

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Escola de Enfermagem**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

Isabella Cristina Moraes Campos

**TÁTICAS DE ENFRENTAMENTO A FATORES ESTRESSORES NO  
COTIDIANO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

Belo Horizonte  
2022

Isabella Cristina Moraes Campos

**TÁTICAS DE ENFRENTAMENTO A FATORES ESTRESSORES NO  
COTIDIANO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marília Alves

Belo Horizonte  
2022

Campos, Isabella Cristina Moraes.  
C198t Táticas de enfrentamento a fatores estressores no cotidiano de trabalho de profissionais de saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento [manuscrito]. / Isabella Cristina Moraes Campos. -- Belo Horizonte: 2022. 191f.: il.  
Orientador (a): Marília Alves.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Estresse Ocupacional. 2. Pessoal de Saúde. 3. Serviços Médicos de Emergência. 4. Pandemias. 5. COVID-19. 6. Adaptação Psicológica. 6. Dissertação Acadêmica. I. Alves, Marília. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 495



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

### ATA DE DEFESA DE TESE

**ATA DE NÚMERO 190 (CENTO E NOVENTA) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA ISABELLA CRISTINA MORAES CAMPOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.**

Aos 16 (dezesseis) dias do mês de março de dois mil vinte e dois, às 14:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da tese "ESTRESSORES OCUPACIONAIS E MEDIDAS DE ENFRENTAMENTO ADOTADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE: ANÁLISE DO COTIDIANO DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO", da aluna *Isabella Cristina Moraes Campos*, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Marília Alves (orientadora), Ricardo Bezerra Cavalcante, Caissa Veloso e Sousa, Cláudia Maria de Mattos Penna e Sônia Maria Soares, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

**NOVO TÍTULO: TÁTICAS DE ENFRENTAMENTO A FATORES ESTRESSORES NO COTIDIANO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 16 de março de 2022.

Profª. Drª. Marília Alves  
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Ricardo Bezerra Cavalcante  
(UFJF)

\_\_\_\_\_

Profª. Drª. Caissa Veloso e Sousa  
(Faculdade Novos Horizontes)

\_\_\_\_\_

Profª. Drª. Cláudia Maria de Mattos Penna  
(Esc.Enf/UFMG)

\_\_\_\_\_

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 04/03/2022

Profª. Drª. Sônia Maria Soares  
(Esc.Enf/UFG)

Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

#### MODIFICAÇÃO DE TESE

Modificações exigidas na Tese de Doutorado da Senhora ISABELLA CRISTINA MORAES CAMPOS.

As modificações foram as seguintes:

Conforme sugestões dos membros da banca a orientanda se compromete a fazer uma revisão geral do estudo apresentado (título, perguntas de pesquisa e objetivos)

#### NOMES

#### ASSINATURAS

Profª Drª. Marília Alves

Prof. Dr. Ricardo Bezerra Cavalcante

Profª. Drª. Caissa Veloso e Sousa

Profª. Drª. Cláudia Maria de Mattos Penna

Profª. Drª. Sônia Maria Soares



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Maria de Mattos Penna**, Professora Magistério Superior - Voluntária, em 17/03/2022, às 10:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Marília Alves**, Professora do Magistério Superior, em 17/03/2022, às 12:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Sônia Maria Soares**, Membro de comissão, em 17/03/2022, às 12:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Caissa Veloso e Sousa**, Usuário Externo, em 18/03/2022, às 15:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Bezerra Cavalcante**, Usuário Externo, em 23/03/2022, às 07:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino**, Assistente em Administração, em 24/03/2022, às 15:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1315266** e o código CRC **185F81F8**.

---

## DEDICATÓRIAS

---

Fui a primeira mestra da família, agora, a primeira doutora. Sei que isso é motivo de muito orgulho para meus familiares! Assim, dedico esta tese a três importantes pessoas que perdi durante meu processo de doutoramento: minhas vós Wanda e Maria e meu vô Zé. Vocês estarão para sempre no meu coração.

Ao Jorge, meu companheiro de todos os momentos, que está comigo desde o ensino médio, pela compreensão, apoio e carinho ao longo do doutorado. Minha gratidão e amor eterno.

Aos meus filhos Eduardo e Ana Beatriz, seres especiais, únicos e minha dose diária de amor e motivação. Meu amor e apoio eternos.

Aos meus pais, César e Cristina, que sempre me incentivaram a estudar e ser uma mulher independente, a quem dedico todas as minhas vitórias. Minha gratidão.

Aos meus irmãos, Gustavo e Ana Carolina, que são as pessoas que, na mais tenra idade, se tornaram meus primeiros amigos. Minha amizade.

Aos profissionais de saúde, em especial os da UPA estudada, pessoas aguerridas e dedicadas, que não fogem à responsabilidade de cuidar do próximo, independentemente das dificuldades enfrentadas, em especial durante a pandemia de COVID-19. Minha admiração e respeito.

A todas as pessoas que me apoiaram de alguma maneira e que torceram por mim.

---

## AGRADECIMENTOS

---

A Deus, por me guiar sempre pelo melhor caminho. Mais uma vez, Ele não me abandonou e me permitiu realizar meu maior sonho profissional, o qual busco desde a graduação, a conquista do título de doutora pela Escola de Enfermagem da UFMG.

Aos meus filhos, Eduardo e Ana Beatriz, por serem minha fonte de motivação e de busca por uma vida melhor para a nossa família. Torceram por mim e sempre me incentivaram, embora, em vários momentos, precisei me ausentar para cursar e concluir o doutorado.

Ao Jorge, pelo imensurável apoio dado em todas as fases de minha vida, ao longo de quase 25 anos de relacionamento. As minhas conquistas são suas também.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marília Alves, nossa “mãerília”, pela orientação e auxílio durante todas as etapas de elaboração dessa pesquisa. Muito obrigada por suas orientações, sempre permeadas de seriedade e dedicação, mas que nunca deixavam de lado um acolhimento carinhoso, quase maternal. Obrigada por todo crescimento que me proporcionou. Serei sempre grata por ter-me acolhido.

Às professoras que compuseram a banca de qualificação, Dr<sup>a</sup>. Caissa Veloso e Souza e Dr<sup>a</sup>. Soraya Maria de Medeiros; e aos professores da banca de defesa, Dr<sup>a</sup>. Caissa Veloso e Souza, Dr<sup>a</sup>. Cláudia Maria de Mattos Penna, Dr. Ricardo Bezerra Cavalcante e Dr<sup>a</sup>. Sônia Maria Soares. Obrigada por aceitarem avaliar minha tese e pelas valiosas sugestões para sua melhoria.

À UFMG, nas pessoas de seus professores e servidores técnicos-administrativos, em especial os da Escola de Enfermagem, pois sempre serei grata a esta instituição por minha formação profissional desde a graduação. Tenho muito orgulho de ter me formado lá.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFMG, com os quais aprendi muito durante as aulas.

Aos meus pais, Cristina e César, que são meus exemplos e me ensinaram a superar os desafios impostos pela vida.

Ao meu pai, Renata, Fátima e Mauro pelo acolhimento durante as viagens a Belo Horizonte.

Aos meus irmãos, Gustavo e Ana Carolina, e demais familiares pelo apoio e torcida.

À amiga e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciani Dalmaschio, pela prontidão em me auxiliar com a correção gramatical do anteprojeto de pesquisa para concorrer à seleção do doutorado.

Aos meus colegas da pós-graduação, em especial as “Marilets”, por compartilharem experiências, momentos agradáveis e de crescimento durante o doutorado. Sempre torcerei pelo sucesso de vocês!

À direção e aos profissionais da UPA, por autorizarem a realização dessa pesquisa e me auxiliarem de inúmeras formas durante o seu desenvolvimento.

Aos profissionais de saúde que aceitaram participar dessa pesquisa. Obrigada pelo apoio, colaboração e oportunidade de aprendizado. Espero que os resultados encontrados se reflitam em melhorias no cotidiano de trabalho na UPA.

Enfim, a agradeço imensamente a todos que participaram de alguma forma para a elaboração dessa tese.

Correr atrás de um sonho tem um preço. Pode exigir que abandonemos nossos hábitos, pode nos fazer passar por dificuldades, pode nos levar a decepções, etc. Porém, por mais caro que seja, nunca é tão alto quanto o preço pago por quem não viveu. Porque essa pessoa um dia vai olhar para trás e escutará o próprio coração dizer: “Desperdicei minha vida.” (Paulo Coelho)

CAMPOS, I. C. M. **Táticas de enfrentamento a fatores estressores no cotidiano de trabalho de profissionais de saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

---

## RESUMO

---

As dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) são fatores de risco para o estresse ocupacional. Entretanto, alguns trabalhadores conseguem minimizá-lo ao adotarem medidas de enfrentamento individuais ou coletivas (*coping*) como mecanismos de defesa para diminuir o sofrimento. **Objetivo:** Analisar as táticas de enfrentamento a fatores estressores no cotidiano de trabalho de profissionais de saúde de uma UPA de um município do interior de Minas Gerais, Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo de caso descritivo, transversal com abordagem qualitativa. Foi adotado o referencial teórico de cotidiano de Michel de Certeau. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2020 e janeiro de 2021 e foram realizadas observações assistemáticas, entrevistas e levantamento de documentos da UPA, o que permitiu a triangulação de fontes de informações. A amostra foi composta por 31 trabalhadores e os critérios de inclusão foram ter 18 anos ou mais, pertencer a alguma categoria profissional da saúde e atuar na instituição há, no mínimo, seis meses. Foram excluídos os que estavam de férias, afastados e que participaram do estudo piloto. Os dados foram organizados no MaxQda<sup>®</sup> 2020 e submetidos à Análise de Conteúdo segundo Bardin. Foram atendidos os preceitos éticos definidos pela Resolução nº 466/2012. **Resultados:** Foram definidas as categorias temáticas: "O lugar próprio impregnado pelas situações circunstanciais e normativas estratégicas", "Os agentes estressores propulsores/incentivadores de percursos praticados pelos profissionais de saúde da UPA" e "As táticas de enfrentamento a fatores estressores". A UPA possui regulamentações nacionais, estaduais e municipais, além de normas e rotinas internas, que se configuram como estratégias, mas foi possível identificar as táticas que os profissionais adotavam para superarem as dificuldades que surgiam no cotidiano de trabalho. Tiveram destaque como estressores ocupacionais no cotidiano laboral: dificuldades nas transferências de pacientes, grande número de atendimentos a pessoas não urgentes, sobrecarga de trabalho, escassez de recursos materiais e humanos, relações com usuários e profissionais e violência. Além disso, com a pandemia, houve mudanças no cotidiano da UPA e surgiram outros agentes estressores, como medo de contaminação própria e de familiares, uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), baixa testagem, afastamento de profissionais, possível falta de medicamentos e estigmatização dos profissionais de saúde. A disponibilidade de EPIs, queda no número de atendimentos, apoio da chefia e orientações e treinamentos foram os protetores contra o estresse. **Considerações finais:** Na UPA, não havia estratégias para a prevenção do estresse ocupacional, o que exigia que os profissionais lançassem mão de táticas para superarem os desafios do trabalho real e adotassem medidas individuais e coletivas de enfrentamento. Esse estudo pode contribuir para a adoção de medidas de prevenção do sofrimento, com melhoria da qualidade de vida, melhores condições de trabalho e de atendimento aos usuários.

**Palavras-chave:** Estresse Ocupacional. Pessoal de Saúde. Serviços Médicos de Emergência. Pandemia. COVID-19. Cotidiano. Adaptação Psicológica.

CAMPOS, I. C. M. **Tactics of coping with stressors in the daily work of health professionals in an Emergency Care Unit.** Thesis (Doctorate in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

---

## ABSTRACT

---

The difficulties faced in the daily work of an Emergency Care Unit (UPA) are risk factors for occupational stress. However, some workers manage to minimize it by adopting individual or collective coping measures as defense mechanisms to reduce suffering. Objective: To analyze the tactics of coping with stressors in the daily work of health professionals at a UPA in a municipality in the interior of Minas Gerais, Brazil. Method: This is a descriptive, cross-sectional case study with a qualitative approach. Michel de Certeau's theoretical framework of everyday life was adopted. Data collection took place between August 2020 and January 2021 and unsystematic observations, interviews and survey of UPA documents were carried out, which allowed the triangulation of information sources. The sample consisted of 31 workers and the inclusion criteria were being 18 years of age or older, belonging to a professional health category and working in the institution for at least six months. Those who were on vacation, on leave and who participated in the pilot study were excluded. Data were organized in MaxQda® 2020 and submitted to Content Analysis according to Bardin. The ethical precepts defined by Resolution No. 466/2012 were complied with. Results: Thematic categories were defined: "The proper place impregnated by circumstantial and strategic normative situations", "The propulsive/encouraging stressors of paths practiced by the UPA health professionals" and "The tactics of coping with stressors". The UPA has national, state and municipal regulations, as well as internal norms and routines, which are configured as strategies, but it was possible to identify the tactics that professionals adopted to overcome the difficulties that arose in their daily work. The following were highlighted as occupational stressors in daily work: difficulties in patient transfers, large number of non-urgent care, work overload, scarcity of material and human resources, relationships with users and professionals and violence. In addition, with the pandemic, there were changes in the daily life of the UPA and other stressors emerged, such as fear of contamination of oneself and family, use of personal protective equipment (PPE), low testing, removal of professionals, possible lack of medicines and stigmatization of health professionals. The availability of PPE, the drop in the number of visits, support from the leadership and guidance and training were the protectors against stress. Final considerations: In the UPA, there were no strategies for the prevention of occupational stress, which required that professionals use tactics to overcome the challenges of real work and adopt individual and collective measures to face it. This study can contribute to the adoption of measures to prevent suffering, with improved quality of life, better working conditions and service to users.

**Keywords:** Occupational Stress. Health Personnel. Emergency Medical Services. Pandemic. COVID-19. Daily. Adaptation, Psychologica.

---

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

---

Quadro 1	Categorias e subcategorias construídas a partir dos dados empíricos.	72
Gráfico 1	Notificações de Síndromes Gripais e Síndromes Gripais Graves feitas na UPA entre março e dezembro de 2020.	80
Figura 1	Nuvem de palavras acerca do estresse ocupacional relacionado à organização do trabalho e às condições de trabalho na UPA.	84
Gráfico 2	Médias mensais de atendimentos na UPA entre julho de 2019 e dezembro de 2020 de acordo com a classificação de risco dos usuários.	88
Figura 2	Nuvem de palavras como os termos acerca do estresse ocupacional relacionado às interações com os usuários.	108
Figura 3	Nuvem com as palavras acerca do estresse ocupacional relacionado às relações interpessoais entre os profissionais da UPA.	120
Figura 4	Nuvem de palavras sobre o estresse ocupacional relacionado à pandemia de COVID-19.	128
Gráfico 3	Evolução temporal dos atendimentos na UPA entre julho de 2019 e dezembro de 2020 de acordo com a classificação de risco dos usuários.	132
Figura 5	Nuvem de palavras sobre as medidas de enfrentamento individuais para lidarem com o estresse ocupacional.	143
Figura 6	Nuvem de palavras sobre as medidas de enfrentamento coletivas de enfrentamento do estresse ocupacional.	151
Figura 7	Nuvem de palavras acerca dos sentimentos positivos relacionados ao trabalho na UPA.	154

---

## LISTA DE SIGLAS

---

2019-nCoV	<i>Corona Virus Disease</i> (COVID-19)
ACCR	Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco
BAAR	Bacilo Álcool-ácido Resistente
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CME	Central de Material Esterilizado
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COEP-UFMG	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREQ	Critérios Consolidados para Relatos de Pesquisa Qualitativa
COVID-19	<i>Corona Virus Disease</i> identificada em 2019
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DP	Desvio Padrão
ECG	Eletrocardiografia
EEUFMG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPS-10	Escala de Estresse Percebido
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
EU-OSHA	Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
HCoV <sub>s</sub>	<i>Human Coronaviruses</i>
IG	Imunoglobulina
MERS-CoV	Síndrome Respiratória Aguda do Oriente Médio causada pelo coronavírus
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NCIP	<i>Novel Coronavirus-Infected Pneumonia</i>
NO	Nota de Observação
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
P	Participante
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAUH	Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalar
PHEIC	Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional

PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH-HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPI	Programação Pactuada e Integrada
QualiSUS	Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RNA	Ácido Ribonucleico
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAL	Síndrome de Adaptação Local
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARS-CoV	Síndrome Respiratória Aguda Grave causada pelo coronavírus
SARS-CoV-2	Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

---

## SUMÁRIO

---

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
APRESENTAÇÃO.....	16
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
1. INTRODUÇÃO.....	20
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>27</b>
2. OBJETIVOS .....	28
2.1. Objetivo Geral .....	28
2.2. Objetivos Específicos .....	28
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>29</b>
3. REVISÃO DE LITERATURA .....	30
3.1. Trabalho em saúde e adoecimento.....	30
3.2. Estresse, estresse ocupacional e medidas de enfrentamento .....	35
3.3. O trabalho nas UPAs e o estresse ocupacional.....	44
3.4. A pandemia de COVID-19.....	50
3.5. O cotidiano sob a ótica de Michel de Certeau .....	52
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>57</b>
4. PERCURSO METODOLÓGICO .....	58
4.1. Caracterização do estudo .....	58
4.2. Cenário do estudo .....	59
4.3. Participantes do estudo .....	60
4.4. Procedimentos para coleta de dados .....	60
4.5. Procedimentos para análise dos dados.....	64
4.6. Considerações éticas.....	67
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>69</b>
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	70
5.1. Descrição da amostra: quem são os participantes da pesquisa.....	70
5.2. O cotidiano da UPA: quando o trabalho se torna um risco para o desenvolvimento de estresse ocupacional.....	71
5.2.1. O lugar próprio impregnado pelas situações circunstanciais e normativas estratégicas.....	72
5.2.1.1. Cenário do estudo e as práticas sociais realizadas.....	72
5.2.1.2. Adaptações para o enfrentamento da pandemia de COVID-19.....	79
5.2.2. Os agentes estressores propulsores/incentivadores de percursos praticados pelos profissionais de saúde da UPA.....	82
5.2.2.1 Agentes estressores relacionados à organização do trabalho e às condições de trabalho na UPA.....	83
5.2.2.2 A rede de atenção às urgências e sua relação com o estresse ocupacional na UPA.....	101

5.2.2.3. Agentes estressores decorrentes das relações interpessoais com os usuários ..	107
5.2.2.4. Agentes estressores advindos das relações interpessoais entre os profissionais da UPA .....	119
5.2.2.5. Estresse ocupacional relacionado à pandemia de COVID-19 .....	127
5.2.3. As táticas de enfrentamento a fatores estressores.....	142
5.2.3.1. Medidas individuais e coletivas de enfrentamento do estresse ocupacional ....	142
5.2.3.2. Sentimentos positivos dos profissionais associados ao trabalho na UPA .....	154
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>158</b>
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	159
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>162</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro de observação .....</b>	<b>182</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>183</b>
<b>APÊNDICE C – Roteiro semiestruturado de entrevista.....</b>	<b>185</b>
<b>ANEXO A – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa – COEP-UFMG .....</b>	<b>186</b>
<b>ANEXO B – Aprovação do Departamento de Enfermagem Aplicada – EEUFMG.....</b>	<b>190</b>

# *Apresentação*

---

## APRESENTAÇÃO

---

Esta foi a primeira pesquisa qualitativa que realizei em toda a minha vida acadêmica. Logo essa, a mais importante, a base da minha tese de doutorado. Embora receosa, mas com muita vontade de executá-la corretamente, busquei informações sobre essa abordagem metodológica nas disciplinas que fiz no programa de pós-graduação, além de em muitas leituras e na vasta experiência da minha orientadora.

Somado a isso, a pesquisa foi realizada durante a pandemia de COVID-19, essa crise sanitária que nos deixou confinados em casa, com medo de contrair tal doença transmissível e grave que, à época, não dispunha de vacina. A princípio, quando a pesquisa foi aprovada pelo COEP-UFMG, até pensei em conduzir as entrevistas remotamente. Mas resolvi superar o medo, usar todos os EPIs necessários e realizar a coleta presencialmente. Percebi que essa foi uma decisão acertada, pois perderia muitos detalhes do cotidiano da UPA sem realizar a coleta de dados *in loco*. Ao finalizar a coleta, senti-me feliz com o rico material que dispunha em mãos.

O sentido ético das pesquisas qualitativas é dado pelo seu caráter humanístico, inter-relacional e empático. No campo da saúde, oferecem subsídios para a compreensão do ponto de vista dos profissionais e gestores sobre a lógica do sistema, a qualidade e prestação dos serviços, as tomadas de decisões, entre outros temas. Apesar da pluralidade, confluem para o único objetivo de compreender o sentido ou a lógica interna que os sujeitos atribuem a suas ações, representações, sentimentos, opiniões e crenças (MINAYO; GUERRIERO, 2014).

Eu conhecia a UPA como usuária, mas não como pesquisadora. Assim que iniciei as observações, percebi que meu olhar ficou mais apurado. Buscava ver tudo, perceber tudo o que se passava à minha volta, cada detalhe da instituição. Enfim, tentei captar o máximo do cotidiano da unidade. O fato de a instituição estar mais vazia que o usual por causa da pandemia talvez tenha me favorecido, pois os profissionais estavam mais disponíveis para me explicarem sobre a unidade e para participarem das entrevistas.

Sou uma pessoa tímida, mas o fato de conhecer alguns profissionais da UPA, com os quais já havia cruzado nos meus quase 15 anos de carreira como enfermeira, facilitou a minha primeira aproximação. Sempre tinha um conhecido para “quebrar o gelo” e me explicar algo. Assim, fui me aproximando dos demais profissionais. No entanto, como afirmam Minayo e Guerriero (2014), embora o estudo de caso exija a presença da pesquisadora na cena e uma

relação de intersubjetividade com os grupos sociais, essa pesquisa seguiu todos os pressupostos éticos.

Com o tempo, as pessoas já me reconheciam como uma pesquisadora inserida naquele ambiente e me explicavam os acontecimentos cotidianos da unidade espontaneamente. Voltaram, em pouco tempo, a atuar naturalmente, pois a minha presença deixou de ser uma novidade para eles (se é que mudaram o seu comportamento em algum momento). E eu me esforçava para que isso acontecesse, de forma que minha presença não alterasse o cotidiano da UPA, afinal, era meu objeto de estudo.

A reflexividade faz parte da ética em pesquisa e é a necessidade de o pesquisador observar a si mesmo e a seu comportamento no campo, visando uma postura de respeito para com seus interlocutores. Ocorre um processo de mão dupla: tanto o pesquisador conhece as pessoas em estudo, quanto se torna conhecido por elas. Igualmente, não só os indivíduos se modificam diante do pesquisador, como também o pesquisador modifica a si mesmo e a sua atuação, dependendo da empatia e do envolvimento que cria com os interlocutores (MINAYO; GUERRIERO, 2014).

Dessa forma, o período de ambientação foi fundamental, pois, ao abordar os profissionais para participarem das entrevistas, me sentia confiante e segura para conduzi-las, pois já obtinha várias informações sobre a UPA. Ainda, quando surgiam dúvidas, não ficava acanhada em fazer perguntas, além das previstas no roteiro semiestruturado, para esclarecer os dados coletados.

Portanto, a intersubjetividade e a reflexividade sobre os vários componentes de uma pesquisa antropológica ou qualitativa são importantes porque incluem a reflexão sobre o *self* do pesquisador e sobre o outro de forma interativa. Dessa maneira, o *self* se torna um objeto de estudo e a própria interação em campo pode modificar a maneira de viver do pesquisador e de seu interlocutor, levando à substituição da ação imediata pela ação reflexiva (MINAYO; GUERRIERO, 2014).

A produção do texto resultante de uma pesquisa antropológica ou qualitativa é um momento privilegiado de elaboração científica e reflexiva. Não é possível isolar o conhecimento produzido da pessoa que o produziu, portanto, a prática da reflexividade é permanente. A atenção constante sobre como e o que ocorre no contexto empírico afeta o pesquisador e sua obra o que, por sua vez, afeta o campo e a vida social decorrente de sua interação com o objeto de estudo. Escrever é sempre parcial, local e situacional e o *self* do pesquisador está sempre presente, não importa o quanto tente suprimi-lo. O texto não pode ser separado do autor, do seu

processo de elaboração nem do método de produzir conhecimento. Assim, deve apresentar como posiciona seu *self* enquanto conhecedor e narrador do texto. Isso está relacionado à subjetividade, autoridade, autoria, reflexividade e a como o outro está representado (MINAYO; GUERRIERO, 2014).

Debrucei-me exaustivamente na leitura das transcrições das entrevistas, das quais extrai as categorias temáticas que foram analisadas com base nos dados coletados durante as observações, nos documentos da UPA, na literatura nacional e internacional, na minha experiência como enfermeira assistencial de um hospital, além do caminho percorrido nos estudos sobre o estresse ocupacional e o trabalho em saúde, iniciado no mestrado, em 2011. Tudo isso somado à ampla experiência profissional e acadêmica da minha orientadora.

# ***1. Introdução***

---

## 1. INTRODUÇÃO

---

O cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é, muitas vezes, estressante devido à organização do trabalho, às condições de trabalho e aos imprevistos que podem surgir durante o labor. É uma unidade de “porta aberta”, que funciona todos os dias da semana, diuturnamente. Segundo Oliveira *et al.* (2015), a UPA compõe a Rede de Atenção às Urgências (RAU) e ocupa o nível intermediário de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), entre as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), na atenção básica, e a média e alta complexidade, composta por hospitais. Além disso, integra a Rede Pré-Hospitalar Fixa, cujos objetivos são: organizar a assistência, articular os serviços e definir fluxos e referências resolutivas.

Os serviços de emergência são essenciais em um sistema de saúde, devido à frequência com que ocorrem acidentes ou episódios de doenças que requerem atenção imediata em qualquer população do mundo. Entre os profissionais de saúde, os trabalhadores desses serviços são os mais expostos aos principais riscos ocupacionais, como: estresse, doenças contagiosas e violência (FONSECA; LOPES NETO, 2014; PANEQUE; CARVAJAL, 2015). Riscos ocupacionais podem ser físicos, químicos, biológicos, mecânicos e decorrentes da organização laboral; e estão, portanto, presentes nos processos de trabalho (BRASIL, 2001).

A chance desses profissionais de saúde sofrerem de estresse pode ser alta em situações em que a vida do paciente está em risco, e que exigem agilidade e destreza. É provável que o estresse seja considerado o principal risco ocupacional para os trabalhadores de serviços de emergência. Ressalta-se que um trabalhador estressado tem menos probabilidade de ser saudável, fica desmotivado, é menos produtivo e inseguro no trabalho, fatores que também afetam o sucesso da unidade de saúde (PANEQUE; CARVAJAL, 2015).

Embora as dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho das UPAs sejam fatores de risco para o estresse ocupacional, alguns trabalhadores conseguem minimizar suas consequências adotando medidas<sup>1</sup> de enfrentamento ou *coping*. As táticas de enfrentamento a agentes estressores adotadas por profissionais de saúde de uma UPA do interior de Minas Gerais, Brasil,

---

<sup>1</sup> Nesta tese, optou-se por utilizar o termo “medidas” em vez de “estratégias” de enfrentamento, conforme encontrado em alguns estudos sobre a temática, para que sejam diferenciadas das “estratégias” no sentido estrito proposto por Michel de Certeau (CERTEAU, 2014).

foi objeto de estudo desta tese, que adotou o referencial teórico de cotidiano de Michel de Certeau.

Agentes estressores são quaisquer fatos, eventos ou pensamentos que excedam a capacidade de adaptação do indivíduo, provocando uma quebra da homeostase do organismo. Esses agentes exigem adaptação, amedrontam, confundem ou excitam o sujeito, sendo percebidos como ameaças ou desafios (LIPP, 2001). O estresse é uma resposta inespecífica do corpo, que tenta voltar ao seu estado anterior de equilíbrio. Depende de interpretação e de avaliação cognitiva individual, da identificação das demandas e da atribuição de significado ao agente estressor (SANTANA *et al.*, 2018).

Especificamente, o estresse ocupacional é causado por agentes estressores do próprio ambiente de trabalho, que podem estar relacionados à organização, à administração, ao sistema de trabalho e à qualidade das relações humanas. Porém, o estresse experimentado por cada trabalhador pode ser modulado por diversos fatores, tais como: sua experiência no trabalho, nível de habilidade, personalidade e autoestima (LIPP, 2001). Essa condição repercute na saúde do trabalhador e pode causar afastamento, absenteísmo, desgaste físico e emocional e acidentes de trabalho (CAVALCANTE *et al.*, 2019).

Em unidades que atendem casos de urgência e emergência, como as UPAs, os profissionais de saúde enfrentam muitos desafios e imprevistos que podem causar o estresse ocupacional. Pode haver escassez de trabalhadores e de recursos técnicos e materiais, instalações físicas inadequadas, sobrecarga de trabalho, desgaste emocional, contato com sofrimento e morte de pessoas, necessidade de realizar atividades em tempo reduzido, privação de sono em função das extensas e múltiplas jornadas de trabalho, plantões noturnos, superlotação de usuários, dificuldades nos relacionamentos interpessoais, falta de respaldo institucional e profissional, insuficiência de tecnologia e de equipamentos para assistência ao paciente em estado grave, entre outros problemas (BATISTA; BIANCHI, 2006; BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012; ILIĆ *et al.*, 2017; LAURIA *et al.*, 2017; MOTA *et al.*, 2020; SALOMÉ; MARTINS; ESPOSITO, 2009; SANTOS *et al.*, 2019).

O nível de estresse depende da combinação de como os trabalhadores percebem sua capacidade de controlá-lo e de seus mecanismos preexistentes de compensação. Dessa forma, o estresse ocupacional é o desequilíbrio entre as demandas geradas pelas situações laborais cotidianas e a capacidade dos trabalhadores de atendê-las. A maneira como os indivíduos abordam uma situação determina seus pensamentos, comportamentos e reações físicas, os quais

constituem a resposta emocional ao agente estressor. Aplicam medidas conscientes e inconscientes para atenderem às demandas situacionais e o grau em que a compensação ocorre determina a natureza e a magnitude da resposta ao estresse (LAURIA *et al.*, 2017).

O estresse ocupacional entre profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência tem sido abordado na literatura nacional e internacional. Em um estudo realizado com 62 técnicos de enfermagem, de duas UPAs de Palmas, Tocantins, Brasil; foi pesquisado o estresse percebido com a aplicação da Escala de Estresse Percebido (EPS-10), cuja pontuação varia entre zero e 40 pontos. A percepção de estresse indicou uma média de 15,6 ( $\pm 5,52$ ) para a amostra geral. Foi comprovada a correlação negativa ( $p = 0,01$ ) entre o estresse percebido e o menor nível de qualidade de vida entre os trabalhadores (SILVA *et al.*, 2018).

Em outro estudo desenvolvido com 165 profissionais de duas UPAs, também de Palmas, mostrou que os que possuíam nível superior apresentaram pontuação média mais alta de estresse percebido (17,8;  $\pm 6,788$ ), que os de nível técnico (15,46;  $\pm 6,38$ ), também aferido pela EPS-10. Entre os fatores associados à percepção de estresse, estiveram o regime de trabalho, considerando que 52,7% dos profissionais trabalhavam mais de 12 horas semanais; o tempo de serviço, já que 40,6% trabalhavam há menos de um ano nas UPAs; e o número de empregos, pois 46% trabalhavam em mais de um local. Esses fatores impactavam, diretamente, no desenvolvimento de estresse nos profissionais e, conseqüentemente, na assistência ao paciente (MOTA *et al.*, 2020).

Em um estudo com 295 paramédicos do Canadá, aproximadamente 90% dos participantes, de ambos os sexos, relataram que sofriam de estresse ocupacional. Para os autores, os estressores ocupacionais, associados ao tabagismo e ao sobrepeso ou obesidade observados dentre os participantes, poderiam aumentar o risco cardiovascular nos profissionais (HEGG-DELOYE *et al.*, 2015).

Ademais, para essa tese, a coleta de dados foi efetivada em uma UPA durante a pandemia de COVID-19 (*corona virus disease*), declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de março de 2020 (OMS, 2020). O trabalho dos profissionais de saúde ficou em evidência, pois estavam na linha de frente dos cuidados aos doentes. Constantemente, dificuldades foram denunciadas, as quais poderiam ser consideradas agentes estressores, com risco de comprometimento à saúde. Embora fossem fundamentais em um período tão crítico, ações de atenção à saúde e segurança desses trabalhadores nem sempre foram incorporadas às medidas de enfrentamento da pandemia, quando houve aumento expressivo da carga emocional no trabalho, com risco aumentado de desgaste físico e mental (HELIOTERIO *et al.*, 2020).

A pandemia alterou o cotidiano dos serviços de emergência de todo o mundo e exigiu a implementação de novos protocolos de assistência, o que provocou o surgimento de fatores estressores que não existiam anteriormente. Um estudo com 955 profissionais poloneses, que atuavam nesse tipo de instituição, apontou que os preditores de estresse ocupacional, diante da crise sanitária, incluíram: o medo de contraírem a COVID-19, a diminuição do nível de proteção e de segurança na realização de procedimentos de emergência, e a marginalização do tratamento de pacientes com outras doenças (ILCZAK *et al.*, 2021b). Outro estudo com 1984 trabalhadores europeus, do mesmo tipo de serviço, apontou que as mulheres experimentaram níveis de estresse mais elevados que os homens (ILCZAK *et al.*, 2021a).

Situações agudamente estressantes causam elevada excitação e podem prejudicar as funções cognitivas vitais, como: consciência situacional, tomada de decisões, resolução de problemas e recuperação da memória. Desse modo, podem contribuir para o aumento de erros médicos e iatrogenias (LAURIA *et al.*, 2017). Outras consequências do estresse ocupacional são: conflitos interprofissionais, familiares, afetivos e conjugais; isolamento social, interferências na qualidade e no desempenho do trabalho e incapacidades ocupacionais; sentimentos de angústia, impotência, despersonalização, apatia, desânimo, mau humor, tristeza, desesperança, infelicidade, depressão, incompletude, conflitos internos, sofrimento, ausência de reconhecimento profissional, desvalorização, descontrole emocional, ansiedade, exaustão, frustração, dores no corpo, cefaleia, gastrite, taquicardia e hipertensão (SANTANA *et al.*, 2021).

No entanto, alguns profissionais conseguem adotar medidas de defesa, ou de enfrentamento, para diminuir o sofrimento causado pelo estresse. O *coping* compreende um conjunto de medidas intencionais, cognitivas e comportamentais, adotadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias estressantes, com o propósito de minimizar sua susceptibilidade ao estresse e retornar ao seu estado anterior (KLEINUBING *et al.*, 2013; ROCHA SOBRINHO; PORTO, 2012). A adoção dessas medidas permite ao ser humano reagir frente a comportamentos, pensamentos e emoções causados por eventos estressantes, característicos da reação ao estresse. Podem levar à redução, adaptação ou superação do problema (GUIDO *et al.*, 2011).

O objetivo é gerir exigências internas ou externas oriundas da interação com o ambiente, avaliadas como ameaças e que excedam as capacidades individuais de confronto (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Também podem ser adotadas medidas coletivas estabelecidas por mecanismos consensuais, que emergem após acordo tácito entre os membros do grupo, garantindo meios de adaptação às pressões impostas pelo trabalho e, ao mesmo tempo, a manutenção e não

rompimento da medida acordada. Contribuem, de forma decisiva, para que o coletivo de trabalho se mantenha coeso no enfrentamento do sofrimento (DIAS *et al.*, 2011).

Dessa forma, o estresse dos profissionais de emergência depende de características laborais e pessoais, além das medidas de enfrentamento adotadas, que envolvem evitar hábitos e comportamentos que afetem a saúde e que podem reduzir as consequências do estresse. O *coping* focado no problema é fortemente influenciado pelo contexto, enquanto que o focado na emoção se relaciona com fatores pessoais (ILIC *et al.*, 2017). O enfrentamento do estresse na urgência e emergência é essencial, e indispensável, para evitar o desencadeamento de repercussões negativas no processo de trabalho e na saúde física e mental dos profissionais (SANTANA *et al.*, 2021).

Logo, durante o cotidiano de trabalho em uma UPA, os trabalhadores de saúde podem ser surpreendidos por situações que exijam medidas alternativas para que o cuidado com qualidade seja efetivamente prestado, ainda que devam seguir protocolos, normas e regras predefinidas que normatizam seu trabalho. Assim, esses profissionais vivenciam o estresse ocupacional em maior ou em menor grau, com repercussão negativa em seu trabalho, nas relações interpessoais e em sua vida pessoal.

Normalmente, o cotidiano é invisível e passaria despercebido, mas tem eventos interessantes que merecem ser estudados. Nele, estão as “artes do fazer” e é o lugar da liberdade e da criatividade, no qual faz-se a articulação de práticas sociais. É aquilo que é dado a cada dia, está sempre em movimento e, muitas vezes, subverte as rotinas. Como as maneiras de fazer são criativas, a invenção do cotidiano é singular e se constitui de rupturas. O homem que pratica essas ações não tem domínio do cotidiano imprevisível, então, precisa ser criativo, astucioso e dinâmico (CERTEAU, 2014).

Segundo a teoria de Michel de Certeau, as estratégias são entidades reconhecidas como autoridades que sistematizam e impõem ordem. Podem ser instituições, leis, portarias, normas, protocolos, rituais, entre outros. Postulam “um lugar suscetível de ser circunscrito como algo próprio”. Em geral, as instituições são descritas como “estratégicas”, organizadas pelo postulado de uma autoridade e de um poder, com o *status* de ordem dominante e implica indicação de estabilidade (CERTEAU, 2014; LEITE, 2010; RATES *et al.*, 2019).

As táticas são “maneiras de fazer”, pequenas astúcias que acontecem nas “miudezas” do dia a dia. Suplantam o que é posto como lei ou ordem, são golpes sobre a norma. São improvisadas, dependem do tempo e das circunstâncias e surgem para responder às necessidades que não foram resolvidas por meio das estratégias (CERTEAU, 2014). Além disso, táticas são

da ordem do imprevisível do sujeito, surgem da sua (re)invenção do cotidiano. Partem da sua singularidade, da subjetividade e da maneira como interpreta a vida e impregnam esse cotidiano. Assim, também podem ser apenas um desejo de gozo ordinário (homem ordinário).

Ambas, estratégias e táticas, interagem e coexistem no cotidiano, mas é a partir das estratégias que irrompem os movimentos táticos, com novas e inventivas maneiras de fazer dentro de contextos ou controles estratégicos (CERTEAU, 2014). Certeau utilizou a noção de “algo próprio” ou “próprio” para a distinção entre ambas (estratégias e táticas). Esse “próprio” é uma espécie de demarcação espacial feita pelas estratégias, cuja base permite gerir as ações em direção a exterioridades (alvos específicos).

As táticas não visam enfrentar as estratégias de frente, mas, sim, preencher as necessidades do homem enquanto “se escondem” atrás de uma aparência de conformidade. Adotar táticas é questionar as estratégias, o que está posto, embora as táticas não neguem as estratégias. Não há uma negação das estratégias, que continuam a existir, mas ocorre a criação de algo que as transpassa e, dessa forma, ocorre a “bricolagem” (CERTEAU, 2014). Proporcionam o enfrentamento das estratégias, ou seja, o homem é pressionado a adotá-las. A norma é golpeada quando o homem não dá conta, ou não quer cumpri-la, e (re)inventa o que está posto como norma. Sai do campo teórico e abstrato e, assim, é a prática do lugar.

A bricolagem é a forma como o sujeito foge da ordem imposta e ocorre com e na ordem dominante, a partir de inúmeras metamorfoses da lei (CERTEAU, 2014; DURAN, 2007; RATES *et al.*, 2019). Ressalta-se que as estratégias e táticas não são antagônicas e dicotômicas, mas se entrelaçam em uma estruturação em rede multidirecional, dinâmica e relacional. A bricolagem é uma ressignificação e subversão da ordem, e o sujeito a faz de acordo com seus interesses e necessidades, personalizando o sistema de modo que melhor lhe convier.

O cotidiano diz muito sobre uma sociedade e seus indivíduos, pois é determinado pelas relações sociais. Os sujeitos influenciam, e são influenciados, pelo trabalho e seu contexto e, por isso, é possível compreendê-los a partir de suas práticas sociais no cotidiano de trabalho. O estudo do cotidiano de trabalho em uma UPA contribui para aumentar o entendimento das práticas dos profissionais de saúde e do funcionamento deste tipo de instituição, afinal, é reinventado pelo fazer próprio dos trabalhadores e dos usuários, com base em suas intencionalidades e demandas. A partir do reconhecimento das táticas adotadas pelos trabalhadores, pode-se, inclusive, refletir acerca das estratégias que normatizam o funcionamento de uma UPA.

Procurou-se responder à seguinte indagação: Como são as táticas de enfrentamento a fatores estressores no cotidiano de trabalho de profissionais de saúde de uma UPA?

Nessa pesquisa, foram abordados os agentes estressores e as medidas de enfrentamento, ou  *coping*, adotadas pelos profissionais de saúde no cotidiano de trabalho de uma UPA para que superem ou, ao menos, minimizem o estresse ocupacional. Estabeleceu-se como pressuposto de que no trabalho desses profissionais acontecem imprevistos ou dificuldades que os estressam, mas esses trabalhadores, de alguma forma, adotam o  *coping* para superá-los. O conceito de medidas de enfrentamento adotado foi o de ações intencionais, cognitivas e comportamentais, individuais ou coletivas, tomadas pelas pessoas para se adaptarem a diferentes circunstâncias estressantes e reduzirem o sofrimento (DIAS  *et al.*, 2011; KLEINUBING  *et al.*, 2013; ROCHA SOBRINHO; PORTO, 2012).

Portanto, defende-se a Tese de que o cotidiano de trabalho de uma UPA contém agentes estressores ocupacionais que levam os profissionais de saúde a adotarem táticas para minimizar seus efeitos. Tais “maneiras de fazer” se infiltram nas “miudezas” do cotidiano e se entrelaçam às estratégias que normatizam o lugar. São improvisos que surgem para responder às necessidades que não foram resolvidas por meio das estratégias ou, até mesmo, pelo mero desejo do “homem ordinário” em subverter as normas ao reinventarem o seu cotidiano.

Esse estudo é relevante por abordar estressores ocupacionais e medidas de enfrentamento adotados pela equipe multiprofissional de uma UPA, a partir dos relatos dos próprios participantes e da análise do cotidiano de trabalho, com base na teoria de Certeau. Pode contribuir para a produção científica, na área de urgência e emergência, por evidenciar o dia a dia de trabalho nesse tipo de unidade e para mitigar o efeito dos fatores estressores sobre os trabalhadores.

Ressalta-se que os agentes estressores, e seu impacto nos trabalhadores, são pouco estudados em UPAs, em especial em uma situação tão atípica como foi e, ainda continua sendo, a pandemia de COVID-19. O estudo sobre a temática, sob a ótica dos profissionais, e a observação do cotidiano de trabalho e do funcionamento da unidade permitiram a identificação de fatores de risco para o estresse ocupacional no atendimento a situações de urgência e emergência. O reconhecimento desses estressores e dos mecanismos de  *coping* poderá possibilitar a prevenção do sofrimento, com mais qualidade de vida no trabalho, além de ser base para proporcionar melhores condições de trabalho e de atendimento aos usuários.

## ***2. Objetivos***

---

## 2. OBJETIVOS

---

### 2.1 Objetivo geral

Analisar as táticas de enfrentamento a fatores estressores no cotidiano de trabalho de profissionais de saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de um município do interior de Minas Gerais, Brasil.

### 2.2 Objetivos específicos

- Descrever o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde da UPA;
- Descrever as estratégias que circunscrevem o lugar UPA e suas características, e como se relacionam com as táticas;
- Identificar agentes estressores presentes no cotidiano de trabalho da UPA;
- Descrever o estresse ocupacional relacionado à pandemia de COVID-19;
- Identificar as táticas que se caracterizam como medidas de enfrentamento individuais e coletivas aos estressores ocupacionais.

### ***3. Revisão de Literatura***

---

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

---

Serão abordados os subtópicos referentes ao trabalho em saúde e adoecimento; estresse, estresse ocupacional e medidas de enfrentamento individuais e coletivas; trabalho nas UPAs e o estresse ocupacional; pandemia de COVID-19; e cotidiano sob a óptica de Michel de Certeau. Esses temas constituem o contexto conceitual e científico no qual esta tese se insere.

#### 3.1 Trabalho em saúde e adoecimento

O trabalho ocupa um lugar central na constituição do indivíduo moderno (BROTTO; DALBELLO-ARAÚJO, 2012) e está presente na vida humana durante todas as horas do dia. Quando não se está trabalhando, está se preparando para ele ou descansando dele. Independente do contexto econômico e político, o labor tem sido a forma pela qual o homem constrói seu meio de vida. Além de garantir seu sustento e de sua família, na sociedade moderna, o sentido do trabalho está associado à inserção e posição social, relações interpessoais, valoração, bem-estar, autorrealização, prazer e construção da identidade e subjetividade. Por outro lado, sua falta ameaça a subsistência material e provoca sofrimento, insegurança, angústia, ansiedade e desespero (MERLO; BOTTEGA; PEREZ, 2014; TABOSA; CORDEIRO, 2018).

Pelo fato de o trabalho ter uma dimensão fundamental na vida do homem, a satisfação e o bem-estar do trabalhador constituem propósitos a serem perseguidos (TABOSA; CORDEIRO, 2018). No entanto, o labor pode ser fonte de adoecimento quando contém fatores de risco para a saúde, e o trabalhador não dispõe de instrumental suficiente para se proteger desses riscos ocupacionais (MENDES, 2008), tornando-se necessário compreender as relações estabelecidas entre a atividade exercida e as possíveis consequências para a saúde do trabalhador.

Nas últimas décadas, as mudanças sociais, econômicas e tecnológicas deram novos rumos e sentido ao trabalho, entretanto, contribuíram para o desgaste do corpo humano, tanto cognitivo quanto fisiológico. O cenário é de ascensão de mão de obra terceirizada, flexibilização de leis trabalhistas, precarização dos contratos, cargas horárias elevadas, aumento de tarefas, competitividade, diminuições de empregos, concorrência acirrada e responsabilidades que demandam agilidade nas decisões e demonstração de resultados. A introdução de novas tecnologias nas organizações redesenha as estruturas, os procedimentos e os modelos de gestão de pessoas, e causa mudanças organizacionais e introduz novas formas de comportamento dos

indivíduos e equipes (MERLO; BOTTEGA; PEREZ, 2014; PRADO, 2016; TABOSA; CORDEIRO, 2018).

Assim, o trabalho, mesmo anterior à sociedade capitalista contemporânea, oferece aos trabalhadores ora condições emancipadoras, ora escravizantes. Muitas vezes, esses profissionais não veem saída e ficam à mercê da sujeição, ao invés de optarem pela resistência e pela emancipação, diante da dominação social, da racionalidade econômica, dos princípios de produtividade, da flexibilidade e do consumo. A acumulação flexível do capital tem gerado exacerbação da produtividade, do controle e da racionalização do trabalho e das demais esferas da existência humana. Como consequência, surgiram a violência, o assédio moral, a solidão, o culto ao narcisismo, a hiper aceleração, a sobrecarga, a depressão, entre outras (MENDES, 2008).

Segundo Chanlat (2006), o modo ou método de gestão pode influenciar tanto a segurança no trabalho quanto a saúde mental e física dos trabalhadores. Modo de gestão é o conjunto de práticas administrativas adotadas pela direção de uma empresa para atingir seus objetivos. Compreende o estabelecimento das condições de trabalho, organização do trabalho, natureza das relações hierárquicas, estruturas organizacionais, sistemas de avaliação e controle dos resultados, política de gestão de pessoal e os objetivos, valores e filosofia nos quais a instituição se inspira.

A gestão é influenciada por fatores internos, como: estratégia perseguida, recursos disponíveis, tipo de pessoal, tecnologia utilizada, cultura e história; e externos, como: contextos econômico, político, cultural e social. Além disso, o modo de gestão pode ser prescrito, com componente abstrato, formal e estático; ou pode ser real, com um componente concreto, real, informal e dinâmico. É na relação entre os dois componentes que podem ocorrer, simultaneamente, os principais fatores internos e externos, abrindo espaço para tensões, com graus variados de intensidade, que repercutirão na gestão da saúde e segurança no trabalho (CHANLAT, 2006).

Existem quatro grandes métodos de gestão, o tayloriano e neotayloriano, o baseado na excelência ou qualidade total, o participativo e o tecnoburocrático. O primeiro é caracterizado pela divisão do trabalho, produção sob preeminência do tempo e tarefas repetitivas. O baseado na excelência enfatiza o êxito, a obrigação de ser forte e o desafio permanente. O participativo permite que os trabalhadores tomem parte da reorganização do trabalho e há reconhecimento real do saber e da experiência adquirida. Cada qual com as suas características, os quatro podem

causar tanto transtornos físicos quanto mentais nos trabalhadores, mas o participativo, sem eliminar todos os riscos e problemas, seria, talvez, o mais salutar (CHANLAT, 2006).

Em especial, o método tecnoburocrático, no qual o serviço de saúde se insere, apresenta definição de tarefas e rigidez normativa, o que reduz a autonomia dos trabalhadores. Há pressões orçamentárias, isolamento, divisão e parcelamento do trabalho, valorização dos especialistas e técnicos com desvalorização de certas categorias profissionais, controles sofisticados, comunicação difícil, centralização do poder, hierarquia desenvolvida e com pouca autonomia para os patamares inferiores. A instituição é vista como uma máquina, no entanto, racional e não unicamente mecânica, assim como no modelo taylorista. Essas características podem causar esgotamento profissional, problemas cardiovasculares, fadiga crônica, insônia e úlceras como resultado do conflito entre o método de gestão prescrito e o real (CHANLAT, 2006).

Segundo Fleury (1980), a organização do trabalho pode ser entendida como a especificação do conteúdo, métodos e interrelações entre os cargos, com vistas a satisfazer os requisitos organizacionais e tecnológicos, assim como os requisitos sociais e individuais do ocupante do cargo, o que envolve dimensões técnicas e sociais. Para Dejours (2018), organização do trabalho compreende a divisão do trabalho, a forma de conhecer os conteúdos das tarefas, bem como a divisão entre os trabalhadores, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder e as questões de responsabilidade. A organização do trabalho pode exercer ação específica sobre o homem, com impacto no aparelho psíquico.

Mendes (2008) relatou que a organização do trabalho pode colocar em risco o prazer e o reconhecimento que o profissional busca através do labor, patrocinando o jogo entre servidão e emancipação do sujeito. Cria um jogo de forças contraditórias sobre o trabalhador, confrontando seus interesses e a realidade do trabalho e, muitas vezes, as exigências não são acompanhadas por condições necessárias à execução das tarefas, levando os profissionais a negligenciarem a qualidade, em nome da quantidade de atividades realizadas.

Ademais, Dejours (2018) afirmou que o sofrimento surge quando existe uma rigidez determinada pela organização e o homem não pode fazer modificações em suas tarefas, conforme suas necessidades fisiológicas e desejos, o que pode comprometer seu equilíbrio psicossomático. Outros fatores que contribuem para o adoecimento são: a aceleração dos tempos, a exigência de desempenhos produtivos e de rendimento crescente.

Conforme afirmaram Dejours (2018) e Merlo (1999), existem o trabalho prescrito e o real. O prescrito define o objetivo a ser atingido, assim como o caminho a ser percorrido, ou seja, o modo operatório, e é definido pela organização do trabalho. É determinado pelas normas

e rotinas pré-definidas que, em um paralelo com os conceitos apresentados por Certeau, correspondem às estratégias. Em contraponto, o trabalho real é o que se apresenta para o trabalhador, no qual estão contidos os imprevistos que perturbam o que foi prescrito. Exige que o trabalhador lance mão de “maneiras de fazer” para lidar com essas situações que são desafiadoras por não fazerem parte do cotidiano de trabalho e constituem as táticas apresentadas por Certeau.

Sempre existirá uma defasagem entre o trabalho prescrito e o trabalho real, pois não é possível prever o trabalho e não existe produção perfeita, o que gera angústia, propriedade intrínseca do sofrimento e da busca pela superação. Por outro lado, para o trabalho gerar prazer e reconhecimento, deve provocar o entusiasmo no trabalhador, o que aumenta a tolerância ao trabalho precarizado que causaria o sofrimento. Portanto, o reconhecimento é o elemento provocador da transformação do sofrimento no trabalho (MENDES, 2008).

Assim, após o imprevisto no trabalho real ser percebido e analisado, os profissionais lançam mão de maneiras de fazer para lidar com as situações que são desafiadoras por não estarem prescritas pelas normas e rotinas pré-definidas. Por outro lado, os trabalhadores nem sempre seguem tais prescrições em sua totalidade, não somente pelo prazer de transgredir ou desobedecer, mas porque é preciso lidar com os imprevistos que, inevitavelmente, surgem durante o trabalho (DEJOURS, 2018).

Logo, o trabalho vivo consiste em desafiar o real. A princípio, gera um sentimento de surpresa, que é, rapidamente, substituído pelo nervosismo e pela irritação, ou, até mesmo, pela cólera ou decepção, fadiga, dúvida, desalento ou sentimento de impotência. A dificuldade com o real é que, muitas vezes, não se sabe como enfrentá-lo, ou não se conhece a solução para os problemas. Assim, trabalhar é, fundamentalmente, percorrer a distância entre o prescrito e o real, o que transforma o trabalhador e, no melhor dos casos, permite-lhe progredir, aprimorar-se e realizar-se (DEJOURS, 2018).

O prazer é um dos elementos centrais da saúde e é, também, uma possibilidade de resignificar o sofrimento. O ser humano está sempre em busca de satisfazer sua necessidade de prazer, e esse resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa o permite realizar. O trabalho é lugar de prazer quando é possível aprender um fazer específico, criar, inovar, interagir com os outros, socializar, reforçar a identidade pessoal, desenvolver novas formas de execução de uma tarefa e quando a organização do trabalho permite acordos que levem à transformação do sofrimento (MENDES, 1995).

Segundo a psicodinâmica do trabalho, o prazer e o reconhecimento são conceitos articulados e centrais para a compreensão do sofrimento no trabalho, pois são condições para a

ressignificação do sofrimento, para a transformação da organização do trabalho e para a emancipação do sujeito. Para Dejours, é da capacidade de sofrer que vem a ideia de vencer, é do fracasso que surgem novas formas de engajamento. Assim, a apropriação do sofrimento permite ressignificá-lo, superá-lo e transformá-lo (MENDES, 2008).

O reconhecimento é uma forma de retribuição que a organização do trabalho oferece ao trabalhador em contrapartida pela sua contribuição, a partir da sua criatividade em desenvolver suas atividades que buscam diminuir a distância entre o trabalho real e o trabalho prescrito (MERLO, 1999). Implica uma mobilização política e a capacidade de construir e modificar a realidade do trabalho, resultado da negociação diante da multiplicidade de divergências e interesses inerentes a ele. Relaciona-se à capacidade do trabalhador de negociar, de falar e de influir no coletivo do trabalho. A dinâmica do reconhecimento é uma das possibilidades de a organização do trabalho favorecer a sublimação, o prazer e a transformação do sofrimento e é central no processo de saúde-adoecimento (MENDES, 2008).

Por sua vez, o sofrimento pode ser atribuído a uma organização do trabalho que não considera projetos, esperanças e desejos dos trabalhadores (DEJOURS, 2018). Nesse contexto, ainda segundo Dejours (2013), uma organização do trabalho rígida e inflexível pode comprometer a saúde psíquica e mental do trabalhador, sendo causadora de ansiedade, tensão e sofrimento, além de aumentar a carga psíquica do trabalho. Por carga psíquica, entende-se que, quando um trabalho se torna fatigante e não há como descarregar psiquicamente, há acúmulo de energia e aumento da carga psíquica, ocasionando repercussões físicas e emocionais no trabalhador.

Destaca-se que é na relação com o outro e no coletivo do trabalho que o trabalhador pode falar sobre seu sofrimento, expressar sua subjetividade e ter controle das suas causas, bem como se colocar como sujeito profissional e social e ter o trabalho como uma fonte de prazer. Nesse espaço público de fala, é construída a cooperação, o coletivo de trabalho e as ações concretas sobre a organização do trabalho. Assim, o que o faz sofrer também é uma forma de resistir e de buscar mudar as situações que o fazem sofrer (MENDES, 2008).

Por outro lado, quando a organização do trabalho é saudável, propicia negociações, permite que o trabalhador ajuste a realidade do trabalho aos seus desejos e necessidades, e mantém as relações socioprofissionais abertas, democráticas e justas; é possível que haja o processo de reconhecimento, que gera prazer e transformação do sofrimento. Porém, quando isso não ocorre, torna problemática a superação do sofrimento e a resistência dos trabalhadores, podendo

surgir comportamentos patológicos, como, por exemplo, violência no trabalho e assédio moral (MENDES, 2008).

O trabalho em saúde ganha destaque quando se discute a saúde mental dos trabalhadores. O cotidiano dos profissionais é permeado por preocupações, incertezas, tensões e angústias, além de inúmeras dificuldades aliadas à própria desestabilização emocional diante de seus medos, dor e consternação pelas pessoas que cuidam (ESPERIDIÃO; SAIDEL; RODRIGUES, 2020). É marcado pelas relações entre trabalhadores e usuários, mas também por faltas e excessos: falta de infraestrutura, de condições ergonômicas e de proteção contra riscos de acidentes e de contaminações; e excesso de burocratização nos serviços, de verticalização das relações interpessoais e do contato com o sofrer alheio (BROTTO; DALBELLO-ARAÚJO, 2012).

Dessa forma, o adoecimento dos trabalhadores de serviços de urgência e emergência pode ocorrer devido a fatores inerentes ao próprio processo de trabalho, como: 1) contato com usuários em momentos críticos, o que propicia violências e impele os trabalhadores a se distanciarem, emocionalmente, como forma de autoproteção; 2) caráter de urgência nos atendimentos, que imprime velocidade intensa e pressão contínua sobre o trabalhador; 3) sobrecarga de trabalho, agravada por questões socioeconômicas que levam os trabalhadores a buscarem mais um vínculo empregatício, comprometendo sua saúde por dormirem e descansarem pouco; 4) percepção de que muitos dos problemas de saúde não têm resolução, por serem decorrentes de questões macro, demandando ações intersetoriais e de nível macrogovernamental; e 5) condições de trabalho precárias e relações interpessoais deterioradas (BROTTO; DALBELLO-ARAÚJO, 2012; OLIVIER; PEREZ; BEHR, 2011).

### **3.2 Estresse, estresse ocupacional e medidas de enfrentamento**

O estresse é um fenômeno global e constitui um atual e grave problema de saúde pública. Segundo a OMS, atinge cerca de 90% da população mundial (WHO, 2017). No ambiente laboral, pode trazer repercussões negativas para a saúde física e mental dos profissionais. Na área de saúde, tem um elevado impacto nas organizações, pois pode comprometer, ainda, a qualidade da assistência, colocando em risco os pacientes, com iatrogenias.

O trabalho tem passado por contínuas transformações a partir da introdução de tecnologias, particularmente da automação e robótica, com substituição do trabalho humano; declínio das atividades de manufatura e crescimento do setor de serviços; e desenvolvimento de novos processos de produção e gestão do trabalho. Com os avanços tecnológicos, as atividades se

modificaram, tornando-se mais complexas e fazendo com que os trabalhadores sintam a necessidade de se adequarem a esses novos processos, com o objetivo de se manterem ativos no mercado de trabalho (SANTOS; CASSIANO; SANTOS, 2020).

Portanto, é notório que o mundo do trabalho atual, dados os desafios do progresso industrial, da globalização, do desenvolvimento tecnológico e da comunicação virtual; impõe condições que excedem os limites das habilidades e competências das pessoas. Como resultado, gera o estresse no ambiente de trabalho, podendo causar disfunções físicas, psicológicas e sociais que prejudicam a saúde, minam a produtividade e podem afetar até as famílias e as relações sociais (TABOSA; CORDEIRO, 2018).

O endocrinologista Selye ficou conhecido como o “Pai da Teoria de *Stress*”, pois foi o primeiro a empregar o termo “estresse” na área da saúde, em 1926. Originalmente, era utilizado na Física para descrever uma força ou um conjunto de forças que, aplicadas a um corpo, o desgastam ou deformam. Esse especialista realizou experimentos que comprovaram a ligação entre a emoção e o desencadeamento de uma reação neuroendócrina para a adaptação do indivíduo, a qual denominou como “Síndrome Geral de Adaptação” (SGA) (BARROSO *et al.*, 2015; BIANCHI, 2009; PRADO, 2016).

Posteriormente, destacaram-se os pesquisadores Lazarus e Launier (1978) e o modelo interacionista de estresse. Segundo esse modelo, o indivíduo realiza uma avaliação primária para ponderar se o evento é considerado um estressor positivo (um desafio) ou negativo (uma ameaça) e desencadeia a produção e liberação dos hormônios do estresse (catecolaminas e corticosteróides). É enfatizada a interferência das características individuais e organizacionais na avaliação dos estressores e na adoção de medidas de enfrentamento ou *coping* (BIANCHI, 2009).

Os estudos sobre o estresse apresentam três abordagens. Uma biológica, com ênfase na fisiologia do estresse; a psicológica, que busca compreender como a percepção e o comportamento do indivíduo são manifestados no desenvolvimento do estresse; e a sociológica, com base na compreensão dos diversos fatores sociais que favorecem o desenvolvimento psíquico dos indivíduos no contexto cultural (KILIMNIK *et al.*, 2012).

O estresse é um processo temporário de adaptação aos agentes estressores, e compreende modificações físicas e mentais. Pode ser manifestado por mudanças morfológicas em diversos órgãos e glândulas endócrinas para garantir a sobrevivência ou sobrevida do indivíduo. Resulta da exposição a situações que demandam um grande empenho emocional e que excedam os recursos de enfrentamento e, quanto mais intensa e persistente for a situação, maior será o

estresse sofrido pelo indivíduo (ARANTES; VIEIRA, 2010; BENEVIDES-PEREIRA, 2011; LIPP, 1996). As respostas aos estressores dependem da herança genética, do estilo de vida e de enfrentamento adotado pelo indivíduo (LIPP, 1996).

O estresse não é, essencialmente, negativo e pode ser favorável e, até mesmo, indispensável para o ser humano, visto que exigências mais complexas proporcionam o desenvolvimento do potencial individual (TABOSA; CORDEIRO, 2018). Assim, pode se manifestar de forma positiva (*eustress*), quando motiva e provoca uma resposta adequada aos estímulos estressores. A forma negativa (*distress*) intimida o indivíduo diante de uma situação considerada ameaçadora, com predominância de emoções, como: ansiedade, medo, tristeza e raiva (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005; PRADO, 2016).

No processo de estresse, foram identificadas três fases: reação de alarme ou alerta, de resistência e de esgotamento ou exaustão. Na fase de alerta, o indivíduo é preparado para a luta ou para a fuga, através da ativação de mecanismos homeostáticos. Ao se deparar com um estímulo estressor, uma grande sobrecarga de hormônios é liberada, causando manifestações agudas. Há alterações na frequência cardiorrespiratória, hipertensão, contração do baço, liberação de glicose pelo fígado, redistribuição sanguínea e dilatação das pupilas, entre outras (PANIZZON; LUZ; FENSTERSEIFER, 2008; SELYE, 1978).

Se o agente estressor for contínuo, o organismo é obrigado a manter o esforço de adaptação, caracterizando a fase de resistência, quando tenta restabelecer o equilíbrio interno. Apresenta um desgaste maior e concentra a reação interna em um determinado órgão-alvo, desencadeando a Síndrome de Adaptação Local (SAL). Ocorre a manifestação de sintomas físicos, como: tremor muscular e fadiga física; e psicossociais, como: ansiedade, medo, dificuldade de memória e de concentração, isolamento social, desânimo, irritabilidade e instabilidade emocional (PANIZZON; LUZ; FENSTERSEIFER, 2008; SELYE, 1978).

Quando os estímulos estressores se tornam crônicos e repetitivos, é desencadeada a terceira fase, de exaustão, na qual o organismo encontra-se extenuado pelo excesso de resposta e pelo alto consumo de energia. Tal fenômeno ocasiona falência do órgão mobilizado na SAL, que se manifesta como doença orgânica. Desse modo, há exaustão física e psicológica, tendo em vista que a energia adaptativa é finita. Essa é considerada a condição mais crítica, pois, após exposições repetidas ao mesmo estressor, o organismo pode desenvolver doenças graves ou, até mesmo, entrar em colapso (PANIZZON; LUZ; ENSTERSEIFER, 2008; SELYE, 1978).

Além dessas, Lipp (2005) relatou uma quarta fase, denominada de “quase-exaustão”, por se encontrar entre as fases de resistência e de exaustão. Há um enfraquecimento do indivíduo, que, ao não conseguir se adaptar ou resistir ao estressor, torna-se vulnerável ao aparecimento de doenças. Porém, não são tão graves quanto na fase de exaustão. Os sinais e sintomas físicos são: sudorese, tensão muscular, taquicardia, hipertensão, aperto da mandíbula, ranger de dentes, hiperatividade, náuseas e mãos e pés frios. Em termos psicológicos, ocorrem ansiedade, tensão, angústia, insônia, alienação, dificuldades interpessoais, dúvidas, preocupação excessiva, inabilidade de concentração, dificuldade em relaxar e hipersensibilidade emotiva.

O estresse ocupacional, por sua vez, está relacionado aos agentes estressores presentes no ambiente laboral que exigem do trabalhador respostas adequadas e que, em alguns casos, podem exceder sua capacidade de enfrentamento (TABOSA; CORDEIRO, 2018). Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA), as pessoas sentem estresse no trabalho quando percebem que existe um desequilíbrio entre as exigências que lhes são impostas e os recursos físicos e mentais que dispõem para lidarem com tais exigências. Embora a experiência do estresse seja psicológica, também afeta a saúde física (EU-OSHA, 2017).

Como mencionado, o estresse não é, necessariamente, nocivo e pode ser estimulante e excitante para o indivíduo, resultando em reações que o levam a oferecer o que há de melhor em si para seu trabalho. Entretanto, caso haja um nível de estresse que foge do seu controle, o trabalhador pode apresentar reações orgânicas adversas e comprometedoras para seu desempenho (CACCIARI; HADDAD; DALMAS, 2016; TABOSA; CORDEIRO, 2018).

Na abordagem do estresse ocupacional, também são consideradas as vertentes biológica, psicológica e sociológica, que, apesar de distintas, são complementares e interligadas. Na biológica, o estresse é caracterizado, essencialmente, pelo grau de desgaste do corpo. Os processos afetivos, emocionais e intelectuais correspondem à abordagem psicológica, ou seja, é a maneira pela qual o trabalhador se relaciona com as outras pessoas e com o mundo ao seu redor. A sociológica se refere à compreensão das variáveis que se estabelecem no contexto da sociedade (ROCHA; GLIMA, 2002).

O termo “estressor ocupacional” designa estímulos que são gerados no trabalho. São fatores extraorganizacionais, organizacionais, individuais e grupais. Porém, a caracterização de um fenômeno como estressor depende da percepção e interpretação pessoal, portanto, o cognitivo e a percepção pessoal são mediadores do impacto do agente estressor no trabalhador (PAS-

CHOAL; TAMAYO, 2004; PRADO, 2016). Características situacionais e pessoais podem interferir no julgamento e o indivíduo pode reagir aos estressores organizacionais de forma positiva ou negativa. Neste último caso, tem-se o fenômeno de *strain* (PASCHOAL; TAMAYO, 2004).

Os estressores organizacionais podem ser de natureza física, como barulho, ventilação e iluminação do local de trabalho; ou psicossocial. As causas mais comuns de estresse ocupacional são os riscos psicossociais, relacionados à organização do trabalho, projetos de trabalho, condições de trabalho, funções desempenhadas, falta de autonomia/controle na execução das tarefas, desenvolvimento da carreira, exigências excessivas, exposição a perigos físicos, inadequação na forma ou ritmo do trabalho, falta de apoio social de superiores ou colegas, maus relacionamentos com colegas e clientes (incluindo assédio moral e violência), conflito de papéis e responsabilidades, falta de envolvimento e de informação sobre as mudanças da organização, e violência verbal ou física (ANAMT, 2016; EU-OSHA, 2017; PASCHOAL; TAMAYO, 2004).

Os riscos psicossociais são classificados, ainda, em externos, como os acontecimentos da vida, por exemplo, morte, acidentes, brigas, situação econômica, casamento, gravidez, nascimento de filhos e cuidado de crianças, divórcio, doença ou luto e mudança de casa; estilo de vida, como consumo de álcool, tabaco e drogas; más condições de moradia; problemas financeiros, entre outros. Já os internos são relacionados à cognição do indivíduo, ao seu modo de ver o mundo, nível de assertividade, crenças, valores, características pessoais, comportamento, entre outros (EU-OSHA, 2017; LIPP, 2004; PAIVA; GOMES; HELAL, 2015).

Quanto às variáveis pessoais, o estilo de enfrentamento, ou *coping*, do trabalhador frente aos eventos estressores consiste na principal variável individual. Por sua vez, dentre as variáveis situacionais, destaca-se o suporte social recebido pelo trabalhador, o qual pode ser proveniente do supervisor, dos colegas de trabalho ou, mesmo, de pessoas fora do trabalho, como familiares (PASCHOAL; TAMAYO, 2004).

Embora o estresse não seja uma doença, pode causar alterações no funcionamento do organismo, causando doenças. Além disso, existem evidências de que é a principal causa de ausência por doença relacionada ao trabalho (EU-OSHA, 2017). É intensificado por fatores cumulativos e persistentes e, quando em demasia, pode acarretar sintomas físicos, comportamentais e, sobretudo, psicológicos. Também pode ter associação com outros problemas, como a ansiedade, depressão e síndrome de *Burnout* (TABOSA; CORDEIRO, 2018). A síndrome

desenvolve-se quando as medidas individuais de enfrentamento falham ou se tornam insuficientes, sendo a exposição dos trabalhadores ao estresse laboral crônico uma condição indispensável para seu surgimento (CAMPOS *et al.*, 2015).

Há uma variedade de sinais e sintomas associados ao estresse ocupacional, como: cefaleia, mialgia, fadiga, desânimo, distúrbios do sono, indisposição gástrica, inapetência, taquicardia, palpitações, tremores musculares, sensação de fôlego curto e rubor facial, alterações cardiovasculares, lombalgia, raiva, frustração, preocupação, insatisfação, dificuldade de concentração, de memória e de aprendizado, consumo de álcool, tabaco ou outras drogas, isolamento, ansiedade, mau humor, medo, irritabilidade, dentre outros. Além disso, pode causar patologias, tais como: infarto agudo do miocárdio, distúrbios mentais neurológicos, psiquiátricos, síndromes depressivas, síndrome do pânico, hipertensão, gastrite, doenças somáticas e síndrome de *Burnout*, além redução da imunidade natural, o que aumenta o risco de infecções ou de outras doenças (ANAMT, 2016; EU-OSHA, 2017; FERREIRA *et al.*, 2016; MORAES FILHO; ALMEIDA, 2016).

O estresse ocupacional também provoca prejuízos para as organizações, devido às perdas humanas geradas pelo absenteísmo e pela alta rotatividade de profissionais, além de perdas econômicas. Pode afetar a produtividade da instituição, devido aos dias de trabalho perdidos, baixa moral, redução do desempenho, além do próprio ceticismo, característico da síndrome de *Burnout*. Assim, o estresse ocupacional compromete, além da saúde do trabalhador, a instituição e a sociedade (EU-OSHA, 2017; KILIMNIK *et al.*, 2012; PAIVA; GOMES; HELAL, 2015).

Os profissionais de saúde apresentam elevadas taxas de estresse decorrentes de falta de políticas de recursos humanos, políticas preventivas e protetivas, de qualidade e implementação de justiça organizacional nas organizações e de apoio social. Enfrentam sobrecarga de trabalho, falta de recursos humanos, condições laborais inadequadas, falta de apoio, relacionamentos interpessoais ruins, conflito trabalho-família, falta de supervisão, natureza do trabalho, trabalho em turnos, violência, desrespeito e responsabilidade excessiva (FERREIRA *et al.*, 2016). Outros fatores estão relacionados à proximidade com o sofrimento humano, tais como: dificuldade de compartilhamento de saberes entre os membros da equipe multidisciplinar, carga horária elevada, demanda de trabalho, pressão exercida por gestores e pacientes, baixa remuneração, instabilidade do emprego, alta complexidade do trabalho e acúmulo de funções (MORAES FILHO; ALMEIDA, 2016).

Enfrentamento, por sua vez, se refere ao uso de recursos cognitivos ou comportamentais empregados para dominar, reduzir ou tolerar demandas internas ou externas resultantes dos agentes estressores (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Laplanche e Pontalis (2016) conceituaram o enfrentamento como o esforço que a pessoa faz para vencer as dificuldades que percebe em relação ao meio no qual se insere. Se o resultado do esforço despendido for em vão, de modo geral, há uma acumulação de excitações mentais que pode ter, como consequência, o aparecimento de sintomas de transtornos mentais.

O conjunto de medidas e habilidades utilizadas pelas pessoas frente a situações consideradas adversas ou que exijam alguma adaptação, como o estresse, é denominado *coping*, termo que pode ser compreendido como "enfrentar" ou "seguir em frente" (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; CANO; MORÉ, 2016; LAZARUS; FOLKMAN, 1984). É um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelos indivíduos em situações e demandas específicas (internas ou externas) que emanam de eventos estressores, sendo avaliadas como sobrecargas ou excessos aos recursos pessoais (GUIDO *et al.*, 2011; PAIVA; GOMES; HELAL, 2015).

O modelo de *coping* de Folkman e Lazarus (1980) descreveu quatro características principais: (a) *coping* é um processo ou interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; (b) sua função é de administração da situação estressora, ao invés de controle ou domínio da mesma; (c) processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; (d) processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente.

Portanto, a resposta de *coping* é uma ação intencional, física ou mental, iniciada em resposta a um estressor percebido, dirigida para circunstâncias externas ou estados internos (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Pode influenciar a resposta ao estresse neuroendócrino e contribuir, assim, para mudanças na saúde, nos comportamentos de risco ou nas alterações a respostas cognitivas ou comportamentais da pessoa, por meio de mecanismos fisiológicos ou de modificação de comportamentos. Não é, simplesmente, um processo automático de estímulo-resposta, sendo influenciado por fatores mediadores internos e externos (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019).

O *coping* pode ser classificado em duas categorias, com foco no problema e na emoção. A primeira refere-se às medidas focadas no problema, quando o indivíduo busca entender

o estressor e tenta modificá-lo ou evitá-lo. Representa uma aproximação em relação ao estressor para resolvê-lo, ou se configura em uma tentativa de lidar com a situação estressante. São esforços cognitivos voltados para a reavaliação do problema, percebendo-o de maneira positiva, como, por exemplo, mediação para findar desavenças, aceitar sugestões e contribuições dos colegas para melhoria das atividades desenvolvidas ou reinterpretação do agente estressor (ANTONIOLLI *et al.*, 2018; FOLKMAN, 2010; JOAQUIM; TABAQUIM; VALLE, 2014).

A segunda categoria refere-se à emoção e aos aspectos somáticos, na qual o sujeito procura reduzir o sofrimento que o estímulo determinou, mesmo que a situação estressante não possa ser modificada. Esforços são emanados para regular o estado emocional e as emoções associadas ao evento estressante, visando atenuar o desconforto emocional. A pessoa evita o agente estressor e não age para modificá-lo com ações, como: dormir, rezar, fumar, tomar tranquilizante, assistir à televisão, sair para correr ou ignorar o problema (ANTONIOLLI *et al.*, 2018; FOLKMAN, 2010).

O controle da emoção pode facilitar a resolução do problema por remover a tensão e, similarmente, o *coping* focado no problema pode diminuir a ameaça, reduzindo a tensão emocional (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Assim, a regulação da ansiedade permite que a pessoa se concentre em tomar uma decisão (FOLKMAN, 2010). A adoção, tanto de um tipo de *coping*, quanto de outro, depende da avaliação da situação estressora. Geralmente, o *coping* focado no problema é escolhido quando a situação é passível de ser modificada, e o outro é utilizado quando não há a possibilidade de mudança (JOAQUIM; TABAQUIM; VALLE, 2014).

Na literatura, foram descritos mais dois tipos de *coping*, sendo um deles focalizado nas relações interpessoais e, o outro, o focado. No final da década de 1990, foi apresentado o *coping* focalizado nas relações interpessoais, no qual o sujeito busca apoio nas pessoas próximas, ou seja, do seu círculo social, para a resolução da situação estressante (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

O *coping* focado se baseia em valores e crenças mais profundas e permite a revisão dos objetivos existenciais e a reordenação de prioridades, por meio da experiência de vida, com o propósito de motivar e sustentar o enfrentamento e o bem-estar em tempos de dificuldades. A pessoa adota medidas, como a revisão de seu objetivo, com ênfase nos pontos fortes ganhos com a experiência de vida e na reordenação de prioridades para regular as emoções positivas, o que ajuda a transformar as avaliações de ameaças em avaliações de desafio e a levar a esforços de motivação e de sustentação de enfrentamento a longo prazo. Difere, qualitativamente, das

medidas focadas na emoção, como o distanciamento, que regulam as emoções negativas (FOLKMAN, 2010).

Também é importante destacar que há distinções entre os estilos de *coping* e as medidas de *coping*. Embora o primeiro possa influenciar o segundo, são fenômenos independentes. Os estilos referem-se a características de personalidade, ou seja, às formas habituais que a pessoa utiliza para lidar com o estresse percebido. As medidas dizem respeito a comportamentos ou ações cognitivas, isto é, estão relacionadas a fatores situacionais e podem ser alteradas durante os estágios da situação de estresse (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Além disso, Latack (1986) já considerava que ações e reavaliações cognitivas devem estar juntas e relacionadas a medidas de enfrentamento ou de esquiva da situação estressante. As ações e reavaliações cognitivas relacionadas ao enfrentamento foram nomeadas como “estratégias de controle”, enquanto ações e reavaliações cognitivas de conteúdo escapista foram chamadas “estratégias de esquiva”. Há, também, as medidas de manejo dos sintomas de estresse popularmente aceitas, como o relaxamento ou a prática de exercícios físicos (PINHEIRO; TRÓCCOLI; TAMAYO, 2003).

Lazarus e Folkman (1984) propuseram que as respostas ao estresse são acomodativas ou manipulativas. Nas acomodativas, ocorre inibição da ação diante do evento, o que impede o indivíduo de superar a adversidade ao acomodar-se à situação estressante, mediante sua reavaliação, com alteração do ambiente interno por meio de medicamentos, álcool, relaxamento, mecanismos de defesa, meditação, entre outros. Na resposta manipulativa, o indivíduo tenta alterar sua relação com o acontecimento estressante ao modificar seu contexto, afastar-se, deixar de estar na presença do estressor ou procurar informações acerca da situação de tal forma que possa compreendê-la e prever acontecimentos relacionados a ela.

Ademais, as medidas de enfrentamento podem ser tanto individuais quanto coletivas, diante de aspectos relacionados à natureza e organização do trabalho, dos quais se destacam questões sociais, culturais e econômicas que repercutem na vida dos trabalhadores (DEJOURS, 2018). As coletivas ocorrem a partir de mecanismos consensuais, de acordos tácitos entre os trabalhadores e garantem meios de adaptação às pressões impostas pelo trabalho e, ao mesmo tempo, a manutenção e o não rompimento da medida acordada (DIAS *et al.*, 2011).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a OMS emitiram diretrizes e recomendações para amenizar o estresse ocupacional, como a promoção do empoderamento do trabalhador, participação e satisfação, assim como a adoção do conceito proposto pela OIT de “trabalho decente”, cujos elementos incluem emprego justo, respeito pelos direitos humanos,

regras laborais, proteção ao meio ambiente, transparência e diálogo social. Também foi recomendado que os países incluam em suas listas de doenças ocupacionais o estresse e os transtornos mentais, garantindo, assim, que possam ser identificados, quantificados e, posteriormente, tratados (ANAMT, 2016).

Finalmente, as implicações gerenciais, relacionadas ao estresse ocupacional, devem partir do reconhecimento de que o ambiente de trabalho pode comprometer tanto a saúde do trabalhador quanto a instituição em termos de qualidade, segurança e finanças. Os gestores necessitam intervir, seja com foco na instituição ou no trabalhador, para reduzir os agentes estressores psicossociais. É necessário implantar políticas de valorização do trabalhador, instituir condições de trabalho salubres, reduzir horas de trabalho em turnos, proporcionar a reposição do quadro funcional, fornecer apoio social, promover integração entre os trabalhadores, treinamentos, maior participação e autonomia e desenvolver o enfrentamento individual (EU-OSHA, 2017; FERREIRA *et al.*, 2016).

### 3.3 O trabalho nas UPAs e o estresse ocupacional

O ideário da Reforma Sanitária levou à estruturação e implantação do SUS no Brasil, baseado em princípios de universalidade de acesso aos serviços, integralidade da assistência, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. Foi preconizada a descentralização dos serviços para os municípios, com regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Dessa forma, as ações e serviços de saúde são prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da Administração direta e indireta e por fundações mantidas pelo Poder Público, além da iniciativa privada em caráter complementar (BRASIL, 1990).

O modelo tecnoassistencial é hegemônico na organização dos serviços de saúde brasileiros. Na figura de uma pirâmide, a base larga seria formada pelas unidades de saúde responsáveis pela atenção básica, as UBSs, que são as portas de entrada para o sistema, além de serem responsáveis pela referência da população aos serviços de saúde de maior densidade tecnológica, como ambulatórios de especialidades e unidades de pronto-atendimento, situados no centro da pirâmide. No ápice, estariam os hospitais regionais, estaduais e nacionais (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012).

A assistência à saúde é prestada por equipes multiprofissionais em diversas instituições que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, como UBSs, clínicas, ambulatórios,

hospitais, UPAs, entre outras. Cada unidade tem especificidades, tais como: tecnologias necessárias e disponíveis, tipos de agravos e de pacientes atendidos, além do modo como a atuação profissional varia de um lugar para outro, com vistas à integralidade do cuidado. Interação por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010).

A atenção primária à saúde é o primeiro nível de atenção e se configura como a porta do sistema de saúde, com função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde; além de ser o ponto de partida pelo qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. A atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, de média complexidade, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, composta por hospitais. Compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência nas UPAs (BRASIL, 2010).

As UPAs devem funcionar 24 horas por dia, sete dias por semana e resolver grande parte das urgências e emergências. Assim, ajudam a diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais. Possui estrutura simplificada com raio-x, eletrocardiografia (ECG), pediatria, laboratório de exames e leitos de observação para que 97% dos casos sejam solucionados na própria unidade. Caso necessário, os usuários são encaminhados a um hospital de referência ou são mantidos em observação por 24 horas (BRASIL, s.d.b, 2017b).

A transição epidemiológica e sociodemográfica da população, o aumento da morbidade por causas externas e acidentes de trânsito, da morbimortalidade por doenças cerebrovasculares e coronarianas e da incorporação tecnológica causaram o acréscimo da demanda por atendimentos de urgências e emergências (AZEVEDO *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2014; TORRES; BELISÁRIO; MELO, 2015; UCHIMURA *et al.*, 2015). A população busca consultas, exames, administração de medicamentos, realização de procedimentos, além de respostas às questões socioeconômicas, más condições de vida, violência, solidão, necessidade de vínculo com um serviço ou profissional ou, ainda, acesso a alguma tecnologia específica (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012).

Portanto, os serviços de urgência foram criados com o intuito de diminuir a morbimortalidade e as consequências incapacitantes decorrentes do atraso no tratamento (AZEVEDO *et al.*, 2010). A organização de uma rede de serviços, com a coordenação de diferentes tipos de serviços de saúde com alto grau de interdependência, é relevante para a redução da morbimortalidade associada às condições que requerem atendimento imediato. Cada um dos componen-

tes da RAS deve participar da atenção às urgências, respeitando-se os limites de sua complexidade e capacidade de resolução. Deve ser feito o acolhimento em qualquer nível de atenção, com encaminhamento para os demais níveis quando a complexidade do atendimento ultrapassar a capacidade de assistência. A estruturação dessa rede exigiu a expansão de serviços específicos ou a reorganização dos existentes, com investimentos em infraestrutura, recursos tecnológicos e contratação de profissionais de saúde qualificados (GARLET *et al.*, 2009; MACHADO *et al.*, 2016).

Em 1998, por meio da Portaria nº 2.923, foi criado o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento em urgência e emergência, com foco na atuação hospitalar, tipificação de serviços e coordenação estadual (BRASIL, 1998b). A importância de um sistema de urgência e emergência foi reconhecida pelo Ministério da Saúde, pela Portaria nº 2.048, de 2002, que estabeleceu os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, normas, critérios de funcionamento e classificação e cadastramento dos serviços. Foi proposto que cada Estado organizasse seu sistema, cuja estruturação foi considerada essencial para a consecução dos princípios do SUS (BRASIL, 2002).

Posteriormente, em 2003, com vistas a reduzir os vazios assistenciais, garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências e servir como interface entre a atenção básica ou primária e a média e alta complexidades, por meio da Portaria nº 1.863, foi criada a Política Nacional de Atenção às Urgências - PNAU (BRASIL, 2003a). Segundo Santos *et al.* (2014), a PNAU pautou-se nos pressupostos de humanização, organização das redes assistenciais, estratégias promocionais, regionalização médica de urgências, qualificação e educação permanente, em consonância com os preceitos do SUS.

No mesmo ano, foi implementado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com organização da atenção pré-hospitalar e regulação da atenção à urgência e emergência em uma rede de serviços regionalizados e hierarquizados, como definido na Portaria nº 1.864 (BRASIL, 2003b). Em 2006, surgiu o Programa de Qualificação da Atenção de Urgência (Programa QualiSUS), focado em grandes hospitais e na Política Nacional de Humanização (PNH - HumanizaSUS) (BRASIL, 2006a).

Em 2011, a PNAU foi reformulada pela Portaria nº 1.600, com a instituição da RAU no SUS, cuja finalidade foi articular e integrar todos os equipamentos de saúde. As UPAs e o conjunto de serviços de urgência 24 horas foram elencados como componentes dessa rede, que foi implementada gradativamente em todo território nacional, com base em critérios epidemiológicos e de densidade populacional (BRASIL, 2011a). Mais recentemente, a Portaria nº 10

redefiniu as diretrizes de modelo assistencial e financiamento das UPAs 24 horas (BRASIL, 2017b).

As primeiras UPAs 24 horas surgiram no município do Rio de Janeiro, em 2007, derivadas de iniciativas estaduais e municipais para responderem às necessidades e carências de regiões menos favorecidas e à sobrecarga das emergências hospitalares (KONDER; O'DWYER, 2016). As unidades habilitadas até 2014 são classificadas, conforme a população da área de abrangência, como de Porte I, II ou III. A UPA de Porte I é aquela que possui uma população de 50 a 100 mil habitantes em sua área de abrangência, enquanto as de Porte II e III são as que têm, respectivamente, uma população de 100.001 a 200 mil e de 200.001 a 3000 mil habitantes (BRASIL, s.d.b., 2014, 2017b).

São estruturas de complexidade intermediária entre as UBSs e os hospitais e integram a rede pré-hospitalar fixa. Têm como função a assistência a casos de pequena e média urgência, com o objetivo de dar retaguarda às UBSs e diminuir a sobrecarga dos hospitais. Devem se articular com as UBSs, SAMU, rede hospitalar, rede de apoio diagnóstico, terapêutico ou qualquer outra unidade de atenção à saúde. Visa ofertar cuidado resolutivo, e qualificado, aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados de natureza clínica, primeiro atendimento a casos cirúrgicos ou traumáticos, estabilização de pacientes e investigação diagnóstica inicial, com definição da necessidade ou não de encaminhamento a outros serviços (BRASIL, 2011a, 2011b, 2011c, 2011d, 2017b; HERMIDA *et al.*, 2019; KONDER; O'DWYER, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2014).

Houve grande expansão do número de UPAs no Brasil nos últimos anos, em especial, após o início da indução federal pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Até 2011, as unidades se concentravam na região Sudeste e, em 2016, já tinham se espalhado por todo país. Das 485 UPAs existentes em 2011 (construídas e em construção), 446 estão em funcionamento desde 2016 (KONDER; O'DWYER, 2015; O'DWYER *et al.*, 2017).

Sem dúvida, a criação da RAU representou um grande avanço para a assistência à saúde da população. No entanto, a rede apresenta algumas fragilidades, sendo que uma das principais é a utilização das UPAs para atendimentos ambulatoriais de baixo risco, principalmente, em municípios com adesão tardia à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e baixa cobertura da atenção básica. Assim, parecem acolher uma demanda reprimida, oriunda da insuficiência da atenção básica e da atenção ambulatorial especializada (KONDER; O'DWYER, 2016; HERMIDA *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2014).

Por outro lado, dividida entre o atendimento de demandas programadas e demandas espontâneas, a atenção primária, justificadamente, não consegue se responsabilizar pelo atendimento às urgências da sua população adstrita. Embora a PNAU aponte a necessidade de as UBSs contarem com salas de observação para garantirem o atendimento às urgências durante seu horário de funcionamento, a expansão da atenção primária, no Brasil, não ocorreu com um padrão de investimento arquitetônico coerente com essa necessidade (KONDER; O'DWYER, 2015). Ainda cabe uma reflexão acerca da resolutividade, da organização e da estruturação dos serviços de atenção básica, que nem sempre dispõem de profissionais capacitados ou, mesmo, de recursos materiais adequados para atenção às urgências (SANTOS *et al.*, 2014).

Ademais, historicamente, muitos serviços de atendimento às urgências conviviam, e alguns ainda convivem, com grandes filas, nas quais as pessoas disputam o atendimento sem critério algum, a não ser o momento de chegada à unidade de saúde. A não-distinção de riscos, ou graus de gravidade, faz com que alguns casos se agravem na fila, ocasionando até a morte de pessoas pelo não-atendimento no tempo adequado (BRASIL, 2009).

Assim, desde 2004, com a implantação da PNH, foi definida a reestruturação dos serviços de urgência e emergência, com a implantação do Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco (ACCR) nas UPAs (BATISTA PAULA; RIBEIRO; WERNECK, 2019). O acolhimento é tido como o ato, ou efeito de acolher, e expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. É uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da PNH (BRASIL, 2009). Determina que o cuidado do paciente envolva uma escuta qualificada e o respeito às suas especificidades, com resolutividade e responsabilização (BRASIL, 2017b).

Logo, a classificação de risco é uma ferramenta de apoio à decisão clínica, no formato de protocolo, com linguagem universal para as urgências clínicas e traumáticas, que deve ser adotada por profissionais capacitados (médicos ou enfermeiros), com objetivo de identificar a gravidade do paciente e permitir um atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro, de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas existentes (BRASIL, 2017b). Além de organizar a fila e propor uma ordem de atendimento de acordo com a gravidade, garante o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; permite informar o paciente e familiares o tempo provável de espera para o atendimento; promove o trabalho em equipe, por meio da avaliação contínua do processo; dá melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumenta

a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilita a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009).

Dentre os protocolos adotados, destaca-se o Sistema de Triagem de *Manchester*, que estratifica em cinco os níveis de gravidade e atribui, a cada nível, cor e tempo alvo para atendimento médico. É estruturado em fluxogramas com discriminadores que orientam a coleta e análise de informações para a definição da prioridade clínica do paciente (SOUZA *et al.* 2018). Objetiva identificar e prevenir os quadros agudos, sendo que as cores adotadas são vermelha (emergência, atendimento imediato); laranja (muito urgente, 10 minutos); amarelo (urgente, 60 minutos); verde (pouco urgente, 120 minutos) e azul (não urgente, 240 minutos) (BATISTA PAULA; RIBEIRO; WERNECK, 2019; GUEDES *et al.*, 2014). Os usuários classificados como verdes ou azuis podem ser atendidos nas UBSs (GUEDES *et al.*, 2014).

Em unidades que atendem casos de urgência e emergência, como as UPAs, os profissionais de saúde enfrentam muitos desafios e imprevistos que podem causar o estresse ocupacional. A literatura aponta superlotação, condições e ritmo de trabalho extenuante, sobrecarga de trabalho, jornadas excessivas, poucas horas de descanso, falta de respaldo institucional e profissional, escassez de profissionais e de recursos técnicos e materiais, complexidade das atividades assistenciais e gerenciais concomitantes, instalações físicas inadequadas, privação de sono, dificuldades nos relacionamentos interpessoais com colegas e usuários, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder e pouca articulação com a rede de serviços.

Trata-se de um ambiente de trabalho no qual o tempo é limitado, as atividades são inúmeras e a situação clínica dos usuários exige, muitas vezes, que o profissional faça tudo com rapidez para afastá-los do risco de morte iminente. São atividades que exigem atenção e responsabilidade e podem causar o estresse ocupacional, oriundo das tensões no trabalho (BATISTA; BIANCHI, 2006; BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012; BRASIL, 2009; DAL PAI; LAUTERT, 2008; FONSECA; LOPES NETO, 2014; ILIĆ *et al.*, 2017; LAURIA *et al.*, 2017; MOTA *et al.*, 2020; RITTER *et al.*, 2012; SALOMÉ; MARTINS; ESPOSITO, 2009; SANTOS *et al.*, 2019).

### 3.4 A pandemia de COVID-19

Esta pesquisa foi realizada durante a pandemia de COVID-19. Diante da grave crise sanitária que se instaurou no mundo, a partir de 2020, a UPA, sendo uma instituição de saúde que passou a receber casos suspeitos ou confirmados da doença, teve seu cotidiano de trabalho bastante alterado, assim como os estressores ocupacionais e as práticas sociais dos profissionais de saúde. A situação dramática, que causou sequelas, mortes e sofrimento em todo o mundo, certamente marcará as pessoas por um longo tempo, talvez, pelo resto de suas vidas. Portanto, abordar a temática se tornou condição *sine qua non* para a continuidade dessa pesquisa, tendo em vista que, ainda em março de 2022, a pandemia não acabou, e não há previsão de arrefecimento com o aparecimento de novas variantes do novo coronavírus que se disseminam rapidamente por todos os países.

O surgimento de um vírus em Wuhan, China, em 31 de dezembro de 2019, levou a comunidade internacional a retomar alertas sobre o risco de uma pandemia (RUSSO RAFAEL *et al.*, 2020). Em 9 de janeiro de 2020, a OMS confirmou a circulação do novo coronavírus e a doença, denominada 2019-nCoV ou COVID-19, passou a ter seu agente etiológico classificado como SARS-CoV-2 pelo Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus (LANA *et al.*, 2020; RUSSO RAFAEL *et al.*, 2020).

Coronavírus é uma família de vírus que causa desde resfriado comum até doenças graves, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV) e a Síndrome Respiratória Aguda do Oriente Médio (MERS-CoV) (OMS, 2020; SASANGO HAR *et al.*, 2020). Sete coronavírus humanos (HCoVs) são conhecidos como patógenos e estão na lista de doenças prioritárias para pesquisa no contexto de emergência (LANA *et al.*, 2020). O novo coronavírus, denominado *Novel Coronavirus-Infected Pneumonia* (NCIP), é um RNA vírus (ácido ribonucleico) envelopado, encontrado em outros mamíferos e aves, mas pode sofrer “*spillover*”, quando há um transbordamento entre espécies e passa a infectar humanos (LANA *et al.*, 2020; SASANGO HAR *et al.*, 2020).

Embora com letalidade baixa, em torno de 3%, sua transmissibilidade de pessoa para pessoa é alta, inclusive de portadores assintomáticos. Além disso, a COVID-19 é grave quando atinge grupos vulneráveis, que incluem idosos e pessoas com condições crônicas pré-existentes muito comuns, como diabetes, doenças cardíacas e pulmonares (SASANGO HAR *et al.*, 2020). Desta forma, em 30 de janeiro, a COVID-19 foi qualificada como Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional (PHEIC), o mais alto nível de alerta da OMS, o que iniciou uma ação mundial coordenada para impedir sua propagação (LANA *et al.*, 2020; OMS, 2020). Em 3 de

fevereiro, o Ministério da Saúde brasileiro declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Em 11 de março, a COVID-19 foi classificada como uma pandemia pela OMS (BRASIL, 2020a; LIPSITCH; SWERDLOW; FINELLI, 2020; OMS, 2020; SANGOHAR *et al.*, 2020).

Passou a representar um dos problemas de saúde mais agudos e graves das últimas décadas e configura um quadro de emergência de saúde pública mundial (LIPSITCH; SWERDLOW; FINELLI, 2020). A doença evoluiu de forma acelerada, muitas vezes, esgotando a capacidade de resposta dos sistemas de saúde em vários países e alterou, de forma significativa, o cotidiano das pessoas (BRASIL, 2020a). O enfrentamento da pandemia faz parte das funções essenciais da Saúde Pública, por meio de ações voltadas para a população ou para grupos com maior risco de contaminação, como os profissionais de saúde (JACKSON FILHO *et al.*, 2020).

A COVID-19 desafiou os governos a realizarem uma rápida, e inédita, estruturação dos serviços de saúde para assistirem o número crescente de doentes. Também trouxe a necessidade de repensarmos velhas questões de proteção da saúde dos trabalhadores, sejam individuais ou coletivas (SILVA *et al.*, 2020). Evidenciou o papel crucial dos profissionais de saúde para a garantia da vida das populações e exigiu que serviços de saúde respondessem às demandas para as quais nem sempre estiveram preparados. A pressão sobre esses profissionais cresceu exponencialmente e a organização do trabalho de diversos grupos ocupacionais sofreu profundas alterações quanto à jornada de trabalho, realização de horas extras e ritmo de trabalho (SCHWARTZ; KING; YEN, 2020).

Esse contexto grave de pandemia exige maior atenção à saúde mental dos trabalhadores. Têm sido recorrentes relatos de aumento dos sintomas de ansiedade, estresse, exaustão ou esgotamento, depressão, perda da qualidade do sono ou insônia, angústia, aumento do uso de drogas, negação, raiva, medo e sintomas psicossomáticos. Tais problemas não afetam apenas a atenção, o entendimento e a capacidade de tomada de decisões, mas também podem ter efeito duradouro no bem-estar geral dos trabalhadores (AVANIAN, 2020; KANG *et al.*, 2020; LAI *et al.*, 2020).

A literatura aponta como fatores que contribuíram para o sofrimento mental dos trabalhadores: esforço emocional e exaustão física ao cuidar de um número crescente de pacientes; cuidar de colegas de trabalho que poderiam ficar gravemente doentes e, às vezes, morrer de COVID-19; escassez de equipamentos de proteção individual (EPIs), o que intensificou o medo de exposição ao coronavírus; preocupação em infectar membros da família, especialmente os

mais velhos, os imunodeprimidos ou doentes crônicos; sentimento de impotência diante da escassez de leitos, ventiladores e outros equipamentos; carência de mão de obra na eventualidade dos profissionais se isolarem devido ao fato de contraírem o coronavírus; sensação de vulnerabilidade associada ao temor de que algo ruim poderia ocorrer a si e aos outros; ansiedade em assumir protocolos clínicos novos ou desconhecidos; assistência a pacientes com emoções negativas e proximidade com sofrimento dos pacientes ou morte, bem como a angústia dos familiares; discriminação, isolamento e solidão associada à falta de contato com a família; e acesso limitado a serviços de saúde mental (AVANIAN, 2020; HELIOTERIO *et al.*, 2020; HUANG *et al.*, 2020; SAIDEL *et al.*, 2020).

Medidas para redução de estressores ocupacionais são cruciais para a proteção da saúde mental dos trabalhadores durante o enfrentamento da COVID-19. Mudanças na organização do trabalho são necessárias, tais como: oferta de apoio psicológico, redução das jornadas de trabalho, valorização profissional, melhoria nas condições de trabalho e incremento de ações de apoio social no trabalho (HELIOTERIO *et al.*, 2020).

Globalmente, até 23 de fevereiro de 2022, pouco mais de dois anos após o primeiro caso de COVID-19, havia 426.624.859 casos confirmados da doença, com 5.899.578 mortes, relatados à OMS. Até 21 de fevereiro do mesmo ano, um total de 10.407.359.583 doses de vacina haviam sido administradas em vários países (WHO, 2022). No Brasil, até 23 de fevereiro de 2022, havia 28.484.890 casos acumulados e 646.419 óbitos (BRASIL, 2022b), com 352.047.311 doses de vacina aplicadas até 28 de janeiro (BRASIL, 2022a).

No entanto, destaca-se que esses números se referem aos casos que foram testados e cujos resultados foram informados para a autoridade sanitária de cada país, o que pode indicar grande número de subnotificações devido, entre outros motivos, à escassez de testes e à existência de casos assintomáticos. Além disso, a vacinação está ocorrendo de maneira bastante desigual entre os vários países do mundo.

### **3.5 O cotidiano sob a ótica de Michel de Certeau**

Michel de Certeau foi um pensador francês que faleceu em 1986, aos 61 anos. Formou-se em Filosofia, Letras Clássicas, História e Teologia. Tornou-se padre e permaneceu jesuíta até o final de sua vida. Foi pesquisador da história dos textos místicos da Renascença à Idade Clássica e demonstrava interesse tanto pela História, como pela Antropologia, pela Linguística e pela Psicanálise. Foi membro da *École Freudienne* de Jacques Lacan, desde sua fundação, em

1964, até sua dissolução em 1980. Trabalhou na Universidade de Paris VIII, Vincennes, nos Departamentos de Psicanálise e História, depois na Universidade de Paris VII, Jussieu, nos Departamentos de Antropologia e Ciências das Religiões. Ainda, foi professor na Universidade da Califórnia, em San Diego, Estados Unidos (BITTENCOURT, 2012; GONZALEZ-SANZ; NOREÑA-PEÑA; AMEZCUA, 2018; SILVA, 2009).

Certeau obteve uma educação e formação profissional eclética, o que se refletiu em suas obras. Elaborou uma das mais importantes abordagens contemporâneas sobre vida cotidiana em seu *L'Invention Du Quotidien*, de 1974 (“A Invenção do Cotidiano”, 1980). Apresentou inegável contribuição aos estudos de Sociologia Urbana, ao abordar as práticas e artes de fazer da vida cotidiana e o seu texto fragmentado, muitas vezes, metafórico, foi dedicado ao “homem ordinário: Herói comum. Personagem disseminada. Caminhante inumerável” (BITTENCOURT, 2012; CERTEAU, 2014:57; LEITE, 2010).

Para Certeau, o cotidiano pode ser compreendido como algo mais que um simples cenário rotineiro de trabalho, representando um espaço de produção e de reprodução das práticas sociais. É onde os sujeitos são capazes de se apropriar da esfera simbólica e transformá-la, ressignificá-la, de acordo com suas necessidades e possibilidades. O sujeito (re)inventa o cotidiano, atribui novos sentidos ao que é posto como um fazer validado e legitimado, perante as normas estabelecidas pelos gestores (CERTEAU, 2014; RATES *et al.*, 2019).

Desta forma, o cotidiano é aquilo que nos é dado e nos pressiona dia após dia. Contém “situações circunstanciais” que despertam nos sujeitos novos modos de fazer, artes de escapar à lógica do que lhes é imposto. Tais situações são acontecimentos que conduzem os indivíduos à necessidade de criação e de adaptação da própria realidade diante da dinamicidade da vida cotidiana. É o lócus onde as relações de poder se manifestam e estão imbricadas em práticas que se materializam por meio de táticas, astúcias do fazer que ressignificam o lugar e estimulam movimentos próprios de cada sujeito ali circunscrito (CERTEAU, 2014; RATES *et al.*, 2019).

Por conseguinte, o cotidiano está sempre em movimento e é, muitas vezes, contrário às rotinas. Como as maneiras de fazer são criativas, a invenção do cotidiano é singular e se constitui de rupturas. Segundo Duran (2007), o cotidiano pode ser avaliado através das conversas, expressões faciais e gestos ligados ao contexto em que ocorrem. A reinvenção do cotidiano se dá graças ao que Certeau chamou de “artes de fazer”, “astúcias sutis” e “táticas de resistência”, que vão alterando os objetos e os códigos e estabelecem uma (re)apropriação do espaço e do uso ao jeito de cada um.

O cotidiano não se define pelas regularidades sociais, ainda que possa ser formado por recorrências. Certeau aproximou seu conceito de cotidiano à noção de jogo, empregando, em alguns momentos, termos militares e, ao descrever as estratégias e táticas, rompeu com a definição de cotidiano como rotinização para dar lugar à ideia de cotidiano como movimento. Para além da concepção de um cotidiano rotinizado pela normatividade, papéis sociais ou intersubjetividades, deve-se pensar, também, nas confrontações e rupturas que parecem inverter o cotidiano. Certas rupturas reincidentes não põem em risco a cotidianidade – embora a desafiem – mas, ao contrário, garantem dinâmicas necessárias às práticas sociais geradoras da contestação e mudança (LEITE, 2010).

Os modos de proceder no cotidiano, segundo Certeau (2014), jogam com os mecanismos da disciplina e alteram o seu funcionamento pela utilização de uma multiplicidade de “táticas” e de “estratégias” pelos homens, compondo redes de comportamentos que delineiam uma antidisciplina. Consiste em sugerir algumas maneiras de pensar as práticas cotidianas, supondo, no ponto de partida, que são do tipo tático.

O homem ordinário, outro conceito de Certeau, é quem pratica as ações no cotidiano. Esse homem não tem domínio de seu cotidiano, porque esse é imprevisível, então, precisa ser criativo, astucioso e dinâmico. Representa todas as pessoas comuns e não é ordinário todo o tempo, pois a hierarquia e a estratificação social variam, há mobilidade. A todo momento, cada um ocupa o lugar do homem ordinário, pois esse é mutável e aparece no lugar praticável (CERTEAU, 2014).

Para Rates *et al.* (2018) e Silva *et al.* (2017), o cotidiano é de um espaço onde as relações de poder se manifestam e estão imbricadas em práticas cotidianas que se materializam por meio de táticas do fazer cotidiano, que ressignificam o lugar delimitado. Por outro lado, as estratégias intentam definir um lugar próprio e podem ser exemplificadas pelas normas, políticas, protocolos e modelos sociais de comportamento, de modo a exercerem poder e conferirem estabilidade espacial e temporal aos lugares que circunscrevem.

Há articulação e coexistência de estratégias e táticas no cotidiano. Certeau utiliza a noção de “algo próprio” ou “próprio” para a distinção entre ambas. Esse “próprio” é uma espécie de demarcação espacial, cuja base permite gerir as ações em direção a exterioridades (alvos específicos). As estratégias postulam “um lugar suscetível de ser circunscrito como algo próprio”. Em geral, as instituições são descritas como “estratégicas”, organizadas pelo postulado de uma autoridade e de um poder, com o *status* de ordem dominante e implicam indicação de estabilidade (CERTEAU, 2014; LEITE, 2010; RATES *et al.*, 2019).

As táticas, por sua vez, são astúcias que se infiltram na heterogeneidade social; se esquivam, se insinuam, se contrapõem, mas não tentam dominar ou vencer. É a ausência de um próprio e nenhuma delimitação de fora lhe fornece a condição de autonomia. São operadas “golpe por golpe”, “lance por lance” e não tentam enfrentar as estratégias, mas surgem para responder às necessidades que não foram resolvidas por meio das estratégias, enquanto se escondem atrás da aparência de conformidade. Justamente na dificuldade de identificar as táticas, está uma parte significativa de seu poder. Mesmo que momentaneamente, se desviam dos encontros com “o poder” e dos lugares fixos e preestabelecidos. Às vezes, a adoção recorrente de alguma tática pode levar o homem a repensar a estratégia, podendo, a própria tática, ser incorporada como uma estratégia do serviço (CERTEAU, 2014; LEITE, 2010; RATES *et al.*, 2019).

Assim, a bricolagem é a forma de o sujeito fugir da ordem, escapar e formar um novo conhecimento, uma nova cultura pela síntese dos vários fragmentos da cultura imposta. Ocorre com e na ordem dominante, utilizando inúmeras metamorfoses da lei (CERTEAU, 2014; DURAN, 2007; RATES *et al.*, 2019). É importante destacar que as estratégias e táticas não são antagônicas e dicotômicas, mas sim, multidirecionais, dinâmicas e relacionais. A bricolagem é uma resignificação, uma subversão da ordem, não necessariamente modificando-a, ou mesmo rejeitando-a. Representa a união de vários elementos culturais que resultam em algo novo. O sujeito faz uma bricolagem de acordo com seus interesses e necessidades, ou seja, personaliza o sistema de modo que melhor lhe convier.

Outros dois conceitos apresentados por Certeau, lugar e espaço, são interdependentes e conformam o cotidiano. No lugar, impera a lei do próprio normatizado e regimentado, com configurações estáveis de posições. Já o espaço, é delimitado pelos movimentos realizados pelos sujeitos, onde as relações de poder e produção de saber se manifestam. O espaço é o “lugar praticado”, que corresponde à ausência de posições definidas e ao jeito de fazer de cada sujeito, e suas interações que vão além das normas e regras estabelecidas. O que o primeiro tem de permanente, o segundo tem de provisório. Enquanto o lugar retém o “próprio”, correspondendo, assim, às estratégias, o espaço corresponde às táticas (LEITE, 2010; RATES; ALVES; CAVALCANTE, 2016; RATES *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2017).

As estratégias determinam um mapa que diz a sequência das coisas e a ordem espacial que é estática e estruturada. Por outro lado, são as ações dos sujeitos que definem os espaços, como lugar praticado, enquanto os lugares estão ali, estáticos. Associado ao espaço e às táticas, está o percurso que também não é fixo. Trata-se das diferentes formas de fazer, é uma escolha

de acordo com as oportunidades. É variável e rompe com o fluxo determinado pelo mapa (CERTEAU, 2014).

Para Certeau, o cotidiano deve ser estudado, considerando-se o sentido social e político das práticas e os comportamentos que se expressam “na penumbra”, em um dia a dia que pode estar cheio de contradições. Essa reinvenção do cotidiano se dá graças às “artes de fazer”, “astúcias sutis” e “táticas de resistência”, que vão alterando os objetos e os códigos, e estabelecem uma (re)apropriação do espaço e do uso ao jeito de cada um (DURAN, 2007).

Desse modo, no cotidiano é feita a articulação de estratégias e táticas, que serão os principais conceitos abordados nessa tese. As estratégias são determinadas pelas normatizações, regras, fluxos e protocolos que regem o funcionamento de uma UPA. Por outro lado, táticas são adotadas pelos profissionais de saúde para superarem os imprevistos que surgirem no cotidiano de trabalho ou, apenas, como forma de subversão à regra para satisfação de um desejo de gozo ordinário. Foram analisadas as práticas sociais dos profissionais de saúde e o pressuposto central para esta análise são os lances táticos e situacionais que informaram as artes de fazer de cada sujeito para superar os agentes estressores que surgem durante o trabalho na instituição.

Rates *et al.* (2019) refletiram sobre o cotidiano do trabalho em enfermagem, mas suas ponderações podem ser estendidas aos demais profissionais de saúde. Segundo os autores, no cotidiano profissional, existe uma diferença entre o trabalho prescrito, que é prescrito pela normatização, e o trabalho real, ressignificado pelo indivíduo no seu contexto de atuação. Esse nem sempre é o que foi prescrito e normatizado, pois o cuidar vai além da normatização, empodera e confere autonomia ao profissional, mesmo na invisibilidade de suas ações. A norma confere a diretriz, mas não é a verdade absoluta e depende do “saber fazer” dos indivíduos criativos. Nesse sentido, muitas vezes, inova-se para burlar as mazelas do sistema de saúde, mas também com vistas a forjar os próprios escapes, atrelados ao processo de ressignificação do sistema cultural.

## ***4. Percurso Metodológico***

---

## 4. PERCURSO METODOLÓGICO

---

### 4.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo de caso descritivo, transversal, com abordagem qualitativa. Foi adotado o referencial teórico de cotidiano de Michel de Certeau. Estudo de caso é uma estratégia de investigação na qual o pesquisador coleta informações detalhadas e explora, profundamente, um programa, um evento, uma atividade, um processo ou um ou mais indivíduos. Envolve coletar dados no ambiente dos participantes, analisá-los indutivamente e fazer interpretações do seu significado (CRESWELL, 2013). Objetiva realizar uma indagação em profundidade para examinar, compreender e interpretar algum aspecto particular (RUDIO, 2011; YIN, 2015).

Segundo Yin (2015), estudo de caso é uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo, em um contexto de vida real, no qual os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. É a estratégia escolhida para responder a questões do tipo “como” e “por quê”, quando o pesquisador possui pouco controle sobre os eventos. Seu diferencial reside na capacidade de lidar com ampla variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações. Não busca a generalização dos resultados, mas pode possibilitar a disseminação do conhecimento por meio de possíveis generalizações ou proposições teóricas que surjam do estudo.

Esta pesquisa adotou a abordagem qualitativa, que permite a compreensão do homem e de fenômenos humanos, com apreensão e interpretação da relação de significados de fenômenos para indivíduos e sociedade. Implica em entender e interpretar os sentidos e significações que uma pessoa dá ao fenômeno em foco (CRESWELL, 2013; TURATO, 2013). É um meio para explorar e entender o significado que indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano (CRESWELL, 2013).

É classificada como uma pesquisa descritiva, com vistas a conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir para modificá-la, para descobrir e observar fenômenos e descrevê-los, classificá-los e interpretá-los. Permite estudar o fenômeno para conhecer sua natureza, composição, processos que o constituem ou que nele se realizam (RUDIO, 2011). Também pode ser classificada como uma pesquisa naturalística, porque ocorreu no ambiente natural, local correto para a coleta de dados, pois é onde estão as informações realmente válidas e preserva as incontáveis características e relações das pessoas, alvo dos estudos qualitativos (TURATO, 2013).

Foi adotado o referencial teórico de cotidiano de Michel de Certeau. Para o filósofo, o cotidiano são as questões rotineiras que compõem os acontecimentos diários da vida e pode ser avaliado através das conversas, expressões faciais e gestos dos sujeitos (CERTEAU, 2014). Foram analisadas as práticas sociais dos profissionais de saúde contidas no cotidiano de trabalho da UPA, com ênfase nas estratégias e as táticas, visando a identificação dos agentes estressores e as medidas de enfrentamento empreendidas para minimizá-los. Os outros pares de conceitos apresentados pelo autor, espaço e lugar, mapa e percurso, também foram abordados

## 4.2 Cenário do estudo

Esta pesquisa foi realizada em uma UPA, fundada em julho de 2011, de gestão municipal, em um município do interior do estado de Minas Gerais, Brasil. Localiza-se na mesorregião de saúde do Campo das Vertentes, com 36 municípios divididos em 3 microrregiões. Na microrregião onde a UPA está localizada, há 20 municípios, que totalizam uma população estimada, em 2020, de 264.233 pessoas (IBGE, s.d.). Segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), na instituição são realizadas atividades nos níveis básico e de média complexidade, com atendimentos ambulatoriais, de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e urgência pelo SUS (BRASIL, s.d.a.).

É uma UPA 24h, construída com recursos de investimento federal e classificada como opção V (antigo porte II), com população recomendada para a área de abrangência entre 100.001 e 200.000 habitantes e que deve conter, no mínimo, 11 leitos de observação e três leitos na sala de urgência (vermelha). Deve dispor de seis médicos/dia (três nos plantões diurnos e três nos noturnos) para o funcionamento da unidade (BRASIL, 2017b).

A estrutura física da unidade, onde os usuários são atendidos, é composta pela recepção, três consultórios médicos, sala para classificação de risco, sala de atendimento indiferenciado, sala de curativo, sala de higienização, sala de repouso, observação pediátrica, sala laranja, sala amarela, uma sala de atendimento/estabilização de pacientes críticos (sala vermelha), sala de administração de medicamentos e sala de radiografia.

Na unidade, trabalhavam 146 pessoas. Com base na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (BRASIL, s.d.c., 1998a), 95 eram profissionais de saúde (65,07%), considerando-se as profissões de nível superior e de níveis técnicos. Desses, 34 eram técnicos de enfermagem (23,29%), 28 médicos (19,18%), 17 enfermeiras (11,64%), oito técnicos em radiologia (5,48%), seis auxiliares de farmácia (4,11%), um farmacêutico (0,68%) e uma assistente social (0,68%).

Esse foi considerado um cenário adequado para esta pesquisa, porque é uma UPA que já estava em funcionamento há 10 anos, quando a coleta foi realizada. Portanto, estava bem consolidada como uma referência em atendimentos de urgência e emergência da microrregião, com a RAU bem estabelecida, assim como seus protocolos de funcionamento. Além disso, era um serviço de fácil acesso para a pesquisadora principal.

### 4.3 Participantes do estudo

Os participantes deste estudo foram profissionais da UPA que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, pertencer à alguma categoria profissional da área de saúde e atuar na instituição há, no mínimo, seis meses. Foram excluídos os trabalhadores que estavam de férias, ou afastados do trabalho, no período da coleta de dados e os que participaram do estudo piloto.

O número de profissionais de saúde que compuseram a amostra não foi definido *a priori*, mas no decorrer da pesquisa, atendendo ao critério de saturação por categoria profissional. No caso das duas que eram representadas por apenas um profissional, o critério utilizado foi o da totalidade. Segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), a saturação acontece quando as informações fornecidas pelos participantes se tornam repetitivas, acrescentando pouco ao material já obtido.

Os participantes, por categoria e turno, foram convidados para participarem da pesquisa de forma que todas as categorias profissionais fossem selecionadas, assim como trabalhadores dos dois turnos de funcionamento da UPA, diurno e noturno. Foram convidados em números proporcionais à totalidade dos profissionais de saúde da instituição, como orientou Rudio (2011). Também foram incluídos dois gestores, ambos profissionais de saúde, por serem detentores de informações estratégicas e considerados informantes chave.

### 4.4 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2020 e janeiro de 2021. Foram realizadas observações, entrevistas e levantamento de documentos da UPA, o que permitiu que fosse feita a triangulação de fontes de informações (CRESWELL, 2013). A pesquisa qualitativa trata da intensidade dos fenômenos e de suas singularidades e significados. Sempre que possível, é adequado realizar a triangulação de técnicas, e até de métodos, de forma que sejam multiplicadas

as tentativas de aproximação com o objeto em estudo. Em campo, a interlocução do pesquisador, seus estranhamentos e indagações passam a ser vivências em intersubjetividade, gerando um conhecimento empírico que vai além daquilo que é perguntado (MINAYO, 2017).

Para Turato (2005), a pesquisa qualitativa busca entender o significado individual ou coletivo do fenômeno estudado para a vida das pessoas. Primeiramente, o interesse do pesquisador volta-se para a busca do significado das “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos). O ambiente natural do sujeito é inequivocamente o campo onde ocorrerá a observação sem o controle de variáveis, e o pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa, pois usa seus órgãos do sentido para apreender o objeto em estudo. Esse método tem maior força no rigor da validade (*validity*) dos dados coletados, já que a observação dos sujeitos, por ser acurada, e sua escuta em entrevista, por ser em profundidade, tendem a levar o pesquisador bem próximo da essência da questão em estudo.

Em contato prévio com a direção da UPA, foi exposta a finalidade da pesquisa, seus objetivos e os procedimentos que seriam adotados, informando-a sobre a relevância de sua execução, visando oferecer subsídios para a organização do trabalho e qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde da instituição. A coleta foi iniciada após a assinatura da carta de anuência (que não foi anexada para preservar a identidade da UPA) e a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) (Anexo A) e pelo Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG (Anexo B).

Inicialmente, a técnica de coleta de dados empregada foi a observação, que é importante para captação da realidade empírica. É o ponto de partida para estudos qualitativos e um dos meios mais frequentemente utilizados para conhecer e compreender pessoas, coisas, acontecimentos e situações (RUDIO, 2011). Ajuda o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento. Foi feita observação assistemática, simples e ocasional. Esse tipo de investigação é realizado sem planejamento ou controle previamente elaborado, na qual o conhecimento é obtido por meio de uma experiência casual. É útil para a fase exploratória da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2017; RUDIO, 2011).

Foram realizadas observações antes, durante e após as entrevistas. Buscou-se compreender a maneira como os profissionais trabalhavam, como interagiam entre si e com os usuários, como era a organização e as condições de trabalho, os imprevistos que surgiam no cotidiano de trabalho e como eram superados pelos profissionais, dentre outros aspectos relevantes para a

pesquisa. No roteiro de observação (Apêndice A), foram consideradas as seguintes informações: data, horário, duração da observação, local, população observada, circunstâncias observadas e notas de observação com as opiniões e interpretações da pesquisadora. Foi elaborado segundo Marconi e Lakatos (2017) e Rudio (2011) e as informações foram registradas em diário de campo.

As observações foram importantes, porque permitiram que a pesquisadora coletasse informações úteis para a análise e interpretação dos dados, com vistas à compreensão das práticas sociais dos profissionais de saúde da UPA. Quando necessário, esses dados foram complementados com informações coletadas de forma assistemática com os profissionais de saúde. Também foram importantes para que os trabalhadores se familiarizassem com a pesquisadora, a fim de “quebrar o gelo” inicial.

Após a imersão inicial na unidade, as entrevistas foram conduzidas, presencialmente, pela pesquisadora principal. Segundo Meihy (2005), a fonte oral é a base primária para a obtenção de qualquer forma de conhecimento científico, ou não. As narrativas ganham caráter científico quando os argumentos são sistematizados, arranjados metodologicamente, equiparados a outros em diálogo continuado e cumulativo e assumidos profissionalmente. Portanto, a legitimidade científica é dada pelos critérios adotados na busca desse conhecimento.

Os profissionais de saúde foram convidados a participar da pesquisa. A princípio, a pesquisadora se identificou e, em seguida, os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Apêndice B -, atestando ciência dos objetivos e finalidade da pesquisa e autorizando gravação das entrevistas, a fim de que fosse assegurada a fidedignidade dos dados. As observações foram realizadas durante o plantão de trabalho, em horário e local privativo indicados pelos participantes e sem a presença de não participantes.

Entrevistas aprofundadas, semiestruturadas ou focalizadas exploram as experiências dos participantes e os significados a elas atribuídos. São consideradas como um instrumento por excelência da investigação social. Os pesquisadores fazem perguntas abertas, individualmente, e podem redigitar, reordenar ou esclarecer tópicos introduzidos pelo entrevistado, tendo liberdade para explorar mais amplamente uma questão. São frequentemente usadas para explorar temas pessoais e sensíveis, e podem ajudar a identificar fatores potencialmente modificáveis (MARCONI; LAKATOS, 2017).

Foi utilizado um roteiro semiestruturado. Iniciou-se pelos dados sociodemográficos e ocupacionais, seguidos das questões sobre o estresse no trabalho na UPA, medidas de enfrentamento e questões relativas à pandemia de COVID-19 (Apêndice C). Para avaliar a adequação

das questões e compreensão de seus itens pelos profissionais de saúde, foi realizado um estudo piloto com uma técnica de enfermagem e uma enfermeira. Foi verificada a necessidade de ajustes em duas questões do instrumento. Nas entrevistas posteriores, a pesquisadora percebeu que os profissionais estavam compreendendo plenamente as questões que estavam sendo feitas.

O roteiro semiestruturado foi elaborado com base no referencial teórico e em atenção aos objetivos do estudo. Foram acrescentadas questões relativas à pandemia de COVID-19, pois se pressupôs que o cotidiano de trabalho da UPA havia sido alterado pelas circunstâncias impostas no momento. Segundo as recomendações de Günther (2003), as questões iniciais foram mais gerais, menos específicas e impessoais, tais como as relativas às variáveis sociodemográficas e ocupacionais, seguidas por itens mais pessoais, como as perguntas sobre os agentes estressores e as medidas de enfrentamento.

Foram registrados o código do participante, data, local, horário de início, término e duração da entrevista, que, em média, foi de 18 minutos, além das notas de observação da pesquisadora durante o procedimento. As variáveis sociodemográficas e ocupacionais investigadas foram: gênero, idade, estado civil, escolaridade, categoria profissional, setor de trabalho, tempo de trabalho em saúde e na UPA, regime e horário de trabalho, vínculo empregatício e se o profissional tinha outro(s) emprego(s) (quantos, cargo e carga horária semanal).

As questões foram: 1) Gostaria que me falasse como é o seu trabalho na UPA. 2) Para você, o que é estresse no trabalho? 3) Considerando o trabalho em urgência e emergência, o que causa estresse no trabalho da UPA? 4) Como você lida com as situações que causam estresse no trabalho? 5) O que os profissionais de saúde da UPA fazem, coletivamente, para diminuir o estresse durante o trabalho? 6) Como vocês estão lidando com a pandemia de COVID-19? 7) Houve mudanças no dia a dia da UPA por causa da pandemia de COVID-19? 8) Para você, a pandemia alterou o estresse no trabalho da UPA? 9) Você deseja fazer mais algum comentário sobre o seu trabalho na UPA? 10) Gostaria de receber uma cópia da transcrição da sua entrevista para conferi-la?

As entrevistas foram transcritas na íntegra até 48 horas após sua realização e conferidas por duas pesquisadoras e os áudios foram apagados. Posteriormente, a pesquisadora retornou para os profissionais que se mostraram interessados em ler a transcrição da sua entrevista. Nenhum solicitou a exclusão, ou modificação, do seu discurso. As entrevistas foram interrompidas quando foi verificada a repetição das falas dos participantes, sem nenhuma nova informação a ser registrada, o que caracterizou a saturação dos dados por categoria.

A qualidade do processo de pesquisa e os dados coletados são essenciais na pesquisa qualitativa para demonstrar a verdade da experiência dos indivíduos e para o pesquisador apresentar fielmente a voz dos participantes. Os pesquisadores precisam estar atentos à confiabilidade, incluindo credibilidade e confirmabilidade. Buscou-se credibilidade, por meio do desenvolvimento de uma relação de confiança para a troca de informações nas entrevistas e da devolução das entrevistas aos participantes para verificação da veracidade das transcrições (DIAS *et al.*, 2021).

Na consulta dos documentos, foram analisados relatórios com indicadores de atendimentos mensais da UPA, rotinas internas, indicadores de agravos de notificação, além de leis, portarias e normas sobre a regulamentação dos atendimentos de urgência e emergência. Esses documentos auxiliaram na análise e interpretação dos dados coletados.

#### **4.5 Procedimentos para análise dos dados**

O processo de análise de dados qualitativos é iniciado com a sua preparação para que o pesquisador vá cada vez mais fundo no processo de compreensão e interpretação. É concomitantemente à coleta, em um processo permanente de reflexão e interpretação contínua dos dados. Em um estudo de caso, a análise envolve a descrição detalhada do local e dos indivíduos, seguida pela análise de dados realizada por temas ou problemas (CRESWELL, 2013).

As entrevistas foram submetidas à Análise de Conteúdo. Na análise, foi feita a leitura sistemática e minuciosa do material transcrito, orientada pelas perguntas de pesquisa e pelos direcionamentos teóricos apontados por Certeau. No segundo momento, a leitura foi feita com marcação dos temas dos relatos, que foram agrupados por similaridade, visando à elaboração de categorias empíricas através da codificação temática (FLICK, 2009; GIBBS, 2009). Foi utilizado o MaxQda® versão 2020, *software* que oferece ferramentas para a organização, análise e interpretação de dados qualitativos, como textos, entrevistas, transcrições, gravações em áudio, notas de observação, documentos, dentre outros.

Após tais marcações, iniciou-se a descrição das categorias empíricas, que foram construídas e evidenciadas à medida que o trabalho de captação e de análise dos relatos ocorreram. As decisões analíticas foram registradas, a fim de revelar não só a experiência dos participantes, mas também as interpretações da pesquisadora. Por fim, realizou-se a discussão com pareamento à literatura nacional e internacional adotada.

Foram seguidos os seguintes passos, de acordo com Bardin (2015), Creswell (2013) e Dittz *et al.* (2017): a princípio, os dados foram organizados e preparados para a análise, com transcrição das entrevistas, observações e notas de campo. A seguir, o material foi lido para se obter uma percepção geral de seu significado global e foi iniciado um processo sistemático de análise de dados. Por último, foi feita a codificação do material *in vivo*, com sua organização em blocos de segmentos de texto (as falas dos participantes) antes de se atribuir significados gerais às informações.

Os códigos *in vivo* similares foram agrupados como temas principais e a leitura minuciosa permitiu que a pesquisadora criasse categorias preliminares, e subcategorias, que foram mudadas de acordo com as interpretações que foram feitas. São códigos que respondem aos objetivos da pesquisa e outros relevantes que surgiram durante a análise dos dados. Cada código tem uma definição clara e precisa para que não haja desvios nas definições dos mesmos (CRESWELL, 2013; DITZ *et al.*, 2017).

A construção das categorias seguiu alguns critérios, tais como: garantia da exaustão (todas as unidades de registro foram enquadradas em alguma categoria); exclusividade (a mesma unidade de registro só pode pertencer a uma categoria); homogeneidade (não misturar “coisas” diferentes em uma mesma categoria); objetividade (características claras, de modo a permitir seu uso por diferentes analistas em um mesmo texto); e pertinência (adequação aos objetivos perseguidos e ao conteúdo tratado) (BARDIN, 2015).

Após o tratamento dos dados, foi feita a Análise de Conteúdo, técnica de pesquisa das ciências humanas, que pode ser aplicada na diversidade de material resultante de comunicação verbal produzido nas interações, na vida cotidiana ou em contextos institucionais. Permite o entendimento do mundo como o identificamos, ordenamos e atribuímos sentido às coisas (BARDIN, 2015; COLBARI, 2014).

Podem compor os materiais analisados textos escritos, falas, relatos e depoimentos, comunicação não verbal, dentre outros. Pode ser aplicada tanto na demarcação de aspectos quantitativos (frequência de determinada palavra, conceito ou expressão) quanto qualitativos (presença ou ausência de conteúdos e/ou um conjunto de características em determinado texto). A análise categorial permite o acesso ao conteúdo, partindo-se da delimitação de unidades de codificação e de um esquema classificatório e objetivo, no qual se identifica a frequência de itens de sentido (BARDIN, 2015).

O propósito da Análise de Conteúdo é que o pesquisador realize a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), recorrendo a

indicadores quantitativos, ou não. É um esforço de interpretação que oscila entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade (BARDIN, 2015). Portanto, a inferência permite a passagem do nível descritivo do primeiro momento de tratamento do material, cujo foco está na estocagem e na indexação dos dados, para a interpretação, que extrai das descrições prévias os significados psicológicos e culturais ou individuais e sociais (COLBARI, 2014).

Os resultados foram apresentados em gráficos e em nuvens de palavras feitas no MaxQda®. Por meio desse recurso, é possível organizar as palavras em várias cores e tamanhos, com base no número de menções feitas em determinado texto (PRAIS; ROSA, 2017).

Também foram apresentados trechos das entrevistas. O desafio é transmitir a fala do participante com o mínimo de interferência possível, respeitando seus valores e vivências. A maior responsabilidade do pesquisador é interpretar os conceitos e ideias sem modificá-los, destacando-os com a sensibilidade de um ouvinte disposto a aprender com a experiência e conhecimento do outro (RIBEIRO; MACHADO, 2014).

A validade dos dados qualitativos acontece à medida que o estudo revela uma descrição acurada das experiências dos indivíduos. Desse modo, ao tomarem conhecimento dessas experiências, os leitores poderão reconhecer, imediatamente, aquelas descrições ou interpretações como sendo delas próprias. A validação interna, ou intrapessoal, envolve o autor e seu projeto e configura rigores para apreensão dos fenômenos, dando a esses atributos de verdade, isto é, que estejam em conformidade com a realidade. Ocorre principalmente à medida que se emprega o *background* do pesquisador, com seus conhecimentos e experiências que perfazem sua base intuitiva, intelectual e técnica. Por sua vez, a validação externa, ou interpessoal, envolve o pesquisador em posse dos achados da pesquisa e seus interlocutores acadêmicos, cuja interação e debate provirão considerações favoráveis ou adversas ao atributo de verdade desses achados (DITZ *et al.*, 2017; TURATO, 2013).

A validade na pesquisa qualitativa é garantida por meio de procedimentos que foram adotados para demonstrar a precisão dos resultados e convencer os leitores dessa exatidão: a pesquisadora passou um longo tempo inserida no campo, realizou-se a triangulação de diferentes fontes de informações, ocorreu a validação das transcrições pelos próprios participantes, foi feita uma descrição rica e densa sobre os resultados da pesquisa e a análise da reflexividade da pesquisadora (CRESWELL, 2013; DITZ *et al.*, 2017; TURATO, 2013).

Reflexividade se refere à reflexão que o pesquisador faz sobre seus vieses, valores e perfis pessoais, tais como gênero, história, cultura e situação socioeconômica, que interferem

nas suas interpretações durante o estudo (CRESWELL, 2013). O que ocorre no contexto empírico afeta o pesquisador e sua obra, e o próprio também afeta o campo de estudo e a vida social, não sendo possível isolar o conhecimento produzido da pessoa que o produziu. No entanto, é necessário que o pesquisador mantenha a sua capacidade de estranhar, caso contrário, o seu estudo pode ser comprometido (MINAYO; GUERREIRO, 2014). A análise reflexiva da pesquisadora, acerca do processo de realização, está contida na apresentação dessa tese.

#### 4.6 Considerações éticas

Esta pesquisa seguiu as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, determinadas pela Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Após aprovada pelo Departamento de Enfermagem Aplicada, foi obtida a carta de anuência da responsável pela UPA para realização da pesquisa, e a aprovação do projeto pelo COEP-UFMG em 15 de junho de 2020 (CAAE 26258419.3.0000.5149, parecer nº 4.088.516), após sete meses da submissão.

Os profissionais foram informados quanto aos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa, sendo apresentado e discutido, individualmente, o TCLE. Os riscos associados à pesquisa foram atribuídos ao desconforto que o participante poderia sentir ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais. Algum constrangimento também poderia surgir em virtude da gravação da entrevista. Para minimizá-los, a entrevista individual foi realizada em um local privativo, e o participante não precisou responder à(s) pergunta(s) que lhe causasse(m) desconforto. Os benefícios estiveram relacionados à reflexão sobre os agentes estressores da UPA, o que, em última análise, poderia melhorar a qualidade de vida no trabalho e prevenir o estresse ocupacional.

Foi assegurado, aos profissionais, que suas informações seriam mantidas em sigilo e que os dados coletados seriam utilizados somente para fins científicos, com o anonimato garantido. As entrevistas foram identificadas pelo código alfanumérico P1, P2, [...] P31 para apresentação de trechos dos relatos dos participantes. Foi ressaltada, ainda, a possibilidade de interromperem sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou constrangimento pessoal ou relacionado ao seu trabalho. Foram informados de que sua participação seria voluntária, que não teriam custos ou receberiam qualquer remuneração e foram informados dos contatos da pesquisadora e do COEP-UFMG, para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

## ***5. Resultados e Discussão***

---

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

### 5.1 Descrição da amostra: quem são os participantes da pesquisa

Adotando-se os critérios de exclusão, dos 95 profissionais de saúde da UPA, foram excluídos dois, que participaram do estudo piloto; cinco, que trabalhavam há menos de seis meses na instituição; três, que estavam afastadas (duas grávidas e uma em licença maternidade); e cinco, que estavam de férias. Portanto, a população-alvo do estudo foi composta por 80 trabalhadores (84,21%) que foram convidados para a pesquisa, de acordo com a categoria profissional. No caso daquelas representadas por apenas um profissional, este foi convidado para que todas as categorias fossem contempladas, o que ocorreu com a assistente social e o farmacêutico. Além disso, os dois profissionais de saúde que ocupavam cargos de gestão, a enfermeira responsável técnica e o médico diretor clínico, também foram convidados. Três técnicas de enfermagem se recusaram, sem especificarem o motivo.

Foram feitas 31 entrevistas individuais, o que representou 38,75% da população-alvo, todas conduzidas pela pesquisadora, no período de agosto a setembro de 2020. No total, foram 9 horas e 46 minutos de entrevistas áudio-gravadas, com duração média de 18 minutos (mínimo de 8 minutos e máximo de 1 hora).

Com relação às variáveis sociodemográficas e ocupacionais, 20 participantes eram do gênero feminino (64,5%), e a idade média do grupo foi de 36 anos e cinco meses ( $DP = 8,62$ ), variando entre 22 e 58 anos. Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes era solteira (19; 61,3%), 10 eram casados (32,3%), e dois eram separados ou divorciados (6,5%). Entre os 16 graduados (51,6%), oito eram médicos (25,8%), seis enfermeiras (19,4%), um farmacêutico (3,2%) e uma assistente social (3,2%), sendo que 14 possuíam pós-graduação *latu senso* (45,2% da amostra). Dos que completaram o ensino médio (48,4%), 10 eram técnicos de enfermagem (32,3%), três auxiliares de farmácia (9,7%) e dois técnicos em radiologia (6,5%).

Os oito médicos atuavam nos consultórios e nas salas de internação (25,8%), assim como a assistente social (3,2%). Quatro profissionais trabalhavam na farmácia e controlavam os estoques nos setores (12,9%) e dois, na sala de raio-x e nas salas de internação (6,4%). Entre as enfermeiras, duas atuavam na sala vermelha (6,4%) e as outras quatro revezavam, a cada plantão, entre a sala de triagem e os demais setores da UPA, exceto na sala vermelha (12,8%). Entre os técnicos de enfermagem, dois estavam escalados para a sala de medicação (6,4%), dois para as salas laranja e amarela (6,4%), dois na pediatria (6,4%), duas na Central de Material

Esterilizado (CME) (6,4%), uma para a sala de curativos e sutura (3,2%) e uma estava sem setor definido naquele mês (3,2%).

O grupo apresentou tempo médio de trabalho em saúde de nove anos e oito meses ( $DP = 7,38$ ), variando entre seis meses e 32 anos de profissão. Quanto ao tempo de trabalho na UPA, o tempo médio foi de quatro anos e oito meses ( $DP = 3,00$ ), variando entre seis meses e 10 anos. Quase metade da amostra (13; 41,94%) relatou a UPA foi o seu emprego local de trabalho na área de saúde, sendo seis técnicos de enfermagem (19,2%), três médicos (9,6%), dois auxiliares de farmácia (6,4%), um técnico em radiologia (3,2%) e uma enfermeira (3,2%).

A maioria dos profissionais trabalhava em escala de plantões de 12 x 36 horas (18; 58,1%), sete médicos davam plantões (22,6%), um dava plantões e era diarista (3,2%), uma enfermeira e a assistente social trabalhavam 6 horas/dia (2; 6,4%), o farmacêutico trabalhava 8 horas/dia (1; 3,2%) e os dois técnicos em radiologia davam um plantão semanal de 24 horas (6,4%). A maior parte dos profissionais trabalhava no período diurno (21; 67,7%), seguidos pelos que trabalhavam à noite (5; 16,1%) e em ambos os turnos (5; 16,1%). A carga horária semanal média de trabalho na UPA foi de 36 horas e 50 minutos ( $DP = 10,90$ ), variando entre 12 e 44 horas semanais. Todos os profissionais eram contratados pela Secretaria Municipal de Saúde, sendo o contrato renovado a cada seis meses.

A maior parte dos profissionais tinha outro(s) emprego(s) além da UPA (20; 64,5%), em especial, os médicos (8; 100%). Entre esses trabalhadores, apenas duas profissionais não ocupavam o mesmo cargo no segundo emprego (10%), a maioria tinha apenas mais um emprego além da UPA (16; 80,0%) e quatro médicos tinham três, ou mais, empregos (20,0%). A carga horária semanal de trabalho fora da UPA variou de seis a 96 horas semanais.

## **5.2 O cotidiano da UPA: quando o trabalho se torna um risco para o desenvolvimento de estresse ocupacional**

Nesta seção, serão descritas as categorias e subcategorias conforme apresentadas no Quadro 1.

**Quadro 1** - Categorias e subcategorias construídas a partir dos dados empíricos.

Categorias	Subcategorias
O lugar próprio impregnado pelas situações circunstanciais e normativas estratégicas	Cenário do estudo e das práticas sociais realizadas; Adaptações para o enfrentamento da pandemia de COVID-19.
Os agentes estressores propulsores/incentivadores de percursos praticados pelos profissionais	Agentes estressores relacionados à organização do trabalho e às condições de trabalho na UPA; A rede de atenção às urgências e sua relação com o estresse ocupacional na UPA; Agentes estressores decorrentes das relações interpessoais com os usuários; Agentes estressores advindos das relações interpessoais entre os profissionais da UPA; Estresse ocupacional relacionado à pandemia de COVID-19.
As táticas de enfrentamento a fatores estressores	Medidas individuais e coletivas de enfrentamento do estresse ocupacional; Sentimentos positivos dos profissionais associados ao trabalho na UPA.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com dados da pesquisa.

### 5.2.1 O lugar próprio impregnado pelas situações circunstanciais e normativas estratégicas

O cenário da UPA continha seus símbolos, suas características e suas práticas sociais normatizadas por estratégias. O lugar era normatizado e as estratégias realizavam a circunscrição do lugar. Porém, antes mesmo da pesquisa ser iniciada, houve o atravessamento da pandemia como uma crise que passou a pressionar os profissionais a desvios de rotas. Essa categoria contém as subcategorias “Cenário do estudo e das práticas sociais realizadas” e “Adaptações para o enfrentamento da pandemia de COVID-19”.

#### 5.2.1.1 Cenário do estudo e as práticas sociais realizadas

A UPA foi inaugurada em 2011 e, até 2016, foi gerida por uma fundação, quando a gestão passou a ser responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. A unidade atende à demanda espontânea de pessoas que procuram assistência, ou quando são referenciadas por

outros serviços e municípios. Recebe pacientes encaminhados pelo SAMU, Bombeiros, Polícia Militar, ambulâncias, entre outros. Como a UPA é uma instituição intermediária, todos os pacientes internados deveriam ser transferidos, via SUSfácil, para outros serviços. Segundo uma enfermeira, os municípios que dispõem de SUSfácil não deveriam enviar pacientes para a UPA, pois conseguiriam transferi-los, diretamente, para os hospitais de referência, mas, em alguns casos, isso acontecia (NO<sup>2</sup> de 11/08/20).

O SUSfácil é um *software* de regulação assistencial que agiliza a troca de informações entre as unidades administrativas e executoras dos serviços de saúde de Minas Gerais. Regula, em cogestão com os municípios, o acesso a serviços hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade, de urgência/emergência e eletivos, credenciados ao SUS no Estado. Foram implantadas Centrais de Regulação Assistencial em, pelo menos, um dos polos das 13 macrorregiões de saúde do Estado, com médicos reguladores operando sem interrupção para fazerem a regulação entre a demanda por determinada atenção e as ofertas disponíveis para responder, da melhor forma possível, um problema assistencial específico (MINAS GERAIS, 2019). Para isso, o paciente que necessitava ser transferido devia ser cadastrado na UPA, ter seu quadro de saúde e resultados de exames informados, os quais devem ser atualizados (evoluções médicas) a cada 12 horas (NO de 03/08/20).

Aqui, destaca-se o emprego do termo “internados” quando é feita referência aos usuários que ficavam em observação na UPA. Era muito comum permanecerem na instituição por mais de um dia e os próprios profissionais se referiam aos mesmos como “internados”, o que era uma realidade, pois, em muitos casos, a UPA havia se tornado um hospital, no qual os pacientes permaneciam por vários dias antes de serem transferidos ou receberem alta (NO de 03/08/20). Essa realidade ia de encontro ao determinado na Portaria nº 10:

(...) deve manter os pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial (BRASIL, 2017b, p. 2).

Na recepção, havia um balcão com dois servidores por plantão de 12 horas, um responsável por fazer as fichas de atendimento dos usuários, outro pelos cadastros e evoluções dos

---

<sup>2</sup> NO = Nota de observação.

pacientes no SUSfácil. Também havia servidores com atribuições de organização dos atendimentos aos usuários e segurança, um trabalhava de segunda a sexta-feira, apenas no período diurno, e outros quatro revezavam em cada plantão de 12 horas (NO de 03/08/20).

Havia cadeiras para as pessoas aguardarem atendimento, banheiros e cartazes informativos sobre as normas da UPA. As visitas ocorriam entre 14 e 15 horas e os menores de 18 anos, acima de 60 anos e pessoas com necessidades específicas podiam ficar com acompanhante. Havia destaque para um *banner* sobre o tempo de espera de atendimento determinado no Protocolo de *Manchester*, adotado na UPA (NO de 03/08/20).

Na sala de triagem, havia uma porta aberta para a recepção, por onde o usuário era chamado para avaliação inicial pela enfermeira responsável pela classificação de risco. Eram feitas perguntas sobre a situação de saúde e havia um computador no qual o Protocolo de *Manchester* era preenchido. De acordo com cada caso, eram realizados procedimentos, como aferição de pressão arterial, glicemia e outros. As enfermeiras tinham capacitação em classificação de risco, que faziam por conta própria (NO de 07/08/20).

Após a classificação, as fichas eram colocadas em uma mesa que era vista dos consultórios médicos, separadas pelas cores das classificações. Quando se verificava que a pessoa requeria maior atenção, a enfermeira ia aos consultórios e solicitava aos médicos que adiantassem o atendimento. Pacientes graves não passavam pela triagem, mas eram levados, diretamente, para a sala vermelha (NO de 03/08/20).

Havia três enfermeiras em cada plantão de 12 horas, uma exclusiva para a classificação, outra para a sala vermelha e outra responsável pelos demais setores: salas laranja, amarela, verde (medicação), pediatria, curativo, observação e ECG. Todas trabalhavam em escala de plantão de 12 x 36 horas, mas quando uma excedia a escala normal, trabalhava de segunda a sexta-feira em jornada de 8 horas e o plantão diurno passava a contar com quatro enfermeiras (NO de 03/09/20).

A responsável pela sala vermelha permanecia no setor o mês inteiro e as outras se revezavam, a cada plantão, entre triagem e os demais setores da UPA. Segundo uma enfermeira, a triagem era um setor “tranquilo” (P22), por isso, faziam esse rodízio. Realizavam a supervisão dos técnicos de enfermagem, avaliação de pacientes, cuidados privativos dos enfermeiros, organização dos setores, entre outras atividades (NO de 26/08/20).

A classificação costuma ser um setor mais tranquilo, porque a gente tem o técnico com a gente e três médicos, né? O fluxo pode ser grande, mas se desfaz rapidinho e é um dos setores mais tranquilos. (P22)

Uma enfermeira ocupava o cargo de responsável técnica e trabalhava de segunda a sexta-feira. Suas funções eram administrativas, de coordenação da equipe de enfermagem, promoção de educação continuada, realizada uma vez por ano, e de treinamentos e orientações, quanto aos protocolos da UPA, sempre alinhados à Secretaria Municipal de Saúde. Realizava reuniões mensais com as enfermeiras e, quando necessário, atendia casos de urgência e emergência. Os técnicos de enfermagem trabalhavam em regime de plantões de 12 x 36 horas. Eram oito trabalhadores nos plantões diurnos e sete nos noturnos e faziam rodízio mensal entre os setores da UPA, exceto as duas técnicas da CME que eram fixas (NO de 03/08/20).

Em um corredor, havia três consultórios médicos, uma sala de higienização de pacientes e banheiros. A cada plantão de 12 horas, três médicos atuavam como generalistas e atendiam a todo tipo de demanda, pois a UPA era “porta aberta” (P24) e “pega desde os mais simples aos casos mais complicados” (P26). Havia um médico diarista, responsável pela avaliação e prescrição dos pacientes internados. Nos finais de semana, e à noite, esses ficam sob os cuidados dos médicos plantonistas que deveriam avaliá-los, fazer a evolução no SUSfácil e a prescrição médica, pois era válida para 12 horas. Também eram responsáveis pelo atendimento às intercorrências que os internados apresentassem (NO de 03/08/20).

(...) a gente faz tudo, né? A gente faz atendimento adulto, idoso, criança, ortopedia, triagem cirúrgica, trauma, tudo. Então, a UPA vem como uma triagem do sistema de saúde da região. (P30)

Os médicos pegavam as fichas, de acordo com a prioridade de atendimento, e chamavam os pacientes pelo nome na porta da recepção. Após a consulta, os usuários eram encaminhados para algum setor, de acordo com suas necessidades para serem medicados, internados, realizarem algum exame ou procedimento. Em alguns casos, eram orientados a voltarem aos consultórios para reavaliação e, para isso, ficavam em cadeiras aguardando serem chamados novamente pelos médicos. Na passagem de plantão médico, eram priorizados os casos mais graves ou pacientes em processo de internação (NO de 14/09/20).

No corredor dos consultórios, havia, também, uma sala de curativo, sutura e imobilização, na qual ficava um técnico de enfermagem escalado a cada plantão. Esse era responsável por auxiliar/realizar procedimentos e checar os materiais estocados na sala. Também apoiava a enfermeira nas triagens e realizava ECG em uma outra sala específica. Além disso, prestava assistência aos pacientes que estivessem na sala de observação aguardando os resultados de exames. Esta sala de observação se localizava ao lado da sala de sutura e possuía uma maca e quatro cadeiras (NO de 01/09/20).

Tem paciente que fica com a gente 12 horas de observação. Plantão inteiro, já peguei muitos na medicação, comigo fica 12 horas. Igual, hipertensão, diabetes compensadas fica com a gente. (P10)

Na sala vermelha, ficavam uma enfermeira e um técnico em enfermagem a cada plantão. Havia três leitos para estabilização e cuidados intensivos, com monitores, bombas de infusão, respiradores e rede de gases. Os pertences e medicamentos dos pacientes ficavam em armários. Havia uma porta de acesso à área externa da UPA, por onde chegavam as ambulâncias e eram transferidos os pacientes mais graves. Os pacientes desta sala também eram avaliados pelo médico diarista. Já assistência médica às intercorrências era prestada pelos plantonistas. Para os pacientes entubados, eram solicitadas vagas de Centro de Tratamento Intensivo (CTI) via SUS-fácil (NO de 07/08/20).

Na sala laranja, estavam disponíveis três leitos, um com respirador e um espaço para colocar mais duas macas, um banheiro e um isolamento. A cada plantão, eram escalados um técnico de enfermagem para os cuidados e outro para as medicações, que também medicava os internados na sala amarela. À noite, não havia este profissional exclusivo para administrar medicações (NO de 03/08/20).

As duas salas eram interligadas e compartilhavam o mesmo posto de enfermagem. Na amarela, ficavam internadas até cinco pessoas e havia um isolamento e um banheiro. Havia um técnico responsável pelos cuidados a cada plantão. Apenas na sala amarela era permitido acompanhante. Nas três salas, não havia separação entre os usuários de acordo com o gênero, existia, apenas, uma cortina separando os leitos (NO de 03/08/20).

A observação pediátrica ficava do outro lado do corredor, à frente das salas amarela e laranja. Havia três leitos, um berço, cadeiras para acompanhantes, banheiro e um posto de enfermagem. Ficavam internados jovens de até 15 anos, sem separação por gênero; esses eram cuidados por um técnico a cada plantão. Geralmente, o número de crianças internadas era baixo e estavam sempre com acompanhante (NO de 03/08/20).

Na sala de medicação, chamada por alguns de sala verde, destinada a atendimentos ambulatoriais, havia seis poltronas e um posto de enfermagem. No setor, não era consentido acompanhante e ficava um técnico de enfermagem por plantão, responsável por medicar, aferir sinais vitais, coletar material para exames e fazer controle de insumos e medicamentos em estoque (NO de 03/08/20). Houve relatos de ser um setor movimentado, com muitos atendimentos diários, às vezes, com fila na porta.

Na CME, havia uma técnica de enfermagem escalada apenas nos plantões diurnos, responsável pelo reprocessamento de materiais, esterilização em autoclave, desinfecção em hipoclorito de sódio e controle biológico e químico da esterilização, além da reesterilização e contagem dos materiais. As técnicas distribuíam roupas limpas para os setores e guardavam roupas doadas, que eram entregues aos usuários internados sem roupas para trocar. Além disso, substituíam as soluções das almotolias de toda a UPA, faziam a montagem dos *kits* de sondas (de alívio, nasogástrica e de demora) e supervisionavam as trabalhadoras do apoio, que eram duas em cada plantão diurno e uma no noturno. A UPA não dispunha de lavanderia e as roupas eram levadas diariamente para serem lavadas em um hospital do município (NO de 12/08/20).

Na farmácia, trabalhavam um farmacêutico, de segunda a sexta-feira, e seis auxiliares de farmácia em plantões de 12 x 36 horas, dois nos plantões diurnos, e um no noturno. As funções do farmacêutico incluíam: acompanhar os processos, organizar o controle de estoque e a dispensação, garantir a rastreabilidade e a segurança para que o medicamento fosse para o paciente certo, na hora certa, na dose certa. As compras de medicamentos eram centralizadas na Secretaria Municipal de Saúde (NO de 03/08/20).

As funções dos auxiliares eram dispensar medicamentos e materiais para os pacientes internados para um período de 12 horas, fazer o controle e a reposição dos carrinhos de emergência e do estoque de remédios e materiais dos setores, em especial, da sala de medicação. Havia um armário para entrega imediata, outro com um pequeno estoque e o restante ficava na farmácia da prefeitura (NO de 03/08/20).

Na sala de raio-x, trabalhavam oito técnicos em radiologia, um profissional por plantão de 24 horas por semana. A jornada do técnico em radiologia é definida pela Lei 7.394/85, que definiu uma carga horária semanal de 24 horas, podendo ser quatro horas diárias ou um plantão de 24 horas por semana (BRASIL, 1985). Havia uma contratada para cobrir férias. O único exame de imagem feito na UPA era o raio-x, sem contraste, que também poderia ser feito no leito, no caso de pacientes graves das salas vermelha e laranja. Os demais, internados ou ambulatoriais, eram atendidos no local. No início do plantão, o profissional fazia a manutenção do processador (equipamento que revela o raio-x), limpando-o e conferindo o “químico” e se havia filmes suficientes para o período noturno, pois o almoxarifado da UPA não funcionava à noite (NO de 03/09/20).

A assistente social trabalhava de segunda a sexta-feira, pelas manhãs. Diariamente, verificava a situação dos internados, as demandas espontâneas dos ambulatoriais e se houve indicações ou ocorrências no seu período de folga, mesmo se os usuários já tivessem sido liberados.

Fazia a abordagem de pacientes e de familiares e encaminhamentos por telefone, *Whatsapp* e *e-mail* para instituições da rede, tais como: Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar, UBSs, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (NO de 26/08/20).

Em geral, eram casos de pessoas em situação de rua, com dependência química e/ou etilismo crônico, surtos psiquiátricos, violências domésticas (contra mulher, criança, adolescente, idoso, deficiente e homem), violências autoprovocadas (tentativa de autoextermínio) e violências comunitárias (homofobia, contra criança, adolescente, pessoa com deficiência). Consolidava o censo mensal das notificações compulsórias, que eram encaminhadas para a Secretaria Municipal de Saúde para alimentarem o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (NO de 26/08/20).

Em agosto de 2020, foi inaugurado o laboratório municipal no segundo andar do prédio da UPA. Embora tenha sido relatado por profissionais, eram instituições separadas, os profissionais do laboratório não eram contratados como da UPA e não tinham contato com os usuários da unidade. Antes, faziam, apenas, a pesquisa bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) para a UPA. Os materiais para outros exames eram levados pela ambulância da UPA para serem realizados em um hospital o município. A partir da inauguração, o laboratório passou a funcionar 24 horas, fazer os exames dos usuários da UPA e dos demais serviços de saúde municipais, exceto gasometria, pois o aparelho é caro e a demanda é baixa. Os materiais dos pacientes da UPA eram coletados pelos técnicos de enfermagem da unidade, levados para o laboratório e buscavam os resultados a cada duas horas. Dessa forma, o tempo de espera foi reduzido e os pacientes em observação eram liberados mais rapidamente (NO de 03/09/20).

No andar inferior, havia um estacionamento para os trabalhadores, um quarto de descanso com três camas para os médicos, outro, com cinco camas para os demais profissionais, banheiros e escaninhos. Havia uma copa e um refeitório. As refeições eram fornecidas pela prefeitura e os profissionais tinham dois horários de 15 minutos por plantão para o café, 20 minutos para almoçarem “uma marmita melhorada” e uma hora de descanso. “Às vezes, tem até bolo de tarde”, falou uma técnica de enfermagem com satisfação (NO de 03/08/20).

### 5.2.1.2 Adaptações para o enfrentamento da pandemia de COVID-19

A UPA não fazia parte do fluxo municipal de atendimento de casos suspeitos, ou confirmados, de COVID-19. As pessoas eram atendidas nas UBSs ou em uma policlínica entre 19 e 7 horas, e aos finais de semana e feriados. Também eram acompanhadas em isolamento domiciliar. Caso necessitassem de internação, eram encaminhados para os dois hospitais do município, referências para o atendimento à doença (NO de 26/08/20).

No início, foi conturbado por conta de fluxo, a gente não sabia como ia funcionar, se atendia aqui ou não. No início da pandemia foi estressante. Chegavam pacientes e a gente ficava brigando com a regulação que não era para vir para cá (...) às vezes, o SAMU trazia paciente e a gente tinha sido orientado que o SAMU tinha que levar direto lá [hospital] para não expor a gente. (P27)

No entanto, frequentemente, era procurada por pessoas com sintomas gripais, que não tinham a assistência à saúde negada pelo fato de a instituição ser de “portas abertas” (NO de 12/08/20). Alguns participantes relataram que pacientes ou familiares escondiam a real condição de saúde com medo de não ser atendidos na UPA, o que trouxe muita insegurança para os trabalhadores.

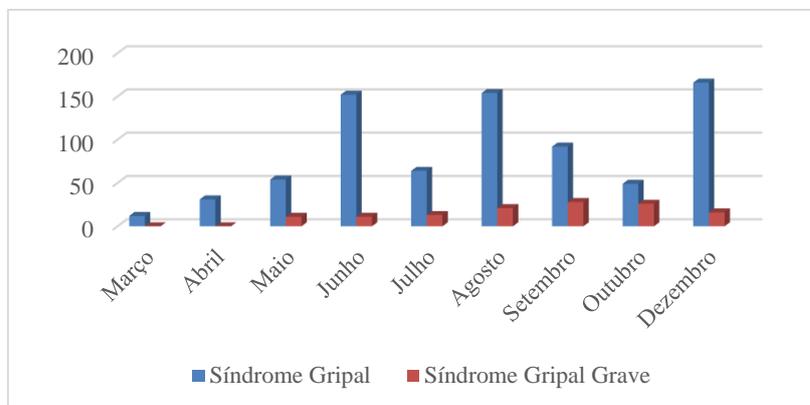
Aconteceu de familiar esconder (...) depois a família ficou apertada, viram que ele piorou e falaram que achavam que ele estava com Covid, porque tinha feito teste há três dias, mas achavam que era falso negativo porque quatro pessoas da família positivaram e ele teve contato com os quatro. (...) não sei se eles inventaram essa queixa ou já estavam aqui e aproveitaram. Acho que eles ficaram com medo de falar e a gente recusar atendimento ou tratar mal, coisa que jamais ia acontecer. (P2)

Diante da grave crise sanitária, ocasionada pela pandemia de COVID-19, os serviços de saúde passaram a receber muitos usuários com suspeita ou confirmados da doença. Embora com letalidade baixa, em torno de 3%, a transmissão do SARS-CoV-2 de pessoa para pessoa é elevada (SASANGO HAR *et al.*, 2020). Desta forma, a doença evoluiu rapidamente, o que poderia esgotar a capacidade de resposta dos sistemas de saúde em muitos países, que ficaram à beira de um colapso total (KATAYAMA *et al.*, 2020).

Após a declaração da pandemia pela OMS, em 11 de março de 2020, todos os atendimentos a pessoas com sintomas gripais passaram a ser de notificação compulsória. No Gráfico 1, está apresentado o quantitativo de notificações de Síndromes Gripais e Síndromes Gripais Graves feitas na UPA entre março e dezembro de 2020 (os dados de novembro não estavam disponíveis). Os três picos, em junho, agosto e dezembro, foram os meses nos quais foi feita a

triagem sorológica dos trabalhadores da unidade, já que, para serem testados, a notificação deveria ser feita (NO de 26/08/20).

**Gráfico 1** - Notificações de Síndromes Gripais e Síndromes Gripais Graves feitas na UPA entre março e dezembro de 2020.



Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Dessa forma, a UPA passou por adaptações para atender pessoas com sintomas gripais. Foram criados dois isolamentos, um com respirador, e mais um leito na sala vermelha, que antes dispunha de apenas dois. Também foi colocado um respirador em um leito da sala laranja, caso houvesse necessidade de isolar a vermelha. Os pacientes eram colocados em isolamento até que fossem testados ou transferidos (NO de 12/08/20).

Ah, sem dúvida, nós tivemos que mudar em tudo, né? Não só na UPA, mas na vida. Uso de máscara, lavar as mãos toda hora, essas coisas todas a gente tem que estar atento. Mudou o estilo de vida de todos. (P26)

Visitas foram proibidas e acompanhantes só eram liberados com determinação médica. A enfermeira passou a dar notícias dos internados em boletins às 10 e às 22 horas. Os usuários tinham que higienizar as mãos antes de entrarem na UPA e usar máscaras. Foram adotadas medidas para impedir aglomeração de funcionários na copa e proibidas comemorações. Cada um deveria levar de casa itens de uso pessoal, como utensílios e roupa de cama (NO de 03/08/20).

A gente mudou a nossa forma de contato, porque tinha sempre uma pessoa mais íntima, a gente abraçava, cumprimentava o seu colega de trabalho... As meninas da limpeza têm que se equipar para fazer a limpeza, ainda mais quando é suspeito. Então, mudou bastante. (P20)

Quando chegava um caso suspeito, era dada prioridade e o atendimento era agilizado para evitar a exposição dos profissionais e demais usuários. Era feita a triagem na sala de classificação, pois era nesse local que estava instalado o computador com o Protocolo de *Manchester* e, após, o paciente era levado para um consultório montado em uma sala na área externa. Na mesa onde as fichas eram separadas pelas classificações, passou a ter a classificação “síntomas gripais”, a fim de chamar a atenção dos médicos, tendo em vista a alta transmissibilidade aérea do SARS-CoV-2 (WHO, 2020b).

Havia distanciamento entre os profissionais e esses usuários durante as consultas e, muitas vezes, não havia contato físico. Todos os casos de Síndrome Gripal ou de Síndrome Gripal Grave eram testados, de notificação compulsória e entravam no censo mensal feito pela assistente social. A partir de 15 de julho de 2020, o laboratório começou a fazer o imunoenensaio de fluorescência, que detectava tanto o antígeno (SARS-CoV-2) quanto os anticorpos (imunoglobulinas) IgG e IgM (NO de 03/09/20).

Após a liberação dos usuários sem sintomas graves para isolamento domiciliar, os ambientes por onde passavam eram higienizados (NO de 26/08/20). Assim como no Brasil, na Escócia, o isolamento domiciliar foi efetivo, o que evitou admissões e sobrecarga dos serviços de saúde (MARK *et al.*, 2020). As internações para tratamento de COVID-19 eram feitas em último caso. Houve vários relatos de dificuldades de transferência, via SUSfácil, de internados com outras patologias que ficavam na UPA aguardando vaga em algum hospital de referência, mas o mesmo não ocorria nos casos de COVID-19.

Em relação ao Covid, está muito tranquilo porque, quando chega um paciente positivo, que é difícil chegar, cadastra e, como aqui não é referência, rapidinho vai embora pra XXX, YYY [hospitais], não fica muito tempo aqui. (P17)

(...) você vê que é uma coisa que revolta né? Porque paciente Covid o repasse é muito maior. Você cadastra um paciente suspeito de Covid e imediatamente... não fica nem dois minutos na tela, ele é puxado. E aí que você fica mais indignado, tem até briga tem entre o XXX e a YYY [hospitais]: “É meu, é meu, é meu, é meu...” (P28)

Segundo um médico, isto acontecia devido ao fato de o repasse de verbas para esses casos ser superior ao de outras patologias. A Portaria nº 568/2020 incentivou gestores estaduais e municipais a habilitarem novos leitos de CTI para atendimento dos casos de COVID-19, pelo SUS. Foi dobrado o valor do custeio diário dos leitos de CTI adultos e pediátricos, fixado em R\$ 1,6 mil, em caráter excepcional, enquanto que os leitos habilitados, anteriormente, eram custeados no valor de R\$ 800,00 por dia (BRASIL, 2020c).

A COVID-19 representa um dos problemas de saúde mais agudos e graves das últimas décadas, configurando um quadro de emergência de saúde pública mundial (LIPSITCH; SWERDLOW; FINELLI, 2020). Exigiu mudanças nos sistemas de saúde, que passaram a atender um número crescente de pessoas com uma doença nova e pouco conhecida. A estrutura dos serviços, distribuição de leitos e fluxos de atendimentos foram alterados, surgiram novos procedimentos, estratégias de aprendizagem, práticas assistenciais e de suporte (ALMEIDA, 2020). Portanto, desafiou os governos a realizarem acelerada, e inédita, estruturação dos serviços de saúde para atenderem a demandas para as quais nem sempre estiveram preparados.

Nesse contexto, ressalta-se que o cotidiano contém “situações circunstanciais” que despertam nos sujeitos novos modos de fazer para adaptarem a própria realidade diante da dinamicidade da vida (CERTEAU, 2014), como ocorreu na UPA com a pandemia. Seu cotidiano foi alterado e a unidade precisou se adaptar para atender os casos suspeitos, ou confirmados, de COVID-19, com definição de um novo mapa de atendimento dentro da unidade. A partir dessas mudanças, surgiram estressores ocupacionais relacionados à nova situação sanitária, os quais serão analisados mais adiante.

As estratégias, segundo Certeau (2014), determinam o mapa, o qual indica a ordem dos lugares e prescreve as ações. Novas normas e rotinas foram inevitáveis, porque a UPA era procurada por usuários que faziam seu próprio percurso na RAS, adotando táticas para terem acesso ao serviço. Dessa forma, novas estratégias foram implantadas, com atualizações de protocolos e mapas com o fluxo de atendimentos dentro da instituição para prevenir a contaminação de profissionais e demais pessoas. Para Maia *et al.* (2019), nos serviços de saúde, as estratégias presumem a existência de regras prescritivas de conduta para que ocorra o cuidado esperado e são adaptadas ao contexto.

### *5.2.2 Os agentes estressores propulsores/incentivadores de percursos praticados pelos profissionais de saúde da UPA*

A concepção dos participantes sobre o estresse ocupacional esteve relacionada, em grande parte, a aspectos práticos do cotidiano de trabalho. Quando perguntados sobre o que consideravam como estresse, quase a totalidade dos participantes não mencionou sua concepção de estresse, mas elencou situações, ou dificuldades, que causavam estresse; ou seja, estressores ocupacionais presentes no cotidiano de trabalho da UPA. Três profissionais relataram, com ênfase, o cansaço mental e o aspecto psicossocial do estresse.

Eu acho que o estresse é quando sobrecarrega a mente da gente, às vezes, não é nem cansaço físico, essas coisas não estressam. O estresse no trabalho são solicitações e cobranças desnecessárias, são pessoas que a gente vê que uns se dedicam mais, outros não. Isso cansa a cabeça, porque você fala: “Por que que eu me doo e a outra pessoa não?” Isso eu acho que é estresse no trabalho. É quando te sobrecarrega a mente, não é nem o cansaço físico. (P21)

Estresse no trabalho é o cansaço. Você vem de muitas horas, né? Não é nem o cansaço físico, é o cansaço mental. (P20)

Para mim, estresse no trabalho é tanto insatisfação com alguma coisa que acontece, quanto situações chatas do dia-dia que acabam atrapalhando e te deixam mais ansioso, mais desconfortável. (P24)

As causas mais comuns de estresse ocupacional são os fatores psicossociais (LIPP, 1996). Em 2017, segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social, os transtornos mentais e comportamentais foram a quarta causa de concessão de aposentadorias por invalidez (6,73% do total) e a quarta causa de auxílios-doença concedidos (9,07% do total) (BRASIL, 2017a).

Todavia, encontrar onexo causal entre o adoecimento e os aspectos psicossociais do trabalho, como os agentes estressores, é difícil. Por vezes, nem o próprio trabalhador identifica o sofrimento mental ou, quando nota, não encontra a ajuda necessária no trabalho. Constantemente, só se dá a devida atenção ao tema, quando o profissional é diagnosticado com alguma patologia que exija atendimento especializado e/ou que requeira seu afastamento laboral, como depressão, Síndrome de *Burnout*, doenças cardíacas, entre outras (SILVA, 2019). Essas situações podem se tornar mais frequentes em ambientes que atendem pacientes em situação de urgência e emergência como as UPAs.

Nessa categoria, foram elaboradas as seguintes subcategorias: “Agentes estressores relacionados à organização do trabalho e às condições de trabalho na UPA”, “A rede de atenção às urgências e sua relação com o estresse ocupacional na UPA”, “Agentes estressores decorrentes das relações interpessoais com os usuários”, “Agentes estressores advindos das relações interpessoais entre os profissionais da UPA” e “Estresse ocupacional relacionado à pandemia de COVID-19”.

#### 5.2.2.1 Agentes estressores relacionados à organização do trabalho e às condições de trabalho na UPA

Nas falas dos participantes, foi possível perceber que alguns fatores estressores eram advindos do fato de a UPA ser uma instituição intermediária no sistema de saúde, a qual não

dispunha de tecnologias, tais como um hospital, e sofria interferências em seu cotidiano, decorrentes da RAU na qual se inseria. Dessa forma, essa categoria se subdivide em duas subcategorias: “Agentes estressores relacionados à organização do trabalho e às condições de trabalho na UPA” e “A rede de atenção às urgências e sua relação com o estresse ocupacional na UPA”. Na Figura 1, estão apresentadas as palavras mais ditas pelos participantes em relação ao estresse ocupacional advindo da organização do trabalho e das condições de trabalho na UPA.

**Figura 1** – Nuvem de palavras acerca do estresse ocupacional relacionado à organização do trabalho e às condições de trabalho na UPA



Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa.

As enunciações apontadas pelas frequências das palavras expuseram núcleos de sentidos presentes nas falas dos profissionais. Percebe-se que as palavras “paciente”, “pacientes” e “pessoas” tiveram destaque, devido ao fato de que, na UPA, é prestado “atendimento” a essas pessoas e que, em alguma medida, estão relacionadas ao “estresse”, principalmente quando associadas às palavras “emergência”, “urgência”, “vermelha”, “grave”, “pressão” e “tempo”. As palavras “estresse”, “estressante” e “estressa” também foram frequentes e podem estar relacionadas às palavras “plantão”, “trabalho” e “problema”. Citações acerca dos profissionais também foram feitas, com destaque para “médicos”, além de “técnico”, “enfermeira”, “funcionários” e “equipe”. Por fim, houve menção à “falta”, “fluxo”, “demanda” e “hospital”, uma instituição com relação próxima à UPA.

A UPA é normatizada pelas regulamentações da RAU dos municípios e da região, alinhadas aos protocolos assistenciais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b) e da Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, há normas internas, específicas de cada setor, que regem, e organizam, o trabalho dos profissionais de saúde (NO de 03/08/20). Configuram as estratégias

de seu funcionamento, determinadas por leis, portarias, normas, regras, fluxos, protocolos de atendimento.

Há uma organização do serviço, você trabalha em cima de uma organização e, de repente, a pessoa não entende ou faz de outro jeito que não é para fazer. Isso causa estresse porque a gente tem regras. A gente tem ligação com a Secretaria Municipal de Saúde, com o setor de epidemiologia e tem as demandas deles. É, como se fosse um POP [procedimento operacional padrão] para a gente trabalhar. A gente tem que trabalhar em cima de regras, de protocolos. (P14)

Eu acho que uma das razões principais no setor de urgência e emergência é você ter muito bem desenhado os serviços, os fluxos, as atribuições de cada um, cada peça daquele quebra-cabeça tem que estar alinhada e coesa para que não ocorram problemas quando mais se precisa de tranquilidade e calma. Uma coisa muito comum aqui na UPA e que gera conflitos é, às vezes, a gente necessitar de pessoas com tranquilidade quando chega um paciente ansioso, já chega pessoas com dor, né? (P7)

As estratégias são reconhecidas como autoridades que sistematizam e impõem ordem. Entretanto, fatores associados ao funcionamento da RAU levavam os profissionais a adotarem táticas e, eventualmente, ao não seguimento das estratégias. As táticas são as “maneiras de fazer”, “pequenas astúcias que acontecem nas “miudezas do dia a dia” (CERTEAU, 2014) e correspondem às regras formais (O’BRIEN, 2009), associadas às condições de trabalho.

A organização do trabalho advém da estrutura organizacional, entendida como conjunto organizado de responsabilidades, autoridades, comunicações e decisões das unidades organizacionais, neste caso, entre os setores da UPA. Uma estrutura organizacional adequada propicia a identificação das tarefas e métodos; organização das funções e responsabilidades, com divisão do trabalho e interrelações entre os cargos; sistema hierárquico; informações, recursos e retorno aos empregados; medidas de desempenho compatíveis com os objetivos e condições motivadoras de trabalho (DEJOURS, 2018; FLEURY, 1980; OLIVEIRA, 2018).

Por sua vez, condições de trabalho são um conjunto de situações nas quais se desenvolve a atividade laboral e que influencia tanto a experiência do trabalho, como a dinâmica das relações. Incide, diretamente, sobre a qualidade de vida, saúde, bem-estar psicológico, satisfação, implicação com o trabalho e o rendimento, além de doenças ocupacionais (BLANCH, 2003). Para alguns trabalhadores, a falta de condições adequadas para desenvolverem suas atividades laborais era o principal agente estressor ocupacional.

É você chegar no trabalho, não ter condições de trabalho dignas. É não ter material, não ter pessoal... (P22)

Estresse no trabalho é você trabalhar num local sem condições. Nós já passamos por umas etapas difíceis aqui na UPA, agora não. (P26)

Estresse é você não ter condições suficientes para trabalhar, condições de trabalho. Você trabalhar improvisando, com o equipamento que não está funcionando direito, como a gente está trabalhando aqui na UPA (...) são as condições de trabalho que estressam. Os administradores têm que olhar mais as condições de trabalho porque nós somos cobrados (...) têm que procurar saber como a gente está trabalhando... (P18)

O cotidiano de trabalho na UPA é variável, tendo em vista que é uma instituição pública de “portas abertas”, que não “nega atendimento” para as pessoas que a procuram com variadas demandas. Foi possível observar uma grande variação no número de atendimentos nos setores. Por exemplo, em um certo dia, a sala de medicação estava vazia de manhã e lotada no final da tarde. O mesmo ocorreu entre os dias da semana: um dia, a UPA estava “tranquila”, em outros “tumultuada”, em especial, aos finais de semana (NO de 07/08/20). Segundo uma enfermeira, os plantões noturnos eram mais “tranquilos” (P22), o que justificava o menor número de profissionais nesse turno de trabalho.

Basicamente, é atender urgência e emergência. É muito variado, você atende desde casos simples, que são os verdes, amarelos, até casos bem graves. Paciente grave de sala vermelha. Não é monótono, varia muito de dia para dia. Tem dia que você trabalha mais, outros menos. (P27)

Tem dia que a gente passa apertado e é sempre fim de semana, fim de semana é triste. Você vem aqui fim de semana e não é tranquilo. (P23)

A gente cuida da assistência. À noite, é mais tranquilo que o dia porque não tem curativo, não tem banho, o fluxo de pessoas é menor e até certa hora o paciente está acordado, mas depois ele dorme (...) quando vem é uma coisa ou outra, ou então é uma urgência mesmo. (P22)

Nos relatos, a falta de organização do trabalho pode ser compreendida tanto no seu sentido macro, por ser uma instituição inserida em uma RAU, quanto como no sentido micro, quando se analisa os setores da unidade. Percebe-se que, ocasionalmente, alguns fatores levavam ao não seguimento das estratégias, mas com resistência dos profissionais. Seguir as normas de funcionamento da UPA, muitas vezes desafiadas no cotidiano de trabalho, repleto de dificuldades e desafios, gerava o estresse ocupacional.

Essa questão de organização me irrita muito, deixar as coisas fora do lugar. Às vezes, eu chego e aparecem coisas erradas. Eu entro na sala vermelha, bato o olho no aspirador, conexão de O<sub>2</sub>, aí, eu fico para morrer (...) A rouparia bagunçada, essas coisas. (P4)

Uma coisa que mais me estressa no trabalho é a falta de organização do atendimento. É saber que você pede um exame, quando o paciente volta e, às vezes, coincide a falta de organização com o excesso de pacientes que você tem que atender. Ficar sem o controle de um paciente é uma coisa, sem o controle de dez é pior ainda. Isso te deixa estressado. (P31)

Acho que a maior razão do estresse é por falta de organização no fluxo e no processo, as pessoas acabam tomando partidos e brigando entre si. Então, eu acho que essa é uma das principais razões de estresse. (P7)

E a rotina, quem trabalha aqui está acostumado. Acho que o que estressa mais é o que foge à rotina, quando acontece alguma coisa que não é própria daqui... (P24)

No cotidiano de trabalho, existe uma diferença entre o trabalho prescrito, que é normatizado, e o trabalho real, ressignificado pelo trabalhador na sua prática. A norma confere a diretriz, mas, muitas vezes, inova-se para burlar as mazelas do sistema de saúde (RATES *et al.*, 2019). No trabalho real, os profissionais se deparam com imprevistos que perturbam o prescrito e que exigem que lancem mão de “maneiras de fazer” para lidarem com as situações desafiadoras que não fazem parte do cotidiano (DEJOURS, 2018). Para alguns participantes, a falta de organização do trabalho vai além do estresse ocupacional que pode causar nos trabalhadores de saúde. Repercute, até mesmo, na assistência prestada e nas relações entre os trabalhadores.

Um setor que tem organização, disciplina e limpeza, eu acho que fica melhor. (...) porque você tem mais tempo de cuidar direito do paciente, tudo que faz fica bem-feito. Quando não tem organização, higiene, muita falação, isso me prejudica. (P9)

É a falta de organização para se atender uma urgência e emergência. Vamos supor, se eu tenho um carrinho de emergência sempre conferido e atualizado, quando chega alguém que preciso abrir o carrinho, tudo que preciso está lá. Quando não me organizo, não programo, não separo as coisas, não coloco os itens nos seus devidos lugares, não treino os profissionais para receber uma emergência e deixo para as coisas serem aprendidas na hora de aplicar gera o estresse, problema e conflito. (P7)

A organização do trabalho na UPA era influenciada por fatores externos, como o fluxo municipal e regional de atendimento às urgências e emergências; e por fatores internos, como a limitação de recursos e de infraestrutura. Um destaque que pode ser feito a partir dos relatos dos participantes, é a procura da unidade por pessoas que não deveriam ser atendidas na unidade, pois não eram casos classificados como urgências ou emergências.

São as coisas “bobas” que vêm para UPA, que não são urgência e emergência. (...) São coisas pequenas, que seriam de UBS e que demandam tempo da gente, ao invés de dar melhor atenção para alguém que realmente precisa. (P21)

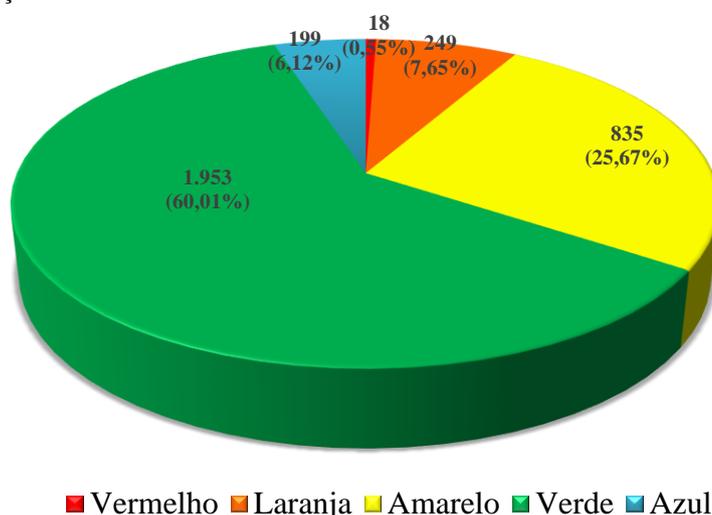
São queixas que poderiam ser manejadas no posto de saúde, mas vêm para cá pela facilidade de ser porta aberta. (...) São pacientes mais tranquilos, com queixas mais leves. Isso toma bastante tempo da gente, quando deveria estar atendendo mais amarelo e laranja, que é função da UPA. (P24)

Na UPA, eram atendidas demandas espontâneas ou referenciadas por outros serviços e municípios. A classificação de risco, feita por enfermeiras, era a principal estratégia da UPA

para organização da prioridade dos atendimentos e fluxos dos usuários na unidade (NO de 11/08/20). O Protocolo de *Manchester* permite a estratificação dos usuários em cinco níveis de gravidade, de acordo com as informações de saúde coletadas (SOUZA *et al.*, 2018).

Entre julho de 2019 e dezembro de 2020, houve 58.558 atendimentos na instituição, perfazendo 3.253 usuários por mês e média diária de 108 atendimentos. Desses, 47.519 residiam no município da UPA (81,15%) e 11.039 em outros municípios (18,85%) (UPA, 2021). As médias mensais dos atendimentos realizados no período, de acordo com a classificação de risco dos usuários, estão apresentadas no Gráfico 2.

**Gráfico 2** – Médias mensais de atendimentos na UPA entre julho de 2019 e dezembro de 2020, de acordo com a classificação de risco dos usuários.



Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Os profissionais prestavam a assistência possível e realizavam até mesmo procedimentos complexos, como drenagem de tórax. Mas, como a UPA tinha limitações tecnológicas, características da unidade, os profissionais se sentiam impotentes e frustrados, diante da falta de resolutividade das situações de alguns pacientes (NO de 15/09/20). A solução desse problema não cabia a eles, pois, muitas vezes, faltavam vagas nos hospitais, em especial, em CTI. Porém, para uma profissional, eram “(...) médicos que não querem pegar tipos de problemas, tipos de diagnóstico” (P1).

A gente fica agoniado de ver uma pessoa aqui que não tem tanto recurso como um hospital tem e por conta deles mesmo, não por conta nossa. Aqui, a gente faz a nossa parte e espera a deles. Já vi gente aqui 40 dias, passando natal e réveillon aqui dentro. Então, ao mesmo tempo que a pessoa fica até íntima sua, você fica triste de ver uma pessoa, braço quebrado, 40 dias com braço quebrado. (P23)

Estresse no trabalho é ver o paciente ali, necessitando de uma transferência e a gente não conseguir... a gente não tem o poder de intervir para uma transferência mais rápida. A gente depara com a falta de leitos, leitos de UTI, de enfermaria, isso causa um estresse grande na gente porque você vê a necessidade da transferência. A gente faz tudo que está no nosso alcance, porém, a gente é barrado por falta de vaga. Isso é o mais estressante, a gente vê a necessidade do paciente sem poder arcar com mais coisas. (P29)

É impressionante, paciente não conseguir sair da UPA. (...) Você fica lutando contra o sistema e o sistema é estressante. (...) não acontece nada, morre e ninguém é preso, nem é julgado. Isso é estressante. (P28)

Falta de suporte para o paciente, pois numa UPA como essa, ele não tem 100% de suporte. Às vezes, o paciente chega aqui com um problema que a UPA não consegue resolver e, muitas vezes, chega a óbito ou agrava o quadro por falta de condições de atendimento. Se as coisas fossem mais ágeis, sem tanta burocracia, acho que não haveria tantas perdas e agravamentos dos pacientes. Isso também me estressa bastante, as pessoas complicam demais e quem sofre é a população. (P18)

Nas UPAs, são prestados atendimentos a pacientes acometidos por quadros agudos ou de natureza clínica agudizados, cirúrgicos ou traumáticos, os quais são estabilizados e é realizada investigação diagnóstica inicial. Caso necessário, os usuários são encaminhados a um hospital de referência, conforme determinado na RAU (BRASIL, 2017b). O fato de os hospitais serem, em sua maioria, filantrópicos ou privados, reduz a oferta de leitos para o SUS. Ainda, há desigualdade na distribuição dos hospitais nas microrregiões em relação à tipologia e ao número de unidades e decisões judiciais também podem se configurar como dificuldades, na medida em que são soberanas à regulação dos leitos (TORRES; BELISÁRIO; MELO, 2015).

Além disso, a distorção da finalidade das UPAs, transformadas em unidades de internação de curta duração para quadros clínicos, flexibiliza a falta de leitos ao invés de tencioná-la (HERMIDA *et al.*, 2019) e causa prejuízos à população que, muitas vezes, não tem garantido seu direito à saúde, como mencionado pelos participantes. A construção e ordenação de fluxos e contrafluxos de atendimentos efetivos é fundamental para proporcionar o acesso e o cuidado continuado (BRASIL, 2017b; HERMIDA *et al.*, 2019).

A inauguração acelerada das UPAs exigiu a contratação de muitos profissionais de saúde, causando desafios para a gestão do trabalho no SUS, como dificuldades de fixação, insuficiência de especialistas, alta rotatividade, baixa remuneração e desigualdades na distribuição, principalmente de médicos, sobretudo pediatras (FARIA *et al.*, 2017; KONDER; O'DWYER, 2015; TORRES; BELISÁRIO; MELO, 2015). Isso é agravado pelo fato de grande parte dos médicos ser oriunda da atenção básica, faltando adequação para atuarem no atendimento das urgências o que acaba gerando muitos encaminhamentos errados e baixa resolutividade de casos nas UPAs (FARIA *et al.*, 2017).

Um médico com pouco tempo de carreira fez um relato importante sobre como o ambiente de trabalho pode impactar os médicos e, por consequência, a assistência prestada. É como se expusesse que o trabalhador luta e tenta vencer as dificuldades que surgem no cotidiano de trabalho, mas, por se sentir vencido, passa por um processo de dessensibilização.

Eu acho que isso varia muito não só com o médico, mas com o profissional que está aqui, porque se você se importa com o paciente, você fica muito mais estressado e mais nervoso. Aqui na UPA, às vezes, você recebe um paciente grave e sua função é estabilizar e encaminhar para um CTI, só que não chega essa segunda fase e você vê o paciente em sofrimento... às vezes, precisa de uma endoscopia, uma colonoscopia, uma tomografia, mas não tem esses exames aqui na UPA e, por mais que você faça sua parte, não evolui. E eu vejo vários colegas que, até por uma questão de dessensibilização porque estão aqui há muito tempo, convivem com isso e acaba ficando natural. Depois, acaba assim: “Ah, eu não tenho o que fazer.” E quando a gente é novo fica nessa ânsia de querer resolver, corre atrás e isso gera muito estresse. (P24)

É possível fazer um paralelo entre a sua fala e a Síndrome de *Burnout*, decorrente do estresse laboral crônico, cuja dimensão de despersonalização tem enfoque nas alterações na atitude do trabalhador, como distanciamento, atitudes negativas e insensíveis e impessoalidade em relação aos usuários de seu serviço (CAMPOS *et al.*, 2020; SÁ; MARTINS-SILVA; FUNCHAL, 2014). É uma tentativa de colocar distância entre si e as pessoas com quem se relaciona no trabalho, como uma reação imediata à exaustão, havendo uma forte relação com esse fator (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Alguns profissionais referiram que, embora o problema seja limitante por depender de fatores externos à UPA, adotavam algumas táticas para agilizarem a transferência dos internos, como tentar contatos telefônicos com profissionais conhecidos dos hospitais. Até mesmo as famílias tentavam adiantar as transferências. Um trabalhador chegou a dizer que faziam tudo que estava ao alcance e tinham que “rezar para sair a vaga o mais rápido possível” (P26). A mesma tática foi verificada em um estudo brasileiro, no qual os autores afirmaram que boas relações interpessoais com profissionais dos diferentes pontos da RAU eram consideradas facilitadores para o acesso do usuário de um serviço ao outro (KONDER; O'DWYER, 2019).

A pessoa ou dá sorte ou já tem algum conhecimento com algum médico ou fica ali, coitado, esperando. (...) A família procurou saber, vai lá e tem vaga. Então, depende muito de quem vai regular e/ou aceitar. (P1)

(...) documenta tudo e tenta encaminhar o mais rápido possível para alguém que possa tentar te ajudar a resolver (...) eu tento ligar para alguém, faço contato, vê se puxa pra outro lugar e fica muito na regulação, brigando com o SAMU, brigando com não sei quem... (P28)

Você tem que ir para o telefone, tentar resolver, não consegue contato e por aí vai. É estressante, mais estressante que atender paciente. (P26)

Esses fatores contribuíam para a lotação das UPAs e sobrecarregavam os profissionais de saúde. A permanência dos internados por vários dias e a grande procura da unidade corroboravam para que a UPA ficasse superlotada, alterando seu cotidiano (NO). Conforme verificaram Paiva *et al.* (2021), assim como no Brasil, a superlotação também era um grande problema em um serviço de emergência de Portugal.

Apesar dos avanços na implementação de políticas de descentralização no sistema de saúde brasileiro, a atenção às urgências tem ocorrido, predominantemente, nos serviços hospitalares e nas UPAs. Há sobrecarga e superlotação na maioria dos serviços como porta de entrada dos casos graves no sistema de saúde (SANTOS *et al.*, 2014; 2019).

Para vários participantes, em especial os da equipe de enfermagem, a sobrecarga era o principal agente estressor ocupacional na UPA. A sala de medicação, onde eram atendidos pacientes ambulatoriais, classificados como verdes ou azuis, foi um setor frequentemente mencionado como “tumultuado”. Segundo uma técnica de enfermagem, “(...) o bom é que a gente não fica sempre naquele setor, roda, porque se fosse só ali, dá para pirar. Era um estresse terrível” (P10).

Mesmo com duas pessoas, nesse dia, a gente trabalhou muito. Medicava um, quando você pensava que ia ficar tranquilo, enchia as cadeiras de novo. Então, o fluxo, para mim, é o que seria o fator de estresse. (P4)

Muita demanda de atendimento e você não dá conta de atender todos, fica muita gente na sua porta, para mim isso é estresse. Não conseguir resolver o caso por conta de burocracia ou por falta de recurso e a questão de muito atendimento em um curto período. (P27)

É saber que aquela vida ali está sob a minha responsabilidade. Eu acho que é uma pressão muito grande e você não pode errar né? Ainda mais aqui que é que é muito movimento, você trabalha com muita pressão. Quanto mais o plantão está cheio, eu saio daqui mais cansada e menos eu descanso em casa, porque fico pensando se eu consegui fazer tudo. (P2)

A sobrecarga altera o cotidiano de trabalho porque a UPA, como intermediária, deveria servir para a triagem do sistema de saúde público regional, pois não dispõe de muitos recursos que apenas os hospitais possuem (BRASIL, 2017b). Dessa forma, os profissionais precisavam lançar mão de táticas para conseguirem atender os usuários em uma instituição lotada de pacientes que poderiam ser atendidos em outros serviços ou que deveriam ser transferidos com maior rapidez. Para Certeau (2014), as táticas são astúcias que se infiltram na heterogeneidade

social; se esquivam, se insinuam, se contrapõem, mas não tentam dominar ou vencer. São operadas “golpe por golpe”, “lance por lance” e surgem para responder às necessidades que não foram resolvidas por meio das estratégias.

Um médico relatou que se sentia “(...) limitado pela estrutura, pela especialidade, então, isso é estressante. É a única coisa que eu considero estressante. Volume de atendimento é cansativo, não é estressante, não vejo problema em volume não” (P28). Portanto, é uma opinião diferente da mencionada por alguns trabalhadores. Corroborou que a caracterização de um agente estressor depende da percepção e interpretação pessoal, portanto, a avaliação cognitiva e percepção individual são mediadores do impacto do agente no indivíduo (PASCHOAL; TAMAYO, 2004; PRADO, 2016; SANTANA *et al.*, 2018).

Em alguns momentos, o grande número de atendimentos diários esgotava os recursos disponíveis na UPA, como equipe de profissionais, insumos e espaço físico, a ponto de interferir na assistência. Por exemplo, os profissionais de enfermagem chamavam os médicos para atenderem intercorrências dos pacientes internados, mas, muitas vezes, estavam ocupados atendendo nos consultórios. Esse movimento era constante e, às vezes, era necessário interromper consultas médicas (NO de 15/09/20).

Estresse no trabalho... às vezes, a gente solicita um profissional com urgência e não consegue. Às vezes, a gente vai chamar o médico e ele está em outro procedimento e acaba interrompendo, justamente por ser sala vermelha. Mas, às vezes, tem uma intercorrência, o médico está em outro atendimento, mas a gente precisava para agora demorou um minuto, a gente sabe que um minuto é vida. (P29)

Aqui na UPA, a porta fechada do consultório significa... Não entra, não bata. Às vezes, você está no meio de uma conversa com o paciente vem alguém interfere, quebra a relação médico-paciente. Essas coisas são estressantes. (P31)

Em uma consulta médica, é importante que haja privacidade, de forma que o paciente se sinta seguro para relatar suas queixas e que seja feita uma anamnese adequada, fundamental para um diagnóstico correto. Para Ballester *et al.* (2010), é necessário obter dados objetivos e subjetivos da doença, do impacto do adoecimento para as famílias e para o próprio paciente, assim como medos e preocupações. Deve haver uma disponibilidade inicial do médico para escutar a narrativa do paciente sem interrupção, coletando dados por meio da linguagem verbal e não verbal.

Foi possível observar algumas táticas da equipe de saúde para conseguirem acomodar e assistir os usuários. Algumas vezes, era preciso remanejar pacientes da sala vermelha para a laranja para liberar vagas para pacientes mais graves ou acomodar pacientes em macas porque

não havia mais camas disponíveis. Os pacientes eram transportados nas camas da sala vermelha para a laranja por não haver local para serem instalados (NO de 07/08/20).

Tem hora que está muito cheio, não tem onde pôr paciente. Hoje chegou uma paciente grave que teve que ficar na maca na laranja porque não tinha onde pôr na vermelha. Teve que remanejar paciente que não está muito legal para laranja e voltar ela para a vermelha. (P25)

A gente faz a admissão deles até mesmo quando lá dentro não tem vaga, no setor de internação, eles ficam ali na medicação com a gente. (P11)

Cada um dos vários setores da UPA tinha sua rotina específica. A assistência de enfermagem era regida por procedimentos operacionais padrão (POPs) e eram realizados treinamentos, que se configuravam como estratégias para o funcionamento dos setores e da unidade. As enfermeiras supervisoras e a enfermeira responsável técnica faziam uma reunião por mês e repassavam as informações aos técnicos sob sua supervisão. Elas, também, prestavam cuidados de enfermagem, faziam registros nos prontuários e livros dos setores, acompanhavam o processo de transferência de pacientes, entre outras tarefas (NO de 26/08/20).

Ainda, os pacientes internados eram avaliados pelas enfermeiras que faziam a prescrição de enfermagem nos prontuários, cuidados de enfermagem a serem realizados em horários específicos (NO de 26/08/20). Segundo uma enfermeira, “é como se fosse a SAE” (P17), mas que, na prática, não seguia todas as suas etapas. Para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a Resolução COFEN nº 358/2009 definiu que a implementação do Processo de Enfermagem deve ocorrer em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem. Ao enfermeiro, cabe a liderança da execução e avaliação do Processo de Enfermagem, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico. Os técnicos participam da execução do Processo de Enfermagem naquilo que lhes couber (COFEN, 2009).

Além de prestarem a assistência de enfermagem, as supervisoras tinham uma grande responsabilidade quanto à organização do serviço. Faziam apazamento das medicações, verificavam se todos os pacientes já estavam com prescrição para as próximas 12 horas, se os internados já estavam cadastrados no SUSfácil e se os equipamentos estavam funcionando. Em especial, observou-se a exigência de que “tudo esteja completinho” (P17) no horário que o médico diarista avaliava os internados, como resultados de exames disponíveis e aferição dos sinais vitais (NO de 26/08/20).

Isso acaba que é uma responsabilidade da enfermagem também porque a gente não pode passar um paciente à noite sem a prescrição nova. E assim, ele não fica sem medicação, mas aí o médico acha ruim porque tem que prescrever uma coisa que já era para ter continuidade. (P17)

Os resultados de um estudo realizado em um pronto-socorro de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, assinalaram resultados semelhantes aos da UPA. O enfermeiro foi apontado como um profissional-chave na transferência de cuidado dos pacientes e um elo entre profissionais de saúde. Era referência para a equipe no processo de alta, realização de exames, transportes e transferências. Fazia contatos com outros profissionais para a transferência de pacientes, conferia documentos, organizava transportes e agenda de exames, com papel importante na assistência de enfermagem, sendo considerado elemento essencial para o trabalho da equipe multidisciplinar (ALVES; MELO, 2019).

Segundo uma enfermeira, os plantões noturnos eram mais tranquilos, o que justificava o menor número de profissionais (P22). Nesse horário, as enfermeiras eram responsáveis por todos os setores da unidade, com atividades para além das assistenciais (NO de 31/08/20). Ganhou destaque o cansaço provocado pelo trabalho noturno.

Essa carga horária nossa faz com que a noite, a gente esteja na UPA praticamente todos os dias. Eu chego aqui hoje, amanhã eu vou embora, depois de amanhã estou de volta. Parece que a gente nem tem folga (...) O fato de não dormir o corpo reclama, gera o estresse. (P22)

O trabalho noturno pode causar alterações no ciclo sono-vigília, o que influencia no bem-estar dos trabalhadores por afetar desde processos fisiológicos básicos até relacionamentos sociais com familiares e amigos, tendo repercussões diretas para a saúde geral do trabalhador (COSTA *et al.*, 2018), com risco aumentado de distúrbios metabólicos, neurológicos e câncer (WANG *et al.*, 2014; WEST; BECHTOLD, 2015).

Além disso, um número significativo de profissionais de saúde possui mais de um vínculo empregatício, o que contribui para que tenham menos horas de descanso, como também era o caso da UPA, na qual 20 trabalhadores tinham mais de um vínculo (64,5%). O corpo responde a essa troca de rotina cotidiana por meio do cansaço físico e mental, além do estresse, sensação de fraqueza no corpo, aumento do peso e dores na coluna (COSTA *et al.*, 2018).

Na UPA, havia algumas estratégias para reduzir a sobrecarga/cansaço, como rodízio dos técnicos de três plantões entre os setores mais “tranquilos” e os mais “complexos e tumultuados”, com destaque para as salas vermelha e de medicação. As enfermeiras faziam rodízio entre a sala de triagem, considerada mais “tranquila”, e outros setores a cada plantão, exceto a sala

vermelha. Inicialmente eram táticas dos profissionais que, por darem certo, se tornaram estratégias para minimização da sobrecarga de trabalho. O rodízio também reduzia o estresse gerado por cobranças dos técnicos de enfermagem que pressionavam as enfermeiras para serem escalados para determinados setores de sua preferência (NO de 26/08/20).

A estratégia de rodízio era vista como “vantajosa e prática”, pois evitava esse desgaste das enfermeiras, permitia que os técnicos “descansassem”, além de aprenderem as rotinas de todos os setores (P17). Por outro lado, a desvantagem estava relacionada à incapacidade de alguns realizarem cuidados mais complexos em pacientes mais graves, o que causava insegurança e estresse em alguns profissionais.

Algumas pessoas sabem mais, outras menos, estão em processo de aprendizado. (...) Você pega um profissional mais treinado, um técnico de enfermagem ou um enfermeiro, ele tem que ficar, na minha opinião, na sala vermelha que é onde ele sabe mexer, não pode desperdiçar ele numa sala de medicação. Com o rodízio, coloca uma pessoa crua na sala vermelha, chega um caso grave... Isso também é estresse. (P20)

A tensão aqui é muito grande. Há pressão, quando não é um funcionário que já está aqui há mais tempo ou que não entende de rotina ou não passou pelo setor, principalmente sala vermelha e laranja (...) alguns não têm agilidade, então a equipe prefere não arriscar colocando, né? (P5)

Além do rodízio, para minimizarem a sobrecarga, havia o remanejamento de técnicos entre setores e a ajuda que uns davam aos outros quando percebiam que os colegas estavam com excesso de serviço. Alguns referiram que o número de trabalhadores era insuficiente para a demanda da unidade.

A gente se ajuda um ao outro, quando vê que está apertado no setor. Está sempre perguntando: “Já almoçou? Está precisando de ajuda? Me chama.” A gente é cooperativo, a gente se ajuda bastante. (P11)

Para a gente que é técnica, tem época que sobrecarrega, são poucos funcionários, o número é reduzido de funcionários, né? (P2)

Em estudo realizado em uma unidade de emergência da Bahia, Brasil, foi apontado que a sobrecarga era resultante da alta demanda, do número inadequado de profissionais, da elevada quantidade de trabalho e da carga horária elevada. Para os autores, a equipe de enfermagem deve estar preparada qualitativa e quantitativamente para prestar cuidados aos usuários desse tipo de serviço. Caso contrário, são insuficientes em suas atividades assistenciais e gerenciais e ficam expostos a riscos psicológicos e físicos. Como consequências do desequilíbrio da relação profissional/paciente/carga horária, há comprometimento da prestação de uma assistência de

enfermagem de qualidade, humanizada e segura e da saúde da própria equipe, que pode apresentar sinais e sintomas de cansaço, esgotamento e exaustão (SANTOS *et al.*, 2019).

No cotidiano de trabalho, a passagem de plantão é a principal estratégia das instituições de saúde para a promoção da continuidade dos cuidados, por ser um meio de planejamento da assistência e organização do trabalho das equipes (CORPOLATO *et al.*, 2019). É importante para a transferência de cuidado nas trocas de turnos de trabalho, nos intervalos de refeição e para o descanso de trabalhadores (ALVES; MELO, 2019). Na UPA, a equipe de enfermagem passava o plantão leito a leito, além de registrar dados dos internados e os problemas nos setores, nos livros com esta finalidade, como algum equipamento que não estivesse funcionando, por exemplo. Na passagem de plantão médica, eram priorizados os casos mais graves e os pacientes em processo de internação (NO de 14/09/20).

Para alguns profissionais, esse momento era um fator estressor, pois se preocupavam em passar o plantão sem problemas ou, às vezes, assumiam o plantão com pendências. Foi observado um médico reclamando com uma enfermeira que estava fazendo triagens em torno das 19 horas. Ele solicitou que as deixasse para o plantão noturno, preocupado em passar o plantão com fichas de atendimento pendentes para colegas (NO de 31/08/20). Muitas vezes, uma tática adotada pelos profissionais era avisar os colegas, em grupos de *Whatsapp*, quando se esqueciam de informar algo na passagem de plantão, ou seja, a comunicação entre os trabalhadores extrapolava o horário de trabalho.

Às vezes, você fica estressado porque fulano falou isso, fulano não fez aquilo. Aqui, às vezes, falam que um plantão deveria fazer isso e não fez. (...) seu amigo não passou o plantão do jeito que deveria passar... (P15)

Eu não consigo passar pendência para o outro plantão. Enquanto não resolver tudo, eu não saio, mas sempre consigo sair antes das 19h. Isso porque eu me cobro demais. (P3)

Às vezes, chega um monte de exames para você olhar ao mesmo tempo, na virada do plantão. Você acaba tendo que passar para o próximo plantão as pendências, né? (...) Tem gente que reclama, mas as pessoas que eu tenho mais contato, geralmente não se importam, mas é chato. (P27)

A gente tem essa comunicação no *Whatsapp*, mas o certo é na passagem de plantão, não deixar nada para trás, né? (P17)

A farmácia também era um setor com estratégias de funcionamento marcantes. O farmacêutico mantinha rotinas de controle de estoque e dispensação de medicamentos, discutia com médicos substituições ou padronizações de medicamentos. Havia uma lista de medicamentos padronizados e, se caso algum médico quisesse fazer alguma inserção para iniciar o uso de

alguma nova droga, havia uma comissão para avaliar tal solicitação. Evitava-se as perdas ao priorizar o uso de medicamentos com validade próxima (NO de 03/08/20).

Os auxiliares de farmácia conferiam todo o estoque da farmácia e da sala de medicação a cada plantão, além dos carrinhos de emergência quando abertos para o atendimento às intercorrências. Havia poucos meses que as rotinas do setor tinham sido alteradas após a chegada do novo farmacêutico, planilhas físicas foram extintas e o controle passou a ser informatizado (NO de 03/08/20). A busca pelo seguimento das rotinas, muitas vezes, era causa de estresse para esses profissionais.

Às vezes, eu chego e pego um plantão e a pessoa fala “Ah, não tem divergência, o estoque está certinho.” Quando vou contar, vejo a divergência, coisa de medicamento que não saiu comigo. Isso me estressa demais, sabe? Ficar procurando erro do outro e achar me estressa. (P3)

Eu distribuía remédio para pessoas externas por aqui mesmo... não pode! Para eu dar um medicamento, tem que ter uma receita certa. Se não tiver carimbo, tenho que ir atrás do médico, pedir para ele carimbar. (P23)

A intenção era que a distribuição tanto de medicamentos quanto de materiais fosse toda feita na farmácia. Entretanto, o setor não dispunha de espaço físico suficiente para comportar os insumos. No setor, tinha um pequeno estoque de materiais para as noites e finais de semana. Como táticas, que se tornaram estratégias, os profissionais de enfermagem precisavam buscar a maior parte dos materiais no almoxarifado no período diurno. Além disso, os *kits* para sondagens eram montados e distribuídos na CME (NO de 12/08/20).

Os profissionais relataram que a falta de materiais, medicamentos e equipamentos em boas condições de funcionamento lhes causavam estresse e, em alguns momentos, conflitos entre os profissionais. Alguns problemas foram agravados pela pandemia, outros, já eram recorrentes na unidade. Para Santos *et al.* (2019), a falta de condições de trabalho interfere no processo de cuidar e, geralmente, causa nos profissionais sentimentos de desânimo, incapacidade, sensação de dever não cumprido e de que poderiam ter realizado algo a mais para que os pacientes fossem assistidos de forma adequada.

Às vezes, falta alguma coisa que é básico. Por exemplo, está numa parada: “Ah, eu quero isso.” Mas não tem, aí a gente fica estressado. (P22)

Para mim, o estresse é a falta de aparelhagem boa para você trabalhar. Ter um equipamento bom funcionando (...) Isso te estressa porque você tem que se virar (...) Aí, é estressante, isso mata um [funcionário]. (P16)

Às vezes, chega um paciente e não tem uma droga específica que você precisa fazer. Estava em falta há algum tempo, mas com a pandemia, acabou faltando de forma

generalizada. É acesso venoso central, paciente precisando de nora, de droga vasoativa, não tinha como fazer, entendeu? Durante a pandemia piorou, mas sempre foi assim. (P27)

Destaca-se que o SUS padece de subfinanciamento crônico, agravado pela Emenda Constitucional nº 95/2016, do teto de gastos. Seus recursos foram reduzidos e o orçamento das políticas sociais foi congelado por 20 anos. O SUS perdeu, a partir de 2018, R\$ 22,5 bilhões e mais R\$ 20 bilhões com restos a pagar (dinheiro empenhado, mas não aplicado de anos anteriores) (BRASIL, 2020a; LANA *et al.*, 2020; RUSSO RAFAEL *et al.*, 2020). Com o aumento de demandas por serviços de saúde, mesmo anterior à pandemia, a falta de infraestrutura, de pessoal e de insumos para o combate à crise sanitária se tornaram ainda mais evidentes e danosas.

No que diz respeito ao financiamento das UPAs, em alguns locais, existe imprevisibilidade e/ou atraso no repasse de recursos financeiros estaduais. Isso reflete nos municípios que, com a descentralização dos serviços de saúde, ficaram com mais responsabilidades. Ademais, o pagamento por procedimento, estabelecido pela Programação Pactuada e Integrada (PPI), é inadequado aos casos de urgência e emergência, há baixo investimento federal e ausência de reajustes periódicos. Esses fatores limitam o cumprimento dos compromissos pactuados por parte dos gestores e dificultam o pagamento, manutenção e investimento em qualificação dos profissionais de saúde (FARIA *et al.*, 2017; TORRES; BELISÁRIO; MELO, 2015).

Nas entrevistas, estiveram presentes várias táticas que os profissionais lançavam mão para conseguirem trabalhar e prestar assistência aos usuários. “A gente tá se virando nos 30” (P16). Compartilhavam aparelhos entre os setores e, até mesmo, com outras instituições municipais de saúde (NO de 26/08/20). Um médico relatou que, havia insumos mais modernos disponíveis no mercado, mas “usa o que tem” (P24). Como o aparelho fixo de raio-x estava com defeito, utilizavam o móvel. Houve relatos de que também já faltaram tamanhos variados de filmes e, em alguns casos, precisavam fazer o raio-x dividido em duas partes.

(...) a medicina hoje pelo avanço, existe a tecnologia. Então, para gente fazer o que é melhor para o paciente, precisaria de mais recurso, embora para o que a UPA se propõe, a gente tem sempre recursos. Às vezes, falta um pouco, poderia ter medicações melhores, por exemplo, antibiótico a gente tem, mas não o melhor e queremos sempre ter o melhor, o mais indicado, o exame mais indicado, o remédio mais indicado. (P24)

A gente já teve condições de trabalho horríveis. E a gente vai pulando, precisa trabalhar, né? A gente vai se adaptando às condições e exigindo que eles melhorem um pouco. Até desanima (...) Mas a gente vem trabalhar assim mesmo, não tem outra opção. (P18)

Hoje, peguei o plantão e a gente está sem o aparelho de pressão da sala amarela/laranja. A gente tem que sair e pedir emprestado em outro setor e, às vezes, o outro setor está usando... Então, isso gera estresse. (P22)

Existe o trabalho prescrito e o real e isso ficou evidente nas falas dos participantes. O trabalho real é o que se apresenta para o profissional no seu cotidiano e, nele, estão os imprevistos que perturbam o que foi prescrito. Ou seja, exige que o trabalhador seja criativo nas “maneiras de fazer” diante dos desafios no cotidiano de trabalho (DEJOURS, 2018; MERLO, 1999). A linguagem popular as reconhece como “jogo de cintura” e são ações que podem se camuflar em um emaranhado de artimanhas silenciosas e sutis, mas eficientes. Através dessa inventividade, o homem pratica sua criatividade cotidiana (BITTENCOURT, 2012).

Para alguns participantes, a aquisição de insumos nas instituições públicas dificultava e atrasava a compra e o conserto de equipamentos, pois dependiam de três orçamentos e da realização de licitações. Reconheciam essa obrigatoriedade e que, muitas vezes, não era uma questão de má gestão, mas assumiam que a falta de recursos era um agente estressor ocupacional.

Às vezes, por questões de compras, de licitação, um certo produto, um aparelho falta... e, quando falta, gera estresse. Você está precisando fazer o procedimento, ter um resultado e não tem, aí, é complicado. (P22)

Só a burocracia de conseguir arrumar os aparelhos que estressa (...) Eu sei também que não é problema da administração, porque a burocracia é que funciona. Você tem que fazer orçamentos, por isso demora. (P16)

O que mais me estressa, no meu caso, é você não conseguir resolver alguma situação, principalmente por conta da burocracia de falta de algum recurso... Essas situações me estressam no trabalho, sabe? (P27)

A falta de condições de trabalho, muitas vezes, era causada pelas próprias características da UPA, que não é um hospital e, por isso, não dispunha de diversos recursos necessários para atender plenamente os usuários. Somam-se a este fato as internações prolongadas, pois os internados não deveriam permanecer por tanto tempo na instituição, e a grande procura pela unidade, que, por vezes, esgotavam os recursos disponíveis (NO de 01/09/20).

Para superarem tais limitações, as estratégias adotadas levavam à dependência de outros serviços de saúde. Por exemplo, a roupa era lavada em um hospital do município. Antes da instalação do laboratório, os materiais biológicos eram enviados para um laboratório externo, o que causava demora nos resultados dos exames e na liberação de pacientes ambulatoriais que lotavam a unidade. A gasometria ainda era feita em um hospital do município e, como tática para driblar este problema, as enfermeiras tinham que se certificar de que o motorista estaria

disponível para transportar o sangue, sob risco de perder o material. Devido ao defeito no aparelho de raio-x, os técnicos em radiologia poderiam enviar, caso necessário, os usuários para fazerem o exame em outro serviço, mas não o faziam para não causarem transtornos para os pacientes (NO de 26/08/20).

A UPA depende de outras instituições. Tudo depende de outras instituições e deixa um pouco a desejar. (...) Tinha que ter um atendimento melhor para não haver essa dependência de outras instituições para atender os pacientes. (P18)

Dores abdominais, de uma maneira geral, a gente não tem o recurso de exames, não tem ultrassom. Então, a falta de recurso, de exames de urgência limita, mas é característica da UPA, das UPAs, né? (...) A gente é um serviço intermediário, não um serviço de alta complexidade. (P31)

Por se tratar de uma gestão municipal, os profissionais relataram algumas tentativas de interferências na UPA, com base em questões políticas, que causavam estresse ocupacional por serem ameaças às estratégias da instituição. Outros estavam preocupados em não perderem o emprego, tendo em vista que em 2020 era ano de eleições municipais e uma trabalhadora disse que havia indicações feitas por vereadores para diversos cargos na unidade, o que era uma fonte de problemas, pois os indicados não poderiam ser corrigidos ou demitidos, a não ser que saíssem por vontade própria.

A manutenção do emprego esse ano. Fica todo mundo preocupado. Fica preocupado mesmo. A gente precisa de trabalhar... (P14)

(...) é muito difícil, estressa, politicagem em época de eleição. Chega o paciente e diz “Ah, porque eu votei no fulano.” E liga para ele. (...) Isso incomoda. Não me envolvo com favorecimentos, tento ser ético. (P20)

O prefeito fala assim: “Pode ir lá que em 15 minutos você vai ser atendido.” Não vai ser atendido, você pode ter certeza. (P23)

Os trabalhadores buscavam seguir as estratégias de funcionamento da UPA, em especial o Protocolo de Manchester, mas os usuários nem sempre as reconheciam como importantes. Buscavam táticas para atingirem o objetivo de serem atendidos rapidamente na unidade. Observa-se que a relação formada entre as estratégias e táticas está associada ao movimento sutil de “microrresistência” por parte dos indivíduos perante o pensamento social dominante. A estratégia é imposta como uma tentativa de se manter a ordem social, no entanto, as táticas são manobras utilizadas para contornar, burlar, fugir, mesmo que momentaneamente, da norma imposta e, assim, reinventar o cotidiano (BERNARDO; SHIMADA; ICHIKAWA, 2015).

Quando a gestão da unidade ainda era feita por uma fundação, os trabalhadores tinham carteira assinada e eram contratados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com direito ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e plano de saúde. Segundo relatos, o salário era superior ao atual. Com a mudança na gestão da unidade, todos os profissionais passaram a ser contratados pela Secretaria Municipal de Saúde. Portanto, para os trabalhadores mais novos era uma situação complicada, pois não tinham direito à carteira assinada e FGTS. Com a pandemia de COVID-19, o adicional de insalubridade, que era de 20%, subiu para 40%, pois foram considerados como trabalhadores da linha de frente da pandemia (BRASIL, 2020f) (NO de 14/09/20).

Precariedade e precarização são termos relativos à regulamentação do emprego, à intensificação e deterioração das condições do trabalho, à extensão da jornada, à redução dos salários, à crescente desproteção social, à difusão do sofrimento físico e/ou mental; e esses, por sua vez, são relacionados ao trabalho e desemprego estrutural (MOROSINI, 2016). Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas consagrados na Constituição de 1988, seja por vínculo direto ou indireto. É necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, garantir uma relação democrática com os trabalhadores (BRASIL, 2006b; PIRES, s.d.).

Na UPA, os contratos de trabalho eram temporários. A precarização, embora alcance todos os trabalhadores da saúde, os atinge de forma variada, refletindo as especificidades dos diversos grupos profissionais, como formação e qualificação profissional, valor social atribuído a cada diploma e tipo de trabalho, organização de cada categoria e poder político das instâncias corporativas e representativas. Tais desigualdades se expressam nas relações laborais desiguais, nas diferenças salariais e de carga horária, nas atribuições e posição hierárquica no processo de trabalho, notadamente desfavorável aos trabalhadores de nível médio (MOROSINI, 2016).

#### 5.2.2.2 A rede de atenção às urgências e sua relação com o estresse ocupacional na UPA

As UPAs têm como objetivo promover a descentralização dos atendimentos de urgência de menor complexidade, evitando a superlotação dos prontos-socorros dos hospitais. Funcionam como unidades intermediárias entre as UBSs e os hospitais (HERMIDA *et al.*, 2019; PINTO; STOCKER; LIMA, 2019). São prestados atendimentos a usuários em situações de urgência agudas ou crônicas, com ou sem risco de vida. Entretanto, muitas vezes, são procuradas

por usuários com demandas que poderiam ser atendidas em UBSs (HERMIDA *et al.*, 2019; LIMA; NICHATA; BONFIM, 2019). Nesse estudo, esses usuários representaram a maior parte da média dos atendimentos no período analisado (66,13%) (UPA, 2021), o que afetava o cotidiano da UPA por lotarem a instituição, dificultarem a organização do trabalho e exigirem atenção dos profissionais, impossibilitando que esses estivessem disponíveis para se dedicarem aos casos mais graves.

As estratégias determinam o mapa que, na UPA, determinava o fluxo dos atendimentos. Contudo, as táticas dos usuários definiam seu percurso, que é determinado de acordo com as oportunidades. É variável e rompe com o fluxo definido pelo mapa. Observou-se que muitos usuários lançavam mão de táticas ao buscarem atendimento na UPA, onde realizavam exames básicos não disponíveis nas UBSs e, de certa forma, ocupavam seu espaço no sistema, burlando a norma de atendimento da RAU, com vistas a atenderem suas necessidades de saúde. As táticas não buscam enfrentar as estratégias de frente, mas preenchem as necessidades do homem se escondendo atrás de uma aparência de conformidade (CERTEAU, 2014).

Esses atendimentos interferiam no cotidiano da unidade, comprometendo o uso de recursos e infraestrutura. Para os profissionais, entre os motivos da procura pela UPA, estavam a facilidade de conseguirem consultas médicas, medicamentos e exames, a falta de conhecimento de que as UBSs deveriam ser a porta de entrada para o SUS e orientações recebidas dos profissionais da atenção básica. Ressalta-se que, em outubro de 2020, na campanha eleitoral municipal, estava sendo veiculada, nas rádios, uma vinheta de um candidato que enaltecia a UPA, incentivando a população a buscar a instituição porque o atendimento era em até “10 minutos” e a pessoa poderia fazer os exames necessários.

A atenção básica, se a pessoa souber usar, não precisava de UPA. Deixaria aqui para os casos de urgência e emergência. Na UBS, é comum chegar uma pressão alta, já fazem o encaminhamento para cá pra ficar em observação aqui, que pode ficar em observação lá, entendeu? (P17)

A população não sabe aproveitar a assistência que pode ter, eles não sabem onde recorrer e/ou onde podem ser atendidos, estão mal informados. A pessoa vai no PSF, não encontra o médico ou médico não está e vem para a UPA. (P1)

Muitos pacientes falam que vem aqui porque os exames saem na hora, faz um eletro na hora, faz um raio-x na hora, né? E a gente sabe que na UBS seria um tratamento eletivo, com seguimento, mas a gente não nega atendimento. (P29)

A busca por atendimento em situações pouco urgentes é um problema comum em vários estudos. Em uma UPA no Rio Grande do Sul, Brasil, 72,59% dos usuários eram pouco urgentes (SCHAFIROWITZ; SOUZA, 2020). Em outra, localizada em Pelotas, no mesmo estado, 35% dos usuários não faziam parte do público-alvo da unidade (PINTO; STOCKER; LIMA, 2019).

Em uma UPA da cidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, usuários pouco urgentes eram predominantes (56,3%) (LIMA; NICHATA; BONFIM, 2019).

Machado *et al.* (2015) observaram que 58,9% dos atendimentos em UPA em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, foram inadequados por não preencherem aos critérios do Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalar (PAUH). Muitos usuários apresentavam agudizações de problemas crônicos de saúde, o que sugeriu que as doenças crônicas não estavam sendo adequadamente atendidas na atenção primária. Ressalta-se que 16,4% dos usuários foram atendidos quatro vezes ou mais no período de um ano.

Pires *et al.* (2013) fizeram uma comparação entre os atendimentos realizados nas UBSs e nas UPAs de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Levantaram que as afecções leves como problema de saúde referido variaram de 18% a 38% entre os usuários das UBSs, enquanto que, nas UPAs, foi de 51,1% a 74,4%. As UBSs foram apontadas como a primeira opção de atendimento pela maioria dos usuários, mas cerca da metade também buscava atendimento nas UPAs (UBSs, 90,2%; UPAs, 52,8%).

Em um estudo realizado em um serviço de emergência pediátrico na Áustria, onde era adotado o Protocolo de Manchester, foi feita coleta entre 2015 e 2018. Foram registrados 56.088 atendimentos, sendo que a maioria foi classificada como não urgente (68,4%). Durante o horário normal de expediente (8h às 17h), foram registrados 3 atendimentos/hora, superior ao período noturno, 1,6 atendimento/hora, com maior proporção de casos menos urgentes durante o dia. Nos finais de semana, a quantidade de atendimentos/hora foi maior do que nos dias de semana (3,6 e 2,8 respectivamente), com maior proporção de casos não urgentes (74,6% e 68,6% respectivamente) (BECK *et al.*, 2022). Portanto, percebe-se que as pessoas em situações não urgentes preferiam procurar atendimento no período diurno e nos finais de semana, horários mais convenientes, como também ocorre no Brasil.

Um estudo realizado em um serviço de emergência alemão examinou os motivos e comportamento de uso da instituição por pacientes de baixa urgência triados com o Protocolo de Manchester (azuis e verdes). Dos 729 participantes atendidos entre dezembro de 2015 e março de 2016, 81,5% também frequentaram o serviço entre 8h e 17h e 70,1% eram pacientes ambulatoriais. Os motivos de busca pela instituição mais citados foram: considerar o atendimento melhor (48,3%) e se considerar uma emergência de médio risco de vida (67,8%), portanto, a urgência autoavaliada diferiu da classificação de risco (REINHOLD *et al.*, 2021).

Em outro estudo alemão, foram entrevistados 398 pacientes com condições não urgentes (verdes e azuis) sobre as razões de escolha de quatro serviços de emergência entre julho de

2015 e agosto de 2016, nos quais também era adotado o Protocolo de Manchester. O motivo de consulta mais frequente foi relacionado a queixas musculoesqueléticas (34,92%) e os usuários procuraram assistência devido à piora de sintomas (54,52%) e pelo anseio de terem um diagnóstico rápido (66,58%). Exames laboratoriais foram feitos em 61% dos casos e maior parte dos usuários foi encaminhada para atendimento ambulatorial (71,86%) (MOSLER; FLÄGEL; STEINHÄUSER, 2021).

A organização da RAU, com coordenação de diferentes tipos de serviços de saúde interdependentes, é relevante para a redução da morbimortalidade associada às condições que requerem atendimento imediato. Os diversos serviços devem estar preparados para atenderem a diversas condições, de gravidade variada, em distintos grupos etários (MACHADO *et al.*, 2016). Cada um dos componentes da rede deve participar da atenção às urgências respeitando-se os limites de sua complexidade e capacidade de resolução.

A atenção básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que visam promover e proteger a saúde, prevenir agravos, diagnosticar, tratar, reabilitar e promover a manutenção da saúde. Quando bem estruturada e resolutiva, previne que pequenas afecções levem indivíduos às emergências. São doenças e agravos evitáveis que dificilmente progrediriam para uma internação (SANTOS *et al.*, 2019).

Entretanto, a falta de resolutividade nas UBSs contribui para que os serviços de emergência sejam a primeira escolha de grande parte da população, pois sabem que encontrará uma equipe de saúde pronta para atendê-la. Por outro lado, pode haver queda na qualidade do atendimento nessas unidades, visto que o espaço físico e recursos humanos não comportam o número excessivo de pacientes, assim como pode causar insuficiência de materiais e insumos para a assistência integral e de qualidade. A utilização caótica, a superlotação dos serviços de emergência e a falta de leitos hospitalares acarretam dificuldades tanto para a equipe de saúde quanto para o atendimento de pacientes (FARIA *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2014; 2019).

Em geral, o usuário procura as UPAs quando considera que seu problema de saúde é grave ou que não irá resolvê-lo na atenção básica. Além disso, espera ter atendimento imediato, independentemente do tempo de espera; funcionamento durante 24 horas ininterruptas; comodidade; hábito de se consultar na UPA; presença de tecnologias mais complexas não disponíveis em outros serviços; acessibilidade geográfica; preferência pela qualidade do atendimento; confiança no atendimento; dificuldade de agendar consulta nas UBSs e descrédito nas tecnologias simplificadas das unidades básicas (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012; PIRES *et al.*, 2013; SCHAFIROWITZ; SOUZA, 2020).

Ademais, há divergências entre o conhecimento da população e lógica do sistema de saúde e, devido a esse conhecimento, os serviços de urgência estão constantemente lotados, com demanda de atendimentos, muitas vezes, exorbitantes. Uma solução para esse problema seria orientar a população sobre o que é o atendimento médico de urgência (AZEVEDO *et al.*, 2010; PINTO; STOCKER; LIMA, 2019).

Outro aspecto relevante é que, nos serviços de pronto atendimento, o modelo de assistência é centrado na doença, na díade queixa-conduta e se resume a dar uma resposta imediata, principalmente pelo acúmulo de demanda. O foco é a doença e não o indivíduo. A baixa resolutividade desse modelo faz com que o paciente retorne várias vezes à unidade, aumentando cada vez mais a demanda e a insatisfação de profissionais (SUCUPIRA, 2007), sem que o paciente tenha o seguimento de que necessita para que seu problema seja resolvido.

Para alguns profissionais, a tática para reduzir a procura inadequada pela UPA seria a adoção de uma postura única de orientação dos usuários sobre qual seria a principal função da unidade ou, até mesmo, realizar as consultas, mas apenas entregar as receitas para os usuários, sem encaminhá-los para os outros setores, como a sala de medicação ou de raio-x. Tais táticas seriam importantes para que a estratégia de atendimento na rede de urgência e emergência fosse de fato obedecida e, até mesmo, poderiam se tornar estratégias da UPA.

(...) vem as coisas simples, o médico manda para medicação, umas coisas que não precisava de fazer lá, ele podia mandar para casa porque vê que é do posto, que dava para tratar em casa. (P21)

Percebo que a grande maioria dos profissionais evita o conflito e, às vezes, isso é um perpetuador da confusão. As pessoas não entendem o que que é certo e continuam repetindo. O paciente vem aqui pedindo uma coisa que não é da UPA e acaba sendo atendido, dada a medicação, dado atestado... e aí vira uma bola de neve mesmo. (P24)

Houve relatos, ainda, de problemas no fluxo de pacientes quando eram transportados pelo SAMU ou por carros particulares. Sempre que o SAMU era chamado, obrigatoriamente, levava o paciente para a unidade. Segundo uma enfermeira, se o paciente tivesse plano de saúde e desse o “azar de vir aqui pra UPA” (P1), eles precisariam entrar em contato com outras instituições para conseguirem transferi-lo.

Outra questão levantada foi que, de acordo com a rede de resposta hospitalar às urgências e emergências no âmbito o SUS, os dois hospitais gerais de médio porte do município eram referências para os casos de neurologia, ortopedia, obstetrícia de baixo risco e cirurgia geral. Dessa forma, deveriam receber esses pacientes sem a necessidade de passarem pela UPA, pois

eram os chamados “vaga zero” (P30). Entretanto, quando esses pacientes eram levados erroneamente para a UPA, era difícil conseguirem transferi-los para os hospitais referência. As dificuldades de transferência são, em parte, relacionadas à insuficiência de leitos hospitalares de retaguarda para os pacientes, principalmente leitos especializados, e a problemas de regulação que aumentam o tempo de observação dos pacientes nas UPAs (O'DWYER, 2016).

Se o paciente vier para cá, mesmo vaga zero, é a grande dificuldade. A pessoa passa numa cena de acidente, pega o paciente, põe no carro e traz para cá e ele tem uma fratura exposta. Aí, tem atraso porque temos que entrar em contato com a referência para autorizar, para cadastrar e puxar o paciente. Então, são coisas pequenas que fazem a diferença. (P30)

Eu acho que isso estressa. Com o sistema falho que temos, de falta de medicamento, de regulação de vaga, principalmente pacientes que não deveriam vir para cá e vêm, pacientes que saem daqui para um local e vão para outro, então, isso estressa. A coisa que mais me estressa é quando eu sei que o paciente vai ser prejudicado pelo sistema. (P20)

(...) às vezes, vem um paciente com uma fratura importante, uma fratura exposta e ele vem de demanda espontânea, não vem com o SAMU. (...) quando vem de demanda espontânea, com um familiar, aí, é um transtorno você transferir porque está fora do fluxo do SAMU. Essas coisas são estressantes, deixa a gente bem chateado. (P31)

Um participante questionou a forma como a rede de resposta hospitalar estava dividida entre os dois hospitais, pois um politraumatizado pode apresentar várias demandas simultâneas. Na sua opinião, esse paciente deveria ser atendido em apenas uma instituição hospitalar, uma referência para politraumatizados, pois a demora no atendimento prejudica o paciente. Argumentando sobre, apontou a dificuldade do profissional que faz o primeiro atendimento, ainda na cena do acidente, em classificar e definir para qual hospital o paciente deve ser encaminhado.

É o único lugar no mundo, isso eu nunca ouvi falar, que o trauma é dividido (...) politraumatizado é um paciente só, a fratura não fica lá, a cabeça lá e a barriga vai para cá... Isso é um absurdo sem precedente. (...) a triagem é feita por um bombeiro que está ali na pista e, muitas vezes, nem médico tem para avaliação. Não que técnicos e enfermeiros não tenham essa capacidade, mas o próprio médico já tem dificuldade e não tem material ali para definir e tempo é vida no trauma, um, dois minutos perdidos é vital para o paciente (...) as vítimas de trauma são geralmente jovens, que têm a vida inteira pela frente. (P28)

O politraumatismo provém de um acontecimento traumático em que há ampla perda de energia, como quedas, acidentes de trânsito, atropelamentos e ferimentos por armas de fogo. É a primeira causa de morte na faixa etária de 20 a 40 anos, quando o indivíduo é mais produtivo, sendo as vítimas, na grande maioria, do sexo masculino (MARTINS; MATOS, 2013). O pico de maior mortalidade é a primeira hora após o trauma, com taxa de mortalidade em torno de

50%, sendo as principais causas de morte: traumatismo cranioencefálico grave; rotura de grandes vasos e obstrução de vias áreas. O segundo pico ocorre entre 2 a 4 horas após, com taxa de mortalidade em torno de 30% e as principais causas de morte são: as fraturas graves, hemorragias e lesão de vísceras. O terceiro pico ocorre após uma semana do trauma (HU *et al.* 2018).

O fator tempo é fundamental no atendimento pré-hospitalar. O melhor para o paciente é receber atendimento no local do acidente e ser encaminhando rapidamente para um hospital, pois o tratamento imediato e eficaz é a chave para a redução de danos (HU *et al.* 2018; HUSSMAN; LENDEMANS, 2014). Nesse sentido, observa-se a importância do tempo, da qualidade do atendimento prestado e dos sistemas de referência e contrarreferência para o atendimento a esses pacientes (AZEVEDO *et al.*, 2010).

Outro problema da RAU, destacado pelos participantes, era a dificuldade de transferência dos pacientes para hospitais de referência do município e região, via SUS fácil, mesmo quando o fluxo de atendimento tenha sido correto. Esse é um fator de estresse porque a UPA é uma instituição que deveria servir para a triagem do sistema de saúde público regional e não para manter pacientes internados por vários dias como frequentemente ocorria, pois não era equipada como um hospital. Destaca-se que, conforme relatado, na UPA, os usuários deveriam ser estabilizados e mantidos em observação por, no máximo, 24 horas (BRASIL, 2017b).

#### 5.2.2.3 Agentes estressores decorrentes das relações interpessoais com os usuários

As relações interpessoais são vínculos de importância significativa para os seres humanos e revelam que uma pessoa pode influenciar atitudes e comportamentos de outras. Portanto, o ser humano se constitui a partir da estruturação de suas relações com os outros (FONSECA; MOURA, 2008). Em diversos relatos, as relações com os usuários, sejam pacientes ou acompanhantes, foram apontadas como estressor ocupacional relevante. Para alguns, era o principal fator estressor no cotidiano de trabalho na UPA. “Pra mim, 90% é de usuários mesmo”, disse uma técnica de enfermagem (P10). A seguir, a Figura 2 apresenta a nuvem de palavras como os termos mais ditos pelos participantes acerca do estresse ocupacional relacionado às interações com os usuários.



As unidades de emergência são ambientes estressantes para o paciente e para o acompanhante. É frequente o atendimento a pacientes ansiosos pelo medo do desconhecido, a insegurança frente à morte e a preocupação com o quadro de saúde de entes queridos (SANTOS *et al.*, 2019). No relato de P7, há uma opinião em relação à postura do profissional, que deve ser de tranquilidade quando chega um paciente ansioso, com dor e necessidade de ações emergenciais.

A partir das entrevistas, pode-se verificar que as relações dos profissionais com os usuários eram permeadas por comportamentos violentos. Quase um quarto dos atos de violência cometidos em locais de trabalho em todo o mundo ocorrem nos setores de urgência e emergência e são executados, geralmente, por pacientes e visitantes (JOFRE *et al.*, 2020). A violência verbal ou física, ameaça de violência e assédio são fatores de risco para o estresse ocupacional (EU-OSHA, 2017), sendo que a pandemia de COVID-19 e sua subsequente crise econômica são fatores que podem aumentar o risco de violência e assédio no mundo do trabalho (OIT, 2020).

Segundo a OIT, os termos “violência” e “assédio” no trabalho referem-se a comportamentos e práticas inaceitáveis ou a ameaças, únicos ou repetidos, que visam ou podem resultar em danos físicos, psicológicos, sexuais ou econômicos e incluem violência e assédio de gênero. A “violência e assédio de gênero” é dirigida ou afeta pessoas de forma desproporcional por causa de seu sexo ou gênero e inclui o assédio sexual (ILO, 2019). É praticada tanto por agressores externos ao serviço, como os usuários, quanto por internos, que são os trabalhadores da própria instituição (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A violência sofrida por profissionais dos serviços de urgência e emergência constitui um relevante problema em níveis nacional e internacional, cujas consequências são o prejuízo à saúde física e mental dos trabalhadores e repercussões negativas no trabalho, com risco aumentado de eventos adversos e iatrogenias, desumanização da assistência, eficiência reduzida e insatisfação laboral (SCARAMAL *et al.*, 2017). É a principal causa de estresse ocupacional nesses serviços (MURRAY *et al.*, 2020), sendo identificada em muitas regiões do mundo (PANEQUE; CARVAJAL, 2015).

Há diferentes tipos de violência, tais como: violência psicológica ou abuso verbal, quando há uso de linguagem ofensiva com intenção de ofender, assustar, humilhar, degradar, desrespeitar e menosprezar a dignidade e o valor do trabalhador, como ameaças, insultos, gritos, provocações, intimidações, falsas acusações, provocações, mentiras e críticas. Assédio moral é um comportamento humilhante que desqualifica ou desmoraliza sistematicamente, independentemente de gênero. Danos materiais ou furto ocorrem quando há tentativas, danos ou roubos de objetos do profissional. Abuso ou violência

física é a tentativa ou uso de força física, como socar, chutar, beliscar, morder, empurrar, bater, estapear, esfaquear e atirar. Assédio sexual é qualquer forma de proposição sexual indesejada, como piadas humilhantes ou ofensivas e comentários com conotações sexuais (KORITSAS; BOYLE; COLES, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2020; PANEQUE; CARVAJAL, 2015; PARAVIC-KLIJN; BURGOS-MORENO, 2018; RODRÍGUEZ-CAMPO; PARAVIC-KLIJN, 2017).

No ambiente hospitalar, os setores de emergência são os que possuem maior risco de violência laboral (ERDUR *et al.*, 2015; JOFRE *et al.*, 2020; RAFEEA *et al.*, 2017), assim como nas UPAs, onde há alto risco de atos violentos (OLIVEIRA *et al.*, 2020), por serem ambientes estressantes que recebem pacientes com emergências médicas (WANG *et al.*, 2019). Na maioria das vezes, é praticada por pacientes e visitantes (JOFRE *et al.*, 2020; MORKEN; JOHANSEN; ALSAKER, 2015) e constitui um problema de saúde pública significativo, entretanto, evitável (ACEP, 2019).

Nas entrevistas, foi possível identificar os vários tipos de violência aos quais os profissionais da UPA estavam expostos. Muitas vezes, eram tratados com hostilidade e, não raro, ocorriam ameaças, xingamentos e, até mesmo, agressões. Também houve relatos de danos ao patrimônio da unidade, o que, em certa medida, prejudicava o seu funcionamento. Eram ocorrências comuns no cotidiano de trabalho, a ponto de uma técnica de enfermagem afirmar: “Já sofri muita agressão verbal, eu e várias pessoas. Normal de uma UPA, né?” (P9)

Às vezes, você está trabalhando, está tranquilo e chega aquela pessoa estressada (...) isso estressa porque, às vezes, os clientes que vêm para UPA não entendem que a gente está aqui trabalhando. Então, vêm com tudo, às vezes, xinga, né? (P9)

Uma vez, um homem chegou aqui, ia jogar um banquinho aqui dentro. Já quebraram o bebedouro que tinha lá fora, cadeira. Eles quebravam tudo. (P23)

Uma colega à noite levou um chute que ficou a marca no peito dela. (P10)

A violência psicológica é mais comum que a física (JOFRE *et al.*, 2020). Uma pesquisa realizada no Paraná, Brasil, apontou esse tipo de violência como o mais relatado por enfermeiros de duas UPAs, sendo os pacientes e familiares os responsáveis pela maioria dos casos. Os autores ainda apontaram que a violência psicológica se tornou praticamente rotineira, quase natural no cotidiano laboral (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Um estudo realizado com 100 funcionários de um serviço de emergência do Bahrain corroborou esse achado. O tipo de violência mais vivenciado pelos trabalhadores nos últimos 12 meses foi o abuso verbal (78%), seguido de abuso físico (11%) e sexual (3%). A maior parte dos casos de violência ocorreram durante os turnos noturnos (53%), 40% dos participantes não tinham ciência de alguma política contra a violência no local de trabalho e 26% consideravam largar o emprego (RAFEEA *et al.*, 2017).

Para alguns participantes, os usuários atendidos na UPA eram pessoas carentes que, ao serem acometidas por problemas de saúde, podiam ficar nervosas e se tornarem mais ríspidas. Os principais perfis dos usuários violentos são os que abusam de álcool e outras substâncias, o que os tornam mais agressivos e, por decorrência, os acompanhantes também se tornam violentos (ERDUR *et al.*, 2015; JOFRE *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020), além de alguns serem portadores de transtornos mentais (JOFRE *et al.*, 2020).

Ele surtou, estava surtado. Aqui tem isso também. Paciente chega aqui em surto. (P23)

O paciente já chega aqui naquele extremo, né? Ele chega, às vezes, gritando, chorando. Por ser um pronto atendimento, porta aberta, a gente pega tudo. Isso causa estresse. (P15)

Causa estresse é o público que a gente trata, é um público mais suscetível, que vem aqui na UPA por ser 100% SUS. É uma população que já sofre e a pessoa está enferma, está doente, está precisando de ajuda, normalmente aflora mais as emoções e elas ficam mais agitadas. (P24)

Algumas condições ambientais também são fatores de risco para a violência praticada por usuários, tais como superlotação, escassez de pessoal e de recursos, problemas orçamentários e falta de leitos (ERDUR *et al.*, 2015; PANEQUE; CARVAJAL, 2015; PARAVICKLIJN; BURGOS-MORENO, 2018; SANTOS *et al.*, 2019; SCARAMAL *et al.*, 2017), somados à falta de pessoal de segurança (JOFRE *et al.*, 2020). Ainda, a violência pode resultar na diminuição da qualidade do atendimento que, por vez, aumenta do círculo da violência por provocar nos usuários sentimentos de ansiedade, frustração e perda de controle (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Embora todas as categorias profissionais tenham relatado casos de violência, principalmente os da equipe de enfermagem, foi possível identificar que os médicos, embora também sofressem, essa era mais velada do que com os demais profissionais. Um médico relatou que quase não era destrutado, mas já havia sido ameaçado por paciente. Estudo realizado na Sérvia sobre violência no trabalho e sua influência na capacidade laboral de médicos de emergência mostrou que sofriam assédio moral e que a violência impactava em seu trabalho e, consequentemente, na qualidade da assistência (NIKOLIĆ; VIŠNJIĆ, 2020).

Com os médicos eles não falam nada, né? Aí, vem tudo em cima da gente e a gente fala: “Vai falar com o médico.” Não vão. Com o médico, eles ficam um amor, mas chega aqui, pintam com a gente. Mas a gente precisa trabalhar. O que que a gente vai fazer? Tem que tolerar. (P10)

Eles nunca, praticamente nunca me destratarem diretamente, mas eles começam a ficar mais exigentes e querem um atestado. Às vezes, ameaçam, ameaçam que vão processar, que vão fazer não sei o que... (P24)

Estudos corroboram que os profissionais mais afetados pela violência são os da equipe de enfermagem (JOFRE *et al.*, 2020; PARAVIC-KLIJN; BURGOS-MORENO, 2018; SCARAMAL *et al.*, 2017). Representam o maior contingente da força de trabalho e são responsáveis pela assistência e gestão do serviço durante as 24 horas do dia, portanto, têm constante interação com os usuários, considerando, ainda, que a maioria da equipe é composta por mulheres (PARAVIC-KLIJN; BURGOS-MORENO, 2018; SCARAMAL *et al.*, 2017). Os autores também ressaltaram a inferiorização social da profissão, que, embora seja de utilidade pública e de valor social inquestionável, não é reconhecida como tal, fato que advém de seu contexto histórico (SCARAMAL *et al.*, 2017).

Profissionais de enfermagem de um serviço de emergência da Bahia, Brasil, afirmaram que a deterioração das relações com os usuários pode interferir na execução do trabalho de enfermagem, na qualificação da equipe e na construção de projetos profissionais. Tal situação desencadeava sentimentos de menos valia e crises de identidade, podendo provocar prejuízo psíquico e influenciar a saúde mental dos trabalhadores (SANTOS *et al.*, 2019). No entanto, na UPA, parecia haver “certa naturalização” da violência, verificada quando o participante disse: “Mas a gente precisa trabalhar. O que que a gente vai fazer? Tem que tolerar” (P10).

Os profissionais mencionaram que a maioria dos episódios de violência eram causados pelos usuários menos graves. Geralmente, reclamavam da demora do atendimento. Por serem classificados como verdes (pouco urgentes) e azuis (não urgentes), os atendimentos deveriam ocorrer em até 120 e 240 minutos, respectivamente (GUEDES *et al.*, 2014).

Às vezes, não entende o protocolo que é passado na triagem para o familiar e paciente, que existe um tempo de espera, aquele protocolo de classificação. Às vezes, não é bem aceito. Gera tumulto, gera estresse em todo mundo. (P15)

A pessoa vem e podia ter ido num posto de saúde. Chega aqui e quer ser atendida na hora. Aí, vem o marido, vem a família, briga, começa na recepção, briga com as enfermeiras na triagem, vem brigando com a gente na medicação e assim vai. Isso é bem estressante. (P9)

A falta de paciência deles não deixa entender que, às vezes, um médico ou a equipe está toda na sala vermelha como está agora, e a pessoa tem que ficar lá fora esperando, porque é classificado de não urgência. (P14)

Quer ser atendido rápido porque tem um compromisso. Eu falo: “Mas você está passando mal e preocupado com compromisso? O médico vai pedir exame, tem a medicação, você tem que ficar aí um pouco.” Isso gera muito estresse porque cobram: “Eu tenho que ir embora. Vou assinar o termo.” (P17)

O tempo de espera e falta de compreensão acerca das prioridades de atendimento foram apontados como causas da violência em serviços de urgência e emergência no Brasil e em outros países (ERDUR *et al.*, 2015; JOFRE *et al.*, 2020; MORKEN; JOHANSEN; ALSAKER, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2020; PARAVIC-KLIJN; BURGOS-MORENO, 2018). A demora no atendimento, somada ao fato de não serem priorizados, pode levar à frustração dos usuários. Uma estratégia seria orientá-los quanto ao uso adequado e o papel desse tipo de serviço, além de aconselhá-los onde poderiam obter assistência mais adequada às suas necessidades. (MORKEN; JOHANSEN; ALSAKER, 2015).

Os setores de classificação de risco são locais de elevado risco para a ocorrência de violência. Em 13 serviços de urgência e emergência do Mato Grosso do Sul, Brasil, houve 212 episódios de violência verbal contra, pelo menos, 24 episódios de violência física em um ano, sendo que a segunda foi mais frequentemente levada ao conhecimento judicial (35,7%) do que a primeira (5,6%). Os acompanhantes foram os maiores perpetradores de violência verbal (43,7%), enquanto que os pacientes foram os principais responsáveis por violência física (58,3%). Na maioria dos episódios de violência, não houve instauração de processos, porém a polícia foi mais acionada nos casos de violência física (1,6%) do que de verbal (28,6%) (CEBALLOS *et al.*, 2020).

Portanto, a principal estratégia de organização da UPA, a classificação de risco por meio do Protocolo de Manchester, era fonte de atritos com os usuários. Para a triagem, era utilizado um programa predeterminado (estratégia), preenchido de acordo com as queixas, a partir do qual era feita a classificação dos usuários que, muitas vezes, não compreendiam a essência desse protocolo. Para Certeau (2014), lugar implica a ideia de estabilidade organizada pelas estratégias, enquanto o espaço (lugar praticado) implica em interação. No olhar Certeuniano, as estratégias, como leis, programas, normas e relações de poder, estão definidas e pressupõe-se que sejam aceitas como desejáveis. Porém, os usuários não urgentes buscavam na UPA um espaço para serem atendidos, mas de acordo com as estratégias, ali não era o lugar para sua assistência.

Em outros relatos, ficou claro que alguns usuários já chegavam na UPA exigindo que certos procedimentos fossem realizados, como exames e medicações, ou eram portadores de doenças crônicas que precisariam de um acompanhamento a longo prazo, o que não era ofertado no local. Entretanto, é uma prerrogativa dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, decidir qual seria a melhor conduta caso a caso, com base em protocolos clínicos.

Acho que a população nossa também é carente. Vem aqui, se não tomou um soro, uma coisa que não tem nada a ver, não foi medicado, acha que não foi bem olhado, é complicado. (P21)

Querem que você resolva os problemas deles em uma consulta na emergência e a maioria dos casos aqui são problemas de meses, anos. Você não resolve em uma consulta, vai dar um paliativo, uma dor e eles não entendem, se frustram e jogam a frustração para você. Eu acho isso estressante no trabalho. (P30)

Às vezes, um paciente vem aqui e quer uma coisa que não é da área e quer impor uma condição. Vai ser grosso, destrata a equipe, isso me estressa. (...) profissionais de fora encaminham pacientes que não são para cá, exigem coisas que não são da UPA... (P24)

Tem paciente que já chega e fala: “Eu vim aqui fazer um raio-x.” Se não pedir, o médico é ruim, isso é culpa mais do paciente, não é do médico. (P16)

Às vezes, chegam aqui, nós só temos clínico, mas eles querem um ortopedista, pediatra, mas a gente não tem. Isso gera estresse tanto para o paciente que está ali quanto para a equipe porque eles ficam cobrando, xingando: “Eu não quero ir embora, eu preciso disso, daquilo.” (P15)

Em um estudo chileno, os autores afirmaram que os pacientes, ao receberem cuidados que não atendiam às suas expectativas, consideravam o tratamento injusto, não entendiam o que estava sendo dito, ficavam incertos acerca de seu tratamento e prognóstico, além de aflorarem diferentes emoções, como raiva, ansiedade e medo. Dessa forma, surgiam o uso de palavras inapropriadas, agressões físicas e outros episódios de violência contra os profissionais dos serviços de urgência, criando um ambiente de trabalho com tensão e insegurança (PARAVICKLIJN; BURGOS-MORENO, 2018).

Outra questão que gerava questionamentos e, em alguns momentos, atritos com os usuários, era a demora na efetivação de transferências para os hospitais de referência, assim como observado por Erdur *et al.* (2015). A norma é que os usuários fiquem em observação na UPA por até 24 horas (BRASIL, 2017b) e, caso necessitem de internação, sejam cadastrados no SUS-Fácil para serem transferidos, o que, muitas vezes, era demorado.

Isso gera estresse para a gente porque é cobrado pela família e pelo paciente se ele fica muito tempo aqui. A família, mesmo você explicando como funciona o sistema SUS-Fácil, a partir do cadastramento do paciente cobra da gente. Eu não tiro a razão deles não. (P1)

Uma coisa que o povo não entende é que os pacientes são cadastrados pelo SUS-Fácil e eles acham que gritando com o operador do SUS-Fácil o paciente vai arrumar a vaga mais rápido, só que não... Depende de outros médicos, outros lugares aceitarem e não é gritando que vai ficar mais fácil. É falta de conhecimento da pessoa. (P12)

Na UPA, a violência contra os profissionais não era praticada apenas pelos pacientes, mas também pelos acompanhantes, especialmente dos pacientes encaminhados à sala de medicação, onde não era permitido acompanhante. O local era movimentado e não comportava mais pessoas e, com a pandemia, a entrada de acompanhantes na unidade ficou mais restrita, autorizada apenas em casos específicos. Segundo Batista e Bianchi (2006), o relacionamento com familiares de pacientes também se configura como agente estressor.

Paciente nervoso, acompanhante nervoso causa um estresse. Você, às vezes, tem que discutir com acompanhante por causa de protocolo da instituição, coisas que causam estresse. Você sai daqui estressado. (P6)

Os pacientes na faixa etária de 18 até 59 anos e 11 meses não têm direito [de acompanhante] por lei e são os que mais causam tumulto. São os que mais criticam e brigam... Aí, a gente tem bastante dificuldade com isso. (P5)

O pessoal não entende, quer dar carteirada e entrar de qualquer jeito. “Eu sou da polícia, eu quero entrar.” Isso é muito humilhante. (P14)

Acompanhante já falou que queria me bater, sabe? É muito estresse para gente. Falam que eles que pagam a gente. (P10)

Os maiores protagonistas das ocorrências violentas nas unidades de urgência e emergência são os pacientes ou seus familiares (JOFRE *et al.*, 2020; PARAVIC-KLIJN; BURGOS-MORENO, 2018). A principal motivação da violência por parte dos acompanhantes era a limitação da entrada de pessoas na unidade, reforçada pela pandemia, uma estratégia da UPA para organizar o atendimento no local que, em geral, ficava cheio (NO de 13/08/20).

Em uma pesquisa realizada com 362 médicos de prontos-socorros da Turquia, 99% relataram já terem sofrido abuso verbal e 54% violência física. Os familiares foram os principais autores das ocorrências e a violência física foi reduzida em 14% nas instituições que limitaram o número de visitantes. Grande parte indicou que havia pessoal de segurança no local de trabalho (89%), porém, mais de 89% consideravam que era insuficiente em número e capacidade de proteção. Para 82%, a violência no local de trabalho afetou sua capacidade de oferecer cuidados aos pacientes e apenas 23% indicaram terem sido informados sobre como prevenir e controlar a violência no local de trabalho (SABAK *et al.*, 2021).

Também foram comuns relatos de que alguns casos de violência eram relacionados ao fato de a UPA ser uma instituição pública do SUS. Alguns usuários, inclusive, faziam reclamações nas redes sociais, não raro, expondo nomes de servidores, como também citado por Oliveira *et al.* (2020). Destaca-se que a UPA tinha estratégias para receber tais reclamações e que a enfermeira responsável técnica e a diretora foram apontadas como pessoas acessíveis para o

diálogo. Esses fatos preocupavam os profissionais porque muitos tinham medo de perder o emprego.

Já aconteceu de acompanhante querer tirar foto e eu falei: “Eu não aceito”. Foto do prontuário, foto de puncionar... (P19)

O pessoal acha que, no SUS, tem que ser atendido na hora e não existe isso. Nem particular consegue ser atendido rápido, para e espera. Aqui acham que é deles, tudo é deles. (...) “Aqui é meu, eu tenho que ser atendido na hora, não posso esperar.” (P23)

Na medicação, então, falam que eles pagam a gente, que a gente não faz o serviço direito, põem cada nome na gente... Ainda mais se vai puncionar, porque não é sempre que a gente acerta, né? Tem paciente que fala que vai processar. Isso acontece muito na medicação. O que mais mata a gente é falar que eles pagam o salário da gente. Isso é direto, falam: “Eu que pago seu salário, não sei quanto.” Humilha mesmo, não são poucos, são muitos. (P10)

No Chile, a violência física em estabelecimentos de urgência e emergência públicos foi quase quatro vezes maior que nos privados. Em relação ao abuso verbal, o percentual também foi superior nos públicos (65,9%) do que nos privados (45,2%). Em ambos, os profissionais de enfermagem eram a maior parte das vítimas e os pacientes e familiares os principais agressores (PARAVIC-KLIJN; BURGOS-MORENO, 2018).

A exposição diária ao insulto, falta de respeito, humilhação ou qualquer tipo de violência provocada por pacientes, acompanhantes e/ou de colegas de trabalho provocam danos à saúde mental e física dos trabalhadores, podendo causar doenças ocupacionais e agravos psicossociais (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Também repercutem de maneira negativa em seus aspectos pessoais, familiares e sociais (SCARAMAL *et al.*, 2017).

A violência nas urgências e emergências é um relevante estressor ocupacional e, quando crônica, aumenta o risco de estresse, estresse pós-traumático, Síndrome de *Burnout* e, até mesmo, é um fator de risco para o suicídio (ERDUR *et al.*, 2015; JOFRE *et al.*, 2020; MURRAY *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2019). As vítimas expressam sentimentos de angústia, ansiedade, medo e apreensão (MURRAY *et al.*, 2020; SCARAMAL *et al.*, 2017).

Compromete a autoestima do trabalhador, diminui a satisfação e o interesse pelo trabalho, prejudica a relação com o paciente, causa queda na qualidade do atendimento, afastamentos e desistências do emprego. Pode levar a comportamentos ainda mais violentos, comprometendo a segurança do paciente e seus direitos (OLIVEIRA *et al.*, 2020; PARAVIC-KLIJN; BURGOS-MORENO, 2018; WANG *et al.*, 2019).

Segundo relatos, quando a situação saía do controle, os profissionais chamavam o segurança que ficava na recepção. Os técnicos de enfermagem chamavam as enfermeiras e/ou os

médicos para conversarem com os usuários na tentativa de resolverem a situação na base do diálogo.

A gente grita e ele [segurança] vem correndo porque, se deixar, tem uns que avançam, até batem. Já aconteceu de técnica apanhar ali na medicação. (...) quando acontece isso, a gente tem que chamar a enfermeira, porque a gente não pode bater boca com paciente. (...) A gente sempre sai como errada, não pode. Eles batem boca, mas a gente não pode bater boca com eles, né? (P10)

Eu procuro acalmar, ficar calma, peço licença, chamo o enfermeiro ou o médico. Aqui, a gente tem muita liberdade com os médicos, o que é uma vantagem, ajuda muito. Os médicos entram com a gente para conversar. (P9)

Em um estudo realizado na Noruega, foi mencionado que era comum para a resolução de situações ameaçadoras a aparição de colegas “por acaso”, ou seja, interrompiam a situação de forma inesperada quando percebiam o risco de violência. Além disso, os participantes enfatizaram a importância de terem um sistema de alarme para poderem convocar alguém rapidamente quando percebiam alguma ameaça, o que lhes proporcionava sensação de segurança (MORKEN; JOHANSEN; ALSAKER, 2015).

Na UPA, uma tática bastante mencionada pelos profissionais para evitarem o embate com usuários e diminuírem o risco de violência era não revidarem. Quando não havia mais possibilidade de diálogo, o silêncio era a tática, ou seja, deixam o usuário falando sozinho. Não reagir à violência física e verbal também foi o mais citado por trabalhadores chilenos (PARAVIC-KLIJN; BURGOS-MORENO, 2018).

Você tem que tratar o paciente bem. Um rapaz me xingou de tudo quanto é nome. Ele estava tonto, tinha levado ponto, eu calado: “Não, eu estou aqui para servir o senhor, tá?” Depois, ele falou: “O senhor me desculpa porque eu te tratei mal, posso te dar um abraço?” Mas eu não respondi, fiquei quieto, fazendo o meu trabalho, tratando-o bem. (P16)

Com alguns a gente consegue conversar, tem outros que não. Eles gritam tanto que você tem que sair da sala e deixar falando porque senão você vai ser agredida. Se tiver muito agressivo, eu saio. (P10)

A gente fecha a boca e sai de perto porque, senão, a gente acaba falando o que não deve e depois tem que pedir desculpa. A gente sabe que ofende, quem fala não fica ofendida, mas quem ouve é ofendido. (P5)

Em relação aos acompanhantes, antes da pandemia, quando a unidade estava mais “tranquila”, os profissionais os deixavam entrar, mesmo sabendo que, as estratégias que normatizavam o funcionamento da UPA não permitiam. Uma técnica de enfermagem relatou que quando o paciente “(...) demanda uma atenção mais específica e a gente tem outros pacientes e não

consegue dar aquele cuidado intensivo para ele, então, a gente acabava deixando entrar” (P5). Portanto, lançavam mão dessa tática, burlando a estratégia, para lidarem com uma situação complexa, ao liberarem a entrada de acompanhantes para evitarem possível embate ou mesmo, para que pudessem ajudá-los ao realizarem alguns cuidados de pacientes mais debilitados.

Quando o setor está tranquilo, tem só um ou dois para medicar e a gente vê que aquele familiar está muito desesperado, querendo notícia, a gente deixava entrar para a pessoa ficar mais tranquila. Também para a gente não ter mais um paciente na recepção com uma síncope, né? (P5)

Outro recurso seria os trabalhadores se prepararem para uma situação ameaçadora ou violenta. Coletar o máximo de informações antes de uma consulta complicada, alertar os colegas para ficarem atentos e envolver a polícia desde o início do atendimento. Além disso, é importante que estejam mentalmente preparados para essas situações, sendo treinados para identificarem e lidarem com ameaças e violência (MORKEN; JOHANSEN; ALSAKER, 2015).

Também é fundamental que os gestores forneçam suporte e acompanhem tais episódios. Autores apontaram a realização de reuniões periódicas para que os profissionais possam discutir os incidentes, como foram enfrentados e quais medidas de segurança, poderiam ser implementadas, assim como a instalação de um sistema de alarme e de vidros inquebráveis entre a recepção e a sala de espera, por exemplo (MORKEN; JOHANSEN; ALSAKER, 2015).

Embora seja preocupante, a violência nas urgências e emergências tende a ser ainda mais grave, tendo em vista a subnotificação de casos. Um aspecto preocupante é que alguns trabalhadores aceitam a violência como parte do trabalho, o que desmotiva a denúncia. Geralmente, não denunciam quando não são feridos ou por medo de consequências (JOFRE *et al.*, 2020; MURRAY *et al.*, 2020). Porém, cabe salientar que os profissionais devem reconhecer e denunciar quando forem vítimas de violência para que esse problema tenha maior visibilidade e, assim, possibilitar que os governantes, conselhos profissionais, sindicatos, e gestores das instituições de saúde possam planejar e adotar medidas de prevenção e proteção dos trabalhadores. (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A partir dos relatos, foi possível perceber que alguns participantes não se sentiam valorizados como profissionais de saúde da UPA. Havia um quadro com alguns antigos bilhetes de agradecimento e elogios de usuários acerca do atendimento recebido na unidade (NO), mas, segundo um médico “(...) elogio é coisa rara...” (P26). Um participante relatou a desvalorização por parte da população e de alguns usuários, além das críticas na mídia e nas redes sociais. Ainda, ficou claro que a desvalorização também partia de outros servidores municipais. Por outro lado, reconhecia o carinho recebido dos pacientes internados como forma de valorização.

Um profissional da área de imagem se queixa de sua invisibilidade e de ser “uma área meio esquecida”, tendo em vista que se não fizer o exame o médico também não trabalha, “porque eles não sabem trabalhar sem imagem” (P16).

Eu acredito que a gente é muito desvalorizado. (...) A gente vê que os pacientes internos agradecem, têm uns que choram. Mas quando vai para mídia, joga no Facebook, o que chega são só críticas. É gente falando mal, debochando do trabalho. Dos pacientes que estão aqui dentro é que a gente recebe esse carinho. Mas é bacana a gente ler um elogio na internet, né? E a gente não vê, só lê crítica. (...) Eu e meu plantão temos consciência tranquila que a gente faz o máximo que a gente pode, mas, mesmo assim, a gente não vê valorização tanto dos pacientes quanto da população, até mesmo de funcionários da prefeitura. Chateia a gente estar aqui na porta de frente e não ter valorização. (P5)

Raio-x é uma área muito desconhecida, quem conhece mais é só a gente que trabalha lá. (...) É uma área meio esquecida. Você pode ver agradecimento... Todo mundo agradece, agradece a cozinha, o pessoal da limpeza, o porteiro, o médico, a enfermagem... Ninguém agradece o técnico de raio-x. (...) eu fico um pouco revoltado com isso, porque, se a gente não fizer o exame, o médico não trabalha porque eles não sabem trabalhar sem imagem, né? (P16)

A baixa valorização e falta de reconhecimento no cotidiano de trabalho podem influenciar no desempenho laboral, na autoestima e na relação dos profissionais com seu trabalho. Por sua vez, elogios ou simplesmente agradecimentos são vistos como retornos positivos pela prestação de seus serviços e, assim, se sentem reconhecidos, parceiros e com vínculos estabelecidos com os usuários atendidos (LAGE; ALVES, 2016).

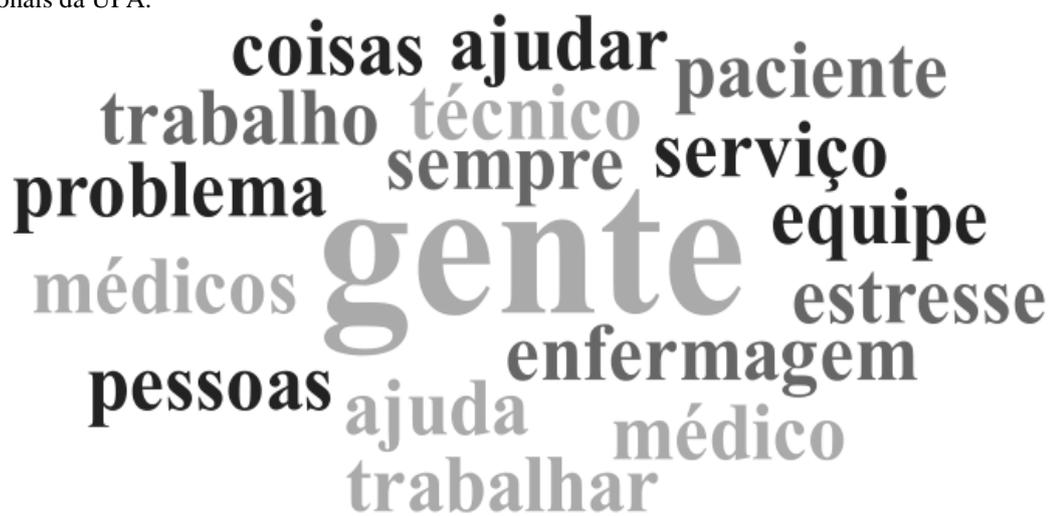
Portanto, não era raro que, nas interações com os usuários da UPA, ocorressem práticas violentas. O atendimento ideal só poderá ser alcançado quando pacientes, profissionais e demais pessoas dos serviços de urgência e emergência estiverem protegidos contra atos violentos (ACEP, 2019). A abordagem da violência e do assédio tem sido uma prioridade para a OIT e inclui: (a) proibição legal; (b) garantia de políticas relevantes; (c) adoção de estratégias de prevenção e combate; (d) estabelecimento ou fortalecimento de mecanismos de fiscalização e monitoramento; (e) garantia de acesso a recursos e apoio às vítimas; (f) aplicação de sanções; (g) desenvolvimento de orientação, educação, treinamento e conscientização; e h) garantia de meios eficazes de inspeção e investigação dos casos de violência e assédio (ILO, 2019).

#### 5.2.2.4 Agentes estressores advindos das relações interpessoais entre os profissionais da UPA

No cotidiano das instituições de saúde, o trabalho da equipe, composta por profissionais de diferentes categorias, requer interações constantes para que o cuidado integral e de qualidade

seja ofertado, em um espaço compartilhado onde as interações vão além das estratégias estabelecidas. Entretanto, em alguns momentos, os contatos entre os trabalhadores podem ser conflituosos, o que pode causar o estresse ocupacional. A seguir, na Figura 3, está apresentada a nuvem de palavras com os termos mais ditos pelos participantes acerca do estresse ocupacional relacionado às relações interpessoais entre os profissionais da UPA.

**Figura 3** – Nuvem com as palavras acerca do estresse ocupacional relacionado às relações interpessoais entre os profissionais da UPA.



Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa.

As palavras mais citadas foram “gente”, “ajuda”, “equipe” e “problema”, seguidas por “estresse” e “pessoas”, o que mostra que há situações positivas, mas também problemas, como em qualquer equipe de trabalho. O destaque de “gente” parece ter um sentido de que a equipe (técnicos, enfermeiros e médicos) tinham um trabalho coletivo. O verbo “ajudar” sinaliza o apoio que relataram que existia entre os profissionais, mas, em contraponto, também tiveram destaque as palavras “problema” e estresse”.

No trabalho em emergência, situações desafiadoras e estressantes podem influenciar a vida profissional, com tendência a conflitos interpessoais entre os colegas de trabalho (FONSECA; LOPES NETO, 2014). Entretanto, nos relatos, foi possível verificar que, no geral, mantinham bom relacionamento como os colegas de trabalho, o que é um fator protetor contra o estresse ocupacional, conforme Paschoal e Tamayo (2004).

A gente tem, pelo menos eu tenho muita afinidade com os técnicos, a gente tem um bom relacionamento. (P12)

Eu acho que a gente se ajuda bastante. É uma equipe bem homogênea, coesa. A equipe da UPA é uma equipe bem legal. (P31)

O convívio aqui é muito bom, com os médicos também é muito bom. Isso dá uma força também. (P23)

O bom que aqui é que todo mundo é muito próximo, principalmente no meu plantão, a cumplicidade é boa. É grande, até mesmo com os enfermeiros, a gente se abre muito com o outro, ajuda o outro e isso conta bastante. (P2)

Redes sociais no trabalho são relacionamentos entre atores, que podem ser indivíduos ou organizações, e os relacionamentos são as ligações entre eles. Podem ser classificadas de acordo com a frequência dos contatos (laços fracos e fortes), características do relacionamento (familiar, trabalho, amizade) ou conteúdo das informações trocadas (NASCIMENTO; SERAFIM, 2015). Contribuem para a amenização do estresse ocupacional, que envolve três dimensões como gênese de sofrimento mental no trabalho: baixo controle, demanda psicológica e apoio social (MATTOS; ARAÚJO; ALMEIDA, 2017).

É a partir da formação das redes sociais que os trabalhadores conseguem se concatenar por intermédio de normas, métodos, crenças, valores e sentimentos de reconhecimento, respeito e amizade. Os relacionamentos visam a promoção do grupo com base na ação conjunta, engajamento, reconhecimento e aprendizagem entre as partes (SANTOS; MACIEL; SATO, 2014). Os trabalhadores se relacionam para responderem às demandas e necessidades dos usuários de maneira integrada, tentando respeitar o saber e a autonomia de cada membro. Entretanto, pode haver conflitos e a formação de subgrupos, o que pode dificultar a prestação dos serviços, gerar sofrimento e comprometer o bem-estar no trabalho (CAVALCANTE *et al.*, 2018).

Também foi possível identificar que os profissionais se apoiavam, tanto em termos de todo o grupo dos profissionais, mas, principalmente, dentro das categorias profissionais e de um mesmo plantão. Segundo Andrade e Pérez-Nebra (2017), além de familiares e amigos, os colegas de trabalho são fontes significativas de suporte social, o que favorece a manutenção de um clima positivo de trabalho com a preservação dos laços de amizade.

A gente tenta, como são poucos, tenta pelo menos auxiliar o pessoal. As meninas me perguntam bastante, porque eu sou um dos mais antigos (...) me ligam: “Faz?” Eu falei: “Ah, se eu fosse você, eu não faria.” (P16)

Se não consigo sozinha, peço ajuda para o colega. Uma qualidade aqui é que a gente está em três, então, tenho o suporte, posso compartilhar informações, pedir ajuda (...) para chegar a um resultado melhor para o paciente. Por exemplo, tem um que sabe mais da urgência, da sala vermelha, aí você pede ajuda, o outro sabe mais de sutura, o outro mais lidar com o paciente de consultório. (...) como os plantões são fixos, você já sabe sua equipe, raramente troca por férias ou outro motivo, então, você estabelece essa rede de ajuda. (P30)

Sempre o enfermeiro está ali orientando a gente. O enfermeiro está diretamente ligado à gente. Ele percebe quando a gente está mais estressado, sensível. (P19)

A gente tem total liberdade com o médico. Qualquer coisa com o paciente, não precisa ir à enfermeira, não precisa esperar, já resolve. Isso ajuda o cuidado do paciente (...) apoio a gente tem. Os médicos são muito bons, as enfermeiras, a gerente... A gente tem problema, eles fazem tudo para ajudar. Eu já tive problemas com colega. Então, vai, conversa, decide, resolve aquilo, pronto. Resolve, nada que fica esticado. (P9)

A UPA é um ambiente surpreendentemente unido, onde as pessoas não costumam ter conflito interno entre médico-médico, médico-enfermeiro... isso torna o ambiente menos estressante. (P24)

Nas relações entre profissionais, a disponibilidade em confiar, preocupar-se com o outro, valorizar, comunicar-se, ajudar, assistir com os recursos disponíveis, compartilhar emoções e sentimentos e oferecer apoio afetivo e emocional resume o que seria o suporte social. Os vínculos possibilitam situações de convivência e de apoio social com forte influência na vida do indivíduo, considerando que passam parte do tempo no local de trabalho. O apoio difere da rede social, pois o construto rede social é mais subjetivo e o de apoio social mais concreto (FONSECA; MOURA, 2008).

O apoio beneficia tanto quem apoia quanto quem o recebe e é associado à saúde física e mental, pois o elevado grau de apoio é um agente de proteção às doenças induzidas, como o estresse. Quando há apoio social suficiente, ocorre uma “absorção” de parte dos efeitos adversos do ambiente, o que pode minimizar o surgimento de patologias e favorecer o desempenho dos trabalhadores (ANDRADE; PÉREZ-NEBRA, 2017; FONSECA; MOURA, 2008). Portanto, o suporte social recebido pelo trabalhador, que pode ser proveniente do supervisor, dos colegas de trabalho ou mesmo de pessoas de fora do trabalho, como familiares, auxilia no enfrentamento de situações laborais estressantes (PASCHOAL; TAMAYO, 2004).

O trabalho em equipe interprofissional permite a efetiva troca de informações, parceria e respeito entre os trabalhadores. Tem como qualidades a comunicação, confiança, vínculo, respeito mútuo, autonomia, reconhecimento do trabalho alheio, colaboração, tomada de decisão compartilhada e construção de objetivos comuns (GLUYAS, 2015). Na área de saúde, melhora a efetividade e organização do trabalho e o processo saúde e doença dos clientes, além de proporcionar um ambiente mais harmonioso, elevar a satisfação da equipe e a qualidade da assistência. Assim, trocar ideias, aceitar opiniões e saber lidar com as diferenças é uma missão necessária nesse contexto (LACCORT; OLIVEIRA, 2017).

Pode-se observar que os participantes se apoiavam até mesmo fora da UPA, pois contaram que recebiam ligações de colegas. Um profissional afirmou: “(...) para mim, é difícil porque eles me ligam para falar: ‘Oh, está assim, assado, tal, o que que faz?’ Eu não consigo deixar a

UPA, pois a UPA vai atrás de mim” (P26). Também se apoiavam em questões não relacionadas ao trabalho. Destaca-se que os riscos psicossociais para o estresse ocupacional também podem ser externos ao trabalho, como acontecimentos da vida, estilo de vida, más condições de moradia, problemas financeiros, entre outros (EU-OSHA, 2017).

Um ajuda bem o outro, né? Na parte de apoiar a pessoa se está com problema, as outras ajudam a resolver. Já teve companheira nossa aqui que estava com problema com ex-marido internado, a gente foi, juntou todo mundo para tentar resolver o lado dela... Um ajuda o outro, não só no trabalho, mas no particular também, sabe? São amigos. (P25)

Entretanto, alguns relataram que tinham problemas com colegas de trabalho, o que se configurava um fator estressor. “A convivência entre profissionais gera estresse” (P15). Apontaram características pessoais, como “gênio” ou “perfil”, como fontes de problemas na equipe multiprofissional.

Estresse no trabalho é quando a equipe não trabalha em equipe, quando não tem respeito um com o outro, do parceiro ou da dupla, tanto da enfermagem, quanto dos técnicos. (...) Então, são os conflitos do dia a dia, da tensão que fica aqui. Isso para mim é bem estressante. (P5)

Muitos colegas de trabalho me estressam aqui, sabe? Eu tenho problema com funcionária. Então, ela me estressa muito. (P10)

E o maior desafio profissional, eu acho que são as relações humanas, que é o que gera mais estresse no ambiente de trabalho. Trabalhar com as caixinhas de medicamentos, com estoque é tranquilo, o problema é trabalhar com gente. As relações entre as pessoas, como não são muito bem acordadas, quando as pessoas não conhecem o processo, geralmente, gera conflitos porque levam para o lado pessoal, acham que o problema está com ela e não está com ela. (P7)

Porque tem sempre um ou outro que não pode generalizar, são perfis... você tem um jeito, fulano tem outro, eu tenho um, então... É isso aí. (P20)

Outra coisa, também, que me causa estresse é a incompatibilidade de gênio entre os profissionais. Isso, para mim, é fundamental. (P14)

Embora determinados profissionais tenham relatado que recebiam apoio de colegas de trabalho, outros tinham opinião contrária. Apontaram a falta de união da equipe e o individualismo de alguns, outros exemplos de agentes estressores ocupacionais.

Acho que é a falta de união da equipe, não é nem questão de serviço. Quando a equipe está desunida, estressa qualquer um no trabalho, né? (P6)

Tem algumas enfermeiras que fazem o dela e o resto é com o técnico. Do técnico é do técnico, enfermeiro é do enfermeiro. Mas tem enfermeira que ajuda o técnico, enfermeira que é enfermeira apoia, está junto e tem as enfermeiras que querem fazer o

serviço dela e ir embora. Tem as duas partes. A que está ali apoiando, que está junto da equipe, que é uma equipe, né? Essas aí são as mais certas. As enfermeiras que são chefes são as que estão junto com a gente. (P25)

São poucas as pessoas que se unem para ajudar, entendeu? Tem pessoas aqui que são individualistas. Se vejo uma pessoa empurrando uma maca sozinha, eu vou procurar ajudar. Se eu vejo ela passando aperto com uma coisa que eu possa ajudar, eu ajudo, mas nem todo mundo é assim. Elas chegam aqui, fazem o serviço delas independente se eu estou precisando, se fulano está precisando... fez o serviço dela, pronto, acabou, vai embora. (...) Às vezes, nem precisa chamar, ela vem e te ajuda, mas são pouquíssimas. (P18)

Em alguns momentos, os profissionais de saúde têm dificuldades em manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e, conseqüentemente, a segurança do paciente (GLUYAS, 2015). Um estudo realizado em um serviço de urgência e emergência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, apontou dificuldades para o trabalho em equipe. A maioria trabalhava com foco na execução de tarefas e procedimentos, com individualismo, falta de cooperação e distanciamento entre as equipes médica e de enfermagem. A falta do trabalho em equipe prejudicava a comunicação entre os profissionais e colocava em risco a transferência de cuidado e a segurança dos pacientes. Além disso, a passagem de plantão foi apontada como importante para a transferência do cuidado dos pacientes (ALVES; MELO, 2019). Na UPA, um participante apontou problemas relacionados à passagem de plantão.

A enfermagem, em si, é meio desunida. A passagem de plantão de um para o outro, sempre tem alguma coisinha que cobra ou fala com o chefe. Não é aquela continuidade, porque tem que ter continuidade, né? E, às vezes, não tem. Uma coisa que dava para fazer, reclama com o chefe que o plantão anterior deixou de fazer. (...) Uma reclamação! Se fosse uma crítica construtiva tudo bem, mas não, é: "Ele deixou errado aqui." Acho que continuidade é legal se acontecer. (P25)

Além disso, em alguns relatos, também foi possível identificar as diferenças hierárquicas entre as categorias profissionais de saúde na UPA, que, em alguns momentos, poderiam influenciar na comunicação entre a equipe. Muitas vezes, os trabalhadores preferiam trabalhar de forma paralela dentro de uma mesma categoria, evitando as relações com alguns profissionais, o que, em alguma medida, poderia interferir na assistência ofertada.

Não é querer passar na frente deles. No meu plantão, eles vêm, me perguntam. Já tenho intimidade com eles. Mas outros médicos não chegam, eu não passo na frente. O que pede, eu faço. Mas o estresse é esse. Você nunca tem razão, a gente discute com o paciente e com o médico, mas não tem respaldo. Tem uma hierarquia, a área de saúde tem hierarquia. Médico, a gente tem que respeitar porque senão... A gente não pode ficar discutindo e ele responde pelos atos dele e a gente responde pelos nossos. Essa hierarquia eu tento respeitar o máximo, mesmo que o que ele está pedindo seja errado. Eu tenho que fazer, né? Eu acho que está errado, mas ele acha que está certo e é ele que assina. (P16)

Às vezes, é médico que pede para fazer alguma coisa, o próprio técnico fala: “Não, não vou fazer isso”. Questiona com o médico... (P15)

Médicos, dependendo do jeito que a gente é tratado, estressa. Às vezes, tem um mais retraído, que trata mal a gente... trata mal o paciente. A gente não gosta e isso gera estresse. Às vezes a gente estressa com eles. Tem outro que a equipe fala: “Ih, hoje é aquele médico...” Então, você já fica com um pé atrás, falo assim: “Oh, meu Deus...” (...) A gente reza para dar tudo certo, para não ter problema. Mas aqui, geralmente, os médicos são bons, é um ou outro que é mais estressado e estressa a equipe. Às vezes, você está no procedimento, o médico grita faz isso, faz aquilo... Eles geram um estresse na equipe toda. (P22)

Aqui é um dos lugares que eu vejo... hoje nem tanto, mas há um tempo tinha um conflito grande entre a enfermagem e os médicos... coisa que não vejo em outros locais que trabalho. Isso melhorou muito. Sempre existe pessoas em todos os locais, da limpeza até o maior especialista que são difíceis, né? (...) Eu acho que é questão de ego tanto do médico quanto da enfermagem. Já melhorou 90%. (P20)

A rigidez da hierarquia entre categorias profissionais não permite criar um canal de comunicação efetiva entre os diferentes níveis hierárquicos (JOHNSON; KIMSEY, 2021). Entre os principais desafios encontrados para a comunicação efetiva no trabalho em equipe na saúde, tem-se a diversidade na formação dos profissionais, a tendência de uma categoria profissional se comunicar mais entre si e o efeito da hierarquia, geralmente com o médico ocupando posição de maior autoridade, o que pode inibir os demais membros da equipe interdisciplinar (ROWLANDS; CALLEN, 2013). Em um estudo australiano, foi verificada a desigualdade na valoração dos distintos trabalhos e o sentimento de inferioridade por parte de alguns técnicos de enfermagem, cujas informações sobre pacientes, em sua visão, não eram consideradas importantes pelos médicos (GLUYAS, 2015).

Um estudo realizado com 88 médicos e 80 enfermeiros de um serviço de emergência da Sérvia apontou que o estresse ocupacional dos enfermeiros esteve associado ao estrito controle hierárquico presente em relações organizacionais complexas, às demandas para o desempenho de tarefas sob ordens médicas e à soma da assistência aos pacientes com o trabalho administrativo. O estresse devido à hierarquia diminuía a satisfação no trabalho e tinha efeito negativo na saúde, além de que o agravamento dos relacionamentos interpessoais gerava novos estressores e reações comportamentais (ILIC *et al.*, 2017).

Como mencionado, a maior parte de ocorrências violentas nas unidades de urgência e emergência tem como autores pacientes ou familiares (JOFRE *et al.*, 2020; MORKEN; JOHANSEN; ALSAKER, 2015; PARAVIC-KLIJN; BURGOS-MORENO, 2018). Porém, também podem ser praticados por trabalhadores da própria instituição (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Para um responsável pela equipe, é fator estressor ficar apaziguando brigas e conflitos entre

colegas de trabalho. “Ter que chamar a pessoa para tentar resolver problemas, coisa adulta, nem é do serviço. É briga, briguinha entre eles. Não dá. Aí, é complicado mesmo. Bem estressante” (P14). Também houve relato de briga entre técnicos de enfermagem.

Foi de técnico com técnico e eu fiquei no meio... Teve até falta de respeito, o nível ficou baixo. (...) Eu não vim aqui para passar isso para técnico porque isso tem que vir de casa (...) eu não vou elevar o tom da minha voz. Fiquei esperando a poeira baixar e depois conversei com um, com o outro. (P17)

A literatura destaca que a falta de comunicação e de compreensão por parte da supervisão do serviço, bem como a de suporte por parte gerência ou colegas, são exemplos de estressores ocupacionais (BATISTA; BIANCHI, 2006; EU-OSHA, 2017). Entretanto, na UPA, os participantes referiram que os gestores, representados pela enfermeira responsável técnica, o diretor clínico e a superintendente administrativa, eram abertos ao diálogo para a resolução de problemas, o que, em certa medida, prevenia o estresse.

Alguns trabalhadores mencionaram que as reuniões mensais, que a responsável técnica realizava com as enfermeiras, e que essas tinham com os técnicos de enfermagem de cada plantão eram boas estratégias para melhoria das relações entre os profissionais por serem consideradas momentos apropriados para tentarem resolver os conflitos que surgiam. Contudo, alguns profissionais de enfermagem relataram que deveriam ocorrer reuniões na UPA para que os problemas fossem resolvidos, ou seja, nem sabiam da realização dessas reuniões ou não lhes atribuíam tal finalidade. Portanto, talvez essa fosse uma estratégia frágil, a ponto de nem ser reconhecida por alguns profissionais, o que abria brecha para o surgimento de algumas táticas.

Um estudo chileno levantou que a principal tática dos profissionais de emergência para evitarem conflitos com colegas de trabalho era evitarem o embate. Os chilenos também lançavam mão dessa tática para prevenirem-se da violência no caso das relações com os usuários (PARAVIC-KLIJN; BURGOS-MORENO, 2018). Na UPA, também foi observado que o distanciamento entre alguns profissionais era útil para evitar conflitos.

(...) se a pessoa não combina com a outra, tenta ficar longe, faz o seu trabalho. Eu acho que eles fazem isso, tentam ficar perto de quem eles gostam e, de quem eles não gostam, têm menos contato, para evitar. (P12)

Alguns participantes ainda relataram outras táticas para melhorarem as relações laborais: apoiar colegas em busca de apoio para si e melhorar as relações sociais no trabalho. Como exposto, a rede social pode amenizar o estresse ocupacional (MATTOS; ARAÚJO; ALMEIDA,

2017), assim como o apoio social, pois auxilia na redução do efeito dos estressores (ANDRADE; PÉREZ-NEBRA, 2017; FONSECA; MOURA, 2008).

Eu preciso de ajuda, então, por que eu não posso ajudar o meu colega? Se eu preciso, tenho que ajudar também. Eu procuro fazer isso para ficar mais fácil para todo mundo, o trabalho em conjunto, o serviço fica mais fácil, né? (P18)

Acho que, em todo lugar, você tem que ter o bom senso para trabalhar bem e se dar bem com todo mundo porque você sempre precisa, né? (P16)

Eu acho que as relações pessoais cordiais e amigas que acontecem no ambiente do café, do almoço e de encontros extratrabalho também facilitam o ambiente de trabalho. (...) o papinho de corredor, a cordialidade no “bom dia”, “dá licença”, “obrigado”, facilita muitas as relações de trabalho. (P7)

Temos os nossos amigos, nós somos unidos em termos, né? A gente desabafa e, querendo ou não, você não pode guardar as coisas para você. Tudo que é ruim você desabafa com um amigo aqui, outro ali e acho que melhora porque passamos a mesma coisa. Dividir isso faz a gente se sentir melhor porque eu não divido isso dentro da minha casa. Ninguém ia entender. (P23)

A principal coisa que resolve o estresse no trabalho é o diálogo. É sentar com o funcionário, explicar o porquê de estar sendo tomadas aquelas decisões, entender o lado dele nessa angústia, na mudança. Tentar trazer ele como parte do processo de mudança. Então, isso gera muita resistência, mas, se você tiver um poder bom de negociação, você consegue obter uma resposta depois. (P7)

Lançado em 2003, o HumanizaSUS objetiva pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, a partir de mudanças nos modos de gerir e cuidar tanto dos usuários quanto dos trabalhadores. No que tange aos profissionais, é importante dar visibilidade a suas experiências e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho. É preciso fomentar o diálogo, intervenção e análise das causas de sofrimento e adoecimento, fortalecendo o grupo e propiciando acordos de como agir no serviço de saúde. É importante assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão (BRASIL, 2013).

#### 5.2.2.5 Estresse ocupacional relacionado à pandemia de COVID-19<sup>3</sup>

Como a pesquisa foi realizada durante a pandemia de COVID-19, este assunto foi bastante proeminente nas entrevistas. Em item anterior, foi explicitada a organização da UPA para o enfrentamento da pandemia. A seguir, será abordada a relação entre a pandemia e o estresse

<sup>3</sup> Subcategoria publicada como:

CAMPOS, I. C. M.; ALVES, M. Estresse ocupacional relacionado à pandemia de COVID-19: o cotidiano de uma Unidade de Pronto Atendimento. **REME - Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 26:e-1430, 2022.

profissional, inicialmente com a nuvem de palavras com os termos mais ditos pelos participantes, apresentada na Figura 4.

Figura 4 – Nuvem de palavras sobre o estresse ocupacional relacionado à pandemia de COVID-19.



Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa.

A análise da nuvem permite verificar a ênfase dada ao “medo”, o qual foi expresso após os trabalhadores começarem a ter “contato” com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 que buscavam atendimento na UPA. O receio de contaminação era principalmente de levar a doença para “casa” e contaminarem a “família”. Por outro lado, a “pandemia” deixou o “plantão” de “trabalho” mais “tranquilo” devido ao menor “fluxo” de “pacientes”, mas o “estresse” e suas variantes “estressa” e “estressante” também foram palavras proeminentes. Surgiram novos agentes estressores no cotidiano de trabalho, como o uso de “máscara”, cuja disponibilização também foi um protetor contra o estresse, e vontade de fazerem “teste” mais frequentemente.

Para grande parte dos profissionais, o início da pandemia foi muito difícil, sofrido e estressante. Tudo era desconhecido, um vírus novo, uma nova doença e a implantação de novos protocolos de atendimento que mudavam constantemente, à medida que avançavam os conhecimentos com os esforços mundiais de cientistas. Tinham medo de atenderem casos suspeitos e, até mesmo, a dificuldade de deixarem seus filhos em casa, tendo em vista que as aulas presenciais haviam sido suspensas, mas a convicção de que os profissionais de saúde precisavam continuar trabalhando, foi citada.

Quando o paciente chegava, no início, falava: “Ah, é suspeito de covid.” Parecia que estava entrando um ET. A gente ficava com medo, agora está bem tranquilo. (P17)

No início, foi tenso, até porque é uma coisa nova, né? A gente nunca passou por isso e nem imaginava passar... (P22)

No começo, era uma verdadeira bagunça, até porque as informações mudavam o tempo todo... (P24)

O suporte aos profissionais que têm filhos é fundamental e pode ser decisivo para a continuidade da atividade laboral. Mesmo com as repercussões negativas da pandemia, os profissionais tinham consciência de sua responsabilidade social e profissional no atendimento dos pacientes e, assim, não raro cumpriam jornadas de trabalho estendidas. No entanto, isso se soma às preocupações com sua segurança e a de suas famílias, o que afeta a saúde mental, principalmente por presenciarem mortes decorrentes da COVID-19 (CAI *et al.*, 2020).

Os profissionais de saúde estiveram expostos a fatores que os colocaram em mais vulnerabilidade para o contágio e o adoecimento, tais como exposição a patógenos, longas horas de trabalho, sofrimento psicológico, fadiga, esgotamento profissional, estigma e violência física e psicológica (BRASIL, 2020a; WHO, 2020a). O medo de se contaminarem esteve presente nos relatos sobre o início da pandemia e, piorado pelo fato de alguns possuírem comorbidades, gerou aumento do estresse ocupacional. Quando os profissionais sentiam os sintomas da COVID-19 ou atendiam alguém que, posteriormente, recebesse resultado positivo, ficavam ainda mais preocupados. Por outro lado, uma participante afirmou que o risco de infecção era inerente ao trabalho em enfermagem e, para outros, a preocupação foi diminuindo com o tempo. Ressalta-se que pessoas com maior risco são as que estão em contato próximo ou cuidam de pacientes com COVID-19 (CORREIA *et al.*, 2020; WHO, 2020b).

Todo mundo com medo, mas o que a gente podia fazer? (...) Eu tenho comorbidades. Então, a gente fica com medo. (P10)

Parece que é o fim do mundo. Acho que alterou muito... A corona está fazendo isso. Está deixando o pessoal mais estressado, mais ansioso do que doente de corona. Acho que está tendo mais repercussão psicológica, psiquiátrica. (P13)

A partir do momento que você faz enfermagem, você está suscetível a qualquer doença infectocontagiosa. (...) Eu levei esse negócio com naturalidade, naturalidade entre aspas, né? Eu falei: “A gente preocupa tanto com COVID, a gente trata tuberculose, meningite...” (P21)

O aumento do número de doentes e a exigência dos cuidados de saúde para os casos graves tornaram os profissionais de saúde um grupo de alto risco para adquirir a infecção (KOH,

2020; THE LANCET, 2020). Essa exposição configurou “exposição biológica” e a maioria dos trabalhadores (se não todos) que atenderam algum paciente contaminado ficaram sujeitos ao alto risco de contaminação (FERIOLI *et al.*, 2020).

Indicadores sobre a exposição ao contágio, letalidade e morbidade, em vários países, apontaram que os trabalhadores da saúde estiveram entre 4 e 12% dos casos de COVID-19 notificados (BRASIL, 2020a). Outra publicação afirmou que a prevalência entre os profissionais é superior a 10% (THE LANCET, 2020) e, nos hospitais públicos da cidade do Rio de Janeiro, chegou a 25% (AZEVEDO, 2020), muito acima da China (4%) (KOH, 2020) e Itália (15%) (ANELLI *et al.*, 2020).

Diversos profissionais relataram medo de contaminar os familiares com o SARS-CoV-2, ou seja, de levarem a doença “para casa”. Muitos referiram que este era o maior medo, até mesmo do que eles próprios se contaminarem. Alguns disseram que residiam com parentes dos grupos de risco da COVID-19 ou evitavam se encontrar com esses familiares. Uma enfermeira pediu para não ser escalada para trabalhar em seu setor de preferência por causa do seu filho pequeno e uma técnica de enfermagem cogitou pedir demissão da UPA.

A gente não vive só em função da UPA, a gente tem os familiares. Então, aumenta aquela questão: “Olha, vamos tentar prevenir melhor porque (...) a gente pode estar levando para casa.” (P29)

Eu moro com os meus pais e meus sobrinhos. O medo é de acontecer uma transmissão. Eu ser assintomática, famosa assintomática, transmitir, eles acabarem sentindo as consequências e eu, nada. Um dia, a gente foi discutir sobre a covid e todo mundo chegou à mesma conclusão, que era o medo da gente transmitir e os familiares acabarem fazendo e a gente ficar com culpa. (P5)

(...) a maioria de nós aqui somos mulheres, enfermeira mulher, técnica mulher, estamos na linha de frente e a maioria de nós somos mães (...) quando eu voltei, estava tudo mudado, eu não queria ficar. Eu queria pedir demissão. (P9)

Se os trabalhadores tinham risco elevado de se contaminarem, claramente havia risco de transmitirem o coronavírus para seus contatos. Para protegerem seus entes queridos, trabalhadores se afastaram de familiares e da rede de suporte com que contavam no cotidiano, o que pode aumentar o sofrimento (ALMEIDA, 2020). Medidas como oferta de alojamentos fora do local do trabalho, como hotéis, para que pudessem descansar fora da sua residência, foram implementadas com sucesso em alguns países, além da disponibilização de transporte para o deslocamento para o trabalho (HELIOTERIO *et al.*, 2020).

Muitos participantes mencionaram a queda do número de atendimentos na UPA após o início da pandemia. Para alguns, foi a mudança “mais notável” no cotidiano da unidade. Os

motivos citados foram o medo das pessoas se contaminarem na instituição, a menor circulação de pessoas nas ruas e o fechamento de bares e restaurantes, o que reduziu acidentes e brigas, e a diminuição dos acidentes de trabalho e da demanda por atestados porque as pessoas estavam em trabalho remoto. Alguns apontaram que as pessoas que buscavam a instituição, na verdade, não eram casos de urgência e emergência.

As pessoas estão menos estressadas atualmente do que estavam antes da pandemia devido à diminuição de fluxo de pessoas na UPA, a diminuição da procura de pacientes pela UPA. (P7)

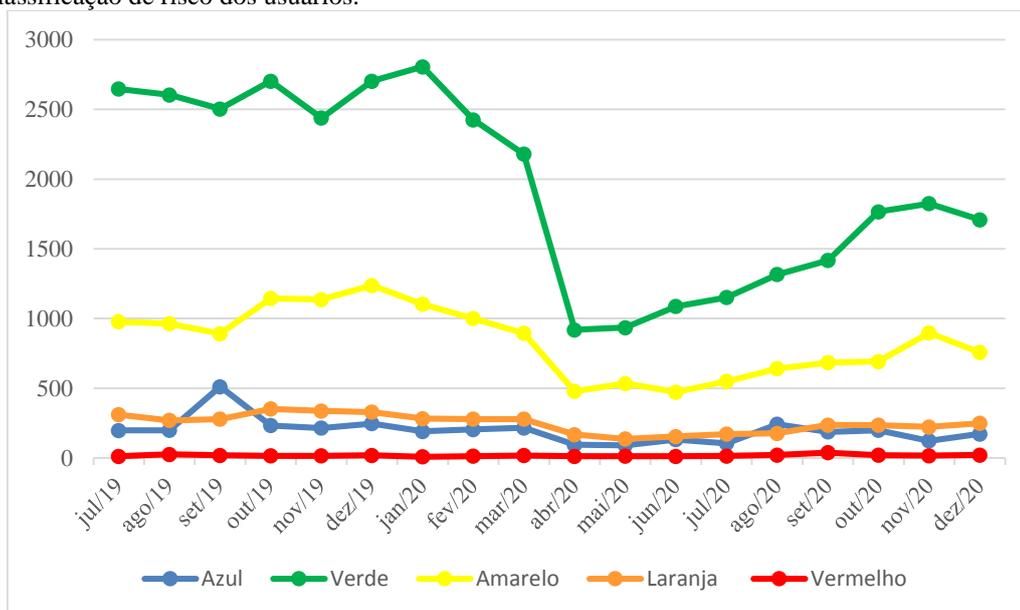
Quando estourou isso, a UPA ficou vazia, aí deu para gente dar uma respirada porque estava todo mundo muito cansado e doido de medo. Agora, o pessoal já perdeu o medo, a UPA está começando a encher de novo. (P2)

A gente fala que as doenças tiraram férias quando a covid entrou. Ficou só a covid e o pessoal [usuário] sumiu. Os que vinham era suspeito de covid, mas pouco... (P25)

A queda do número de atendimentos foi apontada por alguns como fator protetor contra o estresse ocupacional, pois não estavam sobrecarregados de serviço como antes. Todavia, ao longo dos meses, observaram que o quantitativo de atendimentos foi aumentando aos poucos devido a decretos estaduais e municipais que promoveram a flexibilização das restrições relacionadas à prevenção da COVID-19.

A evolução temporal dos atendimentos na unidade entre julho de 2019 e dezembro de 2020 pode ser observada no Gráfico 3. Houve uma grande queda na procura pela UPA entre março, quando a pandemia foi declarada, e abril de 2020. Os atendimentos de pacientes classificados como vermelhos reduziram 33,33%; os dos triados como laranjas, 39,78%; os dos amarelos, 46,59%; os dos verdes, 57,84% e os dos azuis, 56,01% (UPA, 2021).

**Gráfico 3** - Evolução temporal dos atendimentos na UPA entre julho de 2019 e dezembro de 2020 de acordo com a classificação de risco dos usuários.



Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa.

A pandemia causou impactos diretos e indiretos nos sistemas de saúde e na busca por cuidados de saúde em vários países. Assim como observado na UPA, estudos relataram diminuição das admissões em serviços de emergência por condições não relacionadas à COVID-19 nos Estados Unidos (HANDBERRY *et al.*, 2021), Israel (JAFFE *et al.*, 2021) e em Portugal (PAIVA *et al.*, 2021) no início da pandemia. Assim como preconizado no Brasil, o atendimento inicial nestes países também era telefônico, principalmente na presença de sintomas da doença, o que pode ter desestimulado a ida aos serviços.

Nos Estados Unidos, houve redução de 26% dos atendimentos em comparação com os meses pré-pandêmicos, mas os números foram aumentando ao longo de 2020, assim como verificado na UPA. Por lado, os casos relacionados à saúde mental/comportamental aumentaram inicialmente e, depois, voltaram aos níveis basais. Para os autores, precauções para retardar a transmissão de COVID-19, incluindo o distanciamento físico e a permanência em casa, podem ter levado a interrupções no acesso a medicamentos para transtorno de uso de opioides (HANDBERRY *et al.*, 2021).

Em Israel, houve redução das admissões urgentes, como intervenções coronárias primárias. A redução de 24% das “lesões totais” pode estar relacionada à diminuição das viagens e atividades esportivas devido ao confinamento da população. O tempo desde o início dos sintomas até a busca pelo serviço foi prolongado e, ainda, houve aumento de 38% dos casos em que os pacientes ou familiares recusaram transporte porque não eram permitidos acompanhantes e

por medo de contraírem a COVID-19 na ambulância ou no serviço (JAFFE *et al.*, 2021), assim como ocorreu no Japão (KATAYAMA *et al.*, 2020).

Por outro lado, houve aumento da procura dos serviços israelenses por sintomas da COVID-19. Triplicaram as queixas de “tosse/hemoptise”, duplicaram as de “dor de garganta” e os relatos de “febre” aumentaram 48%. Também foi verificado aumento das causas mentais ou psiquiátricas, que poderiam estar relacionadas à ansiedade e estresse associados à pandemia e ao impacto psicológico da quarentena e do distanciamento social (JAFFE *et al.*, 2021).

Em Portugal, houve redução de 45% dos casos de emergência em um serviço pediátrico. As causas apontadas foram o isolamento social, medo de infecção pelo SARS-CoV-2, redução da incidência de infecções sazonais, principalmente virais, e de lesões traumáticas devido a acidentes durante a prática de esportes após o fechamento de escolas e creches. Entretanto, houve aumento de acidentes domésticos, como feridas, quedas, queimaduras e mordeduras de cão (PAIVA *et al.*, 2021).

O uso de EPIs e o maior rigor na higienização das mãos foram relatados por vários participantes. Alguns se sentiam mais seguros, o que também foi um fator protetor contra o estresse, enquanto outros mencionaram o incômodo causado pelos EPIs como um agente estressor. Havia equipamentos em quantidade suficiente para todos, “só não usa quem não quer” (P3), mas alguns informaram que se “paramentavam melhor” (P6) antes do contato com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 e outros que o uso de EPIs iria se tornar mais comum entre os profissionais de saúde.

Se antes a gente lavava a mão dez vezes, agora a gente já lava 30 vezes. (P29)

O meu medo de pegar aqui é menor do que eu pegar no supermercado porque aqui eu sei que estou paramentado, eu vou lavar a mão toda hora, vou passar álcool, não vou coçar o nariz. Na rua, a gente é mais exposto que aqui. (P6)

Eu, particularmente no início, fiquei muito estressada de ter que usar máscara, de ter que paramentar. Mas, agora eu já me acostumei, acredito que agora vai virar uma obrigação o uso de máscara. (P1)

Tem muito EPI, muito material para gente trabalhar. Isso deixou a gente bem mais tranquilo. (P2)

Mesmo com máscara e tudo, e o paciente chegar, até que a gente põe os demais EPI... apesar que a gente foi orientado a ficar com todos os EPIs. (P19)

Observa-se aqui uma tática adotada pelos profissionais que consideravam o uso de EPIs incômodo e estressante. Alguns dispensavam os equipamentos quando estavam em áreas distantes de pacientes, como na área de descanso ou deixavam para se paramentar “melhor” ao

atenderem os que apresentassem sintomas gripais (NO de 12/08/20). As táticas são astúcias que se infiltram na heterogeneidade social; se esquivam, se insinuam, se contrapõem, mas não tentam dominar ou vencer. São operadas “golpe por golpe”, “lance por lance” e não tentam enfrentar as estratégias, mas surgem para responder às necessidades que não foram resolvidas por meio das estratégias (CERTEAU, 2014). São astúcias surgidas a partir do senso de ocasião do trabalhador em resposta às demandas do cotidiano (MAIA *et al.*, 2019).

A recusa dos profissionais em usar EPIs em certos momentos era, na realidade, uma forma de resistência à “vigilância” de como deveriam realizar as práticas cotidianas, criando modos de escape das regras da estrutura de poder determinado pelas estratégias, dando sentido à sua maneira de pensar e agir na vida cotidiana (CERTEAU, 2014). Havia EPIs suficientes, o que foi um fator protetor contra o estresse por fazer com que os profissionais se sentissem mais seguros.

O papel dos EPIs na proteção dos trabalhadores dos serviços de saúde é ímpar e a sua disponibilização é uma questão central. A alta transmissibilidade do vírus, a grande proporção de infectados oligossintomáticos ou assintomáticos, estimada em mais de 30% e que podem ficar entre 4 a 6 dias transmitindo o vírus, a inexistência de vacinas e de terapia medicamentosa comprovada, a insuficiência de testes e a duração prolongada dos quadros clínicos agravavam a situação e o estresse. A proteção reduz a transmissão horizontal entre trabalhadores e entre estes e as pessoas com quem mantêm contato (ARONS *et al.*, 2020; CHOW *et al.*, 2020; HELIOTERIO *et al.*, 2020; JACKSON FILHO *et al.*, 2020).

Porém, essa não foi a realidade em muitas instituições brasileiras e de outros países, pois o *déficit* mundial de equipamentos foi causado pela disputa nos mercados de vários países. A escassez de insumos fundamentais ao trabalho seguro tornou-se mais dramática quando se observou que esse *déficit* já antecedia a crise atual. A garantia de condições seguras para o exercício profissional mediante a adoção de barreiras físicas é ponto inicial e condição *sine qua non* para a atividade laboral e não poderia ser flexibilizada ou improvisada em nenhuma circunstância (ANELLI *et al.*, 2020; HELIOTERIO *et al.*, 2020; THE LANCET, 2020; WANG *et al.*, 2020; ZHANG *et al.*, 2020).

A maioria dos protocolos de manejo clínico da COVID-19, no Brasil, enfatizou as medidas de proteção e biossegurança, com recomendações de medidas individuais, como higiene e uso de EPIs. Pouco se discutiu sobre as condições e organização do trabalho, fundamentais para o controle geral da disseminação e exposição ao vírus. Houve denúncias de profissionais e sindicatos sobre condições de trabalhos, higiene inadequada, jornadas extenuantes, falta de

treinamento e insuficiência de EPIs (JACKSON FILHO *et al.*, 2020). Além da prevenção do contágio dos trabalhadores, deveriam também ser consideradas a segurança física, condições de trabalho e estabilidade emocional e psíquica (HUH, 2020).

Outro ponto destacado pelos participantes como medidas de prevenção da COVID-19 foram os comportamentos individuais de etiqueta e higiene das mãos. São medidas importantes, pois pode haver contaminação de equipamentos em unidades de saúde. Testes de Swabs feitos em equipamentos de desinfecção de mãos foram positivos em 20% dos casos. Teclados, maçanetas e mesas de trabalho também abrigavam o vírus, com 16% a 17% dos Swabs contendo traços do novo coronavírus (THE GUARDIAN, 2020).

As intervenções para impedir a transmissão da COVID-19 pelos trabalhadores da saúde também devem incluir a triagem sorológica baseada em critérios de sintomatologia expandida, com melhoria do acesso ao teste pelos sintomáticos, afastamentos e criação de políticas de licença médica sem caráter punitivo, mais flexíveis e consistentes com as orientações de saúde pública (CHOW *et al.*, 2020). Outro ponto importante é a proteção dos trabalhadores dos grupos de risco, como os idosos ou com comorbidades. A realocação desses profissionais para atividades com menor risco de contaminação foi necessária (BRASIL, 2020d; HELIOTERIO *et al.*, 2020).

O afastamento de profissionais foi comentado, pois causou sobrecarga dos que permaneciam trabalhando, que se sentiam mais cansados, desgastados, o que aumentou o estresse ocupacional. Em março de 2020, alguns profissionais do grupo de risco foram afastados das atividades assistenciais, mas, em agosto, voltaram a trabalhar após um decreto municipal, sendo que somente duas gestantes permaneceram afastadas realizando teleatendimento (NO de 07/08/20).

Os trabalhadores também eram afastados quando sentiam sintomas de COVID-19 ou se tivessem tido contato com algum caso positivo até serem testados. As folgas de aniversário foram canceladas, as férias suspensas até setembro de 2020 e os plantões extras eram pagos em dinheiro, não poderiam mais ser substituídos por folgas. Dois médicos, um técnico de enfermagem e duas enfermeiras foram contratados, mas houve limitação de contratações devido à proximidade da eleição municipal (NO de 07/08/20). Acreditavam que houve excesso de afastamentos e que algumas pessoas se afastavam por quaisquer motivos, se aproveitando da situação.

Fazer hora extra ficou desgastante, estressante, porque ninguém quer fazer mais que doze horas. Uma vez ou outra, até que vai, mas quando você faz troca. (...) Mas a gente compreende porque a gente também não sabe o dia de amanhã. Pode precisar, afastar. A gente vai ficar falando: “Não, não.” E aí? (P19)

Várias pessoas que estavam afastadas aqui estavam andando na rua, sem máscara, como se nada tivesse acontecido. Se afastou para quê? Não era ficar isolada até ver? (P21)

A gente está aqui e brinca que a gente é herói da resistência porque não afastou momento nenhum. (...) Já está todo mundo muito cansado, esgotado. (P22)

O afastamento de profissionais pode sobrecarregar os demais que continuam trabalhando. Longas jornadas reduzem o nível de atenção e a capacidade de resposta, interferindo na qualidade do cuidado em saúde. Possíveis erros estão relacionados a fatores organizacionais, ambientais e de complexidade do cuidado. Destaca-se que grande parte dos internados por COVID-19 eram pacientes críticos que exigiam dos profissionais tomadas de decisões rápidas e acertadas e a capacidade para o trabalho (HELIOTERIO *et al.*, 2020). Cerca de 1% dos casos da doença foi assintomático, 81% apresentou sintomas leves, 20% necessitou de hospitalização e 5% foram críticos e necessitaram de internação em UTI, sendo que 2,3% precisaram de ventilação mecânica (RUSSO RAFAEL *et al.*, 2020).

Em uma pandemia, é comum que profissionais de saúde trabalhem muitas horas, sem pausas e sob grande pressão, sofrendo fadiga e exaustão (SCHWARTZ; KING; YEN, 2020). Enfrentam o recrudescimento da carga de trabalho, a exposição à contaminação pelo SARS-CoV-2 e o risco de acidentes. A segurança dos trabalhadores é essencial para que eles ofereçam os melhores serviços para os doentes (HUH, 2020).

Foi publicada a Medida Provisória nº 927/2020, que permitiu a ampliação da jornada dos profissionais de saúde por até 24 horas e redução do tempo de descanso para 12 horas. O artigo 29 prevê que casos de contaminação pelo coronavírus não seriam considerados ocupacionais, exceto mediante comprovação do nexo causal (BRASIL, 2020e). Tal iniciativa aumentou a sobrecarga dos trabalhadores, pois o subdimensionamento das equipes já era uma realidade em algumas instituições brasileiras antes mesmo da pandemia.

Outra medida foi a publicação da Portaria nº 492/2020, que instituiu a ação estratégica “O Brasil Conta Comigo”. É uma iniciativa para que os discentes dos cursos da área de saúde sejam força de trabalho no combate à pandemia por meio do estágio curricular obrigatório (BRASIL, 2020b). Os EPIs, que já estavam em falta para os trabalhadores, deveriam ser garantidos pelas instituições de saúde. A supervisão dos estagiários deveria ser feita pelos profissionais de saúde, que já estavam sobrecarregados pelo enfrentamento da COVID-19. Além disso, o seguro de saúde dos alunos, previsto na Lei nº 11.788/2008 e custeado pela instituição de ensino, não foi mencionado (BRASIL, 2008).

O tempo de afastamento esteve relacionado à testagem para COVID-19. Se o profissional apresentasse sintomas gripais, era afastado e testado, pois trabalhar doente “pode até dar justa causa” (P14). No início da pandemia, não havia muitos locais que faziam testagem, centralizada em poucas instituições. O material coletado, tanto de usuários quanto de profissionais da UPA, era enviado para Belo Horizonte e o resultado demorava dias para ser informado, período em que o profissional ficava afastado (NO de 31/08/20). Um trabalhador relatou a estigmatização que sofreu enquanto esperava o resultado

Qualquer pessoa que fica sabendo que você está afastado tem preconceito, né? Assim: “Nossa, será que ele está?” Aí, a pessoa te pergunta se você está bem já fala: “Gente, ele está bem, mas será que eu estou? Estava perto dele...” (P23)

A partir de julho de 2020, começaram a fazer imunoenensaio por fluorescência no laboratório municipal que funciona no segundo andar da unidade, e os resultados começaram a sair no mesmo dia. A falta da testagem dos profissionais também foi percebida como um agente estressor ocupacional. A UPA seguia o protocolo do Ministério da Saúde por orientação do setor de epidemiologia e vigilância sanitária municipal. Eram testados os profissionais que sentissem sintomas da COVID-19. Também já havia sido feita a triagem sorológica de anticorpos de todos os profissionais três vezes até dezembro de 2020 (NO de 26/08/20). Até setembro de 2020, três que já haviam testado positivo relataram que se sentiam mais seguros por acreditarem terem adquirido imunidade.

A única falha que eu acho que é a gente deveria estar fazendo exame de sangue de 15 em 15 dias. (...) Para mim, a única falha, que não é uma falha da UPA, acho que é da prefeitura. Mas a gente já está convivendo bem. (P2)

Sempre tem uns com mais medo, né? Quer fazer o teste direto, outros não. Eu não quero fazer o teste, vai que eu descubro esse negócio aí? (P6)

Causa estresse porque a gente queria exame toda semana. Temos que ser testados de oito em oito dias, aí, aquela discussão gerou estresse. O medo, foi tudo gerado pelo medo. Mas nós estamos aí, enfrentando. (P9)

Mas a gente ficou estressado sim, no sentido de querer fazer mais exame porque cada hora chegava um suspeito e depois que rolava o plantão que a gente sabia que teve contato e não sabia que ele estava positivo. (P23)

Uma das estratégias de contenção da infecção pelo novo coronavírus em profissionais de saúde é a testagem de todos os trabalhadores, independente de sintomas (WHO, 2020b). No Brasil, isso deveria ser prioritário, porém, esbarrou em limitações operacionais referentes à oferta de testes e lentidão nas análises, o que dificultou a avaliação da evolução de infecção

nessa população. A testagem permite mais celeridade na recomposição da força de trabalho, uma vez que os afastados com síndrome gripal e com teste negativo para COVID-19 retornam mais rápido ao trabalho. Ademais, o rastreamento de trabalhadores com infecção assintomática interrompe a cadeia de transmissão no ambiente laboral e, em consequência, o absenteísmo (BRASIL, 2020d; HELIOTERIO *et al.*, 2020).

Alguns médicos se mostraram resistentes à testagem, pois recebiam por plantões trabalhados e, caso testassem positivo, ficariam afastados do trabalho. Esse era um problema específico da categoria, pois as demais recebiam salário mensal. Uma médica reclamou que não queria ser testada, pois estava assintomática e não queria se afastar se estivesse positiva. “Quem vai pagar as minhas contas?”, perguntou. Ouviu como resposta que não seria obrigada, pois nenhum cidadão era obrigado a se testar (NO de 13/08/20).

Um receio relatado por profissionais da farmácia e um médico foi relacionado à escassez ou possível falta de medicamentos e insumos, agravada pela pandemia. Os motivos identificados foram a mudança no repertório dos remédios utilizados na UPA, falta de insumos para a fabricação de algumas drogas, a priorização dos hospitais de referência para COVID-19 e a burocracia para aquisição de itens em uma instituição pública.

Essa semana tem poucos medicamentos. A sedação nossa está precária e a gente já fez a compra e falou que vai mandar para o XXX e YYY [hospitais] primeiro, eles esquecem que não é só Covid que vai intubar, tem outras doenças e aqui sempre tem que entubar. (...) Tem dia que a gente passa aperto e é sempre fim de semana. Você vem fim de semana não está tranquilo igual hoje. (P23)

A gente vê na televisão que vai começar a faltar remédio para intubação, essas coisas. Eu, pelo menos, fico preocupada, porque você não sabe quem vai precisar, pode ser sua mãe, ou sei lá, uma avó. (P12)

Durante a pandemia piorou, principalmente, essa questão de medicação, entendeu? Mas sempre foi assim, né? (P27)

Houve relatos de dois profissionais relacionados à estigmatização que sofreram pela população em geral por trabalharem na UPA, inclusive parentes, receosos do contágio pelo novo coronavírus, em especial, no início da pandemia. O afastamento foi apontado como um fator de estresse por esses profissionais, mas esse comportamento foi se modificando ao longo dos meses de 2020.

Ao mesmo tempo, a gente começou a enfrentar certo preconceito na rua. (...) Até dos próprios familiares da gente. O pessoal comentava, não quer ficar perto, a família não quer ter contato... Imagina você chegar num lugar, todo mundo sai, te olham como se fosse um ET, chega a distanciar mesmo. (P2)

Tinha vez que a gente vinha de casa com a camisa da UPA, a pessoa estava no mesmo passeio, ela atravessava a rua, não passava no mesmo passeio achando que a gente estava em contato, porque na época era só aqui... Aí andava na rua o pessoal saía. Eu falei assim: “Oh, você quer entrar num lugar e todo mundo sair é só você ir com a roupa da UPA que todo mundo sai...” (P23)

Alguns se referiram à divulgação da mídia, principalmente no início da pandemia, o que gerou receio de como seria o novo cotidiano da UPA. Entretanto, o que se percebeu é que esperavam um período muito complicado, mas que, até o momento, ainda não havia acontecido, talvez porque as pessoas contaminadas estavam em isolamento domiciliar ou porque a UPA não era referência municipal para COVID-19.

O pior cenário para mim é isso que a gente está vendo, acompanhando na televisão, de uma UPA superlotada, de não ter mais onde colocar paciente, você está com paciente entubado, confirmado positivo e ter que lidar com ele. (P4)

Todo mundo esperava aquele boom de paciente caindo pela porta da gente com sintomas, mas não foi essa realidade. Foi bem tranquila, foi bem suave. (P31)

Também houve falas de não terem acompanhamento psicológico disponível. Uma Universidade Federal sediada no município, através de um projeto, começou a realizar este tipo de atendimento por meio remoto para trabalhadores de saúde. Este serviço foi considerado, claramente, como um fator protetor contra o estresse ocupacional.

Porque, quem se sente assim, pressionado, está querendo, aí deram um telefone, a pessoa entra em contato com os psicólogos. (P11)

Porque a gente tem que cuidar da nossa saúde mental, senão... (P8)

Não tem apoio, não tem um psicóloga, não tem nada... se tivesse, ia ser uma boa para a gente. Disse que ia ter nessa época de pandemia uma psicóloga, mas não tem. Nessa época está todo mundo estressado, chega uma suspeita de covid ninguém quer ir colher exame, medicar. Está um estresse danado aqui. (P10)

No Brasil, o cuidado em saúde mental para os profissionais tem sido ofertado, muitas vezes, com apoio das Universidades públicas e centros de pesquisa. Essas instituições forneceram subsídios teóricos com base em evidências científicas, em serviços de suporte psicológico presenciais ou *on line*, como os fornecidos por meio de telessaúde (SAIDEL *et al.*, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

No início da pandemia havia muitas informações, na maioria das vezes controversas, porque o *corpus* de conhecimentos acerca da COVID-19 estava (e ainda está) sendo construído. Essa falta de clareza foi apontada como um agente estressor, mas que, com o tempo, foi ficando

cada vez mais ameno. Por outro lado, muitos profissionais relataram o esforço dos gestores da UPA em promover treinamentos e orientá-los sobre os novos protocolos de atendimento que seriam adotados.

Estamos bem-informados, bem-preparados, porque o que não falta são orientações. Agora eu vejo nos funcionários mais tranquilidade com relação a isso tudo. Está mais tranquilo agora de se resolver. (P1)

Eu acho que a gente está dando um enfrentamento muito bom. Muito tranquilo. A gente tem o POP, o treinamento, os EPIs. (P14)

Um fator protetor contra o estresse ocupacional foram as orientações e treinamentos em serviço. Para a OMS, o plano de resposta à COVID-19 e prontidão estratégica deve proteger a saúde dos trabalhadores da saúde e dos pacientes e realizar medidas de prevenção e controle de infecções para evitar a disseminação da doença nos locais de trabalho. Para isso, foi dado destaque ao treinamento da equipe (WHO, 2020a). Os profissionais deveriam ter treinamentos embasados nas melhores evidências do conhecimento e práticas internacionais (BRASIL, 2020a).

Passados alguns meses, eles se adaptaram e se acostumaram à nova situação sanitária e, em muitos momentos, os profissionais empregaram o termo “tranquilo” para caracterizar o momento da pandemia à época da coleta de dados. Isso foi relacionado à maior compreensão acerca do enfrentamento da COVID-19, aos cuidados que todos estavam adotando para prevenirem a contaminação, além das pesquisas para desenvolvimento de vacinas que estavam em andamento.

Agora não, a gente está vendo que é grave, cada um faz a sua parte, mas a gente já viu que não é aquele bicho de sete cabeças que a gente estava vendo. (P2)

A gente aprendeu bastante com isso. Seja para o nosso bem-estar, para o bem-estar do paciente, em casa também. A gente conseguiu passar bem por essa fase ruim, todo mundo, acredito. (P18)

A gente está vendo que a vacina já está chegando, entendeu? Aí a gente está vendo que a solução já está vindo. (P8)

As chefias precisam ser proativas, fortalecer o grupo e discutir conjuntamente as situações relacionadas à pandemia a serem enfrentadas. Os trabalhadores estão vulneráveis a outras morbidades, entre elas os problemas de saúde mental, como Síndrome de *Burnout*, depressão, fadiga mental, transtornos psiquiátricos menores e até morte por sobrecarga de trabalho, conhe-

cida como “karoshi”. Pode haver um aumento de adoecimento mental, há sério temor do surgimento de sequelas mentais incapacitantes e do aumento das taxas de suicídio (TROYER; KOHN; HONG, 2020).

Nesse contexto pandêmico, medidas para redução de estressores ocupacionais são cruciais. Deve haver mudanças na organização do trabalho, apoio psicológico, valorização profissional, melhoria das condições de trabalho, ações de apoio social no trabalho e acesso aos serviços de saúde do trabalhador. É essencial a redução do estigma e da segregação que a COVID-19 produz nas pessoas adoecidas e em quem presta cuidados, minimização da interferência que a pandemia produz na vida familiar e social e do distanciamento social e isolamento dos trabalhadores, bem como com as perdas de pessoas próximas e familiares (BRASIL, 2020a; HELIOTERIO *et al.*, 2020).

Destaca-se que, apesar de a pandemia ter trazido desafios para a UPA e para os profissionais, além de muitas mortes e sofrimento para as famílias, alguns profissionais apontaram alguns aspectos positivos que puderam extrair da situação. Assinalaram o aprendizado quanto à higiene das mãos e ao uso de EPIs, muitas vezes esquecidos no cotidiano de trabalho, e um apontou a aquisição de novos equipamentos para a instituição, o que melhorará o atendimento, em geral, mesmo após a pandemia.

Esses cuidados que a gente tem agora, deveria ter há muito tempo para outras doenças como tuberculose e outras doenças que a gente pode estar pegando. Causou muita tristeza, muitas perdas, só que melhorou o nosso cuidado diário para trabalhar, usar corretamente os EPIs e precaução, né? (P11)

Hoje vejo a pandemia como positiva em alguns lados, como nesse aspecto de cuidado maior do profissional. Algumas mostras de empatia e preocupação com o próximo. Mas também tem o lado negativo de aflorar o egoísmo das pessoas e cada um se cuidar para evitar o problema consigo sem se preocupar com outro. É um desafio para a humanidade, para a sociedade. (P7)

Eu passei a ver as coisas de outra maneira. A gente aprende a lidar com a doença, aprende a higienizar mais, a ter os cuidados em casa para não levar a doença. A gente aprendeu bastante com isso, para o nosso bem-estar e bem-estar do paciente e em casa também... (P18)

Acredito que melhorou. Chegou o respirador novo agora, outro DEA com monitor mais avançado que os que a gente tinha. Melhorou os materiais da UPA, teve uma melhora relativa. (P6)

Embora estivessem trabalhando com medo de se contaminarem e a seus familiares, os profissionais permaneceram atendendo aos casos suspeitos e confirmados, enfrentando a COVID-19 face a face. Essa atuação para alguns mostrou o amor à profissão que exerciam e o compromisso social enquanto profissional de saúde.

A condição da pandemia, que o Brasil está vivendo, está juntando força. A gente aqui tem um papel importante, de salvar vida. Então, acho que eles pensam: “Nossa, que papel bonito que eu faço.” (P12)

Ficou tranquilo, a gente não ficou neurótico, mesmo sabendo que chega paciente e você não sabe o que ele tem, porque é porta aberta. É o amor à profissão que faz a gente enfrentar, sem medo. Nessa parte, foi tranquilo. (P9)

Em todos os locais não vejo ninguém deixando de enfrentar. Está todo mundo aguerrido nisso... quem entra, entra para valer. (P20)

Apesar de expostos cotidianamente ao risco de contaminação, a condições de trabalho precarizadas e ao estresse gerado pela grave crise sanitária instalada por causa da pandemia, observou-se que profissionais de saúde na UPA estavam firmes na sua missão de assistirem o próximo (NO de 31/08/20). Estavam “aguerridos” como afirmou um médico (P20), embora coexistissem com o medo da contaminação.

### 5.2.3 *As táticas de enfrentamento a fatores estressores*

A análise do cotidiano da UPA permitiu desvelar a atuação dos “homens ordinários”, ou seja, “cada um e ninguém”, aqueles que se aproveitavam taticamente de ocasiões em proveito de seus interesses e, criativamente, usavam táticas em seu trabalho para minimizarem os efeitos dos agentes estressores ocupacionais, embora o funcionamento da unidade fosse regido por diversas estratégias. São a prática do lugar, os desvios de rota e as traduções em direção ao desejo singular dos trabalhadores. Nessa categoria, estão contidas as subcategorias “Medidas individuais e coletivas de enfrentamento do estresse ocupacional” e “Sentimentos positivos dos profissionais associados ao trabalho na UPA”.

#### 5.2.3.1 Medidas individuais e coletivas de enfrentamento do estresse ocupacional

*Coping* é definido como um conjunto de medidas cognitivas e comportamentais desenvolvidas pelas pessoas para lidarem com exigências internas e externas em sua relação com o ambiente. Está associado à saúde mental, uma vez que pode moderar o impacto das adversidades ao longo da vida, além de aumentar o bem-estar psicológico e reduzir o sofrimento (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019). Dessa forma, os indivíduos tentam se adaptar a uma demanda estressante específica e o *coping* tem como função gerir um problema e modular a resposta emocional (JOAQUIM; TABAQUIM; VALLE, 2014).

Existem vários recursos que podem ajudar o indivíduo a enfrentar situações de ansiedade e estresse, como saúde e energia, crenças positivas, habilidades para resolução de problemas, habilidade social, busca de suporte social e recursos materiais. Tais medidas podem ser dirigidas ao meio externo, na tentativa de negociar ou gerenciar um conflito interpessoal ou solicitar auxílio de outros para alterarem alguma situação ou evento. Também podem se voltar para o meio interno, na busca da ressignificação do evento estressor, com vistas a minimizar suas consequências (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Existem oito fatores para o estudo do *coping*: confronto (esforços agressivos de alteração da situação, podendo apresentar hostilidade e risco envolvido); afastamento (esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação); autocontrole (esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações); suporte social (procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional); aceitação de responsabilidade (reconhecimento do próprio papel na situação e tentativa de recompor o problema); fuga e esquiva (estratégias para escapar ou evitar o problema); resolução de problemas (esforços focados no problema, buscando alterar a situação); e reavaliação positiva (criação de significados positivos, podendo, também, apresentar dimensão religiosa) (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

A seguir, na Figura 5, está apresentada a nuvem de palavras com os termos mais mencionados pelos profissionais de saúde acerca das medidas de enfrentamento individuais que lançavam mão para lidarem com os agentes estressores presentes no cotidiano de trabalho da UPA.

**Figura 5** – Nuvem de palavras sobre as medidas de enfrentamento individuais para lidarem com o estresse ocupacional.



Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa.

A análise da nuvem permite observar que a palavra “casa” obteve ênfase entre as demais. Os trabalhadores relataram que costumavam não “levar” (e sua variação “levo”) problemas para “fora” da UPA, ou seja, para “casa” e que conseguiam separar sua “vida” pessoal da profissional. Além disso, tentavam manter a “calma” e contavam (“conto”) até dez quando se deparavam com alguma dificuldade no cotidiano laboral. Outros acreditavam que a “ajuda” que uns davam para os outros era uma medida individual de enfrentamento do estresse. O “tempo” foi citado em duas situações: o maior “tempo” de serviço foi associado à maior capacidade do profissional de lidar com o estresse e ao “tempo” dedicado a si próprio fora da UPA.

Os recursos pessoais de *coping* são constituídos por variáveis físicas e psicológicas, que incluem saúde física, moral, crenças ideológicas, experiências prévias de *coping*, inteligência e outras características pessoais (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Quando os participantes foram perguntados como lidavam com as situações que causavam estresse no cotidiano de trabalho na UPA, alguns responderam que acreditavam que certas características pessoais eram importantes para que não fossem tão afetados pelos estressores ocupacionais ou para superá-los.

Sou totalmente controlada emocionalmente (...) hora nenhuma, nunca viiu gritar, falar alto, nunca viiu esse tipo de comportamento de estresse, de tratar o funcionário de modo diferente. Não existe para mim. (...) É uma questão de controle, controle emocional... (P14)

Tem gente que, às vezes, não se adapta. Pode levar isso para se estressar mais. (...) Eu sou tranquilo em relação a isso, eu até gosto dessa correria às vezes, mas é de cada um, né? Se a pessoa fica fixada demais nisso, acaba sendo mais prejudicial. Eu acho que, para trabalhar em um lugar assim, você tem que ter mais tranquilidade para dar certo. (P27)

Os esforços despendidos pelos indivíduos para enfrentarem situações estressantes crônicas ou agudas estão atrelados às diferenças individuais. Evidências indicam que apenas fatores situacionais não seriam capazes de explicar toda a variação das medidas de *coping* utilizadas pelos indivíduos (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Portanto, autores afirmaram que o *coping* é demonstrado por meio de condutas próprias de cada indivíduo e depende da sua personalidade (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019; KOLHS *et al.*, 2017; MORERO; BRAGAGNOLLO; SANTOS, 2018).

Como o enfrentamento é um processo de interação entre o indivíduo e ambiente, além da personalidade, suas experiências prévias também são importantes, as quais são base para a aquisição de recursos emocionais, comportamentais, cognitivos e sociais para lidarem com situações adversas (MORERO; BRAGAGNOLLO; SANTOS, 2018). Dessa forma, os estilos de

*coping* têm sido mais relacionados às características de personalidade, enquanto as medidas de *coping* referem-se a ações cognitivas ou comportamentais adotadas no curso de um episódio estressante específico. As pessoas abordam cada contexto com um repertório de enfrentamento relativamente fixo e estável ao longo do tempo e das circunstâncias e há modos preferidos de *coping* em função das individualidades próprias de cada um (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019). Para Paschoal e Tamayo (2004), o estilo de *coping* é a principal variável individual de enfrentamento do estresse ocupacional.

A avaliação primária é o termo utilizado para definir a ponderação do significado atribuído pelas pessoas diante de uma situação de estresse. É moldada por crenças pessoais e valores e objetivos. Por sua vez, a avaliação secundária refere-se à avaliação que a pessoa faz de suas opções de enfrentamento, determinadas tanto pela situação, quanto pelos recursos físicos, psicológicos, materiais e espirituais. As duas formas de avaliação determinam se a situação será considerada como um dano, perda, ameaça ou desafio (FOLKMAN, 2010).

Ainda, há dois estilos de enfrentamento. O enfrentamento ativo ou adaptativo, utilizado quando fatores estressores são avaliados como sujeitos à alteração, modificação ou eliminação a partir da busca de solução de problemas ou releitura positiva. O enfrentamento passivo ou desadaptativo é empregado quando as condições de estresse são avaliadas como permanentes ou não modificáveis e inclui comportamentos de fuga ou evasão e cognitivos de distanciamento ou atenção seletiva, a fim de reduzir problemas emocionais (SHIN *et al.*, 2014).

Além das características pessoais, alguns participantes apontaram a experiência profissional como importante para o enfrentamento de situações estressantes no cotidiano de trabalho. Segundo Cano e Moré (2016), profissionais com menos tempo de profissão podem apresentar maior dificuldade para referirem os recursos ou medidas de enfrentamento no cotidiano. Quanto maior a experiência, maior a clareza e conhecimento a respeito do que se passa, o que permite reavaliar a própria profissão, bem como as experiências da vida privada. Para Honorato e Machado (2019), pessoas com menos de 30 anos são mais afetadas pelo estresse porque o maior tempo de serviço estaria relacionado à naturalização de fatores estressantes, assim como maior adaptação e preparo do indivíduo para manejá-los.

Eu já tenho dez anos de profissão. No início, era difícil. Hoje eu sei que sou um pouco mais equilibrada, às vezes, à noite, eu passo sem dormir preocupada. Eu considero como o estresse. Mas, às vezes, eu faço acompanhamento com psicólogo, tem uns dois anos que fiz e consigo gerenciar isso bem (...) Hoje, eu tenho mais controle emocional que antes. (...) Ainda acontece. Esses dias eu estava comentando: “Ah, meu Deus! Eu hoje não consegui dormir não.” Então, eu fico preocupada. (...) Eu acho que a gente se acostuma, infelizmente, pois eu acho que eu já aprendi a conviver com isso. (P15)

Um das categorias de *coping* se refere às emoções e aspectos somáticos, na qual o trabalhador procura reduzir o sofrimento e o desconforto emocional que o estímulo causou e regular a reação emocional, mesmo que a situação estressante não seja modificada (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Nos relatos dos participantes, foi possível identificar que o controle das emoções era uma das medidas mais adotadas para reduzirem o estresse causado por dificuldades no cotidiano de trabalho da UPA. Em alguns momentos, desciam para a área de descanso da unidade como uma forma de se distanciarem do fator gerador de estresse e se “recarregarem” para continuarem trabalhando.

Tem hora que não tem condição, que te sugou o máximo. Não é de estourar, mas você fala com alguém, com um tom de voz mais bravo, uma coisa mais brava porque já chegou, mas eu tento, conto até dez e saio daqui. (P21)

Eu tento ficar o mais calma possível e, às vezes, tento me colocar no lugar da pessoa, porque, muitas vezes, o estresse gerado não é porque estou estressado, é porque alguém me estressou por algum motivo. Tento ficar o mais calma possível e remediar a situação. Eu não vou para violência, agressão, porque isso vai gerar mais agressão e violência. (P1)

Respira... Não desconto em paciente o estresse, a gente lida respirando fundo e pensa: ‘Ah, tem que ficar aqui mesmo, para que eu estou correndo, estou aqui pra isso.’ Aí, vai passando. Então, estresse tem que ser assim. (P16)

Eu dou uma descida, tomo uma água, um café, respiro um pouquinho. Depois, eu subo. Eu faço isso algumas vezes durante o dia. Já ajuda bastante. (P27)

Os profissionais dos serviços de emergência realizam atividades e avaliações altamente complexas em condições dinâmicas em que cada segundo é importante e o custo do fracasso é significativo. Controlar e gerenciar respostas a situações agudamente estressantes pode permitir que mantenham a consciência situacional, pensem com clareza, lembrem-se de informações importantes rapidamente, ajam de forma decisiva e executem as habilidades com eficiência. Existe uma relação estreita e bidirecional entre a respiração e o estado emocional. Utilizar técnicas de respiração oferece um meio rápido e eficaz de diminuir a excitação fisiológica causada pelo estresse, pois a respiração é a única função autônoma que pode ser controlada e modificada conscientemente. Um esforço respiratório lento, profundo e controlado resulta em uma redução na frequência de pulso, importante marcador fisiológico de estresse (LAURIA *et al.*, 2017).

Quando o enfrentamento está relacionado à emoção, os trabalhadores lançam mão de medidas emocionais ou cognitivas (KOLHS *et al.*, 2017). O controle do estado emocional impede que as emoções negativas atrapalhem a elaboração e execução de ações para a solução de

problemas. A pessoa emite comportamentos e pensamentos para afastar ou minimizar a experiência conflitante e ansiogênica e ocorre a adaptação, quando existe equilíbrio entre a situação de conflito e os recursos de enfrentamento, minimizando a ansiedade e melhorando o bem-estar (JOAQUIM; TABAQUIM; VALLE, 2014). São exemplos dessas medidas o lazer, atividade física, uso de medicação, fármaco e/ou álcool, evitação, práticas de autocuidado, entre outras (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; CANO; MORÉ, 2016).

Outras características do *coping* baseado na emoção são o distanciamento, fuga do problema e busca de apoio emocional. Além desse, há o *coping* focado, que se baseia em valores e crenças mais profundas e permite a revisão dos objetivos existenciais e a reordenação de prioridades por meio da experiência de vida, com o propósito de motivar e sustentar o enfrentamento e o bem-estar. Regula as emoções positivas, o que ajuda a transformar as avaliações de ameaças em avaliações de desafios e gerar motivação e sustentação do enfrentamento a longo prazo. Enfatiza os pontos fortes ganhos com a experiência de vida e a reordenação de prioridades (FOLKMAN, 2010). Nesse sentido, chamou a atenção o relato de uma médica, que, a partir de sua experiência profissional e pessoal, conseguia “hierarquizar” suas emoções.

Eu tenho uma técnica de concentração e de hierarquização das emoções, sabe? Para não tomar aquilo como se fosse pessoal e, aí, eu consigo contornar bem, mas isso demanda amadurecimento ao longo da vida porque até você chegar nisso, você vive bastante estresse. (P31)

Por sua vez, o *coping* focado no problema visa alterar o que está causando a tensão na relação entre a pessoa e o ambiente. Quando voltado para uma fonte externa de estresse, inclui medidas como: negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda a outras pessoas. Quando dirigido internamente, inclui reestruturação cognitiva, como a redefinição do elemento estressor (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Em alguns relatos, foi possível verificar que os participantes tentavam resolver a questão quando estava causando o estresse, não deixando-a para depois, o que dependia do diálogo entre a equipe.

Eu não consigo fechar os olhos, virar as costas e deixar o circo pegar fogo. Então, fico bem chateado até conseguir resolver a situação. (P28)

Normalmente, eu tento resolver a situação na hora, mas não tem muita tática não. Ainda sou muito cru nessa parte, ainda enfrento, às vezes, o estresse. (P24)

Às vezes, se me estressar, na hora eu vou falar, mas depois não fico com rancor, não fico remoendo. Às vezes, acontece, depois fica tudo bem, a gente conversa, esclarece tudo e eu não fico muito estressado. Tem gente que fica guardando o tempo inteiro. (...) Alguns querem continuar aquilo em vez de resolver na hora, falam com um, com

outro. Aí, chega a informação para a gente diferente, isso estressa qualquer um. Acho que é mais coletividade. (P6)

Eu sou a favor do diálogo. Eu falo: 'Oh, gente, acho que tudo tem que ser na base do diálogo, da conversa, de conversar com um, com outro, qual é a sua versão?' Eu tento mais o diálogo. É uma estratégia que uso e, na maioria das vezes, dá certo. Ter uma boa comunicação com todo mundo. (P17)

O  *coping*  focado na emoção pode facilitar o focado no problema por remover a tensão e, similarmente, o  *coping*  focado no problema pode diminuir a ameaça, reduzindo a tensão emocional (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Uma revisão de literatura apontou a resolução de problemas como a medida de enfrentamento mais utilizada pelos trabalhadores (100%), seguida pelo confronto (55%). O afastamento (33%) e a aceitação de responsabilidade (22%) foram as menos utilizadas. A resolução de problemas pressupõe um planejamento adequado para lidar com os agentes estressores, pois o indivíduo opta por resolvê-los ou modificar suas atitudes, sendo capaz de lidar com as pressões das pessoas e do ambiente ao seu redor (MELO  *et al.* , 2016).

Os recursos sócio-ecológicos para o enfrentamento do estresse no ambiente ou contexto social do indivíduo incluem relacionamento conjugal, características familiares, redes sociais, recursos funcionais, práticos e financeiros. O  *coping*  focado nas relações interpessoais é relacionado à busca do apoio de pessoas próximas (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Alguns participantes citaram que buscavam conversar com alguém, seja colega de trabalho, amigo ou familiar, para desabafarem acerca dos problemas vivenciados durante o cotidiano de trabalho.

Geralmente só me afeta naquele momento, na hora. Eu gosto de conversar com uma pessoa de confiança, contar a situação. Depois, peço a Deus sabedoria, paciência e fica de boa. Supero rápido. Eu fico triste, se alguém me magoou. Eu durmo e no outro dia, já acordo como se nada tivesse acontecido. (P11)

Converso com alguém, tem muitas pessoas aqui que têm uma energia boa. Tento ficar próximo dessas pessoas e só de conversar, já me sinto bem. (P3)

Eu choro em casa. Tento não transparecer muito. Tento pensar melhor. Comento com minha mãe: 'O que você acha disso?' Ela fala: 'É bobeira não fica assim não.' (P12)

A busca por suporte social para o enfrentamento do estresse ocupacional pode se dar através de apoio instrumental, emocional ou de informações para obtenção de apoio no sentido de sustentação. O suporte pode ser familiar, de colegas, institucional, instrumental ou profissional. Varia conforme a situação e é mais comum o profissional recorrer aos colegas quando o problema se refere ao trabalho. Quando é de ordem pessoal, é usual buscar suporte em um

profissional especializado, como um analista ou psicólogo. O apoio de familiares e amigos também é comum, principalmente para o suporte emocional para apaziguar angústias e emoções (CANO; MORÉ, 2016). Segundo Paschoal e Tamayo (2004), o suporte social pode ser proveniente do supervisor, colegas ou de pessoas fora do trabalho, como familiares que é a principal variável situacional de enfrentamento.

Outra medida de enfrentamento mencionada pelos profissionais foi a de que não absorverem os problemas vivenciados no cotidiano de trabalho da UPA. Buscavam “(...) relaxar, não levar os problemas daqui pra casa” (P26). Esse achado foi praticamente consenso entre médicos oncologistas que compuseram a amostra de um estudo realizado no sul do Brasil. Referiram que precisavam “se desligar”, desfocar a atenção, separar a vida profissional da vida privada e buscar esquecer e amenizar para lidarem com os sentimentos e emoções despertados pelo trabalho (CANO; MORÉ, 2016).

Eu sou uma pessoa que, nesses anos todos, tenho comigo o seguinte: saio daqui os problemas ficam aqui. Um ou outro caso que chego em casa e a gente fica... Consigo me desligar bem dos problemas enfrentados aqui. (P29)

Eu sou bem tranquilo. Procuo não levar para fora do meu plantão. Graças a Deus eu tenho essa capacidade. Acabou meu plantão, 7:05 já sou outro. (...) Nunca levei para fora, estresse nenhum de trabalho. Consigo separar. (P13)

O que eu faço para me desestressar é nas minhas folgas. Com a família, procuro não ficar pensando no serviço, no que aconteceu. Absorver nunca. (P9)

Chegar em casa irritada, não. Não me deixo afetar pelos problemas daqui. Penso na minha saúde mental e não deixo essas coisas me afetarem (...) quando eu comecei aqui não desligava, ficava pensando em casa (...) chega lá, eu vivo minha vida, esqueço do trabalho, porque, senão, a gente fica cansada. (P11)

Eu tento chegar em casa, desfocar. Eu chego tomo banho, faço minhas coisas... mas quando a noite foi muito estressante, eu costumo tomar um chá, alguma coisa pra relaxar. A gente tem que separar o pessoal do profissional. (P19)

No estudo realizado por Kolhs *et al.* (2017) com profissionais de enfermagem do setor de urgência e emergência de um hospital de Santa Catarina, Brasil, emergiram as seguintes medidas individuais de *coping*: desabafar com familiar em casa, atividade física ou de lazer, autocontrole, silêncio, colocar para fora e chorar. Tais medidas também foram identificadas entre as que os profissionais adotavam fora da UPA, nos momentos de descanso, além de massagem, Reiki, acupuntura, oração e cuidar de plantas.

Eu tenho uma coisa que me incomoda muito e fico muito tenso, isso reflete muito aqui em mim (*apontou o ombro*). Então, eu preciso de uma massagem, isso me ajuda muito. Atividade física, relaxar, tomar um vinho, uma cerveja. Eu gosto de ficar, às vezes,

sem fazer nada. Acho que isso relaxa todo mundo. Tem gente que faz esporte... Eu, ficar sem fazer nada, sem compromisso. (P20)

Eu tenho o meu momento. Uma vez por mês, pelo menos, faço massagem, tem o Reiki... Paro o tempo para dedicar a mim, para vir cuidar dos outros. Respira fundo aqui dentro e busca alguma coisa lá fora para poder ajudar. (P21)

Eu tento fazer alguma oração e, também, já tive ajuda psicológica. (P8)

Eu gosto muito de ficar em casa... Eu tenho o futebol, esporte que eu pratico. Aqui dentro, às vezes, eu vou lá embaixo, tomo um café, dou umas respiradas e depois volto. (P25)

Eu gosto de fazer atividade física, gosto de malhar. Ir na academia depois, mesmo cansado, já é uma válvula de escape. Mas, no geral, eu lido bem com isso, ouvindo música depois do plantão, em casa já dá uma relaxada, né? (P27)

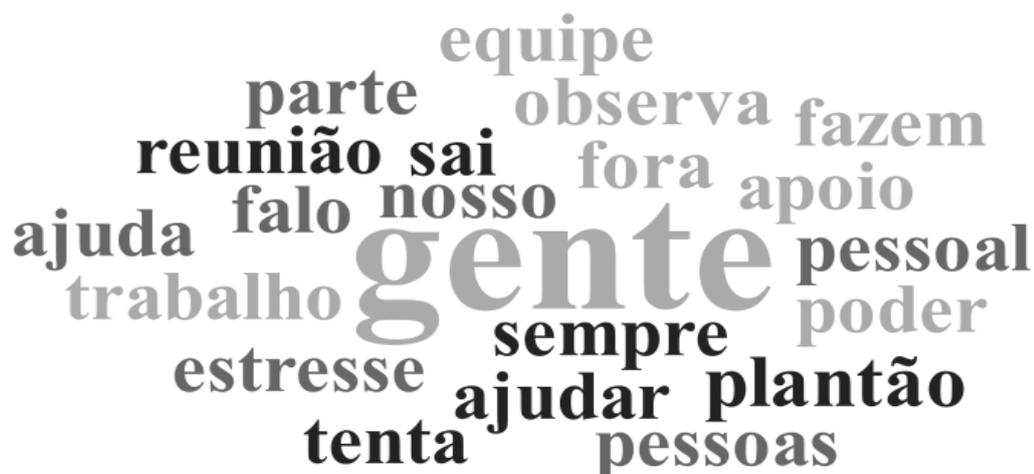
Tem hora que a gente está num surtinho, sabe? As enfermeiras já sabem, já conhecem o jeito de cada um. Mas é da profissão, é estressante, mas a gente gosta. Eu vou para casa, tomo um banho relaxante, às vezes, saio com as meninas para espalhar um pouquinho (P2)

Possuir redes sociais fortes fora do local de trabalho, religião e apoio instrumental para suportarem os agentes estressores foram apontados como medidas de *coping* entre trabalhadores de serviços de urgência e emergência de Minnesota, Estados Unidos. Por outro lado, isolamento social, autoacusação e consumo de alimentos e substâncias foram apontados como medidas ineficazes contra o estresse no trabalho (BOLAND *et al.*, 2019). Entre os oncologistas brasileiros, a prática religiosa não foi enfatizada, embora alguns apresentassem certa espiritualidade não ligada a uma religião formal ou instituída, mas a uma energia ou força superior (CANO; MORÉ, 2016).

As medidas de enfrentamento podem ter impactos positivos ou negativos sobre o trabalhador. Como exemplo, a pessoa pode optar por fumar cigarro ou utilizar técnicas de relaxamento. Ambas reduzem o estado de ansiedade, no entanto, mas apenas a segunda é saudável. Assim, o *coping* pode incluir respostas positivas sobre o estressor, mas negativas para a saúde e o bem-estar (MORERO; BRAGAGNOLLO; SANTOS, 2018).

Além das medidas individuais de enfrentamento, existem as coletivas, que surgem quando diversos trabalhadores se unem e estabelecem uma nova percepção da realidade, modificada e legitimada pela coletividade (KOLHS *et al.*, 2017). São estabelecidas por mecanismos consensuais e acordos tácitos entre os profissionais, buscando meios de adaptação às pressões impostas pelo trabalho e contribuem para que o coletivo se mantenha coeso no enfrentamento do sofrimento (DIAS *et al.*, 2011). A seguir, na Figura 6, está apresentada a nuvem de palavras acerca das medidas coletivas de enfrentamento do estresse.

**Figura 6** – Nuvem de palavras sobre as medidas de enfrentamento coletivas de enfrentamento do estresse ocupacional.



Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Na nuvem de palavras, percebe-se o realce para a palavra “gente”, pois a principal medida coletiva de enfrentamento do “estresse” citada foi a “ajuda” (com sua variação “ajudar”) e o “apoio” que os participantes davam uns para os outros durante o cotidiano de “trabalho”. Esta “ajuda” ocorria principalmente entre os membros da “equipe” de um mesmo “plantão”. Alguns trabalhadores mencionaram, ainda, que a “reunião” mensal que ocorria entre os profissionais de enfermagem era um exemplo de medida coletiva.

Quando perguntados o que os profissionais de saúde da UPA faziam, coletivamente, para diminuir o estresse durante o trabalho, alguns participantes declararam que não havia uma estratégia institucional para prevenir, minimizar ou extinguir os fatores estressores ocupacionais. “Não tem apoio não, não tem um psicóloga, não tem nada para... se tivesse ia ser uma boa para a gente” (P10). Os relatos mostram que não havia na UPA estratégias que facilitem aos trabalhadores lidarem com o estresse.

Eu nunca participei de nada para diminuir estresse... A gente tem, às vezes, educação continuada, agora não está tendo por causa da pandemia, ajuda um pouco (...) aqui a gente não tem aquele negócio de humanização. Então, nós somos uns pelos outros, um vai ajudando o outro. (P9)

Aqui não temos nada nesse sentido. Já teve algumas coisas que a assistente social fazia, o aniversariante do mês. Tem um quadro ali onde colocam os elogios para a UPA, elogio é coisa rara... são essas pequenas medidas. (P26)

Eu não observo nada organizado nesse sentido, sabe? Assim, com consciência de fazer isso, eu acho que não. (P27)

Uma participante mencionou que, na UPA, não havia ações de promoção da humanização. A PNH prevê, além de outras ações, as voltadas para a valorização dos trabalhadores. Visam o diálogo, intervenção e análise do que causa sofrimento e adoecimento no cotidiano de trabalho para fortalecimento do grupo e a fixação de acordos sobre como agir no serviço de saúde (BRASIL, 2013). O suporte é importante por ser um moderador do aparecimento de problemas de saúde relacionados ao trabalho e o diálogo entre trabalhadores pode aliviar as tensões (HEGG-DELOYE *et al.*, 2015).

A pouca disponibilidade de tempo e espaço para discussões nas instituições de saúde pode ser um fator predisponente para a falta de suporte social. Em algumas situações, o assunto é “tabu” e os profissionais podem optar por não correrem o risco de falar sobre suas emoções e sentimentos, evitando parecerem fracos ou inadequados para o trabalho. Outras vezes, é difícil obterem apoio social porque o colega também está com sobrecarga emocional (HEGG-DELOYE *et al.*, 2015).

Eles procuram fazer uma reunião uma vez no mês para saber se está tudo bem aqui, para poder melhorar alguma coisa. Eles procuram ter diálogo entre eles, entendeu? Não ficar só trabalhando, conversar e manter amizade. (P8)

Quando fazem reuniões, cada um coloca o seu ponto de vista, tenta chegar num acordo. Acho bem tranquilo. Teve uma reunião e aí consegui chegar num acordo. Tem que fazer algo, acordar, não tem jeito ficar do jeito que está. (P6)

Quando acontece um assunto estressante, alguma coisa que estressou alguém, a gente reúne, chama todo mundo. Reúne e coloca em pauta o que que é aquilo, para tentar resolver da melhor maneira para ninguém sair prejudicado. (P1)

No estudo com profissionais de enfermagem de urgência e emergência conduzido por Kolhs *et al.* (2017), surgiram como medidas coletivas de *coping* o confronto direto, caracterizado por ações como buscar informações sobre o acontecido, conversar sobre o ocorrido com a equipe, pedir orientações, procurar ajuda de especialistas, buscar o consenso entre os membros da equipe e alternativas para resolver a situação. Para os autores, o enfermeiro pode promover a interação e cooperação entre a equipe, fortalecendo vínculos afetivos e unindo-a em busca de um propósito comum, o que poderia refletir em uma assistência de qualidade ao usuário.

No mesmo estudo, ainda surgiram como medidas coletivas a união, amizade, descontração com os pacientes e equipe e o trabalho em equipe, no qual um ajudava e apoiava o outro (KOLHS *et al.*, 2017). Assim como mencionado pelos participantes, o apoio que cada um dava para o colega durante o trabalho foi apontado como uma medida coletiva de enfrentamento do estresse ocupacional. Os profissionais, para evitarem o estresse, lançavam mão de várias táticas

ao longo do plantão, as quais poderiam ajudá-los a relaxar o corpo e a mente, além de manterem a equipe de profissionais coesa e ajudarem o colega a superar o mau humor com conversas e brincadeiras.

Quando a gente faz o curso, a gente já sabe o que vai enfrentar. Os problemas, as doenças, paciente acidentado, com dificuldade, idoso, jovem, criança. Quando eu estou na instituição, procuro ajudar o máximo que eu posso, seja paciente, seja uma colega de trabalho, para aliviar ambas as partes. (P18)

Eu acho que coletivamente a gente tenta se dar um suporte. Um tenta dar apoio para o outro porque é muito difícil, a gente fica frustrado e aí, a gente tenta ajudar um ao outro a fazer o que for melhor, mas há muitas limitações. (P28)

Meu plantão é muito coletivo, falo com orgulho. Nosso trabalho é de equipe. (...) não acho coletivo a UPA inteira. Tenho um orgulho do meu plantão, que é coletivo. A gente faz a coisa funcionar e poder passar um plantão bom. (P21)

No nosso plantão, a gente é muito aberto. Se algum colega está num dia que não está de bom humor, a gente se senta, conversa, brinca, tenta um ajudar. Muitas as vezes, a pessoa chega com problema de casa, a gente tenta esclarecer, ajudar tudo que pode para melhorar o humor, o estresse da pessoa. (P29)

Ainda, alguns participantes citaram situações presentes no cotidiano de trabalho, consideradas medidas coletivas de enfrentamento, a partir das quais procuravam relaxar e descontraír. Entretanto, eram restritas às equipes de cada plantão. Como exemplo, mencionaram o café coletivo que costumavam realizar na área de descanso da UPA anteriormente à pandemia, além de passeios que faziam fora do horário de trabalho.

Eles fazem café coletivo de vez em quando, saem juntos. (...) A própria enfermeira de cada equipe, chama a equipe: 'Ah, o ambiente está muito pesado? Vamos sair hoje? Vamos fazer alguma coisa depois de sete horas?' Eu acho que existe isso. (P15)

Durante o café e as refeições a gente sempre distrai, brinca, conversa outros assuntos externos. Todo mundo faz parte um pouco da vida do outro. Aqui é tudo profissional, a gente veio para trabalhar, mas se puder agregar uma amizade é ótimo. (...) A gente tinha costume de ir para X. A gente fazia caminhada, confraternização no meio e no final do ano. Agora não tem espaço... (P5)

O *coping* desempenha um papel relevante na capacidade dos trabalhadores desenvolverem resistência aos fatores de sofrimento no trabalho, o que não deixa que o sofrimento se instale e o profissional venha a adoecer (KOLHS *et al.*, 2017). As causas do sofrimento também podem gerar estresse ocupacional. Porém, em vez de adoecerem, em sua maioria, os trabalhadores permanecem na normalidade, que é interpretada como o resultado da composição entre o sofrimento e a luta individual e coletiva contra o sofrimento. Portanto, normalidade não implica

ausência de sofrimento, é o resultado da luta contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões laborais (DEJOURS, 2011).

Nessa categoria, foi evidenciado que as estratégias em relação ao trabalho na UPA estavam colocadas, mas, diante de situações de estresse ocupacional, eram adotadas várias táticas pelos profissionais para minimizá-las e enfrentarem o sofrimento. Segundo Rates *et al.* (2019), as táticas ressignificam o lugar e estimulam movimentos de cada sujeito no cotidiano do serviço e, no lugar-espaço, possibilitam a criação de modos astuciosos de escape e confrontação. Assim, diante das dificuldades enfrentadas no cotidiano da UPA, os trabalhadores empreendiam “ações táticas” para superarem o estresse de forma individual e coletiva, cada um a seu modo, visando encontrar conforto frente às situações adversas. Conversavam, se ajudavam, faziam brincadeiras, criavam condições para que a equipe ficasse unida, entre outras táticas para reinventarem o cotidiano sempre dinâmico.

### 5.2.3.2 Sentimentos positivos dos profissionais associados ao trabalho na UPA

Os objetos desta tese, “estressores ocupacionais” e “medidas de enfrentamento”, suscitaram que os profissionais de saúde descrevessem aspectos negativos acerca do cotidiano laboral da UPA. No entanto, ao encerrarem as entrevistas com seus comentários finais, alguns relataram sentimentos positivos acerca do trabalho na unidade. Os termos mais ditos pelos participantes acerca desses sentimentos estão apresentados na nuvem de palavras representada na Figura 7.

**Figura 7** – Nuvem de palavras acerca dos sentimentos positivos relacionados ao trabalho na UPA.



Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Na nuvem de palavras, constata-se o destaque dado à palavra “gosto”, o que permite a inferência de que, apesar dos estressores ocupacionais presentes no cotidiano de trabalho, muitos participantes relataram que gostavam de “trabalhar” na UPA. Além disso, palavras como “pessoal”, “todos” e “gente” remetem ao trabalho em equipe e à união que existia entre os trabalhadores. Outro ponto relevante são as palavras “paciente” e “agradece”, pois alguns relataram que era gratificante receber agradecimentos vindos dos usuários, a despeito das críticas que eram frequentes. Os termos “aprender” e “aprende” estiveram nas falas dos profissionais que apontaram a UPA como um “lugar” que os proporcionava novos conhecimentos.

Satisfação no trabalho, comprometimento em trabalhar, bem como o significado do trabalho são fatores protetores contra o estresse (ILIC *et al.*, 2017). Um profissional conceituou o estresse ocupacional de maneira objetiva, relacionando-o com a satisfação com o trabalho: “É você fazer o que você não gosta. Eu acho que um dos maiores motivos de estresse que existe no trabalho é quando a pessoa está num negócio por necessidade financeira, mas não gosta do que faz” (P7). O prazer em trabalhar na UPA esteve expresso em algumas falas, além do gosto pela área de urgência e emergência.

Eu tenho paixão pela UPA, gosto demais de trabalhar aqui, é uma realização profissional. Aqui é um lugar que venho com muito prazer. Não tenho problema com nenhum funcionário, tenho uma relação boa com todo mundo. Acho uma instituição muito legal. Diante de todos os problemas, a gente tem uma comunicação muito boa com o pessoal de todos os setores, apoio, recepção, administração, farmácia. (P17)

Eu gosto de trabalhar aqui, tanto que eu larguei o CTI para ficar só aqui. (...) Eu gosto daqui porque é imprevisível, às vezes, você está com o plantão parado e aí chega o paciente grave, parada. E aí, entubar, pegar um acesso central, fazer tudo aquela coisa rápida, aquela adrenalina. (...) eu gosto daquela adrenalina de emergência. Eu adoro! (P6)

Não tenho muito problema com o trabalho em si, eu gosto de trabalhar, gosto da minha área, gosto emergência, da rotina... as coisas que fogem a isso são as coisas que, para mim, são estresse no trabalho, entendeu? (P24)

Alguns profissionais enfatizaram, ainda, a relevância dos serviços que prestavam para a população do município e região, especialmente em tempos de pandemia. É importante destacar que, entre julho de 2019 e dezembro de 2020, 18,85% dos usuários atendidos eram de outros municípios, 60,01% foram classificados como pouco urgentes ou verdes e 6,12% como não urgentes ou azuis (UPA, 2021). Tais números poderiam indicar que a população da região tinha dificuldades de acesso aos serviços de saúde, o que elevava o papel da UPA enquanto uma instituição na RAU.

O mais relevante que eu acho é que nosso trabalho é intenso e muito importante para o município e região. A equipe é ótima. Nós somos uma família. Estamos aqui para trabalhar junto e salvar vidas. Acho que muita gente gosta de trabalhar na UPA por causa disso, dessa interação mesmo, de família. (P14)

Eu tento fazer o meu melhor. Tento ser ético, ser correto, trabalhar dentro das minhas possibilidades e ajudar o paciente. Não me envolvo com a política, com questões de favorecimento. Venho de uma família, tenho criação, ética, tento não me corromper e até hoje, graças a Deus, eu não fui. Eu acho que a humanidade, a ética e o zelar pelo paciente é o principal. Fiz tudo que podia fazer ou fiz aquilo que pensava ser melhor. (...) Perder alguém frustra a gente. O dia que a gente parar de se frustrar a gente perdeu a nossa humanidade. (P20)

Também tiveram destaque as falas que apontaram a unidade como uma instituição que acolhia profissionais que estavam no início da carreira, afinal, grande parte da amostra (13; 41,94%) relatou que o emprego na UPA foi o seu primeiro na área de saúde. O aprendizado também esteve associado ao rodízio que a equipe de enfermagem fazia entre os setores da instituição, o qual era tido por alguns como uma possibilidade de aprendizado acerca dos mais variados procedimentos e cuidados realizados, e à troca de conhecimentos que ocorria entre os profissionais.

Desde que eu formei, eu vim para UPA. (...) eu não consigo me ver trabalhando em outra instituição. Eu gosto muito de trabalhar aqui, gosto da urgência e emergência. A gente tem um ambiente bom de trabalho. Eu, particularmente, não tenho nada para queixar. (P4)

Eu gosto muito de trabalhar aqui. Eu gosto muito da UPA, foi meu primeiro emprego. Então, o que eu puder fazer pelo pessoal daqui eu vou fazer. (P8)

Eu procuro fazer da melhor forma possível porque faço o que gosto. Primeiro, todo mundo precisa trabalhar e segundo é uma coisa que gosto e me dedico o máximo... Chego aqui 7 horas da manhã para trabalhar e tento fazer o melhor... aprendo todos os dias com cada procedimento e o que eu sei também procuro ensinar, não sou egoísta nesse ponto. É muito bom. (P29)

Eu gosto muito do que eu faço, e tenho muito que aprender apesar de tanto tempo que eu trabalho. Acho que nunca a gente deixa de aprender, gosto de trabalhar na UPA. A turma que trabalho no plantão me respeita, tem coleguismo, companheirismo, gosto de vir trabalhar e vencer a noite. (P22)

A UPA é um lugar que me deu a oportunidade para aprender várias coisas que eu não sabia. Para mim, foi ótimo, é muito bom trabalhar aqui. (...) Quem me conhecia antes de eu fazer o técnico em enfermagem, fala que eu me encontrei na profissão (...) Gosto do que faço, sou feliz. Tenho muito o que aprender, estou engatinhando ainda na profissão, espero aprender mais e mais. (P19)

Acho muito bacana essa área da farmácia hospitalar. Aprendi muito. Quando fiz o curso de farmácia vi que dava chance de trabalhar em 3 áreas, hospitalar, dispensação ou na manipulação. Eu sempre tive interesse pela farmácia hospitalar por estar lidando com paciente, então você muda como pessoa. Sem falar que todo dia você aprende uma coisa, um medicamento que faz isso, o jeito que age no organismo. Então, acho bacana a farmácia hospitalar. (P3)

Para a OMS, as causas mais comuns de estresse no trabalho são riscos psicossociais relacionados à organização e condições de trabalho, projetos de trabalho, bem como as condições externas que podem influenciar o desempenho do trabalhador, satisfação com a ocupação e saúde (ANAMT, 2016). Portanto, o descontentamento com o trabalho é um fator estressor (BATISTA; BIANCHI, 2006).

No entanto, na UPA, foi verificado que o prazer com o trabalho, a realização profissional, as oportunidades de aprendizado e a atuação em uma instituição de relevância social, relatados pelos participantes, podem ser avaliados como fatores protetores contra o estresse ocupacional. Portanto, embora houvesse situações estressantes com as quais os profissionais lidavam cotidianamente, ficou evidente que, para alguns, tais dificuldades eram compensadas por esses fatores, o que lhes geravam sentimentos positivos em relação ao trabalho na unidade.

## ***6. Considerações Finais***

---

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

A análise do cotidiano da UPA permitiu identificar os estressores ocupacionais e as medidas de enfrentamento adotadas pelos profissionais de saúde durante o dia a dia de trabalho. Conforme afirmou Certeau, o cotidiano normalmente seria “invisível”, mas contém eventos interessantes e práticas sociais que merecem ser estudadas. Portanto, o estudo do cotidiano da unidade possibilitou desvelar a atuação dos “homens ordinários”, ou seja, “cada um e ninguém”, aqueles que se aproveitam de ocasiões em prol de seus interesses e, criativamente, usam táticas em seu trabalho, embora o funcionamento da UPA fosse regido por diversas estratégias. Portanto, a tese ora levantada foi confirmada pelos achados da pesquisa.

Os principais fatores de risco para o estresse ocupacional foram: grande número de atendimentos a pessoas não urgentes ou emergentes e dificuldades nas transferências de pacientes, que causavam sobrecarga de trabalho e escassez de recursos materiais e humanos, além das relações com usuários e profissionais e violência. A situação também expôs os problemas de sujeição da UPA ao fluxo na RAU do município e região e as táticas adotadas pelos profissionais para atenderem as demandas dos usuários.

Ademais, o cotidiano foi modificado devido à pandemia, quando surgiram estressores ocupacionais relacionados à inédita situação sanitária, como o medo de contaminação própria e de familiares, incômodo com os EPIs, baixa testagem, afastamento de trabalhadores e sobrecarga dos remanescentes, perspectiva de falta de insumos (medicamentos) e estigmatização dos profissionais de saúde. Embora não fosse referência para o atendimento à doença, os usuários criavam seu próprio percurso a partir de táticas para serem atendidos na instituição. Assim, visando a adequação do funcionamento da UPA, novas estratégias foram adotadas para atenderem os pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19, com redefinição do mapa da assistência para dar celeridade e segurança durante os atendimentos.

Quanto às medidas de enfrentamento, alguns profissionais conseguiam adotar mecanismos de defesa, diminuindo o sofrimento causado pelo estresse. Entre as medidas individuais, encontraram-se o controle das emoções, distanciamento ou resolução do problema, separação da vida profissional da privada e busca por suporte social de pessoas próximas ou colegas de trabalho. Entre as medidas coletivas, destacaram-se as reuniões para a resolução de problemas e o apoio da chefia.

Segundo a literatura, o estresse ocupacional no trabalho em urgência e emergência acomete os profissionais de saúde mais que outras unidades de saúde. Entretanto, na UPA não

havia estratégias para a sua prevenção, o que exigia que os profissionais lançassem mão de táticas para superarem os desafios do trabalho real e adotassem medidas para o enfrentamento do estresse. O trabalho os pressionava dia após dia e exigia a adoção de novas maneiras de fazer, por meio de escapes às normas e protocolos, com ressignificação do sistema social definido. Assim, reinventavam o cotidiano ao recorrerem a um fazer próprio, de acordo com as pressões e suas intencionalidades.

Teve destaque a superlotação da UPA, aumentava o estresse ocupacional também pela insatisfação dessas pessoas devido à demora para serem atendidas. A estratégia definida pelo Protocolo de *Manchester* determinava o tempo de espera de acordo com a gravidade dos casos, o que exigia que esses usuários aguardassem pelo atendimento por um longo período e era motivo de violência contra os profissionais. No geral, havia certa “naturalização” dessa violência, que deveria ser vista com atenção, com adoção de medidas educativas e criação de oportunidades para ouvir e apoiar os profissionais, vítimas relativamente frequentes.

Em relação à transferência de pacientes da unidade para os hospitais de referência via SUSfácil, foi exposto um certo conflito entre os membros da RAU, em alguns momentos expresso pela falta de vagas, e explicitado pela facilidade das transferências dos pacientes com COVID-19. Também houve destaque quanto à necessidade de revisão do fluxo de atendimento ao politraumatizado, para o qual deveria haver um hospital específico para que fosse realizado o atendimento integral e não fragmentado como o que ocorria. A nova estratégia determinaria o novo mapa da assistência, a qual seria agilizada e evitaria possíveis danos aos pacientes.

Como limitação desse estudo, destaca-se o fato de ter sido realizado com os “profissionais de saúde da UPA”, desconsiderando a heterogeneidade das categorias profissionais que atuam na área de saúde. Como mencionado, havia diferenças nas condições de trabalho entre as diversas categorias profissionais, algumas podem ser advindas da hierarquização, relações de poder e dominação que existem a partir da posição que cada uma ocupa na divisão técnica e social do trabalho em saúde. Assim, em algum grau, os estressores ocupacionais devem afetar de maneira diversa as categorias, sendo necessário atentar para as especificidades de cada uma.

O estudo do cotidiano da UPA, realizado em uma situação atípica como a da pandemia de COVID-19, pode soar estranho devido às várias interferências causadas no dia a dia da unidade. Porém, os dados permitiram o estudo do cotidiano antes da pandemia e a comparação com o período pandêmico. Ademais, contribuem para o desenvolvimento do *corpus* de conhecimento sobre o estresse relacionado à pandemia, tendo em vista que pesquisas sobre o tema são recentes e muitas outras estão em andamento.

Esse estudo possui como característica a generalização naturalística (conhecida também como inferencial ou transferibilidade), quando a generalização em situações similares fica a cargo do leitor. Na literatura nacional e internacional sobre os serviços de urgência e emergência, foram verificados fatores estressores e medidas de enfrentamento semelhantes aos identificados na UPA. Portanto, em alguma medida, os resultados analisados servirão para reflexões acerca do estresse ocupacional no cotidiano de outros serviços de urgência e emergência.

Além disso, essa tese tem aplicação no ensino, pesquisa, gestão e prática dos profissionais de saúde ao abordar o estresse ocupacional em uma UPA antes e durante a pandemia, assim como as medidas de enfrentamento adotadas no cotidiano de trabalho. Sugere-se futuras pesquisas analisando comparativamente o estresse ocupacional no cotidiano de trabalho em diferentes serviços de saúde, sobre as relações entre os profissionais e a normalização da violência praticada pelos usuários. E, também, durante e no período pós-pandemia em diferentes unidades de urgência e emergência e em diferentes tipos de instituições.

Diante dos achados, sugere-se que a gerência da UPA esteja atenta às implicações do estresse ocupacional para a instituição e à possibilidade de comprometer a saúde do trabalhador e a própria assistência aos usuários. A reflexão sobre a temática pode contribuir para a adoção de medidas para prevenção do sofrimento, com mais qualidade de vida no trabalho e melhores condições laborais.

Esta tese será apresentada para os profissionais e gestores da UPA e servidores da Secretaria Municipal de Saúde, de forma a evidenciar as dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho. O objetivo é dar retorno aos participantes, cumprindo meu papel social enquanto cidadã e pesquisadora e contribuindo para a busca de estratégias para melhorias na unidade e aprimoramento da RAU e do SUS, o que poderá prevenir o estresse ocupacional e beneficiar a assistência prestada na UPA e a sociedade.

---

## REFERÊNCIAS

---

- ALMEIDA, I. M. Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID-19 e respostas à pandemia. **Rev Bras Saude Ocup**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 1-10, 2020.
- ALVES, M.; MELO, C. L. Transferência de cuidado na perspectiva de profissionais de Enfermagem de um pronto-socorro. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 23, e-1194, 2019.
- AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS (ACEP). **Violence prevention and intervention in Emergency Medical Services Systems**. Washington, DC: ACEP, 2019. Disponível em: <https://www.acep.org/globalassets/new-pdfs/policy-statements/violence-prevention-and-intervention-in-emergency-medical-services-systems.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2022.
- ANDRADE, V. L. P.; PÉREZ-NEBRA, A. R. Suporte social e estresse no trabalho: uma análise com métodos mistos. **Contabilidade, Gestão e Governança**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 442-62, 2017.
- ANELLI, F. et al. Italian doctors call for protecting healthcare workers and boosting community surveillance during covid-19 outbreak. **Medical Journal**, London, v. 368, n. 1254, p. 1-2, 2020.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 3, n. 2, p. 273-94, 1998.
- ANTONIOLLI, L. et al. Estratégias de *coping* da equipe de enfermagem atuante em centro de tratamento ao queimado. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e2016-0073, 2018.
- ARANTES, M. A. A. C.; VIEIRA, M. J. F. **Estresse**. 3. ed. (Coleção Clínica Psicanalítica). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- ARONS, M. M. et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. **N Engl J Med** [Internet], Waltham, v. 382, n. 1, p. 2081-90, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2008457>. Acesso em: 05 mai. 2020.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO (ANAMT). Organização Pan-Americana da Saúde Brasil. **Estresse no ambiente de trabalho cobra preço alto de indivíduos, empregadores e sociedade**. Brasília: ANAMT, 2016. Disponível em: <https://www.anamt.org.br/portal/2016/05/10/estresse-no-ambiente-de-trabalho-cobra-preco-alto-de-individuos-empregadores-e-sociedade/#>. Acesso em: 05 jul. 2020.
- AVANIAN, J. Z. Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care: Editor's Comment COVID-19. **JAMA** [Internet], [s.l.], v. 1, n. 4, e200397, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2764228>. Acesso em: 13 jan. 2021.

AZEVEDO, A. L. Coronavírus atinge até 25% de profissionais de saúde no Rio. **O Globo, seção Sociedade**. Rio de Janeiro, 8 abr. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/coronavirus=atinge-ate-25-dos-profissionais-de-saude-no-rio-1-24357939>. Acesso em: 18 abr. 2020.

AZEVEDO, A. L. C. S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 736-45, 2010.

BALLESTER, D. et al. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 598-606, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2015.

BARROSO M. L. et al. Estresse e uso de álcool em enfermeiros que trabalham em urgência e emergência. **Cad Cultura Ciência**, Crato, v. 13, n. 1, p. 60-75, 2015.

BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-9, 2006.

BATISTA PAULA, F.; RIBEIRO, R. C. H. M.; WERNECK, A. L. Humanização da assistência: acolhimento e triagem na classificação de risco. **Rev enferm UFPE** [online], Recife, v. 13, n. 4, p. 997-1005, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a238728p997-1005-2019>. Acesso em: 03 ago. 2020.

BECK, N. et al. The Manchester Triage System in a Pediatric Emergency Department of an Austrian University Hospital - a retrospective analysis of urgency levels. **Pediatric Emergency Care**, [s.l.], v. 38, n. 2, e639-43, 2022.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T (org.). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 21-91.

BERNARDO, P.; SHIMADA, N. E.; ICHIKAWA, E. Y. O formalismo e o “jeitinho” a partir da visão de estratégias e táticas de Michel de Certeau: apontamentos iniciais. **Gestão e Conexões**, Vitória, v. 4, n. 1, p. 45-67, 2015.

BEZERRA, F. N.; SILVA, T. M.; RAMOS, V. P. Occupational stress of nurses in emergency care: an integrative review of the literature. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 2 spe., p. 151-6, 2012.

BIANCHI, E. R. F. Escala Bianchi de Stress. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe., p. 1055-62, 2009.

BITTENCOURT, M. I. G. Michel de Certeau 25 anos depois: atualidade de suas contribuições para um olhar sobre a criatividade dos consumidores. **Polêm!Ca**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 185-192, 2012.

BLANCH, J. M. Condiciones de Trabajo. In: BLANCH, J. M. et al. (orgs.). **Teoría de las relaciones laborales** - fundamentos. Barcelona: Editorial UOC, 2003. p. 42-44.

BOLAND, L. L. et al. Social support outside the workplace, coping styles, and burnout in a cohort of EMS providers from Minnesota. **Workplace Health & Safety**, [s.l.], v. 67, n. 8, p. 414-22, 2019.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. v. 24. Brasília: Ministério da Fazenda, 2017a. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2019/04/AEPS-2017-abril.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil: pátria vacinada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/>. Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.a.]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 07 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 20, de 07 de abril de 2020. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 128/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus – COVID-19. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2020a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2020/1103-recomendacao-020-de-07-de-abril-de-2020>. Acesso em: 05 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998. Brasília: **Gabinete do Ministro**, 1998a. Disponível em: [http://crefrs.org.br/legislacao/pdf/resol\\_cns\\_287\\_1998.pdf](http://crefrs.org.br/legislacao/pdf/resol_cns_287_1998.pdf). Acesso em: 06 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19\\_html/covid-19\\_html.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html). Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 25 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf). Acesso em: 01 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 34, 4 jan. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 15 de janeiro de 2014. Altera a Portaria nº 342, de 04 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 47, 15 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 492, de 23 de março de 2020. Institui a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo", voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 4, 23 mar. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 568, de 26 de março de 2020. Autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica para atendimento exclusivo dos pacientes com a COVID-19. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 68, 8 abr. 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 69-70, 8 jul. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p.70, 8 jul. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, p. 56, 6 out. 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, p. 57-9, 6 out. 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, p. 32-54, 12 nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.820, de 28 de novembro de 2011. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o Componente Unidade de Pronto-Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, p. 112, 30 nov. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.821, de 28 de novembro de 2011. Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade de Pronto-Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, p. 113, 30 nov. 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.923, de 09 de junho de 1998. Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, p. 15, Jun. 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 de dezembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências. **Diário Oficial da União**, 7 dez. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 05 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS**: perguntas & respostas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec\\_cart.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf). Acesso em 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020d. Disponível em: [https://www.saude.gov.br/files/banner\\_coronavirus/GuiaMS-Recomendacoesdeprotecao-trabalhadores-COVID-19.pdf](https://www.saude.gov.br/files/banner_coronavirus/GuiaMS-Recomendacoesdeprotecao-trabalhadores-COVID-19.pdf) . Acesso em: 01 jul. 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento. **UPA – Unidade de Pronto Atendimento**. Brasília: Ministério do Planejamento, [s.d.b.]. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/upa-unidade-de-pronto-atendimento>. Acesso em: 06 jan. 2021.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)**. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.c.]. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/downloads.jsf>. Acesso em: 11 set. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Lei 7.394, de 29 de outubro de 1985. Regula o exercício da profissão de técnico em radiologia, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, seção 1, 30 out. 1985.

BRASIL. Presidência da República. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, seção 1, 19 set. 1990.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nos 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória no 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 de set. 2008.

BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (**COVID-19**), e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, página 1, 22 de mar. 2020e.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 1.802, de 13 de abril de 2020**. Dispõe sobre o pagamento do adicional de insalubridade no percentual de 40% aos profissionais da área de saúde do setor privado cujas instituições em que trabalham estejam vinculadas ao atendimento de pacientes infectados pelo COVID-19 (Coronavírus). Brasília: Senado Federal, 2020f. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/141520>. Acesso em: 25 jan. 2021.

BROTTO, T. C. A.; DALBELLO-ARAÚJO, M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 290-305, 2012.

CACCIARI, P.; HADDAD, M. C. L.; DALMAS, J. C. Worker stress level with functional rearrangement and readaptation in a public state university. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 1-7, 2016.

CAI, H. et al. Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. **Med. Sci. Monit.**, Melville, v. 15, n. 26, e924171-1-e924171-16, 2020.

CAMPOS, I. C. M. et al. Fatores sociodemográficos e ocupacionais associados à Síndrome de *Burnout* em profissionais de enfermagem. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 764-71. 2015.

CAMPOS, I. C. M. et al. Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS): revisão integrativa de sua utilização em pesquisas brasileiras. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 24, n. 3, p. 187-195, 2020.

CANO, D. S.; MORÉ, C. L. O. O. Estratégias de enfrentamento psicológico de médicos oncologistas clínicos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 32 n. 3, p. 1-10, 2016.

CAVALCANTE, J. B. et al. Rede de relações em um serviço de atendimento móvel de urgência: análise de uma equipe de trabalho. **Rev Bras Med Trab.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 158-66, 2018.

CAVALCANTE, J. L. et al. Estresse ocupacional dos funcionários de uma universidade pública. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 108-15, 2019.

CEBALLOS, J. B. et al. Physical violence and verbal abuse against nurses working with risk stratification: characteristics, related factors, and consequences. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 73, supl. 5, e20190882, 2020.

CERTEAU, M. A. **Invenção do cotidiano**: artes de fazer. 22. ed. v. 1. Petrópolis: Vozes, 2014.

CHANLAT, J. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: DAVEL, E; VASCONCELOS, J. (orgs.). **Recursos Humanos e Subjetividade**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 118-128.

CHOW, E. J. et al. Symptom screening at illness onset of health care personnel with SARS-CoV-2 infection in King County, Washington. **JAMA** [Internet], [s.l.], v. 323, n. 20, p. 2087-9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6637>. Acesso em: 17 abr. 2020.

COLBARI, A. A Análise de Conteúdo e a Pesquisa Empírica Qualitativa. In: SOUZA, E. M. (org.). **Metodologias e análises qualitativas em pesquisa organizacional**: uma abordagem teórico-conceitual. Vitória: EDUFES, 2014. p. 241-272. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/939/1/livro%20edufes%20Metodologias%20e%20anal%C3%ADticas%20qualitativas%20em%20pesquisa%20organizacional.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 12 dez. 2020.

CORPOLATO, R. C. et al. Standardization of the duty shift in a General Adult Intensive Care Unit. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, suppl. 1, p. 88-95, 2019.

CORREIA, G. et al. Airborne route and bad use of ventilation systems as non-negligible factors in SARS-CoV-2 transmission. **Med Hypotheses** [Internet], [s.l.], v. 141, n. 1, p. 1-5, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109781>. Acesso em: 10 mai. 2020.

COSTA, W. R. et al. Trabalho noturno: seus efeitos na saúde dos trabalhadores da área de saúde. **Perspectivas Online: Humanas & Sociais Aplicadas**, Campos dos Goytacazes, v. 8, n.21, p.37-50, 2018.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem** [Internet], Ribeirão Preto, v.

16, n. 3, p. 1-7, 2008. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt\\_17.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_17.pdf). Acesso em: 06 mai. 2020.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2011.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2018.

DEJOURS, C. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho. **Renast online**, Brasília, 05 dez. 2013. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/entre-desespero-esperanca-reencantar-trabalho>. Acesso em: 5 jun. 2020.

DIAS, C. P. et al. The interdisciplinary team experiences of managing patient safety during a fixed-wing inter-hospital aeromedical transport: a qualitative study. **Int Emerg Nurs.**, United Kingdom, v. 58, p. 101052, 2021.

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 2, p. 55-66, 2019.

DIAS, T. T. P. et al. “Vai atender em 20 minutos?”: estratégias de enfrentamento do sofrimento no trabalho de teleatendentes em uma central de denúncia de abuso sexual. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 12, p. 195-215, 2011.

DITZ, E. S. et al. Contribution of the Newborn Behavioral Observations (NBO) for the maternal care of preterm neonates. **J Hum Growth Dev**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 262-71, 2017.

DURAN, M. C. G. Maneiras de pensar o cotidiano com Michel de Certeau. **Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 7, n. 22, p. 115-28, 2007.

ERDUR, B. et al. Assessment of the relation of violence and burnout among physicians working in the emergency departments in Turkey. **Ulus Travma Acil Cerrahi Derg**, Turkey, v. 21, n. 3, p. 175-81, 2015.

ESPERIDIÃO, E.; SAIDEL, M. G. B.; RODRIGUES, J. Saúde mental: foco nos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, supl. 1, e73supl01, 2020.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK (EU-OSHA). **E-guide to managing stress and psychosocial risks**. Bilbao, Espanha: EU-OSHA, 2017. 60p. Disponível em: <https://eguides.osha.europa.eu/stress/PT-PT/>. Acesso em: 20 mai. 2020.

FARIA, T. L. M. et al. A Política Nacional de Urgência e Emergência sob a coordenação federativa em municípios paraenses. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 726-37, 2017.

FERIOLI, M. et al. Protecting healthcare workers from SARS-CoV-2 infection: practical indications. **Eur Respir Rev** [Internet], United Kingdom, v. 29, n. 155, p. 1-10, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.1183/16000617.0068-2020>. Acesso em: 10 mai. 2020.

- FERREIRA, C. A. A. et al. O contexto do estresse ocupacional dos trabalhadores da saúde: estudo bibliométrico. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 84-99, 2016.
- FLEURY, A. C. C. Produtividade e organização do trabalho na indústria. **Rev. Adm. Emp.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 19-28, 1980.
- FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FOLKMAN, S. Stress, coping, and hope. **Psycho-Oncology**, [s.l.], v. 19, n. 9, 901-8, 2010.
- FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Pers Soc Psychol.**, Washington, v. 21, n. 3, 219-39, 1980.
- FONSECA, I. S. S.; MOURA, S. B. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. **Psicol. Am. Lat.**, México, n. 15, 2008.
- FONSECA, J. R. F.; LOPES NETO, D. Níveis de estresse ocupacional e atividades estressoras em enfermeiros de unidades de emergência. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 5, p. 732-42, 2014.
- FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.
- GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-72, 2009.
- GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Coleção Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- GLUYAS, H. Effective communication and teamwork promotes patient safety. **Nurs Stand.**, United Kingdom, v. 29, n. 49, p. 50-7, 2015.
- GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C.; FIGUEIREDO, L. A. Acessibilidade e demanda em uma unidade de Atendimento: perspectiva do usuário. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. spe. 2, p. 19-25, 2012.
- GONZALEZ-SANZ, J. D.; NOREÑA-PEÑA, A; AMEZCUA, M. New ways for nursing inspired by the works of Michel de Certeau. **Nurs Philos**, United Kingdom, v. 19, n. 2, p. 1-27, 2018.
- GUEDES, H. M. et al. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 4, n. 1, p. 37-44, 2014.
- GUIDO, L. A. et al. Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. **Rev. Escola Enferm.**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 434-9, 2011.

GÜNTHER, H. **Como elaborar um questionário**. Série Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais. Brasília: UnB/LabPAM, 2003.

HANDBERRY, M. et al. Changes in Emergency Medical Services before and during the COVID-19 pandemic in the United States, January 2018–December 2020. **Clinical Infectious Diseases**, London, v. 73, suppl, 1, p. 84-91, 2021.

HEGG-DELOYE, S. et al. Prevalence of risk factors for cardiovascular disease in paramedics. **Int Arch Occup Environ Health**, [s.l.], v. 88, n. 7, p. 973–80, 2015.

HELIOTERIO, M. C. et al. Covid-19: por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 1-13, 2020.

HERMIDA, P. M. V. et al. Contrarreferência em Unidade de Pronto Atendimento: discurso do sujeito coletivo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 143-150, 2019.

HONORATO, C. M. A.; MACHADO, F. C. A. Fatores desencadeantes do estresse laboral na emergência médica: uma revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 5, n. 1, p. 52-70, 2019.

HUANG, L. et al. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. **Crit Care**, [s.l.], v. 24, n. 120, 2020.

HU, P. et al. Trauma care construction under the guidance of county-level trauma centers. **Chin J Traumatol.**, China, v. 21, n. 5, p. 256-60, 2018.

HUH, S. How to train health personnel to protect themselves from SARS-CoV-2 (novel coronavirus) infection when caring for a patient or suspected case. **J Educ Eval Health Prof**, Korea, v. 17, n. 10, p. 1-6, 2020.

HUSSMANN, B.; LENDEMANS, S. Pre-hospital and early in-hospital management of severe injuries: changes and trends. **Injury**, [s.l.], v. 45, suppl 3, p. 39-42, 2014.

ILCZAK, T. et al. Differences in perceived occupational stress by demographic characteristics, of European Emergency Medical Services personnel during the COVID-19 virus pandemic - an International Study. **Healthcare**, India, v. 9, n. 11, 1582, 2021a.

ILCZAK, T. et al. Predictors of stress among emergency medical personnel during the COVID-19 pandemic. **Int J Occup Med Environ Health**, Poland, v. 34, n. 2, p. 139-49, 2021b.

ILIĆ, I. M. et al. Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout - questionnaire survey among emergency physicians and nurses. **Medycyna Pracy**, Poland, v. 68, n. 2, p. 167-78, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados**: Minas Gerais. Rio de Janeiro: IBGE, s.d. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/>. Acesso em: 06 jan. 2021.

INTERNACIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). C190 - Violence and Harassment Convention, 2019 (nº 190). Switzerland: ILO, 2019. Disponível em: [https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEX-PUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C190](https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEX-PUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190). Acesso em: 06 jan. 2021.

JACKSON FILHO, J. M. et al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Rev Bras Saude Ocup**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 1-3, 2020.

JAFFE, E. et al. Evolution of emergency medical calls during a pandemic – an emergency medical service during the COVID-19 outbreak. **Am J Emerg Med.**, [s.l.], n. 43, p. 260-266, 2021.

JOAQUIM, R. M.; TABAQUIM, M. L. M.; VALLE, T. G. M. Estratégias de enfrentamento e níveis de ansiedade de mulheres em tratamento psicológico. **Arch Health Invest**, [s.l.], v. 3, n. 3, p. 39-57, 2014.

JOFRE, P. C. et al. Violencia en el trabajo hacia los profesionales de enfermería en los servicios de emergencias: revisión integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 44, p. e173, 2020.

JOHNSON, H. L.; KIMSEY, D. Patient safety: break the silence. **AORN Journal**, [s.l.], v. 95, n. 5, p. 591-601, 2012.

KANG, L. et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. **The Lancet Psychiatry**, [s.l.], v. 7, n. 3, e14, 2020.

KATAYAMA, Y. et al. Influence of the COVID-19 pandemic on an emergency medical service system: a population-based, descriptive study in Osaka, Japan. **Acute Medicine & Surgery**, Japan, v. 7, p. e534, 2020.

KILIMNIK, Z. M. et al. Análise do estresse, fatores de pressão do trabalho e comprometimento com a carreira: um estudo com médicos de uma unidade de pronto atendimento de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Gestão e Planejamento Unifacs**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 668-93, 2012.

KLEINUBING, R. E. et al. Estresse e coping em enfermeiros de terapia intensiva adulto e cardiológica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 335-44, 2013.

KOH, D. Occupational risks for COVID-19 infection. **Occup Med** [Internet], London, v. 70, n. 1, p. 3-5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa036>. Acesso em: 24 mai. 2020.

KOLHS, M. et al. A enfermagem na urgência e emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 422-31, 2017.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 879-92, 2016.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-45, 2015.

KONDER, M.; O'DWYER, G. Emergency care units as hospitalization units: phenomena of the care flow in the emergency network. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 290-203, 2019.

KORITSAS, S; BOYLE, M; COLES, J. Factors associated with workplace violence in paramedics. **Prehosp Disaster Med**, Cambridge, v. 24, p. 417-21, 2009.

LACCORT, A. A.; OLIVEIRA, G. B. A importância do trabalho em equipe no contexto da enfermagem. **Revista Uningá**, Maringá, v. 29, n.3, p. 6-10, 2017.

LAGE, C. E. B.; ALVES, M. S. (Des)valorização da Enfermagem: implicações no cotidiano do Enfermeiro. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 7, n. 3/4, p. 12-6, 2016.

LAI, J. et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. **JAMA**, [s.l.], v. 3, n. 3, e203976, 2020.

LANA, R. M. et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 1-5, 2020.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2016.

LATAACK, J. C. Coping with job stress: measures and future directions for scale development. **Journal of Applied Psychology**, New York, v. 71, n. 3, p. 377-85, 1986.

LAURIA, M. J. et al. Psychological skills to improve emergency care providers' performance under stress. **Ann Emerg Med.**, Washington, v. 70, n. 6, p. 884-90, 2017.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984.

LEITE, R. P. A. Inversão do Cotidiano: práticas sociais e rupturas na vida urbana contemporânea. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 737-56, 2010.

LIMA, A. C. M. G.; NICHATA, L. Y. I.; BONFIM, D. Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, n. 53:e03414, 2019.

LIMONGI-FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. **Stress e Trabalho: uma abordagem psicossomática**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

LIPP, M. E. N. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Rev Psiq Clínica**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 347-9, 2001.

LIPP, M. E. N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. 3 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

- LIPP, M. E. N. (org.) **O stress no Brasil**: pesquisas avançadas. Campinas: Papyrus, 2004.
- LIPP, M. E. N. Stress: Conceitos Básicos In: LIPP, M. E. N. (org.) **Pesquisas Sobre Stress no Brasil**: saúde, ocupações e grupos de risco. São Paulo: Papyrus, 1996.
- LIPSITCH, M.; SWERDLOW, D. L.; FINELLI, L. Defining the Epidemiology of Covid-19 - studies needed. **N Engl J Med.**, [s.l.], v. 382, p. 1194-1196, 2020.
- MACHADO, C. V. et al. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 1-14, 2016.
- MACHADO, G. V. C. et al. Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência, Ouro Preto, 2012. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 416-424, 2015.
- MAIA, M. A. et al. The daily work in nursing: a reflection on professional practices. **Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v. 18, n. 4, p. e43349, 2019.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 8 ed. Barueri: Atlas, 2017.
- MARK, K. et al. Coronavirus disease (COVID-19) community testing team in Scotland: a 14-day review, 6 to 20 February 2020. **Eurosurveill** [Internet], [s.l.], v. 25, n. 12, p. 2000217, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118345/pdf/eurosurv-25-12-4.pdf>. Acesso em 20 jan. 2021.
- MARTINS, C. B. G.; MATOS, K. F. Mortalidade por causas acidentais na população infanto-juvenil. **Rev Baiana Enferm.**, Salvador, v. 27, n. 2, p. 124-34, 2013.
- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. **Annual Review of Psychology**, [s.l.], v. 52, p. 397-422, 2001.
- MATTOS, A. I. S.; ARAÚJO, T. M.; ALMEIDA, M. M. G. Interação entre demanda controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 48, 2017.
- MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.
- MELO, L. P. et al. Estratégias de enfrentamento (coping) em trabalhadores: revisão sistemática da literatura nacional. **Arq. bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 3, p. 125-44, 2016.
- MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 15, n. 1-3, p. 34-8, 1995.
- MENDES, A. M. B. Prazer, reconhecimento e transformação do sofrimento no trabalho. In: MENDES, A. M. B. (org.). **Trabalho e saúde**: o sujeito entre emancipação e servidão. Curitiba: Juruá, 2008. p. 13-25.
- MERLO, A. R. **A Informática no Brasil**: prazer e sofrimento no trabalho. Porto Alegre: Ed. Universidade UFRGS, 1999.

MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (org.) **Atenção ao sofrimento e ao adoecimento psíquico do trabalhador e da trabalhadora**: cartilha para profissionais do Sistema Único de Saúde – SUS. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **SUSfácil - Sistema Estadual de Regulação Assistencial**. Belo Horizonte: SES-MG, 2019. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/fornecimento-de-medicamentos/page/464-susfacil-sesmg>. Acesso em: 02 fev. 2021.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MINAYO, M. C. S.; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1103-12, 2014.

MORAES FILHO, I. M.; ALMEIDA, R. J. Estresse ocupacional no trabalho em enfermagem no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 3, p. 447-54, 2016.

MORERO, J. A. P.; BRAGAGNOLLO, G. R.; SANTOS, M. T. S. Estratégias de enfrentamento: uma revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. **Rev Cuid.**, Bucaramanga, Colombia, v. 9, n. 2, p. 2257-68, 2018.

MORKEN, T., JOHANSEN, I. H.; ALSAKER, K. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. **BMC Fam Pract**, [s.l.], v. 1, n. 16, p. 51, 2015.

MOROSINI, M. V. G. C. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 5-7, 2016.

MOSLER, T.; FLÄGEL, K.; STEINHÄUSER, J. Reasons for encounter in out-of-hours care in Emergency Departments and Emergency Practices - a mixed methods trial. **Gesundheitswesen**, Stuttgart, Germany, v. 83, n. 6, p. 432-42, 2021.

MOTA, A. N. et al. Estresse percebido em trabalhadores de Unidades de Pronto Atendimento em Palmas, Tocantins. **Rev Bras Med Trab.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 142-8, 2020.

MURRAY, R. M. et al. A systematic review of workplace violence against emergency medical services responders. **New Solut.**, [s.l.], v. 29, n. 4, p. 487–503, 2020.

NASCIMENTO, M. R.; SERAFIM, M. C. Redes Sociais e Trabalho. In: BANDASSOLLI, P. F.; BORGES-ANDRADE, J. E. (org.) **Dicionário de psicologia do trabalho e das Organizações**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015. p. 565-70.

NIKOLIĆ, D.; VIŠNJIĆ, A. Mobbing and violence at work as hidden stressors and work ability among emergency medical doctors in Serbia. **Medicina**, [s.l.], v. 56, n. 1, p. 31, 2020.

O'BRIEN, M. The tactics of mobile phone use in the school-based practices of young people. **Anthropol Action**, New Yourk, v. 16, n. 1, 30-40, 2009.

- O'DWYER, G. et al. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 51, n. 125, 1-12, 2017.
- OLIVEIRA, C. S. et al. Violência no trabalho em unidades de pronto atendimento: vivências de enfermeiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3323, 2020.
- OLIVEIRA, D. P. R. **Sistema de informações gerenciais: estratégias, táticas operacionais**. 17. ed. São Paulo: Atlas, 2018.
- OLIVEIRA, S. N. et al. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 238-44, 2015.
- OLIVIER, M.; PEREZ, C. S.; BEHR, S. C. F. Trabalhadores afastados por transtornos mentais e de comportamento: o retorno ao ambiente de trabalho e suas consequências na vida laboral e pessoal de alguns bancários **Rev Adm Contemp.**, Maringá, v. 15, n. 6, p. 994-1015, 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Pan-Americana da Saúde Brasil. **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. Brasília, 2020. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875). Acesso em: 05 jul. 2020.
- PAIVA, K. C. M.; GOMES, M. A. N.; HELAL, D. H. Estresse ocupacional e síndrome de *burnout*: proposição de um modelo integrativo e perspectivas de pesquisa junto a docentes do ensino superior. **G&P**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 285-309, 2015.
- PAIVA, R. et al. Impact of COVID-19 on a paediatric emergency service. **European Journal of Pediatrics**, [s.l.], v. 180, n. 8, p. 2571-9, 2021.
- PANEQUE, R. J.; CARVAJAL, J. R. P. Enfermedades y riesgos laborales en trabajadores de servicios de urgencia: revisión de la literatura y acercamiento a Chile. **Medwave**, Santiago de Chile, v. 15, n. 7, p. e6239, 2015.
- PANIZZON, C.; LUZ, A. M. H.; FENSTERSEIFER, L. M. Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 391-98, 2008.
- PARAVIC-KLIJN, T.; BURGOS-MORENO, M. Prevalencia de violencia física, abuso verbal y factores asociados en trabajadores/as de servicios de emergencia en establecimientos de salud públicos y privados. **Rev. medic. Chile**, Santiago de Chile, v. 146, n. 6, p. 727-36, 2018.
- PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse sem trabalho. **Estud. psicol.**, Natal, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.
- PINHEIRO, F. A.; TRÓCCOLI, B. T.; TAMAYO, M. R. Mensuração de *coping* no ambiente ocupacional. **Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 153-8, 2003.
- PINTO, R. S.; STOCKER, T.; LIMA, T. M. O papel das Unidades de Pronto Atendimento: análise do desempenho da primeira UPA do município de Pelotas-RS. **Revista de Gestão e Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 127-36, 2019.

PIRES, D. E. **Precarização do trabalho em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, s.d. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html>. Acesso em: 7 fev. 2021.

PIRES, M. R. G. M. et al. A utilização dos serviços de atenção básica e de urgência no SUS de belo horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 211-22, 2013.

PRADO, C. E. P. Estresse ocupacional: causas e consequências. **Rev Bras Med Trab.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 285-9, 2016.

PRAIS, J. L. S.; ROSA, V. F. Nuvem de palavras e mapa conceitual: estratégias e recursos tecnológicos na prática pedagógica. **Nuances: estudos sobre Educação**, Presidente Prudente, v. 28, n. 1, p. 201-19, 2017.

RUSSO RAFAEL, R. M. et al. Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de COVID-19: o que esperar no Brasil? **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 1-6, 2020.

RAFEEA, F. et al. Violence toward health workers in Bahrain Defense Force Royal Medical Services' emergency department. **Open Access Emergency Medicine**, Bethesda, v. 9, 113–21, 2017.

RATES, H. F.; ALVES, M.; CAVALCANTE, R. B. Acolhimento com classificação de risco: que lugar é esse? **Enferm. Foco**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 52-6, 2016.

RATES, H. F. et al. Everyday life in nursing work under the Michel de Certeau's perspective. **Rev Bras Enferm.** [Internet], Brasília, v. 72, supp. 1, p. 356-60, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000700341](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700341). Acesso em: 12 jun. 2020.

RATES, H. F. et al. O (in)visível no cotidiano de trabalho de enfermeiros no acolhimento com classificação de risco. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], Goiânia, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.48608>. Acesso em: 15 jun. 2020.

REINHOLD, A. K. et al. Even low-acuity patients prefer hospital-based emergency care: a survey of non-urgent patients in an emergency department with unique regional position. **Med Klin Intensivmed Notfmed**, [s.l.], v. 116, n. 6, p. 511-21, 2021.

RIBEIRO, M. C.; MACHADO, A. L. O uso do método história oral nas pesquisas qualitativas: contribuições para a temática do cuidado em saúde mental. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 578-91, 2014.

RITTER, R. S. et al. Correlaciones de variables del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales de urgência hospitalaria. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 11, n. 27, p. 210-223, jul., 2012.

ROCHA, E. L.; GLIMA, D. M. R. Distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho. In: JÚNIOR, M.F. **Saúde no trabalho**. Temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Editora Roca, 2002. p. 320-48.

ROCHA SOBRINHO, F.; PORTO, J. B. Bem-estar no trabalho: um estudo sobre suas relações com clima social, *coping* e variáveis demográficas. **Revista de Administração Contemporânea**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 253-70, 2012.

RODRÍGUEZ-CAMPO, V. A.; PARAVIC-KLIJN, T. M. Verbal abuse and mobbing in pre-hospital care services, Chile. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 25, e2956, 2017.

ROWLANDS, S.; CALLEN, J. A qualitative analysis of communication between members of a hospital-based multidisciplinary lung cancer team. **Eur J Cancer Care**, Geneva, v. 22, n. 1, p. 20-31, 2013.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 39. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

RUSSO RAFAEL, R. M. et al. Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de COVID-19: o que esperar no Brasil? **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 1-6, 2020.

SÁ, A. M. S.; MARTINS-SILVA, P. O.; FUNCHAL, B. Burnout: o impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. **Psicologia & Sociedade**, [s.l.], v. 26, n. 3, p. 664-74, 2014.

SABAK, M. et al. Workplace violence in emergency departments in Turkey. **Avicenna J Med**, [s.l.], v. 11, n. 3, p. 111-7, 2021.

SAIDEL, M. G. B. et al. Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente a pandemia de Coronavírus. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28:e49923, 2020.

SALOMÉ, G. M.; MARTINS, M. F. M. S.; ESPOSITO, V. H. C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 856-62, 2009.

SANTANA, L. L. et al. Estresse no cotidiano de graduandos de Enfermagem de um Instituto Federal de Ensino. **RECOM**, Divinópolis, v. 8:e2738, 2018.

SANTANA, T. S. et al. Estratégias de coping utilizadas por enfermeiras de emergência hospitalar. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 30, p. e20200435, 2021.

SANTOS, A. S.; CASSIANO, G. O.; SANTOS, M. L. C. Inovações tecnológicas e o desenvolvimento da síndrome de *burnout*: estudo realizado com professores de uma unidade acadêmica. **Revista Princípios**, João Pessoa, n. 52, p. 34-47, 2020.

SANTOS, J. B. F.; MACIEL, R. H. O.; SATO, L. Trabalhadores informais e a formação de redes socioprodutivas (RSP): considerações teórico-empíricas. **Contemporânea - Rev Sociol UFSCar**, São Carlos, v. 4, n. 2, p. 325-50, 2014.

SANTOS, J. L. G. et al. Contexto organizacional e gerência do cuidado pelos enfermeiros em unidades de pronto atendimento. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 58-64, dez., 2014.

SANTOS, J. N. M. O. et al. Occupational stress: the exposure of an emergency unit nursing team. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. esp, p. 455-63, 2019.

SASANGO HAR, F. et al. Provider burnout and fatigue during the COVID-19 pandemic: lessons learned from a high-volume intensive care unit. **International Anesthesia Research Society**, San Francisco, v. 1, n. 1, p. 1-6, 2020.

SCARAMAL, D. A. et al. Significado da violência física ocupacional para o trabalhador de enfermagem na dinâmica familiar e social. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 2-8, 2017.

SCHAFIROWITZ, G. C.; SOUZA, A. C. Usuários adultos classificados como pouco urgentes em Unidade de Pronto Atendimento. **Interface**, Botucatu, v. 24, supl. 1: e190630, 2020.

SCHWARTZ, J.; KING, C. C.; YEN, M. Y. Protecting healthcare workers during the coronavirus disease 2019 (COVID19) outbreak: lessons from Taiwan's Severe Acute Respiratory Syndrome Response. **Clinical Infectious Diseases**, New York, v. 71, n. 15, p. 858-60, 2020.

SELYE, H. **The stress of life**. New York: McGraw Hill, 1978.

SHIN, H. et al. Relationships between coping strategies and burnout symptoms: a meta-analytic approach. **Prof Psychol Res Pr.**, [s.l.], v. 45, n. 1, p. 44-56, 2014.

SILVA, D. M. et al. Cotidiano de agentes comunitários de saúde com idosos segundo o referencial de Certeau. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2017.

SILVA, G. N. (Re)conhecendo o estresse no trabalho: uma visão crítica. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 51-61, 2019.

SILVA, L. S. et al. Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. **Rev Bras Saude Ocup**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 1-8, 2020.

SILVA, R. F. et al. Nível de percepção de estresse e qualidade de vida entre os técnicos de enfermagem das Unidades de Pronto Atendimento de Palmas - TO. **Rev. bras. ciên. saúde**, João Pessoa, v. 22, n. 3, p. 261-6, 2018.

SILVA, S. K. Por que ter Michel de Certeau como referência? **Pró-Discente: Caderno de Prod. Acad.-Cient. Progr. Pós-Grad. Educação**, Vitória, v. 15, n. 1, p. 84-93 jan./jul., 2009.

SOUZA, C. C. et al. Reliability analysis of the Manchester Triage System: inter-observer and intra-observer agreement. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26:e3005, 2018.

SUCUPIRA, A. C. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 624-627, 2007.

TABOSA, M. P. O.; CORDEIRO, A. T. Estresse ocupacional: análise do ambiente laboral de uma cooperativa de médicos de Pernambuco. **ReCaPe**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 282-303, 2018.

TEIXEIRA, C. F. S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-74, 2020.

THE GUARDIAN. **Call to protect hospital staff from coronavirus contamination** [Internet]. Londres: The Guardian, 2020. Disponível em: <https://www.theguardian.com/society/2020/mar/17/urgent-call-to-protect-hospital-workers-from-coronavirus>. Acesso em: 17 abr. 2020.

THE LANCET. COVID-19: protecting health-care workers. **The Lancet** [Internet], v. 395, n. 10228, p. 922, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9). Acesso em: 10 mai. 2020.

TORRES, S. F. S.; BELISÁRIO, S. A.; MELO, E. M. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 361-373, 2015.

TROYER, E. A.; KOHN, J. N.; HONG, S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. **Brain Behav Immun** [Internet], [s.l.], v. 87, n. 1, p. 34-9, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.027>. Acesso em: 13 mai. 2020.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

UCHIMURA, L. Y. T. et al. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 972-83, 2015.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA). **Relatórios de atendimentos**. São João del-Rei: Elo Assessoria e Sistemas, 2021.

WANG, C. et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (Covid-19) epidemic among the general population in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 17, n. 5, p. 1-25, 2020.

WANG, F. et al. Meta-analysis on night shift work and risk of metabolic syndrome. **Obes Rev.**, [s.l.], v. 15, n. 9, p. 709-20, 2014.

WANG, P. Y. et al. Workplace violence in asian emergency medical services: a pilot study. **Int J Environ Res Public Health**, [s.l.], v. 16, n. 20, p. 3936, 2019.

WEST, A. C.; BECHTOLD, D. A. The cost of circadian desynchrony: evidence, insights and open questions. **Bioessays**, [s.l.], v. 37, n. 7, p. 777-88, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Coronavirus (COVID-19) – dashboard**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 23 fev. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health**. Geneva: WHO, 2020a. Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401\\_0](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0). Acesso em 5 fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=FB6C87FA94D3E4407FF4F479B95C2D00?sequence=1>. Acesso em 5 fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages: interim guidance**. Geneva: WHO, 2020b. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages). Acesso em: 10 jan. 2021.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZHANG, Z. et al. Protecting healthcare personnel from 2019-nCoV infection risks: lessons and suggestion. **Frontiers of Medicine**, Lausanne, v. 14, n. 1, p. 229-31, mar., 2020.

---

**APÊNDICES**

---

**APÊNDICE A – Roteiro de observação**

Data:
Horário:
Duração da observação:
Local:
População observada:
Circunstâncias observadas:
Notas de observação (opiniões e interpretações da pesquisadora):

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convido você a participar da pesquisa intitulada “Estressores ocupacionais e medidas de enfrentamento adotadas por profissionais de saúde de uma unidade de pronto atendimento”, realizada por mim, pesquisadora Me. Isabella Cristina Moraes Campos, sob orientação da profa. Dra. Marília Alves, em meu processo de doutoramento pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Com este estudo, objetivamos saber se o seu trabalho aqui na UPA é estressante, se sim, quais são as causas do estresse, se você adota medidas para superá-los e quais são essas medidas. O motivo que nos leva a estudar esse assunto está fundamentado pela literatura, que aponta que o trabalho em urgência e emergência pode causar o estresse ocupacional.

A coleta de dados será realizada por meio de observações, consulta a documentos e entrevistas. As observações serão assistemáticas ou livres, não terão um roteiro pré-determinado. Não serão observados profissionais específicos, pois o objetivo é verificar a estrutura e o funcionamento da unidade, informações que poderão ser úteis para a análise e interpretação dos dados. Os dados de observação serão registrados em um diário de campo. Terá a duração aproximada de três meses e ocorrerá antes e durante a realização das entrevistas.

Caso seja necessário, os dados serão completados por informações solicitadas à direção da UPA, tais como indicadores mensais de atendimentos, rotinas internas, além de leis, portarias e normas sobre a regulamentação dos atendimentos de urgência e emergência. Esses documentos também auxiliarão na análise e interpretação dos dados coletados.

Ao aceitar participar da nossa pesquisa, você responderá a um questionário sociodemográfico e ocupacional, com algumas questões sobre você e seu trabalho aqui na UPA. Essa entrevista será gravada. O tempo estimado para a sua participação na pesquisa gira em torno de 30 minutos. A entrevista será realizada durante o horário de trabalho, em horário e local privativo indicado por você.

Os riscos associados à sua participação são atribuídos ao desconforto que você poderá sentir ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais. Algum constrangimento poderá surgir em virtude da gravação da entrevista. Para minimizá-los, a entrevista será realizada em um local privativo e você não precisa responder à pergunta lhe causar esse desconforto. Os benefícios diretos estão relacionados à reflexão sobre o estresse ocupacional na UPA, o que, em última análise, poderá melhorar a sua qualidade de vida no trabalho e prevenir o estresse ocupacional.

Rubricas:

Sua participação na pesquisa é voluntária e você pode desistir a qualquer momento, sem explicar os motivos e sem sofrer prejuízo ou punição. Você não terá qualquer tipo de despesa e não receberá remuneração por sua participação. Caso sejam identificados e comprovados danos provenientes dessa pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização.

O seu sigilo e anonimato serão garantidos em todas as etapas. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão e não serão usados para outros fins além do acadêmico. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, conforme orientação da Resolução nº466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizados e serão arquivados com a pesquisadora por um período de cinco anos e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada com a pesquisadora e a outra será entregue a você.

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro que fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim desejar. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Declaro que concordo em participar desse estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.\_\_\_\_.

---

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

Em caso de dúvidas em relação aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

**Comitê de Ética em Pesquisa – COEP-UFMG**

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901, Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005

Telefone: (031) 3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**Pesquisadoras Responsáveis:**

Isabella Cristina Moraes Campos e profa. Dra. Marília Alves

Endereço: Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia - Belo Horizonte – MG - CEP 30130-100, Escola de Enfermagem – Sala: 514

Fone: (31) 3409-9849 E-mail: isabella.campos@ifsudestemg.edu.br ou marilix@enf.ufmg.br



## ANEXOS

### ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP-UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTRESSORES OCUPACIONAIS E MEDIDAS DE ENFRENTAMENTO ADOTADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

**Pesquisador:** MARILIA ALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 26258419.3.0000.5149

**Instituição Proponente:** PRO REITORIA DE PESQUISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.088.516

##### Apresentação do Projeto:

A pesquisa "ESTRESSORES OCUPACIONAIS E MEDIDAS DE ENFRENTAMENTO ADOTADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO" tem como enfoque um estudo de caso único com abordagem qualitativa como estratégia de investigação na qual o pesquisador coleta informações detalhadas e explora profundamente o objeto de estudo. Envolve coletar dados no ambiente dos participantes, analisá-los

indutivamente e fazer a interpretação do seu significado (CRESWELL, 2013; RUDIO, 2011; YIN, 2015). Ao adotar a abordagem qualitativa, busca a compreensão do homem e dos fenômenos humanos, com apreensão e interpretação da relação de significados de fenômenos para indivíduos e sociedade. Desta forma, implica em entender e interpretar os sentidos e significações que uma pessoa dá ao fenômeno em foco (CRESWELL, 2013; TURATO, 2013). Será desenvolvida em uma UPA do município de São João del Rei, Minas Gerais, Brasil. O município faz parte da mesorregião de saúde do Campo das Vertentes e a UPA atende à demanda espontânea e referenciada de 18 municípios, o que totaliza uma população estimada, em 2019, de 240.651 pessoas (IBGE, 2019).

A coleta de dados será realizada por meio de observações, entrevistas e análise documental, o que permitirá que seja feita a triangulação de diferentes fontes de informação (CRESWELL, 2013). As entrevistas serão conduzidas pela própria pesquisadora. O propósito da AC (análise de conteúdo) é que o pesquisador realize a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), recorrendo a indicadores quantitativos ou não. É um esforço de

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6527 2º Ad. Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II Cep: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: [cep@ccpq.ufmg.br](mailto:cep@ccpq.ufmg.br)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.055.316

Interpretação que oscila entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade (BARDIN, 2011). Segundo a pesquisadora, a inferência permite a passagem do nível descritivo do primeiro momento de tratamento do material, cujo foco está na estocagem e na indexação dos dados, para a interpretação, que extrai das descrições prévias os significados psicológicos e culturais ou individuais e sociais (COLBARI, 2014).

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar os estressores ocupacionais e medidas de enfrentamento adotadas por profissionais de saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento de um município do Interior de Minas Gerais (Brasil).

**Objetivo Secundário:**

- Descrever o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde da UPA;
- Identificar os agentes estressores e as medidas de enfrentamento adotadas pelos trabalhadores durante o trabalho;
- Analisar as práticas sociais realizadas pelos profissionais da UPA.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Os riscos associados à pesquisa são mínimos e atribuídos ao desconforto que o participante poderá sentir ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais. Algum constrangimento também poderá surgir em virtude da gravação da entrevista. Para minimizá-los, a pesquisa será realizada em um local privativo e o participante não precisará responder à pergunta lhe causar desconforto.

**Benefícios:**

Os benefícios estão relacionados à reflexão sobre o estresse ocupacional na UPA, o que, em última análise, poderá melhorar a sua qualidade de vida no trabalho e prevenir o estresse ocupacional

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa pode contribuir para a qualidade de vida do profissional da saúde, uma vez que expõe as dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho de uma UPA, como fatores de risco para o estresse ocupacional, ressaltando que alguns trabalhadores conseguem minimizar as suas consequências, adotando medidas de enfrentamento, que são mecanismos de defesa que ajudam a diminuir o sofrimento causado pelo estresse.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad 51 2008  
Barro: Unidade Administrativa II Cep: 31.270-901  
UF: MG Município: SELD HORIZONTE  
Telefone: (31)3409-4592 e-mail: [psan@ppsc.ufmg.br](mailto:psan@ppsc.ufmg.br)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.055.516

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

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados e as pendências anteriormente apontadas foram atendidas.

**Recomendações:**

Sugiro que a pesquisadora, no projeto, já indique o município de São João del Rei e a UPA em que será feita a pesquisa. No projeto, a pesquisadora se refere apenas a "um município e uma UPA". Estas informações são encontradas apenas na Carta de Anuência.

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

Tendo sido atendidas as pendências anteriormente apontadas, somos, s.m.j., pela aprovação do projeto de pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1453677.pdf	02/06/2020 19:55:59		Aceito
Outros	Cartaresposta.pdf	02/06/2020 19:55:45	Isabella Cristina Moraes Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcorrigido.pdf	02/06/2020 19:55:02	Isabella Cristina Moraes Campos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	18/11/2019 16:21:06	Isabella Cristina Moraes Campos	Aceito
Outros	Cartaanuencia.jpg	12/11/2019 11:38:51	Isabella Cristina Moraes Campos	Aceito
Outros	Parecerdepartamento.pdf	12/11/2019 11:35:45	Isabella Cristina Moraes Campos	Aceito
Outros	Roteiroentrevista.pdf	12/11/2019 11:34:39	Isabella Cristina Moraes Campos	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6527 2º Ad 51 2005  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: [cep@portal.ufmg.br](mailto:cep@portal.ufmg.br)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.055.518

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projdetalhado.pdf	12/11/2019 11:33:20	Isabella Cristina Moraes Campos	Aceito
---	-------------------	------------------------	------------------------------------	--------

Situação do Parecer:  
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:  
Não

BELO HORIZONTE, 15 de Junho de 2020

---

Assinado por:  
Cristina Carem Palva Fontainha  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S1 2005  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3409-4592 e-mail: [conep@ufmg.br](mailto:conep@ufmg.br)

ANEXO B - Aprovação do Departamento de Enfermagem Aplicada – EE-UFMG



ESCOLA DE  
ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM APLICADA

Parecer ENA nº 43/2019-ENA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

**Nome do Projeto de Pesquisa:** Estressores ocupacionais e medidas de enfrentamento adotadas por profissionais de saúde de uma unidade de Pronto Atendimento

**Interessada:** Profa. Marília Alves (orientadora)

**Orientanda:** ISABELLA CRISTINA MORAES CAMPOS

**Instituição responsável:** Escola de Enfermagem da UFMG

**Relatora:** Profa. Heloisa de Carvalho Torres

**Área Temática:** Área de Conhecimento Ciências da Saúde

Histórico

Recebi em 01 de novembro de 2019 o projeto supracitado, enquanto membro da Câmara Departamental do ENA, para análise e emissão de parecer.

**Justificativa:** O cotidiano dos profissionais de saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é, muitas vezes, desgastante devido às condições de trabalho e aos imprevistos que podem surgir durante o labor. Os profissionais enfrentam muitos desafios e, muitas vezes, as situações imprevisíveis podem causar o estresse ocupacional. Há escassez de profissionais, de recursos técnicos e materiais, instalações físicas inadequadas, sobrecarga de trabalho, privação de sono em função das extensas e múltiplas jornadas de trabalho, plantões noturnos, superlotação de usuários, dificuldades nos relacionamentos interpessoais, dentre outros problemas (BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012; SALOMÉ; MARTINS; ESPOSITO, 2009). Esses aspectos, não raro, geram conflitos entre os profissionais de saúde e desses com os usuários, além de interferirem na qualidade de vida no trabalho. Os agentes estressores e as medidas de enfrentamento adotadas mediante os estressores ocupacionais são o objeto de estudo dessa tese, que adotará o referencial teórico de cotidiano do filósofo Michel de Certeau. Durante o trabalho em uma UPA, em alguns momentos, os trabalhadores de saúde são surpreendidos por situações que exigem medidas alternativas para que um cuidado de qualidade seja efetivamente prestado, ainda que devam seguir protocolos, normas e regras predeterminadas que normatizam o trabalho. Desta forma, no cotidiano de trabalho, esses profissionais vivenciam o estresse ocupacional em maior ou em menor grau, com repercussão negativa em seu trabalho, nas relações interpessoais e em sua vida profissional e pessoal. Durante o trabalho em uma UPA, em alguns momentos, os trabalhadores de saúde são surpreendidos por situações que exigem medidas alternativas para que um cuidado de qualidade seja efetivamente prestado, ainda que devam seguir protocolos, normas e regras predeterminadas que normatizam o trabalho. Desta forma, no cotidiano de trabalho, esses profissionais vivenciam o estresse ocupacional em maior ou em menor grau, com repercussão negativa em seu trabalho, nas relações interpessoais e em sua vida profissional e pessoal. **Objetivo geral:** Analisar os estressores ocupacionais e medidas de enfrentamento adotadas por profissionais de saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento de um município do interior de Minas Gerais, Brasil. **Objetivos específicos:** - Descrever o ambiente e as condições de trabalho na UPA; - Identificar os agentes estressores presentes no trabalho da UPA; - Analisar as medidas de enfrentamento aos agentes estressores adotadas pelos profissionais de saúde. **Materiais e Métodos. Tipo de estudo:** Será realizado um estudo de caso único com abordagem qualitativa. **Local do estudo:** Esta pesquisa será desenvolvida em uma UPA de um município do interior do estado de Minas Gerais, Brasil. O município faz parte da mesorregião de saúde do Campo das Vertentes e a UPA atende à demanda espontânea e referenciada de 18 municípios, o que totaliza uma população estimada, em 2019, de 240.651 pessoas (IBGE, 2019).



ESCOLA DE ENFERMAGEM

**Coleta de dados:** A coleta de dados será realizada por meio de observações, entrevistas e análise documental, o que permitirá que seja feita a triangulação de diferentes fontes de informações. **Análise dos resultados:** O processo de análise de dados qualitativos é iniciado com a preparação dos mesmos para que o pesquisador vá cada vez mais fundo no processo de compreensão e interpretação. É concomitantemente à coleta, em um processo permanente de reflexão e interpretação contínua dos dados. **Amostra:** O número de profissionais da amostra não será definido a priori, mas no decorrer da pesquisa, atendendo ao critério de saturação. Serão convidados trabalhadores de diferentes categorias profissionais e diferentes turnos de funcionamento da UPA, diurno e noturno, repetindo-se o convite até a saturação. **Critérios de inclusão:** idade igual ou superior a 18 anos, pertencer a alguma categoria profissional da área de saúde definida pela CBO e atuar na instituição diretamente na assistência aos usuários há, no mínimo, seis meses. **Critérios de exclusão:** os trabalhadores que estiverem de férias ou afastados do trabalho no período da coleta de dados. **Riscos:** Os riscos serão mínimos e transitórios. **Questões éticas:** A participação dos familiares cuidadores no estudo será voluntária e anônima, seguindo as determinações éticas descritas na Resolução nº 466/2012, do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). **Cronograma:** 36 meses. **Orçamento:** Os custos da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora. **Mérito:** O projeto contribui para analisar os estressores ocupacionais e medidas de enfrentamento adotadas por profissionais de saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento de um município do interior de Minas Gerais, Brasil. A orientadora do projeto desenvolve pesquisas na área, é orientadora de programas de pós-graduação, o que demonstra sua capacidade técnica para o desenvolvimento da pesquisa. **Conclusão:** Considerando que o estudo é relevante para os profissionais de saúde de uma unidade de Pronto Atendimento no que concerne à sua contribuição para melhorar a qualidade de vida, sou, salvo melhor juízo da Câmara Departamental do ENA, favorável à aprovação do projeto de pesquisa "Estressores ocupacionais e medidas de enfrentamento adotadas por profissionais de saúde de uma unidade de Pronto Atendimento".

Belo Horizonte, 05 de novembro de 2019.

Profa. Heloisa de Carvalho Torres

Membro da Câmara Departamental

Aprovado em **ad referendum**  
Em 06/11/2019

Profª Drª Janaina Soares  
Subchefe do Depto. de  
Enfermagem Aplicada  
Escola de Enfermagem UFMG