



Contexto de trabalho e prazer-sofrimento na atenção primária à saúde durante a pandemia da COVID-19^a

Work context and pleasure-suffering in primary health care during the COVID-19 pandemic

Contexto de trabajo y placer-sufrimiento en la atención primaria de salud durante la pandemia de COVID-19

Marcelo Nunes da Silva Fernandes¹

Tainara Wink Vieira²

Polla Victória Paim Rodrigues Finckler²

Letícia de Lima Trindade³

Juliana Petri Tavares²

Daiane Dal Pai²

1. Universidade Federal de Santa Maria,
Programa de Pós-graduação em Enfermagem.
Santa Maria, RS, Brasil.

2. Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Programa de Pós-graduação em Enfermagem.
Porto Alegre, RS, Brasil.

3. Universidade do Estado de Santa Catarina,
Programa de Pós-graduação em Enfermagem.
Chapecó, SC, Brasil.

Autor correspondente:

Marcelo Nunes da Silva Fernandes.
E-mail: marcelonsf@gmail.com

Recebido em 14/09/2025.
Aprovado em 11/02/2026

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2025-0146pt>

RESUMO

Objetivo: analisar o contexto de trabalho e as relações de prazer e sofrimento de profissionais da Atenção Primária à Saúde na pandemia do Coronavírus de 2019. **Método:** estudo de método misto, realizado com 52 equipes de saúde no período de setembro de 2021 a fevereiro de 2022. Participaram 224 profissionais na etapa quantitativa e 20 na qualitativa. Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística analítica, e os qualitativos, à Análise Temática de Conteúdo. **Resultados:** as escalas indicaram avaliação crítica da organização (média 3,45 ± 0,71) e das condições de trabalho (3,22 ± 1,02), bem como esgotamento profissional (3,29 ± 1,71) e falta de reconhecimento (2,33 ± 1,69); a liberdade de expressão foi satisfatória (4,30 ± 1,37). Profissionais com doença crônica apresentaram maior esgotamento ($p < 0,001$) e menor realização/falta de reconhecimento ($p \leq 0,002$); maior tempo de experiência associou-se à realização e liberdade de expressão ($p \leq 0,002$), mas também ao esgotamento ($p = 0,004$). Na etapa qualitativa, destacou-se sofrimento por incertezas, readaptações e medo; prazer por vacinação e reconhecimento. **Conclusão e implicações para a prática:** a pandemia alterou as condições e a organização do trabalho, predominando sofrimento subjetivo mediado por obstáculos laborais, com prazer como resistência. Urge investir em infraestrutura, valorização profissional e políticas de saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Ambiente de Trabalho; Atenção Primária à Saúde; Coronavírus; Enfermagem; Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

Objective: to analyze the work context and the pleasure and suffering relations among Primary Health Care professionals during the 2019 Coronavirus pandemic. **Method:** mixed-method study conducted with 52 health teams from September 2021 to February 2022. A total of 224 professionals participated in the quantitative stage and 20 in the qualitative stage. Quantitative data were submitted to analytical statistics, and qualitative data to Thematic Content Analysis. **Results:** scales indicated a critical evaluation of organization (mean 3.45 ± 0.71) and working conditions (3.22 ± 1.02), as well as professional burnout (3.29 ± 1.71), and lack of recognition (2.33 ± 1.69); freedom of expression was satisfactory (4.30 ± 1.37). Professionals with chronic diseases showed higher levels of burnout ($p \leq 0.001$) and lower fulfillment/greater lack of recognition ($p \leq 0.002$); longer professional experience was associated with fulfillment and freedom of expression ($p \leq 0.002$), but also with burnout ($p \leq 0.004$). Qualitatively, suffering due to uncertainties, readaptations, and fear stood out; pleasure was derived from vaccination and recognition. **Conclusion and implications for the practice:** The pandemic changed working conditions and organization, with subjective suffering predominating, mediated by labor obstacles, while pleasure acted as resistance. Investment in infrastructure, professional appreciation, and occupational health policies within Primary Health Care is urgently needed.

Keywords: Coronavirus; Nursing; Occupational Health; Primary Health Care; Working Conditions.

RESUMEN

Objetivo: analizar el contexto laboral y las relaciones de placer y sufrimiento de los profesionales de la Atención Primaria de Salud durante la pandemia de Coronavirus de 2019. **Método:** estudio de método mixto, realizado con 52 equipos de salud entre septiembre de 2021 y febrero de 2022. Participaron 224 profesionales en la etapa cuantitativa y 20 en la cualitativa. Los datos cuantitativos fueron sometidos a estadística analítica y los cualitativos a análisis temático de contenido. **Resultados:** las escalas indicaron una evaluación crítica para la organización (media 3,45 ± 0,71) y las condiciones de trabajo (3,22 ± 1,02), el agotamiento profesional (3,29 ± 1,71) y la falta de reconocimiento (2,33 ± 1,69); la libertad de expresión fue satisfactoria (4,30 ± 1,37). Los profesionales con enfermedades crónicas presentaron mayor agotamiento ($p \leq 0,001$) y menor realización/falta de reconocimiento ($p \leq 0,002$); el mayor tiempo de experiencia se asoció con la realización y la libertad de expresión ($p \leq 0,002$), pero también con el agotamiento ($p \leq 0,004$). Cualitativamente, se destacó el sufrimiento por incertidumbres, readaptaciones y miedo; el placer provino de la vacunación y el reconocimiento. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** la pandemia alteró las condiciones y la organización del trabajo, predominando el sufrimiento subjetivo mediado por obstáculos laborales, con el placer como resistencia. Es urgente invertir en infraestructura, valoración profesional y políticas de salud del trabajador en la Atención Primaria de Salud (APS).

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Condiciones de Trabajo; Coronavirus; Enfermería; Salud Laboral.

INTRODUÇÃO

A pandemia da doença do Coronavírus de 2019 (COVID-19) trouxe vários desafios para os serviços de saúde, que enfrentaram adaptações na organização do trabalho.^{1,2} Entre essas adaptações, destacaram-se medidas para reduzir desigualdades de acesso aos serviços de saúde, minimizar o risco de infecção e proteger a segurança dos profissionais de saúde.³⁻⁵

Com vistas a reduzir as desigualdades no enfrentamento da pandemia da COVID-19, destaca-se o cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que esta desempenha um papel importante na proteção da saúde, na prevenção e controle da doença, por meio do diagnóstico precoce, tratamento, acompanhamento e monitoramento individual e familiar.⁶ Ademais, a APS constitui-se como a porta de entrada do sistema de saúde, mediante a coordenação do cuidado e ordenação das ações dirigidas para a redução das iniquidades sociais no acesso e para a qualidade dos serviços de saúde à população, demandando dos profissionais uma atuação intensiva em contexto de alta vulnerabilidade.^{7,8}

No exercício laboral durante a pandemia da COVID-19, os profissionais de saúde que desenvolveram suas atividades assistenciais mediante o contato físico para a realização dos seus cuidados constituíram um grupo com elevada exposição à contaminação. Essa realidade gerou receios de contaminação e transmissão aos familiares, sobrecarga de trabalho, estresse, falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), jornadas extensas e desgaste físico e emocional, repercutindo negativamente na saúde dos profissionais.⁹

Conforme Dejours,¹⁰ na Psicodinâmica do Trabalho, acontecimentos disruptivos como a pandemia puderam desestabilizar o equilíbrio psíquico dos trabalhadores, intensificando o sofrimento quando as condições e a organização do trabalho impediram a mobilização de estratégias defensivas coletivas.

