

## Condições de trabalho na atenção primária à saúde na pandemia de COVID-19: um panorama sobre Brasil e Portugal

Working conditions in primary health care in the COVID-19 pandemic: an overview of Brazil and Portugal

Renato Penha de Oliveira Santos (<https://orcid.org/0000-0001-5206-6392>)<sup>1,2</sup>  
 João Arriscado Nunes (<https://orcid.org/0000-0003-0109-8268>)<sup>2</sup>  
 Nicole Geovana Dias (<https://orcid.org/0000-0002-8095-6664>)<sup>3</sup>  
 Alisson Sampaio Lisboa (<https://orcid.org/0000-0001-9188-9092>)<sup>4</sup>  
 Valeska Holst Antunes (<https://orcid.org/0000-0001-6880-2702>)<sup>5,6</sup>  
 Everson Justino Pereira (<https://orcid.org/0000-0002-4389-306X>)<sup>7</sup>  
 Swedenberger do Nascimento Barbosa (<https://orcid.org/0000-0002-6231-2291>)<sup>8,9</sup>

<sup>1</sup> Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. R. Almirante Barroso 173, Rio Vermelho. 41950-350 Salvador BA Brasil. [renatopenha@ufrb.edu.br](mailto:renatopenha@ufrb.edu.br)

<sup>2</sup> Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra. Coimbra Portugal.

<sup>3</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia MG Brasil.

<sup>4</sup> Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

<sup>5</sup> Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

<sup>6</sup> Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

<sup>7</sup> Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

<sup>8</sup> Secretaria Executiva do Ministério da Saúde do Brasil. Brasília DF Brasil.

<sup>9</sup> Centro Internacional de Bioética e Humanidades, Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

**Abstract** *The COVID-19 pandemic has put pressure on public health systems worldwide since 2020. This article aims to discuss working conditions in Primary Health Care (PHC) in Brazil, while dialoguing with primary health care (CSP, Cuidados de Saúde Primários) in Portugal in the pandemic scenario. For that purpose, data from the study “Working conditions of health professionals in the context of COVID-19 in Brazil” are presented, for further discussion with the report produced by “Family Health Units – National Association (USF-AN, Unidades de Saúde Familiar - Associação Nacional)” on the CSP in Portugal. In Brazil, regarding the sample of 3,895 PHC health professionals, it was observed: multiple employment relationships, lack of institutional support and specific training, living with fake news and the lack of political cohesion between health authorities, with significant changes in these workers’ mental health. In Portugal, the increase in the workload and the presence of Burnout Syndrome among FHU professionals was emphasized. The pandemic had a significant impact on the health and daily work of health professionals in PHC and CSP. However, the Brazilian context was more adverse due to fake news and divergences regarding conducts related to the fight against the pandemic, due to the actions and denialism by the federal government.*

**Key words** COVID-19, Health workers, Primary health care, Work conditions

**Resumo** *A pandemia de COVID-19 pressiona os sistemas públicos de saúde no mundo desde 2020. Este artigo pretende discutir as condições de trabalho na atenção primária à saúde (APS) no Brasil, dialogando também com os cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal no cenário pandêmico. Para isso, apresentam-se dados da pesquisa “Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da COVID-19 no Brasil”, para posterior discussão com o relatório das Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional (USF-AN) sobre os CSP em Portugal. No Brasil, no recorte amostral de 3.895 profissionais de saúde da APS, foram percebidos: múltiplos vínculos trabalhistas, falta de apoio institucional e de treinamentos específicos, convívio com fake news e falta de coesão política entre as autoridades sanitárias, com alterações significativas na saúde mental desses trabalhadores. Em Portugal, destacaram-se o aumento da carga horária de trabalho e presença de síndrome de burnout entre os profissionais das USFs. A pandemia impactou de forma significativa a saúde e o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde na APS e nos CSP. Porém, o contexto brasileiro foi mais adverso devido às fake news e às divergências na condução do combate à pandemia, pela atuação e negacionismo do governo federal.*

**Palavras-chave** COVID-19, Trabalhadores da saúde, Atenção primária à saúde, Condições de trabalho

## Introdução

A pandemia de COVID-19 trouxe graves impactos sobre as dinâmicas sociais, econômicas e políticas em diversos países, bem como na prestação de cuidados dos sistemas públicos de saúde, como no Brasil e em Portugal. Apesar dessas duas sociedades apresentarem indicadores socioeconômicos e de saúde distintos, elas têm parte de suas formações históricas e conformações sociais imbricadas. No passado, o Brasil foi uma colônia portuguesa<sup>1</sup>. Na contemporaneidade, em conjunturas de redemocratização pós-ditaduras militares, ambos os países constituíram sistemas universais de saúde, do tipo Beveridgiano, orientados para a atenção primária à saúde (APS): o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e o Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal<sup>2</sup>.

O SUS foi criado na Constituição Federal Brasileira de 1988, e em 1994 foi instituído o Programa Saúde da Família (PSF), que, posteriormente em 1996, passou a ser a Estratégia Saúde da Família (ESF), tornando-se um dos pilares da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que serve de referência para a organização e implementação dos serviços de APS no país<sup>3</sup>.

A organização, a execução dos serviços, a contratação dos trabalhadores de saúde e boa parte do financiamento desses serviços se dão pelos municípios. Embora a APS no Brasil seja pactuada entre os governos municipais, as unidades federativas e o governo federal, os municípios têm autonomia administrativa sobre a sua rede local de serviços na APS, que pode conter: equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Saúde Bucal (eSB), equipes de Atenção Primária (eAP), equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>4</sup>.

Em Portugal, o SNS foi criado em 1979, por meio da Lei nº 56/1979<sup>5</sup>, cinco anos após a Revolução de 25 de Abril de 1974. O modelo de APS adotado no país é denominado de cuidados de saúde primários (CSP). A criação dos centros de saúde foi anterior ao SNS, pela Lei nº 413/1971<sup>6</sup>. Em 2005, é iniciada no país a reforma dos cuidados de saúde primários (CSP), formalizada com a Lei nº 298/2007<sup>7-9</sup>.

Os CSP têm orientação em nível nacional do Ministério da Saúde, porém sua organização se dá de forma regionalizada pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS) e seus Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeSs). Nessas esferas, existem várias unidades funcionais que prestam serviços de CSP à população de determinada área geográfica. Nos ACeSs podem haver Centros de

Saúde que sejam Unidades de Saúde Familiar (USFs) ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSPs), além de outros serviços como: Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e Unidades de Saúde Pública (USPs). O financiamento e a contratação de trabalhadores ocorrem de forma regionalizada nas ARS e a organização e administração dos serviços públicos de saúde de CSP são realizadas nos ACeSs<sup>10,11</sup>.

O contexto pandêmico pressionou os sistemas públicos de saúde ao exigir: redimensionamento de oferta e demanda de profissionais de saúde; profissionais de saúde com competência técnica para manejo clínico do paciente com síndrome respiratória aguda grave/severe acute respiratory syndrome de COVID-19 (SRAG/SARS-CoV-2); estratégias organizativas de ações em saúde para prevenção, vigilância e diagnóstico de COVID-19; insumos específicos para os serviços de saúde para o enfrentamento da pandemia<sup>12-16</sup>.

