas no fator em questão;
- iii) Análise das três questões com as médias mais baixas no fator em questão;
- iv) Análise dos três participantes com os escores mais altos e mais baixos para o fator em questão;

Em seguida, os dados de cada fator (em sua dimensão macro) serão apresentados em conjunto. Lembramos que os fatores **Utilidade** e **Reconhecimento** são formados por itens positivos e, portanto, o indicador é crítico quando abaixo de 2,5, moderado entre 2,5 e 3,5 e ausente quando o escore for igual ou maior que 3,51. Já o fator

Indignidade possui itens negativos e, portanto, é considerado crítico quando igual ou maior que 3,51, moderado entre 2,5 e 3,5 e ausente de risco de sofrimento patogênico no trabalho quando abaixo de 2,5.

A partir da análise que será exposta ao longo desta seção, observa-se que o **fator Utilidade** possui **média de 4,036** (risco ausente de sofrimento), o **fator Indignidade** possui **média de 3,013** (risco moderado de sofrimento), e o **fator Reconhecimento** possui **média 3,681** (risco ausente de sofrimento). Desse modo, com dois fatores se apresentando com risco ausente e um fator se apresentando com risco moderado, considera-se, *a priori*, **risco ausente de sofrimento patogênico** em profissionais de saúde da Atenção Básica de Saúde (ABS) do município de São Carlos/SP. Entretanto, este resultado não exclui o sofrimento vivenciado por algumas (uns) profissionais da ABS do município, assim como não exclui questões importantes, como aquelas que apareceram na próxima fase da pesquisa (fase qualitativa). Nesta fase, apresentaremos os dados qualitativos produzidos nas entrevistas realizadas após a participação da(o) profissional de saúde na etapa anterior (IRIS) e o conjunto de sentidos e significados pode ser compreendido, a partir da Análise de Conteúdo Temática que resultou em 3 categorias: **i) Sobrecarga de trabalho para profissionais de saúde no contexto de pandemia Covid-19, ii) Sofrimento psíquico de profissionais de saúde no contexto de trabalho na pandemia Covid-19; iii) Processos de estigmatização de profissionais de saúde durante a pandemia Covid-19**. O sofrimento manifesto, assim como estas questões são significativas porque, primeiramente, mais que profissionais de saúde, estamos lidando com seres humanos e, portanto, seu sofrimento deve ser levado a sério, respeitado e, principalmente, legitimado. Não obstante, estas questões aqui apresentadas, produzidas a partir da intersubjetividade destes indivíduos em suas relações diárias com seus pares em contexto de trabalho, podem ser identificadas em outros estudos da literatura científica nacional e internacional.

4.1 ANÁLISE QUANTITATIVA – INVENTÁRIO DE RISCOS DE SOFRIMENTO PATOGÊNICO NO TRABALHO (IRIS)

Como elucidado anteriormente, neste momento apresentaremos a análise descritiva dos fatores do IRIS separadamente, dispostos em Utilidade, Reconhecimento e Indignidade.

4.1.1 Fator Utilidade

O fator Utilidade diz respeito a compreensão do profissional de saúde sobre a finalidade de seu trabalho para si, para a organização e para a sociedade, ou seja, sentir-se útil em seu trabalho. Este é um fator positivo, ou seja, o indicador é crítico quando abaixo de 2,5, moderado quando entre 2,51 e 3,5 e ausente quando acima de 3,51.

Tabela 2 -Estatística descritiva para o fator Utilidade	
	média respostas participante
Validade	30
Ausente	0
Média	4.036
Desvio-padrão	0.450
Mínimo	3.070
Máximo	4.730

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Nesta pesquisa, o fator Utilidade é descrito possuindo uma média de 4,036 e desvio-padrão de 0,450, com valor mínimo de 3,070 e valor máximo de 4,730. Isso significa um **risco ausente** de sofrimento patogênico no trabalho para este fator. Seu desvio-padrão indica que não houve grande dispersão nas respostas, ou seja, as(os) profissionais que participaram desta pesquisa compreender seu trabalho como sendo útil para a sociedade e para a organização.

Na tabela abaixo, podemos observar um resumo dos dados produzidos para o fator Utilidade, assim como seus indicadores de ausente, moderado e crítico. Para a análise, também foram consideradas as questões com maiores e menores médias, assim como os participantes com maiores e menores escores.

Tabela 3 - Resumo fator Utilidade			
Média geral	4,036		
Desvio padrão	0,450		
Médias mais altas	Q2 – 4,770	Q11 – 4,660	Q1 – 4,630
Médias mais baixas	Q12 – 1,570	Q13 – 3,570	Q15 – 3,830
Participantes menores escores	P14 – 3,07	P23 – 3,2	P2 – 3,27

Participantes maiores escores	P21 – 4,73	P8 – 4,6	P13 – 4,6
-------------------------------	------------	----------	-----------

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Quadro 1 – Valores para risco ausente, moderado e crítico para o fator Utilidade			
Crítico	Menor que	2,5	
Moderado	Entre	2,51	3,5
Ausente	Maior que	3,51	

Fonte: Inventário de Sofrimento Patogênico no Trabalho (IRIS)

4.1.1.1 Análise das questões com médias mais altas e mais baixas para o fator Utilidade

As questões com médias mais altas e mais baixas para o fator Utilidade indicam aqueles itens onde as(os) profissionais de saúde identificam como mais representativos da Utilidade de seu trabalho. Podemos observar que, para este fator, as questões com médias mais altas apresentam **risco ausente** de sofrimento no trabalho.

Tabela 4 - Estatística descritiva das questões com médias mais altas			
	Meu trabalho tem finalidade (Q2)	Minhas tarefas exigem conhecimentos específicos (Q11)	Meu trabalho é importante para a organização (Q1)
Validade	30	29	30
Ausente	0	1	0
Média	4.767	4.655	4.633
Desvio-padrão	0.568	0.614	0.765
Mínimo	3.000	3.000	2.000
Máximo	5.000	5.000	5.000

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

As três questões com médias mais altas para o fator Utilidade - considerando, respectivamente, da maior média para a menor - são: Q2 (*meu trabalho tem finalidade*), Q11 (*minhas tarefas exigem conhecimentos específicos*) e Q1 (*meu trabalho é importante para a organização*). Essas questões, ao aparecerem em conjunto, podem expressar, para profissionais de saúde que participaram desta pesquisa, a compreensão e

Reconhecimento sobre a importância de sua profissão e, mais que isso, de sua contribuição para o trabalho em saúde com qualidade. As frequências para as questões com médias mais altas são apresentadas abaixo:

Tabela 5 - Frequência para Q2: <i>Meu trabalho tem finalidade</i>				
Meu trabalho tem finalidade	Frequência	Porcentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
3	2	6.667	6.667	6.667
4	3	10.000	10.000	16.667
5	25	83.333	83.333	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	30	100.000		

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Para Q2, temos que 25 profissionais (83,3%) assinalaram a alternativa 5 (sempre), ou seja, para a maioria destes profissionais, seu trabalho sempre tem finalidade.

Para Q11, temos que 21 profissionais (72,4%) assinalaram a alternativa 5 (sempre) e 6 profissionais (20,7%) assinalaram a alternativa 4 (frequentemente), ou seja, para 93,1% dos profissionais, suas tarefas sempre ou frequentemente exigem conhecimento específico.

Tabela 6 - Frequência para Q11: <i>Minhas tarefas exigem conhecimentos específicos</i>				
Minhas tarefas exigem conhecimentos específicos	Frequência	Porcentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
3	2	6.667	6.897	6.897
4	6	20.000	20.690	27.586
5	21	70.000	72.414	100.000
Ausente	1	3.333		
Total	30	100.000		

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Para Q1, temos que 23 profissionais (76,7%) assinalaram a alternativa 5 (sempre), seguidos por 4 profissionais (13,3%) que assinalaram a alternativa 4

(frequentemente), 2 profissionais (6,7%) assinalaram a alternativa 3 (às vezes) e 1 profissional (3,3%) que assinalou a alternativa 2 (raramente). Desse modo, temos que, para a maioria dos profissionais (90%), seu trabalho é frequentemente ou sempre importante para a organização.

Tabela 7 - Frequência para Q1: *Meu trabalho é importante para a organização*

Meu trabalho é importante para a organização	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
2	1	3.333	3.333	3.333
3	2	6.667	6.667	10.000
4	4	13.333	13.333	23.333
5	23	76.667	76.667	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	30	100.000		

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

As questões com médias mais baixas para o fator Utilidade indicam aqueles itens onde há um maior potencial de ocorrer um risco crítico de sofrimento patogênico no trabalho para este fator, haja visto que o fator Utilidade é positivo e, conseqüentemente, valores abaixo de 2,5 são representativos deste tipo de sofrimento (médias mais baixas potencialmente estão mais próximas desta faixa de valores).

Podemos observar que estas questões apresentam **risco ausente** de sofrimento no trabalho.

A questão Q12 apresenta valor de 1,600, o que representaria um risco crítico de sofrimento no trabalho. Entretanto, com um olhar mais atencioso, nota-se que este valor indica que **os profissionais não consideram suas tarefas banais**, como será apresentado na análise das frequências das questões com médias mais baixas.

Tabela 8 - Estatística descritiva para as médias mais baixas para o fator Utilidade

	Minhas tarefas são banais (Q12)	Consigo adaptar meu trabalho as minhas expectativas (Q13)	Quando executo minhas tarefas realizo-me profissionalmente (Q15)
Validade	30	30	30

Ausente	0	0	0
Média	1.567	3.567	3.833
Desvio-padrão	0.858	0.898	0.834
Mínimo	1.000	2.000	2.000
Máximo	4.000	5.000	5.000

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

As três questões com médias mais baixas para o fator Utilidade - considerando, respectivamente, da menor média para a maior - são: Q12 (*Minhas tarefas são banais*), Q13 (*Consigo adaptar meu trabalho as minhas expectativas*) e Q15 (*Quando executo minhas tarefas realizo-me profissionalmente*). Essas questões, ao aparecerem em conjunto, podem expressar a compreensão, por profissionais de saúde que participaram desta pesquisa, que suas tarefas são importantes para um trabalho em saúde de qualidade, mesmo que às vezes tais tarefas não correspondam as suas expectativas. Este é um fator que pode, inclusive, trazer a compreensão de realização profissional.

As frequências para as questões com médias mais baixas são apresentadas abaixo:

Tabela 9 - Frequência para Q12: <i>Minhas tarefas são banais</i>				
Minhas tarefas são banais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
1	19	63.333	63.333	63.333
2	6	20.000	20.000	83.333
3	4	13.333	13.333	96.667
4	1	3.333	3.333	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	20	100.000		

Para Q12, temos que 19 profissionais (63,3%) assinalaram a alternativa 1 (nunca), 6 profissionais (20%) assinalaram a alternativa 2 (raramente), ou seja, para a maioria destes profissionais (73,3%), suas tarefas nunca ou raramente são banais.

Para Q13, temos que 13 profissionais (43,3%) assinalaram 4 (frequentemente), seguidos por 9 profissionais (30%) assinalaram a alternativa 3 (às vezes), por 4 profissionais (13,3%) que assinalaram a alternativa 2 (raramente) e 4 profissionais

(13,3%) assinalaram 5 (sempre). Esses valores indicam que 56,6% dos profissionais conseguem frequentemente ou sempre adaptar seu trabalho as suas expectativas.

Tabela 10 - Frequência para Q13: Consigo adaptar meu trabalho as minhas expectativas

Consigo adaptar meu trabalho as minhas expectativas	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
2	4	13.333	13.333	20.000
3	9	30.000	30.000	40.000
4	13	43.333	43.333	85.000
5	4	13.333	13.333	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	30	100.000		

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Para Q15, temos que 12 profissionais (40%) assinalaram a alternativa 4 (frequentemente), seguido de 10 profissionais (33,3%) que assinalaram a alternativa 3 (às vezes), 7 profissionais (23,3%) que assinalaram a alternativa 5 (sempre) e 1 profissional (3,3%) que assinalou a alternativa 2 (raramente). Apesar da maioria dos profissionais demonstrarem sentir-se realizados profissionalmente ao executar suas tarefas (63,3%), temos que 36,7% dos profissionais consideram que às vezes ou raramente se sentem realizados profissionalmente. Essa ausência de sentimento de realização profissional pode ser melhor compreendida a partir da análise qualitativa, por meio dos relatos das entrevistas.

Tabela 11 - Frequência para Q15: Quando executo minhas tarefas realizo-me profissionalmente

Quando executo minhas tarefas realizo-me profissionalmente	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
2	1	3.333	3.333	3.333
3	10	33.333	33.333	36.667

4	12	40.000	40.000	76.667
5	7	23.333	23.333	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	30	100.000		

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

4.1.1.2 Análise Participantes com escores mais altos e mais baixos para o fator Utilidade

A seguir, para facilitar a compreensão da análise, retomamos os valores que indicam o risco de sofrimento ausente, moderado e crítico para o fator Utilidade.

Quadro 2 – Valores para risco ausente, moderado e crítico para o fator Utilidade			
Crítico	Menor que	2,5	
Moderado	Entre	2,51	3,5
Ausente	Maior que	3,51	

Fonte: Inventário de Sofrimento Patogênico no Trabalho (IRIS)

Os participantes com escores mais altos e mais baixos são apresentados na tabela abaixo:

Tabela 12 – Participantes com maiores e menores escores para o fator Utilidade			
Participantes maiores escores	P21 – 4,73	P8 – 4,6	P13 – 4,6
Participantes menores escores	P14 – 3,07	P23 – 3,2	P2 – 3,27

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Desse modo, é possível observar que P21, P8 e P13 apresentam valores acima de 3,51, o que indica **risco ausente** de sofrimento para o fator Utilidade para estes participantes. Seguimos o mesmo raciocínio para os participantes com escores mais baixos para este fator.

Ao compararmos os valores de P14, P23 e P2 com os diferentes valores para os

diferentes riscos de sofrimento no trabalho (Quadro 2), observamos que os participantes apresentam valores entre 2,51 e 3,5, o que indica **risco moderado** de sofrimento patogênico no trabalho para o fator Utilidade para estes participantes.

4.1.2 Fator Reconhecimento

O fator Reconhecimento refere-se ao profissional sentir-se reconhecido, aceito e mesmo admirado por seus pares e superiores, sentindo-se seguro para expressar seus sentimentos em relação ao trabalho. Este é um fator positivo, ou seja, o indicador é crítico quando abaixo de 2,5, moderado quando entre 2,51 e 3,5 e ausente quando acima de 3,51.

Tabela 13 - Estatística descritiva para o fator Reconhecimento	
	Média respostas participantes
Validade	30
Ausente	0
Média	3.681
Desvio-padrão	0.788
Mínimo	1.620
Máximo	4.920

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

O fator Reconhecimento é expresso, nesta pesquisa, possuindo uma média de 3,681 e desvio-padrão de 0,788, com valor mínimo de 1,620 e valor máximo de 4,920. Isso significa um **risco ausente** de sofrimento patogênico no trabalho para este fator. Seu desvio-padrão indica certa dispersão nas respostas, ou seja, profissionais de saúde que participaram da pesquisa possuem diferentes compreensões acerca de seu Reconhecimento por parte de seus pares e superiores(as).

Na tabela abaixo, podemos observar um resumo dos dados produzidos para o fator Reconhecimento, assim como seus indicadores de ausente, moderado e crítico. Para a análise, também foram consideradas as questões com maiores e menores médias, assim como os participantes com maiores e menores escores.

Tabela 14 - Resumo fator Reconhecimento			
Média geral	3,681		
Desvio padrão	0,788		
Médias mais altas	Q39 – 4,000	Q44 – 3,900	Q40 – 3,870
Médias mais baixas	Q38 – 3,300	Q33 – 3,330	Q35 – 3,530
Participantes menores escores	P9 – 1,62	P24 – 2,00	P7 e P19 – 2,69
Participantes maiores escores	P5 – 4,92	P21 – 4,85	P30 – 4,69

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Quadro 3 – Valores para risco ausente, moderado e crítico para o fator Reconhecimento			
Crítico	Menor que	2,5	
Moderado	Entre	2,51	3,5
Ausente	Maior que	3,51	

Fonte: Inventário de Sofrimento Patogênico no Trabalho (IRIS)

4.1.2.1 Análise das questões com médias mais altas e mais baixas para o fator Reconhecimento

As questões com médias mais altas para o fator Reconhecimento indicam aqueles itens onde as(os) profissionais de saúde identificam possuírem mais Reconhecimento de seu trabalho.

Podemos observar que estas questões apresentam **risco ausente** de sofrimento no trabalho.

Tabela 15 - Estatística descritiva para as médias mais altas para o fator Reconhecimento			
	Gosto de conviver com meus colegas de trabalho (Q39)	Há possibilidade de diálogo com a chefia da minha unidade (Q44)	No meu trabalho posso ser eu mesmo (Q40)
Validade	30	30	30
Ausente	0	0	0

Média	4.000	3.900	3.867
Desvio-padrão	0.788	1.185	1,224
Mínimo	2.000	1.000	1.000
Máximo	5.000	5.000	5.000

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

As três questões com médias mais altas para o fator Reconhecimento - considerando, respectivamente, da maior média para a menor - são: Q39 (*Gosto de conviver com meus colegas de trabalho*), Q44 (*Há possibilidade de diálogo com a chefia da minha unidade*) e Q40 (*No meu trabalho posso ser eu mesmo*). Essas questões, ao aparecerem em conjunto, podem expressar a compreensão, por profissionais de saúde que participaram desta pesquisa, da importância das relações entre os colegas de trabalho e chefia como fator protetivo da sua saúde mental na construção de uma prática colaborativa no trabalho.

As frequências para as questões com médias mais altas são apresentadas abaixo:

Tabela 16 - Frequência para Q39: <i>Gosto de conviver com meus colegas de trabalho</i>				
Gosto de conviver com meus colegas de trabalho	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
2	1	3.333	3.333	3.333
3	6	20.000	20.000	23.333
4	15	50.000	50.000	73.333
5	8	26.667	26.667	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	30	100.000		

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Para Q39, temos que 15 profissionais de saúde (50%) assinalaram a alternativa 4 (frequentemente), seguidos por 8 profissionais (26,7%) que assinalaram a alternativa 5 (sempre). Isso significa que quase a totalidade destes profissionais (76,7%) gostam de conviver frequentemente ou sempre com seus colegas de trabalho.

Para Q44, temos que 11 profissionais de saúde (36,7%) assinalaram a alternativa 5 (sempre), 11 profissionais de saúde (36,7%) assinalaram a alternativa 4

(frequentemente), seguidos por 4 profissionais (13,3%) que assinalaram a alternativa 3 (às vezes), 2 profissionais (6,7%) que assinalaram a alternativa 2 (raramente) e 2 profissionais (6,7%) que assinalaram a alternativa 1 (nunca). Desse modo, temos que 73,4% dos participantes identificam uma possibilidade frequente ou sempre de diálogo com a chefia de sua unidade.

