

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARCELO NUNES DA SILVA FERNANDES**

**CONTEXTO DE TRABALHO DAS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
RISCOS DE ADOECIMENTO E BURNOUT NA PANDEMIA DA COVID-19**

**PORTO ALEGRE**

**2024**

**MARCELO NUNES DA SILVA FERNANDES**

**CONTEXTO DE TRABALHO DAS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
RISCOS DE ADOECIMENTO E BURNOUT NA PANDEMIA DA COVID-19**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

**Área de concentração:** Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

**Linha de pesquisa:** Gestão em saúde e Enfermagem e organização do trabalho.

**Eixo temático:** Gestão/Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem.

**Orientadora:** Profa. Dra. Daiane Dal Pai

**PORTO ALEGRE**

**2024**

CIP - Catalogação na Publicação

Fernandes, Marcelo Nunes da Silva

Contexto de Trabalho das Equipes da Atenção Primária à Saúde: Riscos de Adoecimento e Burnout na Pandemia da Covid-19 / Marcelo Nunes da Silva Fernandes. -- 2024.

79 f.

Orientadora: Daiane Dal Pai.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Enfermagem. 2. Pandemias. 3. Infecções por coronavírus. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Saúde do Trabalhador. I. Dal Pai, Daiane, orient. II. Título.

**Marcelo Nunes da Silva Fernandes**

**CONTEXTO DE TRABALHO DAS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE: RISCOS DE ADOECIMENTO E BURNOUT NA PANDEMIA DA COVID-**

**19**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor.

**Aprovada em 12 de janeiro de 2024**

**Banca examinadora**

Documento assinado digitalmente  
 **DAIANE DAL PAI**  
Data: 20/01/2024 11:54:08-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Profa. Dra. Daiane Dal Pai  
Presidente da Banca – Orientadora  
PPGENF/UFRGS

Documento assinado digitalmente  
 **LETICIA DE LIMA TRINDADE**  
Data: 02/03/2024 17:13:45-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Profa. Dra. Letícia de Lima Trindade  
Membro da banca  
PPGENF/UDESC



Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller  
Membro da banca  
PPGENF/UFSM

Documento assinado digitalmente  
 **JULIANA PETRI TAVARES**  
Data: 02/03/2024 19:01:03-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Profa. Dra. Juliana Petri Tavares  
Membro da banca  
PPGENF/UFRGS

*Dedico esse estudo aos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente no combate à pandemia da COVID-19, em especial aos da Atenção Primária à Saúde.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à **Deus**, por minha vida, pelas bênçãos, por mais esta conquista e por demonstrar que tudo acontece no momento certo;

À minha família, por serem meu pilar, à minha mãe **Beatriz Norma Nunes da Silva Fernandes (in memoriam)**, por ser meu alicerce e exemplo de amor e de vida, pelo apoio incondicional em todas as minhas escolhas, por me ofertar condições de progredir pessoal e profissionalmente. Tenho muito orgulho da mulher, mãe, pessoa guerreira que sempre foi. Em você me espelho para ser uma pessoa melhor. Grato por nunca ter medido esforços para que meus sonhos fossem realizados. Ao meu pai, **José Francisco Pasetto Fernandes**, com todo amor e gratidão, por tudo que fez por mim ao longo de minha vida. Desejo ter sido merecedor do teu esforço dedicado. Ao meu irmão **Eduardo Nunes da Silva Fernandes**, pela confiança, amor e amizade incondicional em todos os momentos.

À minha orientadora **Profa Dra. Daiane Dal Pai**, por ser um exemplo de pessoa, profissional/docente, ética e humana. Muito obrigado pela acolhida, pela paciência, pelos desabafos, pelas conversas, pela grande generosidade e sensibilidade e por não ter, em nenhum momento, desistido de mim. Espero não ter te decepcionado como o seu primeiro doutorando. Agradeço a sua paciência, o incentivo em todas as etapas desse estudo, por todo o conhecimento e experiências compartilhados e por que não, pelos “puxões de orelha”, necessários e fundamentais para minha formação profissional e nessa caminhada. Você é um exemplo de ser humano! Meu carinho, admiração e eterna gratidão.

Ao meu amigo de todas horas, **Dedabrio Marques Gama**, por ter me incentivado e acreditado sempre no meu potencial, muito obrigado.

Aos **professores do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, obrigado pela contribuição do conhecimento, pela motivação que me proporcionaram, pelas trocas significativas, estímulos e acolhida, mesmo que de modo remoto, esse caminho tão importante em nossas vidas.

Aos **funcionários do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, obrigado pela ajuda e gentileza.

A **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, por ser uma instituição que me acolheu durante esses anos de pós-graduação. Agradecer por ser uma instituição pública, gratuita e de qualidade gigantesca, sem a qual eu e milhares de outros brasileiros não chegaríamos aonde chegamos.

*À banca examinadora, pela disponibilidade e pelo aceite em realizar a leitura deste trabalho e por contribuírem nessa etapa em minha trajetória acadêmica.*

*Aos profissionais da APS por terem colaborado com este estudo. Muito obrigado por compartilhar comigo suas vivências. Sem vocês este trabalho não seria possível.*

*Por último, mas não menos importante, agradeço ao meu grupo de pesquisa, GISO, que soube compreender as minhas ausências e sempre me acolheu de braços abertos nesses anos, onde eu me sinto e sempre vou me sentir “em casa”. Meu muito obrigado! Gratidão eterna!*

## RESUMO

**Introdução:** A pandemia da *Coronavirus disease* de 2019 exigiu inúmeras adaptações laborais relacionadas ao novo coronavírus e as equipes de saúde estiveram mais expostas ao risco de adoecimento e ao desenvolvimento do Burnout. **Objetivo:** analisar o contexto de trabalho das equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde na pandemia da *Coronavirus disease* de 2019 e suas implicações sobre os riscos de adoecimento e o burnout. **Método:** Trata-se de um estudo de métodos mistos, com estratégia de triangulação concomitante, realizado com 52 equipes de saúde de um município do Rio Grande do Sul, no período de setembro de 2021 a fevereiro de 2022. Na etapa quantitativa, 224 profissionais de saúde responderam sobre dados sociodemográficos e laborais, ao Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento e ao *Burnout Assessment Tool*. Na etapa qualitativa, 20 profissionais responderam a uma entrevista. Achados quantitativos foram submetidos a estatísticas descritivas e analíticas, considerando significativos valores de  $p < 0,05$ . Os dados qualitativos foram submetidos à análise temática. Os achados foram articulados e integrados para compreensão mais abrangente do fenômeno. Aspectos éticos foram respeitados. **Resultados:** Predominou o sexo feminino (81,2%), com média de idade de 43,84 anos ( $dp= 10,41$ ), sendo 34 (15,2%) médicos, 45 (20,1%) enfermeiros, 16 (7,1%) odontólogos, 44 (19,7%) técnicos/auxiliar de enfermagem, 79 (35,3%) agentes comunitários de saúde e seis (2,7%) auxiliares/atendentes de consultório dentário. Os profissionais que convivem com doença tiveram piores avaliações quanto à realização profissional ( $p=0,02$ ), o esgotamento profissional ( $p<0,001$ ) e a falta de reconhecimento ( $p<0,001$ ); os profissionais com menor tempo de experiência na área da saúde tiveram piores avaliações quanto a realização profissional ( $p=0,01$ ), liberdade de expressão ( $p=0,02$ ) e esgotamento profissional ( $p=0,04$ ); e aqueles com piores percepções da sua alimentação tiveram piores avaliações sobre a realização profissional ( $p=0,02$ ), liberdade de expressão ( $p=0,04$ ), esgotamento profissional ( $p=0,03$ ) e reconhecimento ( $p<0,001$ ). O custo cognitivo ( $\mu=3,69$ ;  $dp=0,92$ ) e afetivo ( $\mu=2,57$ ;  $dp=0,80$ ) foram considerados críticos. Os danos físicos foram considerados graves ( $\mu=2,65$ ;  $dp=1,46$ ). Foram associados à exaustão emocional ser agentes comunitários de saúde ( $r=0,37$ ;  $p=0,01$ ) e enfermeiros ( $r=0,52$ ;  $p=0,04$ ); profissionais com boa alimentação, apresentaram menor exaustão emocional ( $r=0,64$ ;  $p<0,001$ ) e declínio no controle emocional ( $r=-0,97$ ;  $p<0,001$ ); aqueles com maior idade também apresentaram menor exaustão ( $r=-0,20$ ;  $p<0,001$ ); o uso de medicamento contínuo esteve associado com melhor distanciamento mental ( $r=0,39$ ;  $p=0,01$ ) e os agentes comunitários de saúde foram os que tiveram menor declínio cognitivo ( $r=0,61$ ;  $p=0,09$ ). Quanto a organização e condições de trabalho, identificou-se excessivo ritmo de trabalho, carência de tempo para pausas de descanso, dificuldade dos profissionais para executar suas tarefas, ambientes físicos desconfortáveis e com falta de espaço adequado, equipamentos de trabalho inadequados para exercer as atividades laborais e riscos à segurança dos profissionais de saúde. Quanto às percepções de prazer e sofrimento no trabalho, constatou-se esgotamento emocional, estresse, sobrecarga de trabalho, insegurança e sentimento de medo. Contudo, o equilíbrio para tais vivências foi identificado por meio da satisfação pessoal com a utilidade da sua atuação profissional na pandemia, principalmente nas campanhas de vacinação e reconhecimento dos pacientes e comunidade. **Conclusão:** A exposição às piores avaliações do contexto de trabalho foi associada a profissionais previamente acometidos por doenças e há evidências que confirmam o adoecimento e o burnout entre profissionais das equipes de saúde. Pode-se inferir que melhorias nas condições de trabalho, construção de um ambiente de trabalho saudável e colaborativo e medidas para redução dos níveis de estresse ocupacional, podem minimizar os efeitos das demandas dos profissionais de saúde que atuaram na pandemia.

**Descritores:** Enfermagem, Pandemias, Infecções por coronavírus, Atenção Primária à Saúde, Saúde do Trabalhador.

## ABSTRACT

**Introduction:** The 2019 Coronavirus disease pandemic required numerous work adaptations related to the new coronavirus and healthcare teams were more exposed to the risk of illness and the development of Burnout. **Objective:** to analyze the work context of Primary Health Care health teams in the 2019 Coronavirus disease pandemic and its implications for the risks of illness and burnout. **Method:** This is a mixed methods study, with a concomitant triangulation strategy, carried out with 52 health teams from a municipality in Rio Grande do Sul, from September 2021 to February 2022. In the quantitative stage, 224 professionals health professionals responded about sociodemographic and labor data, the Work and Illness Risk Inventory and the Burnout Assessment Tool. In the qualitative stage, 20 professionals responded to an interview. Quantitative findings were subjected to descriptive and analytical statistics, considering significant values of  $p < 0.05$ . Qualitative data were subjected to thematic analysis. The findings were articulated and integrated for a more comprehensive understanding of the phenomenon. Ethical aspects were respected. **Results:** Females predominated (81.2%), with a mean age of 43.84 years ( $SD= 10.41$ ), of which 34 (15.2%) were doctors, 45 (20.1%) were nurses, 16 (7.1%) dentists, 44 (19.7%) nursing technicians/aides, 79 (35.3%) community health agents and six (2.7%) dental assistants/attendants. Professionals living with illness had worse evaluations regarding professional achievement ( $p=0.02$ ), professional exhaustion ( $p<0.001$ ) and lack of recognition ( $p<0.001$ ); professionals with less experience in the health sector had worse evaluations regarding professional achievement ( $p=0.01$ ), freedom of expression ( $p=0.02$ ) and professional burnout ( $p=0.04$ ); and those with worse perceptions of their diet had worse evaluations of professional achievement ( $p=0.02$ ), freedom of expression ( $p=0.04$ ), professional exhaustion ( $p=0.03$ ) and recognition ( $p<0.001$ ). The cognitive ( $\mu=3.69$ ;  $SD=0.92$ ) and affective ( $\mu=2.57$ ;  $SD=0.80$ ) costs were considered critical. The physical damage was considered serious ( $\mu=2.65$ ;  $SD=1.46$ ). Community health agents ( $r=0.37$ ;  $p=0.01$ ) and nurses ( $r=0.52$ ;  $p=0.04$ ) were associated with emotional exhaustion; professionals with good nutrition showed less emotional exhaustion ( $r=0.64$ ;  $p<0.001$ ) and decline in emotional control ( $r=-0.97$ ;  $p<0.001$ ); those older also showed less exhaustion ( $r=-0.20$ ;  $p<0.001$ ); continuous medication use was associated with better mental distancing ( $r=0.39$ ;  $p=0.01$ ) and community health workers were those who had the least cognitive decline ( $r=0.61$ ;  $p=0.09$ ). Regarding organization and working conditions, excessive work pace, lack of time for rest breaks, difficulty for professionals to perform their tasks, uncomfortable physical environments with lack of adequate space, inadequate work equipment to carry out activities were identified. labor and safety risks for healthcare professionals. Regarding perceptions of pleasure and suffering at work, emotional exhaustion, stress, work overload, insecurity and feelings of fear were observed. However, the balance for such experiences was identified through personal satisfaction with the usefulness of their professional performance in the pandemic, mainly in vaccination campaigns and recognition of patients and the community. **Conclusion:** Exposure to the worst evaluations of the work context was associated with professionals previously affected by illnesses and there is evidence that confirms illness and burnout among healthcare team professionals. It can be inferred that improvements in working conditions, building a healthy and collaborative work environment and measures to reduce levels of occupational stress can minimize the effects of the demands on health professionals who worked during the pandemic.

**Keywords:** Nursing, Pandemics, Coronavirus infections, Primary Health Care, Worker health.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1 Objetivo geral.....	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
3.1 Implicações da pandemia da COVID-19 sobre a Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa.....	17
3.2 Síndrome de Burnout.....	34
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>37</b>
4.1 Psicodinâmica do Trabalho.....	37
<b>5 MÉTODO .....</b>	<b>42</b>
5.1 Abordagem e delineamento.....	42
5.2 Local de pesquisa.....	42
5.3 População .....	43
5.4 Instrumentos para a obtenção dos dados .....	43
5.4.1 Questionário de dados sociolaborais.....	44
5.4.2 Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA).....	44
5.4.3 Burnout Assessment Tool (BAT).....	46
5.4.4 Entrevistas.....	46
5.5 Coleta dos dados.....	46
5.5.1 Coleta quantitativa.....	46
5.5.2 Coleta qualitativa.....	47
5.6 Análise dos dados.....	47
5.6.1 Análise quantitativa.....	47
5.6.2 Análise qualitativa.....	48
5.6.3 Análise de métodos mistos.....	48
5.7 Aspectos éticos .....	48
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE A - Roteiro para Entrevista.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE B - Carta ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde do município de Santa Maria/RS.....</b>	<b>56</b>

<b>APÊNDICE C</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	57
<b>APÊNDICE D</b> - Termo de Confidencialidade.....	59
<b>ANEXO A</b> - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE).....	60
<b>ANEXO B</b> - Questionário de Dados Sociolaborais.....	62
<b>ANEXO C</b> - Inventário De Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA).....	64
<b>ANEXO D</b> - Burnout Assessment Tool (BAT).....	68
<b>ANEXO E</b> - Autorização Institucional.....	70
<b>ANEXO F</b> - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	71

# 1 INTRODUÇÃO

Esta tese se insere na área de concentração Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, linha de pesquisa de Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Possui como objeto de estudo o trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) na pandemia da *Coronavirus disease* de 2019 (Covid-19) e suas implicações sobre os riscos de adoecimento e o burnout.

Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracterizou como estado de pandemia o surto mundial da doença Covid-19 causada pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2). (Brasil 2020). O novo agente foi descoberto em 31 de dezembro de 2019, após casos registrados, inicialmente, em Wuhan, na China. Posteriormente, afetou todos os continentes e levou os serviços de saúde a um novo cenário de ações das equipes de saúde envolvidas nos cuidados à população (Brasil, 2020; Gallasch et al., 2020).

A Covid-19 apresenta um quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves. De acordo com a OMS, cerca de 80% dos pacientes com a doença podem ser assintomáticos e 20% dos casos podem requerer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória e desses casos aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório para o tratamento de insuficiência respiratória (Brasil, 2020).

Os sintomas da Covid-19 podem variar de um resfriado até uma pneumonia severa. Sendo assim, os sintomas mais comuns são tosse, febre, coriza, dor de garganta e dificuldade para respirar. A sua transmissão acontece de uma pessoa doente para outra ou por contato próximo por meio de toque do aperto de mão; gotículas de saliva; espirro; tosse; catarro; ou objetos ou superfícies contaminadas, como celulares, mesas, maçanetas, brinquedos, teclados de computador, entre outros (Brasil, 2020).

Até o dia 03 de outubro de 2023, em todo o mundo, já haviam 676.609.955 casos confirmados de infecção por Covid-19, 6.881.955 mortes e 13.338.833.198 pessoas vacinadas, sendo, no Brasil, 37.085.675 de casos confirmados, 699.301 mortes e 502.262.440 doses de vacinas aplicadas (Johns Hopkins University, 2023). Este cenário impôs desafios à vigilância epidemiológica e à programação de políticas públicas, por meio de medidas que reduzam as desigualdades de acesso aos sistemas de atenção à saúde. Nesse sentido, se deve atentar para as estratégias de enfrentamento da pandemia da Covid-19 e suas implicações à saúde (Rafael et al., 2020). Assim, tornou-se necessário o apoio a uma infraestrutura especializada, uma vez que

os hospitais, prontos socorros, ambulatórios e serviços especializados apresentam deficiências nas edificações, equipamentos, pessoal e insumos. Contudo, a ação centralizada em serviços especializados, não é suficiente para enfrentar o problema do contágio e a disseminação da doença, uma vez que existem grandes desigualdades no país (Fachinni, 2020).

Com vistas a reduzir as desigualdades existentes e ao enfrentamento da pandemia Covid-19, destaca-se o cenário da Atenção Primária à Saúde (APS). A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), estabelece a APS como o modelo proposto para consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas que compreendem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com objetivo de proporcionar o atendimento integral à saúde da população (Brasil, 2017). No contexto da pandemia, a APS desempenhou um papel decisivo na proteção da saúde, na prevenção e controle de doenças por meio do diagnóstico precoce, tratamento, acompanhamento e monitoramento individual e familiar (Nedel, 2020). Assim, a pandemia foi uma oportunidade de resgatar a centralidade do SUS na política social e da APS no sistema de saúde brasileiro, possibilitando avançar no alcance de seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, pois tem em seus pressupostos a aproximação com os territórios e as comunidades que vivem nesses espaços (Fachinni, 2020; Nedel, 2020; Spadacio et al., 2020).

Ademais, a APS constitui-se em uma estratégia para o desenvolvimento de sistemas de saúde e deve ser fortalecida para coordenar e monitorar as ações dirigidas à população, pois o desafio sanitário da pandemia e as inequidades sociais no acesso e na qualidade dos serviços de saúde requereram uma abordagem comunitária da determinação social da saúde (Fachinni, 2020). As medidas de higiene pessoal e ambiental e isolamento social afetaram a vida cotidiana com significados diferentes para a saúde e o bem-estar da população de cada cidade e região do país. Nessa perspectiva, centrar a estratégia de ação na APS também permitiu contribuir para o alongamento da transmissão do vírus e qualificar a atenção à saúde da população (Fachinni, 2020). Tal proposta se deve ao fato de que a APS é uma modalidade de atenção à saúde que permite a integração do contexto social dos indivíduos à oferta de serviços e a construção do vínculo entre os profissionais de saúde, os usuários e a comunidade, buscando um atendimento integral (Starfield, 2002; Brasil, 2017).