Nos sistemas com orientação para a APS, perceberam-se planos com diferentes ações, porém, mesmo com essas medidas, a APS ficou sobrecarregada pela dinâmica do cuidado a doenças crônicas e/ou não priorização desse nível de atenção nos planos de contingência nos sistemas de saúde no enfrentamento à pandemia. No entanto, em países com a APS forte, houve respostas mais eficientes e rápidas no cenário pandêmico<sup>17,18</sup>.

A pandemia de COVID-19 expôs problemas relacionados ao financiamento, à infraestrutura e à organização de redes de serviços de saúde nos diversos sistemas públicos de saúde no mundo. Além disso, emergiu, nesse cenário de enfrentamento da pandemia, a necessidade de retomar as discussões sobre a saúde e a segurança dos trabalhadores da saúde em relação a condições de trabalho, equipamentos de proteção individual e presença de comorbidades entre esses trabalhadores<sup>12-16</sup>.

Sobre as mortes entre profissionais por COVID-19 no mundo e no Brasil, Machado *et al.* (2022)<sup>19</sup> mostram:

[...] até março de 2021, a OMS havia registrado um total global de 108.579.352 de casos e de 82.404.102 de óbitos por COVID-19<sup>20</sup>. Nos três primeiros meses de 2021, houve um crescimento exponencial de ocorrências no país, que se tornou o epicentro da pandemia no mundo, atingindo, em abril de 2021, 7.563.551 casos e 192.681 óbitos<sup>21</sup>. Foi o momento mais crítico da pandemia: o Brasil passou a ocupar o 2º lugar no ranking de óbitos, concentrando 30% do total global, atrás apenas dos EUA<sup>22</sup>. A cada dia mor-

riam mais de 3.000 pessoas, sendo cinco, profissionais de saúde.

Os mesmos autores mostram que “segundo dados atualizados do CFM e do COFEN até outubro de 2021, já morreram 893 médicos e 873 profissionais de enfermagem, sendo 617 aux./técnicos e 256 enfermeiros em todo o país”<sup>19,23,24</sup>.

Outro levantamento realizado pela Internacional de Serviços Públicos (2022) estima que, no Brasil, até o final de 2021, 4.500 profissionais de saúde morreram por COVID-19, a maioria do sexo feminino e não tinha direitos trabalhistas assegurados<sup>25</sup>.

A respeito do contexto português, não há uma estimativa oficial. No entanto, em resposta a veículos de imprensa em março de 2021, a Direção Geral de Saúde (DGS), órgão ligado ao Ministério da Saúde em Portugal, apontou que naquela altura 27.973 profissionais de saúde teriam sido infectados pela COVID-19, com 19 óbitos<sup>26</sup>.

No que diz respeito à realidade das estratégias de enfrentamento à COVID-19, não houve um enfoque no planejamento em saúde para a APS e as ações voltadas para APS ficaram secundarizadas em relação às outras medidas emergenciais no combate à pandemia. Sobre as condições de trabalho dos profissionais e trabalhadores da saúde na APS, destacam-se a falta de equipamentos de proteção individuais, a prevalência de taxas de infecção e morte por COVID-19 e problemas de saúde mental semelhantes às taxas de trabalhadores de hospitais<sup>27-31</sup>.

Dessa forma, discutir as condições de trabalho na APS, dos sistemas públicos e universais de saúde, é importante para compreender o cenário atual de estratégias de ações para o combate à pandemia de COVID-19, bem como a dinâmica do trabalho na APS em uma conjuntura de pressão nos sistemas de saúde, tanto pela pandemia como pelo aumento de morbidade-mortalidade por doenças não relacionadas à infecção por COVID-19 e à SRAG/SARS-CoV-2.

Logo, o presente artigo objetiva expor alguns dados da pesquisa “Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da COVID-19 no Brasil” (Fiocruz)<sup>32</sup>, e a partir deles, apresentar uma discussão sobre as condições de trabalho na APS no Brasil no cenário pandêmico, em diálogo com a realidade dos CSP em Portugal, por meio do relatório produzido, em dezembro de 2021, pelas Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional (USF-AN), intitulado “O impacto que o apoio às unidades e aos serviços criados no âmbito da pandemia de COVID-19 tem tido nos cuidados de saúde primários”<sup>33</sup>.

## Método

O artigo faz uma análise descritiva das condições de trabalho na atenção primária à saúde no Brasil durante a pandemia de COVID-19, a partir de um recorte da pesquisa “Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da COVID-19 no Brasil”, (ENSP e CEE – Fiocruz, 2020-2021) contextualizando com o panorama internacional, especificamente com o cenário dos cuidados de saúde primários de Portugal.

Destaca-se que a pesquisa “Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da COVID-19 no Brasil” apresenta o parecer nº 4.081.914 CAAE 32351620.1.0000.5240.

Essa pesquisa atingiu um contingente de 15.132 profissionais de saúde que atuaram ativamente na linha de frente no combate à recente pandemia. Desse total, 3.895 profissionais (25,7%) são da atenção primária à saúde, seja em Centros de Saúde, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) ou Unidades Mistas como principal estabelecimento de atuação (Tabela 1).

O recorte adotado para análise deste artigo toma como base esses profissionais atuantes na APS, ou seja, mais de 1/4 do contingente total. Para a análise, foram utilizadas as ferramentas disponíveis no SPSS para selecionar os dados dos que responderam ter a APS como principal estabelecimento de atuação. A partir dessa filtragem, novas tabelas foram geradas (n = 3.895) para basear as análises aqui demonstradas, apresentando as frequências absolutas (n) e relativas (%).

Para mais detalhes metodológicos ver o artigo “Transformações no mundo do trabalho em saúde: os trabalhadores(as) e desafios futuros”, presente também neste número temático da *Ciência & Saúde Coletiva*.

Dessa maneira, os dados desse público específico são comparados com o universo amostral geral da pesquisa, e foram analisados de acordo com estudos que abordam as estratégias de enfrentamento à COVID-19 e as condições de trabalho na APS no mundo e, especificamente, em Portugal e no Brasil ao longo da pandemia.

A respeito do diálogo entre o recorte da pesquisa “Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da COVID-19 no Brasil”<sup>32</sup> e as condições de trabalho nos cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde (SNS), utilizou-se para aprofundar a discussão do contexto português o relatório do estudo “O impacto que o apoio às unidades e aos serviços criados no

**Tabela 1.** Profissionais de saúde segundo tipo do estabelecimento de saúde (principal) de atuação no combate à COVID-19 – Brasil.

Tipo de estabelecimento	V. Abs.	%
Hospital público	5.218	34,5
Hospital privado	1.701	11,2
Hospital filantrópico	754	5,0
Hospital de campanha	473	3,1
UPA	760	5,0
SAMU	262	1,7
APS (Centro de Saúde/UBS/USF/UBSF/Unidades Mistas)	3.895	25,7
Policlínica/clínica/centro especializado	850	5,6
Atendimento remoto	217	1,4
Estabelecimento de longa permanência	46	0,3
Administração em geral	357	2,4
Instituição de ensino e pesquisa	79	0,5
Auditoria/perícia	1	0,01
Atividade autônoma	4	0,03
SADT	89	0,6
Área militar/segurança	21	0,1
Sistema prisional (sistema socioeducativo)	31	0,2
Comércio/indústria	59	0,4
Consultório particular	145	1,0
Farmácia/drogaria	16	0,1
Petróleo	4	0,03
Outros	66	0,4
NR	84	0,6
Total	15.132	100,0

Fonte: Tabulações especiais elaboradas para esse número temático a partir das pesquisas “Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da COVID-19 no Brasil” e “Os trabalhadores invisíveis da saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da COVID-19 no Brasil” ENSP-CIEE/FIOCRUZ, 2020/2022.

