



Marcus Moreira Pereira

**Profissionais da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia de COVID-19:  
saúde mental, qualidade de vida, estratégias de enfrentamento (coping), valores básicos  
de vida, e percepções e práticas quanto às medidas preventivas contra a COVID-19**

Brasília  
2021

Marcus Moreira Pereira

**Profissionais da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia de COVID-19: saúde mental, qualidade de vida, estratégias de enfrentamento (coping), valores básicos de vida, e percepções e práticas quanto às medidas preventivas contra a COVID-19**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentado ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Escola Superior de Ciências da Saúde como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas a uma Rede Nacional.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim

Brasília  
2021

Ficha Catalográfica

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde  
Escola Superior de Ciências da Saúde  
Biblioteca Central da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Pereira, Marcus Moreira. Profissionais da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia de COVID-19: saúde mental, qualidade de vida, estratégias de enfrentamento (coping), valores básicos de vida, e percepções e práticas quanto às medidas preventivas contra a COVID-19 /

Marcus Moreira Pereira; – Brasília, 2021

no. f. : il.

Orientador(a): Fabio Ferreira Amorim

Dissertação de Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE) – Coordenação de Pós-Graduação e Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde, 2021.

104p

1. Coronavírus. 2. COVID-19. 3. Estratégia saúde da família. 4. Atenção primária à saúde. 5. Saúde mental I. Profissionais da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia de COVID-19: saúde mental, qualidade de vida, estratégias de enfrentamento (coping), valores básicos de vida, e percepções e práticas quanto às medidas preventivas contra a COVID-19.

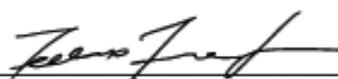
## TERMO DE APROVAÇÃO

MARCUS MOREIRA PEREIRA

**Profissionais da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia de COVID-19: saúde mental, qualidade de vida, estratégias de enfrentamento (coping), valores básicos de vida, e percepções e práticas quanto às medidas preventivas contra a COVID-19**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Saúde da Família** pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (ProfSaúde) – Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS).

Aprovada em: 30/11/2021.



**Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim**

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (ProfSaúde) -  
Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)  
Orientador

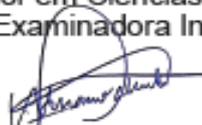
0000-0000

**LEILA B D GOTTEMS**

Documento de forma digital por UFGA ID: 1077986  
20/11/2021 AS 10:27:59AM - ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE - UFGA - Avenida Itália - Goiânia - Goiás - Brasil  
Data: 2021.11.27 11:08:41 -0700

**Profª Drª Leila Bernarda Donato Gottems**

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (ProfSaúde) -  
Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)  
Examinadora Interna



**Prof. Dr. Adriano Machado Facioli**

Curso de Graduação em Enfermagem  
Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)  
Examinador Externo

**Profª Drª Aline Mizusaki Imoto**

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde  
da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)  
Suplente

Dedico essa dissertação a todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde que atuaram e continuam atuando no combate à pandemia pela COVID-19 e a todas as pessoas que perderam a vida para esta doença.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Yone e José Carlos (*in memoriam*) pelo exemplo de caráter, honestidade e pelo intransigente estímulo ao estudo, à minha formação pessoal e acadêmica. Gratidão à minha esposa Fabiana pela compressão e apoio na realização deste mestrado. Agradeço ao professor Me. Thiago Blanco Vieira pelas relevantes contribuições e orientações. Agradeço especialmente ao professor Dr. Fabio Ferreira Amorim pela extrema competência, dedicação e parceria na elaboração deste trabalho, bem como, a cada um dos participantes desta pesquisa. Por fim, agradeço a Deus por ter me dado saúde e força para concluir esta etapa em minha vida.

## EPÍGRAFE

Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo.  
Todos nós sabemos alguma coisa.  
Todos nós ignoramos alguma coisa.  
Por isso aprendemos sempre.

Paulo Freire

## RESUMO

**Referência:** Profissionais da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia de COVID-19: saúde mental, qualidade de vida, estratégias de enfrentamento (*coping*), valores básicos de vida, e percepções e práticas quanto às medidas preventivas contra a COVID-19.

**Introdução:** Em situações de pandemia, um dos principais desafios é evitar a saturação do sistema de saúde. Nesse aspecto, a atuação efetiva da Atenção Primária à Saúde (APS) seria fundamental para o êxito das ações na rede de atenção à saúde. Porém, no cenário brasileiro, foi observada uma maior ênfase na organização da rede de atenção terciária, sendo ainda muitas UBS destinadas ao atendimento exclusivo de síndromes gripais ou tiveram o perfil alterado para unidades de pronto atendimento ou centros de internação, assim como muitos profissionais da APS foram deslocados para polos de atendimentos a pessoas com COVID-19. Dessa forma, a situação da pandemia associada à mudança na rotina profissional do profissional de saúde da APS pode ter impactado diretamente em sua saúde mental. **Objetivo:** Avaliar a saúde mental de profissionais de saúde da APS no contexto da pandemia pela COVID-19, assim como a associação entre as alterações na saúde mental e a qualidade de vida, qualidade do sono, *coping* e seus valores humanos. **Metodologia:** Estudo transversal por meio de questionário eletrônico aplicado à profissionais de saúde da APS do Recanto das Emas, Distrito Federal, entre novembro/2020 a outubro/2021. Os seguintes instrumentos foram aplicados: questionário sociodemográfico e de aspectos individuais relacionados a pandemia pela COVID-19, Inventário de Auto-avaliação do Comportamento para Adultos (ASR), Questionário de Valores Básicos (QVB), Escala Breve de *Coping* (BRIEF-COPE), Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde - versão curta (WHO-QoL-BREEF) e Escala de Sono de Jenkins. **Resultados:** Foram incluídos 105 profissionais: 13 médicos (12,4%), 18 enfermeiros (17,1%), 7 dentistas (6,7%), 12 outros profissionais de nível superior (11,4%), 20 técnicos de enfermagem (19,0%), 6 Outros profissionais assistências de nível técnico (5,7%), 22 agentes comunitários de saúde (21,0%), e 7 técnicos administrativos (6,7%). Desses, 64 achavam que a pandemia de COVID-19 estava afetando sua saúde mental (61,0%), 43 já tinham apresentado COVID-19 (41,0%), 74 referiam medo de ter COVID-19 (70,5%) e 100 de transmiti-la para um familiar ou amigo próximo. Valores acima do normal na escala de sintomas depressivos do ASR foram observados em 50 profissionais (47,6%) e nas escalas de sintomas depressivos ou somáticos em 14, de personalidade afetiva em 15 (9,3%), sendo que 55 profissionais apresentaram alteração em pelo menos uma das escalas de sintomas de transtornos mentais

