

Impacto na saúde e no bem-estar do trabalho em casa durante a pandemia de SARS-CoV-2

Impact on health and well-being of working at home during the SARS-CoV-2 pandemic

Alberto José Niituma **Ogata**¹, Ana Maria **Malik**¹, Viviane **Lourenço**¹, Valena **Savia**¹, Ana Claudia **Pinto**², Yohana **Rodrigues**³

RESUMO | Introdução: Após o início da pandemia da síndrome respiratória aguda grave do coronavírus 2 (SARS-CoV-2), muitos trabalhadores foram forçados a começar a trabalhar em casa, criando uma nova dinâmica que potencialmente pode afetar a sua saúde, em vários aspectos. **Objetivos:** Estudar o impacto do trabalho em casa a partir da pandemia de SARS-CoV-2 em uma amostra de trabalhadores brasileiros. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo transversal com uma pesquisa on-line aplicada de 1º de junho a 15 de agosto de 2020 por um site de recursos humanos brasileiro envolvendo funcionários que trabalhavam em casa durante a pandemia de SARS-CoV-2. **Resultados:** A amostra válida de 653 respondentes revelou que 87,7% dos respondentes da pesquisa descreveram que a mudança para trabalhar em casa começou por causa da pandemia. Porém, 550 (84,2%) pessoas desse grupo afirmaram que o empregador não realizou nenhuma avaliação de saúde e segurança no local de trabalho no ambiente doméstico. Em relação aos sintomas físicos, destaca-se a alta prevalência de sintomas relacionados a quadros clínicos musculoesqueléticos, insônia, sensação de fadiga, dores de cabeça e enxaqueca. O estudo também utilizou o instrumento Índice de Bem-estar da Organização Mundial da Saúde-5 (WHO-5), sendo que a associação de baixas pontuações e sintomas físicos foi estatisticamente significativa para os quadros clínicos musculoesqueléticos, sensação de fadiga, cefaleia ou enxaqueca, azia e indigestão e dores nas pernas. **Conclusões:** Os achados desta pesquisa confirmam a importância da elaboração de estratégias e programas para preservar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores que passam a trabalhar em casa, com a participação e supervisão dos médicos do trabalho nas empresas. Estudos futuros são necessários para continuar avaliando dados sobre saúde, bem-estar e produtividade, assim como para compartilhar boas práticas para o apoio da saúde ocupacional para aqueles que trabalham em casa.

Palavras-chave | ambiente de trabalho; infecções por coronavírus; saúde mental; saúde do trabalhador.

ABSTRACT | Introduction: After the onset of the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) pandemic, many workers were forced to start working from home, creating a new dynamic that could potentially affect their health in several ways. **Objectives:** To study the impact of working at home during the SARS-CoV-2 pandemic on a sample of Brazilian workers. **Methods:** This study used a cross-sectional methodology with an online survey conducted by a Brazilian human resources website from June 1 to August 15, 2020, with a sample of employees working at home during the SARS-CoV-2 pandemic. **Results:** The sample of 653 valid responses revealed that 87.7% of the survey respondents reported that the change to home working started because of the situation caused by the pandemic. However, 550 (84.2%) people from this group stated that their employer did not conduct any health and safety evaluation of their workstation in the domestic environment. Regarding physical symptoms, there were high prevalence rates of symptoms related to musculoskeletal conditions, sleeping problems, feelings of fatigue, headaches, and migraines. The study also used the World Health Organization-5 Well-Being Index instrument and there were statistically significant associations between low scores and physical symptoms of musculoskeletal conditions, feelings of fatigue, headache or migraine, heartburn and indigestion, and leg pain. **Conclusions:** The findings of this research confirm the importance of developing strategies and programs to preserve the health and well-being of workers who start working at home, with participation of and supervision by companies' occupational physicians. Future investigations should continue to capture data about health, well-being, and productivity and share best practices to plan support for the occupational health of those working from home.

Keywords | working environment; coronavirus infections; mental health; occupational health.

¹ Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde - FGVsaúde, Escola de Administração de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, Brasil.

² MBA Gestão de Programas de Promoção da Saúde nas Organizações, Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, Brasil.

³ Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Fonte de financiamento: Nenhuma

Conflitos de interesse: Nenhum

Como citar: Ogata AJN, Malik AM, Lourenço V, Savia V, Pinto AC, Rodrigues Y. Impact on health and well-being of working at home during the SARS-CoV-2 pandemic. Rev Bras Med Trab. 2022;20(1):79-85. <http://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2022-791>

INTRODUÇÃO

Após o início da pandemia causada pelo vírus da síndrome respiratória aguda grave do coronavírus 2 (SARS-CoV-2), no início de 2020, foi decretada quarentena em grande parte do mundo, inclusive no Brasil. Nesse contexto, muitos trabalhadores foram obrigados a começar a trabalhar em casa, para diminuir o contato físico e social entre as pessoas e reduzir novas infecções. A tecnologia da informação e a Internet foram alguns dos fatores que possibilitaram a implementação dessa medida.

Considerando a necessidade de trabalhar em casa, fez-se necessária uma nova dinâmica de reuniões online, ligações telefônicas ou chamadas de vídeo, além de formas inovadoras de realizar tarefas e organizar o trabalho. Isso levou à substituição de eventos tradicionais, muitas vezes sem o treinamento e a preparação desejáveis para esse movimento¹. Os funcionários sentiram falta da socialização e dos benefícios da colaboração oferecidos por trabalhar em espaços de trabalho compartilhados².

As circunstâncias incomuns do *lockdown* significaram que as pessoas estavam trabalhando em casa pela primeira vez na vida e tiveram que se adaptar à nova prática sem serem avisadas disso com antecedência. Elas podiam estar compartilhando seu espaço de trabalho em casa com outras pessoas. Portanto, tinham pouca privacidade ou precisavam ser itinerantes, negociando o uso do espaço em torno da necessidade de silêncio dos membros da família².

O ambiente doméstico não oferece o mobiliário adequado para o trabalho, como a maioria das empresas oferece. Além disso, o ambiente doméstico também apresenta uma série de fatores que podem interferir nas atividades laborais, potencialmente favorecendo o surgimento ou agravando quadros clínicos pré-existentes, como dores musculoesqueléticas, estresse, ansiedade e fadiga. Além disso, essa mudança pode alterar o estilo de vida, com alterações nos hábitos alimentares e nos padrões de atividade física.

Considerando o nível individual, alguns autores desenvolveram sugestões para a manutenção do bem-estar: criar rotinas, ser organizado, ter um ambiente de *home office* adequado, aumentar a produtividade, ser responsável, evitar multitarefas extremas, facilitar a comunicação e o networking, ser equilibrado, usar

programas e plataformas de computador disponíveis, ser criativo com o ensino remoto, explorar opções de pesquisa remota e aprender com os desafios³. No entanto, vários estudos mostraram efeitos nas taxas de dor musculoesquelética, distúrbios do sono, dor de cabeça, ansiedade, depressão e problemas gastrointestinais associados a mudanças nos processos de trabalho durante a pandemia de SARS-CoV-2^{4,7}.

Um estudo longitudinal envolvendo trabalhadores de escritório durante as recomendações de permanecer em casa revelou um aumento no comportamento sedentário fora de dias úteis, piora da qualidade do sono, aumento dos distúrbios de humor e alguma diminuição na percepção da qualidade de vida⁸. Uma análise secundária de um estudo de coorte longitudinal que foi realizado no Reino Unido demonstrou que, durante o *lockdown*, a prevalência populacional de níveis clinicamente significativos de sofrimento mental aumentou de 18,9% (intervalo de confiança de 95% [IC95%] 17,8-20,0) em 2018-19 para 27,3% (26,3-28,2) em abril de 2020⁹. Um estudo transversal que comparou as mudanças entre antes e durante a pandemia de SARS-CoV-2 no Brasil revelou que houve redução da atividade física e do consumo de vegetais, além do aumento do tempo de uso da televisão e computador/tablet e do consumo de alimentos congelados, salgadinhos e chocolate¹⁰.

Nesse contexto, é importante estudar essas alterações para conhecer suas consequências, possibilitando que medidas preventivas e corretivas sejam tomadas para reduzir seu impacto na saúde dos trabalhadores.

MÉTODOS

Este é um estudo descritivo transversal realizado em uma amostra de trabalhadores brasileiros que começaram a trabalhar em casa durante a pandemia de SARS-CoV-2.