âmbito da pandemia de COVID-19 tem tido nos cuidados de saúde primários”.

Esse relatório foi produzido por meio de um *survey* realizado eletronicamente pelas Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional (USF-AN), entre os dias 10 e 14 de dezembro de 2021, totalizando 153 respostas (26%) de Unidades de Saúde Familiar, de 586 que existiam no momento do estudo e que se encontravam divididas em 43 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), totalizando 78% das ACES do país, sendo que atualmente são 55<sup>33-35</sup>. Destaca-se que esse relatório apresenta análise estatística descritiva com percentagens com medidas de tendência central e/ou de dispersão, e parte desses dados será apresentada em uma síntese na discussão deste artigo.

## Resultados

Dos 3.895 profissionais de saúde que atuavam na APS no contexto pandêmico, 58,7% eram enfermeiros, 18,6% médicos e 13,7% cirurgiões-dentistas, majoritariamente do sexo feminino (81,7%), nas faixas etárias de 35 anos (40,5%) e entre 36 e 50 anos (44,7%) e branca (57,5%). Esse padrão segue o panorama geral da pesquisa, com a diferença que há maior presença de cirurgiões-dentistas, que se tornaram o terceiro maior contingente de entrevistados na APS devido à existência de equipes de saúde bucal, conforme orientação da Política Nacional de Atenção Básica (Tabela 2).

A maioria desses profissionais tinha como local de atuação profissional as regiões Sudeste e Nordeste, e uma parcela significativa trabalhava no interior (51,9%), enquanto outra parte se encontrava nas capitais e regiões metropolitanas (44, 2%) (Tabela 2). Destaca-se que esse cenário de interiorização difere da pesquisa geral, em que a maioria se encontrava nas capitais e nas regiões metropolitanas (59,2%). Isso aponta para a importante capilarização do cuidado em saúde no enfrentamento à pandemia de COVID-19 pela APS no Brasil, contribuindo para a ampliação do acesso ao SUS e a interiorização dos profissionais de saúde no país.

A respeito da carga horária de trabalho, esses profissionais majoritariamente cumpriam entre 21 e 40 horas semanais (65,2%), a maioria não exercia outra atividade de trabalho para além da APS (68,1%) e já se encontrava trabalhando na APS no enfrentamento à pandemia de COVID-19 (71,1%) (Tabela 3).

Vale ressaltar a multiplicidade de tipos de contratações e de vínculos trabalhistas que somados chegavam a 50,7%, frente aos 49,3% de estatutários (Tabela 3). Esse panorama segue o padrão da pesquisa geral, o que mostra a desregulação do mercado de trabalho na saúde no Brasil. Porém, salienta-se que a existência dessas modalidades de vínculos trabalhistas na APS pode contribuir para a alta rotatividade de profissionais nesse nível de atenção, o que pode prejudicar ou até mesmo inviabilizar a fixação de profissionais e a manutenção longitudinal dos cuidados em saúde nas populações adscritas das unidades básicas de saúde.

Sobre as condições de trabalho na APS no contexto pandêmico, percebe-se que a maioria dos profissionais de saúde (55,1%) realizou atendimentos a pacientes com COVID-19 em suas unidades de saúde. No entanto, 60,6% não

**Tabela 2.** Perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde que atuam na APS no enfrentamento à COVID-19 no Brasil.

Variáveis	V. Abs.	%
Categoria profissional		
Médico	726	18,6
Enfermeiro	2.285	58,7
Cirurgião dentista	535	13,7
Demais profissionais	349	9,0
Sexo		
Feminino	3.183	81,7
Masculino	701	18,0
NR	11	0,3
Faixa etária		
Até 35 anos	1.578	40,5
De 36-50 anos	1.741	44,7
51 anos e mais	576	14,8
NR	0	0,0
Cor ou raça		
Branca	2.240	57,5
Preta/parda	1.553	39,8
Amarela	84	2,2
Indígena	11	0,3
NR	7	0,2
Regiões		
Norte	382	9,8
Nordeste	1.119	28,7
Sudeste	1.295	33,2
Sul	700	18,0
Centro-Oeste	398	10,2
NR	1	0,03
Local de atuação profissional		
Capital + Região Metropolitana	1.719	44,2
Interior	2.023	51,9
NR	153	3,9

Fonte: Tabulações especiais elaboradas para esse número temático a partir das pesquisas “Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da COVID-19 no Brasil” e “Os trabalhadores invisíveis da saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da COVID-19 no Brasil” ENSP-CEE/FIOCRUZ, 2020/2022.

tiveram qualquer apoio institucional em suas unidades de saúde e 66,4% não tiveram quaisquer treinamentos para o uso de EPIs ou tiveram que se capacitar por conta própria ou com a ajuda de colegas (Tabela 3).

Fazendo um paralelo com o universo total da pesquisa, percebe-se que os trabalhadores da APS receberam menos treinamento (66,4%) que no geral (45,3%), o que sinaliza para um cenário de maior possibilidade de uso incorreto ou indevido de EPIs e, conseqüentemente, de aumento na possibilidade de contágio por COVID-19 no ambiente de trabalho nas unidades de saúde.

Denota-se que 49% destes profissionais não se sentiam protegidos da COVID-19 nos ambientes de trabalho na APS e que, apesar da presença de EPIs, houve dificuldades no fornecimento de máscaras N95/PFF2 e capotes (Tabela 3).

Vale destacar que esse panorama é um pouco pior na APS do que na pesquisa como um todo: no geral, 43,2% se sentiam desprotegidos. É importante salientar que a falta de máscaras N95/PFF2 (67,0%) e de aventais (77,0%) e a improvisação (20,7%) na APS tornou esses ambientes de trabalho mais vulneráveis se comparados com o universo da pesquisa, cuja disponibilidade de máscaras N95/PFF2 e capotes foram maiores (75,5% e 81,0%) e o improvisado foi menor (17,5%).

Além disso, a maioria dos profissionais relatou que conviveu com as *fake news* e a falta de uma coesão política entre as instituições de gestão da saúde pública em níveis municipal, estadual e federal (Tabela 3).

É importante salientar que esse foi um cenário presente também na pesquisa geral, com a ressalva de que na APS 82,1% dos profissionais de saúde atenderam pacientes que expressaram crenças em *fake news* sobre a COVID-19, frente a 76,1% do universo total da pesquisa, demonstrando a possibilidade de um cotidiano mais difícil de relações com os usuários nas unidades básicas de saúde e nos territórios adscritos desses serviços.