Sabe-se que mesmo antes dos desafios da pandemia da COVID-19, a APS enfrentava uma inadequação dos espaços físicos das unidades de saúde, déficit de equipamentos, materiais e recursos humanos, o que refletia nas condições e na organização do trabalho.¹¹ Publicações sobre o contexto de trabalho dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia da COVID-19 mostram que a maioria das pesquisas tomou como sujeitos os profissionais de saúde que atuam no ambiente hospitalar.¹²⁻¹⁴ Contudo, embora existam estudos sobre a atuação da APS durante a pandemia,^{15,16} predomina-se a investigação em ambiente hospitalar, com menor atenção às repercussões subjetivas, ao prazer e ao sofrimento, vivenciadas pelos profissionais da APS em seu contexto laboral cotidiano.

A saúde do trabalhador é compreendida como resultante das condições de trabalho, recursos materiais, infraestrutura, carga horária e da organização do trabalho, tais como divisão de tarefas, processos, relações hierárquicas e sociais, mediadas pela experiência subjetiva de prazer e sofrimento.¹⁰ O prazer decorre do reconhecimento, da identificação com a tarefa e da possibilidade de realização criativa; já o sofrimento emerge da impotência, frustração e confronto entre o trabalho prescrito e o real.¹⁰ Alguns estudos^{17,18} indicaram que tais relações puderam ter sido intensificadas na APS durante a pandemia.

Dessa forma, compreender o contexto de trabalho e as relações de prazer-sofrimento dos profissionais da APS durante a pandemia subsidia intervenções gerenciais e políticas de saúde do trabalhador, contribuindo para a qualificação do cuidado e a proteção da força de trabalho. Portanto, este estudo objetivou-se analisar o contexto de trabalho e as relações de prazer e sofrimento de profissionais da APS na pandemia da COVID-19.

MÉTODO

Trata-se de estudo com abordagem de métodos mistos e estratégia de triangulação concomitante.¹⁹ Nesse estudo, optou-se pelo método misto com predominância quantitativa (QUAN-qual), porque os objetivos demandaram tanto a quantificação da extensão e intensidade das vivências de prazer e sofrimento no trabalho quanto a compreensão aprofundada dos contextos e processos que as mediaram. A etapa quantitativa permitiu mensurar o contexto de trabalho e os indicadores de prazer-sofrimento de forma ampla na população estudada, identificando padrões estatísticos e associações. Já a etapa qualitativa complementou essa visão ao explorar as percepções, vivências e significados atribuídos pelos profissionais às mudanças laborais impostas pela pandemia, enriquecendo a interpretação dos dados numéricos.²⁰

A etapa quantitativa utilizou delineamento transversal e analítico, e a etapa qualitativa foi descritiva, com orientação metodológica da Análise Temática de Conteúdo.²¹ Este estudo foi norteado pela ferramenta *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), utilizada para fortalecer o rigor metodológico de estudos de métodos mistos.²²

O cenário do estudo foi um município do interior do estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil, atendido na APS por 52 equipes de saúde, sendo 29 Equipes de Atenção Primária (EAP) e 23 Estratégias de Saúde da Família (ESF). A pesquisa foi realizada no período de setembro de 2021 a fevereiro de 2022.

A população do estudo foi composta pelas 52 equipes de saúde da APS, totalizando 295 profissionais da APS, incluindo médicos, equipe de Enfermagem, equipe de saúde bucal e ACS.

Na etapa "QUAN" todos os profissionais da APS que atuaram no mínimo há seis meses no enfrentamento da pandemia da COVID-19, em consonância com o tempo mínimo previsto para a avaliação das escalas de Contexto de Trabalho e de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho que compõem o Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA), foram convidados via *e-mail* institucional, sendo incluídos aqueles que aceitaram participar, os quais foram abordados presencialmente para responder ao formulário eletrônico.

Dentre esses respondentes, uma amostra foi incluída na etapa "qual", sendo selecionada por sorteio aleatório estratificado proporcional às categorias profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem, ACS, cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal), a partir de uma lista fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde. A proporcionalidade seguiu a distribuição real da população (ex.: maior número de ACS e enfermeiros). Foram excluídos aqueles afastados do serviço por férias, atestado ou licença de qualquer natureza no período da coleta de dados.

A amostra da etapa “QUAN” foi constituída por todos os profissionais que responderam ao formulário eletrônico (n=224). Na etapa “qual” foram sorteados 20 profissionais da APS, sendo o quantitativo final (n=20), reavaliado e confirmado pelo critério de saturação teórica, alcançada quando novas entrevistas não acrescentaram elementos significativos às categorias analíticas emergentes.

Os dados sociodemográficos foram coletados por meio de variáveis categóricas dicotômicas, como sexo e situação conjugal, e variáveis numéricas, como idade, número de filhos, escolaridade, carga horária semanal, tempo de experiência na área da saúde e na unidade de saúde; e os dados laborais foram compostos por variáveis categóricas politômicas, como categoria profissional, e dicotômicas, como cargo de supervisão ou coordenação.

Os dados sobre hábitos de vida e saúde referentes à pandemia foram obtidos por meio de variáveis categóricas dicotômicas, enquanto as variáveis qualitativas ordinais, como uso de bebida alcoólica e prática de atividade física, foram avaliados por meio de escala *Likert* de sete pontos (nunca “1” a sempre “7”), e “alimentação” foi avaliada por meio de escala *Likert* de cinco pontos (péssimo “1” a ótimo “5”).

Para a coleta de dados quantitativos, foi utilizado um formulário elaborado pelos autores, contendo questões sociodemográficas, laborais, referentes à pandemia e à saúde, além de duas subescalas do ITRA, instrumento composto por quatro subescalas, que permitiu avaliar as dimensões da inter-relação trabalho e risco de adoecimento por ele provocado em termos de representação do contexto de trabalho, exigências (físicas, cognitivas e afetivas), vivências e danos.²³ Para este estudo, foram utilizadas as subescalas de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) e a Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), por sua adequação teórica aos objetivos da pesquisa, que se centraram na articulação entre as dimensões objetivas (condições e organização do trabalho) e subjetivas (prazer-sofrimento), conforme a Psicodinâmica do Trabalho. As outras subescalas (custo humano e danos) foram excluídas para manter o foco analítico e evitar sobrecarga do instrumento.