(52,4%). Oitenta e cinco profissionais apresentavam distúrbio do sono (81,0%). Menos de um quinto dos profissionais de saúde (n= 19, 18,1%) tiveram a qualidade de vida classificada como boa e nenhum como muito boa. O conjunto de *coping* focado na “Solução de Problemas” foi a estratégia preponderante (mediana: 75,0, IQ25-75%; 62,5-87,5) e as estratégias focadas no “Evitamento” a menos pontuada (mediana: 45,0, IQ25-75%: 40,0-52,5). Profissionais do sexo feminino (83,3% versus 60,0%,  $p = 0,009$ ) e que relataram ter medo de transmitir COVID-19 para um familiar próximo (100,0% versus 90,9%,  $p = 0,029$ ) tiveram maior incidência de valores alterados nos sintomas de ansiedade. A análise multivariada mostrou que “Autoculpabilização” (OR: 22,757; IC 95%: 1,410-367,254,  $p = 0,028$ ) e a Escala de Sono de Jenkins (OR: 1,137; IC 95%: 1,014-1,275,  $p = 0,028$ ) estiverem associados de forma independente a maior ocorrência de alteração desses sintomas. Já quanto aos sintomas depressão ou somáticos, profissionais de nível técnico que atuavam na assistência, que não fossem técnicos de enfermagem, apresentaram maior incidência de alterações (21,4% versus 4,4%,  $p = 0,017$ ) e profissionais com nível superior de escolaridade uma incidência menor (57,1% versus 81,9%,  $p = 0,037$ ). A análise multivariada mostrou que “Autoculpabilização” (OR: 1,529; IC95%: 1,062-2,203,  $p = 0,022$ ) esteve associada de forma independente a maior ocorrência de alteração desses sintomas, enquanto a melhora na qualidade de vida a redução (OR: 0,939; IC95%: 0,888-0,994,  $p = 0,030$ ). **Conclusão:** Foi observado um grau de sofrimento psicológico e de sintomas de transtornos mentais elevado nos profissionais que atuam na APS durante a pandemia de COVID-19, com mais da metade dos profissionais apresentando sintomas de transtornos mentais, sendo os sintomas da ansiedade os mais comuns. A minoria dos profissionais teve a qualidade de vida classificada como boa e nenhum como muito boa, além de apresentar alta prevalência de distúrbios do sono. Profissionais que adotaram estratégias de enfrentamento ao estresse relacionadas ao evitamento ou ao suporte social foram os mais propensos a apresentar comprometimento da saúde mental, especialmente quando essas estratégias estavam relacionadas a culparem a si próprios pela situação vivenciada.

**Palavras-chave:** Coronavírus; COVID-19; Estratégia saúde da família; Atenção primária à saúde; Saúde mental.

## ABSTRACT

Reference: Primary Health Care Professionals in the context of the COVID-19 pandemic: mental health, quality of life, coping strategies, basic values of life, and perceptions and practices regarding preventive measures against COVID-19.

**Introduction:** In pandemic situations, one of the main challenges is avoiding the health system's saturation. In this aspect, the effective performance of Primary Health Care (PHC) would be essential for the success of actions in the health care network. However, in the Brazilian scenario, there was a greater emphasis on the organization of the tertiary care network, with many primary health care units still dedicated to the exclusive care of flu-like illnesses or had their profile changed to emergency care units or inpatient centers, as well as many professionals from the APS were transferred to care centers for people with COVID-19. Thus, the pandemic situation associated with the change in the professional routine of the PHC health professionals may have had a direct impact on their mental health. **Objective:** To assess the mental health of PHC health professionals in the context of the COVID-19 pandemic, as well as the association between changes in mental health and quality of life, sleep quality, coping, and their human values. **Methods:** Cross-sectional study using an electronic questionnaire applied to health professionals from the PHC of Recanto das Emas, Distrito Federal, between November/2020 and October/2021. The following instruments were applied: sociodemographic and individual aspects questionnaire related to the pandemic by COVID-19, Self-Assessment of Behavior Inventory for Adults (ASR), Basic Values Questionnaire (QVB), Brief Coping Scale (BRIEF-COPE), World Health Organization Quality of Life Assessment - short version (WHO-QoL-BREEF) and Jenkins Sleep Scale. **Results:** 105 professionals were included: 13 doctors (12.4%), 18 nurses (17.1%), 7 dentists (6.7%), 12 other higher education professionals (11.4%), 20 technicians. nursing (19.0%), six other technical assistance professionals (5.7%), 22 community health agents (21.0%), and seven administrative technicians (6.7%). Of these, 64 thought that the COVID-19 pandemic was affecting their mental health (61.0%), 43 had already presented COVID-19 (41.0%), 74 reported fear of having COVID-19 (70.5%), and 100 of passing it on to a family member or close friend. Values above normal in the depressive symptoms scale of the ASR were observed in 50 professionals (47.6%) and the depressive or somatic symptoms scales in 14 of affective personality in 15 (9.3%), with 55 professionals showing alterations in at least one of the scales of symptoms of mental disorders (52.4%). Eighty-five professionals had sleep disorders (81.0%). Less than a fifth of

health professionals (n=19, 18.1%) classified their quality of life as good and none as very good. The coping set focused on "Problem Solving" was the preponderant strategy (median: 75.0, IQ25-75%; 62.5-87.5) and strategies focused on "Avoidance" the lowest scored (median: 45, 0, IQ25-75%: 40.0-52.5). Female professionals (83.3% versus 60.0%,  $p = 0.009$ ) and professionals that reported being afraid of transmitting COVID-19 to a close family member (100.0% versus 90.9%,  $p = 0.029$ ) had the highest incidence of altered values in anxiety symptoms. The multivariate analysis showed that "Self-blame" (OR: 22.757; 95% CI: 1.410-367.254,  $p = 0.028$ ) and the Jenkins Sleep Scale (OR: 1.137; 95% CI: 1.014-1.275,  $p = 0.028$ ) are independently associated with an increased occurrence of a change in these symptoms. For depression or somatic symptoms, technical-level professionals who worked direct health care assistance and were not nursing technicians had a higher incidence of changes (21.4% versus 4.4%,  $p = 0.017$ ). On the contrary, professionals with a higher education level showed reduced depression or somatic symptoms (57.1% versus 81.9%,  $p = 0.037$ ). The multivariate analysis showed that "Self-blame" (OR: 1.529; 95%CI: 1.062-2.203,  $p = 0.022$ ) was independently associated with an increased occurrence of the change in these symptoms, while the improvement in quality of life was associated with a reduction (OR: 0.939; 95%CI: 0.888-0.994,  $p = 0.030$ ). **Conclusion:** A high degree of psychological distress and symptoms of mental disorders was observed in professionals working in PHC during the COVID-19 pandemic, with more than half of the professionals presenting symptoms of mental disorders, with anxiety symptoms being the most common. A minority of professionals had their quality of life classified as good and none as very good, in addition to presenting a high prevalence of sleep disorders. Professionals who adopted stress coping strategies related to avoidance or social support were the most likely to have impaired mental health, especially when these strategies were related to blaming themselves for the situation they experienced.

**Keywords:** Coronavirus; COVID-19; Family health strategy; Primary health care; Mental health.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Valores humanos: funções, subfunções e valores específicos.....	34
Quadro 2	Funções do instrumento <i>Brief Coping Orientation to Problems Experienced</i> (Brief COPE) e suas definições.....	36
Quadro 3	Funções do instrumento <i>Brief Coping Orientation to Problems Experienced</i> (Brief COPE) conforme as classificações em quatro e quatorze funções.....	37

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características dos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasília (n=105) .....	45
Tabela 2	Aspectos individuais relacionados à pandemia de COVID-19 de profissionais atuantes na ESF no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil (n=105) .....	46
Tabela 3	Comparação dos aspectos sociodemográficos e dos aspectos individuais relacionados à pandemia de COVID-19 entre os profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos das Emas, Distrito Federal, Brasil, que concordavam ou não com as medidas de isolamento social (n = 105) .....	47
Tabela 4	Aspectos do funcionamento adaptativo e psicopatológico de acordo com o instrumento de autoavaliação para adultos de 18 a 59 anos (ASR 18-59) dos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil (n=105) .....	48
Tabela 5	Comparação dos aspectos sociodemográficos, dos aspectos individuais relacionados à pandemia de COVID-19 e dos aspectos da autoavaliação do funcionamento adaptativo e psicopatológico entre os profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil, que achavam ou não que a pandemia de COVID-19 estava afetando sua saúde mental (n = 105) .....	49
Tabela 6	Comparação dos aspectos sociodemográficos e individuais relacionados à pandemia de COVID-19 entre os profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil, com e sem alteração na escala de sintomas da ansiedade orientada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) do instrumento de autoavaliação para adultos de 18 a 59 anos (ASR 18-59) (n = 105).....	51