Em relação às mudanças na rotina profissional na APS com a pandemia, 36,8% referiram um trabalho extenuante ou no limite da exaustão e 25,3% relataram um contexto de trabalho rígido e complexo, num cenário de exigências com normas de biossegurança e falta de EPIs. Dessa forma, percebe-se que apenas 0,9% relatou sentir-se gratificado por salvar vidas (Tabela 4).

Apesar de uma pequena quantidade de profissionais na APS ter referido fazer parte de grupos de risco (0,2%) ou de sentir tensão na volta do trabalho para casa e vice-versa (0,6%), 8,7% relataram medo da morte e de iminente contaminação (Tabela 4).

Esse quadro acompanha o cenário da pesquisa, demonstrando que não houve diferenças significativas entre mudanças nas rotinas profissionais no público geral pesquisado com os trabalhadores da APS, sinalizando como o contexto pandêmico impactou de forma relevante os diversos serviços de saúde em seus diferentes níveis de atenção.

Sobre a percepção dos profissionais quanto a valorização, reconhecimento e respeito por seu trabalho na APS, 25,3% dos profissionais relataram sentir-se menos respeitados e valorizados

**Tabela 3.** Perfil profissional e condições de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na APS no enfrentamento à COVID-19 no Brasil.

Variáveis	V. Abs.	%
Tipo de vínculo de trabalho na APS		
Estatutário (ocupante de cargo efetivo)	1.921	49,3
Empregado (CLT de empresa/fundação pública)	413	10,6
Empregado (CLT de empresa/entidade privada ou estabelecimento filantrópico)	275	7,1
Contrato temporário da administração pública	768	19,7
Contrato temporário em empresa/entidade privada	51	1,3
Autônomo (pessoa física, jurídica, cooperado, proprietário/sócio)	105	2,7
Ocupante de cargo comissionado na administração pública, sem vínculo efetivo	120	3,1
Residente/Especializando/Estagiário/Bolsista	225	5,8
Outros vínculos	11	0,3
NR	6	0,2
Outra atividade de trabalho além da APS		
Sim	1.233	31,7
Não	2.654	68,1
NR	8	0,2
Jornada de trabalho semanal		
Até 20 horas	94	2,4
21 - 40 horas	2.541	65,2
41 - 60 horas	1.000	25,7
61 - 80 horas	215	5,5
81 horas e mais	37	0,9
NR	8	0,2
Motivo da atuação no combate à COVID-19		
Já atuava no setor específico	2.771	71,1
Já trabalhava no setor e busquei outro trabalho	97	2,5
Antes atuava em outro setor e fui deslocado para o COVID-19	523	13,4
Nunca trabalhei nesse setor e surgiu a oportunidade de emprego	153	3,9
É meu primeiro emprego	243	6,2
NR	108	2,8
Unidade de referência no atendimento à COVID-19		
Sim	2.146	55,1
Não	1.729	44,4
NR	20	0,5

continua

pela chefia/gestão do serviço de saúde e 20,7% pelos usuários. Essas situações contrastam com a sensação de maior respeito, valorização e acolhimento pela população usuária (19,6%) e a gestão (10,0%) (Tabela 4). Esses aspectos acompanham o quadro geral do estudo, evidenciando o quanto os profissionais de saúde se sentiram pouco valorizados no enfrentamento à pandemia independentemente do local de atuação.

Mesmo com essas percepções negativas, denota-se que 24,4% dos trabalhadores da APS viveriam um cotidiano de trabalho com maior respeito e melhor relacionamento com seus cole-

gas de trabalho (Tabela 4). Esse panorama acompanha a pesquisa geral, denotando elementos de solidariedade na rotina de trabalho no combate à COVID-19 nos diversos serviços de saúde pesquisados.

No que concerne à saúde mental dos profissionais de saúde, 95,3% desses trabalhadores da APS apresentaram alguma alteração significativa, já que apenas 4,7% relataram não apresentar quaisquer alterações no enfrentamento à COVID-19. Destacam-se: perturbações do sono (15,5%), irritabilidade ou choro frequente (13,9%), estresse (11,3%), dificuldade de con-

**Tabela 3.** Perfil profissional e condições de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na APS no enfrentamento à COVID-19 no Brasil.

Variáveis	V. Abs.	%
Disponibilidade de equipamento de proteção individual (EPI) (SIM) (admite-se mais de uma resposta)		
Máscara cirúrgica	3.326	85,4
Máscara N95/PPF2	2.610	67,0
Capote/avental	3.001	77,0
Luvas de procedimento	3.674	94,3
Proteção ocular	3.164	81,2
Gorro/touca ou propé descartável	3.269	83,9
Temos que improvisar	806	20,7
Curso/treinamento para uso adequado de EPI		
Sim	1.296	33,3
Não	1.706	43,8
Aprendi com o colega	200	5,1
Vídeo que busquei na internet	682	17,5
NR	11	0,3
Sentimento de proteção contra a COVID-19		
Sim	1.968	50,5
Não	1.909	49,0
NR	18	0,5
Apoio institucional		
Sim	1.474	37,8
Não	2.361	60,6
NR	60	1,5
Situações que interferiram no trabalho no enfrentamento à pandemia (CONCORDO) (admite-se mais de uma resposta)		
As fake news em saúde são um obstáculo no combate ao novo coronavírus	3.598	92,4
Atendi paciente que expressou crença em fake news sobre a COVID-19	3.196	82,1
Os posicionamentos das autoridades sanitárias, sobre a COVID-19, têm sido consistentes e esclarecedores	1.174	30,1

Fonte: Tabulações especiais elaboradas para esse número temático a partir das pesquisas “Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da COVID-19 no Brasil” e “Os trabalhadores invisíveis da saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da COVID-19 no Brasil” ENSP-CEE/FIOCRUZ, 2020/2022.

centração (9,8%), perda de satisfação ou tristeza (9,1%), pensamentos negativos ou suicidas (8,4%) e alterações no apetite ou no peso (8,3%). Vale ressaltar que mais da metade dos pesquisados, ou seja, 52,4%, apresentava esses sintomas desde o início da pandemia (Tabela 4).

Essa triste realidade no enfrentamento da COVID-19 afetou tanto os profissionais pesquisados da APS quanto o universo geral do estudo, apontando o quanto a pandemia adoeceu o conjunto dos trabalhadores da saúde, associado às sensações de pouca valorização e sobrecarga de trabalho. Cabe destacar que o cenário da APS pode ter sido pior porque o sentimento de vulnerabilidade com despreteção e falta de treinamento foram maiores do que no público total do estudo, associado ao cotidiano de *fake news* nas relações com os usuários.