Inicialmente, houve um processo de adaptação transcultural do questionário¹¹ elaborado pelo Institute of Employment Studies (IES), que autorizou formalmente seu uso para este estudo. A adaptação incluiu tradução do inglês para o português, reconciliação das traduções, análise por um grupo de especialistas, retrotradução e elaboração da versão final. Esse questionário inclui o instrumento Índice de Bem-estar da OMS (WHO-5) já

validado para uso em português¹²⁻¹⁶. Esse instrumento está disponível em 30 idiomas e permite uma avaliação rápida das condições de saúde mental e de bem-estar (humor, vitalidade e interesse geral) dos indivíduos (Anexo 1). As pontuações podem variar de 0 a 25. Pontuações totais abaixo de 13, além de mostrarem baixos níveis de bem-estar, destacam a necessidade de monitoramento, pois podem sinalizar algum nível de depressão (com sensibilidade de 93% e especificidade de 83%)¹².

O questionário, em versão eletrônica, foi distribuído por meio de um portal de informações de recursos humanos (RH para você) e veiculado nas redes sociais entre 1º de junho e 15 de agosto de 2020.

Os dados quantitativos foram coletados por meio da consolidação do método de pesquisa. Os questionários foram consolidados em planilhas MS-Excel, tendo-se o cuidado de manter os participantes e seus dados anônimos. Posteriormente, o banco de dados foi processado com o software R*. As respostas qualitativas foram categorizadas para análise em grupo. Além disso, a população estudada foi apresentada e caracterizada segundo uma análise exploratória por meio do teste qui-quadrado de independência para verificar a relação entre o Índice de Bem-estar da OMS (WHO-5) e as variáveis selecionadas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Conformidade Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (CEPH) da Fundação Getúlio Vargas – 063/2020.

RESULTADOS

A pesquisa foi aplicada em versão on-line entre 1º de junho e 15 de agosto de 2020. Nesse período, foram

recebidas um total de 653 respostas válidas. Quanto ao perfil demográfico, 436 (66,8%) dos entrevistados eram do sexo feminino, com média de idade de 40 anos (mediana de 39 anos e desvio padrão [DP] de 10,3). Dentre esses participantes, 304 (46,6%) afirmaram morar com filhos menores de 18 anos dependentes e 148 (22,7%) cuidavam de outro familiar adulto ou idoso. Nesse contexto, 298 (45,6%) admitiram compartilhar seu espaço de trabalho com outro adulto.

A maioria dos entrevistados (573, ou 87,7% do total) afirmou ter começado a trabalhar em casa por causa da situação do SARS-CoV-2. No entanto, 550 (84,2%) pessoas desse grupo reconheceram que o empregador não realizou nenhuma avaliação de saúde e segurança em seu local de trabalho no ambiente doméstico.

Em relação aos sintomas físicos, destaca-se a alta prevalência de sintomas relacionados a problemas musculoesqueléticos. A maioria dos entrevistados mencionou que o problema ocorre agora com uma frequência bastante ou muito maior do que o habitual, com desconforto ou dor nas costas (366 entrevistados, 56% do total), dor no pescoço (362 entrevistados, 55,4% do total) e dor nos ombros (328 entrevistados, 50,3% do total) (Tabela 1).

Outros sintomas foram comumente sentidos, com uma frequência um pouco ou muito maior do que o normal, como problemas de sono (358 entrevistados, 54,8% do total), fadiga ocular (295 entrevistados, 45,2% do total), sensação de fadiga (284 entrevistados, 43,5% do total) dores de cabeça e enxaqueca (278 respondentes, 42% do total) (Tabelas 2 e 3).

As questões emocionais mais comumente relacionadas com uma frequência um pouco ou muito maior do que o normal foram: preocupação com as finanças da família

Tabela 1. Sintomas físicos reconhecidos durante o período de confinamento e *home office*

Frequência	Perda de sono por preocupações		Dor no pescoço*		Dor nos ombros*		Dor nas costas*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nem um pouco	137	21,0	126	19,3	167	25,6	129	19,8
Não mais do que o normal	158	24,2	165	25,3	158	24,2	158	24,2
Um pouco mais do que o normal	219	33,5	219	33,5	210	32,2	189	28,9
Muito mais do que o normal	139	21,3	143	21,9	118	18,1	177	27,1

* Desconforto, dor leve a intensa.