Tabela 17 – Frequência para Q44: Há possibilidade de diálogo com a chefia da minha unidade

Há possibilidade de diálogo com a chefia da minha unidade	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
1	2	6.667	6.667	6.667
2	2	6.667	6.667	13.333
3	4	13.333	13.333	26.667
4	11	36.667	36.667	63.333
5	11	36.667	36.667	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	30	100.000		

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Para Q40, temos que 11 profissionais de saúde (36,7%) assinalaram a alternativa 5 (sempre), seguidos por 10 profissionais (33,3%) que assinalaram a alternativa 4 (frequentemente), 6 profissionais (20%) que assinalaram a alternativa 3 (às vezes) e 3 profissionais (10%) que assinalaram a alternativa 1 (nunca). Enquanto 70% dos profissionais entrevistados acreditam na possibilidade de sempre ou frequentemente serem eles mesmos no trabalho.

Tabela 18 – Frequência para Q40: No trabalho posso ser eu mesmo

No trabalho posso ser eu mesmo	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
1	3	10.000	10.000	10.000
3	6	20.000	20.000	30.000
4	10	33.333	33.333	63.333
5	11	36.667	36.667	100.000

Ausente	0	0.000		
Total	30	100.000		

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

As questões com médias mais baixas para o fator Reconhecimento, do mesmo modo que para o fator Utilidade, indicam aqueles itens onde há um maior potencial de ocorrer um risco crítico de sofrimento patogênico no trabalho, haja visto que o fator Reconhecimento também é positivo e, conseqüentemente, valores abaixo de 2,5 são representativos deste tipo de sofrimento (médias mais baixas potencialmente estão mais próximas desta faixa de valores).

Podemos observar que, enquanto as questões Q38, Q33 apresentam **risco moderado** de sofrimento no trabalho, a questão Q35 apresenta **risco ausente** de sofrimento (3,53) - próximo ao limite que identifica o risco moderado (3,51).

Tabela 19 – Estatística descritiva para as médias mais baixas para o fator Reconhecimento

	Sinto o reconhecimento da minha chefia pelo trabalho que realizo (Q38)	Sinto o Reconhecimento dos meus colegas pelo trabalho que realizo (Q33)	Sinto meus colegas solidários comigo (Q35)
Validade	30	30	30
Ausente	0	0	0
Média	3.300	3.330	3.530
Desvio-padrão	1.236	0.884	1.042
Mínimo	1.000	2.000	1.000
Máximo	5.000	5.000	5.000

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Para Q38, temos que 10 profissionais de saúde (33,3%) assinalaram a alternativa 4 (frequentemente), seguidos por 7 profissionais (23,3%) que assinalaram a alternativa 3 (às vezes), 5 profissionais (16,7%) que assinalaram a alternativa 5 (sempre), 5 profissionais (16,7%) que assinalaram a alternativa 2 (raramente) e 3 profissionais (10%) que assinalaram a alternativa 1 (nunca). Podemos observar que 50% de profissionais que participaram da pesquisa sentem que frequentemente ou sempre são

reconhecidas pelas suas chefias.

Tabela 20 – Frequência para Q38: Sinto o reconhecimento da minha chefia pelo trabalho que realizo

Sinto o Reconhecimento da minha chefia pelo trabalho que realizo	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
1	3	10.000	10.000	10.000
2	5	16.667	16.667	26.667
3	7	23.333	23.333	50.000
4	10	33.333	33.333	83.333
5	5	16.667	16.667	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	30	100.000		

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Para Q33, temos que 16 profissionais de saúde (53,3%) assinalaram a alternativa 3 (às vezes), seguidos por 6 profissionais (20%) que assinalaram a alternativa 4 (frequentemente), 4 profissionais (13,3%) que assinalaram a alternativa 2 (raramente) e 4 profissionais (13,3%) que assinalaram a alternativa 5 (sempre). Como observado, temos que mais da metade de profissionais de saúde (53,3%) que participaram da pesquisa sente que frequentemente ou sempre são reconhecidos pelos colegas de trabalho.

Tabela 21 – Frequência para Q33: Sinto o Reconhecimento dos meus colegas pelo trabalho que realizo

Sinto o Reconhecimento dos meus colegas pelo trabalho que realizo	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
2	4	13.333	13.333	13.333
3	16	53.333	53.333	66.667
4	6	20.000	20.000	86.667
5	4	13.333	13.333	100.000

Ausente	0	0.000		
Total	30	100.000		

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Para Q35, temos que 12 profissionais de saúde (40%) assinalaram a alternativa 4 (frequentemente), seguidos por 8 profissionais (26,7%) que assinalaram a alternativa 3 (às vezes), 5 profissionais (16,7%) que assinalaram a alternativa 5 (sempre), 4 profissionais (13,3%) que assinalaram a alternativa 2 (raramente) e 1 profissional (3,3%) que assinalou a alternativa 1 (nunca). Desse modo, temos que 56,7% de profissionais que participaram desta pesquisa sentem frequentemente ou sempre a solidariedade de seus colegas.

Tabela 22 – Frequência para Q35: *Sinto meus colegas solidários comigo*

Sinto meus colegas solidários comigo	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
1	1	3.333	3.333	3.333
2	4	13.333	13.333	16.667
3	8	26.667	26.667	43.333
4	12	40.000	40.000	83.333
5	5	16.667	16.667	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	30	100.000		

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

4.1.2.2 Análise Participantes escores mais altos e mais baixos para o fator Reconhecimento

Do mesmo modo que para o fator Utilidade, a seguir retomamos os valores que indicam o risco de sofrimento ausente, moderado e crítico para o fator Reconhecimento com olhares para facilitar a compreensão da análise.

Quadro 4 – Valores para risco ausente, moderado e crítico para o fator Reconhecimento

Crítico	Menor que	2,5
---------	-----------	-----

Moderado	Entre	2,51	3,5
Ausente	Maior que	3,51	

Fonte: Inventário de Sofrimento Patogênico no Trabalho (IRIS)

Os participantes com escores mais altos e mais baixos são apresentados na tabela abaixo:

Tabela 23 – Participantes com maiores e menores escores para o fator Reconhecimento			
Participantes maiores escores	P5 – 4,92	P21 – 4,85	P30 – 4,69
Participantes menores escores	P9 – 1,62	P24 – 2,00	P7 e P19 – 2,69

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Desse modo, é possível observar que P5, P21 e P30 apresentam **risco ausente** de sofrimento para o fator Reconhecimento. Com relação aos participantes com escores mais baixos, é possível observar que P9 e P24 apresentam valor abaixo de 2,5, o que indica **risco crítico** de sofrimento para este fator. Já P7 e P19 apresentam valores entre 2,51 e 3,5, o que indica **risco moderado** de sofrimento.

4.1.3 Fator Indignidade

O fator Indignidade, diferentemente dos fatores Utilidade e Reconhecimento, é um fator negativo. Isso significa que o risco crítico de sofrimento no trabalho é representado por valores maiores que 3,51, já valores entre 2,51 e 3,5 indicam risco moderado e valores abaixo de 2,5 indicam risco ausente de sofrimento no trabalho. Este fator representa um sentimento de injustiça, insatisfação e desgaste no trabalho.

Tabela 24 – Estatística descritiva para o fator Indignidade	
	média respostas participante
Validade	30
Ausente	0
Média	3.013
Desvio-padrão	0.725
Mínimo	1.470

Máximo	4.530
--------	-------

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

O fator Reconhecimento é expresso, nesta pesquisa, possuindo uma média de 3,013 e desvio-padrão de 0,725, com valor mínimo de 1,470 e valor máximo de 4,530. Isso significa um **risco moderado** de sofrimento patogênico no trabalho para este fator. Seu desvio-padrão indica certa dispersão nas respostas, ou seja, profissionais de saúde que participaram da pesquisa possuem diversas compreensões acerca de seu sentimento de injustiça, insatisfação e desgaste no trabalho.

Na tabela abaixo, podemos observar um resumo dos dados produzidos para o fator Indignidade, assim como seus indicadores de ausente, moderado e crítico. Para a análise, assim como para os outros fatores, também foram consideradas as questões com maiores e menores médias e os participantes com maiores e menores escores.

Tabela 25 – Resumo fator Indignidade			
Média geral	3,013		
Desvio padrão	0,725		
Médias mais altas	Q22 – 4,330	Q29 – 3,670	Q16 – 3,570
Médias mais baixas	Q27 – 2,370	Q26 – 2,400	Q19 – 2,500
Participantes menores escores	P8 e P21 – 1,470	P28 – 2,000	P1 – 2,180
Participantes maiores escores	P7 – 4,530	P2 – 3,760	P15 – 3,710

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Quadro 5 – Valores para risco ausente, moderado e crítico para o fator Indignidade			
Ausente	Menor que	2,5	
Moderado	Entre	2,51	3,5
Crítico	Maior que	3,51	

Fonte: Inventário de Risco de Sofrimento Patogênico no trabalho (IRIS)

4.1.3.1 Análise das questões com médias mais altas e mais baixas para o fator Indignidade

As questões com médias mais altas para o fator Indignidade indicam aqueles itens onde as(os) profissionais de saúde identificam possuírem mais insatisfação e desgaste em seu trabalho.

Podemos observar que estas questões apresentam **risco crítico** de sofrimento no trabalho.

Tabela 26 – Estatística descritiva para as médias mais altas para o fator Indignidade			
	Fico revoltado quando tenho que submeter o meu trabalho às decisões Políticas (Q22)	As condições de trabalho oferecidas são insuficientes para os resultados esperados (Q29)	Meu trabalho é cansativo (Q16)
Validade	30	30	30
Ausente	0	0	0
Média	4.333	3.667	3.567
Desvio-padrão	0.994	0.922	1.040
Mínimo	2.000	2.000	1.000
Máximo	5.000	5.000	5.000

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

As três questões com médias mais altas para o fator Indignidade - considerando, respectivamente, da maior média para a menor - são: Q22 (*Fico revoltado quando tenho que submeter o meu trabalho às decisões políticas*), Q29 (*As condições de trabalho oferecidas são insuficientes para os resultados esperados*) e Q16 (*Meu trabalho é cansativo*). Essas questões, ao aparecem em conjunto, podem expressar a compreensão, por profissionais de saúde que participaram desta pesquisa, de insatisfação e desgaste psicológico ao terem que submeter seu trabalho às decisões políticas não tendo as condições mínimas para realizarem seu trabalho, como, por exemplo, espaço físico adequado (que será abordado com mais profundidade na análise qualitativa).

Para Q22, temos que 19 profissionais de saúde (63,3%) assinalaram a alternativa 5 (sempre), seguidos de 5 profissionais (16,7%) que assinalaram a alternativa 3 (às vezes), 4 profissionais (13,3%) que assinalaram a alternativa 4 (frequentemente) e 2 profissionais (6,7%) que assinalaram a alternativa 2 (raramente). Como observado, temos que 76,6% dos profissionais que participaram da pesquisa estão frequentemente ou sempre insatisfeitos com a submissão de seu trabalho as decisões políticas.

Tabela 27 – Frequência para Q22: *Fico revoltado quando tenho que submeter o meu trabalho às decisões Políticas*

Fico revoltado quando tenho que submeter o meu trabalho às decisões Políticas	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
2	2	6.667	6.667	6.667
3	5	16.667	16.667	23.333
4	4	13.333	13.333	36.667
5	19	63.333	63.333	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	30	100.000		

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Para Q29, temos que 11 profissionais de saúde (36,7%) assinalaram a alternativa 4 (frequentemente), seguidos de 10 profissionais (33,3%) que assinalaram a alternativa 3 (às vezes), 6 profissionais (20%) que assinalaram a alternativa 5 (sempre), e 3 profissionais (10%) que assinalaram a alternativa 2 (raramente). Como observado, temos que 56,7% de profissionais que participaram da pesquisa acreditam que as condições de trabalho oferecidas frequentemente ou sempre são insuficientes para os resultados esperados.

Tabela 28 – Frequência para Q29: *As condições de trabalho oferecidas são insuficientes para os resultados esperados*

As condições de trabalho oferecidas são insuficientes para os resultados esperados	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
2	3	10.000	10.000	10.000
3	10	33.333	33.333	43.333
4	11	36.667	36.667	80.000
5	6	20.000	20.000	100.000
Ausente	0	0.000		

Total	30	100.000		
-------	----	---------	--	--

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Para Q16, temos que 10 profissionais de saúde (33,3%) assinalaram a alternativa 4 (frequentemente), 10 profissionais de saúde (33,3%) assinalaram a alternativa 3 (às vezes), 6 profissionais (20%) assinalaram a alternativa 5 (sempre), 3 profissionais (10%) assinalaram a alternativa 2 (raramente) e 1 profissional (3,3%) assinalou a alternativa 1 (nunca). Como observado, temos que 53,3% de profissionais que participaram da pesquisa acreditam que seu trabalho frequentemente ou sempre é cansativo.

Tabela 29 – Frequência para Q16: <i>Meu trabalho é cansativo</i>				
Meu trabalho é cansativo	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
1	1	3.333	3.333	3.333
2	3	10.000	10.000	13.333
3	10	33.333	33.333	46.667
4	10	33.333	33.333	80.000
5	6	20.000	20.000	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	30	100.000		

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

As questões com médias mais baixas para o fator Indignidade, indicam aqueles itens onde há um menor potencial de ocorrer um risco crítico de sofrimento patogênico no trabalho, haja visto que o fator Indignidade é negativo, conseqüentemente, valores abaixo de 2,5 são representativos de risco ausente de sofrimento no trabalho.

Podemos observar que as questões Q27, Q26 e Q19 apresentam **risco ausente** de sofrimento no trabalho.

Tabela 30 – Estatística descritiva para as médias mais baixas para o fator Indignidade			
	Sinto insatisfação no meu trabalho (Q27)	Permaneço neste emprego por falta de oportunidade no mercado (Q26)	Minhas tarefas são desagradáveis (Q19)
Validade	30	30	30
Ausente	0	0	0

Média	2.367	2.400	2.500
Desvio-padrão	1.129	1.354	0.820
Mínimo	1.000	1.000	1.000
Máximo	5.000	5.000	4.000

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Para Q27, temos que 11 profissionais de saúde (36,7%) assinalaram a alternativa 3 (às vezes), seguidos por 9 profissionais (30%) que assinalaram a alternativa 1 (nunca), 6 profissionais (20%) que assinalaram a alternativa 2 (raramente), 3 profissionais (10%) que assinalaram a alternativa 4 (frequentemente) e 1 profissional (3,3%) que assinalou a alternativa 5 (sempre). Desse modo, observamos que, enquanto 86,7% dos profissionais consideram que às vezes, raramente ou nunca sentem insatisfação no trabalho.

Tabela 31 – Frequência para Q27: *Sinto insatisfação no meu trabalho*

Sinto insatisfação no meu trabalho	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
1	9	30.000	30.000	30.000
2	6	20.000	20.000	50.000
3	11	36.667	36.667	86.667
4	3	10.000	10.000	96.667
5	1	3.333	3.333	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	30	100.000		

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Para Q26, temos que 11 profissionais de saúde (36,7%) assinalaram a alternativa 1 (nunca), seguidos por 6 profissionais (20%) que assinalaram a alternativa 2 (raramente), 6 profissionais (20%) que assinalaram a alternativa 4 (frequentemente), 5 profissionais (16,7%) que assinalaram a alternativa 3 (às vezes) e 2 profissionais (6,7%) assinalaram a alternativa 5 (sempre). Desse modo, observamos que 73,4% nunca, raramente ou às vezes permanecem no emprego por falta de oportunidade no mercado.

Tabela 32 – Frequência para Q26: *Permaneço neste emprego por falta de oportunidade no mercado*

Permaneço neste emprego por falta de oportunidade	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
1	11	36.667	36.667	36.667
2	6	20.000	20.000	56.667
3	5	16.667	16.667	73.333
4	6	20.000	20.000	93.333
5	2	6.667	6.667	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	30	100.000		

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Para Q19, temos que 15 profissionais de saúde (50%) assinalaram a alternativa 3 (às vezes), seguidos por 9 profissionais (30%) que assinalaram a alternativa 2 (raramente), 4 profissionais (13,3%) que assinalaram a alternativa 1 (nunca) e 2 profissionais (6,7%) que assinalaram a alternativa 4 (frequentemente). Desse modo, é possível observar que 93,3% dos profissionais às vezes, raramente ou nunca consideram suas atividades desagradáveis.

Tabela 33 – Frequência para Q19: *Minhas tarefas são desagradáveis*

Minhas atividades são desagradáveis	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
1	4	13.333	13.333	13.333
2	9	30.000	30.000	43.333
3	15	50.000	50.000	93.333
4	2	6.667	6.667	100.000
Ausente	0	0.000		
Total	30	100.000		

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

4.1.3.2 Análise dos participantes escores mais altos e mais baixos para o fator Indignidade

Para facilitar a compreensão da análise dos participantes com escores mais altos

e mais baixos, retomamos a apresentação dos valores que indicam o risco de sofrimento ausente, moderado e crítico para o fator Indignidade.

Quadro 6 – Valores para risco ausente, moderado e crítico para o fator Indignidade			
Ausente	Menor que	2,5	
Moderado	Entre	2,51	3,5
Crítico	Maior que	3,51	

Fonte: Inventário de Risco de Sofrimento no Trabalho (IRIS)

Como pode ser observado abaixo, os participantes com escores mais altos possuem escores acima de 3,51, ou seja, P7, P2 e P15 apresentam **risco crítico** de sofrimento no trabalho para o fator Indignidade.

Já os participantes com menores médias, apresentam o escore abaixo de 2,5, ou seja, P8, P21, P28 e P1 apresentam **risco ausente** de sofrimento no trabalho.

Tabela 34 – Participantes com maiores e menores escores para o fator Indignidade			
Participantes maiores escores	P7 – 4,530	P2 – 3,760	P15 – 3,710
Participantes menores escores	P8 e P21 – 1,470	P28 – 2,00	P1 – 2,180

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

4.1.4 Considerações finais da análise quantitativa (Análise dos três fatores juntos)

A análise de risco de sofrimento patogênico no trabalho para os três fatores segue o seguinte raciocínio:

Para *risco crítico de sofrimento patogênico no trabalho*:

- Quando os três fatores estiverem críticos;
- Dois apresentarem riscos críticos;
- Um apresentar como crítico e 2 moderados.

Para *risco moderado de sofrimento patogênico no trabalho*:

- Quando os três fatores estiverem moderados;
- Dois moderados e um ausente;
- Um crítico e dois ausentes.