## Discussão

Mesmo com essas diferenças organizativas e de financiamento da APS no Brasil e em Portugal, percebem-se semelhanças no escopo da discussão sobre as condições de trabalho na pandemia de COVID-19 na APS, corroborando outras análises de panorama internacional<sup>18,27-29,31</sup>

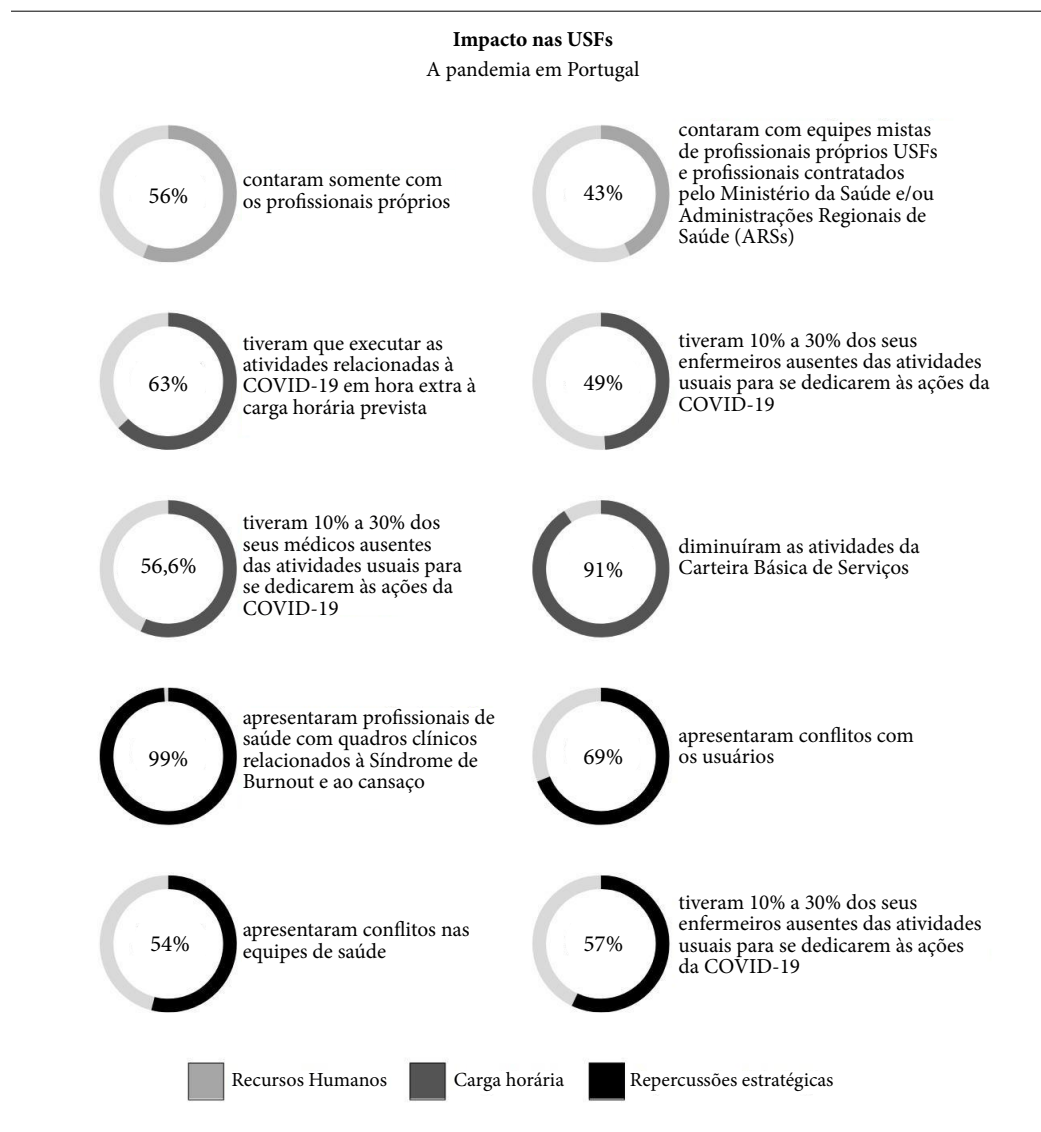
De acordo com Soares e Passos<sup>36</sup> (2022) e o relatório das Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional (USF-AN)<sup>33,37</sup> de 2021, sintetizados na Figura 1, denota-se nas condições de trabalho dos profissionais de saúde da APS na realidade portuguesa a sobrecarga de trabalho, somando as demandas das estratégias para o enfrentamento à pandemia de COVID-19, a dinâmica de atividades usuais da APS, a escassez de recursos humanos para as ações em saúde

**Tabela 4.** Percepções sobre a vida e o cotidiano dos profissionais de saúde que atuam na APS no enfrentamento à COVID-19 no Brasil.

Variáveis	V. Abs.	%
<b>Mudanças na rotina profissional (admite-se mais de uma resposta)</b>		
Desconhecimento e incertezas da doença, cenários de novas práticas de trabalho e conhecimento	269	3,1
Trabalho extenuante (longas jornadas de trabalho ininterruptas, multi plantões, más condições de trabalho, confisco temporário de direito a férias, sem descanso, isolamento compulsório em setores de COVID-19)	2.033	23,7
No limite da exaustão (sobrecarga de trabalho, mutli funções e responsabilidades, stress, conflitos de interesses, exaustão, ansiedade, desvalorização do que faz, arrependimento da escolha da profissão, síndrome de <i>burnout</i> )	1.121	13,1
Complexidade e rigidez do processo de trabalho no combate à COVID-19	759	8,8
Medo da Morte e de iminente contaminação	746	8,7
Processo ritualístico de paramentação e desparamentação dos EPIs	226	2,6
Biossegurança e contradições (exigências contínuas de seguir medidas de segurança e proteção durante o trabalho e a escassez de EPIs)	1.413	16,5
Ambiente hospitalar triste e tenso de assistência à COVID-19	404	4,7
Privação do convívio social entre colegas de trabalho	153	1,8
Privação da liberdade de ir e vir e do convívio social entre amigos	315	3,7
Privação do convívio familiar	351	4,1
Tensão na volta para casa e vice-versa	49	0,6
Profissionais de grupo de risco	19	0,2
Distúrbios do sono, humor, apetite, peso, mudanças de hábitos (sedentarismo, adoecimento em geral, afastamentos por COVID-19, absenteísmo)	236	2,7
Sentindo-se gratificado por salvar vidas	77	0,9
Gestão descompromissada e insensível ao trabalhador	100	1,2
Cidadania do trabalhador em risco (perdas trabalhistas, desemprego, perda de renda, salários baixos e atrasados, gastos com compras de equipamentos, transportes alternativos e alimentação)	315	3,7
<b>Sentimento em relação a vida profissional (admite-se mais de uma resposta)</b>		
Mais valorizado e reconhecido pela população usuária	897	19,6
Mais respeitado pelos colegas	397	8,7
Melhor relacionamento na equipe	719	15,7
Mais acolhido pela chefia/gestão dos serviços	459	10,0
Menos valorizado e reconhecido pela população usuária	945	20,7
Menos respeitado e valorizado pela chefia/gestão	1.155	25,3
<b>Alteração significativa (admite-se mais de uma resposta)</b>		
Perturbação do sono, como insônia ou hipersonia	2.136	15,5
Alteração no apetite/alteração do peso	1.139	8,3
Perda de confiança em si, na equipe ou no trabalho realizado	891	6,5
Dificuldade de experimentar felicidade	760	5,5
Sensação negativa do futuro/pensamento negativo, suicida	1.163	8,4
Irritabilidade/choro frequente/distúrbios em geral	1.918	13,9
Perda de satisfação na carreira ou na vida/tristeza/apatia	1.260	9,1
Dificuldade de concentração ou pensamento lento	1.347	9,8
Aumento no consumo de medicações, álcool ou bebidas energéticas, cigarro	823	6,0
Incapacidade de relaxar/estresse	1.565	11,3
Outras alterações	150	1,1
Não apresento nenhuma alteração significativa	649	4,7
<b>Duração das alterações</b>		
Última semana	76	2,4
Últimos 15 dias	137	4,3
Último mês	959	30,0
Desde o início da pandemia	1.679	52,4
Desde antes da pandemia	351	11,0

Fonte: Tabulações especiais elaboradas para esse número temático a partir das pesquisas “Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da COVID-19 no Brasil” e “Os trabalhadores invisíveis da saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da COVID-19 no Brasil” ENSP-CEE/FIOCRUZ, 2020/2022.