A EACT é composta por três fatores: organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais. Trata-se de uma escala de cinco pontos, onde 1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente, 5 = sempre. No contexto de trabalho consideram-se os riscos de adoecimento como: (1) acima de 3,7 = avaliação negativa, grave; (2) entre 2,3 e 2,69 = avaliação moderada, crítica; (3) abaixo de 2,29 = avaliação positiva, satisfatória.²³

A EIPST é composta por quatro fatores, dois avaliam as vivências de prazer no trabalho (realização profissional e liberdade de expressão) e dois avaliam as vivências de sofrimento (esgotamento profissional e falta de reconhecimento). É uma escala de sete pontos, onde 0 = nenhuma vez, 1 = uma vez, 3 = três vezes, 4 = quatro vezes, 5 = cinco vezes e 6 = seis ou mais vezes.

Para a análise dos fatores de prazer, itens positivos, consideram-se a especificação, a qualificação e a frequência com que a vivência é experimentada, e classificam-se quanto aos riscos de adoecimento no trabalho em três níveis, com desvios-padrão individuais, da seguinte forma: (1) acima de 4 = avaliação mais

positiva, satisfatória; (2) entre 3,9 e 2,1 = avaliação moderada, crítica; (3) abaixo de 2,0 = avaliação para raramente, grave. Para os fatores de sofrimento, itens negativos, a análise foi realizada nos seguintes níveis: (1) acima de quatro = avaliação mais negativa, grave; (2) entre 3,9 e 2,1 = avaliação moderada, crítica; (3) abaixo de 2,0 = avaliação menos negativa, satisfatória.²³

Na etapa “qual”, o roteiro de entrevista foi elaborado pelos autores do estudo a partir da questão de pesquisa, sendo composto por nove perguntas que versavam sobre o cotidiano de trabalho na pandemia da COVID-19, a organização do trabalho das equipes, os riscos de adoecimento e o impacto sobre a saúde.

A coleta de dados da etapa quantitativa foi realizada de forma presencial por dois estudantes de Enfermagem previamente treinados, com uso de um *tablet* fornecido pelo pesquisador para acesso aos instrumentos da coleta de informações via formulário eletrônico (*Google Forms*). A etapa qualitativa foi realizada pelo primeiro autor deste artigo, de modo presencial no local de trabalho, conforme combinado previamente com os participantes. Os locais garantiram segurança, conforto e privacidade para pesquisadores e participantes. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 30 minutos, foram gravadas em áudio com gravadores digitais, após a autorização dos participantes, e transcritas na íntegra no editor de textos *Microsoft Word* 2010.

Os dados da etapa “QUAN” foram codificados e transpostos para o *software Microsoft Excel* e analisados com o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. As variáveis contínuas foram descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão: média e desvio-padrão. Realizou-se o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk* para verificar a distribuição das variáveis; o teste Qui-quadrado ou Exato de *Fisher*, conforme a frequência da célula, para a associação entre as variáveis categóricas e o teste de *Mann-Whitney* para variáveis contínuas assimétricas. Foram realizadas correlações bivariadas de *Pearson* para as variáveis simétricas e correlações de *Spearman* para as variáveis assimétricas. Foram consideradas como diferenças estatisticamente significativas aquelas com valores de “p” bicaudal menor que 0,05, ou com Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Foi aplicado o Coeficiente Alpha de *Cronbach*, a fim de verificar a confiabilidade das subescalas do ITRA.

Na etapa “qual” os dados foram transcritos e submetidos à Análise Temática de Conteúdo que ocorre em três etapas: pré-análise; exploração do material; e interpretação de dados.²⁰ Na pré-análise, realizou-se a leitura flutuante e a identificação do material pertinente ao objetivo do estudo. Na exploração do material, os depoimentos foram codificados e o conteúdo semântico organizado em categorias analíticas. Por fim, na interpretação dos dados, procedeu-se à teorização e à discussão dos resultados à luz da Psicodinâmica do Trabalho e de outros estudos publicados na literatura científica.

A integração dos dados ocorreu de forma concomitante, utilizando a técnica de complementaridade: os resultados quantitativos, tais como escores elevados de sofrimento ou avaliação negativa do contexto de trabalho, guiaram a exploração qualitativa de temas específicos, enquanto as narrativas qualitativas ilustraram

e explicaram os padrões estatísticos encontrados, permitindo confirmação mútua, como, por exemplo, a associação estatística entre as condições de trabalho e o esgotamento, corroborada por depoimentos sobre medo e insegurança. Essa integração foi organizada por meio de um *joint display*, que facilitou a visualização conjunta e a geração de meta-inferências.^{24,25}

Os princípios éticos foram respeitados de acordo com a Resolução nº 466/12 e Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que informou sobre as duas etapas e foi enviado com o formulário on-line. Nas entrevistas, os nomes dos profissionais de saúde foram substituídos pelas siglas MED para médicos, ENF para enfermeiros, TEC ENF para técnico de Enfermagem e ACS para Agentes Comunitários de Saúde, seguidos de uma ordenação numérica que representa a sequência das entrevistas. O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em 15 de julho de 2021.

RESULTADOS

A etapa “QUAN” foi constituída por 224 profissionais, sendo 34 (15,2%) médicos, 45 (20,1%) enfermeiros, 16 (7,1%) odontólogos, 44 (19,7%) técnicos/auxiliares de Enfermagem, 79 (35,3%) ACS e seis (2,7%) auxiliares/atendentes de consultório dentário. Observou-se o predomínio do sexo feminino (81,2%), com média de idade de 43,84 ($\pm 10,41$), de raça/cor autodeclarada branca (83,5%) e 158 (70,5%) eram casados(as) ou possuíam companheiro(a). Quanto à saúde dos participantes, 125 (55,8%) utilizavam medicações de uso contínuo e 101 (45,1%) relataram conviver com alguma doença. Quanto aos dados laborais, 178 (79,5%) não possuíam outro vínculo empregatício e 39 (17,44%) exerciam função de coordenação/supervisão.

Na Tabela 1, verificam-se média, desvio-padrão, mínima, máxima, Alpha de Cronbach e classificação de risco dos fatores da escala de avaliação do contexto de trabalho e da escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho. Todos os domínios das escalas EACT e EIPST foram classificados como críticos, com exceção da liberdade de expressão (satisfatório), indicando repercussões negativas da pandemia tanto nas dimensões

objetivas (condições e organização do trabalho) quanto nas dimensões subjetivas (prazer-sofrimento).

A Tabela 2 apresenta os fatores da escala de contexto do trabalho e da escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho conforme as variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais da APS.

Na etapa “qual”, 20 profissionais de saúde foram entrevistados, dos quais três eram médicos(as), quatro eram enfermeiros(as), três eram técnicos(as) de Enfermagem e dez eram ACS. A partir da análise dessas entrevistas, emergiram quatro categorias: (1) Incertezas da pandemia da COVID-19 no contexto da APS; (2) (Re)adaptações nas condições e na organização do trabalho em APS frente à COVID-19; (3) Vivências de prazer e sofrimento no trabalho em APS na pandemia da COVID-19; e (4) Impacto na saúde dos profissionais diante da COVID-19.