Para *risco ausente de sofrimento patogênico no trabalho*:

- Quando os três fatores estiverem ausentes;
- Dois ausentes e um moderado.

Nesta pesquisa, temos o **fator Utilidade** (4,036) e o **fator Reconhecimento** (3,681) com indicadores de **risco ausente** de sofrimento patogênico no trabalho, enquanto o **fator Indignidade** (3,013) apresenta-se com **risco moderado** de sofrimento patogênico no trabalho. Desse modo, considerando dois fatores que se apresentaram como risco ausente e um fator que se apresentou como risco moderado, temos o **risco ausente** de sofrimento patogênico no trabalho para profissionais de saúde da ABS de São Carlos. Entretanto, observa-se que há participantes em risco crítico de sofrimento no trabalho para pelo menos um dos fatores (Utilidade, Reconhecimento e Indignidade):

Quadro 7 – Indicadores de Risco de Sofrimento Patogênico no Trabalho para os participantes com maiores e menores escores			
Participante	Fator Utilidade	Fator Reconhecimento	Fator Indignidade
P1	Ausente	Ausente	Ausente
P2	Moderado	Moderado	Crítico
P5	Ausente	Ausente	Crítico
P7	Ausente	Moderado	Crítico
P8	Ausente	Ausente	Ausente
P9	Ausente	Crítico	Moderado
P13	Ausente	Ausente	Moderado
P14	Moderado	Moderado	Crítico
P15	Moderado	Ausente	Crítico
P19	Ausente	Moderado	Ausente
P21	Ausente	Ausente	Ausente
P23	Moderado	Ausente	Crítico
P24	Ausente	Crítico	Ausente
P28	Moderado	Ausente	Ausente
P30	Ausente	Ausente	Moderado

Fonte: Inventário de Risco de Sofrimento no Trabalho (IRIS)

4.2 RESULTADOS DA ANÁLISE QUALITATIVA – CATEGORIAS ANALÍTICAS

A análise qualitativa de dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo

Temática com os profissionais de saúde da Atenção Básica à Saúde de São Carlos/SP que participaram da primeira fase desta pesquisa - aplicação do Inventário de Riscos de Sofrimento Patogênico no Trabalho (IRIS) – e aceitaram participar da segunda etapa, que consistiu em entrevista semi estruturada conduzida pelo pesquisador. Foram realizadas oito entrevistas e a análise do material resultou nas seguintes categorias: **Sobrecarga de trabalho para profissionais de saúde no contexto de pandemia Covid-19, Sofrimento psíquico de profissionais de saúde no contexto de trabalho na pandemia Covid-19 e Processos de estigmatização de profissionais de saúde durante a pandemia Covid-19.**

Há um grande número de evidências presentes nas entrevistas e que compõem os núcleos de sentido, o que torna inviável a apresentação de todo esse material. Desse modo, optou-se por escolher entre três e cinco melhores evidências para cada núcleo de sentido, que compõe cada uma das categorias mencionadas acima e que serão apresentadas a seguir.

Quadro 8 – Núcleos de sentido da pesquisa	
Categorias	Núcleos de sentido
Sobrecarga de trabalho para profissionais de saúde no contexto de pandemia Covid-19	Fontes de sobrecarga no trabalho
	Processos de trabalho e as consequências da sobrecarga de trabalho
Sofrimento psíquico de profissionais de saúde no contexto de trabalho na pandemia Covid-19	Expressões do sofrimento no trabalho
	Interloquções entre trabalho real e trabalho prescrito
	(ausência de) valoração do trabalho
Processos de estigmatização de profissionais de saúde durante a pandemia Covid-19	

Fonte: Inventário de Risco de Sofrimento no Trabalho (IRIS)

4.2.1 Sobrecarga de trabalho para profissionais de saúde no contexto de pandemia Covid-19

Nesta categoria são apresentados algumas das vivências de profissionais de saúde da ABS de São Carlos em contexto de trabalho durante a pandemia Covid-19 que demonstram a sobrecarga que estes profissionais experienciavam e experienciam diariamente, intensificados pelo contexto pandêmico.

São dois os núcleos de sentido que compõe essa categoria, sendo *N1 - Fontes de sobrecarga no trabalho (quantidade insuficiente de profissionais, aumento da demanda e falta de recursos)* e *N2 - Processos de trabalho e as consequências da sobrecarga de trabalho*.

A *sobrecarga no trabalho*, formador do núcleo de sentido N1, diz respeito as condições de trabalho e é compreendida a partir dos diversos fatores do cotidiano do trabalho que contribuem para o excesso da demanda e as pressões pelas quais os profissionais de saúde experienciam diariamente neste contexto. Os fatores perpassam questões como: a desorganização da gestão municipal (no que tange a ausência de fluxos de trabalho); a quantidade insuficiente de profissionais; a falta de insumos e de infraestrutura adequada e a perda de benefícios (ao mesmo tempo que há o medo da demissão no caso dos profissionais terceirizados - que pegaram extensas cargas de trabalho sem folga).

Os *processos de trabalho*, formador do núcleo N2, diz respeito ao modo como o trabalho em saúde durante a pandemia se estruturou e as consequências dessa estruturação na saúde mental do profissional de saúde. Podemos destacar: os sintomas no corpo destes profissionais (*desgaste no tendão, coluna estropiada, corpo dolorido, etc.*); todos os profissionais trabalhando em função da vacinação (e o cansaço influenciando na qualidade do sono); quantidade insuficiente de profissionais; laços de trabalho fragilizados; longas filas de vacinação e o surgimento de doença relacionada ao trabalho (*bursite e tendinite*). Estes núcleos, assim como suas evidências podem ser observados no quadro 9.

Quadro 9 – Núcleos de sentido da categoria *Sobrecarga de trabalho para profissionais de saúde no contexto de pandemia Covid-19*

Núcleo de sentido	Evidência ⁹
<p>N1 - Fontes de sobrecarga no trabalho (quantidade insuficiente de profissionais, aumento da demanda e falta de recursos)</p>	<p>E1N1: Perda de benefícios dos profissionais do SUS local (agravante p desgaste e sofrimento psíquico) Desgaste e sobrecarga de trabalho devido ao medo da demissão. (OBS: a profissional entrevistada é terceirizada) Por medo de ser demitido, alguns profissionais pegaram cargas de trabalho extensas e sem folga.</p>
	<p>E2N1: A desorganização da gestão, ausência de um fluxo e a falta de recursos geram desgaste e sobrecarga de trabalho.</p>
	<p>E3N1: A unidade conta com mais dois médicos, disponibilizados pela secretária de saúde, porém, a fala traz um sentido de que isso não é suficiente para diminuir a sobrecarga de trabalho e o desgaste psíquico.</p>
	<p>E4N1: Em contrapartida, a falta de insumos (papel para secar a mão, álcool em gel, máscara), assim como a falta de recursos para a infraestrutura cotidiana (computador funcionando) tornam o trabalho ainda mais desafiador (podendo auxiliar no desenvolvimento de soluções desfavoráveis à saúde – sofrimento patogênico) traz um conseqüente incomodo/frustração/tristeza ao realizar o trabalho sem as condições básicas</p>
	<p>E5N1: Devido à falta de apoio as necessidades estruturais da unidade, espaço físico, falta de reconhecimento das demandas de trabalho trazidas pelos profissionais (não são ouvidos), o trabalho se torna ainda mais custoso.</p>
<p>N2 - Processos de trabalho e as conseqüências da sobrecarga de trabalho.</p>	<p>E1N2: Desgaste e sobrecarga de trabalho podem ser observados nos sintomas como: corpo todo dolorido, coluna estropiada, desgaste no tendão, conseqüências de uma carga horária de trabalho comparada em se fazer 3 anos em 1</p>
	<p>E2N2: A alta demanda fez com que todos os profissionais trabalhassem em função da vacinação e gerou na profissional entrevistada um cansaço ao ponto de dormir e sonhar com vacina.</p>
	<p>E3N2: Quantidade de profissionais insuficiente e falta de planejamento da gestão em contratar mais profissionais, sobrecarregando o profissional que já trabalha na unidade que passa a apresentar cansaço físico e mental.</p>
	<p>E4N2: O sofrimento no trabalho pode ser compreendido a partir de laços de trabalho fragilizados, onde a participante compreende que seus colegas entendem o grupo como algo normal da unidade, e não como algo positivo. Teríamos a ausência de sentimento de pertencimento dos integrantes do grupo (profissionais de saúde) dificultando a construção da grupalidade. Essas relações de trabalho podem funcionar como fontes potencializadoras de sofrimento patogênico de seus profissionais (desenvolvimento de soluções desfavoráveis para o funcionamento psíquico).</p>
	<p>E5N2: Desgaste/sobrecarga com as filas de vacinação e o surgimento de doença devido ao trabalho.</p>

Fonte: Dados organizados pelo pesquisador

⁹ Notação do pesquisador a partir dos dados brutos/falas literais

Como pode ser observado no quadro 3, as fontes de sobrecarga no trabalho (N1) dizem respeito as condições de trabalho em que estes profissionais estavam inseridos. As pressões sofridas pelos trabalhadores, assim como suas incertezas vem se intensificando ao longo dos anos. A pandemia da Covid-19 escancarou as mais diversas fragilidades dos sistemas de saúde em todo o mundo, sobrecarregando-os. Tais problemas diziam respeito tanto a problemas de logística quanto ao ambiente físico do trabalho (falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), falta de equipamentos e de infraestrutura das unidades) e aos recursos para a saúde pessoal (como desinformação e desencontros nas relações de trabalho, quantidade insuficiente de profissionais, falta de treinamento e risco de contágio) (MERLO; BOTTEGA; PEREZ, 2014; CARAM; RAMOS; ALMEIDA; BRITO, 2021). Estes fatores apareceram nas evidências abaixo. Estes fatores apareceram nas evidências abaixo. O que podemos confirmar em **E2N1**; **E3N1**; **E4N1** e **E5N1** do quadro 9.

Somando a isso, o trabalho voltado para metas, para a produção, implica uma demanda pessoal considerável, haja visto que a natureza do Trabalho Prescrito não dá conta de prever todas as intercorrências que podem acontecer no cotidiano do trabalho. Conseqüentemente, no Trabalho Real há a necessidade de se encontrar maneiras engenhosas para atingir tais objetivos. Nesse movimento, as pessoas trazem aspectos do trabalho para casa, o que pode prejudicar as relações familiares. Não obstante, a força de trabalho em saúde não é homogênea, apresentando diferença de gênero e classe social – o que nos leva a pensar na possível jornada dupla de trabalho das trabalhadoras que, ao chegarem em casa, ainda cuidam de suas famílias, o que as deixam ainda mais sobrecarregadas (TEIXEIRA et al, 2020; BITENCOURT; ANDRADE, 2021). Acrescentasse a isto a precarização do trabalho, onde o trabalho regulamentado e moldado pela contratação vem sendo substituído pelo trabalho terceirizado, que amplia o universo do trabalho invisibilizado. Ao mesmo tempo que potencializa novos mecanismos de geração de valor, utiliza de novos e velhos mecanismos de intensificação e exploração do trabalho, com perdas de direitos e precarização estrutural do próprio trabalho (MERLO; BOTTEGA; PEREZ, 2014). O que podemos confirmar em **E1N1** do quadro 9.

Isso nos mostra que é importante que as lideranças tenham uma atuação sensível, presente e proativa no suporte para com os profissionais de saúde, compartilhando a tomada de decisões, assim como ações de escuta, comunicação transparente e proteção no trabalho (descansos), treinamento, educação em saúde, apoio

social e de saúde (CARAM; RAMOS; ALMEIDA; BRITO, 2021).

Essa postura é necessária, pois, os processos de trabalho e as consequências da sobrecarga de trabalho se interrelacionam, como podemos observar a seguir, no núcleo de sentido N2 (Processos de trabalho e as consequências da sobrecarga de trabalho).

Com base na Psicodinâmica do Trabalho, temos o Trabalho Real referindo-se à atividade no dia a dia do contexto de trabalho, ao que é possível de ser realizado, ou seja, apesar dos profissionais se guiarem pelo Trabalho Prescrito na realização das tarefas dentro da unidade de saúde, a atividade implica aplicar a inteligência do trabalhador em suas diversas formas de zelo (efetuar adaptações, ajustes, criar alternativas) como um acréscimo às prescrições para atingir os objetivos do trabalho frente as dificuldades impostas por novas situações – as quais o Trabalho Prescrito é incapaz de prever. Isto significa que o trabalho é sempre relacional e dependente do Trabalho Vivo em Ato, principalmente (mas não apenas) na Atenção Básica de Saúde que possui uma alta demanda de tecnologia leve. Esse trabalho Vivo é suscetível de gerar medo e insegurança, na medida em que o trabalhador está diante de um cenário de enfrentar um possível fracasso.

Este medo e insegurança somam-se as fontes de sobrecarga de trabalho (trazidas com mais detalhes anteriormente em N1), não só devido a possibilidade de fracasso ao realizar o Trabalho Vivo, mas também no próprio contexto de pandemia que afeta estes profissionais de saúde enquanto seres humanos, enquanto pais, mães, filhos(as), avôs(ós). Ser profissional de saúde, estar na linha de frente em meio a pandemia experienciando diariamente o medo de se contaminar e contaminar os seus familiares, acrescido destas fontes de sobrecarga de trabalho, não é uma tarefa fácil, e ela cobra o seu preço.

Uma das formas (não a única) de observar o (alto) preço cobrado na saúde mental destes profissionais de saúde é por meio dos sintomas físicos que eles começaram a apresentar. A literatura científica traz um aumento dos relatos de ansiedade e depressão, perda da qualidade do sono, aumento do uso de drogas, sintomas psicossomáticos e cansaço físico, que não afetam apenas a atenção, mas também o entendimento e a capacidade de tomada de decisões e podem ter um efeito duradouro em seu bem-estar geral (TEIXEIRA et al, 2020; DAL PAI et al, 2021; SANTOS, 2021). O que podemos confirmar em **E1N2** do quadro 9.

A alta demanda nos processos de trabalho que a pandemia ocasionou nos serviços de saúde fez com que os trabalhadores fossem reorganizados na unidade para

tentar suprir essas novas necessidades em um contexto onde já havia uma quantidade insuficiente de profissionais, o que contribui para o cansaço, não só físico, mas também mental. O que podemos confirmar em **E2N2; E3N2 e E5N2** do quadro 3.

Essa nova configuração do contexto no trabalho afeta as próprias relações entre estes profissionais, sendo produtor de sofrimento. Nos estudos de Dejours e Jayet (1994), como forma de defesa frente as situações de sofrimento, os trabalhadores não só se tornavam hiperdisponíveis no trabalho (horas extras), como também deixaram de ser ativos em suas opiniões, eram mais individualistas e não cumprimentavam mais os colegas e desfaziam grupos (SILVA; BONVICINI, 2014). As novas formas de gestão das organizações acabam por fomentar a diluição dos elos sociais, da coesão e da interajuda entre os pares, degradando os coletivos e individualizando os trabalhadores, o que contribui para patologizar as causas de sofrimento que resultam, na verdade, das pressões exercidas pela gestão (AREOSA, 2019). Essa desmobilização das relações no trabalho pode ser compreendida a partir da evidência abaixo. O que podemos confirmar em **E4N2** do quadro 9.

Nesta pesquisa, o desgaste e sobrecarga que estes profissionais de saúde estavam submetidos pode ser observado também nas **três questões com médias mais altas para o fator Indignidade** (questões que apresentaram risco crítico), que indicam aqueles itens onde as(os) profissionais de saúde identificaram possuir mais insatisfação e desgaste em seu trabalho. As questões foram: *Fico revoltado quando tenho que submeter o meu trabalho às decisões Políticas (Q22)*; *As condições de trabalho oferecidas são insuficientes para os resultados esperados (Q29)* e *Meu trabalho é cansativo (Q16)*. Portanto, não possuir as condições mínimas para realizar seu trabalho, como, por exemplo, espaço físico adequado e, mesmo assim, ter de se submeter seu trabalho às decisões políticas, gera insatisfação e desgaste nestes profissionais que, somando-se ao discutido anteriormente, construiu um ambiente de trabalho produtor de sofrimento para estes(as) trabalhadores(as). As expressões desses sofrimentos podem ser observadas não só no corpo, mas também no sofrimento psíquico destes profissionais - nossa próxima categoria de análise.

4.2.2 Sofrimento psíquico de profissionais de saúde no contexto de trabalho na pandemia Covid-19

Nesta categoria são apresentadas as formas pelas quais os profissionais de saúde

da ABS de São Carlos experienciaram o sofrimento psíquico em contexto de trabalho durante a pandemia Covid-19.

São três os núcleos de sentido que compõe essa categoria, sendo *N1 - Expressões do sofrimento no trabalho* (organizado em *N.1.1. sofrimento criativo* e *N1.2. sofrimento patogênico*), *N2 - Interloquções entre trabalho real e trabalho prescrito* e *N3 - (ausência de) valoração do trabalho*.

Trabalhar não é só produzir, é construir-se a si próprio, criando e transformando a sua identidade. Assim, o *Sofrimento Criativo*, formador do subnúcleo de sentido N1.1, diz respeito as estratégias que os profissionais de saúde encontraram para a transformação de seu sofrimento em algo favorável a produção de sua própria saúde. Estas estratégias dizem respeito tanto a encontrar apoio em seus colegas de trabalho (em um contexto onde a gestão não oferecia suporte psicossocial) quando a ter suporte técnico, procurar ajuda terapêutica individual e ressignificar seu próprio sofrimento em contexto de trabalho (a partir da compreensão de que “vacinar 300 pessoas em um dia já não é nada se comparado a época em que vacinava 400, 600 e até quase 1000 pessoas”).

O *sofrimento patogênico*, formador do subnúcleo de sentido N1.2, diz respeito as formas de lidar com as dificuldades impostas no contexto de trabalho - onde não há a possibilidade de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos - e que acabam sendo desfavoráveis à saúde dos profissionais. Esse sofrimento é manifestado por meio da dificuldade em deixar de ter medo constantemente (devido ao contexto de trabalho desafiador e necessidade de estar alerta o tempo todo), necessidade de uso de medicação para conseguir lidar com o desgaste físico e mental a partir da frustração no trabalho (estar na unidade como castigo e outros profissionais como bode expiatórios), aumento de demandas específicas (como depressão e ansiedade) e o medo de adoecer e adoecer os familiares, compreensão que o empenho de cada profissional na realização de suas atividades é diferente, insônia, cansaço.