**Figura 1.** Impacto no trabalho das Unidades de Saúde Familiar (USF) no enfrentamento da pandemia de COVID-19 até dezembro de 2021, em Portugal.

Fonte: Adaptado de Unidades de Saúde Familiar - Associação Nacional (UFS-AN) (2021).

no contexto pandêmico e até a falta de insumos e EPIs no início da pandemia em 2020. Essas situações acabaram resultando num cenário de desgaste importante dos profissionais de saúde com os apontamentos de quadros clínicos de síndrome de *burnout* entre esses trabalhadores<sup>33,36,37</sup>.

No Brasil, de acordo com os dados apresentados na pesquisa sobre as “Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da COVID-19 no Brasil”, também é apontada na APS uma carga de trabalho extenuante, acompanhada da sensação de não proteção no trabalho e de

pouco apoio institucional aos trabalhadores e às unidades de saúde onde se encontravam. Essas situações demonstraram um cenário de importantes alterações deletérias para o conjunto de profissionais entrevistados, como perturbações no sono, estresse, pensamentos negativos e irritabilidade, somados ao sentimento de menor valorização no trabalho, seja pela gestão ou pela população usuária.

Destaca-se que na realidade brasileira, de acordo com os dados apresentados neste artigo sobre o perfil dos profissionais de saúde na APS

no enfrentamento à pandemia de COVID-19, há um contexto de trabalho constituído por múltiplos tipos de contratações, corroborando outros estudos realizados no Brasil por Bousquat *et al.*<sup>38</sup> (2021) e Frota *et al.*<sup>30</sup> (2022), que apontam que esse cenário de vários tipos de vínculos trabalhistas contribui para a alta rotatividade dos profissionais na APS, com uma média de tempo de atuação na mesma UBS entre um e dois anos. Esses autores destacam que a pandemia pode ter piorado esse padrão de rotatividade na APS.

Associa-se ao cenário brasileiro a conjuntura de falta de coordenação estratégica unitária dos entes federativos, ou seja, instituições federais, governos estaduais e municípios no enfrentamento à pandemia de COVID-19, associada à disseminação de *fake news*. Essas situações, acompanhadas da insuficiência de EPIs para os trabalhadores da saúde, podem ter impactado consideravelmente no número de mortes por COVID-19 em profissionais de saúde no Brasil e na morbi-mortalidade da população em geral pela infecção por COVID-19 e SRAG/SARS-CoV-2<sup>19,39</sup>.

Outros impactos do enfrentamento da pandemia de COVID-19 na APS no Brasil foram as dificuldades na continuidade dos cuidados de pessoas com doenças crônicas e a não manutenção de atividades coletivas, ambas influenciadas pelo contexto do distanciamento social e a necessidade de organização de atendimentos e ações voltadas para a COVID-19, principalmente no primeiro ano da pandemia, em 2020<sup>30,38</sup>.

Em Portugal, percebeu-se também que, entre 2020 e 2021, diversas ofertas de cuidados em saúde das USFs foram impactadas pela demanda de estratégias criadas para o cenário pandêmico<sup>33,37</sup>. Ressalta-se que essas situações também foram apontadas em outros serviços que compõem a APS portuguesa<sup>36</sup>.

No cenário português, as estratégias de vigilância epidemiológica, de telemedicina, de rastreamento e monitoramento dos casos de COVID-19, além da ampliação da cobertura vacinal, são exemplos de medidas que podem ter contribuído para a sobrecarga de trabalho na APS/CSP de Portugal<sup>40,41</sup>.

Vale destacar que, internacionalmente, o contexto da pandemia de COVID-19 também suscitou intenso debate ético sobre os cuidados e as estratégias de saúde para enfrentar a pandemia<sup>42</sup>.

Por exemplo, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em abril de 2020, já apontava uma declaração com referenciais éticos e bioéticos

para o combate à pandemia de COVID-19, objetivando chamar atenção dos governos para a proteção aos vulneráveis, a alocação de recursos e o acesso à assistência à saúde para todos, com a cooperação e a solidariedade em nível global<sup>43</sup>.

No período de realização das pesquisas da Fiocruz (2020-2022), alguns estudos sobre conflitos e dilemas bioéticos durante a pandemia foram realizados. Um desses foi coordenado por Deisy Ventura e Rossana Reis (2021)<sup>44</sup>. Baseando-se em atos normativos, ações de obstrução e propaganda contra a saúde pública por autoridades federais, no período de 3 de fevereiro de 2020 a 28 de maio de 2021, concluiu que o governo federal se “empenhou” e teve “eficiência” na “ampla disseminação” do coronavírus em território nacional contando com a tese da imunidade de rebanho por contágio<sup>45</sup>.

Ao pegar como referência a teoria da ética da responsabilidade pública, segundo a qual a responsabilidade é o valor que deve reger a ação prática e que a responsabilidade diz respeito ao cuidado com o outro ser, que, dada a ameaça de vulnerabilidade, converte-se em preocupação diante da condição humana de poder cuidar<sup>46</sup>. Pode-se inferir, a partir dessa concepção da ética de responsabilidade pública, que ocorreram diferentes infrações éticas ao longo da pandemia no âmbito da administração pública federal brasileira.

Logo, denotou-se na realidade do Brasil, incluindo o cotidiano do trabalho na APS, que as discussões éticas sobre o cuidado em saúde voltado para a COVID-19 foram permeadas por *fake news* e por decisões políticas em nível federal que negaram orientações de distanciamento social e uso de máscaras, além de incentivar tratamentos medicamentosos sem evidência científica e de descredibilizar o efeito das vacinas<sup>39,44</sup>.

De acordo com Correia (2020)<sup>47</sup>, essas situações descritas acima foram bem diferentes da realidade em Portugal, onde ocorreram medidas restritivas nas cadeias de transmissão da COVID-19 por um consenso político em torno da gestão pública da emergência sanitária da pandemia<sup>47</sup>.

Dessa forma, ressalta-se que diversos aspectos analisados ao longo deste artigo apontam que o trabalho na APS brasileira pode ter sido condicionado de forma mais precária do que em outros países com sistemas de saúde orientados para a APS, como o caso de Portugal, mesmo com a sobrecarga perceptível da pandemia de COVID-19 sobre o SUS e o SNS, e conseqüentemente na APS e nos CSP.

## Considerações finais

Relativizar a morte de milhares, centenas, dezenas ou até mesmo de uma única pessoa é ignorar a vida e a condição humana. Agir em acordo com a plenitude da vida e o futuro da humanidade deve ser responsabilidade intrínseca daqueles que foram eleitos para gerir o interesse público.