(234 entrevistados, 35,8% do total), ansiedade com a saúde de um membro da família (197 entrevistados, 30,1% do total) e sentimento de isolamento e solidão (75 respondentes, 11,5% do total) (Tabela 4).

O instrumento utilizado, WHO-5, avalia a qualidade subjetiva com base no humor, na vitalidade e no interesse geral, considerando uma pontuação de 13 (em uma escala de 0 a 25 pontos) como indicador de baixo nível de bem-estar e sugerindo que deve haver acompanhamento mais

próximo. Na amostra estudada, o escore médio foi de 13,81 (DP de 5,88), tendo em vista que 298 respondentes (45,63% do total) apresentaram pontuação do índice WHO-5 igual ou inferior a 13.

A associação entre o nível de bem-estar (observado pelas baixas pontuações no questionário WHO-5) e os sintomas físicos foi estatisticamente significativa para os quadros clínicos musculoesqueléticos (dor nas costas, ombros, punhos, mãos, quadris, tornozelos e pés),

Tabela 2. Sintomas físicos reconhecidos durante o período de confinamento e *home office*

Frequência	Dor nos cotovelos*		Dor nos pulsos e mãos*		Dor nos quadris*		Dor nos tornozelos*		Fadiga ocular	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nem um pouco	372	57,0	282	43,2	281	43,0	357	54,7	201	30,8
Não mais do que o normal	139	21,3	163	25,0	126	19,3	151	23,1	157	24,0
Um pouco mais do que o normal	88	13,5	137	21,0	138	21,1	94	14,4	171	26,2
Muito mais do que o normal	54	8,3	71	10,9	108	16,5	51	7,8	124	19,0

* Desconforto, dor moderada a intensa.

Tabela 3. Sintomas físicos reconhecidos durante o período de confinamento e *home office*

Frequência	Dor de cabeça ou enxaqueca		Dor no peito		Cãibras nas pernas		Azia ou indigestão		Fadiga	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nem um pouco	195	29,9	456	69,8	440	67,4	285	43,6	219	33,5
Não mais do que o normal	180	27,6	98	15,0	124	19,0	154	23,6	150	23,0
Um pouco mais do que o normal	163	25,0	65	10,0	57	8,7	130	19,9	165	25,3
Muito mais do que o normal	115	17,6	34	5,2	32	4,9	84	12,9	119	18,2

Tabela 4. Questões emocionais reconhecidas durante o período de confinamento e *home office*

Frequência	Estou preocupado(a) com as finanças da família		Estou ansioso(a) com a saúde de um membro da família		Sinto-me solitário(a) e isolado(a)	
	n	%	n	%	n	%
Nunca	33	5,1	79	12,1	309	47,3
Em alguns momentos	194	29,7	204	31,2	154	23,6
Menos da metade do tempo	84	12,9	75	11,5	62	9,5
Mais da metade do tempo	108	16,5	98	15,0	53	8,1
A maior parte do tempo	110	16,8	104	15,9	48	7,4
O tempo todo	124	19,0	93	14,2	27	4,1

sensação de fadiga, dor de cabeça ou enxaqueca, azia e indigestão e dor nas pernas (Tabela 5). Além disso, foi mais frequente no sexo feminino (49% do total, $p = 0,031$) e em solteiros que moram sozinhos (54% do total, $p = 0,007$).

DISCUSSÃO

Considerando as respostas ao presente estudo, foi possível verificar que a maioria dos trabalhadores começou a trabalhar em casa após a orientação de isolamento social em consequência da pandemia da COVID-19. Além disso, um número significativo de participantes (84,2%) passou a trabalhar em casa sem nenhum preparo, respaldo, avaliação ou suporte de saúde e segurança no trabalho por parte do empregador. Muitas vezes, em escritórios e ambientes habituais de trabalho, o departamento de Segurança e Saúde Ocupacional é responsável pela escolha do mobiliário e pela realização de uma análise periódica denominada Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) para garantir condições adequadas de trabalho, incluindo aquelas relacionadas à iluminação e exposição sonora. Além disso, muitos trabalhadores tinham que conviver com outras pessoas em suas casas, realizando outras tarefas, como cuidar de crianças

menores e idosos, além de ter que dividir seu espaço de trabalho com outros adultos.