Na categoria “Incertezas da pandemia da COVID-19 no contexto da APS”, os profissionais relataram insegurança, medo e falta de preparo inicial devido à novidade do vírus e à ausência de protocolos claros, o que contribuiu para o sofrimento subjetivo.

No início, a gente ficou bem à deriva, no sentido de que vinham muitas orientações o tempo todo, todo dia tinham novas atualizações de manejo, de como lidar com os casos, do que fazer, ter que encaminhar pra emergência ou não. (MED 5)

No início, faltou conhecimento, a gente não tinha tanta organização com relação a coletas de PCR, né? E pra onde nós poderíamos encaminhar os usuários. (ENF 14)

O problema da pandemia é que gerou muitas dúvidas nas pessoas, como em nós, profissionais da saúde, chegou um momento que não sabíamos mais o que tínhamos que fazer. (ACS 7)

Na categoria “(Re)adaptações nas condições e na organização do trabalho em APS frente à COVID-19”, os profissionais destacaram mudanças nos processos assistenciais, redistribuição de tarefas, suspensão de atividades rotineiras, priorização de atendimentos à COVID-19 e inadequações estruturais, bem como espaços improvisados e falta de salas isoladas.

Tabela 1. Média, Desvio-Padrão, Mínima, Máxima, Alpha de Cronbach e Classificação de risco dos fatores da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho e Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho. Porto Alegre (RS), Brasil, 2024.

| Escala | Fatores | Média± DP | Mínima | Máxima | Alpha de Cronbach | Classificação de risco |
|--------|-----------------------------|-----------|--------|--------|-------------------|------------------------|
| EACT | Organização do trabalho | 3,45±0,71 | 1,45 | 5,00 | 0,87 | Crítico |
| | Relações socioprofissionais | 2,5±0,92 | 1,00 | 5,00 | 0,91 | Crítico |
| | Condições de trabalho | 3,22±1,02 | 1,00 | 5,00 | 0,93 | Crítico |
| EIPST | Realização profissional | 3,96±1,41 | 0,33 | 6,00 | 0,92 | Crítico |
| | Liberdade de expressão | 4,30±1,37 | 0,00 | 6,00 | 0,90 | Satisfatório |
| | Esgotamento profissional | 3,29±1,71 | 0,00 | 6,00 | 0,92 | Crítico |
| | Falta de reconhecimento | 2,33±1,69 | 0,00 | 6,00 | 0,92 | Crítico |

Tabela 2. Avaliação do Contexto do Trabalho e dos Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho conforme as variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais de saúde da APS na pandemia da COVID-19. Porto Alegre (RS), Brasil. 2024.

| Escalas | EACT | | | | EIPST | | | |
|--|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|--|
| Fatores | Organização do Trabalho | Relações Socioprofissionais | Condições de Trabalho | Realização Profissional | Liberdade de Expressão | Esgotamento Profissional | Falta de Reconhecimento | |
| Variáveis | Média± DP | Média± DP | Média± DP | Média± DP | Média± DP | Média± DP | Média± DP | |
| | P | P | P | P | P | P | P | |
| Sexo | 3,48±0,68 | 2,51±0,92 | 3,25±1,03 | 3,96±1,34 | 4,31±1,30 | 3,42±1,71 | 2,41±1,71 | |
| Feminino | 3,30±0,77 | 2,49±0,88 | 3,07±0,97 | 3,99±1,70 | 4,28±1,63 | 2,73±1,62 | 2,00±1,59 | |
| Masculino | 0,15 | 0,90 | 0,31 | 0,88 | 0,91 | 0,01 | 0,16 | |
| Idade* | -0,17 | -0,13 | -0,11 | 0,11 | 0,05 | -0,10 | 0,08 | |
| | 0,11 | 0,57 | 0,86 | 0,84 | 0,45 | 0,12 | 0,21 | |
| Cor da pele | | | | | | | | |
| Branca | 3,40±0,69 | 2,52±0,90 | 3,15±1,01 | 4,01±1,38 | 4,30±1,38 | 3,28±1,72 | 2,31±1,70 | |
| Preta/Parda/ Outra | 3,66±0,73 | 2,43±0,98 | 3,54±1,00 | 3,75±1,56 | 4,32±1,33 | 3,33±1,69 | 2,44±1,64 | |
| | 0,04 | 0,58 | 0,37 | 0,30 | 0,95 | 0,88 | 0,66 | |
| Horas de sono* | 0,01 | 0,07 | 0,04 | -0,00 | 0,06 | -0,01 | 0,05 | |
| | 0,86 | 0,27 | 0,54 | 0,97 | 0,31 | 0,81 | 0,42 | |
| Situação conjugal | 3,50±0,60 | 2,71±0,88 | 3,34±0,99 | 3,84±1,40 | 4,01±1,42 | 3,64±1,60 | 2,88±1,66 | |
| Solteiro | 3,42±0,74 | 2,42±0,92 | 3,16±1,03 | 4,01±1,41 | 4,43±1,33 | 3,15±1,74 | 2,11±1,66 | |
| Casado | 0,45 | 0,31 | 0,23 | 0,40 | 0,03 | 0,05 | 0,001 | |
| Número de filhos* | -0,11 | -0,24 | -0,13 | -0,04 | 0,10 | 0,04 | -0,04 | |
| | 0,84 | 0,001 | 0,04 | 0,51 | 0,10 | 0,54 | 0,80 | |
| Medicação contínua | 3,46±0,69 | 2,64±0,98 | 3,29±1,08 | 4,02±1,39 | 4,33±1,34 | 3,28±1,69 | 2,27±1,81 | |
| Não | 3,43±0,71 | 2,40±0,85 | 3,16±0,97 | 3,59±1,54 | 4,09±1,59 | 3,32±1,93 | 2,59±1,45 | |
| Sim | 0,77 | 0,05 | 0,32 | 0,14 | 0,40 | 0,92 | 0,16 | |
| Convive com doença | 3,41±0,70 | 2,57±0,95 | 3,23±1,08 | 4,19±1,34 | 4,39±1,22 | 2,74±1,56 | 1,90±1,48 | |
| Não | 3,49±0,71 | 2,42±0,87 | 3,20±0,95 | 3,78±1,44 | 4,23±1,47 | 3,73±1,70 | 2,68±1,77 | |
| Sim | 0,36 | 0,22 | 0,83 | 0,02 | 0,39 | 0,001 | 0,001 | |
| Escolaridade* | -0,05 | 0,00 | -0,07 | 0,05 | -0,05 | -0,07 | -0,03 | |
| | 0,37 | 0,91 | 0,29 | 0,46 | 0,40 | 0,29 | 0,56 | |
| Categoria profissional | | | | | | | | |
| Médico | 3,15±0,70 | 2,38±0,92 | 2,91±1,02 | 4,50±1,31 | 4,28±1,65 | 3,01±1,92 | 1,91±1,75 | |
| Enfermeiro | 3,81±0,49 | 2,76±0,86 | 3,37±1,08 | 3,98±1,20 | 4,26±1,14 | 3,38±1,48 | 2,56±1,59 | |
| Odontólogo | 3,06±0,84 | 2,63±0,97 | 2,82±1,13 | 3,86±1,73 | 4,12±1,80 | 2,43±1,84 | 2,05±1,93 | |
| Técnico/ Auxiliar de Enfermagem | 3,34±0,65 | 2,40±0,90 | 3,16±1,05 | 4,36±1,32 | 4,64±1,37 | 3,08±1,75 | 2,05±1,74 | |
| Agentes/Auxiliar de assistência | 3,52±0,69 | 2,42±0,89 | 3,37±0,85 | 3,46±1,44 | 4,18±1,29 | 3,75±1,62 | 2,69±1,62 | |
| ACS | 3,21±1,01 | 2,81±1,37 | 3,18±1,67 | 3,46±1,44 | 4,47±0,64 | 2,14±1,14 | 1,16±0,82 | |
| Auxiliar/Atendente de consultório dentário | 0,001 | 0,29 | 0,13 | 0,001 | 0,59 | 0,01 | 0,05 | |
| Tempo de experiência na área da saúde* | -0,08 | -0,10 | -0,09 | 0,16 | 0,14 | -0,13 | -0,09 | |
| | 0,20 | 0,11 | 0,19 | 0,01 | 0,02 | 0,04 | 0,16 | |
| Tempo de experiência na unidade de saúde* | 0,14 | 0,08 | 0,19 | 0,001 | 0,04 | 0,15 | 0,09 | |
| | 0,02 | 0,26 | 0,01 | 0,99 | 0,54 | 0,03 | 0,17 | |
| Carga horária semanal* | 0,06 | 0,001 | -0,05 | -0,03 | -0,04 | 0,09 | 0,04 | |
| | 0,37 | 0,85 | 0,42 | 0,62 | 0,55 | 0,19 | 0,52 | |
| Cargo de coordenação/supervisão | 3,43±0,71 | 2,54±0,97 | 3,27±1,04 | 3,91±1,41 | 4,26±1,38 | 3,32±1,74 | 2,34±1,68 | |
| Não | 3,52±0,68 | 2,35±0,56 | 2,94±0,88 | 4,22±1,37 | 4,50±1,29 | 3,15±1,57 | 2,32±1,75 | |
| Sim | 0,44 | 0,23 | 0,06 | 0,21 | 0,32 | 0,55 | 0,96 | |
| Trabalho em outro serviço | 3,49±0,70 | 2,52±0,93 | 3,28±1,01 | 3,92±1,41 | 4,27±1,38 | 3,30±1,67 | 2,35±1,65 | |
| Não | 3,26±0,69 | 2,44±0,84 | 2,97±1,04 | 4,15±1,41 | 4,45±1,32 | 3,27±1,88 | 2,27±1,86 | |
| Sim | 0,05 | 0,61 | 0,06 | 0,32 | 0,43 | 0,90 | 0,79 | |
| Uso de álcool* | -0,02 | -0,01 | -0,01 | -0,11 | -0,09 | -0,03 | 0,03 | |
| | 0,75 | 0,87 | 0,82 | 0,07 | 0,16 | 0,58 | 0,62 | |
| Avaliação da alimentação* | -0,10 | -0,05 | -0,05 | 0,15 | 0,13 | -0,14 | -0,20 | |
| | 0,11 | 0,37 | 0,44 | 0,02 | 0,04 | 0,03 | 0,001 | |
| Dias de atividade física* | -0,04 | -0,05 | -0,10 | -0,06 | -0,11 | -0,05 | -0,05 | |
| | 0,47 | 0,42 | 0,12 | 0,37 | 0,09 | 0,42 | 0,41 | |