Nesse período pandêmico complexo vivenciado no mundo, ganha força a afirmação de Dallari (2003)<sup>48</sup>: “A consideração de critérios éticos torna-se absolutamente necessária para que a saúde de todos os seres humanos esteja entre as prioridades na utilização dos recursos disponíveis, bem como para que os avanços da ciência e da tecnologia, quando verdadeiros, tenham como parâmetro de validade o benefício da pessoa humana.”

No panorama internacional e nacional, ao mesmo tempo em que os trabalhadores da saúde vivem momento de grande visibilidade pelo enfrentamento à pandemia de COVID-19, uma vez que estão de forma imediata e dramática na linha de frente do cuidado à população, apresentam maior risco para a doença e têm dificuldades de proteção para desempenhar suas atividades nos diversos níveis de atenção, como a APS.

Essas situações podem ser percebidas nas realidades brasileira e portuguesa, pois mesmo com contextos históricos, sociais e econômicos distintos, percebeu-se que houve sobrecarga de

trabalho e deficiências em relação às condições de trabalho na APS e nos CSP dos respectivos sistemas públicos de saúde, SUS e SNS.

Em ambos os sistemas ocorreram colapsos, como no caso da cidade de Manaus, no Brasil, e a alta taxa de ocupação dos leitos de cuidados intensivos na região Norte de Portugal, ambos os casos observados na segunda onda da pandemia de COVID-19, que havia se iniciado entre os meses de outubro e novembro de 2020<sup>49-51</sup>.

No entanto, destaca-se que no cenário português a forte coordenação política central para o enfrentamento da COVID-19, com diversas estratégias de saúde pública, como vigilância, amplo rastreamento, forte incentivo à vacinação e articulação de diversas ações, como as desenvolvidas na APS portuguesa, mitigaram os efeitos da pandemia, diferentemente da realidade brasileira.

Dessa forma, vale ressaltar que é importante, nesse processo de combate pandêmico, evidenciar as necessidades de mudanças no mundo do trabalho em saúde e suas especificidades nos diversos níveis de atenção à saúde, incluindo a APS. Afinal, tanto no cenário pandêmico quanto pós-pandêmico, as realidades vivenciadas pelos trabalhadores da APS são essenciais na compreensão das necessidades de ajustes para melhores condições de trabalho na saúde pública e para o bom funcionamento dos sistemas universais de saúde no mundo, como nos casos do Brasil e Portugal.

## Colaboradores

RPO Santos: concepção e projeto do artigo; coleta, análise e interpretação de dados; redação do manuscrito e revisão do conteúdo. JA Nunes: concepção e projeto do artigo, análise e interpretação de dados; revisão crítica do conteúdo. NG Dias: concepção e projeto do artigo; coleta, análise e interpretação de dados; redação do manuscrito e revisão do conteúdo. AS Lisboa: concepção e projeto do artigo; coleta, análise e interpretação de dados; redação do manuscrito. VH Antunes: concepção e projeto do artigo; análise e interpretação dos dados. EJ Pereira: concepção e projeto do artigo; coleta, análise e interpretação de dados; redação do manuscrito e revisão crítica do conteúdo. SN Barbosa: concepção e projeto do artigo; análise e interpretação de dados; redação do manuscrito.

## Agradecimentos

O grupo de autores agradece à professora Maria Helena Machado, que, como coordenadora da pesquisa “Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da COVID-19 no Brasil” (ENSP e CEE – Fiocruz, 2020-2021), apoiou a construção deste artigo.

## Referências

1. Prado Júnior C. *Formação do Brasil contemporâneo: colônia*. São Paulo: Ed. Brasiliense; 2000.
2. Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 89-120.
3. Corbo AMDA, Pontes A, Morosini MVGC. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: Morosini MVGC, CORBO A, organizadores. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 69-106.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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* 2017; 22 set.
5. Portugal. Assembleia da República. Lei nº 56/79, de 15 de setembro de 1979. *Diário da República* 1979; 15 set.
6. Portugal. Ministério da Saúde e Assistência. Decreto -Lei n.º 413/71, de 27 de setembro. *Diário do Governo* 1971; 27 set.
7. Carapineiro G, Page P. As determinantes globais do sistema de saúde português. In: Hespânia P, Carapineiro G, organizadores. *Risco social e incerteza: pode o Estado social recuar mais?* Porto: Ed. Afrontamento; 2001. p. 81-121.
8. Campos, AC, Simões J, Fernandes AC. *40 anos de abril na saúde*. Coimbra: Almedina; 2014.
9. Teixeira L. *A Reforma do Centro de Saúde: percursos e discursos*. Lisboa: Mundos Sociais; 2012.
10. Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de Agosto. *Diário da República* 2007; 22 ago.
11. Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro. *Diário da República* 2008; 22 fev.
12. Haldane V, De Foo C, Abdalla SM, Jung AS, Tan M, Wu S, Chua A, Verma M, Shrestha P, Sing S, Perez T, Tan SM, Bartos M, Mabuchi A, Bonk M, McNab C, Werner GK, Panjabi R, Nordstrom A, Legido-Quigley H. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med* 2021; 27(6):964-980.
13. World Health Organization (WHO). The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. *Health Workforce Department – Working Paper 1* 2021; set.
14. World Health Organization (WHO). Protecting, safeguarding and investing in the health and care workforce. *74º Seventy-fourth World Health Assembly*. United Nations, New York; 2021, may 26.
15. Machado M, Santos R, Dos Santos Neto P, Santana V, Campos F. Health Workforce: Situations and Challenges in Latin America, the Caribbean, and Brazil. *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health* [serial on the internet]. 2022. [cited 2022 jul 3]. Available from: <https://oxfordre.com/publichealth/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-332>