Alguns quadros clínicos, como questões musculoesqueléticas e mentais/emocionais, são os mais observados como causas de incapacidade para o trabalho no Brasil^{17,18}. Os resultados desta pesquisa mostram que os participantes reforçaram o agravamento desses quadros clínicos, além de outros sintomas físicos, como problemas de sono, sensação de fadiga, dores de cabeça, enxaquecas e fadiga ocular.

Na Itália⁵, distúrbios musculoesqueléticos foram comumente relacionados, incluindo lombalgia (41,2%). Metade dos participantes afirmou ter piora da dor cervical ao trabalhar em casa, além de baixa satisfação no trabalho. Ao contrário, na Turquia, foram observadas⁴ taxas mais altas de dor lombar, mas nenhum aumento em outros quadros clínicos musculoesqueléticos.

A crise sanitária causada pela pandemia de SARS-CoV-2 trouxe repercussões sociais e econômicas relevantes. Segundo Del Boca et al.¹⁹, as medidas de distanciamento social que obrigaram as pessoas a trabalhar e estudar em casa na Itália levaram as mulheres, principalmente aquelas com filhos de 0 a 5 anos, a passar mais tempo realizando tarefas domésticas e cuidando dos filhos. Quanto aos homens, sua sobrecarga depende se seu(sua) parceiro(a) está trabalhando em casa ou não.

Um estudo realizado na Áustria⁶ apontou impacto psicológico moderado a grave em 43,3% dos participantes, incluindo depressão, ansiedade e estresse. Isso foi notado principalmente entre mulheres, idosos, pessoas com baixa escolaridade, pessoas muito preocupadas com seus familiares, com baixa autoavaliação de saúde e pessoas que utilizam a Internet como principal fonte de informação.

Um estudo longitudinal comparando dados de janeiro de 2018 e fevereiro de 2020, durante as recomendações para ficar em casa, observou mais trabalho remoto em locais de trabalho menos formais, redução das interações sociais pessoais durante o trabalho e lazer e mudanças no comportamento de saúde que foram tanto negativas (por exemplo, aumento do tempo sentado e em frente a telas) quanto positivas (por exemplo, prestar mais atenção à saúde pessoal). Os impactos negativos incluíram comportamento mais sedentário fora dos dias úteis, redução da qualidade do sono, aumento de

Tabela 5. Baixa percepção de bem-estar (Índice de Bem-estar da Organização Mundial da Saúde-5 com pontuação abaixo de 13 e queixas físicas)

Sintoma*	n	%	Valor de p
Dor nos tornozelos e pés	43	84	0,000 [†]
Fadiga	89	75	0,000 [†]
Dor no pescoço	106	74	0,000 [†]
Dor de cabeça ou enxaqueca	84	73	0,000 [†]
Dor nos quadris	77	71	0,000 [†]
Dor no peito	24	71	0,000 [†]
Dor nas costas	120	68	0,000 [†]
Dor nos ombros	81	69	0,000 [†]
Dor nos pulsos e nas mãos	46	65	0,000 [†]
Azia ou indigestão	55	65	0,000 [†]
Dor nas pernas	15	47	0,002

* Com uma frequência "muito mais do que o normal".

[†] Aproximado.

distúrbios do humor, redução da qualidade de vida e redução da saúde ocupacional. Embora não tenham sido encontrados piores hábitos alimentares, o consumo de carne vermelha foi reduzido; isso pode refletir a redução da disponibilidade local de carne durante o período de pesquisa da pandemia de SARS-CoV-2. É importante ressaltar que alguns fatores não pioraram em uma comparação entre antes e durante o período de isolamento domiciliar da COVID-19, incluindo comportamentos de estilo de vida (por exemplo, comportamento sedentário em dias úteis, atividade física e a maioria dos hábitos alimentares) e algumas subescalas de humor (por exemplo, fadiga), qualidade de vida (por exemplo, saúde geral) e saúde ocupacional (por exemplo, estresse)⁸.