Nota: Considerou-se a distribuição assimétrica das variáveis contínuas e empregou-se o teste *Mann-Whitney*. Contudo, para fins de apresentação, optou-se por incluir na tabela as médias e desvio-padrão a fim de facilitar a interpretação dos achados. * Correlações de *Spearman*.

Com a pandemia, os atendimentos foram parados, né? De início ali, não tinha como fazer, tinha que deixar reservado tudo para o vírus. (ACS 15)

Nossa unidade acabou não dando conta do número de atendimentos, tentamos manter as consultas de pacientes crônicos por telefone, para diminuir a circulação das pessoas aqui na unidade, mas tivemos que centrar na COVID-19. (ENF 20)

Para fazer a sala do COVID, a gente teve que trancar a sala de curativos pelo turno da manhã, porque a sala era ocupada para isso também. (TEC ENF 10)

Na categoria “Vivências de prazer e sofrimento no trabalho em APS na pandemia da COVID-19”, emergiram relatos de prazer ligados à realização profissional, ao reconhecimento e às ações como a vacinação, contrastando com o sofrimento associado às perdas e ao contato com a doença.

Eu senti prazer de tá aqui, de trabalhar como enfermeira na pandemia, prazer de fazer. (ENF 13)

Um dos prazeres foi quando começou a vacinação, as campanhas de vacinação, né? A gente ver o povo agradecido e se vacinando; ali no início, quanta foto que a gente tirou de idosos, né?. (ACS 15)

Pelo menos, a gente estar ali para, pelo menos, conversar e consolar aquela pessoa, porque, às vezes, o que as pessoas precisam, num diagnóstico de COVID, não é medicamento, mas sim uma palavra de conforto. (MED 16)

Na categoria “Impacto na saúde dos profissionais face à COVID-19”, destacaram-se sintomas de estresse, ansiedade, esgotamento emocional, medo de contaminação familiar e sobrecarga, incluindo narrativas de insegurança inicial, realocadas aqui por sua maior adequação ao sofrimento subjetivo e ao esgotamento profissional.

Eu adoeci nessa pandemia, e não foi de COVID, foi mental, foi muito estresse. (ACS 2)

Para mim, foi muito difícil trabalhar nesses dois anos, eu adoeci a ponto de desenvolver crises de choro, passei a usar medicamentos para controlar esses sentimentos e precisei fazer tratamento psiquiátrico, pra minha ansiedade. (ACS 3)

Foi se desgastando também lá no início, e que traz efeitos ainda hoje, porque as pessoas também tão mais impacientes com o nosso trabalho, a gente também está, se sente sobrecarregado com esse monte de informação. (MED 5)

Outro aspecto que se tornou visível nas falas de alguns entrevistados foi a sobrecarga de trabalho na APS durante a pandemia da COVID-19.

Trabalhar na pandemia foi extremamente cansativo, nós não tínhamos direito a licença-prêmio, nem férias, nem nada. Na verdade, não tínhamos direito de nada. (ACS 2)

Eu acho que todos os profissionais envolvidos da saúde sentiram sobrecarga, não tem como não ter sentido. (TEC ENF 19)

A análise integrada dos resultados revela que a pandemia modificou simultaneamente as condições (infraestrutura precária, riscos físicos) e a organização do trabalho (pressão por resultados, redistribuição de tarefas), repercutindo diretamente na experiência subjetiva de prazer (realização, reconhecimento) e sofrimento (esgotamento, medo, insegurança).