As *interloquções entre o trabalho real e trabalho prescrito*, formador do núcleo de sentido N2, diz respeito aos modos como os processos de trabalho estavam organizados, na articulação entre as regras e objetivos fixados pela organização do trabalho e o papel dos profissionais de saúde como protagonistas ativos desses processos. Nesta pesquisa, observamos a importância do Trabalho Prescrito como guia para os profissionais no momento da promoção (educação visando escolhas saudáveis) e prevenção (esforços para reduzir o desenvolvimento do adoecimento) em saúde aos usuários. O Trabalho Real pode ser observado tanto no auxílio do apoio técnico na

organização dos processos de trabalho quanto no nas fragilidades do SUS no município e as dificuldades, por seus atores, em gerenciá-las (desconhecimento dos usuários de como funciona o SUS e uma rede desarticulada – onde os próprios profissionais tem dificuldades em saber onde encaminhar os usuários dentro da rede). Trabalho Prescrito e Trabalho Real se complementam na medida em que a prescrição guia e orienta os profissionais ao mesmo tempo que estes utilizam de sua criatividade para realizar o trabalho com zelo.

A *(ausência de) valorização do trabalho*, formador do núcleo de sentido N3, diz respeito a importância do reconhecimento do profissional de saúde, seja pelos munícipes e/ou pela gestão. Quando este reconhecimento está ausente ou é insuficiente, causa nos profissionais um sentimento de desvalorização, desvalorização e desmotivação de seu trabalho, gera mágoa e torna a construção do trabalho algo massacrante, inclusive produzindo questionamentos acerca de qual seria o sentido do trabalho, se o profissional realmente deveria ir para o trabalho - gerando necessidade de uso de medicação para lidar com o sofrimento. Estes núcleos, assim como suas evidências podem ser observados no quadro 10.

Quadro 10 – Núcleos de sentido da categoria *Sofrimento psíquico de profissionais de saúde no contexto de trabalho na pandemia Covid-19*

Núcleos de sentido		Evidências
N1 - Expressões do sofrimento no trabalho	N.1.1. sofrimento criativo	E1N1.1: A forma de lidar com a ausência de suporte psicossocial para com os profissionais de saúde vinda da gestão foi encontrar apoio entre os próprios colegas de trabalho.
		E2N1.1: Ressignificação do contexto de trabalho como uma forma de lidar com o sofrimento psíquico aparecendo na medida em que hoje, vacinar 300 pessoas num dia, não é nada se comparado a época em que vacinada 400, 600 e até quase 1000 pessoas no dia.
		E3N1.1: Suporte técnico e fazer psicoterapia são fatores que podem auxiliar na elaboração de um sofrimento criativo diante do contexto de trabalho, porém, ausência de suporte psicossocial para com os profissionais de saúde e ter parado a psicoterapia como fatores que podem contribuir para o aparecimento do sofrimento patogênico no trabalho. A profissional traz que é nítida a diferença de quando se tem apoio emocional de quando não se tem.
		E4N1.1: O modo de lidar com o sofrimento gerado pelas incertezas desse novo contexto de pandemia foi adotar uma construção conjunta do trabalho, foram realizadas conversas semanais com a equipe para a definição dos fluxos da unidade como forma de lidar com novo contexto (que exigiu ainda mais dos profissionais). Em conjunto, foram discutidas e propostas encaminhamentos e soluções para as situações que apareciam. Possibilidade do profissional se apropriar de seu novo contexto de trabalho imposto pela pandemia.
		E5N1.1: Houve apoio técnico, porém, como estratégia defensiva diante da ausência do apoio psicológico para com os profissionais por parte da gestão superior, a participante ressignifica o cuidado como um movimento da equipe para com ela mesma.
	N1.2. sofrimento patogênico	E1N1.2: A fala traz que a pandemia expos mais o sofrimento que os profissionais de saúde vivem em seu cotidiano de trabalho devido a quantidade insuficiente de profissionais de saúde para a realização do trabalho, assim como a diferença no empenho entre os profissionais para a realização do seu trabalho. A fala diz que a pandemia evidencia tanto os pontos negativos, quanto positivos.
		E2N1.2: Manifestações do desgaste psíquico e sobrecarga de trabalho podem ser observadas nos sintomas que os profissionais passaram a apresentar: insônia, fadiga, cansaço, dormir e acordar com a sensação de não ter nem dormido.
		E3N1.2: Dificuldade em não ter medo constante, o contexto de trabalho desafiador gerando a necessidade de estar alerta o tempo todo, e quando há uma oportunidade de baixar um pouco a guarda, relaxar causa um estranhamento e novas questões surgem para ocupar o lugar (ou compartilhar) das questões antigas (como reconstruir tudo de novo).
		E4N1.2: Necessidade de uso de medicação para lidar com o cansaço físico e mental compreendido a partir do sentimento de frustração (sentimento de castigo trabalhar na unidade por ser longe de tudo e as consequências que isso traz – como perda da hora do almoço quando precisa resolver algo no centro) e terceirizados como bode expiatório (a frustração recai sobre o outro profissional da saúde).
		E5N1.2: Aumento de determinadas demandas (usuários com depressão, ansiedade, tentativa de suicídio) como fonte de sofrimento psíquico no trabalho, Medo de adoecer e adoecer os familiares como fonte geradora de instabilidade emocional.
N2 - Interloquções entre trabalho real e trabalho prescrito		E1N2: Trabalho real - Apoio técnico (ajuda de médico da unidade) auxiliando na organização dos processos de trabalho, diminuindo o estresse ao lidar com o usuário e não ter horário para ele e contar com mais um profissional na unidade
		E2N2: Trabalho prescrito - A compreensão da participante em relação ao seu trabalho diz respeito a possuir o trabalho prescrito como guia no momento de orientar os usuários acerca de atividades físicas, ficar em casa.

	<p>E3N2: Trabalho real – trabalho implica em correr riscos e gerir incertezas, o que causa sofrimento (que pode ser criativo ou patogênico) - a fala vai no sentido de dizer que o SUS em São Carlos não funciona muito bem devido a política local, o desconhecimento dos usuários de como funciona o SUS e dos profissionais em saber onde encaminhar o usuário na rede.</p>
<p>N3 - (ausência de) valorização do trabalho</p>	<p>E1N3: Reconhecimento do trabalho. Para além dos cuidados oferecidos, na pandemia a ABS funcionou de modo a acalmar os desesperos da comunidade.</p>
	<p>E2N3: Apesar do reconhecimento do seu trabalho por seus colegas e também pelos munícipes, a ausência de reconhecimento da gestão superior pelo trabalho feito gera desmotivação, mágoa e estar chateada, além do cansaço e, conseqüente, questionamento acerca de realmente ir para a o trabalho.</p>
	<p>E3N3: A participante demonstra que o reconhecimento foi insuficiente diante do que os profissionais vivenciavam na rotina de trabalho. Traz um sentimento de desvalorização do trabalho.</p>
	<p>E4N3: Falta de valorização e reconhecimento causando a desmotivação em trabalhar (não ter seus direitos garantidos respeitados).</p> <p>E5N3: A falta de reconhecimento, vista na questão financeira (cortes), tem um impacto significativo no trabalho real (visto na relação com os usuários), tornando a construção do trabalho pelo profissional algo massacrante (em suas palavras). Como consequência, houve a necessidade de uso de medicação.</p>

Fonte: Dados organizados pelo pesquisador

A mobilização subjetiva do trabalhador, a partir do Sofrimento Criativo (N1.1), pode ser compreendida em seu comprometimento com seu trabalho fazendo uso da intersubjetividade das relações sociais e do trabalho, da inteligência prática individual e coletiva para transformar os fatores de organização que são suscetíveis a gerar sofrimento. São estratégias de enfrentamento para minimizar e/ou ressignificar seu sofrimento.

Neste trabalho, as soluções favoráveis produzidas para a manutenção da saúde dos profissionais, podem ser vistas no movimento que estes profissionais fizeram ao buscar apoio em seus colegas de trabalho, onde o apoio da gestão foi restrito ao apoio técnico, enquanto o apoio psicossocial para estes trabalhadores foi negligenciado. O que podemos confirmar em **E1N1.1** e **E5N1.1** do quadro 10.

Este movimento nos faz refletir sobre qual modelo teórico a gestão embasava suas práticas. Em virtude de interesses corporativos, a formação do modelo assistencial para a saúde esteve historicamente centrada nas tecnologias duras e leves-duras, produzindo uma organização do trabalho voltado à consulta médica e ao saber deste profissional estruturando o trabalho dos outros profissionais (CREVELS, 2020). Voltadas para o modelo biomédico, tais práticas são guiadas com foco nas tecnologias duras, esquecendo-se que as regras do trabalho nunca são apenas técnicas, são também relacionais, pois implica convivência (AREOSA, 2019). O trabalho vai muito além de apenas produzir, envolve a relação com o outro, uma troca de experiências e a compreensão de alternativas ao modelo biomédico. Em outras palavras, as relações intersubjetivas entre os sujeitos e as decisões em nível de igualdade (em equipes multiprofissionais), as tecnologias leves e o Trabalho Vivo em Ato são tão importantes quanto o Trabalho Prescrito, as tecnologias duras e o Trabalho Morto. Uma Rede de Atenção à Saúde fragmentada, sem uma interconexão entre tecnologias leves, leves-duras e duras não só é insuficiente para produzir saúde como também é produtora de sofrimentos - no nosso caso, dos trabalhadores de saúde que estão inseridos neste contexto de trabalho.

Outros modos pelos quais podemos observar o Sofrimento Criativo nesta pesquisa, foram por meio do movimento de procurar ajuda terapêutica individual (para aqueles que tinham condições de fazê-lo) e de uma construção conjunta do trabalho, onde os profissionais estavam implicados nas decisões da unidade. O que podemos confirmar em **E3N1.1** e **E4N1.1** do quadro 10.

A identidade do sujeito sofre modificações a partir do trabalho, que também é modificado com a influência do sofrimento que afeta estes seres humanos (profissionais de saúde) que estão inseridos neste contexto de trabalho. Cada sujeito possui maneiras diferentes de reação as pressões do trabalho, uma dessas formas, nesta pesquisa, foi por meio de ressignificar seu próprio sofrimento em contexto de trabalho, compreendendo que a quantidade de pessoas

vacinadas na época, apesar de ser uma quantidade considerável de pessoas, ainda assim não era nada se comparada a época em que chegaram a vacinar quase 1000 pessoas em um único dia. O que podemos confirmar em **E2N1.1** do quadro 10.

Em Marx, a noção de trabalho é muito mais abrangente que o trabalho no capitalismo (Manuscritos econômicos-filosóficos, [1844] 2004). Pelo trabalho, o ser humano modifica a natureza intencionalmente, cria a realidade e se constitui a subjetividade que permite o salto entre a mera existência e as relações sociais. Por meio do trabalho, o ser humano se desenvolve na sua atividade de aut mediação, interagindo com o mundo onde se desenvolve. Ao mesmo tempo que o trabalho é formador ao conectar o ser humano ao contexto social e natural, é alienante à medida que sua produção já não é mais determinada por ele, mas pela exterioridade em que se relaciona. Tais contradições não são inerentes do trabalho, mas sim reflexos das relações de produção em que o trabalho está inserido (CREVELS, 2020). Desse modo, quando temos relações de trabalho construídas em contextos onde não há a possibilidade de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos, surge o Sofrimento Patogênico, próximo subnúcleo de discussão desta pesquisa.

A desmobilização dos sujeitos frente as pressões do trabalho são observadas pelas formas de lidar com as dificuldades impostas no contexto de trabalho, pelas simbolizações destas dificuldades por caminhos que acabam sendo desfavoráveis à saúde dos profissionais.

O Sofrimento Patogênico pode ser observado diante do aumento de casos como depressão, ansiedade e tentativa de suicídio e o quanto essas questões afetam subjetivamente o profissional, acrescidos do medo de adoecer e adoecer os familiares devido a pandemia. A pandemia afeta esses profissionais na medida que tanto o contexto de trabalho se tornou mais complexo com o aumento dessas demandas quanto a quantidade de profissionais ser insuficiente para lidar com esse contexto. O que podemos confirmar em **E1N1.2** e **E5N1.2** do quadro 10.

As manifestações do Sofrimento psíquico aparecem também nos sintomas expressos pelo corpo, com os profissionais passando a apresentar insônia, cansaço, sensação de dormir e não ser suficiente para descansar. Não obstante, estar alerta o tempo todo gera dificuldade em conseguir descansar - ao contrário, traz a sensação de medo constante. Todas estas dificuldades trazem a necessidade, por parte destes profissionais, de uso de medicação como forma de lidar com o contexto produtor de sofrimento. O que podemos confirmar em **E2N1.2**; **E3N1.2** e **E4N1.2** do quadro 10.

Tanto o Sofrimento Criativo quanto o Sofrimento Patogênico aparecem nas diferentes configurações da organização do trabalho no capitalismo. Assim, voltamos nossa compreensão para os modos como os processos de trabalho estavam organizados, na articulação entre as regras e objetivos fixados pela organização do trabalho (Trabalho Prescrito) e o papel dos

profissionais de saúde como protagonistas ativos desses processos (Trabalho Real).

O Trabalho Prescrito esteve muito atrelado a concepção taylorista da organização do trabalho em um sentido de predição e controle sem limites do processo de trabalho, o que lhe trouxe uma visão negativa de seu sentido. Porém, o Trabalho Prescrito também é um importante componente da organização do trabalho na medida em que, ainda que não consiga prever todas as circunstâncias e obstáculos que sua realização prática pode implicar e não considerar as limitações humanas, a definição clara dos objetivos, instrumentos e instruções de trabalho, podem **auxiliar** o trabalhador em suas atividades de trabalho, guiando-os e orientando-os. Nesta pesquisa, esta importância aparece na necessidade de um guia para os profissionais no momento de realizar a promoção (educação visando escolhas saudáveis) e prevenção (esforços para reduzir o desenvolvimento do adoecimento) em saúde aos usuários. O que podemos confirmar em **E2N2** do quadro 10.

Apesar de sua importância, justamente por não conseguir prever todas as circunstâncias e obstáculos que sua realização prática pode implicar e não considerar as limitações humanas, **o Trabalho Prescrito, sozinho, não é capaz de resolver as complexidades na organização do trabalho**. Assim, há uma intermediação da prescrição do trabalho com o Trabalho Real.

No Trabalho Real, temos os profissionais como protagonistas ativos no processo produtivo na medida em que desenvolvem estratégias de adaptação do prescrito às situações reais do trabalho, é um encontro dinâmico entre os diferentes profissionais (e seus saberes), os usuários, chefias, equipes, tecnologias, políticas e programas de saúde, legislações, etc. Nesta pesquisa, o Trabalho Real pode ser observado tanto no auxílio do apoio técnico na organização dos processos de trabalho – no auxílio do médico na oferta de serviços por mais um profissional na unidade, mesmo que momentaneamente, diminuindo o estresse em lidar com falta de profissionais - quanto nas fragilidades do SUS no município e as dificuldades, por seus atores, em gerenciá-las (desconhecimento dos usuários de como funciona o SUS e uma rede desarticulada – onde os próprios profissionais tem dificuldades em saber onde encaminhar os usuários dentro da rede). O que podemos confirmar em **E1N2** e **E3N2** do quadro 10.

O Trabalho Prescrito e o Trabalho Real são duas faces da organização do trabalho que não se opõem, e sim se complementam, se articulam na medida em que a prescrição guia e orienta os profissionais ao mesmo tempo que estes utilizam de sua criatividade para realizar o trabalho com zelo.

Diante dessa complexidade que é o trabalho (trabalho em saúde em contexto de pandemia atrelado a um movimento de subfinanciamento do SUS) faz-se mister compreender, do ponto de vista dos profissionais de saúde, qual o papel do reconhecimento de seu trabalho, ou seja, como estes profissionais são afetados pelas relações de trabalho construídas nestas

condições.

As pessoas esperam que seu trabalho seja reconhecido, que sua contribuição seja retribuída, tanto por meios materiais (prêmios, aumento de salário, etc.) quanto por um reconhecimento simbólico (MERLO; BOTTEGA; PEREZ, 2014).

Esse poder simbólico exercido pelo reconhecimento é produzido pelas hierarquias, assim como pelos pares e possui um papel de prevenção do Sofrimento Patogênico, devido aos significados conferidos aos esforços de cada trabalhador, dignificando-os (AREOSA, 2019). Este papel é importante devido ao papel da (inter)subjetividade no se relacionar no trabalho e no mundo, ou seja, a “subjetividade é operadora da realidade, ou seja, o modo singular como cada um significa o trabalho e o cuidado agencia o modo como se produz o agir em saúde” (FRANCO; MERHY, 2012, p.152). O que podemos confirmar em **E2N3; E3N3; E4N3 e E5N3** do quadro 10.

A importância do reconhecimento também pode ser observada, na análise quantitativa desta pesquisa, nas questões com as médias mais baixas para o fator Reconhecimento, por meio das questões¹⁰: *Sinto o reconhecimento da minha chefia pelo trabalho que realizo (Q38)* e *Sinto o Reconhecimento dos meus colegas pelo trabalho que realizo (Q33)*, que apresentaram risco moderado de Sofrimento Patogênico no Trabalho.

Essas questões apareceram como mais significativas para o fator Reconhecimento e, ao aparecerem juntas, traz o sentido de como o reconhecimento do trabalho prestado pelos profissionais de saúde por seus pares, gestão e usuários é fundamental para a sua promoção de saúde.

Não obstante, faz-se mister também o reconhecimento da importância do papel da ABS no enfrentamento da pandemia. O que podemos confirmar em **E1N3** do quadro 10.

O reconhecimento dos profissionais de saúde, no que tange a valoração e a valorização de seu trabalho, assim como o reconhecimento do SUS se faz ainda mais necessário em um momento de desmantelamento geral das políticas públicas em processo no país. Não apenas este progressivo desmonte tem afetado os ânimos dos profissionais de saúde, repercutindo em sua saúde mental, como também os diferentes modos de gestão da crise sanitária, socioeconômica e política de enfrentamento à Covid-19. (DIMENSTEIN; SIMONI, 2020).

Estes diferentes modos de gestão podem funcionar como produtores de saúde mental ou geradores de sofrimento psíquico e também podem ser compreendidos na medida em que contribuem para a estigmatização destes profissionais de saúde.

¹⁰ Ressalta-se que *Q38* e *Q33* referem-se as questões do Inventário de Sofrimento Patogênico no Trabalho (IRIS)

4.2.3 Processos de estigmatização de profissionais de saúde durante a pandemia Covid-19

Em relação a esta categoria, não houve evidências suficientes para esta hipótese e, portanto, o que seria *a priori* uma categoria, não se confirmou pela ausência da força dos dados.

Apesar de o processo de estigmatização para com o profissional de saúde em relação a oferta de seu serviço durante a pandemia não se confirmar neste estudo, nossa compreensão se volta para como estavam as condições de trabalho e o nível em que a pandemia aprofundou as desigualdades, exploração e preconceito em relação aos profissionais de saúde.

A estigmatização dos profissionais de saúde é um processo passível de acontecer em diferentes regiões do mundo, como demonstra um estudo (DIAS et al, 2021) de revisão integrativa da literatura científica nacional e internacional sobre os estigmas vivenciados pelos profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19. O estudo traz exemplos como: no México, onde houve casos de profissionais de saúde que foram negados a usar transporte público; na Índia houve casos onde profissionais de saúde foram convidados a desocupar apartamentos alugados por medo de transmitirem a infecção para a comunidade local. Desse modo, é necessário um olhar atento para como se estão sendo construídas as relações de trabalho, se o estigma sobre o papel do servidor público está presente e como influencia na saúde mental destes trabalhadores. Em contextos de trabalho onde este fator se faz presente, experiências anteriores de combate ao estigma, como na experiência do HIV, Hanseníase e o surto de síndrome respiratória do coronavírus no Oriente Médio (MERS-CoV) podem servir de lições.

A seguir, apresentaremos, do ponto de vista dos profissionais de saúde que participaram desta pesquisa, quais são as fontes positivas e negativas no trabalho e o que poderia ser feito para melhorar o trabalho em saúde.

4.2.4 Fontes positivas/negativas e o que poderia ser feito para melhor o contexto de trabalho e recomendações-

As fontes positivas e negativas expressas nas entrevistas dizem respeito ao que os profissionais compreendem que os afetam no contexto de trabalho. De mesmo modo que transformamos o meio, somos transformados por ele. Assim, identificar como estes profissionais são afetados pelo cotidiano do trabalho em saúde, pode nos auxiliar a refletir como ocorre essa relação dialética entre meio e sujeito. Como fontes positivas, temos: o reconhecimento pelo trabalho realizado; o retorno positivo dos usuários, a boa relação com os colegas de equipe, o

aprendizado que o trabalho proporciona e realizar uma atividade ou estar em uma área da qual goste. Como fontes negativas, temos: a falta de reconhecimento, o sentimento de impotência, as relações conflituosas, as dificuldades presentes nos processos de trabalho e a política.

Em relação ao que poderia ser feito para melhorar o trabalho em saúde no SUS de São Carlos/SP, de acordo com os profissionais de saúde da ABS deste município, observamos que as questões levantadas dizem respeito a: contratação de mais profissionais de saúde e sua capacitação e envolvimento nos projetos propostos, disponibilização de espaço físico das unidades de saúde adequado para a prestação de serviços, melhora na comunicação entre os atores do serviço público de saúde (devido ao desencontro de informações) e a construção de uma política de saúde municipal bem estruturada.

Como podemos observar, os fatores positivos e negativos, assim como *o que poderia melhorar*, segundo os profissionais de saúde entrevistados, remetem as relações de trabalho entre os diferentes atores na Saúde Pública (gestão - profissionais de saúde – usuários). Isto é bastante significativo, pois, novamente, traz a importância do Trabalho Vivo em Ato e das tecnologias leves para a produção de cuidado em saúde. Para que esta produção de cuidado acontece de forma adequada (não sendo produtora de sofrimento) é fundamental as condições adequadas de infraestrutura para a realização do trabalho, tanto por melhores espaços físicos, quanto equipamentos e insumos. Além disso, é necessário a compreensão, por parte das gestões, das singularidades de cada profissão e o que cada uma demanda como material de trabalho.

5. CONCLUSÃO

O neoliberalismo é compreendido não apenas como políticas econômicas e discurso ideológico, é também um processo de constituição da subjetividade (ALMEIDA, 2021). Acrescentando uma força simbólica que favorece a ruptura entre a economia e a realidade social por meio do favorecimento daqueles que dominam as relações econômicas, constitui-se de um programa de destruição das estruturas coletivas capazes de se opor a uma lógica puramente de mercado, em especial as instituições que defendem os direitos dos cidadãos. É um sistema que impõe como sua marca social a precariedade da vida (SCOPINHO et al, 2021). As relações sociais passam a estar em segundo plano, o capital passa a ser compreendido como prioridade frente a importância da vida e o próprio sistema produz adoecimento, utilizando-o como mercadoria. Em outras palavras, a precarização do trabalho se relaciona com o adoecimento do trabalhador na medida em que envolve a perda de direitos trabalhistas, a terceirização e a intensificação das atividades pautadas no produtivismo. Justamente esta deterioração das condições de trabalho, associada aos baixos salários, podem contribuir para desencadear o

adoecimento físico e mental e, conseqüentemente, a necessidade do uso de psicofármacos para lidar com as “dores da profissão” (BITENCOURT; ANDRADE, 2021).

A pandemia da Covid-19 veio a escancarar essa lógica, onde o lucro do mercado é a prioridade de Estado, enquanto têm-se que algumas pessoas (“as indesejáveis”) importam menos que outras. Na lógica do neoliberalismo, as crises - sejam econômicas e/ou sanitárias - são utilizadas para implantar regimes de austeridade e cortes de direitos sociais, ocultando que os sacrifícios impostos não serão os mesmos para todos. A pandemia atinge a todos, inclusive as populações mais vulneráveis, e o Estado, em vez de protegê-las, age no sentido oposto. Assim, para o neoliberalismo, as vidas são descartáveis. No atual governo, essa lógica de necropolítica - onde são decididas quais vidas são descartáveis e quais são úteis - pode ser observada em seu discurso negacionista de um processo que atinge a população mundial - mesmo possuindo acesso aos estudos, dados, às projeções e à experiência internacional, com a consequência de expor à morte ou deixar morrer milhares de brasileiros (ROSÁRIO, 2020). Desse modo, os maiores beneficiários das medidas estatais adotadas foram o mercado financeiro e a elite nacional, que fortaleciam a mentalidade de indiferença e o desamparo estatal aos sujeitos vulneráveis, possibilitando narrativas do medo observadas em discursos dicotômicos onde a escolha estava entre trabalhar ou viver (SCOPINHO et al, 2021).

Como apresentado ao longo desse trabalho, os reflexos dessa lógica foram intensificados pela pandemia e podem ser observadas nos prejuízos que elas acarretaram na saúde mental dos profissionais de saúde, justamente aquelas pessoas/profissionais que estavam na linha de frente de enfrentamento a Covid-19, doença que gerou um contexto nacional e internacional excruciante, ao ponto de transformar os modos como as relações sociais estavam organizadas. Esses prejuízos são observados por meio da: **sobrecarga de trabalho** - onde observamos os diversos fatores do cotidiano do trabalho que contribuíram para o excesso da demanda e as pressões pelas quais os profissionais de saúde experienciaram diariamente neste contexto; os modos como os **processos de trabalho** estavam estruturados durante a pandemia e as consequências dessa estruturação na saúde mental do profissional de saúde; as **manifestações do sofrimento psíquico** expressas por estes profissionais - seja por meio do sofrimento criativo ou do sofrimento patogênico; os modos como se deram a articulação entre as regras e objetivos fixados pela organização do trabalho e o papel dos profissionais de saúde como protagonistas ativos desses processos - **interlocuções entre o trabalho real e trabalho prescrito**; e, não menos importante, a **(ausência de) valoração e valorização do trabalho** - seja pelos munícipes e/ou pela gestão.

É de fundamental importância que a gestão reconheça como a organização do trabalho pode ser capaz de causar desordem e adoecer o profissional da saúde, e como isto pode ser um

reflexo da lógica que embasa o trabalho em saúde. Não obstante, é fundamental que sejam oferecidos apoio e suporte - emocional e físico - por meio da reposição adequada do quadro funcional, da integração entre os trabalhadores, da criação de condições laborais salubres, da promoção de justiça organizacional e penal, respeito, educação e implantação de políticas de valorização do trabalhador (RODRIGUES et al, 2020).

Diante de todos os elementos apresentados neste trabalho e, compreendendo que a discussão não se encerra aqui, mas, ao contrário, por meio desses elementos iniciamos um caminho de construção crítica do trabalho em saúde, concluímos que experienciar o trabalho e inventar novos modos de condução de territórios do cuidado perpassa a ruptura dos modos de subjetivação do trabalho onde os trabalhadores são reduzidos a operadores de uma técnica - estando descontextualizado do cuidado, apesar de parecer garantir caminhos seguros, apenas burocratiza e esconde os fluxos singulares da vida. Desse modo, questões como “para onde encaminhar essa pessoa?” ou “como garantir que o usuário será “bem acolhido” em outro serviço da rede?” movem o interesse em direção a saber como está o trabalho do outro e, este interesse, ao longo da produção dos encontros, vai incrementando no coletivo a construção de estratégias coletivas (DIMENSTEIN; SIMONI, 2020) e, como consequência, a construção de uma RAS articulada e, de fato, em rede.

6. REFERÊNCIAS

- AFFONSO, P. H. B.; BERNARDO, M. H.. A vivência de profissionais do acolhimento em Unidades Básicas de Saúde:: uma acolhida desamparada. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 23-43, 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00041>
- ALMEIDA, S. L. Necropolítica e Neoliberalismo. **Caderno CRH**, Salvador, v.34, pp. 1-10, 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.9771/ccrh.v34i0.45397>
- ANTUNES, R. A crise, o desemprego e alguns desafios atuais. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 104, p. 632-636, dez. 2010.
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015
- AREOSA, J. O mundo do trabalho em (re)análise: um olhar a partir da psicodinâmica do trabalho. **Laboreal** [Online], Volume 15 N°2, 2019 DOI:<https://doi.org/10.4000/laboreal.15504>
- APPENZELLER, S.; et al. Novos Tempos, Novos Desafios: Estratégias para Equidade de Acesso ao Ensino Remoto Emergencial. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA** | 44 (sup.1) : e0155, 2020 DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.sup.1-20200420>
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 248 p.
- BITENCOURT, S. M. & ANDRADE, C. B. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(3):1013-1022, 2021 DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42082020>
- BUENO, M.; MACÊDO, K. B. A Clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **ECOS Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v.2, n.2, 2012
- CARAM, C. S., RAMOS, F. R. S., ALMEIDA, N. G., BRITO, M. J. M. Sofrimento moral em profissionais de saúde: retrato do ambiente de trabalho em tempos de COVID-19. **Rev Bras Enferm.**;74(Suppl 1): e20200653 EDIÇÃO SUPLEMENTAR 1 CORONAVIRUS/COVID-19, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0653>
- CARDOSO, F. M.; CAMPOS, G. W. de S. Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da fundação estatal de saúde da família (FESF) - Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 219-232, abr. 2013.
- CREVELS, E. Aspectos da conceituação do trabalho em Marx: a alienação como abstração concreta. **Revista Marx e o Marxismo - Revista do Niep**, v. 8 n. 14, 2020.

CRUZ, R. M.; et al. Covid-19: Emergências e Impacto na Saúde e no Trabalho. **Revista Psicologia: Organizações & Trabalho (rPOT)**. ISSN 1984-6657 - <https://doi.org/10.17652/rpot/2020.2.editorial> [editorial]

DAL PAI, D., et al. Repercussões da pandemia pela COVID-19 no serviço pré-hospitalar de urgência e a saúde do trabalhador. *Esc Anna Nery* 2021;25(spe):e20210014, 2021 DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0014>

DEJOURS, C. - **A loucura do trabalho**: estudos de psicopatologia do trabalho 5ª Edição. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações**. In: CHANLAT, Jean-François (Coord.). *O Indivíduo na Organização – Dimensões Esquecidas*. V. 1. 3ª Edição. São Paulo: Atlas, 2009a. P. 150 – 173.

DEJOURS, C; ABFOUCHELI, E & JAYET, C. - **Psicodinâmica do Trabalho**: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DIAS, M. S. F. et al. Estigmas vivenciados por profissionais de saúde durante a pandemia do coronavírus: revisão integrativa. Editora Científica Digital, 2021. DOI: <https://doi.org/10.37885/210605155>

DIMENSTEIN, M., & SIMONI, A. C. R. Encruzilhadas da Democracia e da Saúde Mental em tempos de pandemia. **Psicologia: Ciência e Profissão** v. 40, e242817, 1-16, 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003242817>

DOBIES, D.V.; FIORONI, L.N. Mental health care in the municipality of São Carlos, State of São Paulo: remarks about its history and current situation. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.285-99, abr./jun. 2010.

FACAS, Emilio Peres. **Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho**: contribuições da psicodinâmica do trabalho. 2013. 191 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551p

FRANCO, T. B. & MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, 6(2), pp. 151-163, 2012. Disponível em <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120> Acessado em 24 jul 2022

FRIGOTTO, G. Trabalho. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, 2009. Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tra.html> Acessado em 21 jul 2022

KNUTH, Berenice Scaletzky; et al. Mental disorders among health workers in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 20, n. 8, p. 2481-2488, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.05062014>.

MALTA, D. C., et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 29(4):e2020407, 2020 doi: 10.1590/S1679-49742020000400026

MARX, K. **Manuscritos econômicos filosóficos**. 1ª edição [1844] São Paulo: Boitempo, 2004.

Merhy, E.E. & Franco, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003

MERLO, A., R., C., BOTTEGA, C. G., PEREZ, K. V. (Org). Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Engraf, p. 272 ISBN 978-85-7727-644-8, 2014

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2019. 95 p. (Manuais Ac).

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 1. ed. Lisboa, 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: Edufba, 2006. 154 p.

PAIM, J. S.; ALMEIDA- FILHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

PEREIRA, A. de A.; VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. **Saúde Mental**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 76 p

PEUKER, A. N.; MODESTO, J. G. **Estigmatização de profissionais de saúde**. **Sociedade Brasileira de Psicologia**. *Tópico* 4. Disponível em <https://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>. Acessado em 24 set 2020

RODRIGUES, C. C. F., et al. Sala Estratégias de enfrentamento e coping do estresse ocupacional utilizadas por profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar: scoping review. **Online Braz J Nurs**, 2020. [Internet]. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20206408>

ROSÁRIO, L. A Necropolítica Genocida de Bolsonaro em tempos de Pandemia e o Projeto Ultra-Neoliberal. **Rev. Interd. em Cult. e Soc.** (RICS), São Luís, v. 6, n. 2, pp. 28-49, 2020 ISSN eletrônico: 2447-6498

SANTOS, C. S. B. **Saúde do trabalhador no enfrentamento à pandemia: um estudo de caso sobre os agentes comunitários de saúde de Franco da Rocha - SP**. [Monografia do Curso

de Especialização em Saúde Coletiva] Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2021.

SCHMIDT, B.; et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia (Campinas)**, [S.L.], v. 37, p. 1-13, 2020. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>.

SCHMIDT, B.; PALAZZI, A.; PICCININI, C. A. Entrevistas online: potencialidades e desafios para a coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. **REFACS (online)** Out/Dez 2020; 8(4):960-966 DOI: 10.18554/refacs.v8i4.4877

SCOPINHO, R. A., et al. “Trabalhar é preciso, viver não é preciso”: Ideologia e necropolítica na pandemia covid-19. **Psicologia Política**. vol. 21. n.51. pp. 390-408, 2021.

SEIXAS C. T., et al. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. **Interface (Botucatu)**; 25(Supl. 1): e200379, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200379>

SILVA, C. C. & BONVICINI, C. Dejours, C., Abdoucheli, E., & Jayet, C. Psicodinâmica do Trabalho (1a ed.). São Paulo: Atlas. **Rev. Psicol Saúde e Debate**. Jul., 4(2):138-147, 2014

TEIXEIRA, C. F. S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(9):3465-3474, 2020.

VENTURA F. L. V.; AITH, F. M. A.; REIS, R.R. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da COVID-19. **São Paulo: Cepedisa**; 2021

7. Diante do contexto de pandemia de Covid-19, você passou ou passa por algum tipo de preconceito devido a natureza de sua profissão?
8. Cite 2 fontes no trabalho que você identifica como sendo fontes de satisfação (positivas) e 2 fontes no trabalho que você identifica como fontes de sofrimento e desgaste (negativas)
9. Você identificou iniciativas de apoio técnico (como por exemplo protocolos) ou de apoio psicossocial (escuta/reconhecimento) para vocês, profissionais?
10. O que você acha que poderia ser feito que ajudaria você a realizar o seu trabalho?

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - CENTRO DE EDUCAÇÃO E
CIÊNCIAS HUMANAS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução 466/2012 do CNS

Este é um convite para participar da pesquisa: **Relações interprofissionais nas equipes de saúde no contexto da pandemia COVID-19**, a qual objetiva investigar o sofrimento psíquico dos profissionais de saúde da Atenção Básica de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, sob a teoria da Psicodinâmica do Trabalho.

A sua seleção atende aos critérios de participação da pesquisa: i) ser profissional de saúde de UBS ou USF selecionada para tal, ii) estar ativo no momento da pesquisa, iii) ter trabalhado direta ou indiretamente com situações decorrentes da pandemia por COVID-19, iv) aceitar participar do estudo, v) estar em condições físicas e psicológicas para responder a um formulário online.

Sua participação na pesquisa não é obrigatória, sendo voluntária e sem compensação em dinheiro pela sua participação. Qualquer despesa que você por ventura tiver com a participação, será ressarcida pela equipe de pesquisa. A qualquer momento você pode desistir de participar desse projeto e retirar o seu consentimento. Se você optar por não participar, sua recusa não trará qualquer tipo de prejuízo tanto em relação ao pesquisador e a esta pesquisa quanto na relação com a instituição ao qual você possui vínculo empregatício.

A produção dos dados consistirá no preenchimento do Inventário de Riscos de Sofrimento Patogênico no Trabalho (IRIS) e, posteriormente, no preenchimento do Questionário sofrimento psíquico / estigmatização. Estes instrumentos serão apresentados após sua aceitação em participar desta pesquisa, na próxima aba deste formulário eletrônico.

Aqueles itens que, por ventura, gerarem algum tipo de constrangimento ou tenham causado alguma dificuldade de compreensão, devem ser deixados em branco.

A escala IRIS realiza uma avaliação dos indicadores de prazer / sofrimento no trabalho; é um inventário do tipo Lickert com questões objetivas e analisa três fatores: utilidade; indignidade e reconhecimento. O questionário sofrimento psíquico / estigmatização consiste de 4 (quatro) perguntas abertas com a finalidade de abordar os temas que abarcam o sofrimento psíquico e a estigmatização decorrentes da pandemia COVID-19.

Os dados serão tratados de maneira anônima e sigilosa em todas as etapas da produção de dados. Todas as vezes que for necessário exemplificar algo, sua privacidade será assegurada. Os dados produzidos poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos, respeitando as normas e éticas.

Devido ao tema a ser desenvolvido no estudo, essa pesquisa poderá ocasionar desconforto emocional e psicológico aos participantes por requerer um retorno às memórias afetivas ou evocar sentimentos, do mesmo modo, responder ao questionário pode ocasionar leve cansaço. Caso seja identificado algum problema, você poderá optar pela suspensão de sua participação na pesquisa.

Devido às medidas de distanciamento social e, conseqüentemente, da participação na pesquisa

por meios eletrônicos, corre-se os riscos característicos do ambiente virtual, como: instabilidade da conexão e/ou a velocidade de conexão lenta - o que pode propiciar travamentos (congelamento da tela) e, conseqüentemente, dificuldade na conclusão do preenchimento do instrumento. Caso seja identificado algum desses problemas, assim que possível, você poderá entrar em contato com o pesquisador ou sua orientadora relatando o problema e expressando se ainda há o interesse em continuar a participar da pesquisa. Ademais, há limitações do pesquisador e sua orientadora para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação que concernem a utilização de meios eletrônicos, como as políticas de privacidade ou eventuais ataques virtuais para com a empresa (*Google*) prestadora do serviço (*Google forms*) utilizado para esta pesquisa.

Em contrapartida, este estudo poderá contribuir na ampliação do conhecimento e compreensão do sofrimento psíquico de trabalhadores de saúde em contexto de pandemia.

Destaca-se a importância do participante de pesquisa guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico, levando-se em consideração o cuidado e a privacidade para com suas informações no que concerne mantê-los de forma anônima.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se com os pesquisadores pelo telefone: (16)33518486 ou pelos e-mails trabalonapandemia2021@gmail.com, lufioroni@ufscar.br. Você poderá solicitar uma cópia deste termo enviando pedido para o e-mail do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676, CEP 13.565-905, São Carlos, SP, Brasil. Fone (16) 3351-8110.

[“caixa para assinalar se estiver de acordo”] Li e gostaria de participar de forma voluntária desta pesquisa.

Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676, CEP 13.565-905, São Carlos, SP, Brasil. Fone (16) 3351-8110.

Apêndice 3a – Análise transversal Desgaste e sobrecarga de trabalho

Desgaste e sobrecarga de trabalho	
núcleos de sentido	Evidência
N1 -Fontes de sobrecarga no trabalho (quantidade insuficiente de profissionais, aumento da demanda e falta de recursos)	N1 + N2 Desgaste e sobrecarga de trabalho podem ser observados nos sintomas como: corpo todo dolorido, coluna estripiada, desgaste no tendão, consequências de uma carga horária de trabalho comparada em se fazer 3 anos em 1
	Necessidade de auxílio das enfermeiras, porém, mesmo assim há demandas que não são atendidas por algum dos motivos anteriores (limitações de equipamento, profissionais, etc.). Há uma percepção de que é necessário mais profissional na unidade para atender a demanda da população, em especial, o participante traz a necessidade de um profissional da psicologia/psiquiatria na unidade
	Por conta da pandemia, houve um aumento das pessoas usuárias do SUS (que antes tinha plano de saúde privado e passaram a usar o sistema de saúde público) e conseqüentemente um aumento da demanda de trabalho
	N1 + perda de benefícios dos profissionais do SUS local (agravante p desgaste e sofrimento psíquico) Desgaste e sobrecarga de trabalho devido ao medo da demissão. (OBS: a profissional entrevistada é terceirizada) Por medo de ser demitido, alguns profissionais pegaram cargas de trabalho extensas e sem folga, não estar recebendo seus direitos (profissionais que trabalham diretamente com a covid tem 40% de insalubridade e estavam recebendo 20%).
	N1 + N2 Quantidade de profissionais insuficiente e falta de planejamento da gestão em contratar mais profissionais, sobrecarregando o profissional que já trabalha na unidade que passa a apresentar cansaço físico e mental
	Compreensão de que a quantidade de pessoas atendidas na unidade é muito grande, e a alta demanda gerando sobrecarga de trabalho
	Falta de equipamentos gerando sobrecarga na equipe, principalmente o pessoal da enfermagem em contato com os usuários em uma rotatividade ainda maior que os outros profissionais
	A falta de apoio para com os profissionais pode ser observada a partir da sobrecarga dificultando a adesão em atividades voltadas para o cuidado com os próprios profissionais em um contexto de trabalho com alta procura pelo serviço e uma quantidade insuficiente de profissionais para dar conta dessa demanda
	A desorganização da gestão, ausência de um fluxo e a falta de recursos geram desgaste e sobrecarga de trabalho.
	N1 + N2 Desgaste/sobrecarga com as filas de vacinação e o surgimento de doença devido ao trabalho
	Falta de gestão, de materiais de trabalho e medicamentos como fontes geradoras de sofrimento no trabalho
	Ausência de profissionais suficientes para a realização do trabalho e sobrecarga de trabalho. Todos os profissionais trabalhando em função da vacina, mesmo que não tem formação específica. Posterior compreensão sobre se sentir sobrecarregada em relação a quantidade de pessoas sendo vacinadas e cadastradas diariamente
	Falta de organização como influencia no desgaste físico/psicológico. Falta de gestão municipal e federal, não havia um plano organizado e bem estruturado p vacinar e prevenir as transmissões da covid
	Mais funcionários (para diminuir a sobrecarga) / aumento do custo de deslocamento para o trabalho (desgaste)
	A unidade conta com mais dois médicos, disponibilizados pela secretária de saúde, porém, a fala traz um sentido de que isso não é suficiente para diminuir a sobrecarga de trabalho e o desgaste psíquico
Mesmo no sistema de saúde privado, houve a necessidade dela, em alguns momentos, precisar comprar máscara com o dinheiro do	

	<p>próprio bolso, comprar EPI visando sua própria segurança sendo um fator de sofrimento</p> <p>a falta de apoio da gestão superior quanto ao fornecimento de infraestrutura adequada para a realização do trabalho como: falta de equipamentos adequados (relata impressora capengando, computador “dando pau”, cadeira que não acomoda direito),</p> <p>Em contrapartida, a falta de insumos (papel para secar a mão, álcool em gel, máscara), assim como a falta de recursos para a infraestrutura cotidiana (computador funcionando) tornam o trabalho ainda mais desafiador (podendo auxiliar no desenvolvimento de soluções desfavoráveis à saúde – sofrimento patogênico) traz um conseqüente incomodo/frustração/tristeza ao realizar o trabalho sem as condições básicas</p> <p>(Relato de um período anterior a pandemia) Falta de estrutura física e equipamentos para a realização do trabalho como fatores que contribuem para o sofrimento na elaboração do trabalho</p> <p>(Relato de um período anterior a pandemia) Sucateamento do serviço ao ponto de não haver mais a possibilidade de continuar o serviço domiciliar por falta de transporte, sendo necessário a readequação dos serviços e saúde em um sistema ainda mais precário como fatores que contribuem para o sofrimento na elaboração do trabalho</p> <p>Devido à falta de apoio as necessidades estruturais da unidade, espaço físico, falta de reconhecimento das demandas de trabalho trazidas pelos profissionais (não são ouvidos), o trabalho se torna ainda mais custoso</p>
<p>N2 - Processos de trabalho e as conseqüências da sobrecarga de trabalho</p>	<p>N1 + N2 Desgaste e sobrecarga de trabalho podem ser observados nos sintomas como: corpo todo dolorido, coluna estripiada, desgaste no tendão, conseqüências de uma carga horária de trabalho comparada em se fazer 3 anos em 1</p> <p>A alta demanda fez com que todos os profissionais trabalhassem em função da vacinação e gerou na profissional entrevistada um cansaço ao ponto de dormir e sonhar com vacina.</p> <p>N1 + N2 Quantidade de profissionais insuficiente e falta de planejamento da gestão em contratar mais profissionais, sobrecarregando o profissional que já trabalha na unidade que passa a apresentar cansaço físico e mental</p> <p>O sofrimento no trabalho pode ser compreendido a partir de laços de trabalho fragilizados, onde a participante compreende que seus colegas entendem o grupo como algo normal da unidade, e não como algo positivo. Teríamos a ausência de sentimento de pertencimento dos integrantes do grupo (profissionais de saúde) dificultando a construção da grupalidade. Essas relações de trabalho podem funcionar como fontes potencializadoras de sofrimento patogênico de seus profissionais (desenvolvimento de soluções desfavoráveis para o funcionamento psíquico).</p> <p>N1 + N2 Desgaste/sobrecarga com as filas de vacinação e o surgimento de doença devido ao trabalho</p> <p>Trabalho real – no exercício do trabalho vivo, houveram conflitos entre a participante e a gestão, o que gerou sofrimento relacionado ao desgaste psíquico</p>

Apêndice 3b – Análise transversal Sofrimento Psíquico

Sofrimento psíquico	
núcleos de sentido	Evidência
N1 - Expressões do sofrimento no trabalho (N.1.1. sofrimento criativo e N1.2. sofrimento patogênico)	A pandemia escancarou a fragilidade do cuidado para com o profissional de saúde, por exemplo, aqueles da linha de frente que estavam no presencial recebendo o mesmo de quem estava no trabalho remoto. A estratégia defensiva para lidar com o sofrimento que esta situação causa está na compreensão da relevância do seu papel, assim como de seus colegas de trabalho
	A fala traz que a pandemia expôs mais o sofrimento que os profissionais de saúde vivem em seu cotidiano de trabalho devido a quantidade insuficiente de profissionais de saúde para a realização do trabalho, assim como a diferença no empenho entre os profissionais para a realização do seu trabalho. A fala diz que a pandemia evidencia tanto os pontos negativos, quanto positivos, assim, há a possibilidade do desenvolvimento de um sofrimento criativo por parte dos profissionais
	A estratégia defensiva utilizada para lidar com a ausência de suporte psicossocial para com os profissionais de saúde vinda da gestão foi encontrar apoio entre os próprios colegas de trabalho.
	Manifestações do desgaste psíquico e sobrecarga de trabalho podem ser observadas nos sintomas que os profissionais passaram a apresentar: insônia, fadiga, cansaço, dormir e acordar com a sensação de não ter nem dormido
	Ressignificação do contexto de trabalho como uma forma de lidar com o sofrimento psíquico aparecendo na medida em que hoje, vacinar 300 pessoas num dia, não é nada se comparado a época em que vacinada 400, 600 e até quase 1000 pessoas no dia. (???)
	Ressignificação do sofrimento psíquico na medida em que, apesar da perda do entusiasmo em querer ser a solução, passa a se enxergar como capaz de fazer a diferença
	Suporte técnico e fazer psicoterapia são fatores que podem auxiliar na elaboração de um sofrimento criativo diante do contexto de trabalho, porém, ausência de suporte psicossocial para com os profissionais de saúde e ter parado a psicoterapia como fatores que podem contribuir para o aparecimento do sofrimento patogênico no trabalho. A profissional traz que é nítida a diferença de quando se tem apoio emocional de quando não se tem
	Apesar da demora da entrega de EPIs, informações desencontradas e a o menor empenho de alguns profissionais para com suas atividades de trabalho como fatores que geram sofrimento na participante, a participante consegue encontrar soluções que poderiam melhorar o trabalho em saúde (contratação e capacitação de profissionais de saúde)
	O sofrimento em que o participante experencia em contexto de trabalho em saúde pode ser observado a partir da escolha da palavra “maldito” ao se referir a tarefa de dizer não para as pessoas em relação a pessoa não poder ser atendida na unidade, seja por questão de território (não pertencimento a região que a unidade atende) ou por qualquer outro motivo.
	As angústias do trabalho vivo podem ser observadas nas situações de conflito vividas diariamente (em relação a pessoas não conseguirem ser atendidas, seja por limitação de território, profissionais, equipamento etc.) que geram bastante desgaste psicológico. Na pandemia, o público atendido sofreu alterações, mas os conflitos ao dizer não permaneceram
	Tem apoio da gestão da unidade e dos colegas de trabalho (que pode funcionar auxiliando na construção de um sofrimento criativo), porém, falta apoio da gestão municipal (que pode funcionar contribuindo para o surgimento de um sofrimento patogênico)
A falta de apoio da gestão superior, observada em: falta de equipamento, falta profissionais, estrutura física melhor (com um espaço adequado para acolhimento em vez de triagem), falta segurança, se reflete em um sofrimento por o profissional não ter as condições materiais de fazer um trabalho melhor.	

	<p>A angústia na realização do trabalho pode ser observada no sentimento de culpa do profissional por ter que dar a resposta negativa, a frustração do paciente afetando o profissional, seja em situações que envolvem atrito ou situações em que é perceptível a tristeza no rosto do usuário...</p>
	<p>Mesmo com a mudança de público atendido durante a pandemia, os atritos permanecem. Os atritos que acontecem no dia a dia do trabalho gerando desgaste e sofrimento no profissional. Há a questão da postura de quando o usuário é mais agressivo quando se trata de uma profissional do sexo feminino e a consequente necessidade de intervenção por parte do profissional do sexo masculino para com esse usuário, situação que causa ainda mais desconforto e desgaste nos profissionais</p>
	<p>Apesar desses profissionais, não houve auxílio em relação a saúde mental dos próprios profissionais, que tiveram apoio da psicóloga da unidade que se ofereceu para ajudar (para além da demanda da população, mesmo com fila de espera).</p>
	<p>Apesar do medo de se contaminar e contaminar a família (expressão de sofrimento no trabalho), a participante traz uma compreensão voltada para os usuários do serviço (estratégia defensiva), de que a unidade não podia deixá-los desassistidos</p>
	<p>O modo de lidar com o sofrimento gerado pelas incertezas desse novo contexto de pandemia foi adotar uma construção conjunta do trabalho, foram realizadas conversas semanais com a equipe para a definição dos fluxos da unidade como forma de lidar com novo contexto (que exigiu ainda mais dos profissionais). Em conjunto, foram discutidas e propostas encaminhamentos e soluções para as situações que apareciam. Possibilidade do profissional se apropriar de seu novo contexto de trabalho imposto pela pandemia</p>
	<p>Reconhecimento da possibilidade de apoio da gestão superior como um fator que pode auxiliar a participante a lidar com seus medos/angústias</p>
	<p>Compreensão de que o contexto é desafiador para todos e a forma adotada para lidar com esses desafios foi por meio da construção do trabalho em conjunto. A possibilidade de suporte da supervisora, assim como as reuniões com os profissionais da unidade para o estabelecimento dos fluxos das demandas possibilitando o compartilhamento de opiniões e decisões, um aprendizado conjunto diante de um contexto novo. Esse movimento possibilita que os profissionais se expressem e a equipe construa um fluxo considerando todos esses profissionais, podendo amenizar as possíveis sobrecargas de trabalho nesse novo contexto e diminui o peso do trabalho vivo da participante</p>
	<p>Viver dois anos com medo de se contaminar e contaminar os familiares, apesar de ter conseguido segurar a barra, gerou um custo, o estado de estar alerta o tempo todo e não conseguir descansar</p>
	<p>A forma de lidar com o medo foi conversando com as pessoas, com o marido que também é da área da saúde.</p>
	<p>Dificuldade em não ter medo constante, o contexto de trabalho desafiador gerando a necessidade de estar alerta o tempo todo, e quando há uma oportunidade de baixar um pouco a guarda, relaxar causa um estranhamento e novas questões surgem para ocupar o lugar (ou compartilhar) das questões antigas (como reconstruir tudo de novo)</p>
	<p>Desânimo e vontade de chorar devido a não conseguir aproveitar as férias com a família (na semana em que tirou férias e poderia descansar/aproveitar o tempo com a família, pegou covid e ficou afastada dos familiares)</p>
	<p>As estratégias defensivas utilizadas para amenizar um pouco do sofrimento foi ler e fazer curso de dança circular</p>
	<p>Apesar da ausência de apoio psicossocial e tomada de decisões feitas sem apoio da gestão superior (aumentando o peso das decisões tomadas pela profissional), o apoio foi encontrado entre os profissionais da unidade</p>
	<p>Apesar de não ter tido o apoio psicossocial, a profissional compreende que todos estavam tentando o seu melhor em um contexto novo para todos, assim foi uma faze difícil para todos.</p>
	<p>O apoio técnico (curso sobre fluxos, e a possibilidade da construção de um fluxo único para as unidades) auxilia a participante a diminuir suas angústias na realização do trabalho, o que traz um sentimento de empolgação.</p>

Trabalhou na saúde no começo da pandemia, ficou um tempo desempregada e voltou a trabalhar na saúde posteriormente. No primeiro período em que estava trabalhando na saúde, demonstrou um sentimento de estar a deriva, perdida, pois era uma época em que não se conhecia muito sobre a covid, sobre quais EPIs utilizar, posteriormente, houve a falta desses materiais, além de álcool em gel, máscara
Ao retornar para o trabalho em saúde (após ficar um período fora da área), O sentido do trabalho é compreendido na medida em que os casos de covid têm diminuído como consequência da vacinação.
Apesar disso, ressignifica o sofrimento na medida em que traz uma compreensão de que sempre teve apoio, apesar dos momentos difíceis.
Perda de sentido no trabalho realizado. O sofrimento psíquico está relacionado a compreensão de que poderia estar em uma atividade no trabalho que exigisse mais de suas competências profissionais, ajudar em outras demandas para além da testagem. Fazer a testagem tem feito o trabalho perder o sentido com a diminuição dos casos positivos.
A forma de lidar com a perda de sentido no trabalho é por meio da compreensão no âmbito da hierarquia, que são ordens que vem de cima e ela cumpre, que não há como mudar.
A escolha da palavra “castigo” ao se referir em ser lotado na unidade nos faz refletir sobre um possível sofrimento do profissional em lidar com o trabalho vivo na unidade
A solução encontrada pelo participante para lidar com as dificuldades do trabalho foi a compreensão da importância do trabalho na ABS na pandemia, haja visto que a população só tinha os cuidados oferecidos pela ABS, junto com o Milton Olaio
A solução encontrada pelo participante para lidar com as dificuldades do trabalho vivo foi a compreensão da importância de que, apesar de seu trabalho não ter a mesma importância que a de um enfermeiro (de acordo com suas palavras), ainda assim é importante, pois sem seu trabalho não se iniciaria os atendimentos.
Necessidade de uso de medicação para lidar com o cansaço físico e mental compreendido a partir do sentimento de frustração (sentimento de castigo trabalhar na unidade por ser longe de tudo e as consequências que isso traz – como perda da hora do almoço quando precisa resolver algo no centro) e terceirizados como bode expiatório (a frustração recai sobre o outro profissional da saúde)
A perda de direitos, sem possibilidade de transferência e tendo que cuidar dos gastos familiares (com um salário menor), sentimento de estar preso a unidade (que é longe de tudo e por isso ser um castigo trabalhar na unidade) geram desânimo no participante e, como consequência, traz um sentimento de “levar de qualquer jeito”. Na entrevista, o participante traz que só não leva de qualquer jeito por causa de não sobrecarregar seu colega de trabalho
Apesar da falta de apoio da gestão superior (que não demonstra cuidado humanizado para com seus profissionais, gerando um sentimento de ausência de reconhecimento e valorização), o participante encontrou e fez uso do apoio da psicóloga da unidade (que se dispôs a atendê-los) e da fisioterapeuta
Devido a pandemia, houve a necessidade de reconfiguração dos processos de trabalho e a impossibilidade de se realizar atividades causou um sentimento de falta/desamparo
Recurso de potência à saúde mental do trabalhador e fortalecimento da atuação profissional como forma de lidar com as dificuldades do trabalho no SUS (receber estagiários da TO)
A reconfiguração inicial do trabalho prescrito na ABS (ao atender apenas casos de urgência e emergência), pode ser compreendida como uma solução (da organização do trabalho) que funcionou de modo desfavorável para o funcionamento psíquico da participante, haja visto não só o medo e o susto diante do atual contexto de pandemia, como também devido a impossibilidade de cuidado conforme prescrito para a ABS em tempos não-pandêmicos.
Como estratégia defensiva diante das dificuldades presentes na realização do trabalho, a participante utiliza as PICS p cuidar da equipe
A participante encontra apoio da gestão local (fator que pode auxiliar na construção de soluções favoráveis à saúde – sofrimento criativo).

Apesar do sentimento de descaso para com os profissionais, como estratégia defensiva, a participante ressignifica os processos de trabalho: fazer o que pode mesmo não tendo a estrutura física adequada para o trabalho
Aumento de determinadas demandas (usuários com depressão, ansiedade, tentativa de suicídio) como fonte de sofrimento psíquico no trabalho, Medo de adoecer e adoecer os familiares como fonte geradora de instabilidade emocional
Mudança de rotina devido ao Medo de adoecer e adoecer os familiares
As mudanças nos processos e relações de trabalho geraram angústia na participante. Apesar de sentir desgaste, para além da função de atender a população, ofertar cuidado para com seus colegas de trabalho, ela compreende como algo muito importante.
O desgaste no trabalho em lidar com situações pesadas, e o medo de contaminar sua família são fontes de sofrimento para a participante. Como estratégia defensiva para lidar com este sofrimento foi pedalando para desestressar e, mais que isso, realizar um processo de auto reflexão
A participante traz sua relação com a impotência diante de questões de cuidado em que a escolha não depende de nós, mas sim do outro sobre sua própria vida. A estratégia defensiva adotada foi o de não carregar mais o sofrimento para a casa.
Houve apoio técnico, porém, como estratégia defensiva diante da ausência do apoio psicológico para com os profissionais por parte da gestão superior, a participante ressignifica o cuidado como um movimento da equipe para com ela mesma.
Apoio da gestão imediata como um fator que pode auxiliar na construção de soluções favoráveis à saúde mental do profissional
Falta de suporte para o serviço com usuários pós-covid e o consequente medo dos profissionais ao cuidar desses usuários, devido a não saber o que fazer em um contexto novo
Apesar da capacitação voltado para a Covid, o movimento da gestão municipal, em especial do secretário, foi justamente ao contrário do cuidado para com o profissional, ao dizer que o apoio era “atende! Trabalha!” se é desconsiderada a dimensão humana do profissional de saúde por parte da gestão, falta de EPIs, álcool em gel, papel toalha, papel higiênico, água... condições precárias de trabalho como fatores que contribuem para o surgimento de sofrimento patogênico
Sofrimento patogênico pode ser compreendido na medida em que a falta de EPIs gerou ainda mais medo de contrair o vírus e contaminar a sua família
Nova organização da rotina do profissional da saúde com a finalidade de evitar a contaminação sua e da família
A pandemia fez com que surgisse uma lista de espera de usuários para serem atendimentos pela profissional, algo que não havia antes desse contexto. Seu sofrimento se expressa na lista de espera (aumento da demanda de trabalho) causado pela pandemia, pois não consegue “vencer” a lista e diminuir a quantidade de pessoas em espera de atendimento. Traz que diferentes unidades de saúde encaminhando pacientes, ao mesmo tempo, para um único profissional, porém, expressa que antes da pandemia conseguia atender à todos sem que surgisse essa lista de espera. Com sua fala, podemos refletir que a pandemia causou um maior distanciamento do trabalho real para com o prescrito.
Sua forma de lidar com o sofrimento causado no contexto de trabalho é esquecê-lo ao terminar o dia de serviço.
Cuidados no atendimento (como manter o distanciamento e evitar aglomeração de pessoas) e o consequente surgimento da fila de espera... deixando a profissional chateada
Paciente não avisar que não irá comparecer ao atendimento e tempo ficar vago sendo que há uma fila de espera de pessoas para serem atendidas
Necessidade de pedir que os usuários tragam a questão para a gestão, pois se os profissionais trazem, não são ouvidos. Além disso, ouve a necessidade de entrar em contato com vereadores para que fossem ouvidos

	<p>Apesar do sentimento de frustração, se sentir desvalorizado por não ter espaço físico adequado para a realização das atividades profissionais, a participante busca realizar atividades em grupo e tenta relevar as questões ruins</p> <p>(relação com colegas de trabalho) - Experiências anteriores de relação com os colegas de trabalho não muito positivas influenciando no comportamento da profissional de hoje se isolar no trabalho</p> <p>(relação com os colegas de trabalho) - momentos de descontração entre os profissionais com a necessidade de se manter o distanciamento social, se permitir comemorar uma data especial mantendo o distanciamento social</p> <p>(angústia em lidar com as questões dos próprios colegas) - O sofrimento da participante se relaciona com o receio de conduzir uma atividade voltada para as questões dos próprios colegas de trabalho, não obstante, sendo realizada em uma unidade com alta demanda de serviço</p> <p>O modo de lidar com o sofrimento causado pela ausência dos profissionais na atividade desenvolvida para eles é por meio de ir até esses profissionais, lembra-los do encontro e dar uma “cutucada”</p> <p>Ressignificação da ausência dos profissionais no grupo compreensão que a autossabotagem destes profissionais é parte do ser humano</p> <p>Compreensão do valor do trabalho na pandemia como muito importante – o trabalho exigiu horas extras e como estratégia defensiva em relação aumento de horas no trabalho, a participante compreende que seu papel durante a pandemia foi muito importante (sofrimento criativo)</p> <p>Falta de apoio gerando um sentimento de ir ficando desgostoso com o trabalho</p> <p>Não lidou com os desgastes (sem energia) como uma forma de lidar com o sofrimento (Exaustão do trabalho cotidiano (vida se resumiu ao trabalho – morte – trabalho)). Consequências físicas do sofrimento – dor no ombro</p> <p>O sofrimento patogênico é expressado pelo sentimento de estar à deriva, sem apoio e além de tudo ter contestação de atestado</p> <p>Não conseguir transferência de unidade como uma fonte geradora de sofrimento, sentimento de falta de apoio</p>
N2 - Interlocuções entre trabalho real e trabalho prescrito	<p>Apoio técnico (ajuda de médico da unidade) auxiliando na organização dos processos de trabalho, diminuindo o estresse ao lidar com o usuário e não ter horário para ele e contar com mais um profissional na unidade</p> <p>Trabalho prescrito - A compreensão da participante em relação ao seu trabalho diz respeito a possuir o trabalho prescrito como guia no momento de orientar os usuários acerca de atividades físicas, ficar em casa.</p> <p>Trabalho implica em correr riscos e gerir incertezas, o que causa sofrimento (que pode ser criativo ou patogênico) - a fala vai no sentido de dizer que o SUS em São Carlos não funciona muito bem devido a política local, o desconhecimento dos usuários de como funciona o SUS e dos profissionais em saber onde encaminhar o usuário na rede</p>
N3 - (ausência de) valorização do trabalho	<p>Reconhecimento do trabalho. Para além dos cuidados oferecidos, na pandemia a ABS funcionou de modo a acalmar os desesperos da comunidade</p> <p>Apesar do reconhecimento do seu trabalho por seus colegas e também pelos munícipes, a ausência de reconhecimento da gestão superior pelo trabalho feito gera desmotivação, mágoa e estar chateada, além do cansaço e, conseqüente, questionamento acerca de realmente ir para o trabalho</p> <p>A participante demonstra que o reconhecimento foi insuficiente diante do que os profissionais vivenciavam na rotina de trabalho. Traz um sentimento de desvalorização do trabalho.</p> <p>Falta de valorização e reconhecimento causando a desmotivação em trabalhar (não ter seus direitos garantidos respeitados)</p>

	<p>Produz no profissional um sentimento de desvalorização profissional e de que a unidade é o patinho feio para a gestão, por parecer estar esquecida, sucateada, de que a gestão superior não gosta muito deles.</p>
	<p>A falta de reconhecimento, vista na questão financeira (cortes), tem um impacto significativo no trabalho real (visto na relação com os usuários), tornando a construção do trabalho pelo profissional algo massacrante (em suas palavras). Como consequência, houve a necessidade de uso de medicação</p>
	<p>(ausência de reconhecimento) Na medida em que a profissional necessita gerir as angústias em trabalhar em um ambiente sem as condições de trabalho.</p>
	<p>Reconhecimento como forma de dignificar o trabalho, melhora do trabalho da participante. (a fala diz respeito ao trabalho em grupo, aos outros profissionais valorizarem seu trabalho, reconhecê-lo e se envolverem)</p>
	<p>Falta de reconhecimento de forma mais significativa sobre o trabalho realizado na pandemia expressa o sofrimento vivenciado pela participante em seu cotidiano de trabalho quanto a necessidade de conferir significado aos seus esforços</p>

Apêndice 3c – Análise transversal Processo de Estigmatização

Processos de estigmatização	
núcleos de sentido	Evidência
Estigmas vivenciados pelos profissionais de saúde	O processo de estigmatização do profissional de saúde na pandemia pode ser observado de forma indireta quando questionado se havia vacina na seringa
	Traz que existem algumas situações de discriminação entre profissionais-profissionais e profissionais-pacientes... porém, não fica claro se isso é algo que aconteceu na pandemia ou se já acontecia anteriormente.
	Estigma por ser servidor público alimentado pela política do governo federal
	Criação de intriga entre os serviços com a finalidade da população estigmatizar os profissionais de saúde
Ausência de estigmatização do profissional da saúde	Ausência de preconceito direto por ser profissional de saúde

Apêndice 3d – Análise transversal Fontes positivas e negativas

Análise transversal	
Fontes positivas	Evidências
Teor reconhecimento pelo trabalho realizado	Reconhecimento
	Atender pessoas bem educadas, que reconhecem o seu trabalho
Aprendizados que o trabalho proporciona	Trabalhar com o que gosta
	Troca e aprendizado mútuo
	Experiência
Ter um emprego	Estar trabalhando
	As coisas estarem caminhando
Boa relação com os colegas de equipe	Amizades no trabalho
	Gostar dos colegas de equipe com quem trabalha
	Ter o Apoio desses colegas de equipe
	Equipe
Retorno positivo dos usuários	Gratidão das pessoas ao serem vacinadas
	Retorno positivo dos usuários
Realizar uma atividade ou estar em uma área de preferência	Trabalho grupal (prevenção à saúde)
	Área ortopédica

Fontes negativas	Evidências
Falta de reconhecimento pelo trabalho realizado	Falta de reconhecimento
Sentimento de impotência e de estar preso à unidade	Cansaço
	Sentimento de estar preso à unidade, sem conseguir transferência
	Impotência diante de situações que realmente a gente não tem como intervir, a escolha depende da própria pessoa
Relações conflituosas	Relações de atrito
	Dificuldades nos relacionamentos humanos
	Relações não muito saudáveis entre profissionais-profissionais e profissionais-usuários
Falta de apoio e de recursos	Falta de apoio
	Salário baixo
	Falta de recursos
	Falta de profissionais (afastamentos)
Processos de trabalho	Trabalhar na testagem (coleta)
	Lista de espera
	Diferentes unidades encaminhando usuários para uma única profissional

Apêndice 3e – Análise transversal Recomendações

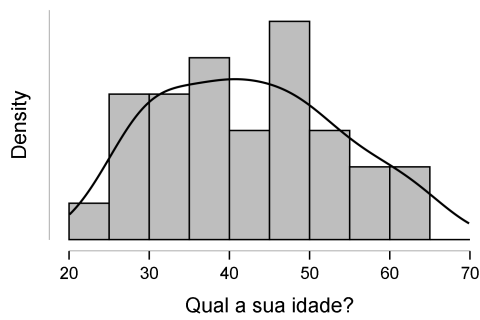
Recomendações	Evidências
Contratação de mais profissionais de saúde	Contratação de mais profissionais de saúde
	Contratação de mais profissionais de saúde
	Contratação de mais profissionais de saúde
Plano de Saúde Municipal estruturado	Política de Saúde bem pensada
	Construção de um fluxo único para todas as unidades
	Melhor gestão a nível municipal
	Gestão mais flexível
Comunicação	Melhoria na comunicação (devido ao desencontro de informações)
	Melhorar a comunicação (a informação chegar para todos e de forma clara)
Espaço físico da unidade adequado	Disponibilização de espaço físico adequado para a realização do serviço
	Espaço físico adequado e a compra de materiais de trabalho para melhorar o trabalho
Educação permanente/continuada	Capacitação dos profissionais de saúde
	Participação da equipe nos projetos propostos (envolvimento, divulgação, participação, reconhecimento, valorização)
Mudança de unidade	Transferência de unidade para diminuir a distância do deslocamento casa-trabalho

Apêndice 4 – Caracterização idade de participantes

Caracterização da idade de participantes	
Participante	Idade (anos)
1	64
2	49
3	48
4	47
5	30
6	31
7	32
8	54
9	25
10	34
11	60
12	41
13	40
14	37
15	42
16	47
17	38
18	58
19	39
20	42
21	63
22	48
23	31
24	39
25	29
26	53
27	47
28	29
29	54
30	28

Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

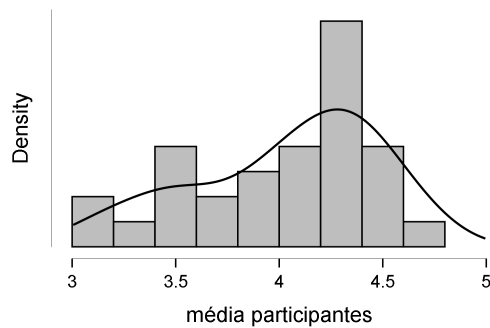
Histograma 1 Distribuição da idade de participação



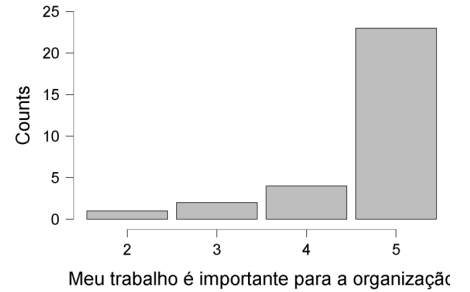
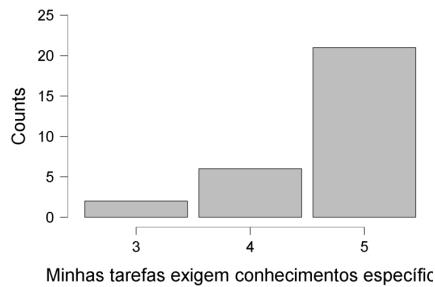
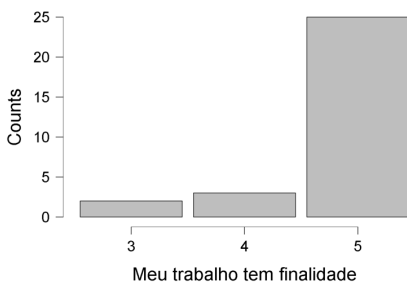
Fonte: Dados dos participantes exportados do programa JASP

Apêndice 5a – Análise descritiva Fator Utilidade

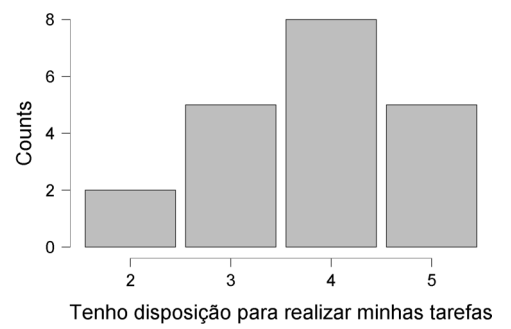
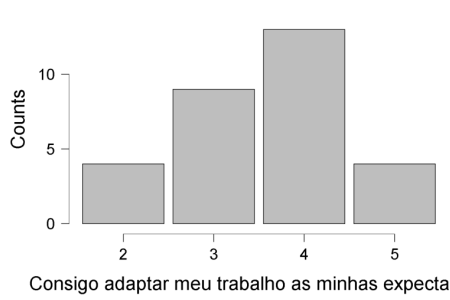
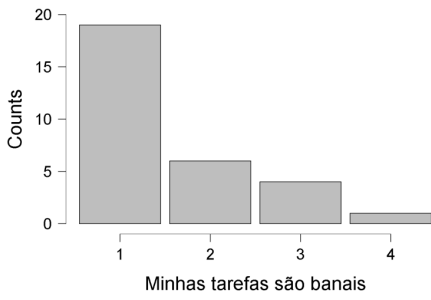
Média de respostas dos participantes



Questões com médias mais altas

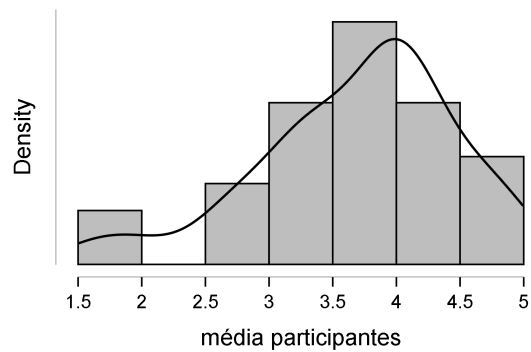


Questões com médias mais baixas

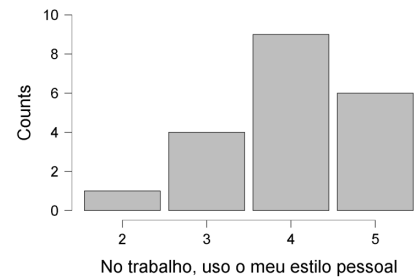
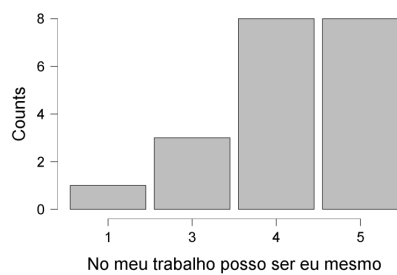
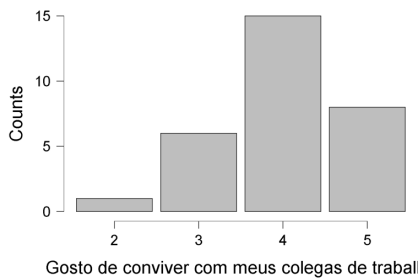


Apêndice 5b – Análise descritiva Fator Reconhecimento

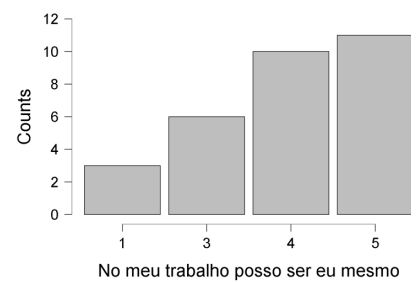
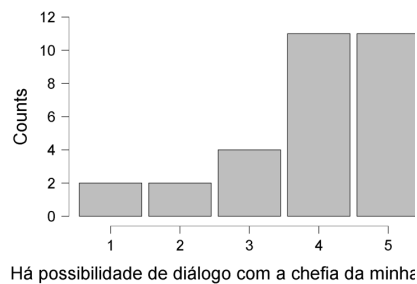
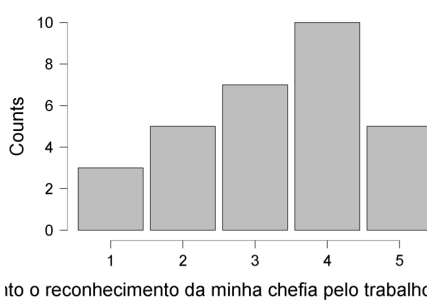
Média de respostas dos participantes



Questões com médias mais altas

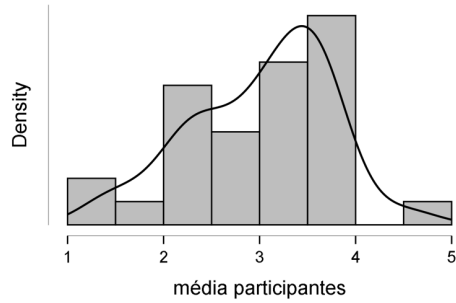


Questões com médias mais baixas

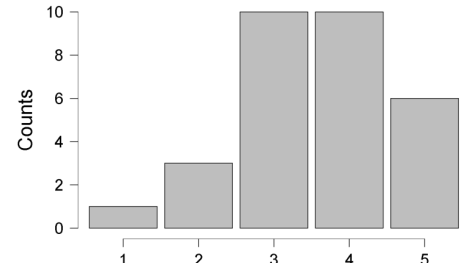
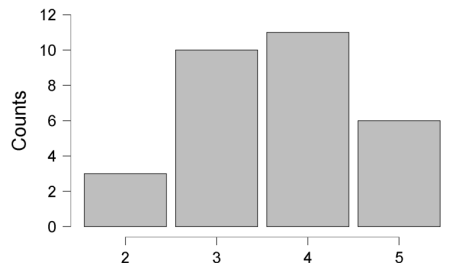
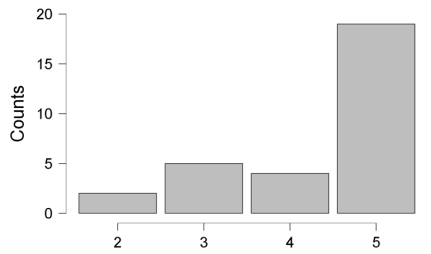


Apêndice 5c – Análise descritiva Fator Indignidade

Média de respostas dos participantes



Questões com médias mais altas

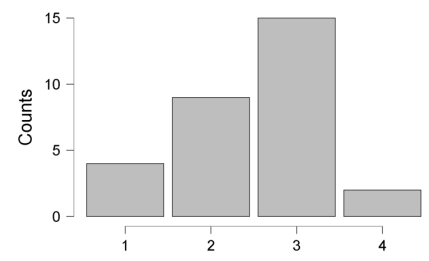
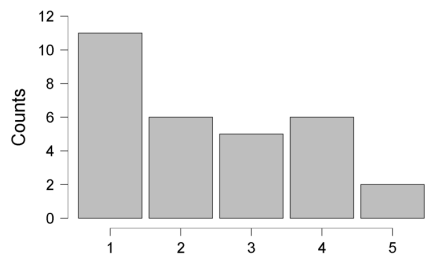
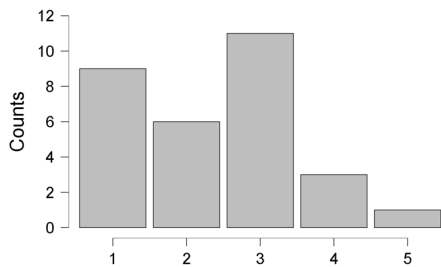


ado quando tenho que submeter o meu trabalho às c

is de trabalho oferecidas são insuficientes para os re

Meu trabalho é cansativo

Questões com médias mais baixas



Sinto insatisfação no meu trabalho

rmanejo neste emprego por falta de oportunidade n

Minhas tarefas são desagradáveis

8. ANEXOS

Anexo 1 - Inventário de Riscos de Sofrimento Patogênico no Trabalho (IRIS)¹¹

Email do participante:

Data de Nascimento: ___/___/___

Idade: ___ anos

Leia os itens abaixo

Escolha a alternativa que melhor corresponde à **avaliação** que você faz das suas vivências em relação ao seu trabalho atual.

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

Meu trabalho é importante para a organização	1	2	3	4	5
Meu trabalho tem finalidade	1	2	3	4	5
Sinto-me útil no meu trabalho	1	2	3	4	5
Minhas tarefas são significativas para mim	1	2	3	4	5
Minhas tarefas são significativas para as pessoas em geral	1	2	3	4	5
Sinto-me produtivo no meu trabalho	1	2	3	4	5
Identifico-me com minhas tarefas	1	2	3	4	5
Tenho disposição para realizar minhas tarefas	1	2	3	4	5
Meu trabalho contribui para o desenvolvimento da sociedade	1	2	3	4	5
Sinto orgulho do trabalho que realize	1	2	3	4	5
Minhas tarefas exigem conhecimentos específicos	1	2	3	4	5
Minhas tarefas são banais	1	2	3	4	5
Consigo adaptar meu trabalho as minhas expectativas	1	2	3	4	5
Utilizo minha criatividade no desempenho das minhas tarefas	1	2	3	4	5
Quando executo minhas tarefas realizo-me profissionalmente	1	2	3	4	5
Meu trabalho é cansativo	1	2	3	4	5
Meu trabalho é desgastante	1	2	3	4	5
Tenho frustrações com o meu trabalho	1	2	3	4	5
Minhas tarefas são desagradáveis	1	2	3	4	5
Sinto-me sobrecarregado no meu trabalho	1	2	3	4	5
Sinto desânimo no meu trabalho	1	2	3	4	5
Fico revoltado quando tenho que submeter o meu trabalho às decisões Políticas	1	2	3	4	5
Meu trabalho me causa sofrimento	1	2	3	4	5
A repetitividade das minhas tarefas me incomoda	1	2	3	4	5
Revolta-me a submissão do meu chefe às ordens superiores	1	2	3	4	5
Permaneço neste emprego por falta de oportunidade no mercado	1	2	3	4	5

¹¹ Devido ao contexto de pandemia, o IRIS será auto aplicado, sendo disponibilizado por meio da ferramenta *Google Forms*.

Sinto insatisfação no meu trabalho	1	2	3	4	5
Sinto-me injustiçado pelo sistema de promoção da organização	1	2	3	4	5
As condições de trabalho oferecidas são insuficientes para os resultados esperados	1	2	3	4	5
Tenho receio de ser punido ao cometer erros	1	2	3	4	5
É injusta a distribuição da carga de trabalho na equipe	1	2	3	4	5
O número de pessoas é insuficiente para execução das atividades da minha unidade	1	2	3	4	5
Sinto o reconhecimento dos meus colegas pelo trabalho que Realize	1	2	3	4	5
Tenho liberdade para dizer o que penso sobre meu trabalho	1	2	3	4	5
Sinto meus colegas solidários comigo	1	2	3	4	5
Tenho liberdade para organizar o meu trabalho da forma que quero	1	2	3	4	5
No meu trabalho participo desde o planejamento até a execução das tarefas	1	2	3	4	5
Sinto o reconhecimento da minha chefia pelo trabalho que realizo	1	2	3	4	5
Gosto de conviver com meus colegas de trabalho	1	2	3	4	5
No meu trabalho posso ser eu mesmo	1	2	3	4	5
O tipo de trabalho que faço é admirado pelos outros	1	2	3	4	5
No trabalho, uso o meu estilo pessoal	1	2	3	4	5
Tenho autonomia no desempenho das minhas tarefas	1	2	3	4	5
Há possibilidade de diálogo com a chefia da minha unidade	1	2	3	4	5
Existe confiança na relação entre chefia e subordinado	1	2	3	4	5



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impactos da pandemia por COVID-19 no contexto de trabalho de profissionais de saúde na Atenção Básica de Saúde

Pesquisador: Luciana Nogueira Fioroni

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46211121.3.0000.5504

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.697.847

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1728562, de 28/04/2021) e/ou do Projeto Detalhado (Pesquisaversaofinal, de 26/04/2021):

RESUMO

Em contextos de pandemia, o trabalho em saúde se torna ainda mais desafiador, o que reflete a necessidade de mais estudos para a compreensão da relação entre seus elementos. Esta pesquisa configura-se como empírica, interpretativa, sob uma abordagem quantitativa-qualitativa, e seu objetivo é investigar e compreender os impactos da pandemia no contexto de trabalho de profissionais de saúde na Atenção Básica de Saúde (ABS) em um município de médio porte no interior de São Paulo. Desse modo, a população inicial a ser convidada será composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes de Unidade Saúde da Família (USF) do referido município, totalizando aproximadamente 340 pessoas na primeira etapa do trabalho de campo. A produção de dados será construída a partir do referencial teórico da Sociologia e Psicodinâmica do Trabalho e será constituída de 2 etapas: i) aplicação do Inventário de Riscos de Sofrimento Patogênico no Trabalho (IRIS); ii) questionário elaborado pelos pesquisadores visando explorar os impactos da pandemia na saúde e práxis dos profissionais, que será aplicado apenas aos

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.697.847

participantes que apresentarem riscos de sofrimento patológico no trabalho segundo o IRIS. A análise de dados para o IRIS seguirá a normativa de validação do instrumento, e o questionário a partir da Análise de Conteúdo Temática. A discussão dos resultados será construída a partir da articulação destes dados. Este estudo pode contribuir com a proposição de melhores diretrizes de Educação Permanente em Saúde (EPS) e de ações de apoio à Saúde Mental do trabalhador.

HIPÓTESE

Vemos que as dimensões do trabalho – quanto ao seu ambiente, as condições de trabalho e a gestão e organização do sistema de saúde – econômica e sociais – tanto em relação aos salários baixos quanto a estigmatização dos profissionais de saúde devido ao contexto da pandemia de COVID-19 – são fatores para gerar adoecimentos, como: ansiedade, esgotamento profissional, estresse psicológico, Síndrome de Burnout, entre outros. Com base tanto nas questões que envolvem as condições de trabalho desses profissionais de saúde quanto as questões que envolvem a pandemia do COVID-19, que podem resultar em um agravamento do possível adoecimento desses profissionais – anterior ao contexto atual, busca-se uma compreensão de como suas vivências e relações de trabalho em momentos como esse influenciam a sua Saúde Mental e quais as consequências para o desenvolvimento de seu trabalho. Desse modo, com base na observação dos fatos apresentados, têm-se como hipóteses: O contexto de pandemia por COVID-19 pode intensificar o sofrimento psíquico já existente (ou favorecer seu aparecimento) em profissionais de saúde, levando-se em conta a sua desvalorização na lógica de precarização do trabalho (por exemplo, “produção” de atendimentos como principal indicador de avaliação do trabalho, baixos salários, etc.) já existentes em governos de lógica capitalista neoliberal; A estigmatização sofrida pelos profissionais de saúde em contexto de pandemia é um elemento crucial para o agravamento da qualidade de sua Saúde Mental, tendo consequências na qualidade do serviço técnico prestado.

METODOLOGIA

Instrumentos e modos de produção dos dados: a produção de dados será constituída de 2 etapas, sendo utilizados 2 instrumentos diferentes. Para o 1º e 2º objetivo específico deste trabalho, será utilizado o Inventário de Riscos de Sofrimento Patológico no Trabalho (IRIS) e, para o 2º e 3º objetivo específico, será utilizado um questionário elaborado pelo pesquisador e sua orientadora. Para esta pesquisa, devido ao contexto de distanciamento social, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como o instrumento Inventário de Riscos de Sofrimento Patológico no

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.697.847

Trabalho (IRIS).

PARTICIPANTES, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Participantes: O presente trabalho terá como foco os profissionais da Atenção Básica em Saúde da cidade de São Carlos. A população inicial do estudo a ser convidada será composta pelas 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 22 equipes de Unidade Saúde da Família (USF) que compõem parte da ABS do referido município, totalizando aproximadamente 340 pessoas a serem convidadas para participar do estudo, considerando níveis superior e médio de ensino. Será solicitado o apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da Coordenação da Atenção Básica e do Núcleo de Educação Permanente e Humanização (NEPSH) na divulgação da pesquisa para os participantes, que será apresentada por meio de vídeo gravado convidando os profissionais a participarem. Juntamente com o vídeo, será enviado a todos os participantes um e-mail-convite que será elaborado baseado no resumo, objetivos e no termo de consentimento (TCLE).

Critério de Inclusão:

i) ser profissional de saúde de UBS ou USF selecionada para tal; ii) estar ativo no momento da pesquisa, iii) ter trabalhado direta ou indiretamente com situações decorrentes da pandemia por COVID-19, iv) aceitar participar do estudo, v) estar em condições físicas e psicológicas para responder a um formulário online (ver anexo 1 e apêndice 1), vi) ter acesso a internet para poder acessar e preencher o instrumento de pesquisa, vii) ter mais de 18 anos.

Critério de Exclusão:

i) não estar ativo no trabalho no momento da pesquisa, ii) não ter tido qualquer trabalho direta ou indiretamente com a pandemia por COVID-19, iii) não aceitar participar do estudo, iv) ter menos de 18 anos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar e compreender os impactos da pandemia COVID-19 no contexto de trabalho de profissionais de Saúde na Atenção Básica em um município de médio porte no interior de São Paulo.

Objetivo Secundário:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.697.847

Identificar principais desgastes e sobrecargas de trabalho decorrentes da pandemia por COVID-19; Identificar possíveis sofrimentos psíquicos relacionados ao processo de trabalho no contexto da pandemia por COVID-19; Identificar processos de estigmatização (internos e externos) sofridos pelos profissionais de saúde, em decorrência da pandemia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Essa pesquisa obedecerá a todas as exigências da pesquisa com seres humanos especificadas nas resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetida ao CEP.

Conforme apresentado no TCLE (apêndice 2), essa pesquisa poderá causar estresse, devido a possibilidade de a participação ser compreendida como um possível acréscimo da demanda de atividades no trabalho que, devido ao nosso incerto contexto atual, já podem ser numerosas. Devido ao tema a ser desenvolvido no estudo, essa pesquisa poderá ocasionar desconforto emocional e psicológico aos participantes por requerer um retorno às memórias afetivas ou evocar sentimentos, do mesmo modo, responder ao questionário pode ocasionar leve cansaço. Caso seja identificado algum problema, você poderá optar pela suspensão de sua participação na pesquisa. Em contrapartida, reitera-se que a participação na pesquisa é livre, sem quaisquer prejuízos à relação do trabalhador em seu contexto de trabalho com outros integrantes da equipe ou com a unidade que faz parte, podendo optar pela suspensão imediata de sua participação. Devido às medidas de distanciamento social e, conseqüentemente, da participação na pesquisa por meios eletrônicos, corre-se os riscos

característicos do ambiente virtual, como: instabilidade da conexão e/ou a velocidade de conexão lenta - o que pode propiciar travamentos (congelamento da tela) e, conseqüentemente, dificuldade na conclusão do preenchimento do instrumento. Caso seja identificado algum desses problemas, assim que possível, o participante poderá entrar em contato com o pesquisador ou sua orientadora relatando o problema e expressando se ainda há o interesse em continuar a participar da pesquisa. Ademais, há limitações do pesquisador e sua orientadora para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação que concernem a utilização de meios eletrônicos, como as políticas de privacidade ou eventuais ataques virtuais para com a empresa (Google) prestadora do serviço (Google forms) utilizado para esta pesquisa. (BRASIL, 2021). Será disponibilizado todos os contatos para eventuais dúvidas, não haverá custos aos trabalhadores e unidades da AB, assim como não haverá compensações financeiras para participar da pesquisa. Além disso, essa pesquisa poderá contribuir para a formulação de estratégias para o enfrentamento do sofrimento psíquico de profissionais de saúde, em seu contexto de trabalho.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.697.847

Benefícios:

Apoiar a produção de subsídios para melhores ações de apoio a saúde do trabalhador em contexto de pandemia ou não.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

A pesquisadora encaminhou carta de autorização assinada pelo Secretário Municipal de Saúde, bem como são apresentados os dois instrumentos de coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Atender as orientações da Conep sobre PROCEDIMENTOS EM PESQUISAS COM QUALQUER ETAPA EM AMBIENTE VIRTUAL. Este documento pode ser acessado na página do CEP UFSCar: <http://www.propq.ufscar.br/etica/cep>

Esse parecer refere-se apenas à coleta de dados realizada de forma remota, por meios digitais e plataformas on-line. Qualquer alteração na forma de coleta precisa ser informada via emenda e aguardar aprovação desse comitê.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi apreciado por uma câmara técnica virtual do CEP, atendendo às recomendações da Conep para análises de protocolos de pesquisa relativos à Covid-19.

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.697.847

arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1728562.pdf	28/04/2021 18:01:10		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_israel.pdf	28/04/2021 18:00:56	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/04/2021 17:53:42	Israel Roberto de Rienzo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pesquisaversaofinal.docx	26/04/2021 09:28:54	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito
Outros	carta_encaminhamento_docs.docx	26/04/2021 09:25:52	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	07/04/2021 17:41:36	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 07 de Maio de 2021

Assinado por:
Adriana Sanches Garcia de Araújo
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br