Moretti et al. (2020)⁵ sugerem que os indivíduos desenvolvam algumas medidas na organização do trabalho em casa para melhorar seu desempenho: escrever uma lista de tarefas para o dia, fazer uso de um espaço reservado especificamente para o trabalho e reduzir as fontes de distração. O empregador pode contribuir para a organização desse espaço, disponibilizando mobiliário adequado (como cadeiras, mesas e monitores) e oferecendo orientação postural profissional no local. Durante esse período de isolamento social, aulas e vídeos foram divulgados nas redes sociais, inclusive alguns com celebridades, sem garantia técnica suficiente, representando uma potencial ameaça à saúde das pessoas. Os autores alertam para a importância de as organizações fornecerem instrução técnica sobre as práticas das pessoas e o mobiliário adequado, estimulando as pessoas a serem fisicamente ativas e a terem uma condição de trabalho mais saudável com relação à postura.

Além disso, a avaliação da percepção de saúde e bem-estar por meio do instrumento WHO-5 sugeriu associação entre pontuações baixas e alguns quadros clínicos, como questões musculoesqueléticas, sensação de fadiga, azia, indigestão e dor nas pernas. Portanto, é importante que a atenção à saúde desses trabalhadores não abranja apenas o tratamento medicamentoso desses sintomas, mas busque também os fatores causais, inclusive os relacionados à organização do trabalho, visando ao pleno restabelecimento da saúde e do bem-estar dos trabalhadores.

CONCLUSÕES

Além dos aspectos positivos do *home office*, como economia de tempo nos deslocamentos diários, maior contato com a família e ganhos de produtividade, os achados desta pesquisa confirmam a importância de traçar estratégias e programas para preservar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. O equilíbrio entre vida pessoal e profissional já era um assunto bem estudado antes da pandemia de SARS-CoV-2, mas agora exige abordagens de suporte mais eficazes, pois a linha tênue entre os diferentes aspectos da vida pode se tornar ainda mais sutil.

É fundamental que as empresas, por meio de suas áreas de gestão de pessoas e/ou saúde ocupacional, por exemplo, desenvolvam estratégias de acompanhamento desses trabalhadores. As causas mais frequentes de doenças e licenças por motivos de saúde, como quadros clínicos musculoesqueléticos e mentais/emocionais, podem se agravar, sendo que a volta ao ambiente de trabalho regular pode ocorrer com piores condições físicas e emocionais⁷. Torna-se importante dar suporte aos trabalhadores, estabelecendo contato frequente, revisando metas e formas de monitorá-las, além de envolver os trabalhadores nos processos de tomada de decisão e definição de prioridades.

Em documento recente (2020), a Organização Internacional do Trabalho²⁰ (OIT), sugere que, em termos de equilíbrio entre vida pessoal e profissional e promoção da saúde, seja estabelecido um certo nível de flexibilidade, como forma de evitar que o trabalhador esteja disponível 24 horas por dia, garantindo assim tempo para descanso e vida pessoal. A OIT também recomenda focar principalmente na qualidade do trabalho no lugar de focar na quantidade, comunicando claramente as expectativas, evitando elogiar as respostas rápidas em detrimento das respostas adequadas. Algumas propostas tendem a ser menos realistas, como sugerir que os trabalhadores tenham um espaço de trabalho livre de interrupções e estabeleçam limites entre suas atividades profissionais e o contato com as pessoas que convivem com eles. A OIT também orienta os trabalhadores sobre a importância de adotar uma rotina com padrões saudáveis de sono, atividade física e alimentação regular (sem pular refeições e fazendo boas escolhas). Por fim, estimula a liderança a identificar mudanças nos padrões de comportamento dos trabalhadores, como consumo abusivo ocasional de álcool

e drogas, para encaminhar aqueles que apresentam esses hábitos ao apoio especializado o mais rápido possível.

Trabalhar em casa é uma alternativa para manter as atividades laborais, mesmo em isolamento social, reduzindo as chances de desemprego. No entanto, isso exige dos profissionais de saúde e segurança a elaboração de estratégias para proteger a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, evitando o agravamento de quadros clínicos pré-estabelecidos e o surgimento de outros.

Contribuições dos autores

AJNO foi responsável pela concepção do estudo, investigação, redação - esboço original e revisão e edição. ACP foi responsável pela concepção do estudo, análise formal, administração do projeto, redação - esboço original e revisão & edição. YRA foi responsável pelo tratamento de dados, investigação, validação. VS foi responsável pela concepção do estudo, tratamento de dados e validação. VL foi responsável pela concepção do estudo, metodologia, software e investigação. AMM foi responsável pela concepção do estudo, análise formal, redação - revisão & edição. Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida e assumem responsabilidade pública por todos os aspectos do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Brahams D. Spring in London with Covid-19: a personal view. *Med Leg J.* 2020;88(2):57-64.
2. Parry J, Young Z, Bevan S, Veliziotis M, Baruch Y, Beigi M, et al. Working from home under COVID-19 lockdown: transitions and tensions, work after lockdown [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 25]. Available from: <https://static1.squarespace.com/static/5f5654b537cea057c500f59e/t/60143f05a2117e3e3c3243/1611939604505/Wal+Bulletin+1.pdf>
3. Lopez-Leon S, Forero DA, Ruiz-Díaz P. Recommendations for working from home during the COVID-19 pandemic (and beyond). *Work.* 2020;66(2):371-5.
4. Celenay ST, Karaaslan Y, Mete O, Kaya DO. Coronaphobia, musculoskeletal pain, and sleep quality in stay-at home and continued-working persons during the 3-month Covid-19 pandemic lockdown in Turkey. *Chronobiol Int.* 2020;37(12):1778-85.
5. Moretti A, Menna F, Aulicino M, Paoletta M, Liguori S, Iolascon G. Characterization of home working population during COVID-19 emergency: a cross-sectional analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(17):6284.
6. Traunmüller C, Stefitz R, Gaisbachgrabner K, Schwerdtfeger A. Psychological correlates of COVID-19 pandemic in the Austrian population. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1395.
7. Memari A, Shariat A, Anastasio AT. Rising incidence of musculoskeletal discomfort in the wake of the COVID-19 crisis. *Work.* 2020;66(4):751-3.
8. Barone Gibbs B, Kline CE, Huber KA, Paley JL, Perera S. Covid-19 shelter-at-home and work, lifestyle and well-being in desk workers. *Occup Med (Lond).* 2021;71(2):86-94.
9. Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A, et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(10):883-92.
10. Malta DC, Gomes CS, Barros MBA, Lima MG, Almeida WS, Sá ACMGN, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2021;24:e210009.
11. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993;46(12):1417-32.
12. Lara-Cabrera ML, Bjørkly S, De Las Cuevas C, Pedersen SA, Mundal IP. Psychometric properties of the Five-item World Health Organization Well-being Index used in mental health services: protocol for a systematic review. *J Adv Nurs.* 2020;76(9):2426-33.
13. Lara-Cabrera ML, Mundal IP, De Las Cuevas C. Patient-reported well-being: psychometric properties of the world health organization well-being index in specialised community mental health settings. *Psychiatry Res.* 2020;291:113268.
14. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom.* 2015;84(3):167-76.
15. World Health Organization. Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen [Internet]. Geneva: WHO; 1998 [cited 2020 Sep. 25]. Available from https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf Souza CM, Hidalgo MP. World Health Organization 5-item well-being index: validation of the Brazilian Portuguese version. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2012;262(3):239-44.
16. Silva-Junior JS, Almeida FSS, Santiago MP, Morrone LC. Caracterização do nexó técnico epidemiológico pela perícia médica previdenciária nos benefícios auxílio-doença. (2014). *Rev Bras Saude Ocup.* 2014;39(130):239-46.
17. Santa-Marina MS, Teixeira LR, Maciel EMGS, Moreira MFR. Perfil epidemiológico do absenteísmo-doença na Fundação Oswaldo Cruz no período de 2012 a 2016. *Rev Bras Med Trab.* 2018;16(4):457-65.
18. Del Boca D, Oggero N, Profeta P, Rossi M. Women's and men's work, housework and childcare, before and during COVID-19. *Rev Econ Househ.* 2020;18(4):1001-17.
19. International Labour Organization. Managing work-related psychosocial risks during the COVID-19 pandemic [Internet]. Geneva: ILO; 2020 [cited 2020 Jun. 25]. Available from: https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_748638/lang--en/index.htm
20. International Labor Organization. Managing work-related psychosocial risks during the COVID-19 pandemic [Internet]; 2020 [cited 2020 Jun 25]. Available from: https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_748638/lang--en/index.htm

Endereço para correspondência: Alberto José Niituma Ogata - Rua Artur Saboia, 115, apto 61 - CEP: 04104-060 - São Paulo (SP), Brasil - E-mail: alberto.ogata@fgv.br

