



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)
CAMPUS DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CAROLINE MAURIZ DE MOURA COSTA FEITOSA ARAGÃO

**CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE MENTAL DE ENFERMEIROS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA REGIÃO SERRANA DO CEARÁ
PÓS PANDEMIA DA COVID-19**

SOBRAL
2025

CAROLINE MAURIZ DE MOURA COSTA FEITOSA ARAGÃO

CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE MENTAL DE ENFERMEIROS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA REGIÃO SERRANA DO CEARÁ PÓS
PANDEMIA DA COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC) como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde coletiva. Linha de Pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Sistemas de Saúde (EEDPSS).

Orientadora: Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas.

SOBRAL

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- A671c Aragão, Caroline Mauriz de Moura Costa Feitosa.
Condições de Trabalho e Saúde Mental de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma Região Serrana do Ceará Pós Pandemia da Covid-19 / Caroline Mauriz de Moura Costa Feitosa Aragão. – 2025.
110 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2025.
Orientação: Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas.
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Unidade Básica de Saúde. 3. Condições de Trabalho. 4. Saúde Mental.
5. Enfermeiros. I. Título.

CDD 610

CAROLINE MAURIZ DE MOURA COSTA FEITOSA ARAGÃO

CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE MENTAL DE ENFERMEIROS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA REGIÃO SERRANA DO CEARÁ PÓS
PANDEMIA DA COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC) como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde coletiva. Linha de Pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Sistemas de Saúde (EEPDPSS).

Aprovada: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas (Orientadora)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof. Dr. Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto (Examinador interno)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente (Examinador externo)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof^a Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva (Examinador Suplente)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

AGRADECIMENTOS

À Senhora Sant'Ana por ter sido minha intercessora nesses anos desafiadores do mestrado, pela força nos momentos de exaustão e pela sabedoria necessária para concluir mais esta etapa da minha vida.

Aos meus pais (Gardênia e Eptácio) e irmãos (Catarine e Eptácio Júnior) pelo amor incondicional, apoio e por sempre acreditarem no meu potencial, mesmo quando eu pensei em desistir do mestrado.

Ao meu esposo Anderson e a minha amada filha Maria Luísa por compreenderem que eu precisava encerrar esta etapa da minha vida para que outra pudesse iniciar. Cada conquista minha é também de vocês, que sempre me incentivaram e compreenderam as ausências impostas pela dedicação a esta pesquisa.

À minha querida orientadora professora Cibelly pela confiança, paciência e valiosas orientações que não só direcionaram a realização desta pesquisa, mas que me fizeram repensar os meus valores humanos enquanto profissional do Sistema Único de Saúde, Docente, Psicóloga Clínica e Mãe.

À banca examinadora pelas valiosas contribuições no processo de qualificação e na defesa da minha dissertação. Muito obrigados professores Rosemiro e Reginaldo.

Aos meus colegas de mestrado, pelas trocas de conhecimento, especialmente à Ana Luiza, à Danielle e à Marina que tornaram esta jornada mais leve e enriquecedora.

Aos meus colegas de trabalho do Centro de Referência Especializado em Saúde do Trabalhador, e aos meus pacientes por toda paciência nas últimas semanas que antecederam a entrega da dissertação.

Por fim, agradeço de todo o coração aos enfermeiros que participaram desta pesquisa e a gestão municipal por ter autorizado a realização da mesma.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a porta de entrada do usuário para o Sistema Único de Saúde (SUS), além de ser a responsável pela organização das redes de atenção à saúde. Para assegurar a garantia dos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS, conta com uma equipe de profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF), dentre eles, o enfermeiro. O contexto de trabalho pode ser considerado um fator de risco para o sofrimento e, conseqüentemente para o adoecimento dos trabalhadores e das trabalhadoras da saúde. Os riscos psicossociais podem atravessar as práticas do profissional de enfermagem entendendo que a relação entre saúde mental e trabalho é profundamente estreita. As discussões sobre os processos de trabalho em saúde têm se tornado imprescindíveis para a compreensão da estruturação da assistência à saúde sobretudo quando se avalia os processos de produção de subjetividades a partir das relações de poder tão importantes para a problematização da produção do cuidado e da formação na área da saúde. Diante desta problematização, esse trabalho objetivou avaliar as condições de trabalho dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma região serrana do Ceará pós pandemia de Covid-19 e a sua relação com a saúde mental, considerando ainda as suas condições sociodemográficas e a inserção no mercado de trabalho. Nessa direção, realizou-se uma pesquisa mista com abordagem sequencial explanatória dividida em duas fases distintas, uma quantitativa e outra qualitativa. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário sociodemográfico e profissional, o Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimentos (ITRA) e a Escala DASS (*Depression, Anxiety and Stress Scale*) 21 que foram aplicados em 28 enfermeiros durante a primeira fase da pesquisa. Para a segunda fase, utilizou-se uma entrevista semiestrutura com 12 enfermeiros seguindo a aplicação até a saturação teórica dos dados. O período da coleta de dados foi de maio a agosto de 2025. Os resultados dos instrumentos psicométricos (ITRA e DASS 21) e do questionário sociodemográfico profissional foram consolidados em tabelas, demonstrando valores absolutos e relativos por meio da estatística descritiva e por correlações, enquanto o resultado da entrevista foi apresentado por meio de trechos de falas ao longo do trabalho. Os dados quantitativos foram analisados utilizando o *software* Jamovi versão 2.6.26 para os cálculos relacionados às estatísticas descritivas. Também se utilizou a correlação de *Spearman*. Para a análise dos dados da entrevista, optou-se pela categorização dos discursos proposta por Bardin. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), conforme parecer nº 7.449.295/2025 e CAAE 86725625.4.0000.5053. Os resultados revelam uma falta de investimento no contexto de trabalho dos enfermeiros, impactando na organização do trabalho e nas relações intersubjetivas. Os níveis de ansiedade, estresse e depressão mantiveram - se normais. Conclui-se, portanto, que a falta de investimento institucional na qualidade de vida dos trabalhadores impacta na realização das atividades laborativas. Além disso, os enfermeiros adotam estratégias individuais de enfrentamento ao sofrimento no ambiente de trabalho em oposição as coletivas. As poucas vivências de prazer relatadas por estes trabalhadores são oriundas do reconhecimento do seu trabalho pela comunidade.

Palavras-Chave: atenção primária à saúde; unidade básica de saúde; condições de trabalho; saúde mental; enfermeiras e enfermeiros.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) constitutes the gateway for users to the Unified Health System (SUS) and is responsible for organizing health care networks. To ensure compliance with the principles and guidelines established by SUS, PHC relies on a team of professionals within the Family Health Strategy (FHS), including nurses. The work environment can be considered a risk factor for distress and, consequently, for the illness of health professionals. Psychosocial risks can influence nursing practices, as the relationship between mental health and work is deeply interconnected. Discussions on health work processes have become essential to understand the structure of health care delivery, especially when assessing the production of subjectivities arising from power relations, which are crucial to the analysis of care provision and training in the health field. This study aimed to evaluate the working conditions of Family Health Strategy nurses in a mountainous region of Ceará, Brazil, after the Covid-19 pandemic, and their relationship with mental health, also considering sociodemographic characteristics and labor market insertion. A mixed-methods study with a sequential explanatory design was conducted in two phases: quantitative and qualitative. Data collection instruments included a sociodemographic and professional questionnaire, the Work and Illness Risk Inventory (ITRA), and the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), applied to 28 nurses in the first phase. In the second phase, semi-structured interviews were conducted with 12 nurses until theoretical data saturation was reached. Data were collected between May and August 2025. Quantitative results were consolidated into tables using descriptive statistics and Spearman's correlation, while qualitative results were analyzed through Bardin's content analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee of Vale do Acaraú State University (UVA), under approval number 7.449.295/2025 and CAAE 86725625.4.0000.5053. The findings reveal a lack of investment in the nurses' work environment, which affects work organization and interpersonal relationships. Levels of anxiety, stress, and depression remained within normal ranges. It is concluded that the lack of institutional investment in workers' quality of life negatively impacts work performance. Moreover, nurses tend to adopt individual rather than collective coping strategies to deal with work-related distress. The few experiences of satisfaction reported by these professionals stem from community recognition of their work.

Keywords: primary health care; basic health unit; working conditions; mental health; nurses.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Possíveis riscos psicossociais no trabalho e intervenções organizacionais.	13
Quadro 2 – Relação de Instrumentos, objetivos e participantes deste trabalho.	28
Quadro 3 – Categorização das Unidades de Registro.....	44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Planejamentos de métodos mistos essenciais.....	22
Figura 2 - Modelo de Bardin para “Desenvolvimento de uma Análise”.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos dos Enfermeiros. Tianguá, Ceará, Brasil, 2025.....	34
Tabela 2 – Dados Laborais dos Enfermeiros. Tianguá, Ceará, Brasil, 2025.....	35
Tabela 3 – Problemas de saúde relatados pelos enfermeiros. Tianguá, Ceará, Brasil, 2025....	37
Tabela 4 – Atividades laborais desenvolvidas pelos enfermeiros. Tianguá, Ceará, Brasil, 2025.	38
Tabela 5 – Estatística descritiva do Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento. Tianguá, Ceará, Brasil, 2025.	40
Tabela 6 – Estatística descritiva da Escala DASS (Depression, Anxiety and Stress Scale). Tianguá, Ceará, Brasil, 2025.	41
Tabela 7 – Correlação entre condições de trabalho e os riscos de adoecimento dos	42
Tabela 8 – Correlação entre condições de trabalho nos níveis de depressão, ansiedade e estresse dos enfermeiros. Tianguá, Ceará, Brasil, 2025.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
ACE	Agentes de Combate as Endemias
ACF	Análise Fatorial de Correspondência
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADS	Área Descentralizada de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEREST	Centro de Referência Especializado em Saúde do Trabalhador
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselhos Regionais de Enfermagem
DASS	<i>Depression, Anxiety and Stress Scale</i>
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
eAP	equipes de Atenção Primária
eSF	equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
ITRA	Inventário sobre Trabalho de Risco e Adoecimentos
LDRT	Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais e Comportamentais
TMRT	Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UVA	Universidade Vale do Acaraú

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	Justificativa e Relevância da Pesquisa	11
2	Hipóteses.....	9
3	OBJETIVOS	10
3.1	Objetivo geral.....	10
3.2	Objetivos específicos.....	Erro! Indicador não definido.
4	REVISÃO DE LITERATURA	11
4.1	Saúde Mental e Trabalho.....	11
4.2	O Trabalho do Enfermeiro e o Processo Saúde-Doença	15
5	REFERENCIAL TEÓRICO: a Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours.....	19
6	METODOLOGIA.....	21
6.1	Delineamento da Pesquisa.....	21
6.2	Campo da pesquisa	23
6.3	Participantes da pesquisa.....	24
6.4	Coleta de dados mistos	24
6.5	Análise dos dados.....	29
6.5.1	<i>Dados Quantitativos</i>	29
6.5.2	<i>Dados Qualitativos</i>	30
6.6	Procedimentos éticos	32
6.6.1	<i>Riscos e Benefícios</i>	33
7	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	34
7.1	Caracterização dos participantes	34
7.2	Condições de trabalho e riscos de adoecimentos: o que os números apresentam	
	38	
7.2.1	<i>Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimentos (ITRA)</i>	38
7.2.2	<i>Escala DASS (Depression, Anxiety and Stress Scale) 21</i>	41

7.3	Condições de trabalho e riscos de adoecimentos: o que as vozes dos trabalhadores revelam.....	43
7.3.1	<i>Vivências de Prazer no Trabalho</i>	45
7.3.2	<i>Vivências de Sofrimento no Trabalho</i>	48
8	CONCLUSÃO.....	55
	REFERÊNCIAS.....	57
	APÊNDICE A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PRIMEIRA FASE DA PESQUISA (QUANTITATIVA)	66
	APÊNDICE B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – SEGUNDA FASE DA PESQUISA (QUALITATIVA).....	69
	APÊNDICE C – ANUÊNCIA INSTITUCIONAL	72
	APÊNDICE D –QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL	74
	APÊNDICE E –ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	77
	APÊNDICE F –ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS SEGUNDO BARDIN.....	78
	ANEXO A –INVENTÁRIO DE TRABALHO E RISCO DE ADOECIMENTO (ITRA).....	94
	ANEXO B –ESCALA DASS (DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALE) 21.....	102

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pela organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), além de ser considerada coordenadora do cuidado. Para atingir estes objetivos conta com uma equipe de profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF) composta por enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, técnicos em enfermagem ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) bem como a possibilidade de inserção de outras categorias profissionais (Brasil, 2012b; 2017).

A ESF criada em 1994, como Programa Saúde da Família (PSF) para melhorar a saúde dos brasileiros, por meio de ações de promoção de saúde e prevenção riscos, doenças e agravos nos territórios, completou 30 anos em 2024 e, desde então, vem se expandindo progressivamente nas últimas décadas. O número de equipes de Saúde da Família (eSF), das quais a Enfermagem faz parte, credenciadas e distribuídas em mais de 47 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) aumentou consideravelmente de 52.358 em 2022 para 61.262 em 2024 (Fiocruz, 2024). Registrando a cobertura de 133.710.730 milhões de pessoas, o que representava 63.62% da população brasileira (Sousa *et al.*, 2021).

Destaca-se o fato de que a ESF se tornou a principal estratégia para a consolidação da APS no Brasil, tornando-se a base estruturante para um novo modelo de atenção ao reorientar os processos de trabalho com vistas à resolubilidade e acesso integral do usuário ao sistema público de saúde. Embora reconhecida como uma estratégia de sucesso, Sousa *et al.* (2021) sinalizam que a ESF ainda enfrenta diversos desafios que abrangem desde a redistribuição e a expansão do quantitativo de médicos com perfil adequado para trabalhar na lógica da APS. A flexibilização da carga horária da referida categoria profissional e a incipiente articulação dos serviços da APS com os níveis secundário e terciário, apontam para uma maior dificuldade de expansão da estratégia em grandes centros urbanos, além de uma redução da presença dos ACS nas equipes.

Os trabalhadores da saúde são profissionais que podem atuar no contato direto com o público, em cargos de gestão e ainda na educação permanente em saúde. Nesse contexto, e de maneira mais específica quando se fala do campo da assistência, destaca-se o fato de que estes trabalhadores lidam com situações desgastantes ou estressantes decorrentes da relação estabelecida entre o serviço de saúde e os seus usuários (Castro *et al.*, 2017).

Nesse contexto de trabalho da APS, se insere o enfermeiro como um trabalhador que, assim como as demais categorias profissionais inseridas na ESF, também está exposto a riscos,

estes têm relação direta com as condições de trabalho (Nescon, 2007). O termo “Condições de trabalho” é utilizado para referir-se às situações em que as atividades dos trabalhadores são desenvolvidas e em que nível estas são estabelecidas para atender as demandas da profissão (Nescon, 2007). Para além destas questões, os enfermeiros, por desenvolverem suas funções no território, também estão expostos a situações de violências, entre outros fatores que podem despertar sentimentos como frustração e impotência (Oliveira *et al.*, 2019).

De acordo com Ferreira e Mendes (2003), as condições de trabalho, assim como as relações intersubjetivas fazem parte do contexto de trabalho no qual a atividade laboral é desenvolvida, sendo as condições de trabalho constituídas por elementos que caracterizam as práticas administrativas, o apoio institucional e a infraestrutura local. Assim, as condições de trabalho podem ser consideradas como fator de risco para o sofrimento e, conseqüentemente para o adoecimento dos trabalhadores e das trabalhadoras da saúde.

Sabe-se que as investigações que compreendem os aspectos envolvidos na relação entre o trabalhador e o trabalho, como as dimensões físicas, químicas e biológicas, as quais podem predispor os trabalhadores ao adoecimento, não são recentes (Coelho *et al.*, 2021), porém, somente na década de 1980 que os estudos abordando a dimensão subjetiva do trabalho (Mendes; Ferreira, 2007; Ferreira; Mendes, 2003; Dejours, 2004; 2008), com foco no trabalho real, começaram a ser implementados (Ruiz; Araújo, 2012; Coelho *et al.*, 2021).

A investigação do cenário de trabalho tem sido objeto de vários estudos envolvendo distintas categorias profissionais, como é o caso de profissionais da área da saúde (Medeiros *et al.*, 2023; Coelho *et al.*, 2021) e de professores (Brum *et al.*, 2023; Hoffmann *et al.*, 2019; Gomes; Nunes; Pádua, 2019). Jimenez, Orozco e Caliz (2017) desenvolveram um estudo com auxiliares de enfermagem em um hospital da rede pública localizado na Colômbia e identificaram como risco de adoecimento para esta categoria a alta exigência emocional (65, 2%), a insegurança sobre as condições de trabalho (66, 1%) e o ritmo de trabalho (97, 6%).

O enfermeiro detém funções relevantes no âmbito das eSF, sendo atribuído a esse profissional atribuições, como: planejar, gerenciar e executar ações no âmbito da saúde individual e coletiva, supervisionar a assistência direta à população, realizar ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, articular ações intersetoriais, gerenciar os serviços de saúde, desenvolver educação em saúde e educação permanente, bem como conduzir essas equipes (Lopes *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, as condições de trabalho a que os enfermeiros são submetidos podem refletir sobre sua saúde, sobretudo quando se trata de aspectos relacionados à saúde mental, compreendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um estado de bem-estar em

que o sujeito percebe suas próprias habilidades além de poder lidar com os estresses do cotidiano, trabalhar produtivamente e contribuir com sua comunidade (OMS, 2014).

Os profissionais da área da saúde que desenvolvem seu trabalho de forma assistencial, como é o caso dos enfermeiros, são considerados da linha de frente e tem uma maior propensão a desenvolver psicopatologias, uma vez que têm contato direto com o cliente, passando a, naturalmente, envolver-se emocionalmente com os sujeitos que estão cuidando. Além disso, conforme destacam Gois *et al.* (2023) soma-se a esse cenário, a baixa remuneração e jornadas de trabalho exaustivas, resultando em um cansaço extremo e desmotivação com a profissão, acarretando um elevado nível de estresse.

Os autores sinalizam ainda um número expressivo de enfermeiros afastados de suas atividades laborais, e o crescente número de suicídios por parte desses profissionais, tornando relevante a abordagem da temática, bem como a análise dos fatores que levam o profissional a desenvolver sofrimento psíquico, suas consequências no aspecto físico e emocional do indivíduo.

O cenário da pandemia da Covid-19 evidenciou a essencialidade e indispensabilidade dos profissionais da enfermagem nos mais diversos cenários e níveis de complexidade da saúde, mostrando inclusive os riscos, os quais estiveram e estão expostos em seus processos de trabalhos, gerando sobrecargas que contribuirão para o adoecimento psíquico. O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) afirma que existem 733.356 enfermeiros registrados no Brasil, e destes, aproximadamente 50% desse contingente atuou na linha de frente durante a crise de saúde pública decorrente da pandemia de COVID-19 (Santos *et al.*, 2023).

Diante da problemática, apresentamos como pergunta-problema: Qual a relação das condições de trabalho dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família pós pandemia da Covid-19 e sua implicação na saúde mental, considerando suas condições sociodemográficas e a inserção no mercado de trabalho?

Destaca-se que a presente investigação se fundamenta na Psicodinâmica do Trabalho, abordagem teórica concebida por Christophe Dejours, a qual oferece subsídios para a compreensão das relações entre subjetividade e organização do trabalho.

1.1 Justificativa e Relevância da Pesquisa

O interesse em pesquisar as condições de trabalho e saúde mental em enfermeiros partiu do desejo da pesquisadora (mestranda), que é servidora pública concursada e lotada no Centro de Referência Especializado em Saúde do Trabalhador (CEREST) localizado em Tianguá,

município do interior do Ceará, em aprofundar os estudos sobre processos de trabalho e adoecimento mental desta categoria profissional. O CEREST Tianguá atua em todos os municípios da 13ª Coordenadoria Descentralizada de Saúde (COADS) (Ceará, 2022), a saber: Viçosa do Ceará, Tianguá, Ubajara, São Benedito, Ibiapina, Guaraciaba do Norte, Carnaubal e Croatá da Serra.

O dia a dia dos processos de trabalho nestes municípios, durante o trabalho do CEREST, me permitiu levantar algumas reflexões em relação a atuação do enfermeiro. Estes, fazem parte de uma categoria profissional que pode estar mais vulnerável ao adoecimento relacionado ao trabalho, pois são trabalhadores que exercem suas atividades na assistência à população, gerindo processos que vão desde a promoção de saúde e prevenção de doenças até as ações de vigilância em saúde.

Estudos (Baptista *et al.*, 2018; Fernandes; Soares; Silva, 2018; Damiani; Carvalho, 2021; Santos *et al.*, 2022; Moura *et al.*, 2022; Medeiros *et al.*, 2023) apontam que o trabalho do enfermeiro expõe estes profissionais a situações que desencadeiam estresse, esgotamento profissional, ansiedade e que fatores como a baixa remuneração, escassez de profissional, formas de organização do trabalho e a falta de reconhecimento são elementos determinantes para o processo de adoecimento.

Assim, reconhecendo a importância do trabalho e das práticas de cuidado de enfermagem na APS, este estudo teve como objetivo principal avaliar as condições de trabalho dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma região serrana do Ceará pós pandemia de Covid-19 e a relação com sua saúde mental, considerando suas condições sociodemográficas e a inserção no mercado de trabalho.

Mostra-se relevante ao estimular o debate acerca das condições de trabalho e saúde mental dos enfermeiros além da possibilidade de servir de subsídio para o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde mental destes profissionais, bem como fornecerá dados para a população em geral, a Secretaria Municipal da Saúde de Tianguá, meio acadêmico e científico, podendo servir de embasamento para ações de prevenção, cuidado e identificação do adoecimento dos trabalhadores da política pública de saúde.

Apresenta-se como inédito no cenário pesquisado, uma vez que oportuniza uma (re) significação das condições laborais e suas implicações na saúde mental destes trabalhadores e, consequentemente, no adoecimento mental e/ou na produção de saúde dos mesmos.

2 HIPÓTESES

a) A atuação do enfermeiro resulta em sobrecarga de trabalho, interferindo no processo saúde/doença.

b) O trabalho assume o sentido de realização profissional, de transformação da realidade e de meio de sobrevivência.

c) O sofrimento psíquico desencadeada parte de estressores provenientes das condições de trabalho, mais especialmente da organização do trabalho.

d) As características associadas ao prazer no ambiente laboral são voltadas à realização profissional, reconhecimento social.

e) As características associadas ao sofrimento no ambiente laboral estão relacionadas a jornada de trabalho, situação financeira, relações interpessoais, suporte emocional e inadequações nas condições de trabalho.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar as condições de trabalho dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma região serrana do Ceará pós pandemia da Covid-19 e a relação com sua saúde mental, considerando suas condições sociodemográficas e a inserção no mercado de trabalho.

3.2 Objetivos específicos

- a) Delinear o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros.
- b) Descrever as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na sua rotina laboral.
- c) Identificar a relação entre as condições de trabalho e os riscos de adoecimento do dos enfermeiros.
- d) Verificar a influência das condições de trabalho nos níveis de estresse e ansiedade dos enfermeiros.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Saúde Mental e Trabalho

A relação entre trabalho e saúde mental é profundamente estreita. Um ambiente de trabalho saudável apoia a saúde mental, ao passo que uma saúde mental de qualidade permite que o trabalhador desempenhe seu papel de forma mais produtiva e efetiva. Por outro lado, um ambiente de trabalho com condições precárias, inseguro ou insalubre pode prejudicar a saúde mental dos trabalhadores, e um sujeito com a sua saúde mental fragilizada pode não desempenhar seu trabalho de forma eficiente se não tiver suporte e apoio (OPAS, 2022a).

A natureza do trabalho, sob a égide do sistema econômico capitalista, vem sofrendo uma grande mudança desde o final do século XX. Os principais fatores desta transformação estão relacionados com a financeirização da economia, reestruturação da produção e a globalização dos mercados (Barbosa *et al.*, 2023). Essa transformação tem por objetivo atender às necessidades de produção das relações sociais capitalistas (Andrade *et al.*, 2023).

Neste contexto, um conjunto de medidas, oriundas da combinação de velhas e novas formas de exploração do trabalho, alteraram consideravelmente a composição da classe trabalhadora ao redor do mundo (Antunes; Praun, 2015). Como resultado dessa conjuntura, o desemprego e a precarização das condições de trabalho e emprego se tornaram elementos estruturais do neoliberalismo global, impactando diretamente as políticas sociais e as condições de trabalho e de vida dos trabalhadores (Barbosa *et al.*, 2023; Andrade *et al.*, 2023).

No Brasil, essa metamorfose da natureza do trabalho trouxe consigo uma série de elementos responsáveis pela precarização do trabalho como à perda de direitos e da seguridade social, baixos salários, terceirização de serviços essenciais e não essenciais, informalidade e novas regras e formatos de contratação (Lima; Sampaio; Ferreira Lima, 2023). Como resultado desse processo, é possível estabelecer uma relação direta entre os adoecimentos com nexo laboral, sobretudo aqueles relacionados a transtornos mentais e lesões osteomusculares (Antunes; Praun, 2015). Ainda de acordo com os autores, citados anteriormente, também é importante destacar a relação próxima entre os elevados índices de acidentes no trabalho com os trabalhadores terceirizados, decorrentes desse novo cenário do mundo do trabalho.

Conforme apontam Pereira *et al.* (2020), observando o atual contexto de trabalho no Brasil, é possível constatar uma flexibilização, intensificação do trabalho e perda de direitos trabalhistas. No entanto, essa realidade permanece em constante mudança, desde a globalização e a reestruturação produtiva vivenciadas na década de 1990, mostrando uma situação complexa das relações de trabalho e sociedade capitalista. Essas relações são moldadas em modelos de

gestão atuais que priorizam uma maior produção, com menos recursos em tempos menores, buscando do trabalhador, agora denominado erroneamente de colaborador, um patamar de excelência e melhoria contínua que reforçam o individualismo, aumentam o cansaço e se caracterizam como elementos centrais do adoecimento, sobretudo os relacionados a saúde mental, dos trabalhadores.