Estudos destacam que a criação de vínculo entre profissionais, usuários, famílias e comunidade, favorece a escuta sensível, a autonomia dos indivíduos, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado (Moura et al., 2015; Masson, et al., 2015; Rodrigues, et al., 2015). Para dar conta de atender às demandas oriundas pela pandemia da Covid-19, a APS esteve

estruturada em seus princípios de base comunitária e de trabalho em equipe, buscando uma atenção integral por meio da ampliação do acesso e do fortalecimento de vínculo com as pessoas (Nedel, 2020). Assim, a partir de seus atributos essenciais (acesso no primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação da atenção), e derivados (orientação familiar, orientação comunitária, competência cultural), a APS configurou-se como ordenadora do cuidado, pois foi o local no qual as pessoas com sintomas moderados e pessoas com vulnerabilidade social procuraram (Starfield; 2002; Spadacio et al., 2020; Vitória et al., 2020).

Ainda, o trabalho na APS pressupõe o enfoque no monitoramento das condições de saúde, a abordagem dos aspectos de educação sanitária e cidadania e a promoção da qualidade de vida. Este trabalho é fundamental para estabelecer a efetividade do modelo assistencial na busca pelo cuidado integral à saúde, por meio do exercício de uma prática comunicativa, buscando a ampliação da autonomia dos usuários (Brasil, 2017). Logo, o trabalho na APS não se resumiu a reproduzir somente práticas assistenciais ou rotinas pré-estabelecidas.

No exercício laboral de enfrentamento a pandemia da COVID-19, os profissionais das equipes de saúde constituíram um grupo com elevada exposição à contaminação, pois desenvolveram suas atividades assistenciais mediante o contato físico para a realização dos seus cuidados. Essa realidade trouxe preocupação social e profissional pela necessidade de enfrentamento na prática laboral, destacando-se o receio em se contaminar e de transmitir aos seus familiares, a sobrecarga de trabalho, o estresse, o medo, a falta de equipamentos de proteção individual (EPI), a redução das relações sociais causada pelo isolamento, entre outros fatores (Pfefferbaum et al., 2020).

Todas essas circunstâncias decorrentes da pandemia da Covid-19 causaram ambientes de trabalho e relações profissionais exaustivas e desgastantes para os profissionais das equipes da APS. Nesse sentido, esses profissionais podem estar expostos ao risco de adoecimento e o desenvolvimento da Síndrome de Burnout. O adoecimento dos profissionais de saúde inclui fatores fisiológicos, psicossociais, econômicos e referentes à organização do trabalho (Nascimento, 2015; Mello et al., 2020). Neste estudo, o risco de adoecimento considera aspectos relacionados ao contexto de trabalho, custo humano no trabalho, indicadores de prazer e sofrimento no trabalho e danos relacionados ao trabalho (Mendes e Ferreira, 2007). A síndrome de Burnout tem sido evidenciada em estudos com profissionais de saúde (Dorneles et al, 2020; Dutra et al, 2019; Dubale et al, 2019). Trata-se de um estado de exaustão profunda associado ao contexto de trabalho, sendo caracterizado pela presença de um cansaço extremo; pela ocorrência de um distanciamento mental; e, também, por uma incapacidade de regular os processos cognitivos e emocionais (Schaufeli et al., 2019).

O trabalho é uma atividade que tem implicações subjetivas ao sujeito e, por vezes, pode resultar em uma exposição direta e causar circunstâncias nocivas à saúde (Dejours, 2015). No contexto da APS, os profissionais das equipes de saúde podem vivenciar vários conflitos, principalmente quando o seu desejo diverge da realidade imposta pelo trabalho. Os trabalhadores vivem a constante busca de adaptação entre o real e o ideal, no qual a dinâmica de trabalho é marcada, muitas vezes, por sentimentos com consequências de maior ou menor importância sobre a sua vida (Maissiat et al., 2015; Glanzner et al., 2017). Tais sentimentos relacionam-se à abordagem da Psicodinâmica do Trabalho, na qual o trabalho é caracterizado a partir de emoções que permeiam a sua organização e, neste estudo, ao contexto de trabalho das equipes da APS e suas implicações sobre os riscos de adoecimento e o burnout na pandemia da Covid-19. Essa abordagem contribui para o campo da saúde por meio da intervenção sobre a organização do trabalho, ao estimular que os sujeitos possam transformar o seu trabalho, uma vez que impulsiona processos de subjetivação e realização de si, não anulando o sofrimento resultante do trabalho, mas apropriando-se do prazer do vivido (Maissiat et al., 2015; Glanzner et al., 2017).

O presente estudo também pressupõe que a saúde dos profissionais das equipes da APS possui relação com o contexto de trabalho. Este pressuposto se deve ao fato de que existe uma inadequação dos espaços físicos das unidades de saúde e um déficit de equipamentos, materiais e recursos humanos, o que reflete nas condições e na organização do trabalho, podendo influenciar na sua saúde (Oliveira et. al., 2013; Maciel et al., 2015; Medeiros, et. al., 2016).

Destaca-se que existem fatores que propiciam ambientes de trabalho saudáveis, os quais estão relacionados ao ambiente físico e ao ambiente psicossocial do trabalho. O ambiente físico relaciona-se a estrutura, maquinário, móveis, produtos, materiais e processos de produção. Já o ambiente psicossocial é representado pelas atitudes, valores, crenças e práticas que afetam a saúde física e psíquica dos profissionais (Organização Mundial da Saúde, 2010).

Ao considerar as publicações sobre o trabalho e a saúde dos profissionais no enfrentamento da pandemia da Covid-19, identificou-se que a maioria das pesquisas tomaram como sujeitos os profissionais de saúde que atuam no ambiente hospitalar (Xiang et al., 2020; Xiao et al., 2020; Jaarsma et al., 2020). Apesar de estarem descritas na literatura as mudanças nas demandas de trabalho relacionadas a materiais, logística e padrão de atendimento na APS face à pandemia (Fernandes et al., 2022) há uma lacuna quanto às implicações dessas mudanças sobre os profissionais de saúde com atuação na APS, especialmente no contexto brasileiro e sobre as implicações na sua saúde. Nesta perspectiva, torna-se importante compreender a relação do exercício laboral no cenário atual de assistência à saúde, especialmente no que diz

respeito ao contexto de trabalho das equipes da APS e suas implicações sobre os riscos de adoecimento e o burnout na pandemia da Covid-19.

A lacuna em pesquisa sobre o trabalho e a saúde dos profissionais das equipes de saúde da APS na pandemia da Covid-19, somado a prática profissional na APS do pesquisador, foram determinantes no interesse e na escolha pelo tema e objeto de estudo. Contudo, destaca-se que foi fator principal o contato e as constantes leituras e estudos a respeito das relações de saúde e trabalho proporcionadas por meio da participação no Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional (GISO) da UFRGS, o qual despertou o interesse em investigar a temática, dada a sua interferência sobre a assistência prestada pela APS na pandemia da Covid-19.

Logo, a investigação de um tema dinâmico apresenta relevância social e acadêmica, uma vez que, até pouco tempo, os estudos no âmbito da saúde do trabalhador se voltavam, especificamente, para a relação saúde e trabalho em contextos fabris e hospitalares. Além disso, tratou-se de uma situação emergente de saúde pública, o que requereu estudos que possibilitassem avançar na produção do conhecimento sobre a temática, principalmente no que diz respeito ao contexto de trabalho e as vivências das equipes de saúde da APS no enfrentamento da pandemia da Covid-19. Destaca-se que as contribuições deste estudo foram positivas no sentido dar subsídios para discussões e na elaboração de possíveis formas de intervenção que pudessem colaborar com a prática e a demanda dos profissionais das equipes de saúde da APS.

Ainda, ampliar o escopo das pesquisas que possibilitassem avançar na compreensão do contexto de trabalho das equipes de saúde da APS que estiveram na linha de frente da pandemia e suas implicações sobre os riscos de adoecimento e o burnout, considerando sua possível relação com os aspectos organizacionais do trabalho; cooperar para o desenvolvimento da linha de pesquisa na qual este estudo se insere; disseminar os resultados da pesquisa por meio de apresentação pública em eventos da área da saúde e Enfermagem e publicação de artigos científicos em periódicos especializados da área da Enfermagem e de Saúde Pública e proporcionar informações para a consolidação de políticas públicas de saúde mais eficazes relacionadas a saúde do trabalhador, auxiliando em futuras pesquisas relacionadas à temática.

Diante do exposto, tem-se como questão de pesquisa: Como os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde avaliam o seu contexto de trabalho, os riscos de adoecimento e o burnout na pandemia da Covid-19? Nessa direção, defende-se a tese que o contexto de trabalho das equipes da APS, caracterizado pelo excessivo ritmo de trabalho requerido pela pandemia e somado às condições de trabalho precárias e ambientes físicos pouco adequados para as exigências do controle sobre a disseminação da doença contribuiu para o esgotamento emocional, estresse, sobrecarga de trabalho e o burnout nos profissionais de saúde, que

buscaram o equilíbrio de tais vivências por meio da satisfação pessoal com a prática de cuidar em momento tão crucial como a pandemia. Espera-se que os resultados deste estudo, possam auxiliar na elaboração de estratégias que contribuam para a prevenção do adoecimento dos profissionais das equipes da APS, além de promover melhorias nas condições de trabalho, construção de um ambiente de trabalho colaborativo nas relações socioprofissionais e de apoio frente às diversidades e medidas para redução dos níveis de estresse ocupacional para minimizar os efeitos das demandas dos profissionais que atuaram na pandemia e para além do contexto pandêmico.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar o contexto de trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde na pandemia da *Coronavirus disease* de 2019 e suas implicações sobre os riscos de adoecimento e o burnout.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Descrever as características sociolaborais dos profissionais de saúde da APS na pandemia da Covid-19;
- Avaliar o contexto de trabalho e conhecer as percepções dos profissionais de saúde da APS na pandemia da Covid-19, considerando-se a organização do trabalho, as condições do trabalho e as relações socioprofissionais;
- Mensurar os custos físicos, cognitivos e afetivos no trabalho dos profissionais de saúde da APS na pandemia da Covid-19;
- Identificar os indicadores e as vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos profissionais de saúde da APS na pandemia da Covid-19;
- Analisar os danos físicos, psicológicos e sociais relacionados ao trabalho dos profissionais de saúde da APS na pandemia da Covid-19;
- Verificar o Burnout e sua associação com as características sociodemográficas e laborais dos profissionais de saúde da APS na pandemia da Covid-19;
- Conhecer as percepções dos trabalhadores das equipes de saúde da APS com relação às condições de trabalho, a organização do trabalho e as relações socioprofissionais na pandemia da COVID-19;
- Conhecer as vivências da relação prazer-sofrimento no trabalho das equipes de saúde da APS na pandemia da COVID-19;

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Nesta seção, o primeiro item consiste em uma revisão integrativa da literatura construída para subsidiar a presente tese, a qual foi publicada<sup>1</sup> na Revista Eletrônica de Enfermagem (REE), volume 24, número 70085, em 22 de dezembro de 2022. No segundo item, apresenta-se subsídios da literatura sobre a Síndrome de Burnout. Ademais, outros conceitos utilizados na tese encontram-se na próxima seção deste relatório, na modalidade de referencial teórico.

#### 3.1 Implicações da Pandemia da COVID-19 sobre a Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa

##### Resumo

**Objetivo:** identificar na literatura as implicações da pandemia da *Corona Virus Disease* de 2019 sobre a Atenção Primária à Saúde. **Método:** revisão integrativa da literatura realizada em abril de 2021, utilizando-se os descritores indexados “Primary Health Care”, “Coronavírus” e “Pandemics”, a partir dos Descritores em Ciências da Saúde e *Medical Subject Headings*. Foram incluídos artigos na íntegra, sem recorte temporal. Excluíram-se estudos duplicados, relatos de caso, reflexões, manuais, recomendações, revisões e estudos de outras temáticas. **Resultados:** foram selecionados 25 estudos de 768 publicações. Apontam-se para mudanças nas demandas de trabalho relacionadas a materiais, logística, padrão de atendimento, distanciamento social e estratégias de vigilância e monitoramento da atenção à saúde utilizadas na Atenção Primária à Saúde na pandemia da *Corona Virus Disease* de 2019. **Conclusão:** revelam-se iniciativas voltadas à criação de estratégias de vigilância e monitoramento na Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pandemia da *Corona Virus Disease de 2019*. **Descritores:** Enfermagem em Saúde Pública; Coronavírus; Pandemias; Atenção Primária à Saúde; Revisão. **Descriptors:** Public Health Nursing; Coronavirus; Pandemics; Primary Health Care; Review.

##### Introdução

A *Coronavirus disease* de 2019 (COVID-19), doença causada pelo vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), foi caracterizada, em março de 2020 como uma pandemia, com transmissão comunitária no Brasil, conforme a Portaria nº 454 de 20 de março de 2020<sup>(1-2)</sup>. Trata-se de uma doença viral, com manifestações que podem variar de infecções assintomáticas até quadros graves que repercutem sobre os serviços de atenção à saúde<sup>(1,3)</sup>.

---

<sup>1</sup> Fernandes MNS, Boufleuer E, Finckler PVPR, Trindade LL, Tavares JP, Dal PD. Implications of the COVID-19 pandemic on Primary Health Care: an integrative review. Rev Eletr Enferm. 2022;24:e70085. <https://doi.org/10.5216/ree.v24.70085>.

Dentre as estratégias preconizadas para retardar a expansão da COVID-19, destacam-se as medidas de isolamento e distanciamento social<sup>(4-5)</sup> para reduzir a transmissão e limitar a mortalidade pela doença, além de proporcionar assistência ao crescente número de pessoas acometidas pelo agravo<sup>(6)</sup>.

Assim, a pandemia da COVID-19 apresenta, entre outros desafios, a adoção de medidas que reduzam as desigualdades de acesso aos serviços de atenção à saúde<sup>(7)</sup>. Nesse sentido, destaca-se a relevância da Atenção Primária à Saúde (APS), que em suas ações visa reduzir o risco de transmissão da doença, mediante o diagnóstico precoce, o acompanhamento e o monitoramento no âmbito individual e coletivo<sup>(8)</sup>. Soma-se a isso, a reafirmação da APS para o enfrentamento da pandemia, considerando que no Brasil foram confirmados mais de 16.194.209 milhões de casos e 452.031 óbitos no início de 2021<sup>(9)</sup>.

A APS caracteriza-se como a porta de entrada para os serviços de atenção à saúde pelos seus atributos essenciais de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação do cuidado; e derivados baseados na centralidade da família<sup>(10)</sup>. O trabalho na APS deve ser realizado de forma intersetorial, baseado no território e com equipes multiprofissionais que atuam na retaguarda dos serviços e equipes especializadas, além dos serviços laboratoriais no atendimento em saúde, mediante ações e práticas sanitárias<sup>(11)</sup>.

A pandemia da COVID-19 trouxe desafios para a APS que precisou se organizar para fazer frente a esta demanda, como porta de entrada, instância de vigilância e monitoramento, como também afetou os atendimentos de modo geral, devido às recomendações de isolamento social. A APS exerce papel central no enfrentamento da COVID-19, uma vez que está ancorada nos princípios de proteção da saúde, na prevenção e controle de doenças<sup>(8)</sup>. Durante a pandemia e no seu cotidiano, a APS tem papel fundamental no atendimento resolutivo dos casos leves e na identificação precoce dos casos graves que devem ser encaminhados para serviços especializados, mantendo a coordenação do cuidado em todos os níveis da atenção em saúde<sup>(5)</sup>. Por meio do trabalho comunitário, no contexto da pandemia, a APS atua também na redução da disseminação da infecção, apoio ao isolamento domiciliar e distanciamento social, identificação e garantia de acesso a cuidados de saúde e vigilância à saúde com notificação dos casos<sup>(10)</sup>.

Dessa forma, a APS tem a possibilidade de ampliar a sua capacidade de resposta por meio da orientação da população sobre as formas de contágio, identificação de indivíduos e famílias em situação de maior vulnerabilidade, mobilizando recursos da própria comunidade para o reconhecimento de casos suspeitos<sup>(12)</sup>.

A APS e o fortalecimento dos seus atributos, foram medidas essenciais no enfrentamento da COVID-19<sup>(10)</sup>. Por outro lado, o trabalho na APS deve contemplar a continuidade de ações preventivas, a vacinação, o acompanhamento de gestantes e lactentes, o atendimento a pequenas urgências e às agudizações de doenças crônicas<sup>(13)</sup>.

Considerando a grande variedade de atribuições da APS e seu papel primordial no enfrentamento da COVID-19, emergiu o interesse em realizar uma síntese do conhecimento sobre como a APS se organizou frente as demandas oriundas da pandemia. Assim, foi desenvolvida a pesquisa com o objetivo de identificar na literatura as implicações da pandemia da *Coronavirus disease* de 2019 sobre a Atenção Primária à Saúde.

## **Método**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura<sup>(14)</sup>. As revisões integrativas têm como finalidade apontar as lacunas do conhecimento e gerar novas perspectivas sobre o fenômeno estudado para a elaboração de novos estudos<sup>(15)</sup>. Ainda, permite a síntese de estudos publicados e conclusões a respeito de uma temática de estudo<sup>(16)</sup>. Para este estudo elegeu-se a seguinte questão de pesquisa: houve implicações da pandemia da COVID-19 sobre a APS? A formulação da pergunta foi estruturada no acrônimo PICO<sup>(17)</sup>, definindo-se como P (População): usuários e trabalhadores da APS, I (Interesse): implicações da pandemia da COVID-19 na organização do atendimento e Co (Contexto): APS.

Para a realização desta revisão integrativa da literatura seguiram-se seis etapas distintas: identificação do tema e questão de pesquisa; critérios para inclusão e exclusão de estudos; informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e, apresentação da revisão e síntese<sup>(14-15)</sup>.

Foram incluídos artigos de pesquisa online disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol, sem recorte temporal. Excluíram-se os estudos duplicados entre as bases de dados e o portal *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), relatos de caso, reflexões, manuais e recomendações; as revisões e os estudos que focaram em outras temáticas. Após a busca foram seguidos os procedimentos de leitura dos títulos e resumos, para identificar se os artigos recuperados apresentavam potencial para inclusão. Os estudos foram agrupados e apresentados com base na sua temática.

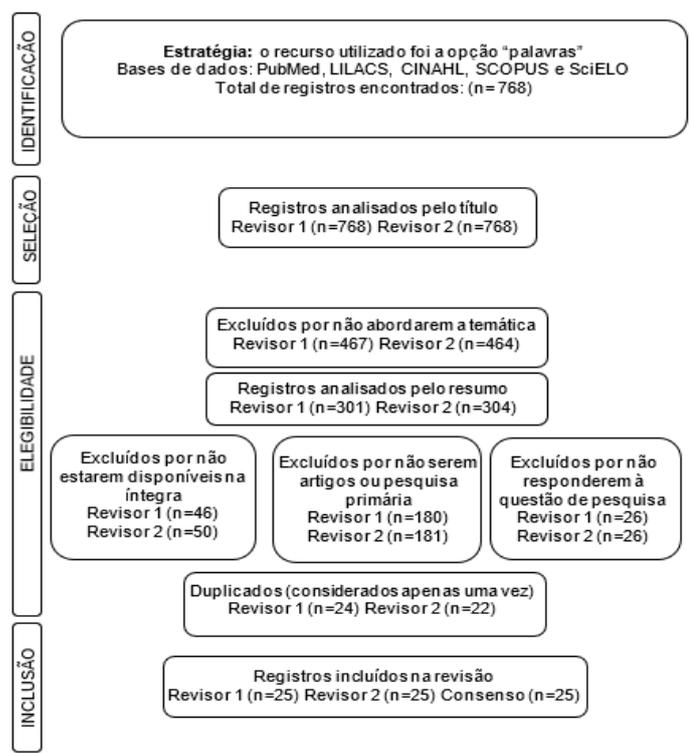
As bases de dados utilizadas para a busca, acessadas por meio da página da Coordenadoria de Aperfeiçoamento do Ensino Superior (CAPES), via Comunidade Acadêmica Federada (CAFe), foram Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), *Medical*

*Literature Analysis and System Online* (PubMed), *SciVerse Scopus* (SCOPUS) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Utilizou-se a consulta ao Descritores de Assunto em Ciências da Saúde (DECs) e *Medical Subject Headings* (MeSH), mediante a opção “descriptor indexado”: “*Primary Health Care*” e “*Coronavírus*” e “*Pandemics*”, associadas por meio do operador booleano AND.

A fase de busca e de seleção dos artigos incluídos na revisão foi realizada em abril de 2021, de forma independente por dupla de revisores. Foi realizada a leitura exhaustiva dos títulos e dos resumos, para assegurar se os estudos contemplavam a questão norteadora e se atendiam aos critérios de inclusão e exclusão. Em caso de dúvida sobre a seleção, optou-se por selecionar a publicação e decidir sobre sua inclusão após a leitura de seu conteúdo na íntegra. As dúvidas ao final da seleção foram discutidas e resolvidas por um terceiro revisor com experiência metodológica para o alcance do consenso.

A análise dos dados foi elaborada de forma descritiva utilizando um quadro sinóptico, construído pelos autores, para extrair e sintetizar os dados de cada estudo, o que permitiu a comparação e a organização dos dados, de acordo com as suas diferenças e similaridades. Para a seleção dos estudos, realizou-se uma adaptação da recomendação *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)<sup>18</sup>, conforme a Figura 1.

**Figura 1** – Fluxograma PRISMA adaptado<sup>(18)</sup>, 2015.



Considerando o delineamento dos estudos, o nível de evidência foi identificado da seguinte forma: I para revisões sistemáticas e metanálise de ensaios clínicos randomizados; II para ensaios clínicos randomizados; III para ensaio controlado não randomizado; IV para estudos caso-controle ou coorte; V para revisões sistemáticas de estudos qualitativos ou descritivos; VI para estudos qualitativos ou descritivos; e VII para parecer de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas. Os níveis I e II são classificados como fortes, III a V como moderados e VI a VII como fracos<sup>(16)</sup>. O estudo respeitou preceitos de integridade de pesquisa e de autoria.

## Resultados

A busca nas bases de dados selecionadas resultou em 768 referências. Após a leitura dos títulos e resumos com o intuito de selecionar os que tratavam do tema de interesse, foram selecionados 25 estudos para leitura na íntegra.

No Quadro 1 apresentam-se os artigos que constituem o *corpus* desta revisão integrativa da literatura, a fim de caracterizar cada produção, incluindo título, periódico de publicação, país e nível de evidência.

**Quadro 1** – Artigos que constituíram o *corpus* da revisão integrativa da literatura, 2021 (continua)

Referência	Título	Periódico	País	Nível de evidência
19	Primary health care, the declaration of astana and COVID-19.	Policy & practice	Canadá	VII
20	Primary care in the time of COVID-19: Monitoring the effect of the pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 288 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia.	BMC Family Practice	Espanha	IV
21	Pandemic notes from a Maine direct primary care practice.	Journal of Ambulatory Care Management	Estados Unidos da América	VI
22	Use and Content of Primary Care Office-Based vs Telemedicine Care Visits During the COVID-19 Pandemic in the US.	JAMA Network Open	Estados Unidos da América	III
23	Primary Care Population Management for COVID-19 Patients.	Journal of General Internal Medicine	Estados Unidos da América	III
24	Access to primary healthcare during lockdown measures for COVID-19 in rural South Africa: An interrupted time series analysis.	BMJ Open	África do Sul	IV

**Quadro 1** - Artigos que constituíram o *corpus* da revisão integrativa da literatura, 2021 (continuação)

Referência	Título	Periódico	País	Nível de evidência
25	Strengthening the UK primary care response to covid-19.	The BMJ	Inglaterra	
26	Access to Care During a Pandemic: Improving Planning Efforts to Incorporate Community Primary Care Practices and Public Health Stakeholders.	Word Medical & Health Policy	Estados Unidos da América	VI
27	Reorganisation of primary care for older adults during COVID-19: a cross-sectional database study in the UK.	British Journal of General Practice	Inglaterra	IV
28	Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?	Cadernos de Saúde Pública	Brasil	VI
29	Organisation and characteristics of out-of-hours primary care during a COVID-19 outbreak: A real-time observational study.	PLOS ONE	Bélgica	IV
30	Primary care management of the coronavirus (COVID-19).	South African Family Practice	África do Sul	VI
31	Addressing Trauma and Stress in the COVID-19 Pandemic: Challenges and the Promise of Integrated Primary Care.	APA PsycNet	Estados Unidos da América	VI
32	Primary healthcare response to COVID 19 in a district of Callao, Peru.	Advances in Science, Technology and Engineering Systems Journal	Peru	IV
33	Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: Will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs.	BMJ Open	Bélgica	VI
34	The covid-19 pandemic in Nijmegen, the Netherlands: Changes in presented health problems and demand for primary care.	Annals of Family Medicine	Estados Unidos da América	IV
35	A tale of 3 Asian cities: How is primary care responding to COVID-19 in Hong Kong, Singapore, and Beijing?	Annals of Family Medicine	Estados Unidos da América	VI
36	Differences in the use of telephone and video telemedicine visits during the COVID-19 pandemic.	American Journal of Managed Care	Estados Unidos da América	IV
37	The international response of primary health care to COVID-19: Document analysis in selected countries.	Cadernos de Saúde Pública	Brasil	VI
38	Redesigning Primary Care to Address the COVID-19 Pandemic in the Midst of the Pandemic.	Annals of Family Medicine	Estados Unidos da América	VI
39	COVID-19: Notes From the Front Line, Singapore's Primary Health Care Perspective.	Annals of Family Medicine	Singapura	VI

**Quadro 1** - Artigos que constituíram o *corpus* da revisão integrativa da literatura, 2021 (conclusão)

Referência	Título	Periódico	País	Nível de evidência
40	Patient Characteristics Associated With Telemedicine Access for Primary and Specialty Ambulatory Care During the COVID-19 Pandemic.	JAMA Network Open	Estados Unidos da América	IV
41	Novo Coronavírus: (re)pensando o processo de cuidado na Atenção Primária à Saúde e a Enfermagem.	Revista Brasileira de Enfermagem	Brasil	VI
42	Primary Health Care Facility Preparedness for Outpatient Service Provision During the COVID-19 Pandemic in India: Cross-Sectional Study.	JMIR Public Health and Surveillance	Índia	IV
43	Shifts in office and virtual primary care during the early COVID-19 pandemic in Ontario, Canada.	Canadian Medical Association Journal	Canadá	IV

Os anos de publicação dos estudos datam de 2020 (21 estudos) e 2021 (4). Os países de publicação dos artigos foram: África do Sul (2), Bélgica (2), Brasil (3), Canadá (2), Singapura (1), Espanha (1), Estados Unidos da América (10), Índia (1), Inglaterra (2) e Peru (1). Destaca-se que em decorrência do período em que os dados desta pesquisa foram coletados, predominaram estudos referentes ao ano de 2020.

Os artigos selecionados apresentam um baixo nível de evidência, sendo caracterizados por diferentes instrumentos de coleta de dados e delineamentos adotados. Destaca-se que a maioria dos estudos foram realizados predominantemente no exterior, apontando para lacuna de pesquisas sobre o tema no Brasil.

A partir da análise dos artigos selecionados foram construídas duas categorias empíricas: “Mudanças nas demandas de trabalho da APS para o enfrentamento da pandemia da COVID-19” (14 estudos) e “Estratégias de vigilância, monitoramento e atenção à saúde da APS para o enfrentamento da pandemia da COVID-19” (13 estudos). Os artigos selecionados foram identificados por algarismos arábicos e incluídos em cada uma das categorias, sendo que os artigos nº 29 e nº 33 pertencem a ambas as categorias, conforme o Quadro 2.

**Quadro 2** - Artigos selecionados e suas categorias empíricas. Porto Alegre, RS, Brasil, 2021.

<b>Categorias empíricas</b>	<b>Artigos incluídos</b>
Mudanças nas demandas de trabalho da APS para o enfrentamento da pandemia da COVID-19	(19-20, 25-26, 28-30, 32-34, 38-39, 41-42)
Estratégias de vigilância, monitoramento e atenção à saúde da APS para o enfrentamento da pandemia da COVID-19	(21-24, 27, 29, 31, 33, 35-37, 40, 43)

## Discussão

### **Mudanças nas demandas de trabalho da APS para o enfrentamento da pandemia da COVID-19**

Nesta categoria, apresenta-se as principais alterações dos processos usuais de atendimento às demandas clássicas da APS e a criação de novos processos para atender as demandas da pandemia da COVID-19. As mudanças de demandas de trabalho da APS na pandemia da COVID-19 relacionam-se ao suporte de materiais e logístico, alterações no padrão de atendimento e as modificações causadas pelo distanciamento na pandemia da COVID-19<sup>(19-20,25-26,28-30,32-34,38-39,41-42)</sup>. Estudo<sup>(19)</sup> destaca a APS como espaço para contribuir na linha de frente da prestação de serviços, por meio da sua capacidade para enfrentar os desafios revelados pela pandemia da COVID-19.

A APS a partir da sua expressiva resposta ao setor saúde no contexto da pandemia, contempla uma abrangente parcela da população que demanda dos seus serviços e estão expostas a riscos devido às suas condições de vida<sup>(44)</sup>. Logo, a pandemia pressupõe um conjunto de medidas que além da imediata contenção da transmissão do vírus, possibilita pensar o sistema de saúde para a proteção da vida de todos os cidadãos. Nesse sentido, a atuação da APS na pandemia da COVID-19 requer considerar os problemas oriundos do isolamento social e da precarização da vida social e econômica. Assim, os desafios impostos pela pandemia da COVID-19 revelam vulnerabilidades e também a importância da APS no funcionamento do sistema de saúde e sua relação com a efetivação do direito à saúde.<sup>44</sup>

Pesquisa realizada com profissionais gestores de APS<sup>(42)</sup> destacaram a falta de equipamento de proteção individual (EPI) adequado e instalações consideradas inadequadas do ponto de vista de higiene e ventilação<sup>(42)</sup>. Estudo<sup>(30)</sup> que aborda o gerenciamento de cuidados primários do coronavírus descreve a necessidade da utilização de EPI pela equipe de saúde, a

qual deve usar máscara cirúrgica, avental e luvas. Ademais, o estudo também destaca que para a realização de procedimentos geradores de aerossol, deve-se usar a máscara N95, proteção para os olhos, bem como avental e luvas, além da limpeza e desinfecção de equipamentos antes de serem usados em outro paciente. A pandemia também requer infraestrutura física e recursos humanos, bem como a disponibilidade de suprimentos para qualificar o atendimento ao paciente, apoiar a vigilância de doenças e rastreamento de contatos e otimizar o uso de recursos<sup>(26)</sup>.

Estudo realizado em clínicas de APS<sup>(20)</sup> revelou que na pandemia da COVID-19, reduziram-se significativamente os resultados dos indicadores de acompanhamento, controle e rastreamento na APS, reduzindo ou até mesmo suspendendo agendas de atendimento ambulatorial, como de doenças crônicas, e iniciando o atendimento de pessoas sintomáticas para COVID-19<sup>(42)</sup>. Criaram-se protocolos para a realização de triagem de pacientes, visando identificar casos suspeitos. Os casos não suspeitos recebiam atestado e eram acompanhados por telefone, enquanto os casos suspeitos eram isolados e recebiam atendimento médico<sup>(39)</sup>. Corroborando, estudo<sup>(29)</sup> aponta para a importância da continuidade do tratamento para pacientes que estão recebendo um tratamento protocolizado, reforçando que mais pesquisas são necessárias para compreender os melhores métodos de atendimentos que utilizam protocolos.

Pesquisa<sup>(25)</sup> apontou a necessidade de atendimento e reabilitação aos pacientes vulneráveis acometidos pela COVID-19 nas comunidades. Estudo brasileiro<sup>(28)</sup> que analisou as possibilidades de atuação dos serviços de APS na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) também apontou para a necessidade de vigilância em saúde nos territórios, atenção aos usuários, suporte social a grupos vulneráveis e continuidade das ações próprias da APS no contexto da pandemia da COVID-19.

A APS é considerada linha de frente da pandemia, sendo responsável pela coleta e testagem dos casos, bem como pela redução da mortalidade e desigualdades em saúde na pandemia da COVID-19<sup>(34)</sup>. O trabalho das equipes de saúde é desenvolvido a partir de aspectos relacionados ao conhecimento do território, acesso, vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, integralidade da assistência, necessidade de suporte aos profissionais, monitoramento das famílias vulneráveis e acompanhamento dos casos suspeitos e leves<sup>(44)</sup>.

Estudo<sup>(29)</sup> encontrou mudanças na taxa de consultas presenciais por diagnóstico, havendo aumento de procura por consultas físicas para diagnósticos psicológicos e cardiovasculares e diminuição na quantidade de consultas presenciais para diagnósticos respiratórios, oftalmológicos, digestivos e otológicas. Em outra pesquisa<sup>(38)</sup> retrata-se a preparação da atenção primária em resposta à pandemia através de intervalos pandêmicos, por meio da rapidez para

identificar cada intervalo que a comunidade se encontra com agilidade para transformar o atendimento, protegendo os pacientes, sendo essas ações essenciais para evitar propagação exponencial do vírus. A APS pode contribuir com as práticas recomendadas de isolamento precoce, com ações de vigilância e contenção de casos suspeitos, atuando na prevenção e controle de infecções de trabalhadores de saúde e usuários<sup>(18,29,31,34,37)</sup>.

Pesquisas<sup>(33,41)</sup> relataram a dificuldade na decisão sobre quais contatos de acompanhamento com os pacientes podem ser adiados com segurança, uma vez que pacientes com comorbidades correm risco de complicações pela COVID-19, bem como as atividades e os processos de cuidados da APS em tempos de pandemia, trazendo a importância do reconhecimento e investimento financeiro, considerando que a APS é a porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Nesse sentido, torna-se essencial para garantir um atendimento seguro e de qualidade, o planejamento das ações, a (re)organização dos serviços e a alocação de recursos financeiros para atender às necessidades de saúde da população, possibilitando acesso e disponibilidade de serviços de atenção à saúde<sup>(44-45)</sup>.

Também se torna necessário fortalecer a equipe que atua nos estabelecimentos de APS, bem como aprimorar o processo de referência e contrarreferência para otimizar recursos, uma vez que os sistemas de atenção primária formam a base das respostas a emergências que com profissionais treinados podem fornecer atendimento voltado à prevenção e recuperação, e também participação no planejamento e ação para gestão de riscos de emergências de saúde<sup>(32)</sup>.

A criação de estratégias para o enfrentamento da pandemia requer trabalhadores de saúde capacitados e em número suficiente; elevado número de testes diagnósticos; exames complementares com resultados em tempo hábil; espaço físico adequado para casos suspeitos; estoque de medicamentos; fluxos e protocolos definidos; vigilância comunitária e domiciliar; EPI adequados e suficientes; e organização de processos de trabalho que possibilitem acesso, assistência e informações em saúde, fortalecendo o cuidado prestado pela APS à população<sup>(44-45)</sup>.

### **Estratégias de vigilância, monitoramento e atenção à saúde da APS para o enfrentamento da pandemia da COVID-19**

As estratégias de vigilância e monitoramento de atenção à saúde utilizadas pela APS na pandemia da COVID-19 relacionam-se a utilização do telefone, vídeos chamadas, teleconsultas, implementação de protocolos, fluxo de atendimento, detecção e

acompanhamento da COVID-19, bem como aos limites enfrentados pela APS na pandemia<sup>(21-24,27,29,31,33,35-37,40,43)</sup>.

Estudo<sup>(21)</sup> aponta que com o distanciamento social, os pacientes utilizaram mais as opções de telefone, vídeo e mensagens, reduzindo o número de visitas domiciliares. Ao encontro deste achado, estudos internacionais<sup>(22,27)</sup> acrescentam que com a pandemia da COVID-19 aumentou-se o número de atendimentos por telemedicina em relação ao atendimento no consultório, bem como o número de consultas por telefone e vídeo, com consequente diminuição das consultas presenciais.

Com relação às visitas domiciliares, foi desenvolvida uma estratégia de gerenciamento para otimizar o atendimento domiciliar em pacientes com COVID-19, permitindo identificar aqueles que precisavam de atendimento em tempo hábil<sup>(23)</sup>. Para isso, foram mudados os atendimentos presenciais para atendimentos por telessaúde, por meio da triagem de enfermagem por telefone, visando gerenciar o alto volume de chamadas de pacientes com dúvidas sobre o novo coronavírus; orientar as decisões de triagem, incluindo a frequência de contato com os pacientes, dependendo do dia dos sintomas e dos fatores de risco; e identificar achados clínicos que indicavam se o paciente estava seguro para permanecer em casa, a necessidade de avaliação adicional ou intervenção de emergência<sup>(23)</sup>.

Estudo<sup>(24)</sup> realizado em clínicas de APS encontrou uma redução superior a 50% nas visitas de cuidados de saúde infantil para crianças menores de um ano e com idade de um a cinco anos. Outra pesquisa<sup>(29)</sup> encontrou que 57% das consultas foram realizadas por telefone, das quais 70% puderam ser tratadas apenas por este meio de contato. No mesmo estudo, entre os pacientes com diagnóstico de risco para COVID-19 que foram avaliados em consulta física, 70% fizeram consulta prévia por telefone. Em pesquisa<sup>(40)</sup> realizada com pacientes atendidos por cuidados primários, aponta-se que pacientes jovens, do sexo feminino, de etnia branca e renda familiar média mais alta, tinham maior probabilidade de serem atendidos por meio de telessaúde, através de vídeo e/ou telefone, em comparação com os pacientes asiáticos e maiores de 55 anos. Observou também que ocorreram mais atendimentos virtuais de mulheres, adultos entre 65 e 74 anos e com renda mais alta, enquanto que os grupos que tiveram menos atendimentos virtuais foram as crianças e residentes rurais.

Da mesma forma, pesquisa<sup>(31)</sup> retrata que a APS utilizava frequentemente o telefone e as chamadas de vídeo para realizar os atendimentos via telessaúde, e que pacientes com acesso a recursos telefônicos e de internet se beneficiam dessa inovação. Por outro lado, pessoas mais vulneráveis das comunidades continuavam buscando pelo acesso presencial aos cuidados de saúde durante a pandemia, devido à falta de acesso ao uso do telefone e à internet.

Estudo<sup>(33)</sup> apontou ajustes para a atuação da APS, em conformidade com as diretrizes governamentais em relação à COVID-19. Entre eles, destaca-se o contato primário com os pacientes, feito por telefone e a reestruturação das agendas online, para discriminação entre queixas respiratórias e outras. Corroborando, estudo<sup>(29)</sup> também retratou mudanças no padrão de atendimento. As unidades de saúde passaram a realizar triagem e atendimento por meio telefônico, conseguindo resolver grande parte das demandas sem necessidade de atendimento presencial. Pesquisa aponta que 71,1% de todas as consultas realizadas no período da COVID-19 foram realizadas de maneira virtual, representando grande diminuição de consultas presenciais<sup>(43)</sup>. Mesmo quando foram necessárias as consultas presenciais, o número de pacientes na sala de espera foi limitado ou os pacientes eram orientados a aguardar em seu veículo, a fim de diminuir as chances de infecções<sup>(33)</sup>.

No Brasil, criaram-se protocolos clínicos de manejo da COVID-19, guias e documentos de como realizar teleconsulta através do sistema informatizado de saúde do país<sup>(37)</sup>. Além disso, o mesmo estudo evidencia a necessidade de a APS considerar o contexto regional e as particularidades locais para a realização das teleconsultas, por meio da instituição de fluxos operacionais distintos<sup>(37)</sup>.

Com a regulamentação da telemedicina no Brasil para o contexto da pandemia da COVID-19<sup>(46)</sup>, o teleatendimento foi inserido no protocolo nacional de manejo clínico da doença na APS, incorporando o telemonitoramento de pessoas com suspeita de COVID-19 e a vigilância remota do quadro clínico de pessoas sintomáticas<sup>(33-36)</sup>. Os serviços de atendimento de telessaúde configuram-se como uma alternativa para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 na APS, considerando a facilidade de contágio e propagação da doença em locais fechados e a necessidade de se evitar uma grande procura pelos serviços de saúde<sup>(44,47)</sup>. O atendimento online fornece orientações importantes aos usuários em nível individual e constitui-se em ferramenta para os casos de pessoas com sintomas moderados ou leves<sup>(47-48)</sup>. Essa estratégia reduz a sobrecarga da APS, contribuindo para o ordenamento do fluxo dos usuários no sistema e para que os trabalhadores afastados do labor possam trabalhar de forma remota<sup>(44)</sup>.

Salienta-se que as estratégias mencionadas podem ser adotadas pelos serviços da APS não apenas em período de pandemia, no intuito de contribuir para a integralidade das ações em saúde. Para isso, é importante a garantia de acesso à internet nos serviços de saúde e a ampliação de computadores e telefones para o atendimento *online*.<sup>44</sup> A consulta remota deve ser realizada com base em protocolos, com mensagens claras e objetivas, dando preferência ao vídeo, visando diminuir a ida dos usuários às unidades de saúde<sup>(49-50)</sup>. Essas ações demonstram o

potencial da APS em reformular as suas práticas com os recursos disponíveis, adaptando os novos usos aos já existentes.

Apesar do curto período do estudo, que pode ser considerado como limitação, foi possível constatar as estratégias de enfrentamento à COVID-19 no contexto da APS e vislumbrar possíveis áreas de fronteira do conhecimento para novas pesquisas. Sugere-se pesquisa para avaliar os resultados das estratégias adotadas para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 e sua aplicabilidade para utilização no atendimento às outras demandas. Adicionalmente, aponta-se como problemática a ser investigada no futuro, o impacto das alterações no processo de atendimento às demandas usuais da APS, em decorrência da pandemia, em longo prazo.

## **Conclusão**

O estudo identificou as implicações da pandemia da COVID-19 sobre a APS, destacando-se as mudanças no atendimento às suas demandas usuais no sentido de criar novos processos e ações para prevenir, controlar e manejar os casos de COVID-19. As evidências encontradas revelam as demandas de trabalho e iniciativas voltadas à criação de estratégias de vigilância e monitoramento utilizadas pela APS no enfrentamento da pandemia da COVID-19. As equipes necessitaram de suporte de materiais e logístico para o enfrentamento da pandemia, e entre as estratégias observou-se a implementação de ferramentas de atendimento, detecção e acompanhamento da doença, com destaque para o teleatendimento. Ficou evidenciado a limitação de acesso ao telefone e internet em comunidades vulneráveis que impactam na longitudinalidade da atenção.

## **Referências**

1. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) – SituationReport 56. Geneve: WHO [Internet]; 2020 [cited 2020 Mar 23]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19) [Internet]; 2020 [cited 2020 Mar 23]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/prt454-20-ms.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt454-20-ms.htm) Brasília, abril 2020a.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde – Versão 09 [Internet]; 2020 [cited 2020 Mar 23]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo-clinico-do-coronavirus-covid-19-na-atencao-primaria-a-saude/> Brasília, abril 2020b.
4. Greenstone M, Nigam V. Does social distancing matter? Working Paper. 2020 Preprint [cited 2020 Apr 24]. Available from: <https://papers.ssrn.com/abstract=3561244>
5. Prem K, Liu Y, Russell TW, Kucharski AJ, Eggo RM, Davies N, et al. The effect of control strategies to reduce social mixing on outcomes of the COVID-19 epidemic in Wuhan, China: a modelling study. *Lancet Public Health* [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 23]; 5:e261-e70. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30073-6
6. Cho SY, Kang J-M, Ha YE, Park GE, Lee JY, Ko J-H, et al. MERS-CoV outbreak following a single patient exposure in an emergency room in South Korea: an epidemiological outbreak study. *The Lancet* [Internet]. 2016 [cited 2020 Mar 23]; 388:994-1001. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30623-7
7. Rafael RMR, Neto M, Carvalho MMB, David HMSL, Acioli S, Farias MGA. Epidemiology, public policies and Covid-19 pandemics in Brazil: what can we expect? *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 23];28:e49570. doi: 10.12957/reuerj.2020.49570.
8. Barbosa SP, Silva AVFG. A Prática da Atenção Primária à Saúde no Combate da Covid-19. *APS em Revista* [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 23];2(1):17-19. doi: 10.14295/aps.v2i1.62.
9. Coronavírus Brasil. COVID-19 Painel Coronavírus. [Internet]; 2021 May 05 [cited 2021 May 31]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. [Internet]; 2020 [cited 2020 Mar 30]. Available from: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ue000039.pdf>
11. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. National Primary Health Care Policy: where are we headed to? *Cienc Saude Colet*. [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 30]; 25:1475-82. doi: 10.1590/1413-81232020254.01842020.
12. Dumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB, et al. The role of primary care in the Brazilian healthcare system: limits and possibilities for fighting COVID-19. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 30];(36):6. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00104120>
13. Nacoti M, Ciocca A, Giupponi A, Brambillasca P, Lussana F, Pisano M, et al. At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 27]. Available from: <https://catalyst.nejm.org/doi/pdf/10.1056/CAT.20.0080>
14. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2008 [cited 2021 Mar 30];17(4):758-64. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018.

15. Souza LMM, Marques-Vieira CMA, Severino SSP, Antunes AV. Metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Rev Invest Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2020 May 2];2(21):17- 26. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.12253/1311>.
16. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. 3a. ed. Philadelphia (US): Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
17. Pearson A, White H, Bath-Hextall F, Apostolo J, Salmond S, Kirkpatrick K. The Joanna Briggs Institute. Reviewers' Manual 2014. Methodology for JBI Mixed Methods Systematic Reviews. [Internet]. 2014. [cited 2022 Mar. 07]. Available from: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Mixed-Methods.pdf>
18. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 30];24(2):335-42. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097.
19. Rasanathan K, Evans TG. Primary health care, the declaration of astana and COVID-19. *Policy & practice* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2021 Apr 06];98(11):801–808. doi: 10.2471/BLT.20.252932.
20. Coma E, Mora N, Méndez L, Benítez M, Hermosilla E, Fàbregas M, et al. Primary care in the time of COVID-19: Monitoring the effect of the pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 288 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. *BMC Family Practice* [Internet]. 2020 Oct 10 [cited 2021 Apr 06];21(1):1-9. doi: 10.1186/s12875-020-01278-8.
21. Pierce BR, Pierce C. Pandemic notes from a Maine direct primary care practice. *J Ambulatory Care Manage* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 06];43(4):290–293. doi: 10.1097/JAC.0000000000000347.
22. Alexander GC, Tajanlangit M, Heyward J, Mansour O, Qato DM, Stafford, RS. Use and Content of Primary Care Office-Based vs Telemedicine Care Visits During the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA network open* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 06];3(10):e2021476-e2021476. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.21476.
23. Blazey-Martin D, Barnhart E, Gillis J, Vazquez GA. Primary Care Population Management for COVID-19 Patients. *Journal of general internal medicine* [Internet]. 2020 Jul 27 [cited 2021 Apr 06];35(10):3077-3080. doi: 10.1007/s11606-020-05981-1.
24. Siedner MJ, Kraemer JD, Meyer MJ, Harling G, Mngomezulu T, Gabela P, et al. Access to primary healthcare during lockdown measures for COVID-19 in rural South Africa: An interrupted time series analysis. *BMJ open* [Internet] 2020 Oct 01 [cited 2021 Apr 06];10(10):e043763. doi: 10.1101/2020.05.15.20103226.
25. Park S, Elliott J, Berlin A, Hamer-Hunt J, Haines A. Strengthening the UK primary care response to covid-19. *BMJ* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 06];370:m3691. doi: 10.1136/bmj.m3691.

26. Schmidt ME, von Fricken ME, Wofford RN, Libby RC, Maddox PJ. Access to Care During a Pandemic: Improving Planning Efforts to Incorporate Community Primary Care Practices and Public Health Stakeholders. *World Medical & Health Policy* [Internet]. 2020 Sep 09 [cited 2021 Apr 06];12(3):274-281. doi: 10.1002/wmh3.369.
27. Joy M, McGagh D, Jones N, Liyanage H, Sherlock J, Parimalanathan V, et al. Reorganisation of primary care for older adults during COVID-19: a cross-sectional database study in the UK. *British Journal of General Practice* [Internet]. 2020 Aug [cited 2021 Apr 06];70(697):e540-e547. doi: 10.3399/bjgp20X710933.
28. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Primary healthcare in times of COVID-19: what to do? *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2020 Aug 17 [cited 2021 Apr 06];36(8):e00149720. doi: 10.1590/0102-311X00149720.
29. Morreel S, Philips H, Verhoeven V. Organisation and characteristics of out-of-hours primary care during a COVID-19 outbreak: A real-time observational study. *PloS one* [Internet]. 2020 Aug 13 [cited 2021 Apr 06];15(8):e0237629. doi: 10.1371/journal.
30. Mash B. Primary care management of the coronavirus (Covid-19). *South African Family Practice* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2021 Apr 06];62(1):1-1. doi: 10.4102/safp. v62i1.5144.
31. Kanzler KE, Ogbeide S. Addressing Trauma and Stress in the COVID-19 Pandemic: Challenges and the Promise of Integrated Primary Care. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 06];12(S1):S177. doi: 10.1037/tra0000761.
32. Morales J, Basilio-Rojas MR, Gonzales-Gonzales MR, Goyzueta AP. Primary Healthcare Response to COVID 19 in a District of Callao, Peru. *Adv. Sci. Technol. Eng. Syst. J.* [Internet]. 2020 Oct 12 [cited 2020 Mar 23];5(5):864-868. doi: 10.25046/aj0505105.
33. Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Van Royen P. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: Will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ open* [Internet]. 2020 Jun 09 [cited 2021 Apr 06];10(6):e039674. doi: 10.1136/bmjopen-2020-039674.
34. Schers H, van Weel C, van Boven K, Akkermans R, Bischoff E, olde Hartman T. The covid-19 pandemic in nijmegen, the netherlands: Changes in presented health problems and demand for primary care. *Ann Fam Med* [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 06]; 19:44-47. doi: 10.1370/afm.2625.
35. Wong SYS, Tan DHY, Zhang Y, Ramiah A, Zeng X, Hui E, Young DYL. A tale of 3 Asian cities: How is primary care responding to COVID-19 in Hong Kong, Singapore, and Beijing? *The Annals of Family Medicine* January [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 06];19(1):48-54. doi: 10.1370/afm.2635.
36. Rodriguez JA, Betancourt JR, Sequist TD, Ganguli I. Differences in the use of telephone and video telemedicine visits during the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Managed Care* [Internet]. 2021 Jan [cited 2021 Apr 06];27(1):21-26. doi: 10.37765/ajmc.2021.88573.

37. Prado NMBL, Rossi TRA, Chaves SCL, Barros SG, Magno L, Santos HLPC, et al. The international response of primary health care to COVID-19: Document analysis in selected countries. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2020 Nov 20 [cited 2021 Apr 06];36(12):e00183820. doi: 10.1590/0102-311X00183820.
38. Krist AH, DeVoe JE, Cheng A, Ehrlich T, Jones SM. Redesigning Primary Care to Address the COVID-19 Pandemic in the Midst of the Pandemic. *The Annals of Family Medicine* [Internet]. 2020 Jul [cited 2021 Apr 06];18(4): 349-354. doi: 10.1370/afm.2557.
39. Lim WH, Wong WM. COVID-19: Notes From the Front Line, Singapore's Primary Health Care Perspective. *The Annals of Family Medicine* [Internet]. 2020 May [cited 2021 Apr 06];18(3):259-261. doi: 10.1370/afm.2539.
40. Eberly LA, Kallan MJ, Julien HM, Haynes N, Khatana SAM, Nathan AS, et al. Patient Characteristics Associated With Telemedicine Access for Primary and Specialty Ambulatory Care During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw. Open* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 06];3(12):e2031640. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.31640.
41. Nunciaroni AT, Cunha FTS, Vargas LA, Corrêa VAF. New Coronavirus: (Re)thinking the care process in Primary Health and Nursing. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2020 Jun 26 [cited 2021 Apr 06];73(Suppl. 2):e202002562. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0256.
42. Garg S, Basu S, Rustagi R, Borle A. Primary Health Care Facility Preparedness for Outpatient Service Provision During the COVID-19 Pandemic in India: Cross-Sectional Study. *JMIR Public Health Surveill* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 06];6(2):e19927. doi: 10.2196/19927.
43. Richard H, Glazier RH, Green ME, Wu FC, Frymire E, Kopp A, Kiran T. Shifts in office and virtual primary care during the early COVID-19 pandemic in Ontario, Canada *CMAJ* [Internet]. 2021 Aug 08 [cited 2021 Apr 06];193(6):E200-E210. doi: 10.1503/cmaj.202303.
44. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2020 Apr 27 [cited 2021 Apr 06];29(2):e2020166. doi: 10.5123/s1679-49742020000200024.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde [Internet]; 2020 [cited 2021 Mar 08]. Available from: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>
46. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. *Diário Oficial da União*. [Internet]; 2020 Mar 23 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>
47. Dorsey ER, Topol EJ. Telemedicine 2020 and the next decade. *The Lancet* [Internet]. 2020 Mar [cited 2021 Mar 05];395(10227):859. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30424-4.

48. Greenhalgh T, Wherton J, Shaw S, Morrison C. Video consultations for covid-19. *BMJ* [Internet]. 2020 Mar [cited 2021 Mar 05];368:m998. doi: 10.1136/bmj.m998.
49. Engstrom E, Melo E, Giovanella L, Mendes A, Grabois V, Mendonça MHM. Recomendações para a Organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no Enfrentamento da Covid-19. Observatório Covid-19 Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. [Internet] 2020 May [cited 2021 Mar 23]. Available from: [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/recomendacoes\\_aps\\_no\\_sus\\_para\\_enfrentamento\\_da\\_covid-19\\_versao\\_leitura\\_uma\\_coluna\\_1\\_.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/recomendacoes_aps_no_sus_para_enfrentamento_da_covid-19_versao_leitura_uma_coluna_1_.pdf)
50. Lorenzo MS. Contra el coronavirus, más Atención Primaria que nunca. Actualización en Medicina de Familia [Internet]. 2020 [cited 10 Mar 2021]. Available from: [https://amfsemfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2626](https://amfsemfyc.com/web/article_ver.php?id=2626)

### 3.2 Síndrome de Burnout

As transformações advindas do trabalho, decorrentes da globalização e da crescente evolução tecnológica, tem exigido dos indivíduos maior produtividade, pressionando-os às constantes adaptações no trabalho. Isto repercute na sua saúde, levando a situações estressantes e, conseqüentemente, tornando-os mais suscetíveis ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout (Barreto et al., 2012).

O burnout refere-se a um estado de exaustão profunda associado ao contexto de trabalho, associado a um cansaço extremo; distanciamento mental e incapacidade de regular os processos cognitivos e emocionais (Schaufeli et al., 2019). Salienta-se que a incapacidade de utilizar os esforços necessários para exercer as atividades laborais é captada através da exaustão e da incapacidade emocional e cognitiva, e, que, a ausência de vontade de as executar é analisada por meio do distanciamento mental (Desart et al., 2019).

A exaustão emocional é caracterizada pela ocorrência de uma fadiga crônica e pela severa perda de energia física e mental (Desart et al., 2019). Entre os exemplos dessa dimensão, cita-se a ocorrência de uma perda de energia para iniciar uma nova tarefa; os sentimentos de esgotamento após um dia de trabalho; a incapacidade de relaxar após o horário laboral; e os sentimentos de cansaço, apesar de ter realizado o mínimo de esforço possível, no local de trabalho (Schaufeli et al., 2019).

O distanciamento mental representa a ocorrência de uma elevada aversão ou relutância em relação ao trabalho, acompanhada pela existência de uma atitude cínica e indiferente em relação ao mesmo. Alguns exemplos de comportamentos referente a esta dimensão são a escassez ou ausência de entusiasmo e interesse em relação ao trabalho e o exercício das funções do colaborador como se estivesse em piloto automático (Schaufeli et al., 2019).

A dimensão da incapacidade cognitiva é definida pela ocorrência de uma diminuição da capacidade de regular processos cognitivos, resultando em défices de memória, concentração e de atenção (Desart et al., 2019; Schaufeli et al., 2019). Como exemplos deste domínio incluem-se a dificuldade em adquirir novos conhecimentos e pensar de forma clara; a indecisão e o esquecimento; ou, as dificuldades de concentração no exercer das suas funções no trabalho (Schaufeli et al., 2019).

Por sua vez, a dimensão principal a ser descrita corresponde à incapacidade emocional, que engloba à redução da capacidade de regular de forma adequada os processos emocionais. Mediante esta incapacidade, os indivíduos manifestam as suas emoções de forma intensa e experienciam sentimentos de sobrecarga em relação às suas próprias emoções (Desart et al., 2019; Schaufeli et al., 2019). Este domínio engloba aspetos, como, por exemplo, o sentimento de frustração e irritabilidade no local de trabalho; as reações excessivas; os sentimentos de tristeza e perturbação, sendo que, os indivíduos não conseguem compreender a origem de tais sentimentos; e, ainda, a incapacidade de controlar as suas emoções no local de trabalho (Schaufeli et al., 2019).

Complementando essas quatro dimensões principais, existem três dimensões secundárias, quais sejam: a ocorrência de queixas psicossomáticas, humor depressivo e, ainda, os sintomas de *distress* psicológico (Schaufeli et al., 2019). Tais dimensões são secundárias, pois não são exclusivas da síndrome do burnout, uma vez que surgem em outras perturbações (Desart et al., 2019).

As causas da Síndrome de Burnout podem ser divididas em fatores organizacionais e fatores individuais. Os primeiros, são determinados pelo papel conflitante e a pressão no trabalho, bem como pelos recursos dos serviços de saúde, no qual quanto menos recursos são oferecidos pela organização maior a chance de desenvolver a síndrome (Bakker et al., 2014). Os fatores individuais são aqueles influenciados pela percepção que o profissional possui do ambiente de trabalho, sendo caracterizados pelo *status* sociodemográfico e pela personalidade do sujeito, que repercute na forma de lidar com os fatores situacionais do trabalho (Bakker et al., 2014).

Estudos nacionais e internacionais têm se dedicado à análise dessa síndrome em profissionais de saúde da APS (Hyeda et al., 2011; Bakker et al., 2014), sendo todos eles justificados com base no desgaste provocado pelas relações interpessoais no trabalho em saúde. Neste estudo, se utilizou o *Burnout Assessment Tool* (BAT), questionário validado para rastreamento de indivíduos com prevalência a alta predisposição ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout (Schaufeli et al., 2019).

No âmbito da APS, os profissionais das equipes de saúde geralmente têm uma carga horária extensa de trabalho associada ao estresse relacionado ao ambiente de trabalho e a exposição aos riscos potenciais a sua saúde (Lopes e Pêgo et al., 2016). Esses fatores, muitas vezes, não permitem que estes profissionais tenham tempo para cuidar da sua saúde, favorecendo o estresse e, conseqüentemente, aumentando os riscos para a Síndrome de Burnout (Torres et al., 2011).

A prevenção da Síndrome de Burnout no trabalho baseia-se em encontrar sentido no trabalho, melhorar o nível de interação e comunicação entre os colegas e a relação profissional-paciente, entre outras (França et al., 2014). Nesse sentido, é fundamental destinar um tempo para si e participar de atividades não relacionadas com a profissão, buscando descontrair-se após um dia de trabalho.

Em relação ao tratamento da síndrome, busca-se com auxílio de um profissional a criação de estratégias para diminuir as manifestações de inferioridade e de incapacidade, visando a superação das crises e a ressignificação dos sentidos da história de vida do sujeito, bem como a inserção de alteração de hábitos, atividade física regular e exercícios de relaxamento (Frazão, 2014).

Por fim, salienta-se que para atenuar os estressores no trabalho é importante um suporte social adequado, com valorização, reconhecimento profissional e estímulo à autonomia e fortalecimento das relações interpessoais (Lima et al., 2015; Bakker et al., 2014). Portanto, se faz importante garantir recursos adequados aos profissionais das equipes de saúde e, nesse estudo, especialmente aos da APS, para que se possa reduzir a prevalência da Síndrome de Burnout.

## **4 REFERENCIAL TEÓRICO**

Nesta seção, apresenta-se considerações a respeito do referencial teórico adotado para este estudo, trazendo as principais ideias para fundamentá-lo.

### **4.1 Psicodinâmica do Trabalho**

O homem moderno, definindo-se pela sua profissão, está encontrando dificuldade em dar sentido à vida se não for por meio da prática laboral. O trabalho não é somente uma atividade remunerada ou não, mas também é viver e conviver, e isso implica coexistir junto à experiência da pressão, do enfrentamento e da resistência da realidade (Dejours, 2015). Nesta conjuntura em que o homem necessita do trabalho para dar sentido à sua existência e podendo sofrer em consequência dele, entendem-se esses avessos efeitos psicológicos da atividade laboral a partir da Psicodinâmica do Trabalho, corrente de pensamento organizada a partir das ideias e pesquisas de Christophe Dejours (Sousa-Duarte et al., 2022). Tal corrente, preocupa-se com a dinâmica que se refere a origem e as transformações do sofrimento mental vinculadas a organização do trabalho (Sousa-Duarte et al., 2022).

Esse núcleo de conhecimento busca compreender como os trabalhadores podem manter o equilíbrio psíquico, mesmo estando submetidos a condições de trabalho desestruturantes, ou seja, como os trabalhadores conseguem resistir às pressões psíquicas do trabalho (Dejours, 2015). A Psicodinâmica do Trabalho pode ser utilizada como estratégia teórica ou teórico-metodológica. Neste estudo, é empregada como referencial teórico, buscando alicerçar as discussões acerca do objeto de pesquisa estudado.

A construção desta teoria teve início nos anos 1980, na França, com os estudos de Christophe Dejours sobre a saúde do trabalhador, buscando entender as relações dinâmicas entre organização do trabalho e processos de subjetivação, que se manifestam nas estratégias de ação para mediar contradições da organização do trabalho, nas patologias sociais, nas vivências de prazer-sofrimento, na saúde e no adoecimento (Mendes, 2007). A teoria tem por referências os conceitos da ergonomia do trabalho, priorizando aspectos relacionados à organização do trabalho a partir de propostas de intervenção que se voltam para a coletividade de trabalho a que os indivíduos estão submetidos (Mendes, 2007).

Nessa abordagem, Dejours (2015) afirma que o trabalho ameaça o aparelho psíquico quando se opõem à sua livre atividade. Nesse sentido, o autor aborda os conceitos de carga de trabalho mental, a qual considera os elementos afetivos e relacionais do trabalho. O trabalho

que permite a redução da descarga da carga psíquica é considerado um trabalho equilibrante, no entanto, se ele se opõe a essa redução, é denominado de trabalho fatigante (Dejours, 2015).

O trabalho é uma atividade que tem implicações subjetivas ao sujeito (Dejours, 2015, por vezes, este pode decorrer de uma exposição direta a circunstâncias nocivas à saúde, causando, por exemplo, risco de adoecimento ou até mesmo doenças relacionadas ao trabalho. Nesse contexto, entende-se que o trabalho ocupa uma posição de centralidade na vida dos indivíduos, uma vez que a atividade laboral é um espaço de construção do sujeito e de conquista da identidade dos homens (Dejours, 2015).

Assim, o trabalho pode ser considerado como um dos mais importantes papéis desempenhados pelo indivíduo, sendo fonte de bem-estar ou de problemas relacionados à saúde. Nessa perspectiva, o trabalho pode ser gerador de prazer ou de sofrimento, favorecendo a saúde ou a doença (Dejours, 2015). O trabalhador quando satisfeito com seu trabalho, vivencia sentimentos de prazer, o que pode repercutir positivamente nas suas atividades. Do contrário, quando insatisfeito, vivencia sentimentos de sofrimento, o que pode repercutir negativamente no cuidado em saúde (Dejours, 2015).

O trabalho possibilita o reconhecimento e as vivências de valorização quando o trabalhador desenvolve a suas capacidades, supera os desafios, obtém o provimento do sustento e constitui a sua identidade profissional por meio da atividade laboral. No entanto, quando o trabalho é realizado mediante a sobrecarga de atividades, impossibilidade de diálogo e negociação, cobrança excessiva por resultados e falta de reconhecimento, pode causar sofrimento e, conseqüentemente, comprometimento da saúde dos trabalhadores (Monteiro et al., 2015).

Assim, dependendo do contexto pessoal e profissional que os trabalhadores experenciam podem identificar, mais facilmente, o sofrimento ao invés do prazer. Sob esse viés, contribuem Dejours (2015) que é necessário tornar a organização do trabalho flexível, a fim de proporcionar ao trabalhador maior liberdade no trabalho, possibilitando identificar os fatores que desencadeiam prazer. Os mesmos autores compreendem que a origem do sofrimento está na relação do homem com a organização do trabalho, destacando que se deve levar em consideração que o trabalhador é constantemente influenciado interna e externamente (Dejours, 2015). O trabalhador chega ao local de trabalho com sua história, aspirações, desejos, motivações, necessidades psicológicas, ou seja, cada trabalhador possui características únicas e pessoais.

Como o trabalho é um cenário para a realização de si mesmo e para o fortalecimento desta singularidade, destaca-se a importância do reconhecimento do trabalho como um exercício para a mobilização dele. Nesse sentido, subentende-se que o trabalho nunca é neutro em relação à saúde e favorece, seja a doença ou a saúde, podendo também influenciar favoravelmente a realização e satisfação, inserindo o trabalhador em um mundo de reconhecimento e valorização social (Dejours, 2015). Em contraponto à desvalorização, entende-se para que o trabalho opere como fonte de saúde há necessidade de maior liberdade no trabalho, possibilitando identificar os fatores que desencadeiam prazer.

O sofrimento no trabalho pode provocar sintomas de insatisfação e de ansiedade (Dejours, 2015). A insatisfação é decorrente da relação do homem com o conteúdo significativo da tarefa, ou seja, do trabalho desinteressante que conduz o trabalhador a um sentimento de inutilidade; ou do conteúdo ergonômico do trabalho, resultante de uma relação desarmoniosa com a estrutura da personalidade do trabalhador (Dejours, 2015).

A ansiedade no trabalho pode ser relativa à degradação do funcionamento mental e do equilíbrio psicoafetivo quando relacionada a desestruturação das relações psicoafetivas com os colegas de trabalho, de agressividade com a hierarquia e a desorganização do funcionamento mental; relativa à degradação do organismo, referente ao risco sobre a saúde física decorrente das más condições de trabalho; e a gerada pela “disciplina da fome”, relacionada a exigência de sobreviver (Dejours, 2015).

Ainda, o sofrimento no trabalho acontece do encontro entre a trajetória singular do trabalhador e a organização do trabalho que prescreve um modo operatório específico, limitando a realização do projeto espontâneo do trabalhador (Dejours, 2015). Entende-se por organização do trabalho a divisão do trabalho, o conteúdo, a definição, a divisão e a distribuição das tarefas, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, o exercício de controle, as questões de responsabilidade, entre outras (Dejours, 2015). Além disso, ela também é compreendida pela separação entre o conteúdo da tarefa e as relações humanas de trabalho (Dejours, 2015).

Nessa perspectiva, emerge o trabalho prescrito como aquele que deve ser realizado pelos trabalhadores conforme as normas e definições, ou seja, a tarefa que deve ser cumprida sem considerar as variabilidades das situações de trabalho; e o trabalho real, aquele que é imprevisto, inesperado e que o trabalhador deve dar conta. Assim, a distância entre o prescrito ou o esperado pela organização e o que é realizado pelo trabalhador suscita a utilização de estratégias de enfrentamento a fim de atender às demandas da organização e manter a integridade física e psíquica do trabalhador (Dejours, 2015). Essas estratégias de enfrentamento Dejours (2015)

chamou de estratégias defensivas, as quais podem ser individuais ou coletivas, de acordo com a organização do trabalho, cuja função é aliviar o sofrimento, mas que podem acabar por ocultá-lo ou mascará-lo (Dejours, 2015). As defesas individuais são aquelas que persistem mesmo sem a presença física de outros; as estratégias coletivas são aquelas que dependem de condições externas (Dejours, 2015).

Entre as estratégias defensivas coletivas, destacam-se as “ideologias defensivas”, as quais buscam mascarar, conter e ocultar uma ansiedade grave, como a ideologia da vergonha que consiste em manter à distância o risco de afastamento do corpo ao trabalho e, por conseguinte, à miséria, à subalimentação e à morte; e a ideologia defensiva contra o medo, referente às atitudes de negação e de desprezo pelo perigo e risco. Nas estratégias defensivas individuais cita-se o alcoolismo; o individualismo; a evasão fantasmática, quando o trabalhador consegue conservar sua autonomia mental, fantasiando, como forma de descarga e alívio; a “contaminação” do tempo fora do ambiente de trabalho pelo ritmo, na qual se busca manter involuntariamente a repressão dos movimentos espontâneos e a conservação do tempo a cada gesto; e o “presenteísmo”, resultante da luta individual para manter um condicionamento produtivo adquirido (Dejours, 2015).

Ainda, a estratégia defensiva do silêncio, da cegueira e da surdez, na qual cada trabalhador se preocupa em fechar os olhos ou os ouvidos ao sofrimento e à injustiça infligidos a outros, negando o sofrimento alheio e calando o seu, bem como a estratégia da distorção comunicacional, na qual há uma informação falsificada (Dejours, 2015).

Nessa discussão, destaca-se que o prazer no trabalho está associado com o sofrimento (Dejours, 2015). Desse modo, o prazer permite considerar o trabalho como um edificador das identidades individuais e coletivas (Dejours, 2015). Para a Psicodinâmica do Trabalho o prazer emerge do confronto com a realidade do trabalho em associação com o sofrimento (Mantalvão, 2018).

Assim, destaca-se o reconhecimento no trabalho como uma forma de retribuição simbólica pelo engajamento da subjetividade e inteligência no trabalho (Martins et al., 2017). Dessa forma, compreende-se a importância dos problemas de saúde em virtude das situações de trabalho e sua articulação com o contexto e as relações de trabalho e suas implicações na saúde do trabalhador.

Diante da complexidade da organização do trabalho, busca-se entender a saúde do trabalhador no intuito de compreender o trabalho como um espaço de organização da vida social em que os trabalhadores são indivíduos que pensam e agem sobre o trabalho. Para tanto, a

Psicodinâmica do Trabalho proporciona desvendar a dinâmica das condições de trabalho e os possíveis agravos à saúde do trabalhador (Dejours, 2015).

Deste modo, busca-se cada vez mais apoiar-se na Psicodinâmica do Trabalho para o desenvolvimento deste estudo, pois a partir dos conhecimentos produzidos acerca desta temática, torna-se possível o planejamento de ações com vistas à promoção, proteção e prevenção de agravos a saúde dos profissionais das equipes de saúde da APS que atuaram na pandemia da Covid-19.

## **5 MÉTODO**

### **5.1 Abordagem e delineamento**

O presente estudo foi construído conforme as diretrizes do Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) (ANEXO A) (Malta et al., 2010), utilizada para descrever estudos observacionais. Nos estudos observacionais, os pesquisadores não interferem por controle na variável de estudo, enquanto a abordagem descritiva permite a documentação de um evento sem preocupação com as relações causais (Fronteira, 2013; Polit et al., 2011).

Os estudos de métodos mistos combinam abordagens quantitativas e qualitativas na mesma pesquisa, possibilitando uma análise do objeto de investigação, a partir de resultados que se complementam (Santos et al., 2017). Foi realizada a combinação do método quantitativo, que trata de probabilidades e associações estatísticas para se conhecer uma realidade (Hulley et al., 2015), com a abordagem qualitativa, que busca descrever e analisar uma realidade, representando de diferentes formas as experiências de um fenômeno (Minayo et al., 2014). Assim, na etapa quantitativa, foi realizado um estudo transversal e analítico e na etapa qualitativa, foi realizado um estudo descritivo.

A pesquisa de métodos mistos engloba quatro aspectos: distribuição de tempo na coleta de dados, atribuição de peso às abordagens adotadas, combinação dos dados e teorização (Creswell, 2010; Santos et al., 2017). Neste estudo, utilizou-se a estratégia de triangulação concomitante, sendo atribuído maior peso na coleta de dados quantitativos (QUAN-qual). Os dados foram combinados nas fases de coleta, análise dos dados e interpretação dos resultados, por meio da integração dos achados quantitativos e qualitativos a partir da produção de informações que se complementam para compreensão mais abrangente do fenômeno.

### **5.2 Local de pesquisa**

O estudo foi realizado no município de Santa Maria/RS, localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul, distante 293 km a noroeste da capital. Possui uma área de unidade territorial com 1.781,757km<sup>2</sup>, com aproximadamente 121 km<sup>2</sup> de área urbana e população de 233.181 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

É município-sede da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS), com 52 equipes de saúde, sendo 29 Equipes de Atenção Primária (EAP) e 23 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), correspondendo a uma cobertura populacional de 52% do território, sendo dividido em oito regiões administrativas: Leste, Centro Leste, Sul, Centro, Nordeste, Norte, Centro Oeste e Oeste (Prefeitura Municipal de Santa Maria, 2023).

### **5.3 População**

A população do estudo foram 295 profissionais de saúde da APS do município de Santa Maria/RS que atuaram na pandemia da Covid-19, entre médicos, equipe de enfermagem, equipe de odontologia e agentes comunitários de saúde (ACS). A escolha por estes profissionais de saúde deveu-se ao fato de ser fundamental focalizar na atenção à sua saúde, considerando-se a vulnerabilidade a que estavam expostos no trabalho na pandemia da Covid-19.

Para tanto, compuseram a amostra 224 (75,9%) profissionais de saúde da APS. A seleção dos sujeitos, incluiu os profissionais da APS de Santa Maria que atuaram no mínimo há seis meses no enfrentamento da pandemia da Covid-19, em consonância ao tempo mínimo previsto para avaliação com o Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA). Foram excluídos aqueles afastados do serviço por férias ou licença de qualquer natureza no período da coleta de dados.

A amostra da etapa quantitativa (n=224) foi constituída por todos os profissionais de saúde da APS do município de Santa Maria/RS que foram convidados via e-mail institucional, sendo incluídos os que responderam a um formulário eletrônico, aplicado presencialmente. Dentre esses respondentes, uma amostra (n=20) foi incluída na etapa qualitativa, selecionados por sorteio manual, proporcional as categorias profissionais, a partir de uma lista fornecida pela instituição e reavaliado pela saturação de dados, o qual se aplica quando não emerge novo elemento e as novas informações não modificam a compreensão do fenômeno estudado (Minayo, 2014).

### **5.4 Instrumentos para a obtenção dos dados**

Os instrumentos de coleta de dados foram compostos por um questionário de dados sociolaborais (ANEXO B), o ITRA (ANEXO C), o *Burnout Assessment Tool* (BAT) (ANEXO D) e a entrevista, os quais estão descritos a seguir.

#### **5.4.1 Questionário de dados sociodemográficos e laborais**

Foi utilizado um questionário construído pelo pesquisador para obtenção de informações relacionados aos dados sociolaborais dos profissionais da APS do município de Santa Maria/RS que atuam na pandemia da Covid-19. Este questionário incluiu os itens sexo; idade; cor da pele; escolaridade; situação conjugal; número de filhos; número médio de horas de sono em 24 horas; uso de bebida alcoólica; uso de medicação contínua; doenças; alimentação; prática de atividade física.

No que se refere aos dados laborais do trabalhador, o questionário incluiu a categoria profissional; cargo de coordenação ou supervisão; experiência na área da saúde; tempo de experiência na Unidade de Saúde e trabalho em outra instituição/serviço.

#### **5.4.2 Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA)**

O ITRA foi elaborado e validado por Mendes e Ferreira em 2003 e, após adaptações, foi novamente validado por Mendes et al. em 2005, tendo sua terceira versão em 2007, a qual foi utilizada para este estudo. Trata-se de uma escala psicométrica do tipo Likert, composta por quatro escalas interdependentes que tem por objetivo 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 (Mendes, 2007).

As quatro escalas do ITRA são Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), Escala de Custo Humano do Trabalho (ECHT), Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) e a Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT). Essas escalas consistem em um instrumento auxiliar no diagnóstico de indicadores críticos no trabalho, capazes de abordar de forma integrada a saúde dos trabalhadores, mas apesar de captar essas representações, essas perspectivas são generalizadas e não contemplam algumas particularidades (Mendes et al., 2007). Todavia, mesmo com as limitações impostas pelo instrumento, acredita-se na sua potencialidade quanto ao diagnóstico situacional do contexto laboral, destacando-se a vivência das equipes de saúde da APS na pandemia da Covid-19.

A Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), descreve o contexto de trabalho por meio de representações relativas aos três domínios construídos com itens negativos: organização do trabalho (onze itens), condições de trabalho (dez itens) e relações socioprofissionais (dez itens). Trata-se de uma escala de cinco pontos, onde 1= nunca, 2=raramente, 3= as vezes, 4= frequentemente, 5=sempre. Dessa forma, no que se refere ao

contexto de trabalho, considera-se os riscos de adoecimento como (1) acima de 3,7= avaliação negativa, grave, (2) entre 2,3 e 2,69= avaliação moderada, crítico; (3) abaixo de 2,29= avaliação positiva, satisfatório (Mendes et al., 2007).

A Escala de Custo Humano do Trabalho (ECHT), apresenta questões sobre as exigências do trabalho relativas ao custo humano através de três domínios: custo físico (dez itens), cognitivo (dez itens) e afetivo (doze itens). Também é uma escala de cinco pontos, em que 1=nunca, 2= pouco exigido, 3= mais ou menos exigido, 4= bastante exigido, 5= totalmente exigido. A classificação consiste em avaliação mais positiva, satisfatória (inferior de 2,29 pontos), avaliação mais moderada, crítico (entre 2,3 e 3,69) e avaliação mais negativa, grave (superior à 3,7) (Mendes et al., 2007).

A Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), investiga o sentido do trabalho por meio das vivências de prazer e sofrimento nos últimos seis meses. É composta por quatro domínios, sendo que dois avaliam as vivências de prazer no trabalho e dois as vivências de sofrimento. Os fatores relacionados ao prazer são realização profissional (nove itens) e liberdade de expressão (oito itens); e os fatores que avaliam sofrimento no trabalho são esgotamento profissional (sete itens) e falta de reconhecimento (oito itens).

Trata-se de uma escala de sete pontos, que avalia a ocorrência das vivências dos indicadores de prazer-sofrimento nos últimos seis meses de trabalho, em que 0= nenhuma vez, 1= uma vez, 3= três vezes, 4= quatro vezes, 5= cinco vezes e 6= seis ou mais vezes. Para os fatores de prazer, considerando-se o fato de os itens serem positivos a especificação, a qualificação e a frequência com que é experimentada a vivência, foram classificados quanto aos riscos de adoecimento no trabalho em três níveis diferentes, com desvios padrão individuais, da seguinte forma (1) acima de 4 = avaliação mais positiva, satisfatório, (2) entre 3,9 e 2,1 = avaliação moderada, crítico; (3) abaixo de 2,0 = avaliação para raramente, grave.

Para os fatores de sofrimento, que possui 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, crítico; (3) abaixo de 2,0 = avaliação menos negativa, satisfatório (Mendes et al., 2007).

A Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT), são representações relativas aos danos e efeitos do ambiente de trabalho através de três domínios: danos físicos (doze itens), danos psicológicos (dez itens) e danos sociais (sete itens). É uma escala de sete pontos que tem por objetivo avaliar os danos provocados pelo trabalho nos últimos três meses. Assim, 0= nenhuma vez, 1= uma vez, 3= três vezes, 4= quatro vezes, 5= cinco vezes e 6= seis ou mais vezes. Os resultados foram classificados em quatro níveis (1)

acima de 4,1= avaliação negativa, presença de doenças ocupacionais; (2) entre 3,1 e 4= avaliação moderada para frequente, grave; (3) entre 2,0 e 3,0= avaliação moderada, grave; (4) abaixo de 1,9= avaliação positiva, suportável (Mendes et al., 2007).

#### **5.4.3 Burnout Assessment Tool (BAT)**

O BAT versão para o trabalho avalia a Síndrome de Burnout procurando identificar aspectos que desencadeiam esta síndrome em associação com as relações e condições de trabalho. Trata-se de uma escala do tipo Likert, com 23 questões relacionadas aos sintomas primários, sendo que oito avaliam a exaustão, cinco o distanciamento mental, cinco a incapacidade cognitiva e cinco a capacidade emocional (Schaufeli et al., 2019). Também é uma escala de cinco pontos, em que 1= nunca, 2= raramente, 3= algumas vezes, 4= com frequência, 5= sempre. Ainda, essas quatro dimensões principais, existem três dimensões secundárias compostas pela ocorrência de queixas psicossomáticas, humor depressivo e, ainda, os sintomas de *distress* psicológico (Schaufeli et al., 2019).

#### **5.4.4 Entrevistas**

As entrevistas foram guiadas por nove perguntas (APÊNDICE A) 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. Tais perguntas explicam o que foi abordado pelo pesquisador em campo e foram construídas a partir de pressupostos decorrentes da definição do objeto de pesquisa (Minayo, 2014). A entrevista também teve a finalidade de aprofundar e complementar questões contempladas no questionário de dados sociolaborais, no ITRA e no BAT.

### **5.5 Coleta dos dados**

Os dados foram coletados no período de setembro de 2021 a fevereiro de 2022.

#### **5.5.1 Coleta quantitativa**

Cada um dos três instrumentos selecionados foi preenchido manualmente pelos profissionais da APS do município de Santa Maria/RS, de forma presencial com auxílio de dois

estudantes de enfermagem previamente treinados, com uso de um *tablet* fornecido pelo pesquisador para acesso aos instrumentos utilizados para a coleta de informações via formulário eletrônico (*Google Forms*).

### **5.5.2 Coleta qualitativa**

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador conforme roteiro contendo perguntas abertas, mediante consentimento, de modo presencial em horário e no local de trabalho dos participantes, conforme combinado previamente com os participantes. Os locais garantiram segurança, conforto e privacidade para o pesquisador e participantes. Foi solicitada aos participantes, a autorização para gravação da entrevista, tendo em vista a necessidade da reprodução fiel das conversas na forma de texto. Após, as entrevistas foram transcritas na sua totalidade para que pudessem ser analisadas. O participante pôde recusar-se a responder qualquer pergunta e estimou-se o tempo mínimo de 30 minutos e máximo de uma hora para a realização da entrevista, as quais foram realizadas concomitantemente a aplicação dos instrumentos quantitativos, conforme preferência e disponibilidade do participante, sem haver prejuízos para a dinâmica do seu trabalho.

## **5.6 Análise dos dados**

### **5.6.1 Análise quantitativa**

Os dados quantitativos foram codificados e transpostos para o software Microsoft Windows Excel e a análise se deu com o apoio do 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. Se realizou o teste de normalidade de Shapiro-Wilk para verificar a distribuição das variáveis; o teste Qui-quadrado para associação entre as variáveis categóricas e Mann-Witney para variáveis contínuas assimétricas. Foi realizada correlações bivariadas de Pearson para as variáveis simétricas e correlações de Spearman para as variáveis assimétricas, bem como a Regressão de Poisson para analisar as forças de associação, considerando para inclusão no modelo resultados com  $p < 0,10$ . Foram considerados significativos valores de  $p$  bicaudal menor que 0,05. Foi aplicado o Coeficiente Alfa de Cronbach a fim de verificar a confiabilidade dos instrumentos. Para essa confiabilidade,

os valores superiores a 0,70 são considerados aceitáveis (Field, 2009), enquanto os valores superiores a 0,80 são considerados excelentes (Medronho, 2009).

### **5.6.2 Análise qualitativa**

A análise das transcrições resultantes das entrevistas ocorreu por meio da análise de conteúdo temática, a qual é constituída pelas etapas de pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Minayo, 2014).

Na pré-análise ocorreu o contato direto e intenso com o material, por meio da leitura fluante das transcrições. Na etapa de exploração do material foram encontradas as palavras ou expressões significativas das falas. Já na etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação foram realizadas interpretações e análises pertinentes em consonância com o referencial teórico (Minayo, 2014). Para preservar o anonimato cada profissional da APS do município de Santa Maria/RS foi identificado de acordo com uma sigla referente a sua categoria profissional, sendo MED para médicos, ENF para enfermeiros, TEC ENF para técnico/auxiliar de enfermagem e ACS para agentes comunitários de saúde, seguidos de uma ordenação numérica que representa a sequência das entrevistas.

### **5.6.3 Análise de métodos mistos**

Após a análise estatística dos dados numéricos e a categorização das entrevistas, os achados foram confrontados e articulados e a sua convergência originou as categorias de análise mista. Para tanto, se buscou a identificação das convergências, as diferenças e as combinações, a fim de responder ao objetivo do estudo por meio da integração das informações para compreensão mais abrangente do objeto de investigação (Creswell, 2010).

## **5.7 Aspectos éticos**

Inicialmente, para que fosse possível a execução desse estudo, foi encaminhada ao Núcleo de Educação Permanente (NEPES) do município de Santa Maria/RS uma solicitação de autorização para a realização do mesmo (APÊNDICE B). Após aprovação do NEPES (ANEXO E), o estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da UFRGS e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS.

Este pesquisador assumiu o compromisso de cumprir integralmente os princípios da Resoluções CNS 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre a pesquisa com seres humanos e as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais apresentadas na Resolução 510/16, sobre a utilização de dados obtidos diretamente com os participantes (Brasil, 2012; Brasil, 2016). Também, foi mantido o anonimato dos participantes do estudo e sigilo dos dados obtidos, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Os dados utilizados para confecção desse estudo ficarão armazenados por cinco anos (Brasil, 2018).

Apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) e o Termo de Confidencialidade (APÊNDICE D) aos participantes do estudo, esclarecendo os objetivos, a metodologia e informando sobre o anonimato e o caráter confidencial das suas informações, ao mesmo tempo em que foi validada sua participação voluntária na pesquisa. Salienta-se que o TCLE foi enviado junto com o formulário online, sendo que o pesquisador irá guardá-lo por um período de cinco anos e, após esse prazo esses documentos serão destruídos.

O estudo não ofereceu riscos potenciais ou reais à saúde dos pesquisados. Sobre os benefícios, estima-se que os resultados do estudo trouxeram informações e dados que sustentam uma reflexão acerca do contexto de trabalho das equipes de saúde da APS e suas implicações sobre o risco de adoecimento e o burnout na pandemia da Covid-19. Ainda, os benefícios desta pesquisa são indiretos, destacando-se o conhecimento gerado pelos dados, que fornecerão subsídios sobre a situação de saúde, trabalho e qualidade de vida dos profissionais das equipes de saúde da APS. O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa sob registro CAAE 47666121.0.0000.5347 e parecer número 4.848.979 de 15 de julho de 2021 (ANEXO F).

## REFERÊNCIAS

- BAKKER, A. B.; COSTA, P. L. Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. **Burnout Research**, v. 1, n. 3, p. 112-119, 2014.
- BARRETO, A. S. et al. Síndrome de Burnout: Sistemática de um problema. **Enfermagem Revista**, v. 16, n. 3, p. 276-296, 2012.
- MS – Ministério da Saúde. **O que é COVID-19: Como é transmitido**. Brasília: MS, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>. Acesso em: 28 dez. 2023
- BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Presidência da República. Brasília-DF, 2018. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm). Acesso em: 28 dez. 2023.
- BRASIL. **Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde**, dispõe sobre pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União. Brasília-DF, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2023.
- BRASIL. **Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde**, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União. Brasília-DF, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2023.
- BRASIL. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília-DF, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 28 dez. 2023.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010. 296p.
- DEJOURS, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 6ª ed. São Paulo: Cortez – Oboré; 2015.
- DESART, S.; WITTE H DE. Burnout 2.0 - **A New Look at the Conceptualization of Burnout**. 11. ed. Pelckmans:Pro, 2019. 152 p.
- DORNELES, A. J. A. *et al.* Sociodemographic and occupational aspects associated with burnout in military nursing workers. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 2, p. 1-7, 2020.
- DUBALE, B. W. *et al.* Systematic review of burnout among healthcare providers in sub-Saharan Africa. **Bmc Public Health**, v. 19, n. 1, p. 2-20, 2019.

DUTRA, H. S. *et al.* Burnout entre profissionais de enfermagem em hospitais no Brasil. **Revista Cuidarte**, v. 10, n. 1, p. 1-13, 2019.

FACHINNI, L. A. COVID-19: Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia? **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 3-10, 2020.

FERNANDES, M. N. S. *et al.* Implications of the COVID-19 pandemic on Primary Health Care: an integrative review. **Rev Eletr Enferm**, v. 24, e70085, 2022.

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

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANÇA, T. L. B. *et al.* Síndrome de Burnout: características, diagnóstico, fatores de risco e prevenção. **Rev Enferm UFPE on-line**, v. 8, n. 10, p. 39-46, 2014.

FRONTEIRA, I. Estudos Observacionais na Era da Medicina Baseada na Evidência: Breve Revisão Sobre a Sua Relevância, Taxonomia e Desenhos. **Acta Med Port**, v. 26, n. 2, p.161-170, 2013.

GALLASCH, C.H. *et al.* Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19. **Rev enferm UERJ**, v. 28. p. e49596, 2020.

GLANZNER, C.H.; *et al.* Avaliação de indicadores e vivências de prazer/sofrimento em equipes de saúde da família com o referencial da Psicodinâmica do Trabalho. **Rev Gaucha Enferm**, v. 38, n. 10, p. 1-9, 2017.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HYEDA, A. *et al.* Avaliação da produtividade na síndrome de Burnout. **Rev Bras Med Trab**, v. 9, n. 2, p. 78-84, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 28 dez. 2023.

JAARSMA, T. *et al.* Flexibility and Safety in Times of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Implications for Nurses and Allied Professionals in Cardiology. **Eur J Cardiovasc Nurs**, v.19, n. 6, p. 462-464, 2020.

JHUM – Johns Hopkins University Medicine. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Hopkins University-JHP, 2023. Available from: [https://ccp.jhu.edu/kap-covid/?gad\\_source=1&gclid=Cj0KCQiA1rSsBhDHARIsANB4EJZW8-mQ3eHuoIBx5Qfij8np4BTEWdZZTrkE6yg93HtJALDtML4keY4aAhhrEALw\\_wcB](https://ccp.jhu.edu/kap-covid/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQiA1rSsBhDHARIsANB4EJZW8-mQ3eHuoIBx5Qfij8np4BTEWdZZTrkE6yg93HtJALDtML4keY4aAhhrEALw_wcB). Cited em 28 dez. 2023.

- LIMA, S. C. C. Reconhecimento no trabalho. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2015. p. 351-355.
- LOPES, E. P. F. P. *et al.* Síndrome De Burnout. **Rev Bras Med Trab**, v. 14, n. 2, p. 171-176, 2016.
- MACIEL, R. H. M. O. *et al.* Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. **Rev Bras Saúde Ocup**, v. 40, n. 131, p. 75-87, 2015.
- MALTA, M. *et al.* Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Cad. Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 559-565, 2010.
- MAISSIAT, G.S. *et al.* Work context, job satisfaction and suffering in primary health care. **Rev Gaucha Enferm**, v. 36, p. 42-49, 2015.
- MARTINS, M. *et al.* A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de informática de terceirizados de uma instituição pública. **Rev Bra Med Trab**, v. 15, n. 3, p. 244-251, 2017.
- MASSON, N. *et al.* Acolhimento e vínculo: tecnologia relacionais na produção da saúde. **Rev Bras Pasq Saúde**, v. 17, n. 2, p. 10-103, 2015.
- MEDEIROS, P. *et al.* Condições de saúde entre Profissionais da Atenção Básica em Saúde do Município de Santa Maria – RS. **R Bras Ci Saúde**, v. 20, n. 2, p. 22-115, 2016.
- MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**: caderno de exercícios. In: **Epidemiologia**: caderno de exercícios. 2009.
- MELLO, Ilma A.P. *et al.* Adoecimento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em município da região Centro-Oeste do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. e0024390, 2020.
- MENDES, A. M. **Psicodinâmica do Trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- MENDES, A.M. *et al.* Inventário sobre o trabalho e riscos de adoecimento – ITRA: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: Mendes AM, organizador. **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p. 111-26.
- MINAYO, M. C. S. *et al.* **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, 244p.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.
- MONTALVÃO, L. A. *et al.* Marxismo e Psicodinâmica do Trabalho: aproximações possíveis. **Trab (En) Cena**, v. 3, n. 2, p. 65-79, 2018.

MONTEIRO, J. K. *et al.* **Trabalho e prazer: teorias, pesquisas e práticas.** Curitiba: Juruá; 2015, 264p.

MOURA, E.L. *et al.* Evidências sobre acolhimento e vínculo de enfermeiros da estratégia de saúde da família junto aos adolescentes. **Rev Saude em Foco**, v. 2, n. 2, p. 62-79, 2015.

NASCIMENTO, D. D. G. **O cotidiano de trabalho no NASF: percepções de sofrimento e prazer na perspectiva da Psicodinâmica do trabalho.** 2015. 239f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem da Universidade de Ribeirão Preto, São Paulo, 2015. Disponível em: < [https://www.teses.usp.br/teses/55ugestões55s/83/83131/tde-19062015-141247/publico/Debora\\_Dupas\\_Goncalves\\_do\\_Nascimento\\_versao\\_final\\_corrigida.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/55ugestões55s/83/83131/tde-19062015-141247/publico/Debora_Dupas_Goncalves_do_Nascimento_versao_final_corrigida.pdf)> . Acesso em: 12 dez. 2023.

NEDEL, F.B. Enfrentando a COVID-19: APS forte agora mais que nunca! **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 11-16, 2020.

OLIVEIRA, R.G. *et al.* Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 4, p. 38-433, 2013.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais.** OMS; tradução do Serviço Social da Indústria. Brasília-DF, 2010. 26 p.: il. Disponível em: [https://www.anamt.org.br/site/upload\\_arquivos/55ugestões\\_de\\_leitura\\_17122013112017055475.pdf](https://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/55ugestões_de_leitura_17122013112017055475.pdf). Acesso em: 28 dez. 2023.

PFEFFERBAUM, B. *et al.* Mental Health and the Covid-19 Pandemic. **N Engl J Med**, v.12, n. 5, p. 1-3, 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Artmed-Editora, 2011.

PMSM – PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. Agência de desenvolvimento de Santa Maria. Santa Maria-RS, 2023. Disponível em: <http://santamariaemdados.com.br/>. Acesso em: 28 dez. 2023.

RAFAEL, R. M. R. *et al.* Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19: o que esperar no Brasil? **Ver enferm UERJ**, v.28, p. e49570, 2020.

RODRIGUES, P. F. *et al.* **Formação de vínculo na consulta de enfermagem à criança menor de dois anos.** 4º Congresso Ibero-Americano em investigação qualitativa, v. 1, 2015.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Integrating quantitative and qualitative data in mixed methods research. **Texto contexto enferm**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. e1590016, 2017.

SOUSA, D. F. *et al.* Da Psicodinâmica à Psicopatologia do Trabalho no Brasil: (in) definições e possibilidades. **Psicol Estud**, v. 27, e48172, 2022.

SCHAUFELI, W. B. *et al.* **Manual Burnout Assessment Tool (BAT).** Publisher: KU Leuven, Belgium, 2019.

SPADACIO, C. *et al.* Nos entremeios: o biológico e o social no Brasil no contexto da COVID-19 e o papel da Atenção Primária à Saúde. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p.61-65, 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=14609](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609). Acesso em: 28 dez. 2023.

TORRES, A. R. *et al.* Qualidade de vida e saúde física e mental de médicos: uma autoavaliação por egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. **Ver bras epidemiol**, v. 9, n. 6, p. 264-275, 2011.

VITÓRIA, A.M. *et al.* Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI. In: **Frente Estamira de CAPS.** Disponível em: <https://frenteestamira.org/2020/04/02/so-com-aps-forte-o-sistema-pode-ser-capaz-de-achatar-a-curva-de-crescimento-da-pandemia-e-garantir-suficiencia-de-leitos-uti/>. Acesso em: 28 dez. 2023.

XIANG, Y. T. *et al.* Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 3, p. 228-229, 2020.

XIAO, X. *et al.* Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 pneumonia epidemic: a multi-center cross-sectional survey investigation. **Journal of Affective Disorders**, v. 2, n. 74, p. 405–410, 2020.

## **APÊNDICE A - Roteiro para Entrevista**

- 1 - Conte-me sobre o seu trabalho na APS durante a pandemia da Covid-19.
  
- 2 - Você sentiu impactos da pandemia da Covid-19 sobre o seu cotidiano laboral? Fale sobre o assunto considerando as condições e a organização do trabalho e relações socioprofissionais.
  
- 3 - Na sua opinião, a pandemia da Covid-199 modificou os riscos para o adoecimento relacionado ao trabalho na APS? Fale sobre o assunto.
  
- 4 - Como você descreve o prazer e o sofrimento no trabalho em APS considerando os impactos da pandemia da Covid-19?
  
- 5 - Você sentiu impactos da pandemia da Covid-19 sobre a sua saúde psíquica? Justifique sua resposta.
  
- 6 - Você se percebe, ou percebe os colegas, sob exaustão emocional relacionada ao trabalho? Esta condição pode estar relacionada à pandemia da Covid-19?
  
- 7 - Como você percebe a sua forma de tratar as pessoas no trabalho (colegas e usuários)? A pandemia da Covid-19 trouxe alguma interferência nisso?
  
- 8 - Como você descreve a sua realização profissional? A pandemia da Covid-19 impactou nesta questão?
  
- 9 - Há aspectos do seu cotidiano de trabalho e das suas relações laborais que poderiam estar protegendo a sua saúde psíquica neste momento de pandemia da Covid-19?

**APÊNDICE B - Carta ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde do município de  
Santa Maria/RS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PESQUISA: CONTEXTO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19 E SUAS  
IMPLICAÇÕES SOBRE OS RISCOS DE ADOECIMENTO E O BURNOUT**

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

**Pesquisador Responsável:** Profa. Dra. Daiane Dal Pai

Aos

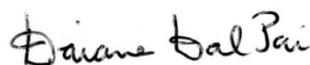
Ilustríssimos membros

Encaminho a V.S.<sup>a</sup>

O projeto de pesquisa para análise e apreciação deste Núcleo de Educação Permanente em Saúde, intitulado “**CONTEXTO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19 E SUAS IMPLICAÇÕES SOBRE OS RISCOS DE ADOECIMENTO E O BURNOUT**”, que pretende analisar contexto de trabalho das equipes de saúde da atenção primária à saúde na pandemia da Covid-19 e suas implicações sobre os riscos de adoecimento e o burnout. Ressalto que o desenvolvimento do estudo será regido pelo compromisso ético dos autores, contido nas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Aguardo o parecer e coloco-me a disposição.

Atenciosamente,



Profa. Dra. Daiane Dal Pai

### **APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

**Pesquisa: Contexto de trabalho das equipes de saúde da atenção primária à saúde na pandemia da COVID-19 e suas implicações sobre os riscos de adoecimento e o burnout.**

**Pesquisadora Responsável (orientadora):** Profa. Dra. Daiane Dal Pai. Tel: (51) 984124620  
E-mail: daiane.dalpai@gmail.com

**Pesquisador Assistente:** Marcelo Nunes da Silva Fernandes. Tel.: (55) 999515500  
E-mail: marcelonsf@gmail.com

Prezado (a) estamos desenvolvendo a presente pesquisa intitulada “**CONTEXTO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19 E SUAS IMPLICAÇÕES SOBRE OS RISCOS DE ADOECIMENTO E O BURNOUT**”, que pretende analisar o contexto de trabalho das equipes de saúde da atenção primária à saúde na pandemia da Covid-19 e suas implicações sobre os riscos de adoecimento e o burnout. Para tanto gostaríamos de convidá-lo (a) a participar, respondendo a um questionário de dados sociolaborais; Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA) e o Burnout Assessment Tool (BAT). Depois de responder a esses questionários você poderá ser convidado a responder a uma entrevista semiestruturada, caso seja sorteado manualmente, a partir de uma lista que conterà o nome de todos os trabalhadores, independente da categoria profissional. A coleta de dados será realizada em local e horário indicados pelo participante, de acordo com a sua disponibilidade e terá uma duração mínima estimada de trinta minutos e máxima de uma hora, sendo coletados pelo doutorando Marcelo Nunes da Silva Fernandes e/ou assistentes de pesquisa, sob orientação da Profa. Dra. Daiane Dal Pai.

A sua participação não gera custo e possui riscos mínimos, pois durante o preenchimento do questionário poderão surgir sentimentos desconfortáveis pela lembrança de situação negativa, mas com o benefício do espaço para escuta, a fim de que os resultados da pesquisa permitam identificar e mensurar a saúde psíquica, possibilitando avanços quanto a sua prevenção e à promoção da saúde no ambiente de trabalho. Possíveis constrangimentos poderão ser minimizados pela explicitação dos objetivos e benefícios do estudo e pela garantia de anonimato. A qualquer momento você poderá retirar seu consentimento, retirando-se assim da pesquisa sem prejuízos de qualquer ordem.

Dúvidas poderão ser esclarecidas a quaisquer momentos, inclusive após o preenchimento dos questionários, junto aos pesquisadores ou aos Comitês de Ética em Pesquisa\*. Os dados serão utilizados para produções científicas, garantindo o anonimato dos participantes. Os preceitos éticos e legais serão respeitados durante todo o processo da pesquisa.

Pelo presente consentimento informado, elaborado em duas vias ficando uma comigo (participante da pesquisa) e outra com o pesquisador, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara, detalhada e livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, riscos e benefícios da presente pesquisa. A assinatura deste Termo não exclui a sua possibilidade de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes de participação na pesquisa, como preconiza a Resolução 466/12. Este projeto foi avaliado pelo CEP-UFRGS, órgão colegiado, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, cuja finalidade é avaliar, emitir parecer e acompanhar os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, em seus aspectos éticos e metodológicos, realizados no âmbito da instituição.

Eu, \_\_\_\_\_,  
aceito participar da pesquisa.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

*Marcelo Fernandes*

Ddo. Marcelo Nunes da Silva Fernandes

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

*Daiane Dal Pai*

Profa. Dra. Daiane Dal Pai

\*Contatos Comitê de Ética em Pesquisa:

UFRGS – Telefone: (51) 33083738, Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 Prédio Anexo 1 da Reitoria – Campus Centro

**APÊNDICE D - Termo de Confidencialidade****TÍTULO DO PROJETO: CONTEXTO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19 E SUAS IMPLICAÇÕES SOBRE OS RISCOS DE ADOECIMENTO E O BURNOUT****Pesquisador orientando:** Marcelo Nunes da Silva Fernandes**Pesquisador responsável (Orientadora):** Profa. Daiane Dal Pai**Telefone para contato:** (51) 984124620**Local da coleta de dados:** Atenção Primária à Saúde do município de Santa Maria/RS

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos pesquisados cujos dados serão coletados por meio de questionário de dados sociolaborais, Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA), Burnout Assessment Tool (BAT) e entrevistas semiestruturadas a ser realizada com as equipes de saúde da APS no município de Santa Maria que atuam na pandemia da Covid-19. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão guardadas por um período de cinco anos pela pesquisadora responsável na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS em ...../...../....., com o número do CAAE .....

Porto Alegre, .....de.....de 2021.



Profa. Dra. Daiane Dal Pai



Marcelo Nunes da Silva Fernandes

## ANEXO A - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)

**Tabela.** Itens essenciais que devem ser descritos em estudos observacionais, segundo a declaração Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). 2007.

Item	Nº	Recomendação
Título e Resumo	1	Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado  Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado
<b>Introdução</b>		
Contexto/Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa.
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes.
<b>Métodos</b>		
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.
Contexto ( <i>setting</i> )	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento ( <i>follow-up</i> ) e coleta de dados.
Participantes	6	Estudos de Coorte: Apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Descreva os métodos de acompanhamento. Estudos de Caso-Controlle: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério-diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreva a justificativa para a eleição dos casos e controles Estudo Seccional: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes. Estudos de Coorte: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos. Estudos de Caso-Controlle: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso.
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.
Fontes de dados/ Mensuração	8 <sup>a</sup>	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação.
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vies.
Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho amostral.
Variáveis quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porque.
Métodos estatísticos	12	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de confundimento. Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações. Explique como foram tratados os dados faltantes ("missing data") Estudos de Coorte: Se aplicável, explique como as perdas de acompanhamento foram tratadas. Estudos de Caso-Controlle: Se aplicável, explique como o pareamento dos casos e controles foi tratado. Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem. Descreva qualquer análise de sensibilidade.
<b>Resultados</b>		
Participantes	13 <sup>a</sup>	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados) Descreva as razões para as perdas em cada etapa. Avalie a pertinência de apresentar um diagrama de fluxo
Dados descritivos	14 <sup>a</sup>	Descreva as características dos participantes (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial. Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse. Estudos de Coorte: Apresente o período de acompanhamento (ex: média e tempo total)

Tabela continuação

Item	Nº	Recomendação
Desfecho	15 <sup>a</sup>	Estudos de Coorte: Descreva o número de eventos-desfecho ou as medidas-resumo ao longo do tempo Estudos de Caso-Controlle: Descreva o número de indivíduos em cada categoria de exposição ou apresente medidas-resumo de exposição. Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo.
Resultados principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos. Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados. Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante.
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade.
Discussão		
Resultados principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo.
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de viéses em potencial.
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.
Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.
Outras Informações		
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.

<sup>a</sup> Descreva essas informações separadamente para casos e controles em Estudos de Caso-Controlle e para grupos de expostos e não expostos, em Estudos de Coorte ou Estudos Seccionais.

Nota: Documentos mais detalhados discutem de forma mais aprofundada cada item do *checklist*, além de apresentarem o referencial teórico no qual essa lista se baseia e exemplos de descrições adequadas de cada item (Vandenbroucke et al.<sup>24,25</sup> A *checklist* do STROBE é mais adequadamente utilizada em conjunto com esses artigos (disponíveis gratuitamente no site das revistas PLoS Medicine [www.plosmedicine.org], Annals of Internal Medicine [www.annals.org] e Epidemiology [www.epidem.com]). No website da iniciativa STROBE (www.strobe-statement.org) estão disponíveis versões separadas de *checklist* para Estudos de Coorte, Caso-Controlle ou Seccionais. Reproduzida de von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Declaração STROBE: Diretrizes para a comunicação de estudos observacionais[material suplementar na internet]. Malta M, Cardoso LO, tradutores. In: Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):559-65.

**ANEXO B - Questionário de dados sociodemográficos e laborais****DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICAS E LABORAIS****A. INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DO TRABALHADOR**

A.1 Sexo:

(1) Feminino

(2) Masculino

A.2 Idade (anos): \_\_\_\_\_

A.3 Cor da Pele:

(1) Negra

(2) Parda

(3) Branca

(4) Outra

A.4 Escolaridade (em anos de estudo completos e aprovados): \_\_\_\_\_ anos

A.5 Situação conjugal:

(1) Sem companheiro (a), solteiro (a), viúvo (a)

(2) Com companheiro (a), casado (a)

A.6 Número de filhos (responda 0 se nenhum): \_\_\_\_\_

A.7 N° médio de horas de sono em 24 horas: \_\_\_\_\_

A.8 Quantos dias da semana você faz uso de bebida alcoólica?

(0)----(1)----(2)----(3)----(4)----(5)----(6)----(7)

A.9 Você faz uso de medicamento(s) de forma contínua?

(0) Não

(1) Sim

A.10 Você convive com alguma doença (HAS, DM, Asma, Depressão, etc)?

(0) Não

(1) Sim

A.11 Como você avalia a sua alimentação?

(0)----(1)----(2)----(3)----(4)----(5)-

A.12 Quantos dias na semana você pratica atividade física?

(0)----(1)----(2)----(3)----(4)----(5)----(6)----(7)

**B. INFORMAÇÕES LABORAIS DO TRABALHADOR**

B.1 Categoria profissional:

- (1) Médico
- (2) Enfermeiro
- (3) Odontólogo
- (4) Técnico/Auxiliar de enfermagem/ Agentes/Auxiliares de assistência
- (5) ACS
- (6) Auxiliares/Atendentes de consultório dentário

B.2 Você possui algum cargo de coordenação ou supervisão?

- (0) Não
- (1) Sim

B.3 Tempo (em anos) de experiência na área da saúde: \_\_\_\_\_

B.4 Tempo (em anos) de experiência nesta Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

B.5 Carga horária (em horas) de trabalho semanal: \_\_\_\_\_

B.6 Trabalha em outra instituição/serviço?

- (0) Não
- (1) Sim

**ANEXO C – Inventário de trabalho e riscos de adoecimento - ITRA**

**Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho – EACT**

<p align="center"><b>Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz do seu contexto de trabalho:</b></p>					
1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre	
O ritmo de trabalho é excessivo	0	1	2	3	4 5
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos	0	1	2	3	4 5
Existe forte cobrança por resultados	0	1	2	3	4 5
As normas para execução das tarefas são rígidas	0	1	2	3	4 5
Existe fiscalização do desempenho	0	1	2	3	4 5
O número de pessoas é insuficiente para a realizar as tarefas	0	1	2	3	4 5
Os resultados esperados estão fora da realidade	0	1	2	3	4 5
Existe divisão entre quem planeja e quem executa	0	1	2	3	4 5
As tarefas são repetitivas	0	1	2	3	4 5
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	0	1	2	3	4 5
As tarefas executadas sofrem descontinuidade	0	1	2	3	4 5
As tarefas não estão claramente definidas	0	1	2	3	4 5
A autonomia é inexistente	0	1	2	3	4 5
A distribuição das tarefa é injusta	0	1	2	3	4 5
Os funcionários são excluídos das decisões	0	1	2	3	4 5
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	0	1	2	3	4 5
Existem disputas profissionais no local de trabalho	0	1	2	3	4 5
Falta integração no ambiente de trabalho	0	1	2	3	4 5
A comunicação entre funcionários é insatisfatória	0	1	2	3	4 5
Falta apoio das chefias para meu desenvolvimento profissional	0	1	2	3	4 5
As informações que preciso para para executar minha tarefa são de difícil acesso	0	1	2	3	4 5
As condições de trabalho são precárias	0	1	2	3	4 5
O ambiente físico é desconfortável	0	1	2	3	4 5
Existe muito barulho no ambiente de trabalho	0	1	2	3	4 5
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	0	1	2	3	4 5
Os instrumentos de trabalho são insuficiente para realizar as tarefas	0	1	2	3	4 5
O posto/estação de trabalho é inadequado para realização das tarefas	0	1	2	3	4 5
Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários	0	1	2	3	4 5
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	0	1	2	3	4 5
As condições de trabalho oferecem risco à segurança das pessoas	0	1	2	3	4 5
O material de consumo é insuficiente	0	1	2	3	4 5

### Escala de Custo Humano do Trabalho – ECHT

Agora escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz das exigências decorrentes do seu contexto de trabalho:					
1 nada exigido	2 pouco exigido	mais ou menos exigido	4 bastante exigido	5 totalmente exigido	
Ter controle da emoções	0	1	2	3	4 5
Ter que lidar com ordens contraditórias	0	1	2	3	4 5
Ter custos emocional	0	1	2	3	4 5
Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros	0	1	2	3	4 5
Disfarçar os sentimentos	0	1	2	3	4 5
Ser obrigado a elogiar as pessoas	0	1	2	3	4 5
Ser obrigado a ter bom humor	0	1	2	3	4 5
Ser obrigado a cuidar da aparência física	0	1	2	3	4 5
Ser bonzinho com os outros	0	1	2	3	4 5
Transgredir valores éticos	0	1	2	3	4 5
Ser submetido a constrangimentos	0	1	2	3	4 5
Ser obrigado a sorrir	0	1	2	3	4 5
Desenvolver macetes	0	1	2	3	4 5
Ter que resolver problemas	0	1	2	3	4 5
Ser obrigado a lidar com imprevistos	0	1	2	3	4 5
Fazer previsão de acontecimentos	0	1	2	3	4 5
Usar a visão de forma contínua	0	1	2	3	4 5
Usar a memória	0	1	2	3	4 5
Ter desafios intelectuais	0	1	2	3	4 5
Fazer esforço mental	0	1	2	3	4 5
Ter concentração mental	0	1	2	3	4 5
Usar a criatividade	0	1	2	3	4 5
Usar a força física	0	1	2	3	4 5
Usar os braços de forma contínua	0	1	2	3	4 5
Ficar posição curvada	0	1	2	3	4 5
Caminhar	0	1	2	3	4 5
Ser obrigado a ficar em pé	0	1	2	3	4 5
Ter que manusear objetos pesados	0	1	2	3	4 5
Fazer esforço físico	0	1	2	3	4 5
Usar as pernas de forma contínua	0	1	2	3	4 5
Usar as mãos de forma repetida	0	1	2	3	4 5
Subir e descer escadas	0	1	2	3	4 5

### Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho – EIPST

Avaliando o seu trabalho nos últimos seis meses, marque o número de vezes em que ocorrem vivências positivas e negativas.							
0 nenhuma vez	1 uma vez	2 duas vezes	3 três vezes	4 quatro vezes	5 cinco vezes	6 Seis ou mais vezes	
Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Solidariedade entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Confiança entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para expressar minhas opiniões no local para o trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para usar minha criatividade	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	0	1	2	3	4	5	6
Cooperação entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Satisfação	0	1	2	3	4	5	6
Motivação	0	1	2	3	4	5	6
Orgulho pelo que faço	0	1	2	3	4	5	6
Bem-estar	0	1	2	3	4	5	6
Realização profissional	0	1	2	3	4	5	6
Valorização	0	1	2	3	4	5	6
Reconhecimento	0	1	2	3	4	5	6
Identificação com as minhas tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Gratificação pessoal com as minhas atividades	0	1	2	3	4	5	6
Esgotamento emocional	0	1	2	3	4	5	6
Estresse	0	1	2	3	4	5	6
Insatisfação	0	1	2	3	4	5	6
Sobrecarga	0	1	2	3	4	5	6
Frustração	0	1	2	3	4	5	6
Insegurança	0	1	2	3	4	5	6
Medo	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento com o meu esforço	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento do meu desempenho	0	1	2	3	4	5	6
Desvalorização	0	1	2	3	4	5	6
Indignação	0	1	2	3	4	5	6
Inutilidade	0	1	2	3	4	5	6
Desqualificação	0	1	2	3	4	5	6
Injustiça	0	1	2	3	4	5	6
Discriminação	0	1	2	3	4	5	6

### Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho – EADRT

Os itens a seguir tratam dos tipos de **problemas físicos, psicológicos e sociais que você avalia como causados, essencialmente, pelo seu trabalho**. Marque o número que melhor corresponde à frequência com a qual eles estiveram presentes na sua vida nos últimos seis meses.

0 nenhuma vez	1 uma vez	2 duas vezes	3 três vezes	4 quatro vezes	5 cinco vezes	6 seis ou mais	
Dores no corpo	0	1	2	3	4	5	6
Dores nos braços	0	1	2	3	4	5	6
Dor de Cabeça	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios respiratórios	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbio digestivos	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas costas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios auditivos	0	1	2	3	4	5	6
Alterações do apetite	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios da visão	0	1	2	3	4	5	6
Alterações do sono	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas pernas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios circulatórios	0	1	2	3	4	5	6
Insensibilidade em relação aos colegas	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldades nas relações fora do trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de ficar sozinho	0	1	2	3	4	5	6
Conflitos nas relações familiares	0	1	2	3	4	5	6
Agressividade com os outros	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldade com os amigos	0	1	2	3	4	5	6
Impaciência com as pessoas em geral	0	1	2	3	4	5	6
Amargura	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de vazio	0	1	2	3	4	5	6
Sentimento de desamparo	0	1	2	3	4	5	6
Mau-humor	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de desistir de tudo	0	1	2	3	4	5	6
Tristeza	0	1	2	3	4	5	6
Irritação com tudo	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de abandono	0	1	2	3	4	5	6
Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Solidão	0	1	2	3	4	5	6

## ANEXO D - Burnout Assessment Tool (BAT)

BURNOUT ASSESSMENT TOOL

BRAZILIAN VERSION

## Versão Brasileira de Burnout Assessment Tool (BAT) para o trabalho

*Instruções*

Leia atentamente as frases abaixo e assinale a resposta que corresponde à frequência com que você se sente desse modo no seu trabalho.

*Escores*

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com Frequência	Sempre
1	2	3	4	5

*Sintomas primários*

	Nunca	Raramente	Algumas Veze	Com Frequência	Sempre
<i>Exaustão</i>					
1. No trabalho, sinto-me mentalmente exausto*	<input type="checkbox"/>				
2. Tudo o que faço no trabalho exige muito esforço	<input type="checkbox"/>				
3. Acho difícil recuperar minha energia depois de um dia de trabalho*	<input type="checkbox"/>				
4. No trabalho, sinto-me fisicamente exausto*	<input type="checkbox"/>				
5. Ao levantar pela manhã, me falta energia para começar um novo dia no trabalho	<input type="checkbox"/>				
6. Quero ser ativo no trabalho, mas de alguma forma não consigo	<input type="checkbox"/>				
7. Quando eu me esforço no trabalho, me canso mais rápido do que o normal	<input type="checkbox"/>				
8. No final do meu dia de trabalho, eu me sinto mentalmente exausto e esgotado	<input type="checkbox"/>				
<i>Distanciamento mental</i>					
9. Eu luto para encontrar algum entusiasmo pelo meu trabalho*	<input type="checkbox"/>				
10. Não penso no que estou fazendo no meu trabalho, eu funciono em piloto automático	<input type="checkbox"/>				
11. Sinto forte aversão pelo meu trabalho*	<input type="checkbox"/>				
12. Sinto-me indiferente em relação ao meu trabalho	<input type="checkbox"/>				
13. Sou pessimista sobre o que meu trabalho significa para os outros*	<input type="checkbox"/>				

## BURNOUT ASSESSMENT TOOL

## BRAZILIAN VERSION

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com frequência	Sempre
<i>Declínio no controle cognitivo</i>					
14. Em meu trabalho, tenho dificuldade em manter o foco *	<input type="checkbox"/>				
15. No trabalho, eu me esforço para pensar claramente	<input type="checkbox"/>				
16. Sou esquecido e distraído no trabalho	<input type="checkbox"/>				
17. Tenho dificuldade em me concentrar quando estou trabalhando *	<input type="checkbox"/>				
18. Cometo erros no trabalho porque minha mente está em outras coisas*	<input type="checkbox"/>				
<i>Declínio no controle emocional</i>					
19. No trabalho, sinto-me incapaz de controlar as minhas emoções*	<input type="checkbox"/>				
20. Eu não me reconheço na maneira como reajo emocionalmente no trabalho *	<input type="checkbox"/>				
21. Durante o trabalho, fico irritado quando as coisas não são do jeito que eu quero	<input type="checkbox"/>				
22. Fico insatisfeito e triste no trabalho sem saber o porquê	<input type="checkbox"/>				
23. No trabalho, eu posso ter reações exageradas sem querer*	<input type="checkbox"/>				

Nota: \* = Versão reduzida

## ANEXO E- Autorização Institucional



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA  
SECRETARIA DE MUNICIPIO DA SAÚDE  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE  
FONE: 3921-7201

---

### AUTORIZAÇÃO

Informamos que esta Secretaria autoriza o desenvolvimento do Projeto "CONTEXTO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19 E SUAS IMPLICAÇÕES SOBRE OS RISCOS DE ADOECIMENTO E O BURNOUT" de autoria MARCELO NUNES DA SILVA FERNANDES e DAIANE DAL PAI, vinculada ao Curso PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – DOUTORADO da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Salientamos a necessidade de devolutiva final das atividades desenvolvidas às Unidades pesquisadas.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns, desde já agradecemos.

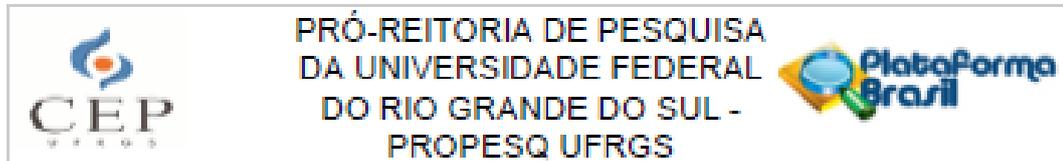
Santa Maria, 20 de julho de 2021.



---

Fábio Mello da Rosa  
Núcleo de Educação Permanente em Saúde

## ANEXO F - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONTEXTO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19 E SUAS IMPLICAÇÕES SOBRE OS RISCOS DE ADOECIMENTO E O BURNOUT

**Pesquisador:** Dalane Dal Pal

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 47666121.0.0000.5347

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.848.979

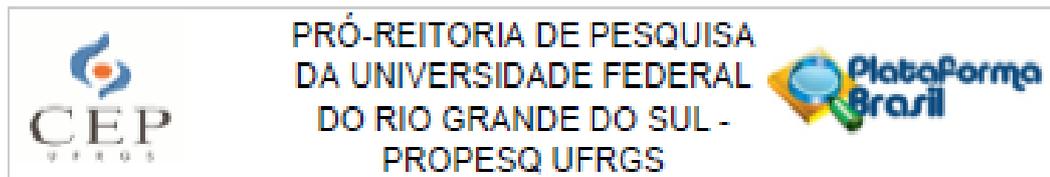
#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de Marcelo Nunes da Silva Fernandes, orientado pela Profa. Dra. Dalane Dal Pal (PPGEN/UFRGS).

Estudo com objetivo de analisar o contexto de trabalho das equipes de saúde da atenção primária à saúde na pandemia da COVID-19 e suas implicações sobre os riscos de adoecimento e o burnout. Trata-se de um estudo de métodos mistos, do tipo concomitante, que será realizado no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul.

Para a etapa quantitativa serão convidados todos os 295 trabalhadores das equipes de saúde para responder a um questionário de dados sociolaborais e aos Instrumentos Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento e Maslach Burnout Inventory. Na etapa qualitativa, uma subamostra sorteada dos trabalhadores (20 participantes) dessas equipes responderão a uma entrevista semiestruturada. As entrevistas semiestruturadas serão realizadas conforme roteiro contendo questões abertas e fechadas, mediante consentimento, em horário e local previamente acordado entre pesquisador e participante. Será solicitada aos participantes, a autorização para gravação da entrevista, tendo em vista a necessidade da reprodução fiel das conversas na forma de texto. Após, as entrevistas serão transcritas na sua totalidade para que sejam analisadas. O participante poderá recusar-se a responder qualquer pergunta e estima-se o tempo mínimo de 30 minutos e máximo de uma hora para a realização da

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farrowpilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.968.979

entrevista, as quais serão realizadas imediatamente após a aplicação dos instrumentos quantitativos, ou conforme preferência e disponibilidade do participante, sem haver prejuízos para a dinâmica do seu trabalho.

**Critério de Inclusão:**

Para a seleção dos sujeitos da etapa quantitativa, serão incluídos os trabalhadores das equipes de saúde da APS de Santa Maria/RS que atuam no mínimo há seis meses no enfrentamento da pandemia da COVID-19, em consonância ao tempo mínimo previsto para avaliação com o ITRA. A etapa qualitativa será constituída de 20 trabalhadores das equipes de saúde da APS que serão convidados a participar, selecionados por sorteio manual, a partir de uma lista contendo o nome dos trabalhadores, independente da categoria profissional. O número de trabalhadores que comporão esta etapa do estudo é uma estimativa e a sua confirmação será estabelecida pelo critério de saturação de dados.

**Critério de Exclusão:**

Serão excluídos aqueles profissionais afastados do serviço por férias ou licença de qualquer natureza no período da coleta de dados.

**ANÁLISE DOS DADOS:** Achados quantitativos serão submetidos a estatísticas descritivas e analíticas, e os dados qualitativos à análise temática.

**Objetivo da Pesquisa:**

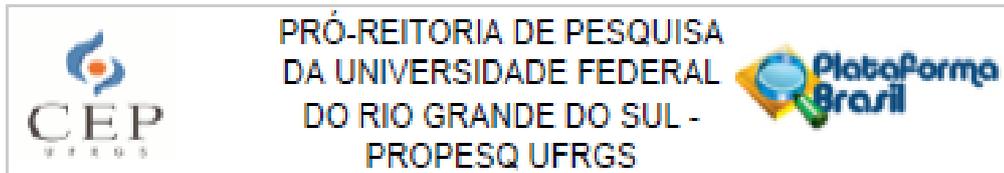
**Objetivo geral:**

Analisar o contexto de trabalho das equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) na pandemia da COVID-19 e suas implicações sobre os riscos de adoecimento e o burnout.

**Objetivos específicos:**

- Descrever as características sociolaborais dos trabalhadores das equipes de saúde da APS na pandemia da COVID-19;
- Avaliar o contexto de trabalho das equipes de saúde da APS na pandemia da COVID-19, considerando-se a organização do trabalho, as condições do trabalho e as relações socioprofissionais;

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Farroupilha CEP: 91.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br)



Continuação do Parecer: 4.040.979

- Mensurar os custos físicos, cognitivos e afetivos no trabalho das equipes de saúde da APS na pandemia da COVID-19;
- Identificar os Indicadores de prazer e sofrimento no trabalho das equipes de saúde da APS na pandemia da COVID-19;
- Analisar os danos físicos, psicológicos e sociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da APS na pandemia da COVID-19;
- Verificar a Síndrome de Burnout nas equipes de saúde da APS na pandemia da COVID-19;
- Verificar as associações entre o contexto de trabalho, os riscos de adoecimento e o burnout nas equipes de saúde da APS na pandemia da COVID-19;
- Conhecer as percepções dos trabalhadores das equipes de saúde da APS na pandemia da COVID-19 com relação às condições de trabalho, a organização do trabalho e as relações socioprofissionais;
- Conhecer as vivências da relação prazer-sofrimento no trabalho na APS na pandemia da COVID-19;
- Identificar as estratégias defensivas utilizadas pelas equipes de saúde da APS na pandemia da COVID-19.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Estão assim descritos:

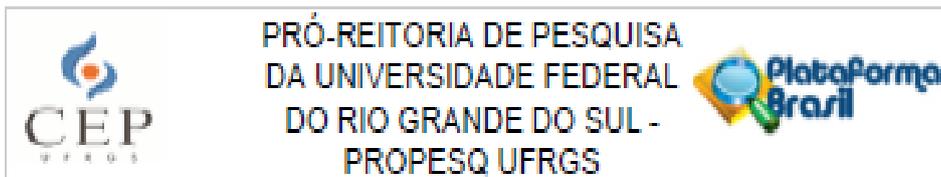
#### **Riscos:**

O estudo não oferecerá riscos potenciais ou reais à saúde dos pesquisados. No entanto, caso os participantes sintam-se desconfortáveis ao falar sobre determinados tópicos abordados, os mesmos poderão interromper qualquer uma das etapas propostas e optar por retomá-la ou não em outro momento, sendo que o participante será encaminhado para avaliação e acompanhamento no serviço de psicologia do referido município, se for de sua vontade e com o qual o pesquisador fará contato prévio.

#### **Benefícios:**

Estima-se que os resultados do estudo tragam informações e dados que sustentam uma reflexão acerca do contexto de trabalho das equipes de saúde da APS na pandemia da COVID-19 e suas implicações sobre os riscos de adoecimento e o burnout.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Ferraupilha CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.040.979

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Ver apresentação.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os seguintes documentos:

- projeto completo;
- autorização Institucional;
- folha de rosto devidamente assinada;
- TCLE;
- Informações básicas da PB.

**Recomendações:**

**RECOMENDAÇÃO DO PARECER ANTERIOR:**

Considerando a necessidade de adequação do Projeto de acordo com as pendências abaixo listadas e, eventualmente, da análise do projeto por outro CEP (como por exemplo, da SMS de Santa Maria, caso tenham CEP vinculado), sugere-se que fiquem atentos à data de início previsto para coleta de dados (21/06/21) e adequem o cronograma de acordo com os necessários tempos de tramitação/aprovação nos CEPs envolvidos.

**ATENDIDA**

O cronograma foi adequado, alterando a data de início de coleta de dados no projeto e no sistema da Plataforma Brasil, respeitando o tempo de aprovação do CEP UFRGS.

Além disto, como resposta nas pendências, a pesquisadora informou que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santa Maria não tem CEP.

**RECOMENDAÇÃO DESTE PARECER:**

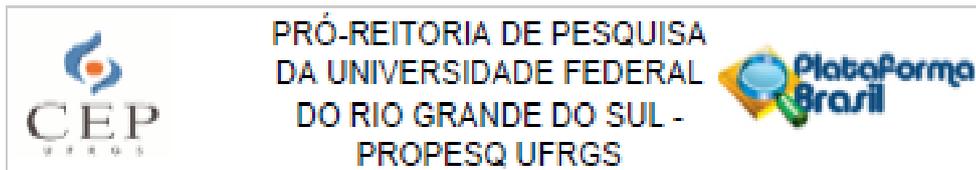
Conforme pendência 7, a pesquisadora alterou no TCLE que os dados serão guardados por no mínimo cinco anos pela pesquisadora responsável. Recomendo que esta informação esteja também no projeto na íntegra.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisadora respondeu as pendências encaminhadas em parecer anterior

**QUESTÕES ENCAMINHADAS EM PARECER ANTERIOR:**

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Fátima CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.848.879

1) Nas informações básicas da PB, incluir no item "Grupos em que serão divididos os participantes da pesquisa neste centro", que 295 participarão da etapa quantitativa (incluir as intervenções que serão realizadas - ficou em branco) e 20 participantes na etapa qualitativa (entrevistas).

ATENDIDO

Foi incluído no sistema da PB no item Grupos em que serão divididos os participantes da pesquisa neste centro", que 295 participarão da etapa quantitativa e 20 da etapa qualitativa, descrevendo as intervenções que serão realizadas em cada uma das etapas.

2) No TCLE, consta como contato dos Comitês de Ética em Pesquisa, o endereço do CEP/UFRGS e da Secretaria Municipal de Saúde. No entanto, segundo consta na autorização recebida do responsável pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde do município, basta a análise/ aprovação do CEP/UFRGS. A SMS de Santa Maria tem CEP? Se tiver, é preciso incluir a SMS Santa Maria como instituição coparticipante. Caso não tenha, é preciso tirar o endereço da SMS do TCLE.

ATENDIDA

A pesquisadora informa que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santa Maria não tem CEP e que foi retirado o endereço da SMS do TCLE.

3) No TCLE, é indicado que o participante responderá o questionário e participará de uma entrevista. No entanto, segundo consta no projeto de pesquisa, não serão todos os participantes que participarão das duas etapas da pesquisa: a quantitativa e a qualitativa. Elas serão concomitantes? Como e quando os participantes saberão que foram sorteados para participar da fase qualitativa? É preciso explicar melhor a participação deles em cada uma das etapas.

ATENDIDA

As etapas serão concomitantes. Os participantes saberão se foram sorteados para participar da fase qualitativa por meio de um sorteio manual, a partir de uma lista que conterá o nome de todos os trabalhadores, independente da categoria profissional. Foi incluída a seguinte informação ao TCLE: "Depois de responder a esses questionários você poderá ser convidado a responder a uma entrevista semiestruturada, caso seja sorteado manualmente, a partir de uma lista que conterá o nome de todos os trabalhadores, independente da categoria profissional."

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Ferraupilha CEP: 96.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL -  
PROPESQ UFRGS



Continuação do Parecer: 4.640.979

4) Informar no TCLE que a assinatura do Termo não exclui possibilidade de o/a participante buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes de participação na pesquisa, como preconiza a Resolução 456/12.

ATENDIDA

Esta Informação foi incluída no TCLE.

5) Informar no TCLE que o projeto foi avaliado pelo CEP-UFRGS, órgão colegiado, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, cuja finalidade é avaliar, emitir parecer e acompanhar os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, em seus aspectos éticos e metodológicos, realizados no âmbito da instituição.

ATENDIDA

Esta Informação foi adicionada ao TCLE.

6) Os anexos ao projeto (APÊNDICE B: Carta ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde do município de Santa Maria/RS e APÊNDICE D: Termo de Confidencialidade) deverão vir assinados pela pesquisadora

ATENDIDO

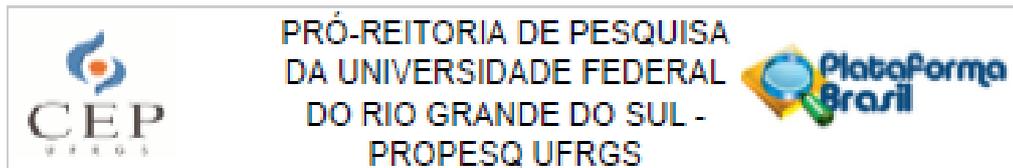
O Apêndice B e o Apêndice D foram assinados pela pesquisadora.

7) O Apêndice D refere a existência de um "Centro de Ciências da Saúde (CCS)" da UFRGS. Existe? Se não, remover. Além disso, há menção de que os dados serão "destruídos" após os cinco anos de guarda. Não há necessidade de destruição dos dados após cinco anos, mas é preciso garantir que os mesmos sejam guardados por no mínimo cinco anos pelo pesquisador responsável. Revisar.

ATENDIDO

Foi incluído no Apêndice D (Termo de Confidencialidade) que as informações serão guardadas por um período de cinco anos pela pesquisadora responsável na Escola de Enfermagem da UFRGS.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
Bairro: Farrowilha CEP: 91.040-060  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.040.979

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEPI/UFGRS é favorável a aprovação do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1747471.pdf	04/07/2021 15:43:07		Acelto
Outros	Carta_resposta.docx	04/07/2021 15:42:33	Dalane Dal Pal	Acelto
TCLE / Temos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C.docx	04/07/2021 15:42:07	Dalane Dal Pal	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Marcelo.docx	04/07/2021 15:41:42	Dalane Dal Pal	Acelto
Declaração de concordância	Autorizacao.pdf	01/06/2021 19:22:28	Marcelo Nunes da Silva Fernandes	Acelto
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_DalaneDalPal.pdf	21/05/2021 18:37:08	Marcelo Nunes da Silva Fernandes	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 15 de Julho de 2021

---

Assinado por:  
LUCIANA GRUPPELLI LOPONTE  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 de Reitoria - Campus Centro  
Bairro: Farrowpilha CEP: 96.040-080  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br