A Figura 1 apresenta a integração dos resultados “QUAN” e “qual”, combinados por conexão dos dados no enfrentamento da pandemia da COVID-19 pelos profissionais da APS.

DISCUSSÃO

Este estudo destacou o impacto negativo da COVID-19 no contexto de trabalho e suas repercussões no sofrimento dos profissionais atuantes na pandemia, evidenciado por classificações críticas nas escalas aplicadas, associadas aos relatos de incertezas, necessidade de readaptações no trabalho, esgotamento emocional, estresse, sobrecarga, insegurança e medo.

As condições de trabalho precárias, tais como infraestrutura inadequada, espaços improvisados, falta de equipamentos e as alterações na organização do trabalho, como a redistribuição de tarefas, a suspensão de atividades rotineiras e a pressão por resultados, contribuíram para o sofrimento subjetivo, conforme a Psicodinâmica do Trabalho,¹⁰ na qual obstáculos à realização laboral geram impotência, frustração e estratégias defensivas que, quando falham, conduzem ao esgotamento.²⁶⁻²⁸

No entanto, fontes de prazer também emergiram, com níveis satisfatórios em itens como orgulho, realização profissional, identificação com tarefas e gratificação pessoal. Esses achados, corroborados por relatos qualitativos sobre a vacinação, o reconhecimento dos usuários e a possibilidade de oferecer conforto, ilustraram o conceito de prazer como decorrente do reconhecimento simbólico, da mobilização criativa e da contribuição social percebida, mesmo em contextos adversos.¹⁰

À luz da Psicodinâmica do Trabalho, as condições de trabalho precárias, como ambientes desconfortáveis e equipamentos insuficientes, geraram sofrimento ao confrontar o trabalho prescrito com o real, impedindo a execução adequada das tarefas e fomentando sentimentos de insuficiência. Já as alterações na organização do trabalho, como o ritmo excessivo, a cobrança por resultados e a redistribuição hierárquica de tarefas, intensificaram o conflito de papéis e a ambiguidade, contribuindo para o estresse e o esgotamento emocional^{10,26-29}.

A precariedade das infraestruturas das unidades de saúde já constituía uma problemática frequente na rotina dos profissionais da APS. Todavia, a pandemia da COVID-19 agravou

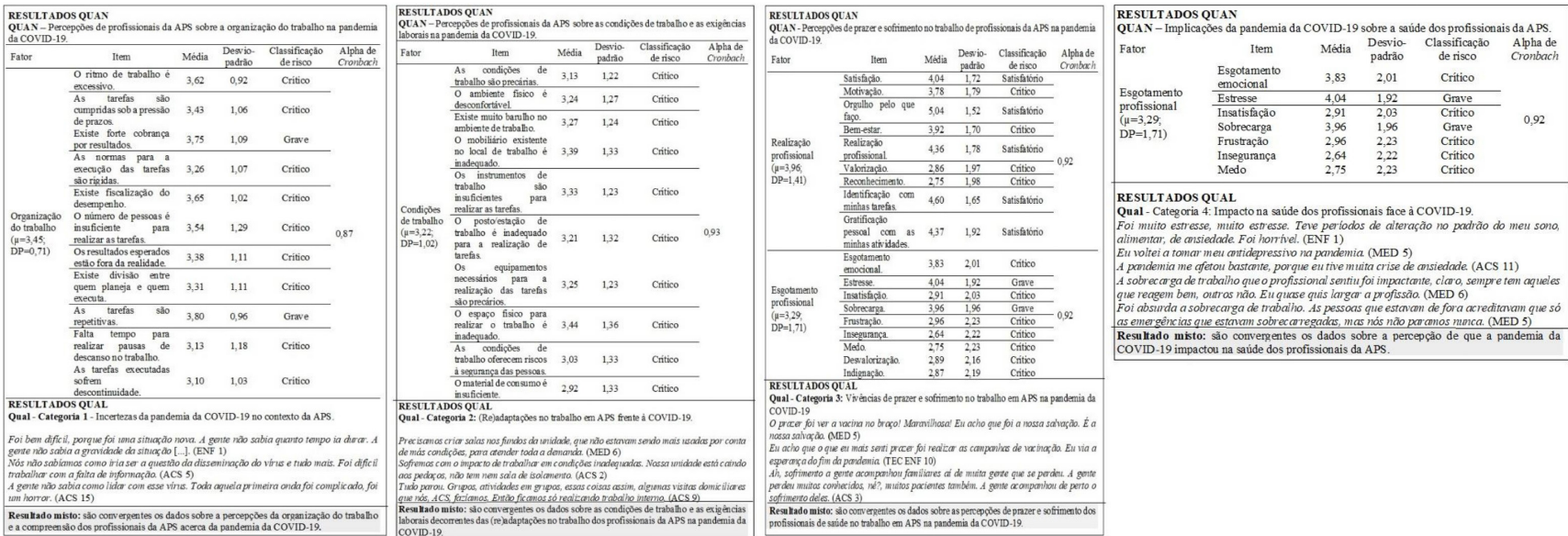


Figura 1. Joint-display da conexão dos resultados QUAN (n=224) e qual (n=20) sobre as percepções da organização do trabalho e a compreensão dos profissionais da APS sobre a pandemia da COVID-19. Porto Alegre (RS), Brasil, 2024.

essa realidade, com reorganização das agendas para priorizar sintomas respiratórios e improvisação de espaços, como nas áreas externas e no uso de salas inadequadas. Estudos brasileiros em cenários semelhantes^{30,31} também evidenciaram inadequação estrutural, superlotação e dificuldade na separação de fluxos, contrastando com experiências favoráveis em municípios com maior suporte.^{32,33}

Observou-se que a pandemia da COVID-19 provocou alterações significativas nas condições de infraestrutura física, nos recursos materiais e na organização do trabalho, incluindo processos de territorialização, longitudinalidade e coordenação do cuidado dos profissionais da APS. Anteriormente, as unidades baseavam-se nesses princípios;³⁴ contudo, a pandemia exigiu adaptações que fragilizaram a infraestrutura, ampliaram o medo e a insegurança, mas mantiveram a preocupação em promover o cuidado centrado nas necessidades dos usuários, apesar dos desafios.

Com base nos resultados do estudo, as condições de trabalho precárias influenciaram negativamente a satisfação profissional, gerando sentimentos de insuficiência para atender às demandas respiratórias e redução de atividades previamente realizadoras. A dificuldade em alocar usuários suspeitos e realizar testes em locais apropriados reforçou a necessidade de políticas de investimento na APS, que historicamente recebeu menos recursos que o setor hospitalar.³⁵

Na Psicodinâmica do Trabalho, o sofrimento resulta de situações imprevisíveis que impedem a mobilização coletiva e geram desgaste emocional.¹⁰ A realidade pandêmica causou sofrimento aos participantes, com medo de contaminação familiar, isolamento social e perdas de usuários, achados semelhantes a estudos internacionais que associaram medo, ansiedade e depressão à exposição ocupacional.³⁶⁻³⁸

Por outro lado, o prazer relacionou-se à gratificação por resultados positivos, tais como campanhas de vacinação e ao reconhecimento dos usuários, fortalecendo a identidade profissional.^{10,39,40} Essa retribuição simbólica atuou como uma estratégia de resistência ao sofrimento, destacando-se a importância da valorização da APS em crises sanitárias.

As fragilidades apontadas reforçaram a necessidade de fortalecer a APS, com investimentos financeiros, qualificação profissional e infraestrutura adequada, especialmente no contexto pós-pandemia e nas condições persistentes da COVID-19.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Em síntese, à luz da Psicodinâmica do Trabalho, os resultados revelaram que a pandemia da COVID-19 modificou simultaneamente as condições de infraestrutura precária, os riscos físicos e a organização do trabalho, tais como a redistribuição de tarefas e a pressão por resultados na APS, repercutindo diretamente na experiência subjetiva dos profissionais. Essas dimensões objetivas mediavam o prazer-sofrimento: os obstáculos laborais geraram sofrimento, com predominância do esgotamento, medo e insegurança, enquanto as fontes de reconhecimento e realização criativa como as ações assistenciais e a vacinação

fomentaram prazer como estratégia de resistência e preservação da saúde mental.

As implicações práticas e gerenciais mostraram-se claras: tornou-se urgente fortalecer políticas de saúde do trabalhador na APS, com investimentos em infraestrutura adequada, redução de sobrecarga organizacional, programas de suporte psicológico e valorização profissional, com reconhecimento simbólico e material. Tais medidas não apenas mitigaram o sofrimento, como também promoveram o prazer no trabalho, contribuindo para a sustentabilidade da força de trabalho, para a qualidade do cuidado no SUS e para a preparação frente às futuras crises sanitárias.

Como limitações, destacou-se o delineamento transversal, que impediu a análise longitudinal de trajetórias de prazer-sofrimento e o estabelecimento de causalidade temporal, além de possíveis influências de fatores externos não controlados. Além disso, a coleta de dados realizada durante a pandemia foi impactada por dificuldades logísticas, pelos afastamentos e pelo contexto emocional dos participantes, potencialmente afetando a taxa de resposta e a profundidade das narrativas.

Sugeriram-se, para pesquisas futuras, estudos longitudinais que acompanhassem a resiliência e a recuperação pós-pandemia dos profissionais da APS, explorando intervenções baseadas na Psicodinâmica do Trabalho para a promoção coletiva do prazer no trabalho e a prevenção do adoecimento. Este estudo reforça a necessidade de uma abordagem holística que integre as dimensões objetivas e subjetivas do trabalho, visando a proteção da saúde dos profissionais e a efetividade do sistema de saúde.

AGRADECIMENTOS

Sem agradecimentos

FINANCIAMENTO

Sem financiamento.

DISPONIBILIDADE DE DADOS DA PESQUISA

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no artigo.

CONFLITO DE INTERESSE

Sem conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Pan American Health Organization. Time is of the essence – Countries of the Americas must act now to slow the spread of COVID-19 [Internet]. Washington: PAHO; 2020 [Citado 2025 Set 6]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15762:time-is-of-the-essence-countries-of-the-americas-must-act-now-to-slow-the-spread-of-covid-19&Itemid=1926&lang=en
2. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [Citado 2025 Set 6]. (Situation Report; 68). Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200328-sitrep-68-covid-19.pdf?sfvrsn=384bc74c_8_CDC

3. Rafael RMR, Neto M, Carvalho MMB, David HMSL, Acioli S, Faria MGA. Epidemiology, public policies and Covid-19 pandemics in Brazil: what can we expect? *Rev Enferm UERJ*. 2020;28:e49570. <http://doi.org/10.12957/reuerj.2020.49570>.
4. Ruiz-Fernández MD, Ortega-Galán AM, Fernández-Sola C, Hernández-Padilha JM, Granero-Molina J, Ramos-Pichardo JD. Occupational Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Nursing Professionals: A Multi-Centre Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3):982-975. <http://doi.org/10.3390/ijerph17030982>. PMID:32033257.
5. World Health Organization. WHO calls for healthy, safe and decent working conditions for all health workers, amidst COVID-19 pandemic [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [Citado 2025 Set 6]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/28-04-2020-who-calls-for-healthy-safe-and-decent-working-conditions-for-all-health-workers-amidst-covid-19-pandemic>
6. Quites HFO, Silva TC, Viegas SMF, Gontijo TL, Oliveira VC, Guimarães EAA. Coping strategies in Primary Health Care in the COVID-19 pandemic in Minas Gerais, Brazil. *Saúde Debate*. 2023;47(139):818-29. <http://doi.org/10.1590/0103-1104202313907>.
7. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União [Internet], Brasília (DF), 21 set 2017 [Citado 2025 Dez 6]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
8. Nedel FB. Enfrentando a COVID-19: APS forte agora mais que nunca! APS em Revista. 2020;2(1):11-6. <http://doi.org/10.14295/aps.v2i1.68>.
9. Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the covid-19 pandemic. *N Engl J Med*. 2020;383(6):510-2. <http://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>. PMID:32283003.
10. Dejours CA. Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez – Oboré; 2015.
11. Medeiros PA, Silva LC, Amarante IM, Cardoso VG, Mensch KM, Naman M et al. Health status of primary healthcare professionals from Santa Maria, RS, Brazil. *RBCS*. 2016;20(2):115-22. <http://doi.org/10.4034/RBCS.2016.20.02.04>.
12. Jaarsma T, van der Wal M, Hinterbuchner L, Köberich S, Lie I, Strömberg A. Flexibility and safety in times of coronavirus disease 2019 (COVID-19): Implications for nurses and allied professionals in cardiology. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2020;19(6):462-464. <http://doi.org/10.1177/1474515120921027>. PMID:32323572.
13. Xiang YT, 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;7(3):228-229. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8). PMID:32032543.
14. Xiao X, Zhu X, Fu S, Hu Y, Li X, Xiao J. Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 pneumonia epidemic: a multi-center cross-sectional survey investigation. *J Affect Disord*. 2020;274:405-410. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.081>. PMID:32663970.
15. Fernandes MNS, Bouffleuer E, Finckler PVPR, Trindade LL, Tavares JP, Pai DD. Implications of the COVID-19 pandemic on Primary Health Care: an integrative review. *Rev Eletr Enferm*. 2022;24:e70085. <http://doi.org/10.5216/ree.v24.70085>.
16. Oliveira FES, Trezena S, Dias VO, Martelli H Jr, Martelli DRB. Common mental disorders in Primary Health Care professionals during the COVID-19 pandemic period. *Epidemiol Serv Saude*. 2023;32(1):e2022432. <http://doi.org/10.1590/s2237-96222023000100012>. PMID:37283353.
17. Baptista PCP, Lourenção DCA, Silva-Junior JS, Cunha AA, Gallasch CH. Distress and pleasure indicators in health care workers on the COVID-19 front line. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2022;30:e3555. <http://doi.org/10.1590/1518-8345.5707.3519>. PMID:35476012.
18. Lima CCM, Fernandes TF, Barbosa MS, Rossi-Barbosa LAR, Pinho L, Caldeira AP. Analysis of indicators of pleasure and suffering at work associated with anxiety and depression among community health agents. *J Bras Psiquiatr*. 2023;72(2):80-09. <http://doi.org/10.1590/0047-2085000000047>.
19. Creswell JW, Clark VLP. Pesquisa de métodos mistos. 2. ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
20. Creswell JW, Creswell JD. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 5. ed. Porto Alegre: Penso; 2021.
21. Minayo CS. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
22. Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M et al. Mixed methods appraisal tool (MMAT) Version 2018: user guide [Internet]. Montreal: University McGill; 2018 [Citado 2025 Set 6]. Disponível em: http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/mmat_2018_criteria-manual_2018-08-01_eng.pdf
23. Mendes AM, Ferreira MC. Inventário sobre o trabalho e riscos de adoecimento – ITRA: instrumento auxiliar de diagnóstico. In: Mendes AM, editor. Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p. 111-26.
24. Guetterman TC, Fetters MD, Creswell JW. Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays. *Ann Fam Med*. 2015;13(6):554-61. <http://doi.org/10.1370/afm.1865>. PMID:26553895.
25. Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving integration in mixed methods designs—principles and practices. *Health Serv Res*. 2013;48(6 Pt 2):134-56. <http://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>. PMID:24279835.
26. Monteiro WF, Ferreira DS, Lima KJV, Tavares IC, Ramos FRS. The organization of healthcare work in the light of ergonomics: experiences in the COVID-19 pandemic. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57:e20220261. <http://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0261pt>. PMID:37130425.
27. Pereira D, Leitão J, Ramos L. Burnout and quality of work life among municipal workers: do motivating and economic factors play a mediating role? *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(20):13035. <http://doi.org/10.3390/ijerph192013035>. PMID:36293606.
28. Betancourt-Sánchez LC, Ochoa-Gelvez EO, Velásquez-Bernal CC, Roza-Silva YA, Quiroga-Vargas DA. Occupational health in the framework of the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Rev Salud Publica*. 2020;22(3):381-388. <http://doi.org/10.15446/rsap.v22n3.87238>. PMID:36753167.
29. Silva BRG, Corrêa APV, Uehara SCSA. Primary health care organization in the Covid-19 pandemic: scoping review. *Rev Saude Publica*. 2022;56:94. <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004374>. PMID:36383807.
30. Fernandez MV, Castro DM, Fernandes LMM, Alves IC. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da COVID-19. *APS Rev*. 2020;2(2):114-21. <http://doi.org/10.14295/aps.v2i2.84>.
31. Murakami MN, Araújo FJ, Marques CP. The reorganization and performance of Primary Health Care in the context of the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Braz J Develop*. 2022;8(2):12232-51. <http://doi.org/10.34117/bjdv8n2-252>.
32. Silveira JPM, Zonta R. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. *APS Rev*. 2020;2(2):91-6. <http://doi.org/10.14295/aps.v2i2.122>.
33. Guimarães FG, Carvalho TML, Bernardes RM, Pinto JM. A organização da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia Covid-19. *APS Rev*. 2020;2(2):74-82. <http://doi.org/10.14295/aps.v2i2.128>.
34. Maciel FBM, Santos HLPC, Carneiro RAS, Souza EA, Prado NMBL, Teixeira CFS. Community health workers: reflections on the health work process in Covid-19 pandemic times. *Cien Saude Colet*. 2020;25(suppl. 2):4185-95. <http://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>. PMID:33027355.
35. Afonso MVG, Pereira CEA, Silva WB, Silva MVS. The role of Social Determinants of Health and Primary Health Care in controlling COVID-19 in Belém. *Physis*. 2021;31(02):e310207. <http://doi.org/10.1590/s0103-73312021310207>.
36. Fernandez M, Carvalho W, Borges V, Klitzke D, Tasca R. A Atenção Primária à Saúde e o enfrentamento à pandemia da COVID-19: um mapeamento das experiências brasileiras por meio da Iniciativa APS Forte. *APS Rev*. 2021;3(3):224-3. <http://doi.org/10.14295/aps.v3i3.216>.
37. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(2):e2020166. <http://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>. PMID:32348404.
38. Souza NVDO, Carvalho EC, Soares SSS, Varella TCMYML, Pereira SRM, Andrade KBS. Nursing work in the COVID-19 pandemic and repercussions for workers' mental health. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(spe):e20200225. <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200225>. PMID:33566891.

39. Luz EMF, Munhoz OL, Morais BX, Greco PBT, Camponogara S, Magnago TSBS. Repercussions of covid-19 in the mental health of nursing workers. *Rev Enferm Cent O Min.* 2020;10:81. <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3824>.
40. Queiroz AM, Sousa AR, Moreira WC, Nóbrega MPSS, Santos MB, Barbossa LJJH et al. The novel COVID-19: impacts on nursing professionals' mental health? *Acta Paul Enferm.* 2021;34:91. <http://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02523>.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Marcelo Nunes da Silva Fernandes. Letícia de Lima Trindade. Juliana Petri Tavares. Daiane Dal Pai.

Aquisição de dados. Marcelo Nunes da Silva Fernandes. Daiane Dal Pai.

Análise de dados e interpretação dos resultados. Marcelo Nunes da Silva Fernandes. Tainara Wink Vieira. Polla Victória Paim Rodrigues Finckler. Letícia de Lima Trindade. Juliana Petri Tavares. Daiane Dal Pai.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Marcelo Nunes da Silva Fernandes. Tainara Wink Vieira. Polla Victória Paim Rodrigues Finckler. Letícia de Lima Trindade. Juliana Petri Tavares. Daiane Dal Pai.

Aprovação da versão final do artigo. Marcelo Nunes da Silva Fernandes. Tainara Wink Vieira. Polla Victória Paim Rodrigues Finckler. Letícia de Lima Trindade. Juliana Petri Tavares. Daiane Dal Pai.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Marcelo Nunes da Silva Fernandes. Tainara Wink Vieira. Polla Victória Paim Rodrigues Finckler. Letícia de Lima Trindade. Juliana Petri Tavares. Daiane Dal Pai.

EDITOR ASSOCIADO

Rosângela Marion da Silva 

EDITOR CIENTÍFICO

Marcelle Miranda da Silva 

^a Extraído da tese – Contexto de trabalho das equipes da atenção primária à saúde: riscos de adoecimento e *Burnout* na pandemia da COVID-19, apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em 2024.