De acordo com Antunes (2020), nos últimos anos, a classe trabalhadora viu uma redução significativa nos patamares salariais e nas condições de existência imposta pelas corporações transacionais. Desta forma, de modo a complementarem a sua renda e para lutar com os altos índices de desemprego, os trabalhadores se submetem a um novo modelo que Antunes (2020) descreve como “Uberização do Trabalho” em alusão ao modelo de contratualização imposta pela empresa Uber. Esse modelo é caracterizado especialmente pela intensificação do trabalho, em que o trabalhador não tem horário para entrar nem sair do serviço, pela ausência de vínculo empregatício e pela falta de vigilância e controle permanentes e de direitos e garantias trabalhistas.

Dados do Relatório Mundial sobre Saúde Mental da OMS (2022a) consideram que trabalhadores com depressão e/ou ansiedade geram um custo para à economia global de quase um trilhão de dólares e são responsáveis pela perda de 12 bilhões de dias de trabalho. O documento também aponta que: 15% dos adultos em idade ativa no mundo sofreram de um transtorno mental em 2019, o que equivale a aproximadamente um bilhão de pessoas; mais de 1% das causas de morte no mundo são por suicídio, sendo que destes 58% ocorreram em pessoas com menos de 50 anos de idade; as principais causas de incapacidade estão relacionadas aos transtornos mentais; a expectativa de vida de pessoas com condições graves de saúde mental é reduzida em 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, em virtude de doenças físicas evitáveis; desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática representam os principais riscos estruturais à saúde mental no mundo. Durante o período da pandemia de Covid-19 houve um acréscimo de 25% nos casos de depressão e ansiedade.

No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontam que a terceira maior causa de afastamento no trabalho são causadas por transtornos mentais relacionados ao trabalho e que os dados expõem uma tendência de crescimento. Os resultados revelam que a depressão acomete mais de 10% dos sujeitos com 18 anos ou mais no país. A pesquisa também mostra o crescimento significativo do suicídio ocasionado por adoecimento no trabalho, de 13 mil suicídios notificados no sistema de informações de óbito, 10 mil casos ocorreram envolvendo

sujeitos que estão na faixa etária economicamente ativa (Brasil, 2023c). Em 2024 quase meio milhão de trabalhadores foram afastados de seus postos de trabalho em decorrência do adoecimento mental, representando um aumento de 68 % em relação a 2023, segundo dados do Ministério da Previdência Social (Cândioto, 2025).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022b) apresentou um resumo político sobre saúde mental no trabalho. O documento em questão apresenta uma série de estratégias e ações para governos, profissionais da saúde, acadêmicos e sociedade civil com o intuito de apoiar os países no combate aos problemas de saúde mental relacionados com o trabalho, como cargas de trabalho muito intensas, comportamentos negativos e outros fatores que geram sofrimento no trabalho. As ações estão relacionadas basicamente em quatro eixos principais, sendo eles:

- **Prevenção** de problemas de saúde mental associados com o trabalho por meio da gestão de riscos psicossociais, incluindo a utilização de intervenções organizacionais para remodelar as condições, culturas e relações de trabalho.
- **Proteção e Promoção** à saúde mental no trabalho, por meio de formação e intervenções que auxiliam o combate a problemas de saúde mental e capacitação dos trabalhadores para buscarem apoio quando necessitarem.
- **Apoio** aos trabalhadores com problemas de saúde mental para que possam participar de forma plena e equitativamente no trabalho por meio de adaptações razoáveis, programas de regresso ao trabalho e iniciativas de emprego apoiadas.
- **Criação de um ambiente propício** com ações para melhorar a saúde mental no trabalho por meio de liderança, investimento, direitos, integração, participação, evidências e conformidade.

No mesmo documento apresentado pela OMS (2022b), apresenta-se uma série de exemplos de riscos psicossociais no trabalho e suas respectivas intervenções organizacionais, apontados no Quadro 1:

Quadro 1 - Possíveis riscos psicossociais no trabalho e intervenções organizacionais.

Aspecto do Trabalho	Potenciais Riscos Psicossociais	Exemplos de Intervenções Organizacionais
Conteúdo do Trabalho / <i>Design</i> de Tarefa	Falta de variedade no trabalho; subutilização de competências ou subqualificação para o trabalho.	- Abordagens participativas para o <i>design</i> do trabalho. - Rotação de tarefas ou redesenho de trabalho.

Aspecto do Trabalho	Potenciais Riscos Psicossociais	Exemplos de Intervenções Organizacionais
Carga de Trabalho e Ritmo de Trabalho	Cargas de trabalho pesadas; ritmo de trabalho elevado, grandes pressões de tempo; prazos contínuos e curtos.	<ul style="list-style-type: none"> - Limites de horas de trabalho ou número de turnos. - Prazos e metas alcançáveis. - Exigências de trabalho adequadas.
Horário de Trabalho	Jornada de trabalho longa ou antissocial; horário inflexível.	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagens participativas para agendamento. - Arranjos de trabalho flexíveis. - Pausas Planejadas. - Instalações de bem-estar e apoio disponíveis em horários atípicos.
Controle de Trabalho	Falta de controle sobre o <i>design</i> ou carga de trabalho do trabalho; participação limitada na decisão do próprio trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagens participativas para a concepção do trabalho, organização do trabalho e tomada de decisões. - Comunicação frequente e aberta.
Ambiente e Equipamentos	Equipamentos e recursos inseguros; más condições físicas de trabalho (como iluminação deficiente, ruído excessivo ou irritante, ergonomia deficiente).	<ul style="list-style-type: none"> - Investimento em ambientes e equipamentos melhores que atendam aos requisitos legais de saúde e segurança para os trabalhadores.
Cultura Organizacional	Objetivos organizacionais pouco claros; comunicação pobre; cultura que permite discriminação ou abuso.	<ul style="list-style-type: none"> - Oportunidades para consulta e cooperação significativas com os trabalhadores. - Estruturas organizacionais para lidar com tratamento injusto, comportamento ofensivo e abusivo. - Apoio aos trabalhadores afetados.
Relações Interpessoais no Trabalho	Isolamento social ou físico; apoio limitado de supervisores ou colegas; supervisão autoritária e má gestão de linha; violência, assédio ou intimidação; discriminação e exclusão.	<ul style="list-style-type: none"> - Quadros para prevenir a violência, o assédio e a discriminação, e para investigar e lidar de forma eficaz com incidentes. - Oportunidades para melhorar conhecimentos, atitudes e habilidades para supervisores e gerentes de linha. - Oportunidade de apoio de pares, inclusive em horários ou locais de trabalho atípicos.
Papel na Organização	Cargo pouco claro dentro da organização ou equipe.	<ul style="list-style-type: none"> - Funções de trabalho, estruturas de relatórios e requisitos de desempenho claramente definidos e sustentáveis.
Desenvolvimento de Carreira	Sub ou superpromoção; insegurança no trabalho; fraco investimento no desenvolvimento; procedimentos punitivos para ausências por doença e gestão de desempenho.	<ul style="list-style-type: none"> - Perspectivas justas e boas de treinamento profissional e reciclagem. - Trabalho formal e seguro através de contratos em conformidade com a legislação e práticas nacionais,

Aspecto do Trabalho	Potenciais Riscos Psicossociais	Exemplos de Intervenções Organizacionais
		incluindo licença médica remunerada. - Igualdade de oportunidades e transparência em todos os processos. - Gestão e desempenho de suporte.
Interface casa-trabalho	Demandas conflitantes entre casa e trabalho; estar longe de casa para trabalhar.	- Arranjos de trabalhos flexíveis. - Apoio aos cuidadores.

Fonte: OMS (2022b).

4.2 O Trabalho do Enfermeiro e o Processo Saúde-Doença

As discussões sobre os processos de trabalho em saúde têm se tornado imprescindíveis para a compreensão da estruturação da assistência à saúde sobretudo quando se avalia os processos de produção de subjetividades a partir das relações de poder tão importantes para a problematização da produção do cuidado e da formação na área da saúde. Buscando entender o cotidiano laboral como um local de práticas e, assim, constituído de micropolíticas, Foucault (2010) explica que o poder constitui o cotidiano, as relações e o surgimento de saberes, entendendo esses saberes como maneiras específicas de relações de poder.

Partindo desse lugar e da aplicação dos conceitos marxistas do trabalho ao campo da saúde, Mendes Gonçalves formulou o conceito de “processos de trabalho em saúde” (Peduzzi; Schraiber, 2009). De acordo com a teoria marxista, o processo de trabalho apresenta três elementos que são componentes desta ação, a saber: 1) a atividade (trabalho), que é realidade com uma determinada finalidade; 2) o objeto de trabalho (material ou matéria prima) e; 3) os instrumentos (meios de trabalho) (Marx, 2017).

Inicialmente, o conceito de “processos de trabalho em saúde” foi desenvolvido levando em consideração o trabalho da categoria médica. Somente na década de 1980 que ele foi ampliado para as demais categorias profissionais, dentre elas, a Enfermagem (Peduzzi; Schraiber, 2009). Aqui, entendendo ‘processos de trabalho em saúde’ como sendo à prática dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde inseridos nos mais variados dispositivos que prestam assistência à população.

Cecília Puntel de Almeida, à luz do referencial marxista do trabalho, inaugura os estudos sobre os processos de trabalho na Enfermagem, sendo ainda considerada uma “construtora de pontes entre enfermagem e a saúde coletiva brasileira” (Scochi; Mishima; Peduzzi, 2015). Nesta perspectiva, a autora analisa a enfermagem como sendo uma prática social integrante do processo de divisão do trabalho em saúde e de maneira articulada com as demais práticas e ao

modo de organização da sociedade capitalista” (Scochi; Mishima; Peduzzi, 2015; Alvarenga; Sousa, 2022).

A profissão de enfermeiro é regulamentada por meio da lei nº 7498 de 25 de junho de 1986 (Brasil, 1986). A atuação do profissional de enfermagem pode ser materializada nos mais diversos contextos laborais (gestão, assistência, docência, entre outros). No Brasil, um dos principais contextos de trabalho da enfermagem é na APS.

O trabalho de enfermagem na APS é reconhecido e tem suas práticas orientadas por meio da Lei nº 7.498/86 e por resoluções dos Conselhos Regionais de Enfermagem (Coren). Além destas normativas, sua atuação está amparada na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017), que define as competências assistenciais e gerenciais do trabalho dos enfermeiros, assim como em documentos técnicos do Ministério da Saúde, protocolos, diretrizes e / ou outras normativas estabelecidas pelos gestores federal, estaduais, municipais ou do Distrito Federal.

As competências assistenciais podem ser compreendidas como a realização do atendimento aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes, atendimento no domicílio ou em outros espaços comunitários – quando necessário – respeitando assim os diferentes grupos de usuários. Associam-se ao escopo de suas competências procedimentos como a realização de consultas, solicitação de exames complementares e a prescrição de medicações, sempre respaldados na legislação vigente e em protocolos estabelecidos. Ao passo que as competências gerenciais abrangem supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos / auxiliares de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate as Endemias (ACE), implementar e manter as rotinas, fluxos e protocolos atualizados de sua área de competência, podendo ainda exercer outras atribuições de acordo com sua legislação profissional e / ou pactuadas pela gestão municipal.

Segundo Sanna (2007) na Enfermagem existem diversos processos de trabalho, os quais podem ou não serem executados simultaneamente. Sendo eles: o processo de assistir, o processo de administrar, o processo de ensinar, o processo de pesquisar e o processo de participação política. Estas atividades sobre os processos de trabalho dos enfermeiros coadunam com as práticas cotidianas realizadas por estes profissionais na APS, envolvendo as competências assistenciais e gerenciais regulamentadas na PNAB.

A atuação profissional do enfermeiro envolvendo a gestão dos processos de trabalho em saúde nas dimensões assistencial e gerencial voltadas para o sujeito e a coletividade demanda um perfil profissional com conhecimentos, habilidades e competências (atitudes) para resolver ou ainda minimizar os desafios oriundos desta *práxis*. Nesta perspectiva, vários fatores podem

impactar na resolubilidade das práticas de enfermagem. Entre esses fatores, coloca-se em evidência as condições laborais.

As condições de trabalho podem ser caracterizadas como um importante indicador para o bem-estar do trabalhador no seu contexto laboral. Entretanto, a exposição recorrente a cargas biológicas, físicas e psíquicas podem levar o trabalhador ao adoecimento. Nessa perspectiva, a exposição a riscos psicossociais pode impactar a saúde física, psicológica e social do trabalhador (Hupke, 2020).

Os riscos psicossociais podem atravessar as práticas do profissional de enfermagem. Em estudo realizado por Fernandes, Soares e Silva (2018) identificou-se exposições ocupacionais gravosas à saúde dos trabalhadores como: carga de trabalho elevada, insuficiência de pessoal, níveis significativos de responsabilidades, ausência de reconhecimento profissional, relações conflituosas entre a equipe, longas jornadas de trabalho, duplo vínculo de trabalho, desconhecimento de exposições a riscos ocupacionais danosos, bem como assédio sexual no trabalho. Como consequência, estes riscos podem ocasionar afastamentos por doenças do sistema osteomuscular e transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho (Baptista *et al.*, 2018).

Os Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) afetam aproximadamente 700 milhões de pessoas no mundo e a depressão, a ansiedade e o estresse lideram a lista dos mais comuns (Oliveira *et al.*, 2019). A OPAS aponta que cerca de 970 milhões de pessoas no mundo tiveram algum transtorno mental em 2019 e que este número pode se agravar com o cenário resultante da pandemia por Covid-19 (OMS, 2022c). Esta tendência vem sendo apontada também pela OMS (OPAS, 2022a) ao alertar, por exemplo, que a pandemia por Covid-19 aumentou em 25% o número de prevalência de casos de ansiedade e depressão.

Da mesma maneira, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) estima que aproximadamente 12 bilhões de dias de trabalho são perdidos anualmente devido a depressão e a ansiedade (OPAS, 2022b). Ainda de acordo com a OIT problemas como depressão e ansiedade custam à economia global aproximadamente um trilhão de dólares. No Brasil, os transtornos mentais relacionados ao trabalho já representam a terceira maior causa de afastamentos do trabalho, seguindo uma piora crescente desse quadro nos últimos anos (Brasil, 2023a).

O Sistema Único de Saúde (SUS) atendeu quase três milhões de casos de doenças relacionadas ao trabalho entre 2007 e 2022, de acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde (Brasil, 2023b). Dados do Ministério da Previdência Social (MPS) apontam que, no ano de 2023, foram concedidos 288.865

benefícios por incapacidade devido a transtornos mentais e comportamentais no Brasil, indicando um aumento substancial de 38% a mais do que no ano de 2022, quando foram concedidos 209.124 benefícios. Em 2021, foram concedidos 200.244, apontando um crescimento significativo. Esses números abrangem os benefícios por incapacidade permanente e os benefícios por incapacidade temporária (antigo auxílio-doença) (SIPCES, 2024).

Em contraponto, os dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) indicam uma discrepância quando comparados com os dados do MPS. De acordo com o Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN NET, entre os anos de 2021 e 2023, 7.917 trabalhadores foram acometidos por Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT), destes, 5.449 eram do sexo feminino e 2.468 do sexo masculino (Brasil, 2024b). No estado do Ceará, 358 trabalhadores foram diagnosticados com TMRT. No município de Tianguá (CE), o SINAN NET aponta 18 notificações relacionadas a TMRT, destas, 12 são em trabalhadoras e seis em trabalhadores, o que pode indicar uma subnotificação. É importante ratificar que os TMRT são de notificação compulsória.

No final do ano de 2023, após 24 anos, o Ministério da Saúde atualizou a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1.999, de 27 de novembro de 2023 que trata sobre a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT), o que resultou na incorporação de 165 novas patologias que podem ocasionar danos à saúde física e/ou mental do trabalhador, passando a incluir transtornos mentais como a Síndrome de *Burnout*, ansiedade, depressão e tentativa de suicídio como doenças relacionadas ao trabalho (Brasil, 2023b). A LDRT atende toda a população trabalhadora, independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho ou se urbana ou rural. Adicionalmente, insta destacar que, as doenças relacionadas ao trabalho são de notificação compulsória pela autoridade de saúde, em ficha apropriada para cada doença ou agravo.

O segurado pode ser afastado por qualquer doença que cause incapacidade para o trabalho. No entanto, se o afastamento for devido a uma doença relacionada ao trabalho e durar mais de 15 dias, ele receberá do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) o benefício por incapacidade temporária (antigo auxílio-doença) acidentário (Brasil, 2024a). Este benefício assegura a isenção de carência para sua obtenção e garante estabilidade no emprego por 12 meses após o retorno ao trabalho, período durante o qual o empregado não pode ser demitido sem justa causa. Além disso, a Previdência Social garante aos trabalhadores com transtornos mentais e comportamentais a estabilidade no emprego, protegendo-os contra doenças que ainda sofrem discriminação e são muitas vezes mal compreendidas.

5 REFERENCIAL TEÓRICO: A PSICODINÂMICA DO TRABALHO DE CHRISTOPHE DEJOURS

A Psicodinâmica do Trabalho é uma das abordagens ancoradas no referencial das Clínicas do Trabalho. Na década de 1970, como resultado do embate entre a antropologia psicanalítica e a ergonomia, nasceram as Clínicas do Trabalho (Dejours, 2012). Entende-se por Clínica do Trabalho “a atividade pela qual o sujeito se afirmar na sua relação consigo mesmo, com os outros com quem trabalha e pela qual colabora para a perpetuação de um gênero coletivo” (Bendassolli; Soboll, 2011, p. 69), tiveram como objetivo entender as vivências de prazer e sofrimento no contexto de trabalho, desenvolvendo estratégias para quantificar esse sofrimento, ressignificando em experiências de prazer por meio da promoção da autonomia e da realização pessoal, assim como indicar intervenções visando melhorar as relações entre o trabalho e o funcionamento psíquico do indivíduo (Dejours, 2012; Magnus; Merlo, 2015).

Dejours (2004, p. 28) define a Psicodinâmica do Trabalho como sendo “(...) uma disciplina clínica que se apoia na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental (...)” mas que também é “(...) uma disciplina teórica que se esforça para inscrever os resultados da investigação clínica da relação com o trabalho numa teoria do sujeito que engloba, ao mesmo tempo, a psicanálise e a teoria social”.

A Psicodinâmica do Trabalho concentra-se nas vivências subjetivas dos trabalhadores em relação às suas atividades laborais. Dejours (2004) destaca que o trabalho não é apenas uma fonte de renda, mas também de identidade e realização pessoal. Contudo, condições adversas de trabalho, como carga excessiva de trabalho, falta de reconhecimento e ambientes insalubres, podem levar ao sofrimento psíquico.

Assim, a Psicodinâmica do Trabalho discute a relação entre o funcionamento psíquico do trabalhador e a organização do trabalho e as implicações positivas ou negativas para a saúde mental (Dejours, 2004). Colocando de outra forma, esta teoria trata dos aspectos para a identificação das vivências de prazer e de sofrimento, embasando a compreensão da relação entre a organização do trabalho e a saúde ou adoecimento do trabalhador, adicionalmente avalia as maneiras como este trabalhador enfrenta as situações de sofrimento no contexto laboral.

Dejours (2004) propõe que a compreensão do sofrimento no trabalho exige uma análise das "estratégias coletivas de defesa", nas quais os trabalhadores, coletivamente, encontram maneiras de reduzir o impacto negativo das condições laborais. Essas estratégias podem incluir o estabelecimento de normas informais, a criação de uma cultura de apoio mútuo e a adoção de práticas que suavizem as exigências do trabalho, lugar de sofrimento psíquico. A organização

do trabalho (tarefa) constrange os desejos e as necessidades dos sujeitos, gerando frustrações e conflitos.

Nesse mesmo sentido, Ferreira e Mendes (2003) explicam que, por meio da psicodinâmica do trabalho, é possível investigar a saúde do trabalhador no seu contexto laboral. Além de analisar o seu sofrimento e as estratégias de mediação utilizadas por estes trabalhadores não só para dar um novo significado, mas também para superar o seu sofrimento e, com isso, ajudar na promoção de um ambiente de trabalho mais prazeroso.

Para esta abordagem, o trabalho exerce um papel fundamental para a construção da identidade do sujeito, produzir novos sentidos sobre o trabalho e de autoestima, mas também como um determinante social importante para o sofrimento psíquico. Este mesmo trabalho que proporciona vivências de prazer para o trabalhador, também oportuniza vivência de sofrimento (Augusto; Freitas; e Mendes, 2014). Para Dejours (2008), o sofrimento do sujeito é algo inerente ao trabalho.

De acordo com Dejours (1994), o trabalhador empreende energia física, afetiva e cognitiva, tanto de forma individual quanto de forma coletiva com o intuito de dar conta das exigências inerentes ao trabalho. Assim, nesse processo, o indivíduo pode vivenciar prazer e/ou sofrimento, todavia, quando o sofrimento se torna predominante, o trabalhador tende a desenvolver estratégias de enfrentamento com o intuito de preservar seu equilíbrio emocional, bem como manter sua capacidade produtiva. Estas estratégias de enfrentamento podem ser nomeadas de estratégias de mobilização, defensiva ou operatória (Augusto; Freitas; Mendes (2014).

Dejours (1994; 2008) explica que as estratégias de defesas buscam reduzir o sofrimento no âmbito do trabalho, já as de mobilização transformam o sofrimento e evitam o adoecimento dando sentido ao trabalho que é realizado. As estratégias operatórias seriam aquelas que viabilizam o trabalho real, aquele que é executado pelo trabalhador.

Nesse sentido, Dejours, Abdoucheli, Jayet (2015) retratam estas estratégias como uma maneira de regulação subjetiva (emocional) diante às contradições do trabalho, permitindo ao sujeito continuar desempenhando suas atividades mesmo em contextos laborais que são potencialmente adoecedores.

6 METODOLOGIA

6.1 Delineamento da Pesquisa

Realizou-se uma pesquisa de abordagem mista. O estudo utilizando métodos mistos pode ser definido como aquele em que o pesquisador coleta e analisa os achados utilizando abordagens ou métodos qualitativos e quantitativos em um único estudo (Creswell; Clark, 2013; Gil, 2017).

A utilização de desenhos com métodos mistos embora ainda desconhecida nas ciências sociais e humanas tem sido incorporada cada vez mais, nos mais variados tipos de estudos, sendo tendência crescente na pesquisa em saúde (Creswell; Creswell, 2021). Envolve a coleta de dados qualitativos e quantitativos em resposta às hipóteses da pesquisa; inclui métodos rigorosos de coleta de dados, análise e interpretação dos dados quantitativos e qualitativos.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, do ponto de vista metodológico, Minayo e Sanches (1993) defendem que não há uma contradição na escolha quali-quantitativa e que ambas são de natureza diferente. Ainda, de acordo com os autores acima mencionados, do ponto de vista epistemológico nenhuma das duas abordagens é considerada mais científica do que a outra. Uma busca identificar aspectos que se repetem e podem ser tratados de forma homogênea, enquanto a outra objetiva explorar as singularidades e os significados individuais (Minayo, 2017). A abordagem qualitativa trabalha com representações, crenças, valores, buscando aprofundar-se da complexidade do fenômeno estudado, enquanto a quantitativa debruça-se sobre os níveis de realidade em que os dados são transformados em informação e, dessa maneira, assumem sentido, como é o caso deste estudo que busca avaliar as condições de trabalho dos enfermeiros e sua relação com sua saúde mental.

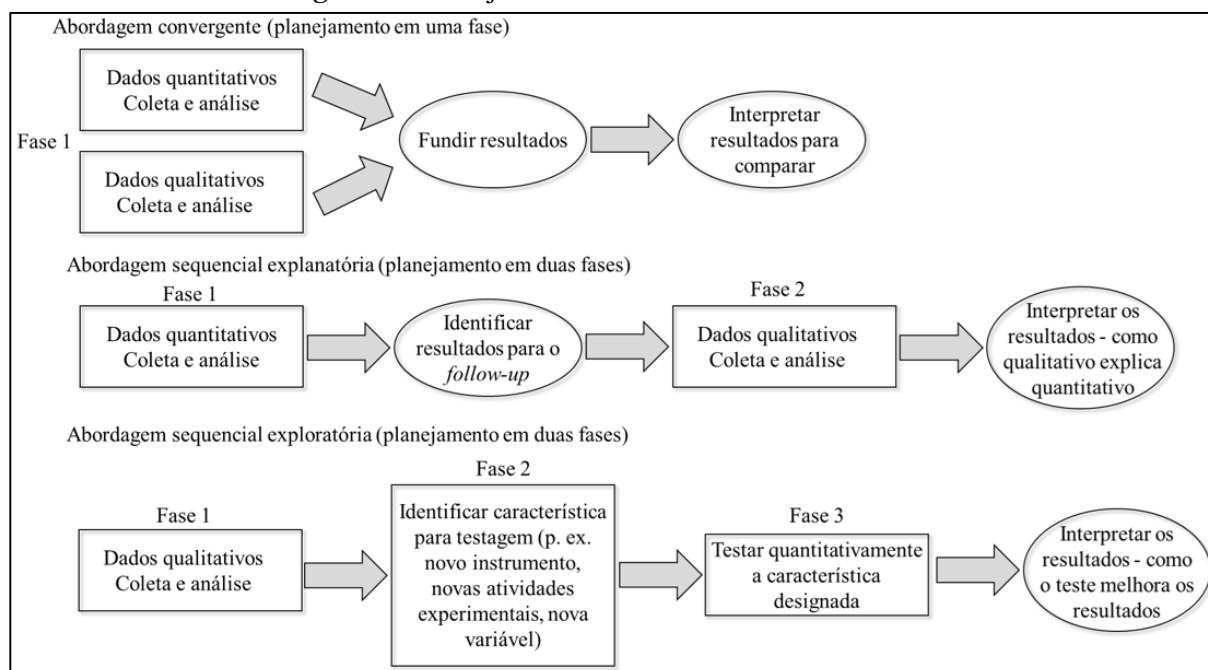
A realização de uma pesquisa utilizando métodos mistos refere-se a um estudo que emprega métodos diferentes para responder uma questão de pesquisa complexa e não a condução de dois estudos diferentes ou separados, tendo como objetivo maior coletar dados e transformá-los em informações que se complementam (Ingham-Broomfield, 2016). Assim, a escolha por esta abordagem fez-se necessária por ser uma maneira de buscar um entendimento maior acerca dos fenômenos ou problemas da pesquisa a partir da síntese e integralização dos dados quantitativos (tendências estatísticas) com as histórias laborais dos enfermeiros (dados qualitativos), dados que não se obteriam optando apenas por uma única abordagem (Creswell; Clark, 2013).