16. World Health Organization (WHO), International Labour Organization (ILO). *Caring for those who care: guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers*. Geneva: WHO; 2022.
17. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D, Blecher M, Cashin C, Esperato A, Hipgrave D, Kalisa I, Kurowski C, Meng Q, Morgan D, Mtei G, Nolte E, Onoka C, Powell-Jackson T, Roland M, Sadanandan R, Stenberg K, Vega Morales J, Wang H, Wurie H. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Glob Health* 2022; 10(5):715-772.
18. Kumpunen S, Webb E, Permanand G, Zheleznyakov E, Edwards N, Van Ginneken E, Jakab M. Transformations in the landscape of primary health care during COVID-19: themes from the European Region. *Health Policy* 2022; 126(5):391-397. 2022.
19. Machado MH, Teixeira EG, Freire N, Pereira EJ, Minayo MCS. Óbitos de médicos e da equipe de enfermagem por COVID-19 no Brasil: uma abordagem sociológica. *Cien Saude Colet* 2022; 28(2):405-419.
20. World Health Organization (WHO). Timeline: WHO's COVID19 response [Internet]. 2021. [cited 2022 jul 3]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>
21. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. COVID-19 casos e óbitos. [acessado 2021 dez 6]. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/convid-19\\_html/covid-19\\_html.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/convid-19_html/covid-19_html.html)
22. Johns Hopkins University (JHU). Center for Systems Science and Engineering (CSSE). Covid-19 Dashboard [Internet]. 2022. [acessado 2022 nov 5]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
23. Conselho Federal de Medicina (CFM). Memorial aos médicos que se foram durante o combate à COVID-19 [Internet]. 2020. [acessado 2022 jul 3]. Disponível em: <https://memorial.cfm.org.br/>
24. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Observatório da Enfermagem [Internet]. 2021. [acessado 2022 jul 3]. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>
25. Internacional de Serviços Públicos (ISP). Profissionais da saúde e a COVID-19 no Brasil – relatório especial outubro de 2022 em dados e gráficos [Internet]. 2022. [acessado 2022 jul 3]. Disponível em: [https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com/uploads/a8783437-7df0-408d-b8bf-f05113b32402\\_Profissionais\\_de\\_saude\\_na\\_pandemia\\_4\\_.pdf](https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com/uploads/a8783437-7df0-408d-b8bf-f05113b32402_Profissionais_de_saude_na_pandemia_4_.pdf)
26. Silva E. Quase 28 mil profissionais de saúde em Portugal infetados com Covid-19 morreram [Internet]. *Expresso* 2021; mar 1. [acessado 2023 jun 23]. Disponível em: <https://expresso.pt/sociedade/2021-03-01-Quase-28-mil-profissionais-de-saude-em-Portugal-infetados-com-covid-19-morreram>
27. Huston P, Campbell J, Russell G, Goodyear-Smith F, Phillips RL Jr, van Weel C, Hogg W. COVID-19 and primary care in six countries. *BJGP Open* 2020; 4(4):bjgpopen20X101128.
28. Londoño-Ramírez A, García-Pla S, Bernabeu-Juan P, Pérez-Martínez E, Rodríguez-Marin J, Van-Der Hofstadt-Román C. Impact of COVID-19 on the anxiety perceived by healthcare professionals: differences between primary care and hospital care. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(6):3277.
29. Kendrick D, Agius Rm, Robertson JF, Sewell HF, Stewart M. Was enough, and is enough, being done to protect the primary care workforce from COVID-19? *Br J Gen Pract* 2021; 71(704):100-101.
30. Frota AC, Barreto ICHC, Carvalho ALB, Ouverney ALM, Andrade LOM, Machado NMS. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da COVID-19. *Saude Debate* 2022; 46(esp. 1):131-151.
31. Taylor M, Kinder K, George J, Bazemore A, Mannie C, Phillips R, Strydom S, Goodyear-Smith F. Multinational primary health care experiences from the initial wave of the COVID-19 pandemic: a qualitative analysis. *SSM Qual Res Health* 2022; 2:100041.
32. Machado MH, organizadora. *Pesquisa: condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da COVID-19 no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP/CEE-Fiocruz; 2020/2021.
33. Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional (USF-AN). *O impacto que o apoio às unidades e aos serviços criados no âmbito da pandemia por COVID-19 tem tido nos Cuidados de Saúde Primários*. Porto: USF-AN; 2021.
34. Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde. Cuidados de Saúde Primários [Internet]. 2020. [acessado 2023 jun 16]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/primarios/?lang=pt>
35. Portugal, Serviço Nacional de Saúde (SNS). Governo aprova a criação de mais 20 USF Modelo B [Internet]. 2021. [acessado 2023 jun 16]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/09/30/governo-aprova-a-criacao-de-mais-20-usf-modelo-b/>
36. Soares B, Passos C. O impacto da COVID-19 na gestão de operações de unidades de saúde: um estudo qualitativo. *Gestão Desenvolvimento* 2022; 30:233-253.
37. Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional (USF-AN). *COVID-19: não pode ter a mesma resposta de 2020 ou 2021*. Porto: USF-AN; 2021.
38. Bousquat A, Giovanella L, Facchini LA, Mendonça MHM, Cury GC, Nedel F. *Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no SUS*. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em Atenção Primária Abrasco; 2021.
39. Xavier DR, Silva EL, Lara FA, Silva GRR, Oliveira MF, Gurgel H, Barcellos C. Involvement of political and socio-economic factors in the spatial and temporal dynamics of COVID-19 outcomes in Brazil: a population-based study. *Lanc Reg Health Am* 2022; 10:100221.
40. Barros SG, Cruz DN, Souza JC, Silva LA, Guimarães MC, Rezende MM, Paim J, Silva LMV. Vigilância e elevada cobertura vacinal: como Portugal superou o colapso e retomou o controle da Pandemia. *Cien Saude Colet* 2023; 28(5):1297-1312.

41. Correia PM, Mendes I, Pereira SP, Subtil I. The combat against COVID-19 in Portugal: How state measures and data availability reinforce some organizational values and contribute to the sustainability of the National Health System. *Sustainability* 2020; 12(18):7513.
42. Kramer JB, Brown DE, Kopar PK. Ethics in the Time of Coronavirus: Recommendations in the COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Surg* 2020; 230(6):1114-1118.
43. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Declaração sobre a COVID-19: considerações éticas sob perspectiva global [Internet]. 2020. [acessado 2022 jun 3]. Disponível em: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115_por)
44. Ventura DFL, Reis R. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19. Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à COVID-19 no Brasil [Internet]. 2021. [acessado 2022 ago 20]. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2021/01/boletim-direitos-na-pandemia.pdf>
45. Shores N. Governo se empenhou em disseminar COVID-19, diz USP em estudo para CPI [Internet]. *Poder 360* 2021; jun 7. [acessado 2022 set 18]. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/governo/governo-se-empenhou-em-disseminar-covid-19-diz-usp-em-estudo-para-cpi/>
46. Jonas H. A natureza modificada pelo agir humano. In: Jonas H. *O princípio da responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*. Rio de Janeiro: Contraponto; 2006. p. 31-34.
47. Correia T. A gestão política da COVID-19 em Portugal: contributos analíticos para o debate internacional. *Saude Debate* 2020; 44(esp. 4):62-72.
48. Dallari DA. Ética sanitária. In: Aranha MI, organizador. *Direito sanitário e saúde pública*. Brasília: MS; 2003.
49. Amato G. Como Portugal passou de exemplo ao caos na segunda onda da Covid-19 [Internet]. *O Globo* 2021; 1 fev. [acessado 2023 jun 25]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/mundo/como-portugal-passou-de-exemplo-ao-caos-na-segunda-onda-da-covid-19-24863536>
50. Covid-19: Manaus vive colapso com hospitais sem oxigênio, doentes levados a outros estados, cemitérios sem vagas e toque de recolher [Internet]. *Portal G1* 2021; 14 jna. [acessado 2023 jun 15]. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/01/14/covid-19-manaus-vive-colapso-com-hospitais-sem-oxigenio-doentes-levados-a-outros-estados-cemiterios-sem-vagas-e-toque-de-recolher.html>
51. Barreto IC, Costa Filho RV, Ramos RF, Oliveira LG, Martins NR, Cavalcante FV, Andrade LOM, Santos LMP. Health collapse in Manaus: the burden of not adhering to non-pharmacological measures to reduce the transmission of COVID-19. *Saude Debate* 2021; 45(131):1126-1139.

Artigo apresentado em 20/10/2022

Aprovado em 01/06/2023

Versão final apresentada em 27/06/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva