

ESTRESSE OCUPACIONAL RELACIONADO À PANDEMIA DE COVID-19: O COTIDIANO DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

OCCUPATIONAL STRESS RELATED TO THE COVID-19 PANDEMIC: THE DAILY LIFE OF AN EMERGENCY CARE UNIT

ESTRÉS OCUPACIONAL RELACIONADO CON LA PANDEMIA COVID-19: LA VIDA DIARIA DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA

 Isabella Cristina Moraes Campos¹
 Marília Alves²

¹Instituto Federal Sudeste de Minas Gerais - IF Sudeste MG, Núcleo de Ambiente, Saúde e Segurança. São João del-Rei, MG - Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem, Enfermagem Aplicada. Belo Horizonte, MG - Brasil.

Autor Correspondente: Isabella Cristina Moraes Campos
E-mail: isabella.campos@ifsudestemg.edu.br

Contribuições dos autores:

Coleta de Dados: Isabella C. M. Campos; **Conceitualização:** Isabella C. M. Campos, Marília Alves; **Gerenciamento do Projeto:** Isabella C. M. Campos, Marília Alves; **Investigação:** Isabella C. M. Campos; **Metodologia:** Isabella C. M. Campos, Marília Alves; **Redação - Preparação do Original:** Isabella C. M. Campos, Marília Alves; **Redação - Revisão e Edição:** Isabella C. M. Campos, Marília Alves; **Software:** Isabella C. M. Campos; **Supervisão:** Marília Alves; **Validação:** Isabella C. M. Campos, Marília Alves; **Visualização:** Isabella C. M. Campos, Marília Alves.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 28/04/2021

Aprovado em: 16/12/2021

Editores Responsáveis:

 Janaina Soares
 Luciana Regina Ferreira da Mata

RESUMO

Objetivo: analisar o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com ênfase nos estressores ocupacionais relacionados à pandemia de COVID-19. **Método:** estudo de caso qualitativo, fundamentado no referencial teórico-metodológico de Michel de Certeau acerca do cotidiano, realizado em uma UPA porte II do interior de Minas Gerais, Brasil. Foi realizada triangulação de dados, com observações, entrevistas com 31 profissionais e análise documental. Os dados foram organizados no MAXQDA2020® e submetidos à análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** o cotidiano da UPA foi alterado pela pandemia e a instituição passou por adaptações para atender os casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, com novas estratégias de funcionamento e redefinição do mapa da assistência. Os estressores ocupacionais identificados foram falta de clareza nas informações iniciais sobre a doença, medo de se contaminarem ou a familiares, uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), testagem, afastamento e sobrecarga de profissionais, risco de falta de medicamentos e estigmatização dos profissionais de saúde. Por outro lado, disponibilidade de EPIs, queda do número de atendimentos, orientações e treinamentos foram fatores protetores contra o estresse. Ademais, alguns profissionais adotaram táticas para amenizar os estressores decorrentes da pandemia. **Conclusão:** o cotidiano da UPA foi alterado e o estresse ocupacional relacionado à pandemia acomete profissionais de saúde. Medidas de proteção da saúde mental são necessárias para que possam enfrentar a grave crise sanitária, com vistas à prevenção do sofrimento, melhor qualidade de vida no trabalho e melhores condições laborais e de atendimento aos usuários.

Palavras-chave: Estresse Ocupacional; Pessoal de Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Pandemias; COVID-19.

ABSTRACT

Objective: to analyze the daily work of health professionals in an Emergency Care Unit (UPA), with an emphasis on occupational stressors related to the COVID-19 pandemic. **Method:** qualitative case study, based on Michel de Certeau's theoretical-methodological framework about everyday life, carried out in a UPA size II in the countryside of Minas Gerais, Brazil. Data triangulation was performed, with observations, interviews with 31 professionals and document analysis. Data were organized in MAXQDA2020® and submitted to Bardin's content analysis. **Results:** the daily life in the UPA was changed by the pandemic and the institution underwent adaptations to attend to suspected or confirmed cases of COVID-19, with new operating strategies and redefinition of the assistance map. The occupational stressors identified were lack of clarity in the initial information about the disease, fear of contaminating themselves or family members, use of personal protective equipment (PPE), testing, removal and overload of professionals, risk of lack of medication and stigmatization of professionals of health. On the other hand, availability of PPE, drop in the number of visits, guidance and training were protective factors against stress. In addition, some professionals have adopted tactics to alleviate the stressors arising from the pandemic. **Conclusion:** the routine of the UPA has changed and the occupational stress related to the pandemic affects health professionals. Mental health protection measures are necessary so that they can face the serious health crisis, with a view to preventing suffering, better quality of life at work and better working conditions and service to users.

Keywords: Occupational Stress; Health Personnel; Emergency Medical Services; Pandemics; COVID-19.

RESUMEN

Objetivo: analizar el trabajo diario de los profesionales de la salud en una Unidad de Cuidados de Emergencia (UPA), con énfasis en los estresores ocupacionales relacionados con la pandemia de COVID-19. **Método:** estudio de caso cualitativo, basado en el marco teórico-metodológico de Michel de Certeau sobre la vida cotidiana, realizado en una UPA tamaño II en el interior de Minas Gerais, Brasil. Se realizó triangulación de datos, con observaciones, entrevistas a 31 profesionales y análisis de documentos. Los datos se organizaron en MAXQDA2020® y sometidos al análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** la vida cotidiana de la UPA fue modificada por la pandemia y la institución fue adaptada para atender casos sospechosos o confirmados de COVID-19, con nuevas estrategias operativas y redefinición del mapa de atención. Los estresores ocupacionales identificados fueron falta de claridad en la información inicial sobre la enfermedad, miedo a contaminarse o de familiares, uso de equipo de protección personal (EPI), pruebas, baja y sobrecarga de profesionales, riesgo de falta de medicación y estigmatización de los profesionales de la salud. Por otro lado, la disponibilidad de EPP, la disminución del número de consultas, la orientación y la formación fueron factores protectores frente al estrés. Además, algunos profesionales adoptaron táticas para aliviar los factores estresantes resultantes de la pandemia. **Conclusión:** la vida diaria de la UPA cambió y el estrés laboral relacionado con la pandemia afecta a los profesionales de la salud. Las medidas de protección de la salud mental son necesarias para que puedan afrontar la grave crisis sanitaria, con el fin de prevenir el sufrimiento, mejorar la calidad de vida en el trabajo y mejores condiciones de trabajo y servicio para los usuarios.

Palabras clave: Estrés Laboral; Personal de Salud; Servicios Médicos de Urgencia; Pandemias; COVID-19.

Como citar este artigo:

Campos ICM, Alves M. Estresse ocupacional relacionado à pandemia de COVID-19: o cotidiano de uma Unidade de Pronto Atendimento. REME - Rev Min Enferm. 2022[citado em _____];26:e-1430. Disponível em: _____ DOI: 10.35699/2316-9389.2022.38796

INTRODUÇÃO

A COVID-19, provocada pelo novo coronavírus (SAR-S-CoV-2), foi declarada como pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020.^{1,2} Representa um dos problemas de saúde mais graves das últimas décadas, configurando uma emergência de saúde pública mundial.² A doença evoluiu de forma rápida, esgotando a capacidade de resposta dos sistemas de saúde e alterando o cotidiano das pessoas.¹ O enfrentamento da pandemia ganhou ênfase entre as funções essenciais da saúde pública, com ações voltadas para a população e grupos de alto risco de contaminação, como os profissionais de saúde.³

A pandemia desafiou governos a realizarem acelerada e inédita estruturação dos serviços de saúde para assistirem ao crescente número de doentes e a repensarem a proteção individual e coletiva dos trabalhadores. Além disso, evidenciou o papel dos profissionais de saúde para garantir a vida das populações e exigiu respostas dos serviços às demandas para as quais não estavam preparados. A pressão sobre profissionais cresceu exponencialmente e a organização do trabalho sofreu alterações quanto às jornadas, horas extras e ritmo de trabalho.⁴

O trabalho dos profissionais na linha de frente dos cuidados aos doentes foi destacado. Dificuldades que podem ser consideradas agentes estressores, com risco à saúde dos trabalhadores, foram denunciadas. Embora fundamentais, ações de atenção à saúde e segurança dos profissionais nem sempre foram incorporadas ao enfrentamento da pandemia, com aumento da carga emocional e física. A sensação de vulnerabilidade, temor de que algo ruim poderia acontecer a si e aos outros, demanda nos serviços e perda de controle sobre os acontecimentos têm repercussões no funcionamento psíquico e cognitivo dos trabalhadores.⁵

Esse contexto pandêmico aumenta o risco de estresse ocupacional dos profissionais de saúde, objeto deste estudo. Vale ressaltar que o estresse ocupacional é o esforço do organismo para se adaptar às situações que lhe são impostas, resultantes de relações entre demanda psicológica e controle associado ao trabalho. Esse tipo de estresse pode ser ocasionado pela elevada carga de trabalho e insuficiência de pessoal no trabalho cotidiano. Dessa forma, repercute na saúde do trabalhador e pode causar afastamentos, desgaste físico e emocional e acidentes de trabalho.⁶

A pandemia de COVID-19 introduziu modificações no cotidiano dos serviços de saúde, inclusive das UPAs, o que ocasionou o surgimento de agentes estressores. Para Certeau, o cotidiano são questões rotineiras que compõem acontecimentos diários e pode ser avaliado por meio de conversas, expressões faciais e gestos. É composto de eventos que merecem ser estudados, articulando as práticas sociais,

estratégias e táticas. Quanto às estratégias, sistematizam e impõem ordem. Contêm autoridade e podem ser instituições, leis, portarias, normas e rituais. Já as táticas são as “maneiras de fazer”, surgem para responder às necessidades não resolvidas por meio das estratégias e se escondem atrás de uma aparência de conformidade. Não confrontam as estratégias, pois as táticas visam complementar as estratégias.⁷

O autor apresenta, ainda, os conceitos espaço e lugar, mapa e percurso. No lugar, mais estável, impera a lei do próprio normatizado. O espaço é vivo, é o “lugar praticado”, corresponde ao jeito de fazer de cada sujeito e suas interações que vão além das normas e regras estabelecidas. O lugar “retém o próprio” e corresponde às estratégias, enquanto o espaço refere-se às táticas.⁸⁻⁹

O mapa é determinado pelas estratégias e estabelece a sequência das “coisas” e a ordem espacial, é estático e estruturado. Por sua vez, o percurso é construído pelas ações dos sujeitos, não é estático. É associado ao espaço e às táticas e advém das diferentes formas de fazer, das escolhas de acordo com as oportunidades e necessidades. É variável e rompe com o fluxo determinado pelo mapa.⁷

Portanto, a pandemia, como um evento recente, provocou mudanças no cotidiano da UPA. Entretanto, ainda há escassez de estudos sobre a temática, o que representa um conhecimento em construção. Dessa maneira, este estudo é importante, principalmente por abordar o funcionamento de um serviço de saúde de urgência e emergência e o estresse dos profissionais. Sua relevância está centrada na possibilidade de demonstrar as alterações do cotidiano devido à COVID-19 e promover uma reflexão acerca do estresse ocupacional relacionado à pandemia.

Nessa direção, foi analisado o cotidiano de trabalho de uma UPA, partindo-se do pressuposto de que fora alterado pela pandemia. Durante o trabalho, os profissionais de saúde podem ser surpreendidos por dificuldades e desafios que se configuram como estressores ocupacionais, com repercussão em suas atividades, nas relações interpessoais e em suas vidas profissional e pessoal. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde de uma UPA, com ênfase nos estressores ocupacionais relacionados à pandemia de COVID-19.

MÉTODOS

Este estudo é um recorte de uma pesquisa de doutorado, cujos aspectos metodológicos foram descritos conforme os Critérios Consolidados para Relatos de Pesquisa Qualitativa (COREQ).¹⁰ Trata-se de estudo de caso qualitativo fundamentado no referencial teórico-metodológico de Michel de Certeau acerca do cotidiano.⁷ É uma estratégia de investigação

pela qual o pesquisador coleta informações detalhadas e explora profundamente um programa, evento, atividade, processo ou indivíduos. Envolve coletar dados no ambiente dos participantes, analisá-los e interpretar seu significado.¹¹

Foi desenvolvido em uma UPA do interior de Minas Gerais, Brasil, localizada em uma microrregião de saúde composta de 20 municípios, com população estimada em 264.233 pessoas.¹² É uma UPA 24h, porte II, na qual, segundo relatórios entre julho de 2019 e dezembro de 2020, foram realizados 58.558 atendimentos (médias mensal e diária de 3.253 e 108 atendimentos, respectivamente).¹³ É um serviço de fácil acesso das pesquisadoras, que se interessaram em estudar o cotidiano de uma UPA durante a pandemia.

Na unidade trabalhavam 95 profissionais de saúde. Sua estrutura física, onde os usuários são atendidos, é dividida entre os setores: recepção, três consultórios médicos, um de classificação de risco, salas laranja, amarela e vermelha (atendimento/ estabilização de pacientes críticos), de curativo, de higienização, de observação, de medicação, de radiografia e uma observação pediátrica.

A coleta de dados ocorreu de agosto de 2020 a janeiro de 2021. Foram realizadas observações, entrevistas e análise documental, o que permitiu a triangulação de dados. Com a observação assistemática, buscou-se coletar dados sobre os profissionais, a interação entre eles e com usuários, a organização e condições de trabalho e a estrutura e funcionamento da UPA. A observação foi iniciada duas semanas antes da realização das entrevistas e se estendeu até o final da coleta de dados e favoreceu a inserção da pesquisadora no campo e a interação com os profissionais. Os dados foram registrados manualmente em um diário de campo livre.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora principal, pós-graduanda de nível de doutorado, durante o horário de trabalho, em local privativo. A pesquisadora se identificou aos participantes que, ao aceitarem participar da pesquisa, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de inclusão foram: ser profissional de saúde e atuar na assistência na UPA há, no mínimo, seis meses. Foi critério de exclusão estar em férias ou afastado do trabalho durante a coleta de dados.

Participaram do estudo 31 profissionais e o tamanho amostral foi definido no decorrer da pesquisa, atendendo ao critério de saturação dos dados, quando as informações se tornam repetitivas, acrescentando pouco ao material já obtido.¹¹ Buscou-se a participação de todas as categorias e de trabalhadores dos dois turnos. Os participantes foram sorteados por categoria, repetindo-se o convite até a saturação. Na categoria com apenas um profissional, este foi convidado, o que ocorreu com a assistente social e o farmacêutico. Também foram convidados dois gestores, profissionais de saúde,

considerados informantes-chave, por deterem informações estratégicas. Para preservar o anonimato, os nomes foram substituídos por combinações alfanuméricas “P1”, “P2”..., sendo que “P” se refere a participante.

O roteiro semiestruturado foi elaborado com base na literatura e objetivos do estudo. Foi realizado estudo-piloto com duas profissionais que não compuseram a amostra e feitas adaptações nas questões. 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 e vínculo empregatício. Neste estudo foram analisadas as respostas às seguintes questões: 1) Como vocês estão lidando com a pandemia de COVID-19? 2) Houve mudanças no dia a dia da UPA? 3) A pandemia alterou o estresse no trabalho da UPA?

Os áudios foram transcritos até 48 horas após as entrevistas e conferidos por duas pessoas. A pesquisadora retornou a transcrição para os participantes e nenhum solicitou modificação em seus relatos. Também foram analisados relatórios com indicadores de atendimentos da UPA, além de rotinas, leis, portarias e normas sobre a regulamentação de atendimentos de urgência e emergência. Esses documentos auxiliaram a análise e interpretação dos dados.

Os dados provenientes das observações, entrevistas e relatórios foram organizados no *software* MAXQDA®, versão 2020, e submetidos à análise de conteúdo temática com base no referencial de Bardin.¹⁴ Na pré-análise fizeram-se a leitura flutuante e preparação do material; na exploração, a leitura exaustiva; e utilizando o MAXQDA® foram feitos recortes nas unidades de registro que, agrupados por similaridade temática, passaram a constituir as duas categorias analisadas. Na fase de tratamento e interpretações, foram realizadas inferência e interpretação das informações.

Esta pesquisa seguiu a Resolução nº 466/2012. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), parecer nº 4.088.516.

RESULTADOS

Descrição da amostra

As 31 entrevistas totalizaram 9 horas e 46 minutos, com média de 18 minutos. Dos participantes, 20 eram do gênero feminino (64,5%), idade média de 36 anos, variando de 22 a 58 anos, e a maioria era solteira (61,3%). Entre os 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 sensu* (45,2%). Dos que completaram o ensino médio (48,4%), 10

eram técnicos de Enfermagem (32,3%), três auxiliares de farmácia (9,7%) e dois técnicos de radiologia (6,5%).

O tempo médio de trabalho em saúde foi de nove anos e oito meses e, na UPA, quatro anos e oito meses. A maioria trabalhava em plantões de 12x36 horas (58,1%) e no período diurno (67,7%). As cargas horárias semanais dos contratos dos participantes variaram entre 12 e 44 horas, com média de 36 horas e 50 minutos. Todos eram contratados pela Secretaria Municipal de Saúde. Três técnicas de Enfermagem se recusaram a participar da pesquisa sem especificarem o motivo.

Adaptações na UPA para o enfrentamento à pandemia de COVID-19

A UPA não era referência para o atendimento à COVID-19, porque continuou atendendo às demandas de urgência e emergência do município e região e sua estrutura física não comportaria a adaptação exigida para o atendimento adicional dos casos suspeitos ou confirmados da doença. No entanto, frequentemente era procurada por pessoas com sintomas gripais, que eram atendidas pelo fato de a UPA ser “de portas abertas”. Segundo profissionais, alguns pacientes e familiares escondiam a real condição de saúde, com medo de não serem atendidos, o que trouxe insegurança aos trabalhadores.

Aconteceu de familiar esconder (...) eles viram que ele piorou, aí eles falaram que achavam que ele estava com COVID, porque tinha feito um teste há três dias e deu negativo, mas quatro pessoas da família positivaram e ele teve contato com eles (P2).

Dessa forma, a instituição precisou passar por adaptações para atender pessoas com sintomas gripais. Foram definidas estratégias, com novos protocolos. O mapa de atendimento foi modificado para evitar a exposição de usuários e profissionais. Foram criados dois isolamentos, um com respirador e mais um leito na sala vermelha, que dispunha de apenas dois.

Nós tivemos que mudar em tudo, né? Não só na UPA, mas na vida. Uso de máscara, lavar as mãos toda hora (...) Mudou o estilo de vida de todos (P26).

Proibiram-se visitas, e acompanhantes só eram liberados pelo médico. A enfermeira dava notícias dos internados em boletins às 10 e às 22 horas. Os usuários deveriam higienizar as mãos e usar máscaras. Foram adotadas medidas para impedir aglomeração de funcionários na copa e cada um deveria levar seus itens de uso pessoal, como utensílios e roupa de cama.

A gente mudou a nossa forma de contato, não abraçava para cumprimentar o colega. As meninas da limpeza têm que se equipar ainda mais quando é suspeito... mudou bastante (P20).

Atender casos suspeitos ou confirmados tornou-se prioritário para evitar a exposição dos profissionais e usuários. Após a triagem, os usuários eram levados para um consultório externo, criado devido à pandemia, sendo isolados até serem testados ou transferidos. Se o exame resultasse positivo, mas os pacientes não apresentassem sintomas graves, eram colocados em isolamento domiciliar. Caso contrário, ficavam em observação, eram cadastrados no SUSFácil e transferidos para um hospital de referência em COVID-19 do município.

O estresse ocupacional relacionado à pandemia

Para a maioria dos profissionais, o início da pandemia foi difícil, sofrido e estressante. Tudo era desconhecido, um vírus novo, uma nova doença e novos protocolos de atendimento.

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

No início foi tenso. Até porque é uma coisa nova. A gente nunca passou por isso. No início quando chegava um e falava que era uma suspeita e ficava... a gente ficava tenso (P22).

O medo de se contaminar foi relatado por muitos trabalhadores, principalmente no início da pandemia, além de alguns apresentarem comorbidades, o que aumentou o estresse. Uma participante afirmou que o risco de infecção é inerente ao trabalho em Enfermagem e para outros a preocupação foi diminuindo com o tempo.

Parece que está no fim do mundo. Alterou muito. O corona está fazendo isso. Está deixando o pessoal mais estressado, mais ansioso que o doente de corona, acho que está tendo repercussão psicológica, psiquiátrica mesmo (P13).

A partir do momento que você faz Enfermagem, está suscetível a qualquer doença, que pode ser contagiosa. Eu levei esse negócio com naturalidade, naturalidade entre aspas. Falei: “a gente preocupa com COVID, mas tratamos tuberculose, meningite. Isso vai matar a gente?” Não adianta, a gente tem que se proteger (P21).

Vários profissionais mencionaram o medo de levarem a doença “para casa” e contaminarem familiares. Para alguns,

esse medo era maior que o de se contaminarem. Outros evitavam se encontrar com parentes dos grupos de risco da COVID-19. Uma enfermeira pediu para não trabalhar em seu setor preferido, a sala vermelha, por causa do filho, e uma técnica de Enfermagem cogitou pedir demissão.

O principal problema é pegar e transmitir para nossa família que está perto. Eu moro com meus pais e sobrinhos. O medo é de transmissão. Eu ser assintomático, famoso assintomático, transmitir e eles sentindo as consequências. E eu, nada. O medo maior é esse (P5).

A maioria aqui é mulher, enfermeira mulher, técnica mulher, falando da Enfermagem que está mais na linha de frente e muitas de nós somos mães (...) quando voltei estava tudo mudado, eu não queria ficar. Queria pedir demissão porque tenho uma filha pequena, minha mãe tem 80 anos e, olha, ela tem comorbidade, meu marido tem varizes. Fiquei com medo, não de enfrentar, mas de passar para eles (P9).

(...) eu não vou visitar os meus avós já tem um tempão, porque, às vezes, eu estou assintomático e vou levar pra eles, eles vão ter uma complicação maior (P6).

Para alguns, a queda do número de atendimentos no início da pandemia foi a mudança “mais notável”. Os motivos citados foram o medo de as pessoas se contaminarem na UPA, menor circulação de pessoas, fechamento de bares e restaurantes, com redução de acidentes, diminuição dos acidentes de trabalho e da demanda por atestados devido ao trabalho remoto. Segundo relatórios, entre março e abril de 2020, quando ocorreu a maior variação, os atendimentos de pacientes classificados como emergentes (vermelhos) reduziram 33,33%; dos triados como muito urgentes (laranjas), 39,79%; os dos urgentes (amarelos), 46,59%; os dos pouco urgentes (verdes), 57,85%; e dos não urgentes (azuis), 56,00%.¹³

(...) a UPA ficou vazia e deu para gente respirar, porque estava todo mundo muito cansado e todo mundo doído de medo. Os plantões eram tranquilos e agora o pessoal já perdeu o medo, a UPA está enchendo (P2).

O pessoal fala que o usuário ficou com medo de vir... O COVID, de certo modo, sarou as doenças, sabe? Diminuiu muito o movimento aqui na UPA (P4).

(...) com a quarentena e os pacientes precisando de ficar em casa, eles deixaram de vir na UPA. Primeiro diminuiu muito os acidentes em geral. Acidentes de trânsito, brigas fora de casa, na rua, tudo isso diminuiu muito na cidade como um todo (P7).

Entre as estratégias para a proteção dos trabalhadores, foi implementado o uso de EPIs e a higienização frequente das mãos. Havia equipamentos em quantidade suficiente, como disse uma enfermeira, “só não usa quem não quer”. Alguns se sentiam mais seguros, o que foi fator protetor ao estresse, mas outros mencionaram o incômodo causado pelos EPIs como um agente estressor. Alguns informaram que se protegiam mais antes do contato com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 e outros que o uso de EPIs iria se tornar mais comum.

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

No início fiquei muito estressada com o uso, ter que usar máscara, ter que me paramentar. A gente está acostumado a ficar mais livre. Mas, agora já me acostumei, vai virar obrigação o uso de máscara (P1).

Outra estratégia foi o afastamento de profissionais com sintomas de COVID-19 ou se tivessem tido contato com caso positivo até serem testados, o que causou sobrecarga e estresse nos que permaneciam trabalhando. Em março de 2020, profissionais do grupo de risco foram afastados, mas, em agosto do mesmo ano, voltaram a trabalhar e só duas gestantes permaneceram afastadas, realizando teleatendimento.

A gente, às vezes, brincava: “vamos ver quem vai receber o troféu COVID aqui da UPA”, porque várias pessoas que estavam afastadas daqui estavam andando na rua sem máscara, como se nada tivesse acontecido (P21).

A gente está aqui e brinca que somos heróis da resistência porque a gente não se afastou momento nenhum. Todo mundo está muito cansado, esgotado (P22).

O tempo de afastamento dependia da realização dos testes. No início da pandemia, quando não havia muitos locais de testagem, o material coletado era enviado para Belo Horizonte e o resultado demorava dias. Um trabalhador relatou sofrer “preconceito” enquanto esperava o resultado. A partir de julho de 2020, os imunoenaios por fluorescência passaram a ser feitos no laboratório próprio do município, o que reduziu o tempo de realização dos testes.

Tinha aquele preconceito. “Nossa, será que ele está?” Aí, a pessoa pergunta se você está bem e fala: “Ele está bem, mas será que eu estou? Estava perto dele...” (P23).

A falta ou demora na testagem foi um agente estressor. Alguns gostariam de ser testados frequentemente; outros, não. A UPA seguia o protocolo do Ministério da Saúde por orientação do setor de epidemiologia e vigilância sanitária municipal. Até setembro de 2020, foram feitas três triagens sorológicas de anticorpos de todos os profissionais, sendo que três haviam testado positivo.

A única falha que eu acho é que a gente deveria fazer exame de sangue de 15 em 15 dias. Falha que não é da UPA, mas da prefeitura. Mas a gente 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 (P6).

Alguns médicos eram resistentes à testagem, pois recebiam por plantões e, caso testassem positivo, seriam afastados. Era um problema específico da categoria, já que as demais recebiam salário mensal. Uma médica foi observada reclamando que não queria ser testada, pois estava assintomática. “Quem vai pagar as minhas contas?” Ouviu como resposta que ninguém era obrigado a se testar.

Profissionais da farmácia e um médico tinham receio de uma possível falta de medicamentos, agravada na pandemia. Identificaram como causas a mudança no repertório dos medicamentos utilizados na unidade, falta de insumos para fabricar alguns medicamentos, priorização dos hospitais de referência em COVID-19 e burocracia para aquisição em uma instituição pública.

A sedação está precária e a gente já fez a compra e vão mandar para a XX e para o YY primeiro (...) esquecem que não é só COVID que vai intubar, há outras doenças que têm que intubar. Tem dia que a gente passa aperto, principalmente fim de semana (P23).

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

A estigmatização por trabalharem na UPA foi mencionada por dois profissionais. Era relacionada ao preconceito da população, inclusive parentes, receosos do contágio, em especial no início da pandemia, e que foi um fator de estresse.

A gente começou a enfrentar preconceito na rua, na padaria... Até dos próprios familiares. A gente chegava e comentavam, ficavam me olhando, não queriam ficar perto, a família não quer contato...

Imagina você chegar num lugar e todo mundo sair, te olham como se fosse um ET, chega a distanciar mesmo (P2).

Às vezes a gente usava a camisa da UPA, a pessoa estava no passeio, ela atravessava, não ficava no mesmo passeio. Achando que estávamos em contato. Eu falei: “Você quer entrar num lugar e todo mundo sair é só você ir com a roupa da UPA que todo mundo sai” (P23).

Também no princípio da pandemia havia informações controversas, porque o conhecimento acerca da COVID-19 estava (e ainda está) sendo construído. As estratégias para o alinhamento dos profissionais da UPA no combate à pandemia mudavam constantemente, o que foi um fator estressor. Entretanto, os treinamentos e orientações recebidos foram identificados como protetores contra o estresse ocupacional.

Estamos bem informados, bem preparados, porque o que não falta são orientações. E 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, tem o treinamento, tem os EPIs (P14).

Após alguns meses, depois do início difícil e conturbado, a maioria dos participantes comentou que a situação estava sob controle. Alguns empregaram o termo “tranquilo” para caracterizar o momento da pandemia quando a coleta foi realizada. Isso foi relacionado à maior compreensão acerca da COVID-19, aos cuidados para prevenir a contaminação, além das promissoras pesquisas de vacinas que estavam em andamento na época.

DISCUSSÃO

A pandemia foi uma crise complexa que exigiu mudanças nos sistemas de saúde, porque passaram a atender um número crescente de pessoas com uma doença nova e desconhecida. Transformou o cotidiano de trabalho das instituições, cuja estrutura, distribuição de leitos e fluxos de atendimentos foram alterados, surgiram novos procedimentos, estratégias de aprendizagem, práticas assistenciais e de suporte.¹⁵

O cotidiano é mais que um cenário rotineiro de trabalho, é um espaço de produção e reprodução das práticas sociais. Contém “situações circunstanciais” que despertam nos sujeitos novos modos de fazer para criarem e adaptem a própria realidade diante da dinamicidade

da vida⁷, assim como ocorreu na UPA com a pandemia de COVID-19. Seu cotidiano foi alterado e a unidade teve que se adaptar para atender os suspeitos ou confirmados de COVID-19, a partir da definição de um novo mapa de atendimento dentro da unidade. As estratégias determinam o mapa que é estruturado, que indica a ordem dos lugares e prescreve as ações.⁷ Foi inevitável porque, embora não fosse a referência, era frequentemente procurada por esses usuários, que, por meio das táticas, faziam o seu próprio percurso dentro da rede de atenção à saúde.

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. 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.¹⁶ Além disso, a pandemia expôs os profissionais de saúde a fatores que os colocaram em mais vulnerabilidade para o estresse ocupacional, como exposição a patógenos, longas horas de trabalho, sofrimento psicológico, fadiga, esgotamento profissional, estigmatização e violência física e psicológica.^{1,17}

A adaptação da UPA foi necessária, uma vez que o SARS-CoV-2 é transmitido entre pessoas, em contato próximo, por gotículas produzidas pela tosse, espirro e fala. Também há transmissão aérea, pois fica viável em aerossóis gerados em procedimentos por, pelo menos, três horas.¹⁸ O aumento do número de doentes e os cuidados para casos graves tornaram os profissionais de saúde um grupo de alto risco para adquirir a infecção, que são entre 4 e 12% dos casos notificados, com prevalência superior a 10%.¹⁹

As infecções estão associadas à inadequação ou a falhas nas medidas de precaução e proteção contra a doença, escassez de EPIs, aglomerações, contato com assintomáticos, entre outros.²⁰ A principal estratégia para evitar a contaminação dos profissionais foi a disponibilização de EPIs. Todavia, a utilização desses equipamentos foi um fator estressor para alguns, que os consideravam incômodos.

Se há risco elevado de se contaminarem, há risco de transmitirem o coronavírus para seus contatos. Assim, os profissionais lançaram mão de táticas, afastando-se de familiares e de pessoas próximas e de sua rede de suporte, o que pode aumentar o sofrimento mental.¹⁵ O temor de contaminá-los é um risco psicossocial relevante. Medidas de segurança, como alojamentos fora do local do trabalho, foram implementadas em alguns países, além da disponibilização de transporte exclusivo até o trabalho.⁵

Observou-se outra tática adotada pelos profissionais que consideravam os EPIs estressantes. Alguns os dispensavam quando estavam distantes de pacientes, como na

área de descanso da UPA, ou se paramentavam “melhor” quando atendiam pacientes com sintomas gripais. Portanto, nas pequenas brechas do cotidiano, tentavam amenizar o estresse relacionado ao uso de EPIs. As táticas são astúcias operadas “golpe por golpe”, “lance por lance”, como maneiras de fazer criativas e efêmeras que coexistem com as estratégias, mas que se escondem atrás da aparência de conformidade.⁷ São astúcias surgidas a partir do senso de ocasião do trabalhador em resposta às demandas do cotidiano.¹⁶

A recusa dos profissionais em usar EPIs em certos momentos era, na realidade, uma forma de resistência à “vigilância” constante 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.⁷ Destaca-se que havia EPIs suficientes e isso foi um fator protetor ao estresse para alguns, por se sentirem mais seguros.

Essa não foi, porém, a realidade em muitos serviços de saúde brasileiros e de outros países. A garantia de condições laborais seguras é ponto inicial e condição *sine qua non* e não pode ser flexibilizada ou improvisada.^{5,19} Houve denúncias de profissionais e sindicatos sobre condições de trabalho precarizadas, higiene inadequada, jornadas extenuantes, falta de treinamento e insuficiência de EPIs.³ Além da prevenção do contágio, deveriam também ser consideradas a segurança física, condições de trabalho e estabilidade emocional e psíquica dos trabalhadores.²¹

Estratégias para impedir a transmissão do SARS-CoV-2 entre os trabalhadores da saúde devem incluir triagem sorológica baseada na sintomatologia, com melhoria da testagem de sintomáticos, afastamentos e licença médica sem caráter punitivo, mais flexíveis e de acordo com orientações de saúde pública.²² A testagem de todos, independentemente de sintomas, é outra estratégia de contenção da infecção dos profissionais de saúde.¹⁸

A testagem também permite mais celeridade na recomposição da força de trabalho, uma vez que os trabalhadores afastados com síndrome gripal e com teste negativo para COVID-19 retornam mais rapidamente ao trabalho. Ademais, o rastreamento de trabalhadores assintomáticos interrompe a transmissão no ambiente laboral e, em consequência, o absenteísmo.^{5,23}

O afastamento dos profissionais, embora fundamental, sobrecarregou os que continuavam trabalhando, que se sentiam cansados, desgastados, aumentando o estresse. Alguns achavam que houve excesso de afastamentos, com profissionais se aproveitando da situação. Ressalta-se que, em uma pandemia, é comum trabalharem muitas horas, sem pausas e sob pressão, sofrendo fadiga e exaustão.⁴ Enfrentam

o aumento da carga de trabalho, exposição à contaminação e risco de acidentes.²¹ Longas jornadas reduzem o nível de atenção e capacidade de resposta, interferindo na qualidade do cuidado. Destaca-se que parte dos acometidos pela COVID-19 são pacientes críticos que exigem decisões rápidas e acertadas e a capacidade plena dos profissionais.⁵

Além disso, grande parte dos trabalhadores de saúde é composta de mulheres com sobrecarga de atribuições no contexto de distanciamento social, pois acumulam preocupações relativas ao trabalho, saúde, família, trabalho doméstico e, às vezes, com mais de um emprego. Sendo assim, é preciso que tenham tempo de repouso suficiente para se recuperarem do desgaste físico e psíquico.^{5,24} Com efeito, o apoio social dispensado a elas pode interferir em sua qualidade de vida e saúde em geral.²⁴

Como uma tentativa de reduzir o déficit de profissionais de saúde, foi publicada a Medida Provisória nº 927/2020, que permitiu a ampliação da jornada por até 24 horas, com redução do tempo de descanso para 12 horas. O artigo 29 prevê que casos de contaminação pelo novo coronavírus não serão considerados ocupacionais, exceto mediante comprovação do nexo causal.²⁵ Entretanto, a iniciativa aumenta a sobrecarga dos trabalhadores, pois o subdimensionamento das equipes já era uma realidade em algumas instituições brasileiras antes mesmo da pandemia. É uma medida prejudicial aos trabalhadores da saúde, nesse momento crítico em que faltam insumos básicos e EPIs em diversos serviços.

Outro fator estressor foram as constantes alterações nas estratégias adotadas para o enfrentamento da pandemia, porque as orientações mudavam rapidamente, de acordo com os conhecimentos divulgados. Por outro lado, os profissionais reconheceram o esforço dos gestores em promover treinamentos e orientá-los sobre os novos protocolos de atendimento. Tais treinamentos também foram apontados como protetores contra o estresse, tendo em vista que os profissionais se sentiam mais preparados. Os profissionais devem receber treinamentos adequados, embasados nas melhores evidências do conhecimento e práticas internacionais.¹

Medidas para redução de estressores ocupacionais são cruciais. Deve haver mudanças na organização do trabalho, tais como: apoio psicológico; redução das jornadas de trabalho; valorização profissional; melhoria das condições de trabalho; ações de apoio social no trabalho; acesso aos serviços de saúde do trabalhador; redução do estigma e da segregação que a doença produz nas pessoas adoecidas e em quem presta cuidados; bem como minimização da interferência da pandemia na vida familiar e social, no distanciamento social, no isolamento dos trabalhadores e nas perdas de pessoas próximas e familiares.^{1,5} Algumas dessas mudanças já vêm sendo adotadas por algumas instituições,

porém, outras envolvem contextos mais amplos, como o econômico e social, para sua efetivação.

Por este ser um estudo de caso, seus resultados não são generalizáveis, o que consiste em uma limitação. No entanto, tem aplicação para o ensino, pesquisa e prática de profissionais de saúde ao abordar o estresse em uma UPA durante a pandemia, assim como as adaptações que foram necessárias para seu enfrentamento. Sugerem-se como futuras pesquisas a comparação do estresse ocupacional relacionado à pandemia em diferentes unidades de emergência e entre instituições de diferentes níveis de complexidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cotidiano da UPA foi bastante modificado devido à pandemia de COVID-19, assim como surgiram estressores ocupacionais relacionados à nova situação sanitária. Novas estratégias foram implantadas, com vistas à normatização da assistência e do funcionamento da unidade. Além disso, o mapa da assistência na UPA foi redefinido para dar celeridade e segurança durante os atendimentos aos casos suspeitos ou confirmados da doença. No entanto, os usuários criavam seu próprio percurso, adotando táticas para burlarem as novas estratégias e serem atendidos na instituição.

Dessa forma, surgiram várias situações estressoras para os profissionais da UPA, com destaque para o medo de se contaminarem e contaminarem pessoas próximas, principalmente no início da pandemia, associado ao uso de EPIs, testagem, afastamento de profissionais, com sobrecarga dos remanescentes, possível falta de insumos e preconceito sofrido. Entretanto, alguns profissionais lançaram mão de táticas para amenizarem as situações adversas. A disponibilidade de EPIs, a queda na procura pela unidade e as orientações e treinamentos foram destacados como protetores contra o estresse.

O estresse ocupacional relacionado à pandemia acomete vários profissionais de saúde. A reflexão sobre a temática contribui para a proposição de medidas para prevenção do sofrimento, com mais qualidade de vida no trabalho, promoção de melhores condições laborais e de atendimento aos usuários. As implicações gerenciais para redução do estresse devem partir do reconhecimento de que o ambiente laboral pode comprometer a saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Saúde (BR). 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: CNS; 2020[citado em 2021 mar. 7]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1103-recomendacao-no-020-de-07-de-abril-de-2020>
2. Lipsitch M, Swerdlow D, Finelli L. Defining the epidemiology of Covid-19 - studies needed. *N Engl J Med*. 2020[citado em 2021 mar. 7];382(13):1194-6. Disponível em: [10.1056/NEJMp2002125](https://doi.org/10.1056/NEJMp2002125)
 3. Jackson Filho JM, Assunção AA, Algranti E, Garcia EG, Saito CA, Maeno M. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2020[citado em 2021 fev. 20];45:e14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369ed0000120>
 4. Schwartz J, King CC, Yen MY. Protecting healthcare workers during the coronavirus disease 2019 (COVID19) outbreak: lessons from Taiwan's severe acute respiratory syndrome response. *Clin Infect Dis*. 2020[citado em 2021 mar. 7];71(15):858-60. Disponível em: [10.1093/cid/ciaa255](https://doi.org/10.1093/cid/ciaa255)
 5. Helioterio MC, Lopes FQRS, Sousa CC, Souza FO, Pinho PS, Sousa FNF, et al. Covid-19: por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? *Trab Educ Saúde*. 2020[citado em 2021 mar. 9];18(3):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>
 6. Cavalcante JL, Pinto AGA, Brito Junior FE, Moreira MRC, Lopes MSV, Cavalcante EGR. Estresse ocupacional dos funcionários de uma universidade pública. *Enferm Foco*. 2019[citado em 2021 jan. 23];10(4):108-15. Disponível em: revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2310/612
 7. Certeau MA. *Invenção do cotidiano: artes de fazer*. 22ª ed. v. 1. Petrópolis: Vozes; 2014.
 8. Rates HF, Cavalcante RB, Santos RC, Alves M. Everyday life in nursing work under the Michel de Certeau's perspective. *Rev Bras Enferm*. 2019[citado em 2021 mar. 20];72(suppl.1):341-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0361>
 9. Silva DM, Silva MAC, Oliveira DS, Alves M. Cotidiano de agentes comunitários de saúde com idosos segundo o referencial de Certeau. *Cogitare Enferm*. 2017[citado em 2021 mar. 7];22(4):1-9. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50436>
 10. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007[citado em 2021 mar. 7];19(6):349-57. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>
 11. Creswell JW. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
 12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades e Estados: Minas Gerais*. Belo Horizonte; 2019[citado em 2021 mar. 7]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/>
 13. Unidade de Pronto Atendimento (UPA). *Relatórios de atendimentos*. São João del-Rei: Elo Assessoria e Sistemas; 2021.
 14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
 15. Almeida IM. Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID-19 e respostas à pandemia. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2020[citado em 2021 mar. 7];45:e17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/scielopreprints.140>
 16. Maia MA, Paiva AC, Moretão DIC, Batista RCR, Alves M. O cotidiano de trabalho na Enfermagem: uma reflexão sobre práticas profissionais. *Ciênc Cuid Saúde*. 2019[citado em 2021 out. 28];18(4):e43349. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienc-cuidsaude.v18i4.43349>
 17. World Health Organization. *Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health*. Geneva: WHO; 2020[citado em 2021 jan. 17]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0
 18. World Health Organization. *Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages: interim guidance*. Geneva: WHO; 2020[citado em 2021 mar. 7]. 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)
 19. The Lancet. COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet*. 2020[citado em 2021 mar. 7];395(10228):922. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9)
 20. Xiang Y, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020[citado em 2021 mar. 22];7(3):228-9. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
 21. 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*. 2020[citado em 2021 mar. 22];17(10):1-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32150796/>
 22. Chow EJ, Schwartz NG, Tobolowsky FA, Zacks RLT, Huntington-Frazier M, Reddy SC, et al. Symptom screening at illness onset of health care personnel with SARS-CoV-2 infection in King County, Washington. *JAMA*. 2020[citado em 2021 mar. 22];323(20):2087-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6637>
 23. Ministério da Saúde (BR). *Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2020[citado em 2021 out. 28]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/recomendacoes-de-protecao-aos-trabalhadores-do-servico-de-saude.pdf/view>
 24. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit*. 2020[citado em 2021 mar. 7];26:e923549. Disponível em: [10.12659/MSM.923549](https://doi.org/10.12659/MSM.923549)
 25. Presidência da República (BR). *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*. 2020 mar 22;(1 seção 1)[citado em 2021 mar. 7]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/mpemdia/mp?ano=2020&id=927>