Santos *et al.* (2017) apontam que, em uma pesquisa de métodos mistos, deve-se considerar quatro aspectos principais: 1) distribuição de tempo; 2) atribuição de peso; 3)

combinação e 4) teorização. Creswell e Clark (2013) explicam que na distribuição de tempo deve-se avaliar se os dados quantitativos e qualitativos serão coletados em fase (sequencialmente) ou ao mesmo tempo (concomitantemente). Já a atribuição de peso diz respeito à definição da prioridade à pesquisa qualitativa ou quantitativa no estudo. A combinação refere-se ao modo como os dados serão tratados, isto é, se os dados qualitativos e quantitativos serão mantidos separados, se serão fundidos ou ainda se de algum modo serão combinados. Por fim, a teorização que está relacionada com a escolha da base teórica norteadora do projeto de métodos misto.

Com base nos aspectos acima descritos, existe uma variada tipologia para classificar e identificar os tipos de estratégias de métodos mistos, Creswell e Creswell (2021) identificam três abordagens de métodos mistos essenciais: a abordagem convergente; a abordagem sequencial explanatória e a abordagem sequencial exploratória (Figura 1).

Figura 1 – Planejamentos de métodos mistos essenciais



Fonte: Creswell e Creswell (2021, p.181).

Nesta pesquisa, utilizou-se a abordagem sequencial explanatória que consiste, segundo os autores citados anteriormente, no planejamento de pesquisa em duas fases, em que o pesquisador coleta os dados quantitativos na primeira fase, analisa os resultados e depois usa os resultados para planejar ou se basear para a fase qualitativa (segunda fase). Dito de outra forma, os dados coletados na primeira fase foram utilizados como informações que basearam a segunda fase.

Assim, a utilização do desenho de pesquisa com métodos mistos justifica-se pela complexidade dos fenômenos aqui estudados (Condições de Trabalho e Saúde Mental à luz do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours) e do seu ponto forte em se apoiar tanto na pesquisa qualitativa quanto na quantitativa minimizando assim, as limitações dessas duas abordagens quando utilizadas de forma separadas (Creswell; Creswell, 2021).

6.2 Campo da pesquisa

A APS de Tianguá - CE é o cenário desta pesquisa. O Ceará possui 22 Coordenadorias Descentralizadas de Saúde distribuídas pelas cinco Regiões de Saúde (Fortaleza, Norte, Cariri, Sertão Central, Litoral Leste e Jaguaribi (Ceará, 2017)). O município de Tianguá é a sede da 13ª Coordenadoria Descentralizada de Saúde (COADS) que abrange oito municípios (Viçosa, Tianguá, Ubajara, Ibiapina, São Benedito, Carnaubal, Guaraciaba do Norte e Croata da Serra), estando localizado na microrregião da Ibiapaba, Mesorregião do Noroeste Cearense e está subdividida em oito unidades, sendo a sede e mais sete distritos: Arapá, Pindoguaba, Caruataí, Tabaíña, Itaguaruna, Acarape e Bela Vista (Tianguá, 2024). Conforme dados do último Censo (IBGE, 2022) populacional, Tianguá possui 81.506 habitantes. No que se refere ao trabalho e renda dos tianguaenses, ainda conforme dados do (IBGE, 2021) o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 1,7 salários-mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 14,3%.

O site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Brasil, 2024c), aponta que o município de Tianguá conta com 28 UBS, destas, 12 estão localizadas na zona rural e 16 na zona urbana do município.

De acordo com as informações públicas do site e-Gestor da Atenção Básica, o município de Tianguá conta com 26 equipes de Saúde da Família financiadas pelo governo federal e 79.320 cadastros de indivíduos e/ou famílias junto as eSF. Ainda de acordo com o referido portal, a cobertura da APS em Tianguá é de 100% (Brasil, 2021).

Nessa perspectiva, a ESF de Tianguá – CE possui 28 UBS como principal forma de acesso ao Sistema de Saúde do município, sendo composta por 26 equipes de Saúde da Família (eSF) e duas equipes do Atenção Primária (eAP). De acordo com a portaria nº 2.539 de 26 de setembro de 2019 do Ministério da Saúde a eAP difere da eSF em sua composição, de modo a atender às características e necessidades de cada município, e deverá observar as diretrizes da PNAB e os atributos essenciais da APS, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade.

6.3 Participantes da pesquisa

Participaram desta pesquisa enfermeiros vinculados a ESF do município de Tianguá-Ce que estavam atuando nas UBS desenvolvendo atividades assistenciais e gerenciais amparadas na PNAB, bem como em documentos técnicos do Ministério da Saúde, protocolos, diretrizes e/ou outras normativas estabelecidas pelos gestores federal, estaduais, municipais ou do Distrito Federal.

Como critérios de elegibilidade, foram incluídos os enfermeiros que estavam há mais de três meses desenvolvendo suas funções laborativas na assistência e/ou gerência da UBS; e foram excluídos aqueles com atuação inferior a três meses, bem como aqueles enfermeiros (as) preceptores que não tenham vínculo de trabalho formal com o serviço público de saúde e ainda enfermeiros (as) ausentes por motivo de férias ou licença de qualquer natureza.

Insta afirmar que a anuência para participação na pesquisa ocorreu por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A e APÊNDICE B), constituiu-se também como um critério de inclusão do estudo.

Levando em consideração as informações, o universo de participantes desta pesquisa foi constituído por 44 enfermeiros atuantes em Unidades Básicas de Saúde, desempenhando a função de enfermeiro gerente ou enfermeiro assistencial. Todos os enfermeiros elegíveis foram convidados a participarem da primeira fase da pesquisa, de natureza quantitativa. No entanto, apenas 28 aceitaram e demonstraram disponibilidade para participar, enquanto os demais 16 não responderam ao convite ou não puderam participar dentro do período estabelecido para a coleta de dados em decorrência de demandas específicas de trabalho ou ainda porque estavam de férias ou atestado médico.

Com o objetivo de ampliar a participação, foram implementadas diversas estratégias de recrutamento a saber: (1) contato telefônico; (2) envio de mensagens por meio do aplicativo *WhatsApp* e, (3) visitas presenciais às Unidades Básicas de Saúde. Em algumas unidades, foi necessário realizar mais de uma visita para possibilitar o contato direto com os profissionais. Apesar dos esforços empregados, nem todos os enfermeiros convidados deram retorno. Ademais, durante o período de coleta de dados, três profissionais encontravam-se em período de férias, fato que inviabilizou sua participação na pesquisa.

6.4 Coleta de dados mistos

Para a operacionalização deste estudo, a pesquisadora entrou em contato com a Secretaria Municipal da Saúde com o intuito de solicitar a autorização da gestão municipal para

a realização da pesquisa. Esta autorização foi formalizada por meio da assinatura do Termo de Anuência Institucional (APÊNDICE C).

Os enfermeiros foram selecionados por meio de uma amostra não probabilística por conveniência. Foi utilizado, como ação de obtenção de dados, o método de amostragem em bola-de-neve, que consiste em um mecanismo que será desencadeado através de indicações e denominado por sementes (Dewes, 2013). Dito de outra maneira, os primeiros participantes da amostra são entendidos como “onda zero”. Dando início a este processo, foi solicitado para cada semente que indicasse um contato “n” – outros possíveis participantes – que eles considerassem membros da população (Dewes, 2013). A “onda um” foi formada pelas pessoas indicadas pelos sujeitos da “onda zero”, que fazem parte da população da amostra e que não fazem parte da “onda zero”. O procedimento teve seguimento até que o quantitativo da amostragem fosse alcançado ou mesmo quando uma nova onda não produziu determinados números de novos informantes (Dewes, 2013).

Para a coleta de dados desta pesquisa foi utilizada a abordagem sequencial explanatória proposta por Creswell e Creswell (2021). Seguindo a estratégia de planejamento desta abordagem, a pesquisa foi dividida em duas fases ou etapas distintas com rigorosa amostragem quantitativa na primeira fase e com amostragem por conveniência na segunda etapa qualitativa.

- Na **primeira etapa** todos os enfermeiros vinculados a ESF que aceitaram participar da pesquisa (n 28) responderam aos seguintes instrumentos: 1) Questionário sociodemográfico e mercado de trabalho; 2) Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA) e 3) Escala DASS (*Depression, Anxiety and Stress Scale*) 21.
- Na **segunda fase** ou etapa da coleta de dados, 12 enfermeiros responderam a uma entrevista semiestruturada. A escolha destes profissionais para participarem da fase qualitativa ocorreu por meio da conveniência e seguiu até a saturação teórica das informações.

A saturação da coleta de dados ocorre quando nenhum elemento novo é descoberto e a adição de mais informações não é mais necessária, uma vez que não contribuiria para uma compreensão mais ampliada do fenômeno estudado (Minayo, 2017). A aplicação mais comum do critério de saturação envolve a realização sequencial de entrevistas semiestruturadas, com respostas abertas, assim, o pesquisador categoriza os tipos de respostas e registra as repetições (Nascimento *et al.*, 2018). Quando não são registradas novas informações ou temas adicionais, é identificado o ponto de saturação.

Segundo Creswell e Creswell (2021), a ideia de saturação é oriunda da teoria fundamentalista. Para utilizar esse critério, Charmaz explica que interrompemos a coleta de dados quando os temas ou categorias estão saturados, ou seja, quando a coleta de novos dados

não gera novos *insights*, assim, este será o momento em que o pesquisador terá uma amostra adequada (Chamaz, 2006, p. 155 apud Creswell; Creswell, 2021).

Insta informar que, antes da coleta principal de dados por meio da entrevista semiestruturada, foram conduzidas entrevistas (n 4) com o intuito de validar o roteiro previamente estabelecido pela pesquisadora. Com essa etapa, esperava-se assegurar que o roteiro elaborado estivesse em conformidade com os objetivos da pesquisa de mestrado e que as perguntas pudessem ser ajustadas para evitar interpretações ambíguas, dúvidas ou ainda uma variedade excessiva de respostas. Considera-se que esta etapa foi imprescindível também para garantir a integridade do método e, dessa maneira, alcançar a saturação teórica.

Por fim, a descrição dos instrumentos que foram utilizados na pesquisa:

1) Questionário sociodemográfico e profissional (APÊNDICE D):

O **questionário sociodemográfico e profissional** contemplou os seguintes aspectos: sexo, idade, estado civil, ter filhos, renda familiar mensal, carga horária semanal, vínculo empregatício, remuneração na função, escolaridade, tempo trabalhando no cargo, treinamento para a realização da sua função, atividades diárias compatíveis com o cargo de trabalho, afastamento do trabalho e se tem outro trabalho, condição de saúde específica, entre outros aspectos). O objetivo foi delimitar variáveis para obter a caracterização profissional e demográfica do enfermeiro, como também conhecer as características das atividades desenvolvidas por eles em sua rotina laboral.

2) Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA) (ANEXO A):

O **Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA)** foi validado em pesquisas realizadas por Mendes e Ferreira (2007). Este instrumento objetivou investigar o contexto laboral bem como as possíveis exigências (física, cognitivas e afetivas), danos, riscos de adoecimento e as vivências de prazer e sofrimento no trabalho (Mendes; Ferreira, 2007).

O ITRA é um instrumento composto por 123 questões, divididas em quatro escalas que se correlacionam do tipo *likert* (Mendes; Ferreira, 2007), a saber: 1) Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), que tem por objetivo descrever o contexto laboral por meio de representações relativas aos três domínios construídos com itens negativos: **organização do trabalho** (confiabilidade de 0,72), **condições de trabalho** (confiabilidade 0,89) e **Relações Socioprofissionais** (confiabilidade 0,87) (Mendes; Ferreira, 2007). Sua análise foi realizada a partir de três níveis que consideram a média e desvio-padrão em relação à média. Assim, essa classificação compreende os níveis: grave (score fatorial acima de 3,7), moderado ou crítico (scores entre 2,3 e 3,69) e positivo ou satisfatório (score abaixo de 2,3); 2) Escala de Custo Humano do Trabalho (ECHT), que apresenta questões sobre as exigências do trabalho relativas

ao **custo físico, cognitivo e afetivo**, os quais refletem os três domínios da escala construída com questões negativas (Mendes; Ferreira, 2007). Seus itens foram avaliados por meio de uma escala, do tipo *likert* de cinco pontos, de exigência dos indicadores de custo humano do trabalho, cujo escore fatorial é obtido por meio da média entre os itens. Sua análise deve ser realizada a partir de três níveis que consideram a média e desvio-padrão em relação a média. Assim, essa classificação compreende os níveis: grave (escore fatorial acima de 3,7), moderado ou crítico (escores entre 2,3 e 3,69) e positivo ou satisfatório (escore abaixo de 2,3); 3) Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT), que são representações relativas aos danos físicos e psicossociais e descreve os efeitos do trabalho. Composta por três domínios: danos físicos, psicológicos e sociais (Mendes; Ferreira, 2007). Diferentemente das demais, a EADRT é uma escala de sete pontos que objetiva avaliar a ocorrência (uma, duas, três vezes etc.) os danos provocados pelo ambiente laboral, nos últimos três meses. Assim, sua análise deve ser feita levando em consideração quatro níveis considerando a média e desvios-padrão em relação à média. Para os níveis de avaliação mais negativa (escore fatorial acima de 4,1), avaliação mais grave (entre 3,1 e 4,0), moderado ou crítico (escores entre 2,0 e 3,0) e avaliação mais positiva, ou seja, suportável (escore abaixo de 1,9) e a 4) Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), que apresenta questões relativas às vivências de prazer e sofrimento no trabalho e descreve o sentido do trabalho. Esta escala é composta por quatro domínios: dois para avaliar prazer (realização profissional e liberdade de expressão), composta por itens positivos, e dois para avaliar o sofrimento no trabalho (esgotamento profissional e falta de reconhecimento) com itens negativos (Mendes; Ferreira, 2007). Utiliza três níveis de classificação considerando a média e desvio-padrão em relação à média, porém, ocorre de forma oposta aos itens de sofrimento, isto é, para os indicadores de prazer, essa classificação envolve os níveis de positivo em que “satisfatório” o escore fatorial esteja acima de 4,0, “moderado ou crítico” entre 2,1 e 3,9 e “grave” escore abaixo de 2,0.

3) Escala DASS (*Depression, Anxiety and Stress Scale*) 21 (ANEXO B):

A **Escala DASS (*Depression, Anxiety and Stress Scale*) 21** foi produzida por Lovibond e Lovibond em 1995 que tinham como objetivo buscar a totalidade de sintomas de ansiedade e depressão em medida válida e confiável. Essa escala foi validada em língua portuguesa por Vignola e Tucci (2014), tendo três subescalas de quatro pontos. Estas são formadas por sete itens cada, que irão avaliar, respectivamente, características sintomáticas de depressão, ansiedade e estresse durante a última semana (Beneton; Schmitt; Andretta, 2021).

Os sintomas na subescala depressão (itens 3,5,10,13,16,17 e 21) possuem relação com a inércia; disforia; falta de interesse; autodepreciação; desânimo (Beneton; Schmitt; Andretta,

2021). Na subescala de ansiedade (itens 2,4,7,9,15,19 e 20) o processo avaliativo está em torno da excitação do sistema nervoso autônomo; ações musculoesqueléticas, experiências de ansiedade (Beneton; Schmitt; Andretta, 2021). Por fim, as questões vinculadas à subescala estresse (itens 1,6,8,11,12,14 e 18) irão avaliar sintomas de dificuldade em relaxar; perturbação/agitação; irritabilidade, impaciência (Beneton; Schmitt; Andretta, 2021).

A versão brasileira da Escala DASS-21 confirmou possuir propriedades bastante semelhantes às da versão original, colocando-se em pauta um processo tripartido: depressão, ansiedade e estresse. O coeficiente de consistência interna da escala é de 0.81 (Ribeiro; Honrado; Leal, 2004).

4) Entrevista Semiestruturada:

A entrevista semiestruturada (APÊNDICE E) foi elaborada com perguntas relacionadas aos processos de trabalho estabelecidos nas UBS oportunizando uma maior aproximação da pesquisadora com a população pesquisada, além de objetivar apreender o entendimento dos enfermeiros em relação as suas condições de trabalho e saúde mental. De acordo com Creswell e Creswell (2021), um protocolo de entrevista permite aos participantes fornecerem concepções e opiniões que não poderiam ser coletadas utilizando outros instrumentais. As entrevistas semiestruturadas têm o objetivo de coletar informações dos entrevistados sobre um determinado tema ou assunto. Para isso, utilizam uma conversa planejada, orientada por um roteiro e complementada por perguntas específicas (Sousa; Santos, 2020).

A entrevista semiestruturada foi elaborada para a segunda fase da pesquisa a partir das informações coletadas pelos instrumentos utilizados na fase inicial (Questionário sociodemográfico e profissional; ITRA e DASS 21), tendo sido gravada por meio de gravador de voz digital. O consentimento para a referida gravação foi especificado no TCLE (APENDICE B), devidamente assinado pelo participante.

A seguir, um quadro síntese (Quadro 2) é apresentado com os instrumentos elencados acima, seus respectivos objetivos e o quantitativo de enfermeiros participantes da pesquisa:

Quadro 2 – Relação de Instrumentos, objetivos e participantes deste trabalho.

Objetivos	Instrumentos	Participantes	Análise dos Dados
Delimitar variáveis para chegar no perfil da amostra e conhecer as características das atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro na sua rotina laboral que permitam correlacionar	Questionário sociodemográfico	28 Enfermeiros	Análise descritiva e inferencial

Objetivos	Instrumentos	Participantes	Análise dos Dados
com as condições de trabalho e os riscos de adoecimento.			
Identificar a relação entre as condições de trabalho e os riscos de adoecimento do trabalho dos enfermeiros.	Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA)		
Identificar sintomas de ansiedade e depressão e verificar sua relação com as condições de trabalho.	Escala DASS (<i>Depression, Anxiety and Stress Scale</i>) 21		
Analisar as percepções dos enfermeiros sobre suas condições laborais.	Entrevista semiestruturada	12 Enfermeiros	Categorização dos Discursos usando Bardin (2021)

Fonte: Elaboração própria.

O período da coleta de dados foi de maio a agosto de 2025 e todos os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora, de forma presencial. Assim, os trabalhadores foram abordados no local de trabalho e, após esclarecimentos da pesquisa e, devida assinatura no TCLE, os instrumentos foram aplicados.

6.5 Análise dos dados

6.5.1 Dados Quantitativos

Os dados quantitativos desta pesquisa são oriundos da aplicação dos seguintes instrumentos, sendo eles: 1) Questionário sociodemográfico e profissional; 2) Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA); e 3) Escala DASS (*Depression, Anxiety and Stress Scale*) 21. Para apresentação, os resultados foram consolidados em Tabelas, demonstrando valores absolutos e relativos por meio da estatística descritiva e por correlações.

Para tanto, foi utilizado o *software* Jamovi versão 2.6.26, é uma plataforma de análise estatística de dados, de código aberto e gratuita (Ferreira *et. al.*, 2025), para os cálculos relacionados às estatísticas descritivas, envolveram medidas de tendência central, medidas de dispersão, análise da distribuição dos dados e tabelas de frequências. Além das estatísticas descritivas e visando atingir todos os objetivos propostos neste trabalho, a correlação de *Spearman* foi utilizada.

O coeficiente de correlação de *Spearman*, também nomeado de correlação linear, revela o grau de relação entre duas variáveis escalares por meio de um valor situado entre -1 e 1 . Quanto mais próximo de -1 ou 1 , mais forte será a relação entre as duas variáveis. Correlações próximas de 0 indicam uma relação fraca entre as variáveis, com 0 representando a ausência total de correlação (Silva *et al.*, 2023).

As análises descritivas foram empreendidas no tratamento das variáveis sociodemográficas e profissionais, bem como em cada domínio das escalas que compõem o Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA) e a DASS-2. Além disso, as orientações de Mendes e Ferreira (2007) para a análise das referidas escalas foram seguidas.

A DASS-2, assim como o ITRA, apresenta uma escala do tipo *likert* de 0 a 3 , em que a soma dos itens define os níveis de depressão, ansiedade e estresse como normal, leve, moderado, severo e extremamente severo. Para avaliação da depressão, deve-se observar a seguinte pontuação: $0 - 9$ pontos (normal); $10 - 13$ pontos (leve); $14 - 20$ (moderada); $21 - 27$ (severa), acima de 28 pontos (extremamente severa). No que se refere a ansiedade, entre $0 - 7$ pontos (normal); $8 - 9$ pontos (leve); $10 - 14$ pontos (moderada); $15 - 19$ pontos (severa) e, mais que 20 pontos devem-se considerar como extremamente severa. Quanto ao estresse, entre $0 - 14$ pontos (normal); entre $15 - 18$ pontos (leve); entre $19 - 25$ pontos (moderado); entre $26 - 33$ pontos (severo) e, mais que 34 pontos (extremamente severo) (Beneton; Schmitt; Andretta, 2021).

Desta forma, as análises foram realizadas por meio de rigorosos procedimentos metodológicos e estatísticos, atentando-se para os processos de validação e fidedignidade da pesquisa.

6.5.2 Dados Qualitativos

A análise das informações qualitativas foi conduzida segundo a técnica de Análise de Conteúdo (AC), conforme os pressupostos metodológicos propostos por Bardin (2021). De acordo com Sampaio *et al.* (2022), a técnica de AC pode ser considerada na contemporaneidade como uma das principais maneiras de analisar os dados qualitativos oriundos de textos e conteúdos produzidos por diferentes atores ou instituições, ou ainda para analisar o resultado gerado por meio de outras técnicas de coleta de dados qualitativos, como por exemplo, entrevistas e grupos focais.

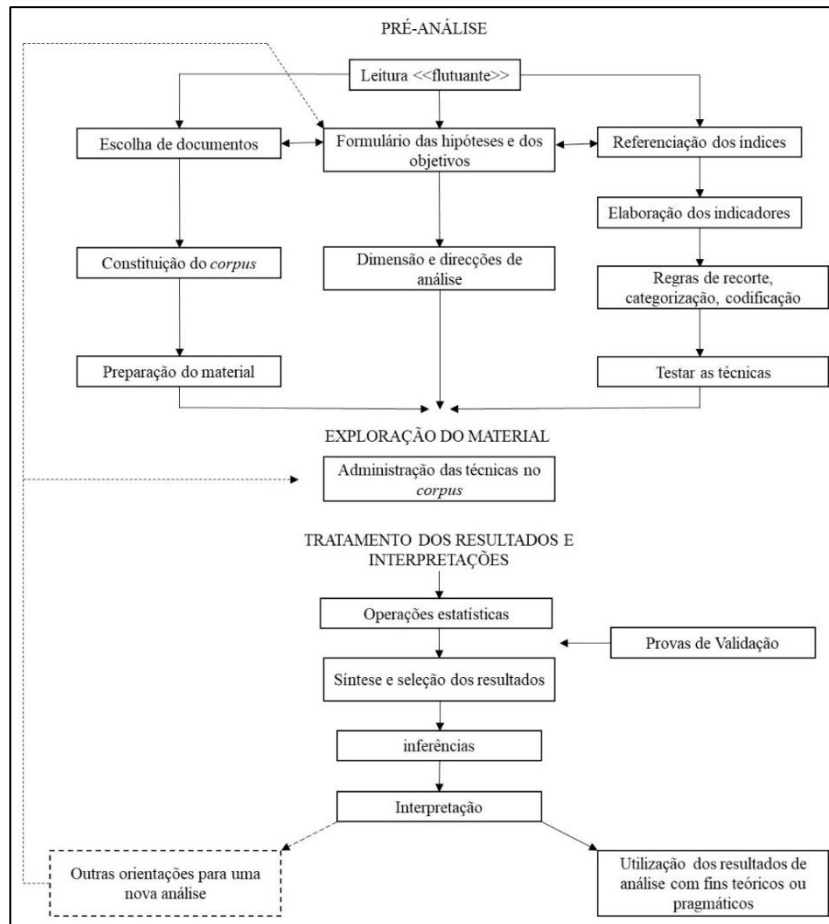
As diferentes fases da AC organizam-se em torno de três polos cronológicos (Bardin, 2021), sendo-as: 1) A pré-análise; 2) A exploração do material; e 3) O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A Pré-análise é a primeira fase da organização propriamente dita, tendo por objetivo sistematizar as ideias iniciais. Nesta etapa, os pesquisadores devem organizar essas ideias preliminares em cinco eixos, a saber: a) a leitura flutuante; b) a escolha dos documentos; c) a formulação das hipóteses e dos objetivos; d) a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores e e) a preparação do material.

Posteriormente, segue-se a fase de Exploração do Material que consiste na criação de códigos e categorias. Nesta etapa, o material coletado na fase anterior é transformado em dados possíveis de serem analisados por meio de operações de codificação (Cardoso; Oliveira; Ghelli, 2021). A codificação do material corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto em informações passíveis de serem interpretadas a partir de processos de classificação, decomposição, enumeração e agrupamentos que permitam uma representação daquilo que foi informado (Bardin, 2021).

Por fim, a terceira fase corresponde ao Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação. Nesta etapa, os resultados são tratados de maneira que sejam válidos e tenham significados, diz respeito a análise crítica e reflexiva do material explorado e devidamente codificado. Bardin (2021) explica que operações estatísticas simples ou mais complexas podem ser utilizadas, como também quadros apresentando os resultados, figuras, diagramas e modelos com o objetivo de sintetizar as informações fornecidas pela análise.

Considerando as diferentes fases da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2021) segue-se o diagrama representativo para ilustrar esse tipo de análise:

Figura 2 - Modelo de Bardin para “Desenvolvimento de uma Análise”

Fonte: Bardin (2021, p. 128)

Para a transcrição das entrevistas, foi utilizado um serviço de transcrição *online* que usa a Inteligência Artificial (IA) para converter arquivos de áudio e vídeo, intitulada de TurboScribe (TurboScribe, 2025). Entretanto, vale informar que todas as transcrições foram revisadas, de forma integral pela pesquisadora que escutou cada um dos relatos, além de realizar a comparação entre áudio original e texto transcrito pela ferramenta, a fim de resguardar a fidedignidade das informações.

6.6 Procedimentos éticos

Para esta pesquisa os princípios éticos foram respeitados seguindo a Lei nº 14.874/ 2024 (Brasil, 2024d), que tipifica a pesquisa envolvendo seres humanos e institui o sistema nacional de ética em pesquisa com seres humanos, bem como pelas normas e os procedimentos estabelecidos pelas Resoluções nº 466/2012 (Brasil, 2012a) e nº 510/2016 (Brasil, 2016) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulam pesquisas envolvendo seres humanos. Estas normativas referem-se aos princípios de autonomia e liberdade de todos os envolvidos no processo da pesquisa; do consentimento dos participantes; da garantia de confidencialidade das

informações e da garantia da não utilização das informações obtidas em pesquisa em prejuízo dos seus participantes, por parte do pesquisador. Assim, seguindo as normativas de pesquisa, faz-se necessário ressaltar que todas as informações coletadas, o tratamento dos dados, bem como as identidades dos sujeitos participantes foram resguardadas pela garantia de sigilo.

A anuência da participação por parte dos atores envolvidos no estudo ocorreu por meio da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e posterior assinatura do documento, o qual destacou os objetivos do estudo, sua importância, seus instrumentos, seus possíveis riscos, seus benefícios, sua conduta enquanto participante, sua liberdade quanto à participação da pesquisa e sobre o caráter voluntário da mesma. Caso os participantes tivessem quaisquer dúvidas ou questões após os processos de pesquisa, os contatos do Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) bem como das pesquisadoras responsáveis foram disponibilizados nos termos de consentimentos.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), conforme parecer nº 7.449.295/2025 e CAAE 86725625.4.0000.5053.

6.6.1 Riscos e Benefícios

Esta pesquisa poderia apresentar alguns riscos, que se seguem: a possibilidade de causar possível constrangimento aos participantes. Pensando nisso, para diminuir a probabilidade desses riscos, os objetivos da pesquisa foram cuidadosamente esclarecidos, buscando sanar qualquer eventual dúvida acerca dos instrumentos utilizados. Além disso, foi informado sobre a existência de dispositivos de saúde públicos de atendimento psicológico, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Cerest Regional de Tianguá, E-multi e UBS, como forma de evitar ou minimizar um possível constrangimento.

Dessa forma, esta pesquisa pode potencializar o conhecimento e ser auxílio de literatura para futuras pesquisas na área da saúde da Serra da Ibiapaba. No que se refere aos benefícios, este trabalho não poderá trazer resultados imediatos, mas, a médio e longo prazo, tais discussões acrescentarão elementos essenciais para problematizar o contexto da saúde pública da Serra da Ibiapaba e repensar seus cenários de trabalho.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

7.1 Caracterização dos participantes

Participaram da pesquisa 28 enfermeiros vinculados a Estratégia Saúde da Família na etapa quantitativa da coleta de dados, desses, 12 também integraram a segunda etapa, de natureza qualitativa.

As variáveis sociodemográficas prevalentes foram do sexo feminino (77%). Esses dados apontam para uma profissão predominantemente feminina embora, segundo Santos et. al (2023), nas últimas três décadas, vem passando por uma masculinização.

Sobre o estado civil, a maioria apontou que 53,5% são casados. No que se refere a existência de filho, 75% responderam que “sim”. Estes números podem evidenciar uma predominância da família nuclear. Em relação a faixa etária a predominância foi entre 31 e 40 anos (38,1%) como demonstra a tabela 1.

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos dos Enfermeiros. Tianguá, Ceará, Brasil, 2025.

Variável	n (28)	%
Sexo		
Feminino	22	77
Masculino	6	23
Estado civil		
Casado	15	53,5
Divorciado	1	3,6
Solteiro	8	28,6
União estável	3	10,7
Viúvo	1	3,6
Faixa etária		
Até 30 anos	2	7,6
31-40	10	38,1
41-50	5	19,1
51-60	7	26,7
61 ou mais	2	7,6
Tem filhos		
Não	7	25
Sim	21	75
Quantos filhos		
1	10	47,6
2	6	28,6
3 ou mais	5	23,8

Fonte: elaboração própria.

Dos 28 enfermeiros que participaram da pesquisa 67,9% exerciam a função de enfermeiro assistencial e 32,1% ocupavam cargos de natureza gerencial. Nenhum dos

participantes acumulava simultaneamente as funções assistencial e gerencial; contudo, em determinados momentos, realizavam atividades que extrapolavam suas atribuições principais. Entre essas atividades, destacam-se a realização de procedimentos como lobuloplastia, a consulta de enfermagem, o acolhimento de usuário devido à ausência de recepcionista e agentes administrativos que ficam no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) e na recepção da UBS, auxiliando a gestão do dispositivo nos processos de trabalho como organização de cronograma do médico, relatórios e conciliação de conflitos.

Observou-se que 17,9% realizaram outra graduação além da Enfermagem. Essa segunda graduação aconteceu em áreas diversas do conhecimento, como Direito, Licenciatura em inglês, Pedagogia, Licenciatura em Educação Física e Fisioterapia.

Quase toda a amostra foi composta por trabalhadores que residem no município em que trabalham (92,9%) e que já atuavam na APS há mais de 5 anos. Com relação às pós-graduações concluídas, as especializações foram as mais frequentes (92,6%). Quanto ao regime de contratação 67,9% são concursados e regido pelo estatuto próprio dos servidores municipais. Todos mantinham uma carga horária de 40 horas semanais.

A remuneração de 88,5% dos enfermeiros está entre 3 e 5 salários-mínimos. Quanto ao fato de trabalharem em outros locais exercendo a função de Enfermeiro, observou-se que mais de 17% vivenciam essa situação, como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 – Dados Laborais dos Enfermeiros. Tianguá, Ceará, Brasil, 2025.

Variável	n (28)	%
Categoria profissional		
Enfermeiro assistencial	19	67,9
Gerente	9	32,1
Outra graduação		
Não	23	82,1
Sim	5	17,9
Trabalha no município em que reside		
Não	2	7,1
Sim	26	92,9
Anos de atuação		
Menos de 1 ano	6	21,4
De 1 a 3 anos	3	10,7
De 3 a 5 anos	7	25
Há mais de 5 anos	12	42,9
Ano de conclusão da graduação em enfermagem		
1988-1998	5	28
2000-2010	5	28
2011-2020	8	44

Variável	n (28)	%
Titulações		
Especialidade	25	92,6
Residência	1	3,7
Mestrado	1	3,7
Atualização profissional		
Não	5	17,9
Sim	23	82,1
Ano da atualização profissional		
2023	2	11,1
2024	6	33,3
2025	11	57,9
Mais de um emprego		
Não	23	82,1
Sim	5	17,9
Remuneração		
Entre 3 a 5 salários-mínimos	23	88,5
Entre 6 a 7 salários-mínimos	2	7,7
Acima de 7 salários-mínimos	1	3,8
Tipo de vínculo		
Concursado	19	67,9
Contratado	9	32,1
Transporte ao trabalho		
Condução própria	19	67,9
Transporte público	2	7,1
Caminhada	3	10,7
Outro	4	14,3
Realiza outra função		
Não	24	85,7
Sim	4	14,3

Fonte: elaboração própria.

No que se refere à presença de algum problema de saúde 46,4% dos enfermeiros relataram não apresentar nenhuma condição de saúde diagnosticada. Por outro lado 53,6%, afirmaram possuir algum problema de saúde. Entre as condições mencionadas, destacaram-se: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno Depressivo, Asma, Obesidade, Gastrite, Endometriose profunda, Hipertensão, Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Cardiopatia, Diabetes, Dislipidemia, Glaucoma, Enxaqueca Crônica, Tendinopatia calcificada em articulação acromial / umeral direita e Síndrome de *Burnout*.

No que se refere ao uso de medicamentos, constatou-se que 50% dos participantes faziam uso regular de fármacos. Entre os medicamentos destacaram-se: paroxetina (20 mg), ritalina (10 mg), sertralina (150 mg), clenil, salbutamol, dexilant (60 mg), bupropiona,

fluoxetina, olmesartana, flanax, desvenlafaxina, amitriptilina, zolpiden, losartana, sonic (50 mg) e exodus (10 mg). Além disso observou-se que 32,1% dos enfermeiros relataram afastamento por motivos de saúde física, enquanto 28,6% foram afastados em decorrência do adoecimento mental, como demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Problemas de saúde relatados pelos enfermeiros. Tianguá, Ceará, Brasil, 2025.

Variáveis	n (28)	%
Problema de saúde		
Não	13	46,4
Sim	15	53,6
Faz uso de medicação		
Não	14	50
Sim	14	50
Afastamento de problema físico		
Não	19	67,9
Sim	9	32,1
Afastamento de problema mental		
Não	20	71,4
Sim	8	28,6

Fonte: elaboração própria.

Problemas de saúde sejam físicos ou relacionados à saúde mental repercutem negativamente tanto na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem quanto a qualidade assistencial oferecida aos pacientes. É importante destacar que a Enfermagem figura entre as profissões mais estressantes do setor público, devido não apenas à carga psicológica envolvida no cuidado direto aos pacientes, mas também a diversos fatores laborais (Conceição, 2025).

Na tabela 4 apresenta-se as principais atividades laborais desenvolvidas no âmbito da APS pelo enfermeiro gerente e enfermeiro assistencial. Insta informar que todas as atividades listadas a seguir estão preconizadas na PNAB (Brasil, 2017). Os principais sistemas alimentados pelos enfermeiros assistenciais são: o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), Bolsa Família, e-SUS APS e o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Como “outras” atividades laborais desenvolvidas, os enfermeiros citaram troca de sondas e campanhas preconizadas pelo governo federal e/ou municipal.

Tabela 4 – Atividades laborais desenvolvidas pelos enfermeiros. Tianguá, Ceará, Brasil, 2025.

Variáveis	Sim		Não	
	n	%	n	%
Consulta de enfermagem	20	71,4	8	28,6
Supervisão em sala de vacina	25	89,3	3	10,7
Prescrição de medicamentos	20	71,4	8	28,6
Solicitação de exames	21	75	7	25
Orientações	28	100	---	---
Visita domiciliar	21	75	7	25
Mediação de grupos terapêuticos de pacientes	9	32,1	19	67,9
Elaboração de relatórios	21	75	7	25
Reunião de equipe	27	96,4	1	3,6
Discussão de casos	19	67,9	9	32,1
Alimentação de sistema	22	78,6	6	21,4
Gestão da UBS	9	32,1	19	67,9
Outras	5	17,9	23	82,1

Fonte: elaboração própria.

7.2 Condições de trabalho e riscos de adoecimentos: o que os números apresentam

7.2.1 Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimentos (ITRA)

As análises dos resultados obtidos através do ITRA foram conduzidas levando em consideração o referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours (apresentado no item 5.1). Essa abordagem permite compreender as vivências de prazer e sofrimento no contexto de trabalho.

O Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento é composto por 123 itens que estão divididos em quatro escalas, que se correlacionam do tipo *likert*, sendo elas: 1) Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho; 2) Escala de Custo Humano do Trabalho; 3) Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho e 4) Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho. A partir dos dados, foi possível avaliar as dimensões de prazer e sofrimento conforme a percepção dos enfermeiros participantes, considerando as respostas registradas em cada uma das quatro escalas que compõe o inventário. Além disso, foi possível examinar a correlação entre as condições de trabalho e os riscos de adoecimento dos enfermeiros, como também as condições de trabalho e os níveis de depressão, ansiedade e estresse destes profissionais.

Em relação à **Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT)**, observou-se que o domínio “Organização do trabalho” apresentou avaliação crítica para 39,3% dos participantes e grave para 46,4%, evidenciando um quadro preocupante. Os domínios

“Condições de trabalho” e “Relações Socioprofissionais” também foram avaliados de forma crítica por parte dos enfermeiros, com percentuais de 39,3% e 46,4%, respectivamente. As pontuações obtidas nos dois primeiros domínios revelam níveis insatisfatórios, o que pode contribuir para os adoecimentos dos enfermeiros. Destaca-se ainda que, no domínio “condições de trabalho”, 28,6% dos participantes classificaram a situação como grave, enquanto 14% avaliaram o domínio “Relações Socioprofissionais” como satisfatório.

O risco crítico representado pelos itens que compõem os fatores organização do trabalho, condições do trabalho e relações socioprofissionais sugerem a existência de características que representam o trabalho precário concreto associado ao ritmo de trabalho excessivo, a fragilidade nas relações interpessoais entre profissionais e entre usuários, falta de recursos materiais e humanos, bem como a cobrança pelo cumprimento de metas. Este resultado também foi evidenciado nas entrevistas realizadas com os enfermeiros.

Estudos realizados com trabalhadores da saúde mental apontam resultados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa, indicando que a fragilização da gestão pública dos serviços de saúde influencia não só a organização do trabalho, mas também na precarização do mesmo e nas relações socioprofissionais, implicando ainda na qualidade da saúde do trabalhador (Leal; Bandeira; Azevedo, 2012; Fidelis; Barbosa; Corrente, 2021; Lima; Sampaio; Ferreira Júnior; 2023).

Os resultados da **Escala de Custo Humano do Trabalho (ECHT)** sinalizam o que é despendido pelos trabalhadores para dar conta das exigências de tarefas (Ferreira, 2012). O “custo físico” foi avaliado positivamente por 71,4% dos participantes e o “custo afetivo” por 50%. Já o “custo cognitivo” foi avaliado como satisfatório por 46,4% e como crítico por outros 46,4%, indicando esforço cognitivo e emocional significativo para atender às exigências do trabalho.

Os achados da **Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)** refletem o processo de adoecimento associado às experiências de prazer e sofrimento relacionadas ao trabalho. Na dimensão “prazer”, constatou-se que 50% dos participantes estão realizados com o trabalho, seguido de 46,4% com classificação crítica e 7,1% com grave. No que se refere as vivências de sofrimento, 60,7% indicaram como satisfatório, ou seja, não percebem sofrimento profissional, seguido de 21,4% como crítico e 17,9% como grave

Na **Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)**, constatou-se que 35,7% dos participantes consideram os “danos físicos” como suportável, 25% críticos, 21,4% grave e 17,9% como provável doença ocupacional. Em “danos sociais”, 61,5% avaliaram como suportáveis, 15,4% crítico, 15,4% graves e 7,7% como provável doença

ocupacional. Já os “danos psicológicos” foram percebidos como suportáveis por 64,31% dos enfermeiros, graves por 3,6% e como provável doença ocupacional por 32,1%. Todos esses dados estão representados na Tabela 5.

Tabela 5 – Estatística descritiva do Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento. Tianguá, Ceará, Brasil, 2025.

INVENTÁRIO DE TRABALHO E RISCO DE ADOECIMENTO (ITRA)				
Escalas	Classificação			
Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT)	Satisfatório n (%)	Crítico n (%)	Grave n (%)	
Organização do trabalho	4 (14,3)	11 (39,3)	13 (46,4)	
Condições do trabalho	9 (32,1)	11 (39,3)	8 (28,6)	
Relações socioprofissionais	14 (50)	13 (46,4)	1 (3,6)	
Escala de Custo Humano do Trabalho (ECHT)				
Custo afetivo	14 (50)	9 (32,1)	5 (17,9)	
Custo cognitivo	13 (46,4)	13 (46,4)	2 (7,1)	
Custo físico	20 (71,4)	7 (25)	1 (3,6)	
Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)				
Prazer	14 (50)	12 (42,9)	2 (7,1)	
Sofrimento	17 (60,7)	6 (21,4)	5 (17,9)	
Escala	Classificação			
	Suportável n (%)	Crítico n (%)	Grave n (%)	Doença ocupacional n (%)
Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)				
Físicos	10 (35,7)	7 (25)	6 (21,4)	5 (17,9)
Sociais	16 (61,5)	4 (15,4)	4 (15,4)	2 (7,7)
Psicológicos	18 (64,31)	0	1 (3,6)	9 (32,1)

Fonte: elaboração própria.

Embora a escala de avaliação de danos relacionados ao trabalho tenha indicado, no domínio “físico”, que 35,7% da amostra considera suportável o impacto do contexto laboral sobre os danos físicos, como por exemplo dores no corpo, dores de cabeça, dor nas costas, alterações do sono, entre outros danos, 64,3% dos participantes apontam uma percepção que varia de crítica a grave, sugerindo ainda a presença de possíveis doenças ocupacionais. Este achado evidencia a necessidade de uma vigilância mais efetiva da gestão municipal no que compete as providências a serem tomadas para eliminar ou amenizar os riscos físicos presentes no ambiente laboral.

7.2.2 Escala DASS (Depression, Anxiety and Stress Scale) 21

A DASS 21 foi validada em língua portuguesa por Vignola e Tucci (2014) sendo composta por três subescalas de quatro pontos, cada uma formada por sete itens cada, que irão avaliar, respectivamente, características sintomáticas de depressão, ansiedade e estresse durante a última semana (Beneton; Schmitt; Andretta, 2021).

Conforme pode ser verificado na tabela 6, a sintomatologia referente a depressão, ansiedade e estresse encontra-se dentro do esperado, entretanto, insta informar, que este instrumento só leva em consideração a última semana de trabalho, o que pode ter contribuído com o resultado abaixo.

Tabela 6 – Estatística descritiva da Escala DASS (Depression, Anxiety and Stress Scale).
Tianguá, Ceará, Brasil, 2025.

	Normal n (%)	Leve n (%)	Moderada n (%)	Severa n (%)	Extremamente severa n (%)
Depressão	21 (75)	3 (10,7)	4 (14,3)	0	0
Ansiedade	18 (64,3)	2 (7,1)	6 (21,4)	1 (3,6)	1 (3,6)
Estresse	22 (78,6)	3 (10,7)	3 (10,7)	0	0

Fonte: elaboração própria

De modo geral, os enfermeiros trabalham em condições organizacionais e físicas predominantemente críticas (Tabela 5). Apesar disso, a maioria mantém níveis normais de sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiogênica e estresse (Tabela 6). No entanto, as análises de correlação (Tabelas 7 e 8) revelam que a qualidade das Relações Socioprofissionais é um fator crucial entre as condições de trabalho e saúde dos enfermeiros. Piores relações no ambiente de trabalho estiveram fortemente associadas a maiores relatos de danos sociais ($\rho = 0,485$; $p=0,01$), danos psicológicos ($\rho = 0,445$; $p=0,01$) e sofrimento no trabalho ($\rho = 0,427$; $p=0,02$). Estudo realizado em um hospital universitário com trabalhadores da enfermagem identificou que as relações interpessoais impactam na saúde dos trabalhadores, resultando em desgastes físicos e emocionais e apresentam a importância do desenvolvimento de espaços coletivos para resolução de conflitos (Dias et al, 2020)

Ainda, infere-se que o custo afetivo (envolvimento emocional) apresentou uma relação dupla: por um lado, está associado a maior sensação de prazer ($\rho = 0,380$; $p=0,04$), possivelmente refletindo a satisfação profissional e vínculo com a profissão; por outro lado, apresentou-se como um fator fortemente ligado ao sofrimento no trabalho ($\rho = 0,552$; $p=0,002$), sugerindo que o mesmo envolvimento emocional que traz realização também pode levar ao cansaço.

Em relação ao custo cognitivo (esforço mental), apresentou-se como um potencial fator de proteção, estando associado a menos sofrimento ($\rho = -0,443$; $p = 0,01$), indicando que atividades da prática clínica, que demandam raciocínio ativo e tomada de decisão, estão sendo subsídio para os enfermeiros encontrarem mais significado e menos sofrimento no trabalho. O custo físico confirmou sua relação direta com o sofrimento, demonstrando que quanto maior o desgaste físico no trabalho, maior a sensação de sofrimento ($\rho = 0,490$; $p = 0,008$). Um estudo realizado em um ambiente hospitalar demonstrou que os danos físicos foram avaliados como causa de adoecimento decorrente do trabalho profissional de enfermagem, destacando dores nas pernas, nas costas e no corpo como sintomas desse cansaço (Santos et al., 2022).

Tabela 7 – Correlação entre condições de trabalho e os riscos de adoecimento dos Enfermeiros. Tianguá, Ceará, Brasil, 2025.

Escala	Escala de avaliação do contexto de trabalho			Escala do custo humano do trabalho		
	Organização	Condições do trabalho	Relações socioprofissionais	Custo afetivo	Custo cognitivo	Custo físico
Escala de avaliação dos danos relacionados ao trabalho						
Físicos	$\rho -0,080$ ($p = 0,68$)	$\rho 0,302$ ($p = 0,11$)	$\rho 0,177$ ($p = 0,36$)	$\rho 0,064$ ($p = 0,74$)	$\rho 0,007$ ($p = 0,97$)	$\rho 0,296$ ($p = 0,12$)
Sociais	$\rho -0,126$ ($p = 0,53$)	$\rho 0,141$ ($p = 0,49$)	$\rho 0,485$ ($p = 0,01$)	$\rho 0,148$ ($p = 0,47$)	$\rho 0,030$ ($p = 0,88$)	$\rho 0,038$ ($p = 0,85$)
Psicológicos	$\rho -0,252$ ($p = 0,19$)	$\rho 0,144$ ($p = 0,46$)	$\rho 0,445$ ($p = 0,01$)	$\rho 0,206$ ($p = 0,29$)	$\rho -0,197$ ($p = 0,31$)	$\rho 0,185$ ($p = 0,34$)
Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no trabalho						
Prazer	$\rho -0,316$ ($p = 0,10$)	$\rho 0,044$ ($p = 0,82$)	$\rho 0,264$ ($p = 0,17$)	$\rho 0,380$ ($p = 0,04$)	$\rho 0,134$ ($p = 0,49$)	$\rho 0,190$ ($p = 0,33$)
Sofrimento	$\rho -0,339$ ($p = 0,07$)	$\rho 0,350$ ($p = 0,06$)	$\rho 0,427$ ($p = 0,02$)	$\rho 0,552$ ($p = 0,002$)	$\rho -0,443$ ($p = 0,01$)	$\rho 0,490$ ($p = 0,008$)

Legenda: ρ = teste de correlação de *Spearman*; P = valor de p
Fonte: elaboração própria.

Os sintomas depressivos foram significativamente maiores entre os enfermeiros com piores relações socioprofissionais ($\rho 0,382$; $p = 0,04$). E sintomas/sinais de estresse foram fortemente impactados pelo desgaste emocional (custo afetivo $\rho = 0,503$; $p = 0,006$), enquanto o custo cognitivo (esforço mental) estaria como fator protetor associado a menos estresse ($\rho = -0,395$; $p = 0,03$), de acordo com a Tabela 8.

Tabela 8 – Correlação entre condições de trabalho nos níveis de depressão, ansiedade e estresse dos enfermeiros. Tianguá, Ceará, Brasil, 2025.

Escala	Escala de avaliação do contexto de trabalho			Escala do custo humano do trabalho		
Escala DASS	Organização	Condições do trabalho	Relações socioprofissionais	Custo afetivo	Custo cognitivo	Custo físico
Depressão	ρ -0,196 (p = 0,31)	ρ 0,224 (p = 0,25)	ρ 0,382 (p = 0,04)	ρ 0,300 (p = 0,12)	ρ -0,267 (p = 0,16)	ρ 0,306 (p = 0,11)
Ansiedade	ρ -0,337 (p = 0,07)	ρ 0,029 (p = 0,88)	ρ 0,255 (p = 0,19)	ρ 0,167 (p = 0,39)	ρ -0,181 (p = 0,35)	ρ 0,210 (p = 0,28)
Estresse	ρ -0,316 (p = 0,10)	ρ 0,125 (p = 0,52)	ρ 0,295 (p = 0,12)	ρ 0,503 (p = 0,006)	ρ -0,395 (p = 0,03)	ρ 0,195 (p = 0,32)

Legenda: ρ = teste de correlação de *Spearman*; P = valor de p
Fonte: elaboração própria.

Inferre, portanto, que, mesmo com a maioria dos enfermeiros ainda apresentando um bom estado de saúde, as condições atuais de trabalho, especialmente as relações interpessoais conflituosas e o desgaste emocional, configuram-se como fatores de risco para a saúde mental desses profissionais.

7.3 Condições de trabalho e riscos de adoecimentos: o que as vozes dos trabalhadores revelam

A análise dos dados das entrevistas ocorreu por meio da organização e sistematização das falas dos enfermeiros, levando em consideração os domínios pré-estabelecidos no ITRA, os quais abrangem à organização e às condições de trabalho, o reconhecimento profissional, à saúde ocupacional e as relações socioprofissionais. Além destas, abordou-se a temática da pandemia de Covid-19.

Para tanto, foram selecionadas como unidades de registro frases e/ou trechos extraídos das transcrições das entrevistas (APENDICE F), totalizando 121 unidades de registro (UR), as quais serviram de base para o processo de categorização. Posteriormente, foi feito o levantamento e organização sistemática das URs. As URs foram agrupadas em classes temáticas, categorias e subcategorias, a partir de critérios de sentido, favorecendo desta forma a análise comparativa e a construção de inferências teóricas, conforme proposto por Bardin (2021), podendo ser observado no quadro a seguir:

Quadro 3 – Categorização das Unidades de Registro.

Categoria Temática	Categorias	Subcategorias	Quantidade de Unidades de Registros – falas / verbalizações
Vivências de Prazer no Trabalho	Impacto positivo na saúde do usuário / população	Acompanhamento longitudinal	1
		Reconhecimento do trabalho pela população	6
	Organização do trabalho	Participação da equipe nos fluxos e na gestão de indicadores	3
		Divisão de tarefas	3
	Pandemia por Covid-19	Mudanças nas práticas de trabalho e adaptação de rotinas	9
Vivências de Sofrimento no Trabalho	Organização do trabalho	Falta de recursos (humano e material)	15
		Estrutura física precária	9
		Sobrecarga de trabalho	6
		Preocupação com indicadores e metas	4
	Processos de trabalho	Resolutividade e comunicação intersetorial	6
		Relações entre trabalhadores concursados e contratados	2
		Organizações Sociais	2
	Relações socioprofissionais	Centralização decisória	2
		Conflitos interpessoais	8
		Fragilidade na relação com o território	5
	Implicações para a saúde mental	Estresse, depressão e ansiedade	3
		Impacto no sono e na saúde geral	12
		Estratégias de enfrentamento	10
	Pandemia por COVID-19	Consequências pós-pandemia	9
		Sobrecarga adicionada	6

Fonte: Elaboração própria.

Para identificar as respostas dadas as perguntas da entrevista semiestruturada pelos enfermeiros, foram utilizados codinomes por meio da junção da letra “E”, correspondente a enfermeiro, letra “A”, correspondente a assistencial e a letra “G”, correspondente a gerente.

Além disso, utilizou-se números (1, 2, 3, 4...) de acordo com a sequência das entrevistas. Esta estratégia foi adotada com a finalidade de preservar a identidade dos sujeitos participantes da pesquisa.

É importante ressaltar que as categorias temáticas foram identificadas a partir do referencial teórico da psicodinâmica do trabalho proposto por Dejours (2004) que descreve o contexto laboral como sendo determinante para as vivências de prazer e de sofrimento dos trabalhadores e que as subjetividades destes também são influenciadas pelo contexto laboral. Augusto, Freitas e Mendes (2014) explicam que estas vivências evidenciam o sentido dado ao trabalho como sendo resultante da conexão entre as características subjetivas do sujeito e as características objetivas referentes a realidade do trabalho.

7.3.1 Vivências de Prazer no Trabalho

Em relação as vivências de prazer no trabalho, os indivíduos percebem o **reconhecimento da população pelo trabalho realizado**, sentindo-se profissionalmente realizados.

[...] o reconhecimento é só, vamos dizer assim, geralmente ele acontece quando os pacientes nos elogiam para os profissionais, né, vamos dizer assim, principalmente para os ACS. E claro que isso impacta de uma forma positiva para mim, né, eu sinto que eu estou trabalhando de uma forma que está chegando de um jeito bom para essas pessoas, né, e com certeza isso, vamos dizer assim, nos motiva a tentar continuar apesar de todos os problemas, e ele não é reconhecido de forma nenhuma, de forma materializada, né, nenhuma forma de reconhecimento. [EA1] - Reconhecimento do trabalho pela população

Eu gosto de ver as pessoas saindo com um sorriso. De dizer, poxa vida, obrigado, você conseguiu me ajudar. [...] Pelo sorriso da população, mais pela população. [EG1] - Reconhecimento do trabalho pela população

Esse reconhecimento pode ser evidenciado nos atendimentos prestados aos usuários e às suas famílias. Augusto, Freitas e Mendes (2014) apontam que o reconhecimento, a realização profissional, a gratificação, a liberdade e a valorização do trabalho são manifestações de vivências de prazer que podem ser experienciadas pelos trabalhadores.

Dejours (2008) descreve duas formas de reconhecimento: àquele que é feito por seus superiores hierárquicos, baseado em julgamento de utilidade frente aquele serviço ou atividade que está sendo desempenhado pelo trabalhador e àquele reconhecimento que é advindo dos seus colegas de trabalho. Nesta pesquisa, observou-se que o reconhecimento pelo trabalho desempenhado pelos enfermeiros é confirmado pelos usuários atendidos e / ou acompanhados pelos referidos profissionais.

Os entrevistados destacam que o **acompanhamento longitudinal** contribui não apenas para o fortalecimento do vínculo entre usuário e equipe, mas também para a satisfação dos profissionais. A longitudinalidade é uma das diretrizes da Atenção Básica e pressupõe que a relação entre profissionais e usuários seja contínua e pautada na responsabilização mútua ao longo do tempo, garantindo a consistência do acompanhamento e reduzindo a perda de referência no processo de cuidado (Brasil, 2017), sendo essencial para garantir a integralidade do cuidado (Starfield, 2002).

[...]estou tentando fazer esse, vamos dizer assim, essa conquista durante o pré-natal, para que elas retornem para fazer a puericultura. Já consegui algumas, que já estão na terceira consulta, né, porque já foi feita a consulta de um mês, de dois meses e de três meses, de quatro meses, que são as mães que eu já comecei o pré-natal, que eu terminei, né, finalizei o pré-natal no início do ano, e que as crianças foram nascendo e estão sendo acompanhadas [EA1] - Acompanhamento longitudinal

Outro aspecto que remete ao prazer no trabalho refere-se à **participação da equipe em reuniões** e em outros momentos coletivos, essenciais para o **estabelecimento dos fluxos da unidade**. Essa participação contribui para o entendimento dos processos de trabalho, como pactuações, gestão de indicadores e definição clara das tarefas entre enfermeiros gerentes e assistenciais. O trecho a seguir ilustra que, mesmo com a ausência física da gerência em alguns dias da semana, o funcionamento da unidade não é comprometido pois existe uma boa comunicação e autonomia entre os membros da equipe.

O gerente não está todos os dias, por isso não pode parar o serviço porque ele não está. Então ela dá as coordenadas para a gente poder agir, fazer alguma coisa, combinar com ela e andar. Ter o fluxo normal da unidade sem prejuízo. É ótimo. [EA4] – Participação da equipe para fluxos e de gestão dos indicadores

A gente tem comunicação com a coordenação via a que a gente utiliza é o celular. Nós temos grupos de enfermeiros, com a coordenação para a gente reivindicar o que a gente precisa, com a nossa equipe, tem outro grupo. Então a interação é boa através do celular, e é resolvido né, a maioria das coisas [EA4] - Participação da equipe para fluxos e de gestão dos indicadores

[...] antes a gente não tinha reuniões estratégicas com a equipe toda, era mais direcionado para os gerentes e os gerentes tinham que repassar, agora não, a todas as nossas reuniões de alinhamento, a gente vai os gerentes, médicos, enfermeiros, dentistas, aí depois a gente repassa para os meninos aqui no posto, é uma estratégia interessante de todo mundo ficar ciente que cada um tem a sua parte para poder evoluir [EG2] - Participação da equipe para fluxos e de gestão dos indicadores

Outro aspecto revelado pelos respondentes diz respeito a **divisão de tarefas** do gerente da unidade e do enfermeiro assistencial. Todos os gerentes entrevistados, para esta pesquisa, são profissionais enfermeiros. A partir dos trechos expostos abaixo, é possível afirmar que as

competências e atribuições específicas para cada membro da equipe estabelecidas na PNAB tem sido cumprida, garantindo assim um equilíbrio entre as funções gerenciais e assistenciais.

Depois que a enfermagem teve essa divisão, na verdade não é a enfermagem, é a PNAB, que é a Política Nacional da Atenção Básica, dividiu o que é gerente, o que é assistente, melhorou muito, muito, muito, muito mesmo. [EA5] - Divisão de tarefas

A PNAB, ela já coloca dentro da sua intenção, em relação à questão de atribuição e as competências do gerente, enfermeiro-gerente e enfermeiro-assistente. [EA6] - Divisão de tarefas

Tudo que é gerencial, que diz respeito a abastecimento de material, estrutura, é com a gerente. Tudo que diz respeito à assistência propriamente dita aos indicadores é comigo. [EG7] - Divisão de tarefas

O trabalho de cogestão possibilita o enfrentamento de fragilidades gerenciais, por meio da implementação da colaboração profissional, participação em reuniões de equipe e educação permanente. Essas estratégias favorecem a valorização do trabalhador e qualifica o processo de trabalho na APS (Vendruscolo; Baldissera; Zocche, 2025).

As falas dos enfermeiros também evidenciaram mudanças na organização do trabalho e nas práticas de biossegurança. Observou-se que o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) se consolidou como uma mudança comportamental permanente nas UBSs, como demonstram os trechos a seguir:

Outra coisa bem, vamos dizer assim, que virou rotina, para mim no caso, foi o uso dos EPIs. Eu trabalhava em hospital e eu tinha o costume de usar EPIs durante todo o meu horário de trabalho dentro do hospital, mas no PSF eu não utilizava. Toca, máscara, eu não utilizava. E eu passei a utilizar depois da pandemia. [EA1] - Mudança na prática

Então, por exemplo, uso de máscara na gente, né, que a gente, eu lembro eu trabalhava no hospital sem máscara, eu fazia prevenção sem máscara, porque assim, era na época, era daquele jeito, a gente não tinha medo de nada, né, a gente não se protegia tanto, aí depois disso, tanto a gente como o povo [...] [EA3] - Mudança na prática

[...] hoje todo mundo que vai fazer uma visita, vai de máscara, vai com luva, se preocupa com os EPI, eu acho que a preocupação com o EPI hoje, ele se tornou muito mais presente na atenção básica e nos hospitais daquele tempo pra cá. [EA5] - Mudança na prática

Outro aspecto relevante, como consequência da pandemia por Covid-19, citado pelos participantes da pesquisa, refere-se à vigilância em saúde e o cuidado frente às doenças infectocontagiosas, reforçando ainda mais as ações da APS, especialmente àquelas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças.

Após a pandemia ficamos mais atentos a problemas de saúde que podem rapidamente se espalharem e tomar grandes proporções. De forma geral passamos a tomar mais cuidado na transmissão de doenças infecto contagiosas. [EA2] - Mudança na prática

[...] a nossa rotina mudou totalmente do que a gente fazia na assistência da nossa unidade em todas as unidades de saúde. [EA5] - Mudança na prática

[...]um ponto positivo porque os hospitais começaram a se estruturar melhor em relação a questão das doenças respiratórias. [EA6] - Mudança na prática

Um dos entrevistados enfatizou a incorporação das tecnologias digitais como ferramentas de comunicação e trabalho durante e após a pandemia da Covid-19. O uso de plataformas como *google drive*, *emails* e aplicativos de mensagens, como *WhatsApp*, tornou-se parte da rotina da unidade de saúde, sendo esse comportamento apontado como positivo.

Tecnologia, tudo *whatsApp*, tudo *drive*, tudo *email*, isso é bom, é positivo [EG2] - Mudança na prática

7.3.2 *Vivências de Sofrimento no Trabalho*

O contexto de trabalho, refletido na organização laboral (**falta de recursos humano e material e estrutura física precária**), impacta diretamente a atuação dos enfermeiros, uma vez que tem se mostrado precário. Essa situação pode contribuir de maneira negativa não apenas a qualidade dos serviços prestados pela UBS, mas também representar um fator de risco para a saúde mental e ocupacional desses profissionais.

[...] nós não temos recursos praticamente, eu acho que todas as unidades básicas de Tianguá não têm recursos, não tem oxigênio, não tem um desfibrilador portátil, não tem as coisas que realmente deveria ter, né? Por exemplo, se pede muitas coisas como cobrando da farmácia, mas não tem um ar-condicionado para deixar numa temperatura ambiente, uma temperatura adequada para os medicamentos, faltam muitos materiais ... [EG1] – Falta de Recursos (humano e material)

[...] mas eu não tenho ninguém para ficar na recepção. E como somos porta de entrada, o primeiro momento ele vai para a recepção o paciente, então lá não tem essa parte de recepção, quem faz a recepção são as técnicas. [EG2] - Falta de Recursos (humano e material)

[...] a gente não tem salas climatizadas, então, eu levei um ventilador de casa para tentar amenizar o calor, mas nem sempre funciona, nem sempre dá certo, os pacientes reclamam muito também dessa questão, né, de não ter essa climatização. [EA1] - Estrutura física precária

[...] uma das coisas que eu me queixo muito em relação à saúde da gente são as cadeiras. As cadeiras que a gente passa o dia todinho que maltratam muito a coluna da gente, causa dores, a gente tem que se adaptar. [EA4] - Estrutura física precária

[...] nós não temos sala de esterilização, uma sala específica para fazer a limpeza de material e desinfecção, e tudo isso a gente faz numa sala improvisada com espaço pequeno para dar um bom suporte de esterilização de material. [EA7] - Estrutura física precária

Em estudo realizado por Lima, Sampaio e Ferreira Júnior (2023) com trabalhadores de seis Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) evidenciou achados semelhantes aos encontrados por esta pesquisa, indicando que limitações nos recursos, ausência de equipe

completa, estrutura precária, irregularidades do mobiliário, bem como a carga excessiva de trabalho impactam negativamente a operacionalização dos serviços e a saúde mental e ocupacional dos profissionais.

Esses achados convergem com os dados da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) do ITRA, que apontaram avaliações críticas e graves nos domínios de organização do trabalho, condições de trabalho e relações profissionais, como também da escala de avaliação de danos relacionados ao trabalho no domínio “físico”, reforçando a necessidade de intervenções para melhorar o ambiente laboral.

Os entrevistados percebem que a qualidade do trabalho gerencial e assistencial é comprometida pela **sobrecarga de trabalho**, frequentemente concentrada nessa categoria profissional, como revelam os discursos:

[...] Ela [gerente] não tá ali na lida, ela não tem uma visão boa de como as coisas funcionam, então, a maioria das decisões, elas impactam na gente e traz uma sobrecarga porque não são resolutivas, né, e aí isso sim causa sobrecarga. [EA1] - Sobrecarga de trabalho

[...] alta demanda e sobrecarga em tempo curto para entrega do que foi solicitado (Rotina administrativa pesada); Mudança inesperada de cronograma; Controle de estoque que consomem tempo; Lidar com conflitos de terceiros (desgastante); Pressões por metas e indicadores: alcançar metas de cobertura, vacinação, tempo de espera e indicadores de qualidade (pressão constante); Tomada de decisão sob incerteza, ter a necessidade de decisões rápidas com informações incompletas. [EG3] - Sobrecarga de trabalho

[...] às vezes tenho que levar essas demandas para tentar colocar no sistema, quando eu chego em casa, no final de semana, então isso para mim é uma coisa complicada, complicada no dia a dia, porque eu acabo ultrapassando as minhas atribuições, assumindo atribuições que não são da minha competência. [EA8] - Sobrecarga de trabalho

As falas dos trabalhadores também evidenciaram uma pressão por produção / produtividade pautada nos indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde que incluem desde a cobertura populacional e o acesso aos serviços, até o desempenho em programas e atendimento ao público como gestantes, idosos, crianças, adolescentes, pessoas com diabetes e hipertensão.

[...] é uma preocupação da gente, porque esses indicadores percutem no nosso financeiro. E a gente quer a melhor qualidade. [EA4] - Preocupação com indicadores e metas

[...] o mais cansativo, desafiador para a gente é atingir os indicadores. Então, a gente tem muitas metas que, esse ano aumentaram, triplicaram muito mais. Não depende só de nós, depende do agente de saúde, depende de toda a equipe. [EA4] - Preocupação com indicadores e metas

[...] A gestão bate muito em cima da quantidade de atendimentos e não da qualidade, ela bate muito em cima disso e nós temos toda uma formação para assistir o paciente na sua integralidade de necessidade. [EA8] - Preocupação com indicadores e metas

Dejours (1994) reconhece a importância do trabalho para a vida humana, entretanto, afirma que, caso o labor seja realizado em condições precárias e em dissonância entre o que o trabalhador deseja e aquilo que a instituição oferece de recursos para que ele desempenhe seu papel, pode se transformar em um elemento desencadeador de doenças. Aponta ainda que o trabalho pode funcionar como fonte de prazer e/ou sofrimento. Dessa maneira, alguns trabalhadores adoecem, enquanto outros não.

A investigação também revelou que, nos processos de trabalho relacionados à **resolutividade e à comunicação intersetorial**, os trabalhadores relataram dificuldades em dar continuidade ao acompanhamento dos pacientes em decorrência à falhas na comunicação entre os pontos de atenção da rede e na contrarreferência dos casos. Além disso, destacaram a morosidade que os usuários enfrentam para realizar exames ou receber medicações. Os discursos a seguir refletem o sentimento dos enfermeiros:

[...]você vai terceirizar uma triagem neonatal para um prestador público, policlínica que atende toda a região, aqui da Serra da Ibiapaba, é um consórcio, que atende os 7 municípios da Ibiapaba, mas que demora 9 meses para fazer uma simples triagem neonatal [...] são exames bem simples, bem rápidos, mas que demoram meses para se agendar. [EA5] - Resolutividade e comunicação intersetorial

[...] a descentralização melhorou bastante, já melhorou bastante, mas antigamente que a gente mandava eles irem para lá com a referência, que a gente não tinha retorno, não sabia se eles tinham feito o exame, se tinha feito, não sabia o que que acontecia, me desmotivava porque eu ficava preocupada. [EG4] - Resolutividade e comunicação intersetorial

Os entrevistados também relataram as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros contratados em comparação aos servidores concursados. Atualmente, a gestão de saúde do município de Tianguá encontra-se sob o regime de gestão compartilhada. Os trabalhadores concursados são regidos pelo estatuto próprio do município e da Secretaria Municipal de Saúde, enquanto os contratados estão vinculados a uma Organização Social na área da saúde, devendo responder a esta última.

[...] aí quando você tem uma grande quantidade de pessoas com cargos contratados, esses são mais vulneráveis ainda a essas pressões psicológicas que existem, sabe? E essas pressões existem violentamente. [EA5] - Relações entre trabalhadores concursados e contratados

[Organizações Sociais] OSs aí, a torto e a direito contratando funcionários, muitas vezes para receber salários que não condizem com o que é pago no cenário nacional. [EA5] - Organizações Sociais

Ferreira e Mendes (2003) descrevem as **relações socioprofissionais** como a forma que os trabalhadores interagem entre si no ambiente de trabalho, sendo essas interações constituintes da dimensão social do contexto laboral. Entre seus elementos estão as interações

hierárquicas, as interações coletivas entre os membros da equipe e as interações externas com os usuários que frequentam o serviço.

Os relatos a seguir exemplificam esta categoria ao retratar as interações hierárquicas entre os membros da equipe, evidenciando, muitas vezes, um padrão de **centralização das decisões** com limitada abertura para o diálogo ou participação da equipe. Essa dinâmica hierarquizada tende a restringir a autonomia dos enfermeiros, o envolvimento na tomada de decisão, bem como a contribuir para o surgimento de conflitos.

[...] as coisas vêm muito de cima para baixo, tipo, ela não dá abertura para que a gente possa discutir em equipe, achar uma solução em equipe, ela sempre quer solucionar tudo. [...] ... a minha gerente, ela gosta muito de tomar decisões sozinhas, então, meio que a gente fica esperando a ordem [...] E as outras causas de conflito é o que eu estava falando da questão das demandas, né, dos mandados virem sempre de cima para baixo. Então, nada é discutido em equipe para a gente poder trabalhar em cima daquilo [EA1] - Centralização decisória

[...] o pensamento de só fazer uma correção quando algo grave acontece, ou quando alguém morre. [EG1] - Centralização decisória

Eu acho que o que mais me desmotiva são as relações interpessoais. [...] Tipo, porque eu não tenho essa relação interpessoal boa, as outras coisas vão se tornando também desmotivadores, né? Mas eu acho que o principal é a relação mesmo [EA1] - Conflitos Interpessoais

[...] conflitos nos processos de trabalho como esse que eu citei, conflitos de políticas, em relação a políticas, pessoa que não aceita que outra gestão tá entrando e que ela precisa se movimentar. [EA8] - Conflitos Interpessoais

As relações socioprofissionais também são expressas por meio das interações entre os profissionais e os usuários do serviço. Nesse sentido, os relatos dos trabalhadores revelam uma **fragilidade na relação com o território**, muitas vezes marcada pela condição de vulnerabilidade social dos usuários ou das áreas consideradas “nobres” pelos enfermeiros, o que inviabilizam a realização das atividades por falta de adesão da comunidade. Essa situação tende a comprometer o próprio processo de territorialização e o fortalecimento das práticas assistenciais. Outro aspecto relatado diz respeito a existência e a influência de facções, o que também compromete a realização de ações individuais e/ou coletivas.

[...] também do perigo a gente está em duas (áreas) em que a violência impera que eles tomam de conta quer dizer pessoal de facção que lideram a comunidade e que até impedem a gente de trabalhar. [...] Eu acho que os conflitos estão relacionados principalmente com a questão da população ser muito perigosa e a gente ser ameaçada constantemente, né, e não poder fazer todo o serviço. [EA1] - Fragilidade na relação com o território

Que às vezes a gente quer fazer, por exemplo, uma reunião a gente não consegue reunir aqui porque aqui é uma área mais nobre, e as pessoas dessa área aqui trabalham, as vezes eu quero fazer um grupo, formar um grupo, fazer uma reunião, e eles não vem. [EA3] - Fragilidade na relação com o território

[...] o nosso principal desafio é o número de pessoas, porque nós temos um número muito alto de famílias [...], então é humanamente impossível para uma equipe de PSF dar assistência a toda essa população, levando em conta que é uma área de periferia com uma população muito pobre e muito necessitada, então é uma área com extrema vulnerabilidade e que a gente não consegue ter braços suficientes para dar a assistência que eles necessitam que eles merecem. [EA7] - Fragilidade na relação com o território

[...] nós temos uma quantidade expressiva de gestantes de alto risco, e aí acaba que quando essa gestante, ela chega ao momento, ao terceiro trimestre da gravidez ainda não tem passado por um pré-natal de alto risco, isso aí também é preocupante. [EA8] - Fragilidade na relação com o território

Uma outra categoria (**Estresse, depressão e ansiedade**) que emergiu refere-se as implicações do contexto de trabalho para a Saúde Mental dos enfermeiros. A partir dela, foi possível evidenciar que esse contexto tem gerado vivências de sofrimento, como alterações na qualidade do sono, aumento do estresse e surgimento de sintomas depressivos e ansiosos. As falas a seguir retratam o impacto na saúde mental dos trabalhadores, evidenciando o esgotamento físico e emocional decorrente não apenas da sobrecarga de trabalho, mas também da ausência de suporte da gestão. Os discursos apontam ainda a falta de planejamento e previsibilidade das atividades, fatores que contribuem para o surgimento da sintomatologia citada anteriormente, além da desmotivação.

[...] eu ando me sentindo muito cansada fisicamente e mentalmente como eu te disse, essa questão de viver sempre em ameaça de não ter apoio do seu chefe de saber que a sua equipe está cheia de trabalho e que você não sabe o que você vai fazer durante o dia porque eu tenho, vamos dizer assim, um melhor rendimento quando eu tenho tudo programado. [EA1] - Estresse, depressão e ansiedade

[...] impacta no meu sono porque eu não consigo dormir direito impacta nessa questão do cansaço eu já chego em casa no final do expediente já muito cansada, físico e mentalmente, então, eu não consigo relaxar, não consigo fazer alguma atividade que me proporcione prazer, porque eu tô sempre pensando no trabalho. [EA1] - Impacto na vida – sono e saúde em geral

[...] o diálogo que não tem com a gestão, a nossa questão salarial, defasada, com impostos também, com os acréscimos dos aumentos que acontecem, há outros níveis como o Estado, funcionários do Estado, funcionários federais que têm a sua garantia. [EA8] - Impacto na vida – sono e saúde em geral

A multitarefa faz com que fique ansiosa, não consiga relaxar em nenhum momento até que resolva todas as burocracias. [EG3] - Estresse, depressão e ansiedade

Estas falas corroboram com os achados na ECHT, onde observou-se que os custos afetivo e físico foram sinalizados, pela maioria dos respondentes, como satisfatórios, enquanto o custo cognitivo foi considerado crítico por mais de 46% e grave por 7,1% da população pesquisada.

Como **estratégias de enfrentamento** diante das adversidades, os trabalhadores buscam manter distanciamento emocional de situações vivenciados no ambiente de trabalho, além da prática da atividade física e psicoterapia individual. Esses discursos podem também revelar

mecanismos de evasão da realidade ou ainda o que Dejours (2008) define como estratégias defensivas. De acordo com o autor (2008, p 33), é por meio da reflexão crítica sobre a própria práxis que os trabalhadores são capazes de mobilizar os recursos subjetivos e coletivos para a transformação de um contexto laboral marcado pelo sofrimento em um contexto de trabalho potencialmente saudável. Por meio deste estudo, observou-se que os enfermeiros adotam estratégias individuais de enfrentamento e não coletivas como sugeridas pelos teóricos da psicodinâmica do trabalho (Dejours, 2008; Ferreira; Mendes, 2003).

Eu tenho tentado manter a questão da atividade física contínua, né? Eu vou de segunda a sexta para musculação no horário de meio-dia, que é o intervalo do meu almoço. E faço crochê para tentar aliviar, né? Para tentar mudar o foco do pensamento. Também tento fazer pelo menos duas vezes na semana dança, né? Que é o Zumba, que é oferecido aí pelo pessoal da Secretaria de Cultura, né? Que é gratuito, mas eu ainda sinto bastante dificuldade, mas são essas as estratégias que eu tento utilizar [EA1] – Estratégia de Enfrentamento

Não se envolver emocionalmente com as questões vivenciadas no trabalho. Esquecer das situações ao sair do posto. Já o desgaste físico organizar a agenda de forma a distribuir atividades mais cansativas em dias diferentes para não sobrecarregar muito. [EA2] - Estratégia de Enfrentamento

Terapia, terapia e medicação, tem que ser, aliás, não tem que ser, mas dentro da nossa rotina e da realidade que a gente está, não tem como não ser dessa forma [EG2] - Estratégia de Enfrentamento

Em relação à pandemia por Covid-19, os trabalhadores destacaram não apenas consequências desta na *práxis* da enfermagem na APS, como também a **sobrecarga adicional** de trabalho vivenciada no período pandêmico e como esta ainda reverbera na atualidade. As falas dos enfermeiros apontam consequências organizacionais e psicossociais da pandemia, como a dificuldade da adesão às ações de imunização impulsionada e agravada pela desinformação, além da desarticulação dos grupos terapêuticos e do enfraquecimento dos vínculos entre a comunidade e as equipes de saúde.

E aí, pós-pandemia, a gente tem que convencer a mãe a vir vacinar, convencer a mãe a dar as vacinas, por conta das *fake news* e das questões que houveram durante a pandemia. [EA1] - Consequência pós-pandemia

[...] depois da pandemia, os grupos se dispersaram e a gente nunca mais conseguiu juntar pessoas que a gente conseguia nos grupos de diabéticos, de fumantes. [EA5] - Consequência pós-pandemia

[...]a pandemia tirou essa integração muito da equipe com a comunidade. [EA5] - Consequência pós-pandemia

[...] o número de pessoas com problema mental que a gente encaminha assim, quintuplicou, eu entregava a produção do médico antes e depois da pandemia, antes da pandemia eu entregava dois mapas [...] de saúde mental na prefeitura, um mapa com 15 nomes cada um, então em média 30 pessoas [...] em 2023, eu entreguei um dia lá 17 mapas de saúde mental. [EA5] - Consequência pós-pandemia

[...]a cobrança era muito grande porque eles queriam que a gente dessa assistência e durante esse período, mesmo quando a gente não estava na unidade, a gente continuava trabalhando. [EA7] - Sobrecarga adicional

Insta destacar que os trabalhadores passaram a utilizar seus próprios aparelhos de telefone celular para realizar atividades laborais, comunicando-se não só com a gestão, mas também com a população adscrita ao seu território de atuação. Ao passo que esses trabalhadores foram obrigados a fazer uso da tecnologia como resposta emergencial à pandemia, trazendo uma maior agilidade e otimização do tempo, se viram imersos também a uma sobrecarga de trabalho e a um enfraquecimento dos limites entre o tempo dedicado ao trabalho e o tempo dedicado a vida privada.

Nessa perspectiva, Antunes (2018; 2020) compreende que a ampliação do uso das tecnologias de comunicação no mundo do trabalho representa uma nova forma de exploração e precarização do trabalho, característica do neoliberalismo. Além disso, problematiza a conectividade constante que acarreta no enfraquecimento dos limites entre a vida pessoal e laboral do sujeito. Aquele comportamento de aproximação da tecnologia e que durante a pandemia facilitou a comunicação e acessou inúmeras pessoas, principalmente àquelas que residiam nos locais mais distantes e que estavam no isolamento, acarretou no aprisionamento dos sujeitos e tem impactado diretamente na saúde mental e qualidade de vida dos profissionais da saúde.

8 CONCLUSÃO

A pesquisa avaliou as condições de trabalho e a saúde mental de enfermeiros da ESF em um município da região serrana do Ceará no contexto pós-pandemia. O perfil dos participantes revelou predominância do sexo feminino, na faixa etária de 31 a 40 anos, com apenas 9 atuando na gerência de UBS. Um dado significativo mostra que 15 dos profissionais possuíam diagnóstico de algum problema de saúde, com histórico de afastamento por causas físicas ou mentais. As atividades desenvolvidas estavam alinhadas com as competências previstas pela legislação, protocolos, diretrizes e normativas preconizadas pelo ministério da saúde, conselho de classe e as do referido município.

As análises quantitativas revelaram condições preocupantes: a organização do trabalho foi classificada como crítica ou grave, enquanto as relações socioprofissionais foram avaliadas como críticas. Apesar dessas condições adversas, a maioria dos profissionais apresentou níveis normais de depressão e estresse na escala DASS-21. No entanto, as análises de correlação identificaram relações estatisticamente significativas entre a qualidade das relações socioprofissionais e danos sociais, psicológicos, sofrimento no trabalho e sintomas depressivos.

Os profissionais associam o reconhecimento da população como uma valorização profissional (custo afetivo), o que lhe traz satisfação, mas que podem gerar sintomas de estresse. Do mesmo modo, as práticas clínicas e a tomada de decisão (custo cognitivo) podem ser interpretadas como fatores de proteção e menos sofrimento. Contudo, o custo físico tem relação direta ao sofrimento, devido ao desgaste ou cansaço sentido.

Na análise de dados qualitativos, foram identificadas duas categorias temáticas centrais: vivências de prazer e sofrimento no trabalho. Como fatores de prazer, destacaram-se o acompanhamento longitudinal, o reconhecimento do trabalho pela população, a participação da equipe nos processos de cogestão e as mudanças pós-pandemia que trouxeram mais auto segurança.

Contudo, predominaram as vivências de sofrimento relacionadas à falta de recursos (humano ou material), a estrutura física precária, a sobrecarga do trabalho e a preocupação com indicadores e metas. Ainda, a centralização decisória, conflitos interpessoais, fragilidade na relação com o território. E por fim, as implicações para a saúde mental dos trabalhadores como sintomas de estresse, depressão ou ansiedade, o impacto na qualidade do sono e consequências consideradas como sobrecarga adicional pós-pandemia.

Como limitações do trabalho aponta-se o tamanho do N amostral, mesmo sendo adotada todas as medidas possíveis uma vez que todos os profissionais enfermeiros da APS foram convidados a participar. Sugere-se cautela na generalização dos achados.

A triangulação metodológica adotada no trabalho não apenas validou os achados, mas proporcionou uma compreensão multidimensional do fenômeno, o que pode contribuir para a elaboração de políticas de proteção e valorização, como também da promoção da saúde dos trabalhadores da APS, especialmente da categoria profissional de enfermagem.

Recomenda-se, portanto, a realização de novos estudos tanto com a população já pesquisada quanto com os demais trabalhadores das unidades básicas de saúde do referido município, especialmente após a implementação do registro de ponto facial, ocorrida posteriormente à fase de coleta de dados, a qual tem gerado desafios para o desempenho das atividades laborais dos trabalhadores da saúde em seus respectivos postos de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, J. P. O.; SOUSA, M.; F. Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba – Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 46, n. 135, p. 1077–1092, 2022.
- ANDRADE, F. R. B.; et al. Precarização do trabalho e saúde mental dos (as) assistentes sociais. **Revista Katálysis**, [S. l.], v. 26, p. 232-242, 2023.
- ANTUNES, R. (org.). **Uberização, Trabalho e Indústria 4.0**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020.
- ANTUNES, R. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo: Boitempo, 2018.
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social e Sociedade**, [S. l.], p. 407-427, 2015.
- ARAÚJO, I.; SCHMIDT, A. **Psicodinâmica e Clínica do Trabalho**. Casa do Psicólogo, 2009.
- AUGUSTO, M. M.; FREITAS, L. G.; MENDES, A. M. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública de pesquisa. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 34-55, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682014000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 out. 2025.
- BAPTISTA, A. T. P. et al. Illness among nursing workers in the hospital context. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, p: e31170, 2018.
- BARBOSA, C. A. et al. **Documento de referência para a atuação em Saúde Mental e Trabalho na Fiocruz**. 2023. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/57729>. Acesso em: 30 abr. 2024.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5. ed. Edições 70, 2021.
- BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, [S. l.], v. 14, n. 1, p: 59-72, 2011.
- BENETON, E. R.; SCHMITT, M.; ANDRETTA, I. Sintomas de depressão, ansiedade e estresse e uso de drogas em universitários da área da saúde. **Revista da SPAGESP**, [S. l.], v. 22, n. 1, p: 145-159, 2021.
- BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2024c. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 09 jun. 2024.
- BRASIL. Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2024d. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20232026/2024/lei/L14874.htm. Acesso em: 06 jun. 2024.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 15 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Transtornos mentais podem garantir estabilidade de 12 meses no emprego após alta médica**. 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/inss/pt-br/assuntos/transtornos-mentais-podem-garantir-estabilidade-de-12-meses-no-emprego-apos-alta-medica-2>. Acesso em: 29 maio. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução N.º 466 de 12 de dezembro de 2012a**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 10 dez 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Sofrimento psíquico no ambiente de trabalho: pesquisadoras apontam situação epidêmica na Saúde Mental no Brasil**. 2023a. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/3001-sofrimento-psiquico-no-ambiente-de-trabalho-pesquisadoras-apontam-situacao-epidemica-na-saude-mental-no-brasil>. Acesso em: 01 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica. **e-Gestor Atenção Básica**. 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>. Acesso em: 25 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Investigação de transtornos mentais relacionados ao trabalho. Notificações registradas no SINAN NET**. 2024b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/transmentalbr.def>. Acesso em: 25 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde atualiza lista de doenças relacionadas ao trabalho após 24 anos**. 2023b. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/ministerio-da-saude-atualiza-lista-de-doencas-relacionadas-ao-trabalho-apos-24-anos>. Acesso em: 29 maio 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sofrimento psíquico no ambiente de trabalho: pesquisadoras apontam situação epidêmica na Saúde Mental no Brasil**. Conselho Nacional de Saúde, 2023c. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/3001-sofrimento-psiquico-no-ambiente-de-trabalho-pesquisadoras-apontam-situacao-epidemica-na-saude-mental-no-brasil>.

BRUM, R. G.; et al. Condições de Trabalho dos Docentes do Ensino Fundamental durante a Pandemia da COVID-19. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, v. 39, n. 1, 2023. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rbpae/article/view/122318>. Acesso em: 5 jun. 2024.

CÂNDIOTO, A. **Afastamento do trabalho por transtornos mentais cresce 68 % no Brasil**. Jornal da USP – Campus Ribeirão Preto, 02 abr. 2025.

CARDOSO, M. R. G.; OLIVEIRA, G. S.; GHELLI, K. G. M. Análise de Conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, [S. l.], v. 20, n. 43, p.98-111, 2021.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Lista da Superintendência Regional de Saúde**. 2022. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/03/lista_sr_ads_20220203-1.pdf. Acesso em: 25 abr. 2024.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Regionalização**. 2017. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>. Acesso em: 25 abr. 2024.

COELHO, E. A. et al. Work organization and risks of illness in the professional practice of doctors. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 37, p. e37502, 2021.

CONCEIÇÃO, M. S. O afastamento do trabalho dos profissionais de enfermagem associado aos Transtornos Mentais e Comportamentais. **Multitemas**, Campo Grande, MS, v. 30 n. 74, p. 111-126, 2025

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso; 2013.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 5. ed. Porto Alegre: Penso; 2021.

DAMIANI, B.; CARVALHO, M. The illness of nursing workers: a literature review. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, [S. l.], v. 19, n. 2, p: 214-223, 2021.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1994

DEJOURS, C. **Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. In: LANCMAN, S., SZNELWAR, L. I. (org.). Christophe Dejourns: da psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2008.

DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 363-371, 2012.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**. v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2015

DEWES, J. O. **Amostragem em bola de neve e respondent-driven sampling**: uma descrição dos métodos. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Estatística) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/93246>. Acesso em: 03 out. 2023.

DIAS, J. S. et al. Saúde, comportamento e gestão: impactos nas relações interpessoais. **Texto & Contexto Enfermagem**, [S. l.], v. 29, e20190057, 2020.

FERNANDES, M. A.; SOARES, L. M.; SILVA, J. S.; Work-related mental disorders among nursing professionals: a Brazilian integrative review. **Revista Brasileira Medicina do Trabalho**, [S. l.], v. 16, n. 2, p: 218-224, 2018.

FERREIRA MS. et al. **Apoio ao uso do software Jamovi (versão 2.3.28)**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2025.

FERREIRA, M. C. **Qualidade de Vida no Trabalho**: Uma Abordagem Centrada no Olhar dos Trabalhadores. Brasília: Paralelo 15, 2012. 341 p.978-85-86315-79-4

FERREIRA, M. C.; MENDES, A.M. **Trabalho e riscos de adoecimento**: o caso dos auditores fiscais da Previdência Social brasileira. Brasília, DF: Edições LPA/FENAFISP; 2003

FIDELIS, F. A. M.; BARBOSA, G. C.; CORRENTE, J. E.; et al. Satisfação e sobrecarga na atuação de profissionais em saúde mental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 1-5, 2021.

FIOCRUZ. Canal Saúde. **SUS celebra 30 anos da Estratégia Saúde da Família**. 2024. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/sus-celebra-30-anos-da-estrategia-saude-da-familia05042024>. Acesso em: 01 maio 2024.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. *In*: DREYFUS, H. L; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2017.

GOIS, D. F. et al. Síndrome de burnout em profissionais da saúde: uma pesquisa documental com ênfase na equipe de enfermagem. **Revista Mato-grossense de Saúde**, v. 2 n. 1, p. 206-228, 2023.

GOMES, V. A. F. M.; NUNES, C. M. F.; PÁDUA, K. C. Condições de trabalho e valorização docente: um diálogo com professoras do ensino fundamental I. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 100, n. 255, p. 277–296, 2019.

HOFFMANN, C. et al. **Prazer e sofrimento no trabalho docente**: Brasil e Portugal. *Educação e Pesquisa*, v. 45, p. e187263, 2019.

HUPKE, M. Psychosocial risks and workers health. Germany: OSHWiki, 2020.

IBGE. **Panorama de Tianguá**. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/tiangua/panorama>. Acesso em: 25 abr. 2024.

INGHAM-BROOMFIELD, R. A nurses' guide to mixed methods research. **Australian Journal of Advanced Nursing**, v. 33, n. 4, p: 46-52, 2016.

JIMENEZ, C. A.; OROZCO, M. M.; CALIZ, N. E. Factores de riesgos psicosociales en auxiliares de enfermería de un hospital de la red pública en la ciudad de Bogotá, Colombia. **Revista U.D.C.A Actualidade & Divulgación Científica**, v. 20, n. 1, p: 23-32.

LEAL, R. M. A. C.; BANDEIRA, M. B.; AZEVEDO, K. R. N. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 14, n. 1, p. 15-25, 2012.

LIMA, I. C. S.; SAMPAIO, J. J. C.; FERREIRA JÚNIOR, A. R. Trabalho e riscos de adoecimento na Atenção Psicossocial Territorial: implicações para a gestão do cuidado em saúde mental. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 47, n. 139, p. 878-892, 2023.

LOPES, O. C. A. et al. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. e20190145, 2020.

MAGNUS, C. N.; MERLO, A. R. C. Clínica Psicodinâmica do Trabalho: a construção de um coletivo no real da pesquisa. **Revista Polis e Psique**, [S. l.], v. 5, n. 3, p. 179–197, 2015.

MARX, K. **O Capital**: Crítica da Economia Política – o processo de produção do capital. 2. ed. São Paulo: Boitempo; 2017.

MEDEIROS, S. E. G. et al. Estresse e sofrimento em enfermeiros hospitalares: relação com variáveis pessoais, laborais e hábitos de vida. **Texto Contexto Enferm**, [S. l.], v. 32, p:e20220290, 2023.

MENDES, A. M. B.; FERREIRA, M. C. Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A. M. B. (org.). **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/tpq/article/view/82>. Acesso em: 07 mar. 2024.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 237–248, 1993.

MOURA, R. C. et al. Transtornos mentais comuns em profissionais de enfermagem de serviços de emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S. l.], v. 35, p: eAPE03032, 2022.

NASCIMENTO, L. C. N. et al. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 71, n. 1, p. 228–233, 2018.

NESCON. Núcleo de educação em saúde coletiva. **Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde**. Informes Técnicos, n 1. Belo Horizonte: NESCON; 2007.

OLIVEIRA, D. M.; et al. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e comportamentais entre profissionais de enfermagem. **Revista Cuidarte**, v. 10, n. 2, p: e631, 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Mental health: a state of well-being**. 2014. Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/. Acesso em: 03 out. 2022.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos**. Institucional Repository for Information Sharing. Versión oficial en español de la obra original en inglés. 2022c. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57878>. Acesso em: 01 maio 2024.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Mental health at work: policy brief. 2. ed. Genebra: **World Health Organization**, 2022a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057944>. Acesso em: 30 abr. 2024.

OMS. Organização Mundial de Saúde. World mental health report: Transforming mental health for all. Genebra: **World Health Organization**, 2022b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 01 maio 2024.

OPAS. Organização Mundial da Saúde. **OMS e OIT pedem novas medidas para enfrentar os problemas de saúde mental no trabalho**. International Labour Organization. 2022b. Disponível em: https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_857127/lang--pt/index.htm.

OPAS. Organização Mundial da Saúde. **Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo**. 2022a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>. Acesso: 30 abr. 2024.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. **Processo de Trabalho em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em: 25 maio. 2024.

PEREIRA, A. C. L. et al. Fatores de riscos psicossociais no trabalho: limitações para uma abordagem integral da saúde mental relacionada ao trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [S. l.], v. 45, p. e18, 2020.

RIBEIRO, J. L. P.; HONRADO, A. A. J. D.; LEAL, I. P. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. **Psicologia, Saúde & Doenças**, [S. l.], v. 2, p: 229-239, 2004.

RUIZ, V. S.; ARAUJO, A. L. L. Saúde e segurança e a subjetividade no trabalho: os riscos psicossociais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [S. l.], v. 37, n. 125, p. 170–180, 2012.

SAMPAIO, R. C.; et al. Muita Bardin, pouca qualidade: uma avaliação sobre as análises de conteúdo qualitativas no Brasil. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [S. l.], v. 10, n. 25, p. 464–494, 2022. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/547>. Acesso em: 02 maio 2024.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 60, n. 2, p. 221–224, 2007. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v18n2a15.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2024.

SANTOS, B. M. P. et al. Perfil e essencialidade da Enfermagem no contexto da pandemia da COVID-19. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n.10, p: 2785-2796, 2023.

SANTOS, J. L. G. et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. e1590016, 2017.

SANTOS, K. M.; et al. O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem e os riscos psicossociais no trabalho. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S. l.], v. 35, p: eAPE03447, 2022.

SCOCHI, M. J.; MISHIMA, S. M.; PEDUZZI, M. Maria Cecília Puntel de Almeida: construtora de pontes entre Enfermagem e a Saúde Coletiva brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 20, n. 12, p. 3891–3896, 2015.

SILVA, E. G.; et al. **Análises estatísticas com JASP: um guia introdutório**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://jasp-stats.org/2023/05/09/analises-estatisticas-com-jasp-um-guia-introdutorio/>. Acesso em: 11 dez. 2023.

SIPCES. Sindicato Patronal de Condomínios e Empresas de Administração de Condomínios no Espírito Santo. **Afastamentos por transtornos de saúde mental sobem 38%**. 2024. Disponível em: <https://www.sipces.org.br/materias,21607,afastamentos-por-transtornos-saude-mental-sobem-38.html>. Acesso em: 25 abr. 2024.

SOUSA, J. R.; SANTOS, S. C. M. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 1396–1416, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE/article/view/31559>. Acesso em: 2 jun. 2024.

SOUSA, M. F.; et al. Complexidade das Práticas da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Enfermagem em Foco**, [S. l.], v. 12, p:55-60, 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002

TIANGUÁ. **Dados do município**. 2024. Disponível em: <https://tiangua.ce.gov.br/omunicipio.php>. Acesso em: 25 abr. 2024.

TURBOSCRIBE. **Transcrição de áudio e vídeo ilimitada**.2025.

VENDRUSCOLO, C.; BALDISSERA, M, I.; ZOCHE, D. A. Cogestão na Atenção Primária: Possibilidades e Desafios de Uma Equipe no Sul do Brasil. **Enfermagem em Foco**, [S. l.], v. 16, e-2025036, 2025.

VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian portuguese. **Journal of Affect Disorders**, [S. l.], v. 155, p:104-9, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A –
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PRIMEIRA FASE
DA PESQUISA (QUANTITATIVA)

Título do Projeto de Pesquisa: Condições de Trabalho e Saúde Mental de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma Região Serrana do Ceará pós Pandemia de Covid-19.

Você está sendo convidado (a) para ser participante da pesquisa intitulado “Condições de Trabalho e Saúde Mental de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma Região Serrana do Ceará pós Pandemia de Covid-19” desenvolvida por Caroline Mauriz de Moura Costa Feitosa Aragão, mestranda em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, sob orientação da professora Dra Cibelly Aliny Siqueira Lima de Freitas.

Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Caso se sinta esclarecido (a) sobre as informações que estão neste Termo e aceite fazer parte do estudo, peço que assine ao final deste documento, em duas vias, sendo uma via sua e a outra das pesquisadoras responsáveis pela pesquisa. Saiba que você tem total direito de não querer participar e, mesmo aceitando, pode desistir da participação a qualquer momento, sem nenhum ônus.

1. O trabalho tem por objetivo avaliar as condições de trabalho dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma região serrana do Ceará pós pandemia de Covid-19 e a relação com sua saúde mental, considerando suas condições sociodemográficas e a inserção no mercado de trabalho.

2. O convite para a sua participação se deve ao fato de você pertencer ao grupo populacional que foi escolhido para a nossa pesquisa: enfermeiros vinculados a Estratégia Saúde da Família. Caso decida aceitar o convite, todos os indivíduos deverão responder a um questionário sociodemográfico e profissional, ao Inventário de Trabalho e Adoecimento (ITRA) e a Escala DASS. Lembramos que a sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia e liberdade para decidir se quer ou não participar. Não haverá nenhuma penalização caso você decida não participar, ou desistir de seu consentimento inicial. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da mesma. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre o estudo, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste TCLE.

3. Todos os dados e informações que você nos fornecer serão guardados de forma sigilosa. Garantimos a confidencialidade e a privacidade dos seus dados e das suas informações. Tudo que o (a) Sr. (a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por meio dos instrumentos serão utilizados somente para esta pesquisa. O material da pesquisa com os seus dados e informações será armazenado em local seguro e guardados em arquivo digital após o término da pesquisa. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

4. O tipo de procedimento adotado apresenta o mínimo de riscos, que será reduzido pela garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes durante todas as fases da investigação, e certeza de que os instrumentos não serão publicados, sendo manipulados exclusivamente pela professora pesquisadora e por sua aluna orientanda. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos de produzir algum desconforto aos sujeitos que participam dela. Contudo, para minimizar as chances desses riscos, haverá o cuidado de esclarecer o intuito da pesquisa e sanar qualquer dúvida que possa surgir.

5. No que tange aos aspectos éticos em pesquisa, serão respeitados seguindo a Lei nº 14.874 / 2024, que tipifica a pesquisa envolvendo seres humanos e institui o sistema nacional de ética em pesquisa com seres humanos, bem como pelas normas e os procedimentos estabelecidos pelas resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulam pesquisas envolvendo seres humanos.

6. Os benefícios com a participação nesta pesquisa serão de forma a ajudar a potencializar o conhecimento, estimular a reflexão em torno da saúde mental dos enfermeiros em seu contexto de trabalho, contribuir com o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento pelos profissionais da área, fornecer informações relevantes sobre a saúde mental dos enfermeiros vinculados a estratégia saúde da família, outros profissionais da saúde e para o meio acadêmico, compreender a relação entre o processo de saúde-doença e trabalho, e auxiliar gestores na elaboração de ações que propiciem a transformação de situações nocivas à saúde desta e de outras categorias profissionais. A pesquisa não trará resultados imediatos, mas com certeza, a médio e longo prazo, tais discussões acrescentarão elementos essenciais para problematizar o contexto de trabalho dos enfermeiros.

7. Não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar aos voluntários pela participação, no entanto, caso haja qualquer despesa decorrente desta participação haverá o seu ressarcimento pelas pesquisadoras.

8. Os participantes não terão nenhuma despesa ao participar do estudo e poderão retirar sua concordância na continuidade da pesquisa a qualquer momento.

9. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da participação no estudo, os voluntários poderão pleitear indenização, segundo as determinações do Código Civil (Lei nº 10.406 de 2002) e das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

10. Os nomes dos participantes serão mantidos em sigilo, assegurando assim a sua privacidade, e se desejarem, terão livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queiram saber antes, durante e depois da sua participação.

11. Os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins desta pesquisa, e os resultados poderão ser publicados.

Qualquer dúvida, pedimos a gentileza de entrar em contato com Caroline Mauriz de Moura Costa Feitosa Aragão, telefone: (86) 99476-8591, e-mail: carolinemauriz@gmail.com e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), localizado à Av. Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, nº 150, Bairro Derby Clube, Cep.: 62.042-280, Sobral – CE, Telefone: (88) 3677-4255, e-mail: cep_uva@uvanet.br.

Tianguá, ____ de _____ 2025

- () Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.
() Eu não concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

Assinatura do participante da pesquisa

Profª Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas (Orientadora)
Pesquisadora Responsável

Caroline Mauriz de Moura Costa Feitosa Aragão (Mestranda)
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE B –
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – SEGUNDA FASE
DA PESQUISA (QUALITATIVA)

Título do Projeto de Pesquisa: Condições de Trabalho e Saúde Mental de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma Região Serrana do Ceará pós Pandemia de Covid-19.

Você está sendo convidado (a) para ser participante da pesquisa intitulado “Condições de Trabalho e Saúde Mental de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma Região Serrana do Ceará pós Pandemia de Covid-19” desenvolvida por Caroline Mauriz de Moura Costa Feitosa Aragão, mestranda em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, sob orientação da professora Dra Cibelly Aliny Siqueira Lima de Freitas.

Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Caso se sinta esclarecido (a) sobre as informações que estão neste Termo e aceite fazer parte do estudo, peço que assine ao final deste documento, em duas vias, sendo uma via sua e a outra dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa. Saiba que você tem total direito de não querer participar e, mesmo aceitando, pode desistir da participação a qualquer momento, sem nenhum ônus.

1. O trabalho tem por objetivo avaliar as condições de trabalho dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma região serrana do Ceará pós pandemia de Covid-19 e a relação com sua saúde mental, considerando suas condições sociodemográficas e a inserção no mercado de trabalho.

2. O convite para a sua participação se deve ao fato de você pertencer ao grupo populacional que foi escolhido para a nossa pesquisa: enfermeiros vinculados a Estratégia Saúde da Família. Caso decida aceitar o convite, você deverá participar de uma entrevista semiestruturada que será gravada por meio de um gravador de voz eletrônico. Lembramos que a sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia e liberdade para decidir se quer ou não participar. Não haverá nenhuma penalização caso você decida não participar, ou desistir de seu consentimento inicial. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da mesma. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar das pesquisadoras informações sobre sua participação e/ou sobre o estudo, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste TCLE.

3. Todos os dados e informações que você nos fornecer serão guardados de forma sigilosa. Garantimos a confidencialidade e a privacidade dos seus dados e das suas informações. Tudo que o (a) Sr. (a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por meio dos instrumentos serão utilizados somente para esta pesquisa. O material da pesquisa com os seus dados e informações será armazenado em local seguro e guardados em arquivo digital após o término da pesquisa. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

4. O tipo de procedimento adotado apresenta o mínimo de riscos, que será reduzido pela garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes durante todas as fases da investigação, e certeza de que os instrumentos não serão publicados, sendo manipulados exclusivamente pela professora pesquisadora e por sua aluna orientanda. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos de produzir algum desconforto aos sujeitos que participam dela. Contudo, para minimizar as chances desses riscos, haverá o cuidado de esclarecer o intuito da pesquisa e sanar qualquer dúvida que possa surgir.

5. No que tange aos aspectos éticos em pesquisa, serão respeitados seguindo a Lei nº 14.874 / 2024, que tipifica a pesquisa envolvendo seres humanos e institui o sistema nacional de ética em pesquisa com seres humanos, bem como pelas normas e os procedimentos estabelecidos pelas resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulam pesquisas envolvendo seres humanos.

6. Os benefícios com a participação nesta pesquisa serão de forma a ajudar a potencializar o conhecimento, estimular a reflexão em torno da saúde mental dos enfermeiros em seu contexto de trabalho, contribuir com o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento pelos profissionais da área, fornecer informações relevantes sobre a saúde mental dos enfermeiros vinculados a estratégia saúde da família, outros profissionais da saúde e para o meio acadêmico, compreender a relação entre o processo de saúde-doença e trabalho, e auxiliar gestores na elaboração de ações que propiciem a transformação de situações nocivas à saúde desta e de outras categorias profissionais. A pesquisa não trará resultados imediatos, mas com certeza, a médio e longo prazo, tais discussões acrescentarão elementos essenciais para problematizar o contexto de trabalho dos enfermeiros.

7. Não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar aos voluntários pela participação, no entanto, caso haja qualquer despesa decorrente desta participação haverá o seu ressarcimento pelas pesquisadoras.

8. Os participantes não terão nenhuma despesa ao participar do estudo e poderão retirar sua concordância na continuidade da pesquisa a qualquer momento.

9. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da participação no estudo, os voluntários poderão pleitear indenização, segundo as determinações do Código Civil (Lei nº 10.406 de 2002) e das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

10. Os nomes dos participantes serão mantidos em sigilo, assegurando assim a sua privacidade, e se desejarem, terão livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queiram saber antes, durante e depois da sua participação.

11. Os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins desta pesquisa, e os resultados poderão ser publicados.

Qualquer dúvida, pedimos a gentileza de entrar em contato com Caroline Mauriz de Moura Costa Feitosa Aragão, telefone: (86) 99476-8591, e-mail: carolinemauriz@gmail.com e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), localizado à Av. Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, nº 150, Bairro Derby Clube, Cep.: 62.042-280, Sobral – CE, Telefone: (88) 3677-4255, e-mail: cep_uva@uvanet.br.

Tianguá, ____ de _____ 2025

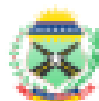
- () Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.
 () Eu não concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal

Profª Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas (Orientadora)
Pesquisadora Responsável

Caroline Mauriz de Moura Costa Feitosa Aragão (Mestranda)
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C – ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Secretaria de
SaúdePrefeitura de
Tianguá#RECONSTRUINDO
NOSSA CIDADE

CARTA DE ANUÊNCIA

Ilma. Sra. Flávia Araújo Cardoso Procópio

Secretária Municipal de Saúde de Tianguá - CE

Solicitamos a autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada **Condições de Trabalho e Saúde Mental de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma região serrana do Ceará pós pandemia de Covid-19**, a ser realizada por **Caroline Mauriz de Moura Costa Feitosa Aragão**, mestranda em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob minha orientação. A pesquisa tem como objetivos: *Avaliar as condições de trabalho dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família pós pandemia de Covid-19 e sua relação com a saúde mental; Delinear o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros; Analisar as representações dos enfermeiros sobre suas condições laborais; Identificar a relação entre as condições de trabalho e os riscos de adoecimento dos enfermeiros; e Verificar a influência das condições de trabalho nos níveis de estresse e ansiedade dos enfermeiros.* Portanto, necessitamos da participação dos enfermeiros das unidades básicas de saúde da família. Ao mesmo tempo pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão analisados coletivamente e que as identidades das pessoas

Secretaria de
Saúde
**Prefeitura de
Tianguá**
#RECONSTRUINDO
NOSSA CIDADE

participantes não serão divulgadas, conforme orientação da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) e da lei nº 14.874 / 2024, que tipifica a pesquisa envolvendo seres humanos e institui o sistema nacional de ética em pesquisa com seres humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização desta pesquisa.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta instituição, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Tianguá – CE, 11 de julho de 2024.

 Documento assinado digitalmente
CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS
Data: 11/07/2024 14:28:54 (UTC-03:00)
Verifique em: https://brasil.gov.br

Prof. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas
Pesquisadora Responsável

Concordamos com a solicitação Não concordamos com a solicitação

 Documento assinado digitalmente
FLÁVIA ARATUJO CARDOSO PROCÓPIO
Data: 11/07/2024 14:02:17 (UTC-03:00)
Verifique em: https://brasil.gov.br

Flávia Araújo Cardoso Procópio
Secretária Municipal de Saúde de Tianguá - CE

**APÊNDICE D –
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL**

1. Características pessoais: Informe sua data de nascimento: ____/____/____

1.1 Sexo:

Feminino Masculino

1.2 Idade:

1.3 Estado Civil:

Solteiro (a) Viúvo (a)
 Casado (a) União Estável
 Divorciado (a) Outro: _____

1.4 Tem filhos?

Sim - quantos: ____ Não

1.5 Você possui outra graduação além de Enfermagem?

Sim Não. Caso sim, especificar qual _____

1.6 Você trabalha no mesmo município em que reside?

Sim
 Não. Caso não, qual o nome da cidade e estado em que reside? _____

1.7 Há quantos anos você atua na UBS em que trabalha atualmente?

Menos de 1 ano De 3 a 5 anos
 De 1 a 3 anos Há mais de 5 anos

2. Características profissionais:

2.1. Quais são as atividades laborais desenvolvidas por você na unidade básica de saúde em que atua?

Consultas de Enfermagem Prescrição de medicamentos
 Supervisão em sala de vacina Orientações
 Prescrição de medicamentos Visita domiciliar
 Solicitação de exames

- () Mediação de grupos terapêuticos de pacientes
- () Discussão de casos
- () Elaboração de relatórios
- () Alimentação de sistema (especificar qual)
- () Reunião de equipe
- () Outras (especificar): _____

2.2. Escolaridade: A seguir, assinale as suas titulações indicando o ano de conclusão (apenas para cursos concluídos)

- () Graduação _____
- () Mestrado _____
- () Residência _____
- () Doutorado _____
- () Especialização _____

2.3. Atualização Profissional (tem realizado cursos de atualização / formações, atualmente?):

- () Sim
- () Não.

Em caso afirmativo, qual ano da última atualização profissional? _____.

2.4. Você tem mais de um emprego?

- () Sim. Caso sim, especificar abaixo
- () Não.

	Local do Emprego	Área de atuação ¹	CH /Semanal	Vínculo Empregatício	Atividades desempenhadas
Emprego 1					
Emprego 2					
Emprego 3					

¹Áreas de atuação: Docência, Hospitalar (especificar), etc.

2.5. Remuneração:

- () Entre 1 e 2 salários mínimos
- () Entre 6 e 6 salários mínimos
- () Entre 3 e 5 salários mínimos
- () Acima de 7 salários mínimos

2.6. Qual vínculo empregatício:

- Concursado Contratado

2.7. Carga horária de trabalho semanal de trabalho?

- 20 horas semanais 40 horas semanais
 30 horas semanais

2.8. Qual tipo de transporte você usa frequentemente para chegar a este trabalho?

- Condução própria Caminhada
 Condução de familiares Condução de amigos
 Transporte público Outro: _____

2.9 Você trabalha exercendo outra função que não seja a de Enfermeiro Assistencial?

- Sim Não.

Em caso afirmativo, qual função? _____.

2.10 Possui algum problema de saúde?

- Sim Não

2.11 Caso tenha respondido “sim”, qual (is)? _____.

2.12 Faz uso de algum medicamento?

- Sim Não

2.13. Caso tenha respondido “sim”, qual? _____.

2.14. Já foi afastado (a) por problemas de saúde?

- Sim Não

2.15 Você costuma faltar ao seu trabalho?

- Sim.
 Não.

2.16 Caso “sim” especificar as principais causas:

**APÊNDICE E –
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

- 1) Há quanto tempo você trabalha nesta unidade?
- 2) Descreva como é o seu dia a dia de trabalho na unidade e quais suas principais atividades? (Não esquecer de perguntar sobre consultas para hipertensos, diabéticos, crianças, pré-natal, caso o profissional não lembre ou não fale).
- 3) Quais são os principais obstáculos no seu dia a dia que tornam o trabalho desgastante? (ou quais são os maiores desafios da sua função específica?).
- 4) Como a estrutura da UBS (recursos, equipe, fluxo de pacientes) impacta sua eficiência?
- 5) Você já sugeriu mudanças para melhorar as condições de trabalho? Houve resposta?
- 6) Como seu trabalho afeta sua saúde física (ex.: dores, cansaço) e mental (estresse, ansiedade ou outros tipos de adoecimento mental)?
- 7) Quais estratégias (físicas ou emocionais) você usa para lidar com o desgaste?
- 8) Como você descreve a divisão de tarefas entre assistenciais e gerentes? Há sobrecarga?
- 9) Como é a comunicação entre sua equipe e outros profissionais (ex.: médicos, gestores, agentes comunitários de saúde)?
- 10) Há conflitos frequentes? Quais geralmente são as causas?
- 11) O que mais o (a) desmotiva ou gera frustração no trabalho? (Ex.: jornada de trabalho, situação financeira, relações interpessoais, suporte emocional e inadequações nas condições de trabalho).
- 12) Você sente que seu esforço é reconhecido? Como isso afeta sua satisfação? Em caso de reconhecimento, de que forma isso se materializa? (ex.: remuneração, ou outra forma de externalizar este reconhecimento?).
- 13) Durante o período de Pandemia que atividades você desenvolvia?
- 14) Com a pós pandemia, o que mudou em suas práticas? (Falar, por exemplo das potencialidades de atuação que você observa para seu trabalho pós pandemia).

**APÊNDICE F –
ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS SEGUNDO BARDIN**

Classe temática: Vivências de Prazer no Trabalho
Categoria: Impacto positivo na saúde do usuário/ população
Subcategoria: Acompanhamento longitudinal - Reconhecimento do trabalho pela população
Unidades de registro (7)
<p>[...] estou tentando fazer esse, vamos dizer assim, essa conquista durante o pré-natal, para que elas retornem para fazer a puericultura. Já consegui algumas, que já estão na terceira consulta, né, porque já foi feita a consulta de um mês, de dois meses e de três meses, de quatro meses, que são as mães que eu já comecei o pré-natal, que eu terminei, né, finalizei o pré-natal no início do ano, e que as crianças foram nascendo e estão sendo acompanhadas [EA1] – Acompanhamento longitudinal</p> <p>[...]o reconhecimento é só, vamos dizer assim, geralmente ele acontece quando os pacientes nos elogiam para os profissionais, né, vamos dizer assim, principalmente para os ACS. E claro que isso impacta de uma forma positiva para mim, né, eu sinto que eu estou trabalhando de uma forma que está chegando de um jeito bom para essas pessoas, né, e com certeza isso, vamos dizer assim, nos motiva a tentar continuar apesar de todos os problemas, e ele não é reconhecido de forma nenhuma, de forma materializada, né, nenhuma forma de reconhecimento. [EA1] - Reconhecimento do trabalho pela população</p> <p>Recebo reconhecimento pelo atendimento por parte dos pacientes e isso já me basta. [EA2] - Reconhecimento do trabalho pela população</p> <p>Eu gosto de ver as pessoas saindo com um sorriso. De dizer, poxa vida, obrigado, você conseguiu me ajudar. [...] Pelo sorriso da população, mais pela população. [EG1] - Reconhecimento do trabalho pela população</p> <p>Agora, o que me importa é ver que, no final de um atendimento seu, a pessoa sai feliz, né? [EA3] - Reconhecimento do trabalho pela população</p> <p>Muitas pessoas são agradecidas a mim pelo meu serviço, mas eu particularmente não espero e nem cobro que eles reconheçam o meu trabalho. [EA5] - Reconhecimento do trabalho pela população</p> <p>[...] eu estou usando de falsa modéstia, mas eu acredito que sim, tanto pela coordenação, que cita como nosso trabalho como sendo um bom trabalho, como pela população. [EA7] - Reconhecimento do trabalho pela população</p>

Classe temática: Vivências de Prazer no Trabalho
Categoria: Organização do trabalho
Subcategoria: Participação da equipe para fluxos e de gestão dos indicadores – Divisão de tarefas
Unidades de registro (6)
<p>O gerente não está todos os dias, por isso não pode parar o serviço porque ele não está. Então ela dá as coordenadas para a gente poder agir, fazer alguma coisa, combinar com ela e andar. Ter o fluxo normal da unidade sem prejuízo. É ótimo. [EA4] – Participação da equipe para fluxos e de gestão dos indicadores</p> <p>A gente tem comunicação com a coordenação via, a via que a gente utiliza é o celular. Nós temos grupos de enfermeiros, com a coordenação para a gente reivindicar o que a gente precisa, com a nossa equipe, tem outro grupo. Então a interação é boa através do celular, e é resolvido né, a maioria das coisas [EA4] - Participação da equipe para fluxos e de gestão dos indicadores</p> <p>[...] antes a gente não tinha reuniões estratégicas com a equipe toda, era mais direcionado para os gerentes e os gerentes tinham que repassar, agora não, a todas as nossas reuniões de alinhamento, a gente vai os gerentes, médicos, enfermeiros, dentistas, aí depois a gente repassa para os meninos aqui no posto, é uma estratégia interessante de todo mundo ficar ciente que cada um tem a sua parte para poder evoluir [EG2] - Participação da equipe para fluxos e de gestão dos indicadores</p> <p>Depois que a enfermagem teve essa divisão, na verdade não é a enfermagem, é a PNAB, que é a Política Nacional da Atenção Básica, dividiu o que é gerente, o que é assistente, melhorou muito, muito, muito, muito mesmo. [EA5] - Divisão de tarefas</p> <p>A PNAB, ela já coloca dentro da sua intenção, em relação à questão de atribuição e as competências do gerente, enfermeiro-gerente e enfermeiro-assistente. [EA6] - Divisão de tarefas</p> <p>Tudo que é gerencial, que diz respeito a abastecimento de material, estrutura, é com a gerente. Tudo que diz respeito à assistência propriamente dita aos indicadores é comigo. [EG7] - Divisão de tarefas</p>

Classe temática: Vivências de Prazer no Trabalho
Categoria: Pandemia por COVID-19
Subcategoria: Mudança na prática
Unidades de registro (9)
<p>[...] a nossa rotina mudou totalmente do que a gente fazia na assistência da nossa unidade em todas as unidades de saúde. [EA5] – Mudança na prática</p> <p>Outra coisa bem, vamos dizer assim, que virou rotina, para mim no caso, foi o uso dos EPIs. Eu trabalhava em hospital e eu tinha o costume de usar EPIs durante todo o meu horário de trabalho dentro do hospital, mas no PSF eu não utilizava. Toca, máscara, eu não utilizava. E eu passei a utilizar depois da pandemia. [EA1] - Mudança na prática</p> <p>Após a pandemia ficamos mais atentos a problemas de saúde que podem rapidamente se espalharem e tomar grandes proporções. De forma geral passamos a tomar mais cuidado na transmissão de doenças infecto contagiosas. [EA2] - Mudança na prática</p> <p>Então, por exemplo, uso de máscara na gente, né, que a gente, eu lembro eu trabalhava no hospital sem máscara, eu fazia prevenção sem máscara, porque assim, era na época, era daquele jeito, a gente não tinha medo de nada, né, a gente não se protegia tanto, aí depois disso, tanto a gente como o povo [...] [EA3] - Mudança na prática</p> <p>Tecnologia, tudo <i>whatsApp</i>, tudo <i>drive</i>, tudo <i>email</i>, isso é bom, é positivo [EG2] - Mudança na prática</p> <p>[...] hoje todo mundo que vai fazer uma visita, vai de máscara, vai com luva, se preocupa com os EPI, eu acho que a preocupação com o EPI hoje, ele se tornou muito mais presente na atenção básica e nos hospitais daquele tempo pra cá. [EA5] - Mudança na prática</p> <p>[...] a nossa rotina mudou totalmente do que a gente fazia na assistência da nossa unidade em todas as unidades de saúde. [EA5] - Mudança na prática</p> <p>[...]um ponto positivo porque os hospitais começaram a se estruturar melhor em relação a questão das doenças respiratórias. [EA6] - Mudança na prática</p> <p>Então, por exemplo, uso de máscara na gente, né, que a gente, eu lembro eu trabalhava no hospital sem máscara, eu fazia prevenção sem máscara, porque assim, era na época, era daquele jeito, a gente não tinha medo de nada, né, a gente não se protegia tanto, aí depois disso, tanto a gente como o povo [...] [EA3] – Mudança na prática</p>

Classe temática: Vivências de Sofrimento no Trabalho
Categoria: Organização do processo de trabalho
Subcategoria: Falta de recurso (humano e material) – Estrutura física precária – Sobrecarga de trabalho – Preocupação com indicadores e metas
Unidades de registros (34)
<p>[...] Nós não temos recursos praticamente, eu acho que todas as unidades básicas de Tianguá não têm recursos, não tem oxigênio, não tem um desfibrilador portátil, não tem as coisas que realmente deveria ter, né? Por exemplo, se pede muitas coisas como cobrando da farmácia, mas não tem um ar-condicionado para deixar numa temperatura ambiente, uma temperatura adequada para os medicamentos, faltam muitos materiais... [EG1] - Falta de Recursos (humano e material)</p> <p>Eu também controlo a farmácia, o que entra, o que sai, o estoque, o que está perto de vencer. [...] apesar que eu não concordo com isso, porque na PNAB diz que tem que ter um agente farmacêutico para isso. [EG1] - Falta de Recursos (humano e material)</p> <p>[...] a questão dos insumos, quando eles faltam na escala mesmo, nós passamos um tempo para que esses insumos possam ter na unidade de saúde, que vai desde materiais de limpeza como também insumos para a própria assistência, medicamentos, materiais para curativo. [EA8] - Falta de Recursos (humano e material)</p> <p>[...] eu sempre digo que aquilo que seria falta, na verdade, a falta que eu sinto era ter mais um médico, mais um enfermeiro, porque a gente ia atender melhor a comunidade, né. [EG4] - Falta de Recursos (humano e material)</p> <p>[...] A única coisa que não tem, que às vezes impacta um pouco, é dentista. [...] Porque aqui é uma casa e não tem estrutura para colocar [EA3] - Falta de Recursos (humano e material)</p> <p>[...] mas eu não tenho ninguém para ficar na recepção. E como somos porta de entrada, o primeiro momento ele vai para a recepção o paciente, então lá não tem essa parte de recepção, quem faz a recepção são as técnicas. [EG2] - Falta de Recursos (humano e material)</p> <p>[...] E aí falta essa parte da farmácia, e são em todos os postos. [EG2] - Falta de Recursos (humano e material)</p> <p>[...] às vezes, você não tem condição também de trabalhar por conta de material. Então, às vezes você não tem um impresso para fazer. Às vezes você tem que estar xerocando, receituário quando tá atendendo [...] falta de material de limpeza. Da limpeza, ficamos sem profissional limpeza até o mês passado. O mês passado foi que colocaram outro profissional aqui. [EA5] - Falta de Recursos (humano e material)</p> <p>[...] Uma das dificuldades maiores em relação aos recursos humanos, eu acredito que em muitas equipes é a área de agentes de saúde descobertas. [EA6] - Falta de Recursos (humano e material)</p> <p>[...]eu procuro dar o meu jeito para poder resolver, porque eu quero que o serviço flua. Muitas vezes, se eu não conseguir fora, eu dou um jeitinho de comprar e eu não gosto que falte nada para a unidade. [EG4] - Falta de Recursos (humano e material)</p>

Porque tem muita área descoberta. Então isso também, eu esqueci de comentar no começo, mas é uma das dificuldades **[EA3] - Falta de Recurso (humano e material)**

Nós temos áreas descobertas, uma área descoberta muito grande aqui **[EA4] - Falta de Recurso (humano e material)**

[...] equipe está desfalcada, nós estamos sem samista aqui, estamos com mais áreas descobertas por agentes comunitários de saúde do que áreas cobertas, isso aí também é algo que mexe muito com o processo de trabalho. **[EA8] - Falta de Recursos (humano e material)**

[...] eu tento me conter assistente, como enfermeira assistencial, mas eu tenho que buscar resolver outros problemas, como buscar medicamentos faltosos na unidade de saúde, material de curativo eu tenho que correr atrás, questão de solicitar profissionais para cá. **[EA8] - Falta de Recursos (humano e material)**

[...] sempre dando um jeitinho, tentando improvisar, fica sem a gente ter só uma limpeza ali no mês, dois meses, depois fica só um, trabalhando meio expediente, às vezes fica sem médico, depois demora um tempo e volta, o médico vem, vem outro médico no lugar. **[EA5] – Falta de Recursos (humano e material)**

Não considero situações desmotivantes. Mas que atrapalha o melhor andamento: condições estruturais, mas que ultimamente tem sido resolvida com mais rapidez. Como falta de água e material pra limpeza, falta de fechadura no banheiro ou consultório, falta de ventilação adequada, falta de impressora em todos os consultórios, mofo e umidade nas paredes, etc. **[EA2] – Estrutura Física Precária**

[...] a gente ficou sem fazer prevenção lá na unidade, porque a porta da sala da prevenção estava quebrada. **[EA1] - Estrutura física precária**

[...] a gente não tem salas climatizadas, então, eu levei um ventilador de casa para tentar amenizar o calor, mas nem sempre funciona, nem sempre dá certo, os pacientes reclamam muito também dessa questão, né, de não ter essa climatização. **[EA1] - Estrutura física precária**

[...] uma das coisas que eu me queixo muito em relação à saúde da gente são as cadeiras. As cadeiras que a gente passa o dia todinho que maltratam muito a coluna da gente, causa dores, a gente tem que se adaptar. **[EA4] - Estrutura física precária**

[...] E temos falta de salas adequadas para atender a demanda geral. Nós funcionamos aqui com duas unidades básicas de saúde e dividimos praticamente tudo. Ambulatório é um pra duas equipes. Sala de vacina é uma pra duas equipes. Então, espaço de sala de situação é um pra duas equipes. Então, basicamente eu divido a minha estrutura com outra equipe de saúde. E dentro de uma estrutura que nem é adequada é pra desempenhar a função da atenção básica. **[EA5] - Estrutura física precária**

[...] estrutura deficiente, porque ele foi feito naquela estrutura passada, antiga, e apenas feito uma ampliação, com duas salas, então nós temos uma sala de ambulatório onde todos os procedimentos são feitos na mesma sala, a mesma sala é feita o acolhimento, é realizado o curativo, é realizada a aplicação de injeção, e isso sobrecarrega um profissional, além do

espaço físico, que é pequeno, o que torna incoerente a assistência e com o espaço dedicado a ela. **[EA7] - Estrutura física precária**

[...] Nós não temos sala de esterilização, uma sala específica para fazer a limpeza de material e desinfecção, e tudo isso a gente faz numa sala improvisada com espaço pequeno para dar um suporte de esterilização de material. **[EA7] - Estrutura física precária**

[...]a nossa unidade básica de saúde, ela não tem a estrutura mínima para uma unidade básica de saúde, então é uma casa adaptada, então isso também dificulta muito os processos de trabalho. **[EA8] - Estrutura física precária**

[...] às demandas necessárias de especialidades também deixa a gente muito desmotivado no ambiente de trabalho, o ambiente em que a gente atua, a infraestrutura que não apoia a necessidade da população, hoje eu faço um curativo no alpendre da unidade de saúde porque não tem ambulatório. **[EA8] – Estrutura física precária**

[...] Ela [gerente] não tá ali na lida, ela não tem uma visão boa de como as coisas funcionam, então, a maioria das decisões, elas impactam na gente e traz uma sobrecarga porque não são resolutivas, né, e aí isso sim causa sobrecarga. **[EA1] - Sobrecarga de trabalho**

[...] O que torna desgastante é o uso do PEC (prontuário eletrônico do cidadão) e ter que registrar tudo que é feito na consulta. E tem os grupos que tem registro no papel, eletrônico e o oral para o paciente. **[EA2] - Sobrecarga de trabalho**

[...] Alta demanda e sobrecarga em tempo curto para entrega do que foi solicitado (Rotina administrativa pesada); Mudança inesperada de cronograma; Controle de estoque que consomem tempo; Lidar com conflitos de terceiros (desgastante); Pressões por metas e indicadores: alcançar metas de cobertura, vacinação, tempo de espera e indicadores de qualidade (pressão constante); Tomada de decisão sob incerteza, ter a necessidade de decisões rápidas com informações incompletas. **[EG3] - Sobrecarga de trabalho**

[...] às vezes tenho que levar essas demandas para tentar colocar no sistema, quando eu chego em casa, no final de semana, então isso para mim é uma coisa complicada, complicada no dia a dia, porque eu acabo ultrapassando as minhas atribuições, assumindo atribuições que não são da minha competência. **[EA8] - Sobrecarga de trabalho**

A minha unidade é das que tem mais fluxo do município. [...] Algumas vezes temos que fazer um atendimento mais rápido pra dar tempo atender a todos. **[EA2] – Sobrecarga de Trabalho**

A quantidade grande de pessoas para você atender em um determinado período. **[EA5] – Sobrecarga de Trabalho**

[...] Outro fator é ter que atingir indicador muitas vezes chamando grupos pessoas ou condições de saúde que não vão ao posto. E temos que ficar induzindo elas a irem pra poder atingir indicador. **[EA2] - Preocupação com indicadores e metas**

É uma preocupação da gente, porque esses indicadores percutem no nosso financeiro. E a gente quer a melhor qualidade. **[EA4] - Preocupação com indicadores e metas**

[...] O mais cansativo, desafiador para a gente é atingir os indicadores. Então, a gente tem muitas metas que, esse ano aumentaram, triplicaram muito mais. Não depende só de nós, depende do agente de saúde, depende de toda a equipe. **[EA4] - Preocupação com indicadores e metas**

[...] A gestão bate muito em cima da quantidade de atendimentos e não da qualidade, ela bate muito em cima disso e nós temos toda uma formação para assistir o paciente na sua integralidade de necessidade. **[EA8] - Preocupação com indicadores e metas**

Classe temática: Vivências de Sofrimento no Trabalho
Categoria: Processos de Trabalho
Subcategoria: Resolutividade e comunicação intersetorial - Relações entre trabalhadores concursados e contratados – Organizações Sociais
Unidades de registro (10)
<p>[...] a descentralização melhorou bastante, já melhorou bastante, mas antigamente que a gente mandava eles irem para lá com a referência, que a gente não tinha retorno, não sabia se eles tinham feito o exame, se tinha feito, não sabia o que que acontecia, me desmotivava porque eu ficava preocupada. [EG4] - Resolutividade e comunicação intersetorial</p> <p>[...] porque eu achava eu achava, não, eu acho que quando acontece isso, da gente não saber o que o paciente conseguiu o exame, se o paciente fez, se ele trouxe o resultado, quebra um pouco do nosso objetivo central, que é cuidar das famílias [...] [EG4] - Resolutividade e comunicação intersetorial</p> <p>No PSF o que não resolveu nessa semana vai ser demanda sua na próxima semana. Então acumula-se os problemas e a demanda só cresce porque se você não der uma resolutividade aquele paciente vai ficar sempre voltando. E aí vai ser um problema para você e principalmente para ele. [EA5] - Resolutividade e comunicação intersetorial</p> <p>O que mais me desmotiva é você não conseguir dar um resultado para aquela pessoa. [EA5] - Resolutividade e comunicação intersetorial</p> <p>[...]você vai terceirizar uma triagem neonatal para um prestador público, policlínica que atende toda a região, aqui da Serra da Ibiapaba, é um consórcio, que atende os 7 municípios da Ibiapaba, mas que demora 9 meses para fazer uma simples triagem neonatal [...] são exames bem simples, bem rápidos, mas que demoram meses para se agendar. [EA5] - Resolutividade e comunicação intersetorial</p> <p>[...] encaminhar um paciente que você sabe que não tem condição financeira nenhuma, para pegar uma medicação na farmácia e chegar lá e ele não encontra a medicação. [EA5] - Resolutividade e comunicação intersetorial</p> <p>[...]Aí quando você tem uma grande quantidade de pessoas com cargos contratados, esses são mais vulneráveis ainda a essas pressões psicológicas que existem, sabe? E essas pressões existem violentamente. [EA5] - Relações entre trabalhadores concursados e contratados</p> <p>E a gente vê que toda a gestão pública está simplesmente diminuindo a quantidade de concursos e aumentando a quantidade de contratação. [EA5] - Relações entre trabalhadores concursados e contratados</p> <p>[Organizações Sociais] OSs aí, a torto e a direito contratando funcionários, muitas vezes para receber salários que não condizem com o que é pago no cenário nacional. [EA5] – Organizações Sociais</p>

E essas OSs e essa terceirização, ela facilita muito para que isso aconteça. A questão do concurso é principalmente importante para a saúde mental dos profissionais. [EA5]
- Organizações Sociais

Classe temática: Vivências de Sofrimento no Trabalho
Categoria: Relações Socioprofissionais
Subcategoria: Centralização decisória – Conflitos Interpessoais – Fragilização na relação com o território
Unidades de registro (15)
<p>[...] as coisas vêm muito de cima para baixo, tipo, ela não dá abertura para que a gente possa discutir em equipe, achar uma solução em equipe, ela sempre quer solucionar tudo. [...] ... a minha gerente, ela gosta muito de tomar decisões sozinhas, então, meio que a gente fica esperando a ordem [...] E as outras causas de conflito é o que eu estava falando da questão das demandas, né, dos mandados virem sempre de cima para baixo. Então, nada é discutido em equipe para a gente poder trabalhar em cima daquilo [EA1] - Centralização decisória</p> <p>[...] o pensamento de só fazer uma correção quando algo grave acontece, ou quando alguém morre. [EG1] - Centralização decisória</p> <p>Eu acho que o que mais me desmotiva são as relações interpessoais. [...] Tipo, porque eu não tenho essa relação interpessoal boa, as outras coisas vão se tornando também desmotivadores, né? Mas eu acho que o principal é a relação mesmo [EA1] - Conflitos Interpessoais</p> <p>As brigas, as brigas que eu falei, muitas brigas que tem, apesar de eu queria não estar nesse conciliar. Eu digo que a gente soluciona e tudo, mas eu não queria. Simplesmente eu não queria estar nessa mais, nessa condição de eu que está sendo o apaziguador. [EG1] - Conflitos Interpessoais</p> <p>É a falta de interesse dos profissionais que trabalham comigo, da equipe. Por exemplo, você quer fazer isso, você está interessada, a equipe “Ah, não vai dar certo”. Desmotivação. [EA3] - Conflitos Interpessoais</p> <p>[...] a questão é a resistência dos profissionais, aliás, dos funcionários, principalmente os mais antigos, porque eles têm um costume e um certo fluxo das atividades deles e tudo, e aí quando vem algo novo, preconizado, protocolado, aí eles dão uma certa resistência, porque aquilo vai gerar uma atividade a mais para eles, mas é para organizar o fluxo [...] [EG2] - Conflitos Interpessoais</p> <p>Os conflitos são mais, muitas vezes, entre as pessoas, por algum desentendimento mesmo, muitas vezes até pessoal pode acontecer, muitas vezes até por falta da comunicação. [EA5] - Conflitos Interpessoais</p> <p>[...] as muitas vezes dá falta de conhecimento, ou reconhecimento da nossa importância dentro do serviço, quando ele parte realmente, como eu falei, da gestão, daqueles que estão acima da gente, que às vezes não reconhecem o trabalho da gente. [EA6] - Conflitos Interpessoais</p> <p>[...] conflitos nos processos de trabalho como esse que eu citei, conflitos de políticas, em relação a políticas, pessoa que não aceita que outra gestão tá entrando e que ela precisa se movimentar. [EA8] - Conflitos Interpessoais</p>

Comunicação não efetiva. Mais por causa da comunicação não efetiva. Quando eles não conseguem se comunicar de forma que um outro entenda o que está sendo feito, acontecem as discussões. **[EG4] – Conflitos Interpessoais**

[...] fica difícil incentivar a promoção da saúde em pessoas que têm um nível de escolaridade baixa, que têm uma condição financeira ruim também. Quer dizer, é bem mais difícil encontrar saídas para as pessoas que têm o mínimo de condição. Então eu acho que essa é a maior dificuldade. **[EA1] – Fragilidade na relação com o território**

[...] também do perigo a gente está em duas em que a violência impera que eles tomam de conta quer dizer pessoal de facção que lideram a comunidade e que até impedem a gente de trabalhar. [...] Eu acho que os conflitos estão relacionados principalmente com a questão da população ser muito perigosa e a gente ser ameaçada constantemente, né, e não poder fazer todo o serviço. **[EA1] - Fragilidade na relação com o território**

Que às vezes a gente quer fazer, por exemplo, uma reunião a gente não consegue reunir aqui porque aqui é uma área mais nobre, e as pessoas dessa área aqui trabalham, as vezes eu quero fazer um grupo, formar um grupo, fazer uma reunião, e eles não vem. **[EA3] - Fragilidade na relação com o território**

[...] o nosso principal desafio é o número de pessoas, porque nós temos um número muito alto de famílias [...], então é humanamente impossível para uma equipe de PSF dar assistência a toda essa população, levando em conta que é uma área de periferia com uma população muito pobre e muito necessitada, então é uma área com extrema vulnerabilidade e que a gente não consegue ter braços suficientes para dar a assistência que eles necessitam que eles merecem. **[EA7] - Fragilidade na relação com o território**

[...] nós temos uma quantidade expressiva de gestantes de alto risco, e aí acaba que quando essa gestante, ela chega ao momento, ao terceiro trimestre da gravidez ainda não tem passado por um pré-natal de alto risco, isso aí também é preocupante. **[EA8] - Fragilidade na relação com o território**

Classe temática: Vivências de Sofrimento no Trabalho
Categoria: Implicações para a Saúde Mental
Subcategoria: Estresse, depressão e ansiedade - Impacto na vida – sono e saúde em geral – Estratégias de Enfrentamento
Unidades de registro (25)
<p>[...] eu ando me sentindo muito cansada fisicamente e mentalmente como eu te disse, essa questão de viver sempre em ameaça de não ter apoio do seu chefe de saber que a sua equipe está cheia de trabalho e que você não sabe o que você vai fazer durante o dia porque eu tenho, vamos dizer assim, um melhor rendimento quando eu tenho tudo programado. [EA1] - Estresse, depressão e ansiedade</p> <p>[...] quando a gente não consegue chegar junto na rede assistencial, isso me deixa muito ruim, ultimamente eu estou passando por uma disfunção temporo-mandibular que tem trazido sofrimento de dor [...], e tendo visto que tem uma relação estreita com essa situação que eu estou absorvendo no momento. [EA8] – Estresse, depressão e ansiedade</p> <p>A multitarefa faz com que fique ansiosa, não consiga relaxar em nenhum momento até que resolva todas as burocracias. [EG3] - Estresse, depressão e ansiedade</p> <p>[...] impacta no meu sono porque eu não consigo dormir direito impacta nessa questão do cansaço eu já chego em casa no final do expediente já muito cansada, físico e mentalmente, então, eu não consigo relaxar, não consigo fazer alguma atividade que me proporcione prazer, porque eu tô sempre pensando no trabalho. [EA1] - Impacto na vida – sono e saúde em geral</p> <p>A gente tem que ser sempre aquele exemplo. Eu nunca posso demonstrar que eu estou tão mal porque tenho que ser aquela força para quem está mal. Eu não posso demonstrar ser tão fraco porque eu tenho que ser forte para quem não está conseguindo absorver ou conduzir um atendimento. [EG1] - Impacto na vida – sono e saúde em geral</p> <p>Eu acho que a mental leva ao físico. A ansiedade, o estresse... Olha, toda reunião, toda reunião sempre ou me dá uma crise de enxaqueca terrível, ou minha coluna fica gritando. [EG1] - Impacto na vida – sono e saúde em geral</p> <p>Então é difícil você ter toda essa logística aí por trás sem funcionar, e você conseguir dormir em paz sabendo que a criança não vai conseguir um medicamento. [EA5] - Impacto na vida – sono e saúde em geral</p> <p>Eu estou muito sedentária no momento. Eu estou me achando que eu preciso de mim mesma ter essa melhora. Buscar uma atividade, porque realmente a idade vai passando e a gente precisa. Agora a maior falha é minha. Acho que não sobra dinheiro. [EA4] - Impacto na vida – sono e saúde em geral</p> <p>[Falta de reconhecimento pelos pares e superiores] Mas a gente já está acostumada, desde quando a gente entrou, que a gente já sabe que a gente não vai ser valorizada pelos profissionais, mas a gente é valorizada pelas pessoas. [EA3] - Impacto na vida – sono e saúde em geral</p>

Passar horas em frente um computador, sem uma mesa e cadeira adequada, me leva a ter dores nas costas e problema de visão. **[EG3] - Impacto na vida – sono e saúde em geral**

[Falta de reconhecimento pelos pares e superiores] Me traz cansaço e conseqüentemente tira o ânimo de ir trabalhar. Recompensas não apenas salariais: reconhecimento público. **[EG3] - Impacto na vida – sono e saúde em geral**

[...]para eu cobrir uma demanda que na verdade não é minha, é de outro profissional e que esse profissional não está na unidade, então mexe muito com a minha parte assistencial, profissional assistencial, como também eu fico muito preocupada, fico preocupada, meche com a minha saúde mental. **[EA8] – Impacto na vida – sono e saúde em geral**

[...] na nossa insalubridade, por exemplo, nós temos a nossa norma regulamentadora, que já diz lá que exposição a material biológico, nós tínhamos que ter garantido a nossa insalubridade com 40%, nós não temos isso. **[EA8] - Impacto na vida – sono e saúde em geral**

[...] o diálogo que não tem com a gestão, a nossa questão salarial, defasada, com impostos também, com os acréscimos dos aumentos que acontecem, há outros níveis como o Estado, funcionários do Estado, funcionários federais que têm a sua garantia. **[EA8] - Impacto na vida – sono e saúde em geral**

[...] como também assim, da gestão reconhecer, não só da minha parte, mas tantos colegas também, tantos dos outros colegas enfermeiros, técnicos de enfermagem, que passam por situações de limites, mas que são despercebidos na sua atuação. **[EA8] - Impacto na vida – sono e saúde em geral**

Eu tenho tentado manter a questão da atividade física contínua, né? Eu vou de segunda a sexta para musculação no horário de meio-dia, que é o intervalo do meu almoço. E faço crochê para tentar aliviar, né? Para tentar mudar o foco do pensamento. Também tento fazer pelo menos duas vezes na semana dança, né? Que é o Zumba, que é oferecido aí pelo pessoal da Secretaria de Cultura, né? Que é gratuito, mas eu ainda sinto bastante dificuldade, mas são essas as estratégias que eu tento utilizar **[EA1] – Estratégia de Enfrentamento**

[...]quando não está no horário do Rosário, que eu não consigo dormir, que eu estou pensando muito, aí eu pego o celular e fico olhando alguma coisa engraçada para tirar um pouco do foco. Mas quando eu chego no outro dia, eu vou direto para aquele problema. **[EG4] – Estratégia de Enfrentamento**

Não se envolver emocionalmente com as questões vivenciadas no trabalho. Esquecer das situações ao sair do posto. Já o desgaste físico organizar a agenda de forma a distribuir atividades mais cansativas em dias diferentes pra não sobrecarregar muito. **[EA2] - Estratégia de Enfrentamento**

Quando eu saio daqui eu vou para a academia. Eu me sinto muito bem, né? Porque ali e lá eu fico ouvindo música, né? Eu faço meus exercícios. **[EA3] - Estratégia de Enfrentamento**

Terapia, terapia e medicação, tem que ser, aliás, não tem que ser, mas dentro da nossa rotina e da realidade que a gente está, não tem como não ser dessa forma [EG2] - **Estratégia de Enfrentamento**

Durante as noites e os finais de semana aproveito com a família, sem dar tanta importância ao celular. [EG3] - **Estratégia de Enfrentamento**

Então eu já abro mão de algumas coisas [referindo-se ao plantão noturno em um hospital] para poder ter a saúde mental um pouco mais em ordem. E acho que a principal que me ajudou bastante foi abrir mão dos finais de semana. [EA5] - **Estratégia de Enfrentamento**

[...] eu me policio muito para não trazer os problemas dos pacientes para a gente, porque quando a gente vê o paciente precisando de alguma coisa, de um exame ou uma cirurgia, e a gente não consegue ir imediato, porque o SUS tem a demora dele, aí eu fico em casa pensativa. [EG4] - **Estratégia de Enfrentamento**

[...] tenho que utilizar (estratégias de enfrentamento), eu não tenho mais saída, porque isso causa realmente um sofrimento que não me deixa, se eu não tivesse tomado uma providência, procurado ajuda, eu estaria talvez até afastada do trabalho. [EA8] - **Estratégia de Enfrentamento**

[...] inclusive teve uma época que eu tive que me afastar, porque as dores estavam bem intensas e frequentes no ambiente de trabalho, e agora atualmente estou fazendo terapia com um psicólogo, para me ajudar a entender e até me proteger de situações. [EA8] - **Estratégia de Enfrentamento**

Classe temática: Vivências de Sofrimento no Trabalho
Categoria: Pandemia por Covid-19
Subcategoria: Consequência pós-pandemia – Sobrecarga adicional
Unidades de registro (15)
<p>E aí, pós-pandemia, a gente tem que convencer a mãe a vir vacinar, convencer a mãe a dar as vacinas, por conta das <i>fake news</i> e das questões que houveram durante a pandemia. [EA1] - Consequência pós-pandemia</p> <p>Eu percebo só que as pessoas ficaram...Acho que mais ansiosas. Na pandemia, eu percebi muito que as pessoas adquiriram muito mais depressão, ansiedade, medo, pânico. Gerou tudo isso do lado psicológico. [EG1] - Consequência pós-pandemia</p> <p>[...]quando voltou disso tudo era uma rotina totalmente diferente, tem um lado positivo e tem um lado negativo, e voltou todo mundo desgastado. [EG2] - Consequência pós-pandemia</p> <p>[...] depois da pandemia, os grupos se dispersaram e a gente nunca mais conseguiu juntar pessoas que a gente conseguia nos grupos de diabéticos, de fumantes. [EA5] - Consequência pós-pandemia</p> <p>[...]a pandemia tirou essa integração muito da equipe com a comunidade. [EA5] - Consequência pós-pandemia</p> <p>[...] o número de pessoas com problema mental que a gente encaminha assim, quintuplicou, eu entregava a produção do médico antes e depois da pandemia, antes da pandemia eu entregava dois mapas [...] de saúde mental na prefeitura, um mapa com 15 nomes cada um, então em média 30 pessoas [...] em 2023, eu entreguei um dia lá 17 mapas de saúde mental. [EA5] - Consequência pós-pandemia</p> <p>[...] considero como um retrocesso, que as pessoas ficaram com medo da vacina, apesar do benefício que ela fez e que ela trouxe. Mas o que melhorou sim foi a procura da população de uma forma geral para o posto, não especificamente para a vacina como se imaginava. [EA7] - Consequência pós-pandemia</p> <p>Então acabou por humanizar a gente a olhar pacientes como olhar mais assim não é só o amor de alguém, é o meu amor que está aqui também. Aí eu acho que teve essa humanização. [EG4] - Consequência pós-pandemia</p> <p>[...] psicologicamente eu saí um pouco abalada, um pouco não, muito abalada, de chegar não conseguir dormir também, não me alimentar direito, porque às vezes eu sentava numa mesa e eu ficava esperando o celular tocar a qualquer momento, deitava e ficava esperando o celular tocar a qualquer momento. [EA8] - Consequência pós-pandemia</p> <p>[...]as equipes que ficaram de forma remota não davam resposta para a gente em tempo hábil, os monitoramentos que ficavam sendo exercidos por essas pessoas que estavam representando esse remoto muitas vezes não funcionaram [...]. [EA5] - Sobrecarga adicional</p>

Todos os pacientes que testavam positivo, a gente ficava diariamente monitorando para acompanhar a história. Então a gente ficava muito angustiado porque era uma doença nova que nós não sabíamos exatamente com o que estávamos lidando e o medo que a população tinha. **[EA7] – Sobrecarga adicional**

[...] nós tínhamos profissionais que vinham trabalhar chorando, que pediam para ir para o trabalho remoto, mas que a secretaria não liberava, e outros que tentaram de todo modo, se licenciar do trabalho e não conseguiram [...] **[EA5] - Sobrecarga adicional**

[...]digamos nessa época acho que muito desafiador foi muito desgastante, a gente se desgastou muito muito profissionalmente, desgastado fisicamente não só fisicamente, mas também psicologicamente até porque a gente tinha que às vezes dobrar os plantões tínhamos que dobrar as nossas assistências. **[EA5] - Sobrecarga adicional**

[...]a cobrança era muito grande porque eles queriam que a gente desse assistência e durante esse período, mesmo quando a gente não estava na unidade, a gente continuava trabalhando. **[EA7] - Sobrecarga adicional**

Foi uma fase que era difícil dizer que o trabalho se limitava à unidade, porque mesmo em casa a gente tinha que ficar dando retorno para aquelas pessoas. **[EA7] - Sobrecarga adicional**

**ANEXO A –
INVENTÁRIO DE TRABALHO E RISCO DE ADOECIMENTO (ITRA)**

1 - Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho

Por favor, leia cuidadosamente cada um dos itens da tabela abaixo e escolha um valor apropriado (1, 2, 3, 4 ou 5) que melhor corresponde à **avaliação** que você faz do seu **contexto de trabalho**, conforme a indicação a seguir:

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

Tabela 1 – Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho

Item	Valor do Item				
O ritmo de trabalho é excessivo	1	2	3	4	5
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos	1	2	3	4	5
Existe forte cobrança por resultados	1	2	3	4	5
As normas para execução das tarefas são rígidas	1	2	3	4	5
Existe fiscalização do desempenho	1	2	3	4	5
O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas	1	2	3	4	5
Os resultados esperados estão fora da realidade	1	2	3	4	5
Existe divisão entre quem planeja e quem executa	1	2	3	4	5
As tarefas são repetitivas	1	2	3	4	5
Falta tempo para realizar pausas e descanso no trabalho	1	2	3	4	5
As tarefas executadas sofrem descontinuidade	1	2	3	4	5
As tarefas não estão claramente definidas	1	2	3	4	5
A autonomia é inexistente	1	2	3	4	5
A distribuição das tarefas é injusta	1	2	3	4	5
Os funcionários são excluídos das decisões	1	2	3	4	5
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	1	2	3	4	5
Existem disputas profissionais no local de trabalho	1	2	3	4	5
Falta integração no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
A comunicação entre funcionários é insatisfatória	1	2	3	4	5

Falta apoio das chefias para o meu desempenho profissional	1	2	3	4	5
As informações de que preciso executar minha tarefa são de difícil acesso	1	2	3	4	5
As condições de trabalho são precárias	1	2	3	4	5
O ambiente físico é desconfortável	1	2	3	4	5
Existe muito barulho no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	1	2	3	4	5
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	1	2	3	4	5
O posto/estação de trabalho é inadequado para a realização das tarefas	1	2	3	4	5
Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários	1	2	3	4	5
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	1	2	3	4	5
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	1	2	3	4	5
O material de consumo é insuficiente	1	2	3	4	5

Fonte: Mendes e Ferreira (2007).

2 - Escala do Custo Humano do Trabalho

Agora, leia cuidadosamente cada um dos itens da Tabela 3 e escolha um valor apropriado (1, 2, 3, 4 ou 5) que melhor corresponde à **avaliação** que você faz das **exigências decorrentes do seu contexto de trabalho**, conforme a indicação a seguir:

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

Tabela 2 – Escala do Custo Humano do Trabalho

Item	Valor do Item				
Ter controle das emoções	1	2	3	4	5
Ter que lidar com ordens contraditórias	1	2	3	4	5
Ter custo emocional	1	2	3	4	5
Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros	1	2	3	4	5
Disfarçar os sentimentos	1	2	3	4	5
Ser obrigado a elogiar as pessoas	1	2	3	4	5
Ser obrigado a ter bom humor	1	2	3	4	5
Ser obrigado a cuidar da aparência física	1	2	3	4	5
Ser bonzinho com os outros	1	2	3	4	5
Transgredir valores éticos	1	2	3	4	5
Ser submetido a constrangimentos	1	2	3	4	5
Ser obrigado a sorrir	1	2	3	4	5
Desenvolver macetes	1	2	3	4	5
Ter que resolver problemas	1	2	3	4	5
Ser obrigado a lidar com imprevistos	1	2	3	4	5
Usar a visão de forma contínua	1	2	3	4	5
Usar a memória	1	2	3	4	5
Ter desafios intelectuais	1	2	3	4	5
Fazer esforço mental	1	2	3	4	5
Usar a criatividade	1	2	3	4	5
Usar a força física	1	2	3	4	5
Usar os braços de forma contínua	1	2	3	4	5
Ficar em posição curvada	1	2	3	4	5

Caminhar	1	2	3	4	5
Ser obrigado a ficar em pé	1	2	3	4	5
Ter que manusear objetos pesados	1	2	3	4	5
Fazer esforço físico	1	2	3	4	5
Usar as pernas de forma contínua	1	2	3	4	5
Usar as mãos de forma repetida	1	2	3	4	5
Subir e descer escadas	1	2	3	4	5

Fonte: Mendes e Ferreira (2007).

3 – Escala de avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho

Os itens a seguir tratam dos tipos de **problemas físicos, psicológicos e sociais** que você **avalia como causados, essencialmente, pelo seu trabalho**. Leia atentamente cada um dos itens da abaixo e escolha um valor apropriado (0, 1, 2, 3, 4, 5 ou 6) que melhor corresponde à frequência com a qual eles estiveram presentes na sua vida nos últimos **seis meses**, conforme a indicação a seguir:

0. Nenhuma vez
1. Uma vez
2. Duas vezes
3. Três vezes
4. Quatro vezes
5. Cinco vezes
6. Seis ou mais vezes

Tabela 3 – Escala de avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho

Item	Valor do Item						
	0	1	2	3	4	5	6
Dores no corpo	0	1	2	3	4	5	6
Dores nos braços	0	1	2	3	4	5	6
Dor de cabeça	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios respiratórios	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios digestivos	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas costas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios auditivos	0	1	2	3	4	5	6
Alterações de apetite	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios de visão	0	1	2	3	4	5	6
Alteração do sono	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas pernas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios circulatórios	0	1	2	3	4	5	6
Insensibilidade em relação aos colegas	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldades nas relações fora do trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de ficar sozinho	0	1	2	3	4	5	6
Conflitos nas relações familiares	0	1	2	3	4	5	6
Agressividade com os outros	0	1	2	3	4	5	6

Dificuldade com os amigos	0	1	2	3	4	5	6
Impaciência com as pessoas em geral	0	1	2	3	4	5	6
Amargura	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de vazio	0	1	2	3	4	5	6
Sentimento de desamparo	0	1	2	3	4	5	6
Mau-humor	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de desistir de tudo	0	1	2	3	4	5	6
Tristeza	0	1	2	3	4	5	6
Irritação com tudo	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de abandono	0	1	2	3	4	5	6
Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Solidão	0	1	2	3	4	5	6

Fonte: Mendes e Ferreira (2007).

4 – Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho

Avaliando o seu **trabalho**, leia atentamente cada um dos itens da Tabela 5 e escolha um valor apropriado (0, 1, 2, 3, 4, 5 ou 6) que melhor corresponde à frequência com a qual eles estiveram presentes na sua vida nos últimos **seis meses**, conforme a indicação a seguir:

0. Nenhuma vez
1. Uma vez
2. Duas vezes
3. Três vezes
4. Quatro vezes
5. Cinco vezes

Tabela 4 – Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho

Item	Valor do Item						
Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Solidariedade com os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Confiança entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para usar a minha criatividade	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	0	1	2	3	4	5	6
Cooperação entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Satisfação	0	1	2	3	4	5	6
Motivação	0	1	2	3	4	5	6
Orgulho pelo o que faço	0	1	2	3	4	5	6
Bem-estar	0	1	2	3	4	5	6
Realização Profissional	0	1	2	3	4	5	6
Valorização	0	1	2	3	4	5	6
Reconhecimento	0	1	2	3	4	5	6
Identificação com as minhas tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Gratificação pessoal com as minhas atividades	0	1	2	3	4	5	6
Esgotamento emocional	0	1	2	3	4	5	6
Estresse	0	1	2	3	4	5	6

Insatisfação	0	1	2	3	4	5	6
Sobrecarga	0	1	2	3	4	5	6
Frustração	0	1	2	3	4	5	6
Insegurança	0	1	2	3	4	5	6
Medo	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento do meu esforço	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento do meu desempenho	0	1	2	3	4	5	6
Desvalorização	0	1	2	3	4	5	6
Indignação	0	1	2	3	4	5	6
Inutilidade	0	1	2	3	4	5	6
Desqualificação	0	1	2	3	4	5	6
Injustiça	0	1	2	3	4	5	6
Discriminação	0	1	2	3	4	5	6

Fonte: Mendes e Ferreira (2007).

ANEXO B –
ESCALA DASS (DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALE) 21

(Versão traduzida e validada para o português do Brasil Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci,
A.M.)

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0,1,2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você **durante a última semana**, conforme a indicação a seguir:

- 0 Não se aplicou de maneira alguma
- 1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

Tabela 5 – Escala DASS (*Depression, Anxiety and Stress Scale*) 21

Item	Valor do Item			
Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
Senti minha boca seca	0	1	2	3
Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a)	0	1	2	3
Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo efeito nenhum esforço físico (ex. aumento de frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
Senti medo sem motivo	0	1	2	3
Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Fonte: Vignola e Tucci (2014).