Tabela 7	Comparação dos aspectos sociodemográficos e individuais relacionados à pandemia de COVID-19 entre os profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil, com e sem alteração na escala de sintomas depressivos ou somáticos orientadas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) do instrumento de autoavaliação para adultos de 18 a 59 anos (ASR 18-59) (n = 105).....	52
Tabela 8	Qualidade do sono de acordo com a Escala de Sono de Jenkins de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil (n=105) .....	53
Tabela 9	Escores do instrumento abreviado da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref) de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil (n=105) .....	53
Tabela 10	Classificação da qualidade de vida de acordo com o instrumento abreviado da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref) de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil (n=105) ....	54
Tabela 11	Correlações entre a qualidade de vida de acordo com o instrumento abreviado da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref) e a qualidade do sono de acordo com a Escala de Sono de Jenkins com as escalas de sintomas depressivos e de sintomas depressivos e somáticos orientadas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) do instrumento de autoavaliação para adultos de 18 a 59 anos (ASR 18-59) de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil (n=105).....	55
Tabela 12	Subfunções dos valores humanos de acordo com o questionário de valores básicos (QVB) de profissionais atuantes na Estratégia	56

	Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil, (n=105) .....	
Tabela 13	Correlações entre os valores básicos de vida de acordo com o Questionário dos Valores Básicos (QVB) e os sintomas depressivos, da ansiedade e somáticos de acordo com as escalas orientadas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) do instrumento de autoavaliação para adultos de 18 a 59 anos (ASR 18-59) de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil (n=105) .....	58
Tabela 14	Estratégias de enfrentamento ao estresse de acordo com o questionário Brief Coping Orientation to Problems Experienced (Brief COPE) de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil (n=105).	59
Tabela 15	Correlações das estratégias de enfrentamento de acordo com o questionário Brief Coping Orientation to Problems Experienced (Brief COPE) com as escalas sintomas da ansiedade e de sintomas depressivos ou somáticos de acordo com as escalas orientadas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) do instrumento de autoavaliação para adultos de 18 a 59 anos (ASR 18-59) de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil (n=105).....	61
Tabela 16	Análise multivariada dos fatores associados à alteração de sintomas de ansiedade de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil.	63
Tabela 17	Análise multivariada dos fatores associados à alteração de sintomas de ansiedade de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil.	63

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Subfunções dos valores básicos de vida de acordo com o questionário de valores básicos (QVB) em profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil, (n=105) .....	56
Figura 2	Comparação das subfunções dos valores humanos de acordo com o questionário de valores básicos (QVB) entre profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil, que concordavam ou não com as medidas de isolamento social (n=105) .....	57
Figura 3	Estratégias de enfrentamento ao estresse de acordo com o questionário Brief Coping Orientation to Problems Experienced (Brief COPE) de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil.....	60
Figura 4	Comparação das estratégias de enfrentamento ao estresse de acordo com o questionário Brief Coping Orientation to Problems Experienced (Brief COPE) entre profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil, que concordavam ou não com as medidas de isolamento social (n=105) .....	60

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASR 18 -59	Aspectos do Funcionamento Adaptativo e Psicopatológico 18 a 59 anos
COVID- 19	Doença do Novo Coronavírus de 2019
DF	Distrito Federal
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
EUA	Estados Unidos da América
MERS-CoV	Coronavírus da Síndrome Respiratória do Oriente Médio
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OR	Odds Ratio
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
QVB	Questionário dos Valores Básicos
RNA	Ácido Ribonucleico
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SARS-CoV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave -Associada ao Coronavírus 2
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
WHO	World Health Organization
WHOQoL-BREF	Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

## SUMÁRIO

1	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	20
2	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	22
3	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	25
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A PANDEMIA DE COVID-19...	28
3.2	PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A PANDEMIA DE COVID-19 .....	29
3.3	VALORES HUMANOS.....	32
3.4	ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO ESTRESSE (COPING).....	34
4	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	38
5	<b>OBJETIVOS</b> .....	39
5.1	OBJETIVO GERAL .....	39
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	39
6	<b>MÉTODOS</b> .....	40
6.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	40
6.2	LOCAL DO ESTUDO.....	40
6.3	SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	40
6.3.1	Critérios de inclusão .....	40
6.3.2	Critérios de exclusão.....	41
6.4	COLETA DE DADOS E OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA ...	41
6.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	43
6.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	44
7	<b>RESULTADOS</b> .....	45
7.1	ASPECTOS INDIVIDUAIS RELACIONADOS À PANDEMIA DE COVID-19.....	46
7.2	ASPECTOS DO FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO E PSICOPATOLÓGICO (ASR 18-59) .....	48
7.3	QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-bref) E QUALIDADE DO SONO (ESCALA DE SONO DE JENKINS) .....	53
7.4	VALORES HUMANOS OU VALORES BÁSICOS DE VIDA -QVB....	55
7.5	ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO AO ESTRESSE - BRIEF COPE.....	58

8	<b>DISCUSSÃO</b> .....	64
9	<b>CONCLUSÃO</b> .....	72
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	74
	<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ASPECTOS INDIVIDUAIS RELACIONADOS À PANDEMIA PELA COVID-19</b> .....	86
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	87
	<b>ANEXO A – INVENTÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO PARA ADULTOS (ASR)</b> .....	88
	<b>ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE VALORES BÁSICOS (QVB)</b> ....	91
	<b>ANEXO C – ESCALA BREVE DE <i>COPING</i> - BRIEF-COPE</b> .....	92
	<b>ANEXO D – AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (WHOQoL-BREF)</b> .....	93
	<b>ANEXO E – ESCALA DE SONO DE JENKINS</b> .....	96
	<b>ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE</b> .....	97
	<b>ANEXO G – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	103

## 1 APRESENTAÇÃO

O despertar e a motivação para a escolha deste tema surgiu devido ao impacto e comoção que a pandemia da doença do novo coronavírus de 2019 (COVID- 19) causou em todo mundo. Os casos confirmados e os óbitos pela doença aumentavam dia a dia, em taxas, cada vez mais aceleradas. Por se tratar de uma doença nova, ainda pouco estudada, à época sem vacina ou tratamento específico e com altas taxas de contágio, a pandemia de COVID-19 se mantinha cercada por muito medo e incertezas. Em todo o mundo, essa doença tem afetado de forma intensa os profissionais de saúde, justamente os maiores responsáveis pelo seu combate direto, pois, estes profissionais estão mais expostos ao contágio.

Sendo natural de Salvador, Bahia, inicialmente me graduei em Farmácia, pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), com Habilitação em Farmácia Industrial pela própria UFBA. No ano de 2000, me mudei para a cidade de Anápolis, no estado de Goiás para trabalhar na indústria farmacêutica e, posteriormente, cursei Habilitação em Farmácia Bioquímica, na Universidade Estadual de Goiás (UEG). No estado de Goiás, atuei na iniciativa privada como farmacêutico industrial e como farmacêutico bioquímico da Secretaria de Saúde do município de Goiânia. Atuei também como docente dos cursos de farmácia e de enfermagem da Faculdade do Instituto Brasil (FIBRA) e como servidor técnico-administrativo do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás (IFG), campus Anápolis.

Com a conclusão da graduação em medicina no ano de 2015, iniciei a residência em Medicina de Família e Comunidade no ano seguinte, ambas realizadas no Centro Universitário de Anápolis (atualmente Universidade Evangélica de Goiás). Durante a residência, realizei também Especialização em Preceptoría de Medicina de Família pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS). Ao final da residência, atuei como preceptor do programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Centro Universitário de Anápolis (atualmente Universidade Evangélica de Goiás). No início do ano de 2019, me mudei para o Distrito Federal (DF) para trabalhar como Médico de Família e Comunidade (MFC) na Secretaria de Estado de Saúde do DF, onde me encontro atualmente.

Como médico de família e comunidade, compreendo a medicina de família como mais que uma especialidade, como uma área do conhecimento médico, que busca e

valoriza a abordagem individual, familiar e comunitária com um atendimento integral e resolutivo. A atuação do médico de família se baseia na atuação em equipe, e na valorização da atuação multidisciplinar com diferentes profissionais da área da saúde.

## 2 INTRODUÇÃO

A doença causada pelo novo coronavírus de 2019 (COVID-19) é uma doença infectocontagiosa causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2, do inglês, severe acute respiratory syndrome-associated coronavirus 2). Os primeiros casos dessa doença foram detectados no final de 2019 em Wuhan, uma cidade da província de Hubei na China, quando foram observados quadros de pneumonia grave causada por um agente desconhecido até aquele momento (SHEREEN et al., 2020; WHO, 2020; ZHU et al., 2020). Esses casos foram inicialmente relatados pelas autoridades de saúde chinesas em 31 de dezembro de 2019, tendo esse vírus se espalhado rapidamente, e logo foi se iniciou uma epidemia na China (LI et al., 2020, WHO, 2020; ZHU et al., 2020). Desde então, os casos se propagaram inicialmente pelo continente asiático, sendo relatados casos na Tailândia, Japão e Coreia do Sul nos dias 13, 15 e 20 de janeiro de 2020, respectivamente. Em seguida, o vírus se distribuiu por outros países e continentes. No dia 23 de janeiro de 2020, os primeiros casos da doença nos Estados Unidos da América (EUA) foram registrados. A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 30 de janeiro de 2020 e pandemia em 11 de março de 2020. Desde então, a pandemia de COVID-19 se tornou um dos grandes desafios do século XXI. Atualmente, acomete mais de 200 países e territórios nos cinco continentes. Seus impactos ainda são inestimáveis, mas afetam diretamente e/ou indiretamente a saúde e a economia da população mundial. No final de outubro de 2021, já havia sido registrado mais de 245 milhões de casos e 5 milhões de óbitos por COVID-19 no mundo (SANT'ANA, et al., 2020; SCHUCHMANN et al., 2020; SHEREEN et al., 2020; WHO, 2020; ZHU et al., 2020; JOHN HOPKINS, 2021; WORDOMETER, 2021).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) reconheceu que já ocorria a transmissão comunitária do SARS-CoV-2 em todo o território nacional no dia 20 de março de 2020. Nessa ocasião, o Brasil tinha 904 casos confirmados em 24 estados do país, além do Distrito Federal, e havia o registro de apenas 11 óbitos nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b). Desde então houve um aumento progressivo dos casos, sendo que no final outubro de 2021, o Brasil era o segundo país no mundo com maior número de óbitos decorrentes da COVID-19 (mais de 600 mil) com mais de 21,7 milhões de casos (JOHN HOPKINS, 2021; WORDOMETER, 2021).

Devido a sua acentuada taxa de transmissão e a inexistência, em um momento inicial, de vacinas ou de tratamentos efetivos, os primeiros países afetados se viram obrigados a tomar medidas de isolamento social. Tais medidas tiveram amplitudes diferentes, com resultados e

consequências bastante distintas, abrindo uma grande discussão entre as possíveis modalidades de isolamento social. A experiência dos países mais afetados mostrou que as medidas de isolamento horizontal representam a forma mais efetiva de evitar o colapso do sistema hospitalar, o que, em última instância, determina uma menor mortalidade em números absolutos (SCHUCHMANN et al., 2020; JAKOVLJEVIC et al., 2020; PHILLIPS et al., 2020). Desse modo, o impacto da pandemia de COVID-19 e as mudanças por ela impostas nos hábitos e no estilo de vida humana são em muitos aspectos sem paralelo há muitas gerações. As pessoas tiveram que adotar medidas inéditas em tempos recentes, como o distanciamento social, a quarentena em larga escala dos sintomáticos respiratórios, chegando até a proibição total de circulação de pessoas, conhecida como “*lockdown*”, com o fechamento do comércio e dos serviços considerados não essenciais em vários países do mundo (SCHUCHMANN et al., 2020; JAKOVLJEVIC et al., 2020; PHILLIPS et al., 2020). A experiência dos países mais afetados mostrou que as medidas de isolamento horizontal representaram a forma mais efetiva de evitar o colapso do sistema de saúde, o que, em última instância, foi capaz de reduzir a mortalidade (SCHUCHMANN et al., 2020).

Porém, como a adoção dessas medidas não foi uniforme pela população, que aliada à alta taxa de contágio do SARS-CoV-2, a falta de uma vacina ou tratamentos efetivos no início da pandemia e a incompreensão da gravidade da situação por alguns gestores, ocorreu o colapso da estrutura de assistência à saúde de vários países. Isso potencializou a letalidade da pandemia, ocorrendo por este motivo, muitas mortes potencialmente evitáveis. Nessa condição, no qual o sistema de saúde não consegue responder a superlotação das unidades de saúde com falta de leitos e de equipamentos para os cuidados, como ventiladores mecânicos, além de situações inimagináveis antes da pandemia, como a falta de oxigênio hospitalar, o próprio profissional de saúde se constitui em uma das principais parcelas da população impactada pela pandemia (GALLASCH et al., 2020; BUSS et al, 2021; BUSS; SABINO, 2021).

Em situações de pandemia, um dos principais desafios é evitar a saturação do sistema de saúde. Nesse aspecto, a atuação efetiva da Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para o êxito das ações da rede de atenção à saúde, especialmente com enfoque na redução da transmissibilidade da doença, quando se observa que mais de 80% dos casos de COVID-19 são leves e que grande parte dos casos com maior gravidade procuram unidades da APS como porta de entrada aos cuidados no sistema de saúde (BARBOSA; SILVA, 2020; SARTI, et al, 2020; SOEIRO, et al, 2020). Porém, no cenário brasileiro, foi observada uma maior ênfase na organização da rede de atenção terciária, para atender os casos de insuficiência respiratória aguda, sendo priorizadas a criação de hospitais de campanha, a ampliação dos leitos de terapia

intensiva e a aquisição de equipamentos, como ventiladores mecânicos. Além, disso, nesse processo, muitos municípios, desmobilizaram unidades da atenção básica, deslocando profissionais das equipes para polos de atendimento a vítimas da COVID-19 e redirecionando recursos para a assistência hospitalar. Também foram destinadas unidades básicas para atendimento exclusivo de pacientes com síndrome gripal, sendo alterado o perfil das unidades básicas de saúde (UBS) para Pronto Atendimentos ou para Centros de Internação (TEIXEIRA, 2020).

Dessa forma, é necessário olhar com atenção à saúde dos profissionais que atuam na APS diante desse cenário complexo, sendo importante analisar os possíveis impactos que a pandemia de COVID-19 pode ter causado na saúde mental e na qualidade de vida desses trabalhadores, assim como entender suas percepções e práticas quanto às medidas preventivas contra a COVID-19 e que fatores podem aumentar ou reduzir a propensão desses profissionais quanto ao adoecimento, especialmente relacionado a sua saúde mental, que podem estar relacionados a seus próprios valores de vida e estratégias de enfrentamento (*coping*).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Patógenos emergentes são desafios globais para saúde pública. Os coronavírus são vírus de RNA envelopados amplamente distribuídos entre humanos, outros mamíferos e aves, causam doenças respiratórias, entéricas, hepáticas e neurológicas. Sabe-se que seis espécies de coronavírus causam doenças humanas. Quatro vírus - 229E, OC43, NL63 e HKU1 - são prevalentes e geralmente causam sintomas comuns de resfriado em indivíduos imunocompetentes. As duas outras cepas - coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV) e coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) - são de origem zoonótica e têm sido associadas a doenças às vezes fatais. SARS-CoV foi o agente causal dos surtos graves de síndrome respiratória aguda em 2002 e 2003, na província de Guangdong, China. O MERS-CoV foi o patógeno responsável por surtos graves de doenças respiratórias em 2012 no Oriente Médio. Dada a alta prevalência e ampla distribuição do coronavírus, a grande diversidade genética e a recombinação frequente de seus genomas, que aumenta a interface humano-animal, é provável que novos coronavírus surjam periodicamente em humanos (SHEREEN et al., 2020; WHO, 2020; ZHU et al., 2020).

Ainda em 2005, durante a 46ª Reunião Anual do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) o Dr. Lee Jong-wook, na ocasião diretor-geral da OMS, advertiu a todos os Ministros da Saúde das Américas, reunidos em Washington, D.C., sobre o grave risco de uma pandemia viral e suas consequências sociais, econômicas e de saúde imprevisíveis: "Não considerar seriamente a ameaça da pandemia da gripe aviária e não se preparar apropriadamente terá consequências catastróficas". O Dr. Lee advertiu seriamente sobre a possibilidade de uma pandemia mundial por gripe aviária, um evento de enormes consequências que não deveria pegar nenhum governo, dirigente ou Ministro da Saúde de surpresa. Em referência ao vírus altamente patogênico da gripe, H5N1, ele afirmou que os seres humanos não teriam tempo de desenvolver uma imunidade natural. Abordou este tema como um possível desastre microbiano: "Os novos vírus se propagam rapidamente porque ninguém tem uma imunidade significativa contra a nova cepa, e a doença causada pode ser excepcionalmente grave". As autoridades da OPAS/OMS alertaram os países da região que estivessem preparados para uma possível emergência diante de um novo tipo de gripe capaz de causar uma pandemia. Alertam, também, para que elaborem planos de contingência, como a fabricação de vacinas adequadas e de medicamentos antivirais, bem como sobre a importância do acesso equitativo a estes insumos (OPAS, 2006).

Quatorze anos depois, no final de dezembro de 2019, várias unidades de saúde em Wuhan, província de Hubei, China, relataram grande quantidade de pacientes com pneumonia de causa desconhecida, sendo a origem dos casos ligada a um mercado atacadista de frutos do mar e animais silvestres. Em 31 de dezembro de 2019, o Centro Chinês de Controle e Prevenção de Doenças enviou uma equipe de resposta rápida para acompanhar as autoridades de saúde da província de Hubei e da cidade de Wuhan e conduzir uma investigação epidemiológica e etiológica. Os resultados desta investigação identificaram a fonte dos casos de pneumonia e descreveram um novo coronavírus detectado em pacientes com pneumonia cujas amostras foram testadas em um estágio inicial do surto, designado inicialmente como 2019-nCoV e, posteriormente, como SARS-CoV-2. Nessa ocasião, também foram descritas as características clínicas dessa pneumonia (SHEREEN et al., 2020; WHO, 2020; ZHU et al., 2020). Apesar do surto provavelmente ter começado a partir de um evento de transmissão zoonótica, logo ficou claro que a transmissão de pessoa para pessoa também estava ocorrendo. O espectro clínico da infecção por SARS-CoV-2 é amplo, abrangendo infecção assintomática, doença leve do trato respiratório superior e pneumonia viral grave com insuficiência respiratória. Em fevereiro de 2020, essa doença foi designada como COVID-19 pela OMS (SHEREEN et al., 2020; WHO, 2020; ZHU et al., 2020).

Embora o SARS-CoV-2 seja semelhante a alguns beta-coronavírus detectados em morcegos, é distinto do SARS-CoV e do MERS-CoV, ele, juntamente com duas cepas do tipo SARS derivadas de morcego, ZC45 e ZXC21, formam um grupo distinto. Cepas de SARS-CoV de seres humanos e coronavírus geneticamente semelhantes a SARS de morcegos coletados no sudoeste da China formaram outro grupo no subgênero sarbecovírus. Como a semelhança da sequência genética é inferior a 90% entre SARS-CoV-2 e outros membros do beta-coronavírus, o SARS-CoV-2, agente causador da pneumonia viral em Wuhan, é um novo beta-coronavírus pertencente ao subgênero sarbecovírus da família Coronaviridae (ZHU et al., 2020).

A ligação de um receptor expresso pelas células hospedeiras é o primeiro passo da infecção viral, seguida de fusão com a membrana celular. As células epiteliais do pulmão são o alvo principal do vírus. Foi relatado que as transmissões de SARS-CoV de humano para humano ocorrem pela ligação entre o domínio de ligação ao receptor das espículas do vírus (*spikes*) e o receptor celular que foi identificado como receptor da enzima conversora de angiotensina 2 (ECA 2). É importante ressaltar que a sequência do domínio de ligação ao receptor das espículas do vírus (*spikes*) de SARS-CoV-2 é semelhante à do SARS-CoV. Esses dados sugerem fortemente que a entrada nas células hospedeiras é mais provável através do receptor ECA 2 (ROTHAN; BYRAREDDY, 2020).

A COVID-19 chegou à América Latina em 25 de fevereiro de 2020, quando o Ministério da Saúde no Brasil confirmou o primeiro caso da doença, um homem brasileiro, de 61 anos, que viajou de 9 a 20 de fevereiro de 2020 para a Lombardia, norte da Itália, onde estava ocorrendo um surto (LIMA, et al., 2020). No final de outubro de 2021, já havia sido registrado mais de 245 milhões de casos de COVID-19 no mundo, sendo aproximadamente 21,7 milhões no Brasil com mais de 5 milhões de óbitos no mundo e mais de 600 mil no Brasil (JOHN HOPKINS, 2021; WORDOMETER, 2021).

Devido a taxa de transmissão acentuada do SARS-CoV-2, e a inexistência de tratamentos efetivos e de vacinas em um momento inicial, a OMS recomendou o isolamento social, o uso de máscaras e medidas de higiene, como a lavagem das mãos, evitar tocar nos olhos, boca e nariz, cobrir a tosse com a curva do cotovelo ou tecido, como medidas válidas de prevenção desta doença (PHILLIPS et al., 2020; WHO, 2020). Porém, apesar da comunidade científica mundial ser unanime em apoiar as recomendações da OMS, observa-se, por parte de alguns governos do mundo, e em particular o brasileiro, posturas dúbias, pouco contundentes e até mesmo contrárias a essas orientações. Essa visão foi desde a postura negacionista quanto à gravidade e o impacto da pandemia, até ao falso dilema, de ter de escolher entre a preservação das vidas ou dos empregos e da economia (BITTENCOURT, 2020)

De fato, é inegável que, além do drama humanitário causado pela elevação dos casos e das mortes em todo o mundo, a pandemia tem também provocado impactos econômicos sem precedentes. A economia mundial entrou em um ciclo de recessão econômica, com fechamento de postos de trabalho com aumento do desemprego e empobrecimento da população em diversos países. Um dos aspectos da pandemia de COVID-19 foi a ampliação das desigualdades sociais, que atingiu de forma mais intensa os países mais pobres e com sistemas de saúde mais frágeis, assim como com as populações mais vulneráveis. O fato é que as projeções apontavam para uma grande crise econômica independente de adoção de medidas de isolamento, sejam elas amplas, reduzidas ou até mesmo ausentes. Dessa forma, os governos deveriam além de adotar as medidas de isolamento social também deveriam instituir medidas para promoção da recuperação econômica e proteção social, como forma de minimizar os efeitos secundários da pandemia (JAKOVLJEVIC et al., 2020; SCHUCHMANN et al., 2020).

### 3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A PANDEMIA DE COVID-19

Em situações de pandemia, um dos principais desafios é evitar a saturação do sistema de saúde, o que não foi possível com a pandemia de COVID-19 na qual foi observado o colapso dos sistemas de saúde em vários países pelo mundo, contribuindo de forma decisiva para o aumento do número de óbitos (GALLASCH, 2020).

Os sistemas de saúde possuem pelo menos duas finalidades entre as principais. Uma dessas finalidades é melhorar as condições de saúde da população incorporando e produzindo conhecimento acerca das causas das enfermidades e o manejo das doenças. A segunda finalidade é minimizar as disparidades e desigualdades entre os grupos populacionais, de modo que todos tenham acesso a saúde (CASSADY et al., 2000; STARFIELD, 2002). Nesse aspecto, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi estruturado sob os princípios da universalidade, equidade e integralidade, organizado de forma regionalizada, hierarquizada, descentralizada, sob comando único e com participação popular (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Na sua concepção, a APS deve servir de núcleo orientador do modelo de atenção operado nas redes que compõem o sistema, sendo a principal porta de entrada para o usuário, trabalhando com princípios de vigilância à saúde. Dela, espera-se o manejo da grande maioria das demandas de atenção e o encaminhamento aos demais níveis do sistema das situações que requerem outras tecnologias para seu cuidado. (DAWSON, 1964; WHO, 1978; STARFIELD, 1994; CASSADY et al., 2000; GOULART, 2002; MENDES, 1999; STARFIELD, 2002; OPAS; WHO, 2007). No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a APS como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que incluem a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, desenvolvida por equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) assumem responsabilidade sanitária. Deve ser ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017).

De acordo com o Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19, a APS é responsável pelos cuidados de saúde, suporte e monitoramento até alta do isolamento domiciliar de usuários com sintomas leves. Além disso, é responsável ainda pela estabilização até o encaminhamento aos serviços de referência de casos graves que procurem a unidade de saúde (BRASIL, 2020a). Desse modo, uma APS exercendo suas competências de forma efetiva no enfrentamento à pandemia pela COVID-19 é fundamental para o êxito das ações na rede de atenção à saúde,

especialmente com o enfoque na redução da transmissibilidade da doença, especialmente, quando se observa que mais de 80% dos casos de COVID-19 são leves, além de grande parte dos casos com maior gravidade procurarem unidades da APS como porta de entrada aos cuidados no sistema de saúde (BARBOSA; SILVA, 2020; SARTI, et al, 2020; SOEIRO, et al, 2020). Porém, no cenário brasileiro, foi observada uma maior ênfase na organização da rede de atenção terciária, para atender os casos de insuficiência respiratória aguda, sendo priorizadas a criação de hospitais de campanha, a ampliação dos leitos de terapia intensiva e a aquisição de equipamentos, como ventiladores mecânicos. Além, disso, nesse processo, muitos municípios, desmobilizaram unidades da atenção básica, deslocando profissionais das equipes para polos de atendimento a vítimas da COVID-19 e redirecionando recursos para a assistência hospitalar. Também foram destinadas unidades básicas para atendimento exclusivo de síndromes gripais, sendo alterado o perfil das unidades básicas de saúde (UBS) para Pronto Atendimentos ou para Centros de Internação (TEIXEIRA, 2020).

### 3.2 PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A PANDEMIA DE COVID-19

Não há dúvida acerca da importância dos profissionais da saúde em prestar uma ampla gama de cuidados, seja na APS seja nas unidades de terapia intensiva. A alta taxa de contágio da COVID-19 levou a superlotação das unidades de saúde, falta de leitos para a internação dos casos mais graves, de equipamentos e insumos, como os ventiladores mecânicos ou até mesmo oxigênio medicinal. Todos esses fatores resultaram em uma mudança no processo de trabalho dos profissionais de saúde que passaram a atuar em ambiente altamente estressante e com sobrecarga excessiva, que podem, além de outros fatores, impactar diretamente à saúde e qualidade de vida desses profissionais (GALLASCH, et al., 2020). Dessa forma, é importante olhar com atenção a saúde profissionais de saúde durante a pandemia (GALLASCH et al., 2020; GRABOIS, 2020; SANT'ANA et al., 2020). Principalmente nos períodos iniciais da pandemia, foi frequente a contaminação e adoecimento pela COVID-19 de profissionais envolvidos diretamente no atendimento aos pacientes. Ademais, esses profissionais acometidos necessitavam se afastar, aumentando ainda mais a carga de trabalho de outros profissionais que permaneciam na assistência. Dessa forma, em uma situação de pandemia, a adoção de medidas para proteção e identificação de condições que podem afetar a saúde dos profissionais é fundamental para a manutenção do próprio sistema de saúde (GALLASCH et al., 2020; GRABOIS, 2020; SANT'ANA et al., 2020).

Em abril de 2020, poucos meses após o início da pandemia, segundo a OMS, já havia o relatado de 22.073 casos do COVID-19 entre profissionais de saúde, em 52 países, sendo que, nesse momento, os profissionais de saúde correspondiam 3,8% do total de casos na China, 14% na Espanha e 11% na Itália. Como não havia uma notificação sistemática dos casos de COVID-19 em profissionais de saúde, se acredita que esses dados pudessem estar ainda subestimados. Nessa mesma época, nos EUA, a porcentagem estimada dos profissionais de saúde acometidos pela COVID-19 variava entre 16 a 28%, e no Brasil, já havia o relato de afastamentos de pelo menos 7 mil profissionais de saúde por sintomas respiratórios segundo Conselho Nacional de Saúde, sendo projetado que até 365 mil profissionais de saúde poderiam sofrer contágio pelo novo coronavírus, o que representaria mais de 10% do total de profissionais de saúde atuantes no país (GRABOIS, 2020; SANT'ANA et al., 2020).

Entre outros aspectos, o maior número de casos de COVID-19 em profissionais de saúde pode ser associado ao próprio trabalho em ambientes de alto risco, falta ou uso inadequado dos equipamentos de proteção individual (EPI), não valorização da higienização das mãos nos cinco momentos preconizados pela OMS (problema antigo que se tornou ainda mais grave com a pandemia), longas horas de atividade laboral, reconhecimento tardio ou baixa suspeição quanto à ocorrência da COVID-19 em sintomáticos respiratórios, insuficiência ou inadequação de capacitações na prevenção de infecções, ambientes com ventilação, refrigeração e exaustão inadequados, e ambientes de cuidado sem área suficiente para o distanciamento mínimo seguro (GRABOIS, 2020; SANT'ANA et al., 2020).

Além do próprio risco biológico de contaminação pelo SARS-CoV-2, os profissionais de saúde se tornaram expostos a sobrecarga de trabalho em um ambiente significativamente mais estressantes (GRABOIS, 2020; SANT'ANA et al., 2020). Entendendo que a carga de trabalho é sempre uma relação entre as exigências do trabalho e os recursos que se pode lançar mão individualmente e coletivamente, é possível fazer amplo mapa de ações que podem impactar a saúde mental dos trabalhadores de saúde decorrente das situações a que foram expostos durante a pandemia. A própria carga psíquica pode mobilizar angústia, medo, sensação de desprazer ou desconforto e impactar negativamente na autoestima, gerando quadros psicossomáticos ou serem gatilhos para quadros psicopatológicos mais graves. Em tempos de COVID-19, além do aumento da demanda por assistência, dos longos turnos de trabalho com poucos recursos e infraestrutura precária, o medo é um fator muito presente. Nesse aspecto, as informações sobre como se proteger e como evitar transmitir o vírus são fundamentais. Traduzir noções de biossegurança, fornecer as condições objetivas de segurança com EPI para todos os grupos de trabalhadores da segurança, da limpeza, entre outros, são

exemplos de ações que podem minimizar o medo (ORNELL, et al., 2020; REGO; PALACIOS, 2020).

Ademais, enquanto é incentivado o distanciamento social com a finalidade de reduzir o contágio pela doença, os profissionais de saúde têm atuado em um sentido oposto, para atender o aumento da demanda por ações de cuidado à saúde pela população, atuando muitas vezes com cargas horárias exaustivas. Muitos desses profissionais ainda optaram por evitar o contato com familiares e amigos com medo de transmitir a doença, o que determinou uma maior restrição de suas redes de apoio social (XIANG et al., 2020; KANG et al., 2020). Somados esses fatores podem resultar em uma pressão psicológica, desencadeando sentimentos de solidão e desamparo, ou uma série de estados emocionais, como estresse, irritabilidade, fadiga física e mental e desespero. Dessa forma, os profissionais de saúde, que já são um grupo de pessoas altamente exposto à infecção, encontram-se especialmente vulneráveis ao sofrimento psicológico (KANG, et al, 2020; ORNELL, et al, 2020; SHIGUEMURA, et al., 2020).

Durante o surto de síndrome respiratória aguda grave (SARS) ocorrido no ano de 2003, 18 a 57% dos profissionais de saúde apresentaram problemas emocionais e sintomas psiquiátricos durante e após o evento. Em 2015 no surto da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), também causado por um coronavírus, disforia e estresse foram observados entre os profissionais de saúde. Essas condições foram fatores preditores de absenteísmo, erros de técnica e falhas de conduta, entre outros aspectos. Nessas situações, é comum que sentimentos não expressos verbalmente pelas equipes sejam expressos no ambiente de trabalho por ausências e omissões. Além disso, profissionais de saúde que atuaram na linha de frente em condições prévias de combate a epidemias, apresentam maior risco de desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), sendo que as implicações para a saúde mental desses profissionais podem ser persistentes. Nesse aspecto, altos níveis de estresse, depressão, ansiedade e TEPT permaneceram mesmo após o final da situação de emergência (ORNELL, et al, 2020).

Síndrome de Burnout também foi observado em profissionais de saúde envolvidos na assistência a pacientes durante uma epidemia causada por um tipo de coronavírus que ocorreu na Coreia em 2016. Embora essa condição geralmente esteja relacionada a fatores organizacionais (como clima institucional, assédio moral, carga de trabalho excessiva, salários baixos, entre outros), a gravidade da pandemia pode desencadear sobrecarga emocional, que pode ser definida como o custo emocional a que o profissional está exposto quando enfrenta as demandas emocionais no contexto e em situações específicas de seu trabalho (HERRER, 2020; ORNELL, et al, 2020).

Além desses aspectos, frente à uma situação da pandemia, muitos profissionais de saúde se viram obrigados a tomar decisões que podem ter afetado seus princípios morais ou éticos, o que pode acarretar lesão moral, a qual pode ser definida como o sofrimento psicológico resultante de ações, ou de omissões, que violam a moral ou a ética dos profissionais. Ao contrário de outras condições como a depressão ou estresse pós-traumático, a lesão moral não é uma doença mental. Porém, quem desenvolve lesão moral, pode experimentar pensamentos negativos sobre si ou sobre os outros, assim como sentimentos de vergonha, remorso ou culpa. Esses sintomas podem impactar ainda mais sobre a saúde mental dos trabalhadores, causando depressão, transtorno de estresse pós-traumático e até mesmo ideação suicida (GREENBERG, et al, 2020).

Embora tenha se observado uma maior ênfase durante a pandemia de COVID-19 na rede de atenção terciária, os profissionais da APS têm sido muito impactados pelas alterações no processo de trabalho decorrentes do enfrentamento à pandemia, como a mudança de destinação das unidades básicas de atenção básica para atendimento exclusivo a pacientes com COVID-19 e sobrecarga com longos turnos de trabalho, geralmente com poucos recursos e infraestrutura precária para o atendimento a pacientes mais graves, tendo que tomar decisões difíceis sob extrema pressão (TEIXEIRA et al., 2020; DRIESSEN et al., 2021), o que pode levar a um desgaste físico e emocional intenso. Ademais, os profissionais de APS, como enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos apresentam contato direto com os pacientes e seus fluidos corporais, sendo, portanto, um grupo vulnerável à própria infecção pela COVID-19 (ORNELL et al., 2020).

### 3.3 VALORES HUMANOS

Conforme a teoria funcionalista, os valores humanos ou valores básicos de vida, podem ser definidos a partir das necessidades de cada ser humano e da pré-condição moral e ética de cada pessoa para satisfazê-las, podendo ser entendidos então como os princípios a partir dos quais cada pessoa guia sua vida (GOUVEIA, 2003; PAK; TAMAYO, 2005; DE SOUZA, et al., 2015). Dessa forma, os valores impactam diretamente no comportamento das pessoas, sendo associados a padrões de comportamento como a orientação política, a religiosidade e os comportamentos de risco (PAK; TAMAYO, 2005; DE SOUZA, et al., 2015). Nesse sentido, segundo essa teoria, os valores humanos podem ser inferidos a partir de duas funções: o tipo de orientação (funções que guiam as ações do homem) e o tipo de motivador (funções que expressam as necessidades) (GOUVEIA, 2003).

De acordo com o tipo de orientação, os valores podem ser classificados a partir de suas metas como sociais, centrais ou pessoais. As metas sociais são centradas na sociedade e no interesse coletivo, portanto o foco se encontra nas relações interpessoais. De forma oposta, as metas pessoais priorizam os interesses próprios da pessoa, portanto possuem um foco intrapessoal. Já as metas centrais incorporam características tanto dos valores sociais como pessoais, possuindo características centrais a esses dois outros valores (ROKEACH, 1973; SCHWARTZ, 1992; GOUVEIA, 2003; DE SOUZA, et al., 2015).

Já, em relação ao tipo de motivação, os valores podem ser classificados a partir das necessidades como idealistas ou materialistas. As necessidades materialistas estão relacionadas a contextos práticos com metas específicas e regras normativas. Já as necessidades idealistas ou humanitárias possuem orientação universal, de acordo com ideias e princípios mais abstratos. Dessa forma, as pessoas guiadas pelas necessidades materialistas priorizam a existência, enquanto as que se guiam pelas necessidades idealistas apresentam menos dependência de valores materiais (SCHWARTZ, 1992; GOUVEIA, 2003; GOUVEIA, et al., 2008; DE SOUZA, et al., 2015).

A partir da combinação entre o tipo de orientação e tipo de motivação, podem ser definidas seis subfunções específicas dos valores básicos, sendo que cada subfunção apresenta três valores em sua composição. A subfunção de experimentação representa a necessidade de satisfação formada pelos valores de emoção, prazer e sexualidade; a subfunção de realização representa a necessidade da autoestima formada pelos valores de êxito, poder e prestígio; a subfunção suprapessoal representa as necessidades estéticas e de cognição formada pelos valores de beleza, conhecimento e maturidade; a subfunção de existência representa as necessidades fisiológicas básicas formadas pela estabilidade pessoal, saúde e sobrevivência; a subfunção interativa representa a necessidade de pertencimento e amor compostas pela afetividade, pelo apoio social e pela convivência; a subfunção normativa representa a necessidade da cultura e moral formada pelos valores de obediência, religiosidade e tradição, Quadro 1 (GOUVEIA, 2003; DE SOUZA et al., 2015).

**Quadro 1. Valores humanos: funções, subfunções e valores específicos.**

Quanto ao tipo de motivação, os valores podem ser classificados		Tipo de Orientação		
		Metas Pessoais	Metas Centrais	Metas Sociais
Tipo de Motivação	Necessidades Idealistas	<b>Experimentação</b> Emoção Prazer Sexualidade	<b>Suprapessoal</b> Beleza Conhecimento Maturidade	<b>Interativa</b> Afetividade Apoio Social Convivência
	Necessidades Materialistas	<b>Realização</b> Êxito Poder Prestígio	<b>Existência</b> Estabilidade Saúde Sobrevivência	<b>Normativa</b> Obediência Religiosidade Tradição

Fonte: Adaptado de DE SOUZA et al., 2015.

Para classificação dos valores humanos, diversos instrumentos foram elaborados ao longo das décadas para mensurar os valores básicos dos seres humanos, no entanto, há muita subjetividade e múltiplas interpretações em vários deles. Entre os instrumentos para avaliação dos valores básicos, o instrumento Questionário dos Valores Básicos (QVB), elaborado em contexto brasileiro por Gouveia et. al (2003), tem sido muito utilizado por ser capaz de apreender as subfunções valorativas em pessoas da população no geral, por um questionário curto com apenas dezoito itens (GOUVEIA, 2003; DE SOUZA, et al., 2015).

### 3.4 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO ESTRESSE (COPING)

Quando o indivíduo é submetido a um evento estressante em sua vida, como a que profissionais de saúde estão submetidos comumente na pandemia de COVID-19, ele reage de forma a gerir esse acontecimento e se ajustar a situação nova de modo a dominá-la ou controlar suas reações emocionais. Uma vez que esses eventos não repercutem de forma igual para todas as pessoas, vários mecanismos podem estar associados à vulnerabilidade do indivíduo ao estresse. Entre esses mecanismos, o *coping* (do inglês, enfrentamento) é um conceito bem estabelecido nas áreas da psicologia social, clínica e da personalidade (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998), sendo definido como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que as pessoas utilizam para se adaptar a circunstâncias adversas (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; RIBEIRO, RODRIGUES, 1998. GONÇALVES-CÂMARA; CARLOTTO; BEDIN, 2019). Isto é, o *coping* de forma

simplificada pode ser definido como o próprio comportamento que a pessoa apresenta quando está exposta a um agente estressante (COSTA; LEAL, 2006).

A proposta clássica de Lazarus e Folkman, de perspectiva cognitivista, revela que fazem parte do *coping* os esforços dinâmicos constantes utilizados pelos indivíduos, objetivando lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem nos momentos adversos para o bem estar, funcionamento social e saúde somática. Sendo assim, são ações que podem ser aprendidas, usadas e descartadas para diminuir a ameaça, dano e perda, ou para reduzir o sofrimento associado a situações de estresse (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; RIBEIRO, RODRIGUES, 1998; DIAS; RIBEIRO, 2019; GONÇALVES-CÂMARA; CARLOTTO; BEDIN, 2019). Uma vez que a estratégia na visão tradicional é focada no processo e não no traço de personalidade, o contexto particular de cada situação estressora é o que mais importa, construindo-se assim um método “pessoa-meio” para melhor ajuste e escolha das respostas em cada situação adversa, sendo que a forma com que o indivíduo escolhe suas estratégias de coping é determinada, em parte, por seus recursos internos e externos, que incluem fatores como crenças, recursos de suporte, habilidades sociais e recursos materiais (RIBEIRO, RODRIGUES, 1998 COSTA; LEAL, 2006)

A proposta tradicional de Lazarus e Folkman (1984) levanta dois tipos de estratégias de enfrentamento, conforme sua função, que podem ser usadas mutuamente: focadas na emoção ou no problema. No *coping* focado na emoção, o indivíduo altera seu estado emocional na tentativa de reduzir a sensação física desagradável do estado de estresse, derivando, portanto, de processos defensivos como se distanciar e tentar diminuir a importância do evento estressor. No *coping* focado no problema, o indivíduo atua na situação que deu origem ao estresse, procurando soluções alternativas com ações dirigidas ao próprio agente estressor, visando removê-lo ou diminuir seu impacto (GONÇALVES-CÂMARA; CARLOTTO; BEDIN, 2019).

Posteriormente, pesquisadores como Carver, Scheier e Weintraub (1989) propuseram o que foi denominado “*coping* acrescentado”, incluindo o que alguns estudos denominam “*coping* natural”, ou seja, um conjunto de estratégias relativamente fixas do indivíduo ao longo do tempo e não dependem da circunstância estressora envolvida, como se fosse um estereótipo. Nesse aspecto, o coping focado no problema teria cinco formas (ou subescalas) e o coping focado na emoção três formas (ou subescalas) (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; RIBEIRO, RODRIGUES, 1998).

Carver e colaboradores (1989) propuseram o instrumento *Coping Orientation to Problems Experienced* (COPE) para avaliar os estilos e estratégias relacionados ao enfrentamento ao estresse. O COPE original incluía, em sua versão original, 52 itens

distribuídas por 13 escalas. Posteriormente, foram 53 itens em 14 escalas e, na versão final, 60 itens em 15 escalas, com quatro itens por escala. Porém, houve dificuldade em sua aplicação da COPE, especialmente ao tempo necessário para seu preenchimento (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; RIBEIRO, RODRIGUES, 1998; GONÇALVES-CÂMARA; CARLOTTO; BEDIN, 2019).

Para facilitar a administração e evitar a sobrecarga nos respondentes, Carver desenvolveu uma versão reduzida, o Brief COPE, com 14 funções que são avaliadas a partir de 2 itens em uma escala do tipo Likert. O resultado final é apresentado como um perfil e as funções não são somadas. Pesquisas já mostram que a maioria das correlações entre as escalas componentes do Brief COPE apresentam magnitude idêntica à original, Quadro 2 (RIBEIRO; RODRIGUES, 2004).

**Quadro 2. Funções do instrumento *Brief Coping Orientation to Problems Experienced* (Brief COPE) e suas definições.**

Função	Definição
Coping ativo	Iniciar uma ação ou fazer esforços, para remover ou circunscrever o agente estressante.
Planejamento	Pensar sobre o modo de confrontar com o agente estressante, planejar os esforços de <i>coping</i> ativo.
Suporte instrumental	Procurar ajuda, informações ou conselho acerca do que fazer.
Suporte emocional	Conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém.
Religião	Aumento de participação em atividades religiosas.
Reinterpretação positiva	Procurar os pontos positivos do evento estressante, crescendo a partir dele, ou vendo-o de um modo mais favorável.
Autoculpabilização	Culpabilizar e criticar a si mesmo pelo que aconteceu.
Aceitação	Aceitar o fato que o evento estressante ocorreu e é real.
Expressão de sentimentos	Aumento da consciência do stress emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos.
Negação	Tentativa de rejeitar a realidade relacionada ao agente estressante.
Autodistração	Desinvestimento mental quanto ao objetivo no qual o agente estressor está interferindo, como dormir ou pensamentos fantasiosos.
Desinvestimento comportamental	Desistir ou deixar de se esforçar para alcançar o objetivo com o qual o agente estressor está interferindo.
Abuso de substâncias	Uso do álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de se desinvestir do agente estressor.
Humor	Fazer piadas acerca do evento estressor.

Fonte: Adaptado de RIBEIRO; RODRIGUES, 1998.

Como a análise do Brief COPE tradicionalmente utiliza uma estrutura de 14 estratégias de enfrentamento ao estresse, o que dificulta a síntese de seus resultados, atualmente tem sido propostas estruturas com agrupamento das estratégias em um menor número de funções, Baumstarck et al. (2017), em estudo realizado com pacientes oncológicos e seus cuidadores, propuseram uma classificação que abrange quatro funções a partir das 14 do Brief COPE original: Suporte Social, Solução de Problemas, Evitamento e Pensamento Positivo, Quadro 3.

**Quadro 3. Funções do instrumento *Brief Coping Orientation to Problems Experienced* (Brief COPE) conforme as classificações em quatro e quatorze funções.**

Função na classificação em quatro funções.	Função na classificação em quatorze funções.
Suporte Social	Suporte emocional
	Suporte instrumental
	Religião
	Expressão de sentimentos
Solução de Problemas	Coping ativo
	Planejamento
Evitamento	Negação
	Abuso de substâncias
	Desinvestimento comportamental
	Autodistração
	Autoculpabilização
Pensamento Positivo	Reinterpretação positiva
	Aceitação
	Humor

Fonte: Adaptado de BAUMSTARCK et al., 2017.

#### **4. JUSTIFICATIVA**

As unidades básicas de saúde, como elemento central da atenção primária, é a porta de entrada e o primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde do Brasil. No esforço para o combate da pandemia pela COVID-19, a atenção primária à saúde exerce um papel fundamental, tanto no tratamento dos pacientes quanto na imunização da população.

Os profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde são um grupo de pessoas altamente exposto à infecção pelo SARS-CoV-2, encontrando-se, portanto, especialmente vulneráveis ao sofrimento físico e psicológico. Desse modo, torna-se importante avaliar a impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde, assim como a associação entre as alterações na saúde mental e a qualidade de vida, qualidade do sono, coping e valores humanos no contexto da pandemia pela COVID-19.

## 5 OBJETIVO

### 5.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Identificar os aspectos relacionados à saúde mental de profissionais da atenção primária à saúde atuantes na Região Administrativa do Recanto das Emas, Distrito Federal, por meio do instrumento Aspectos do Funcionamento Adaptativo e Psicopatológico 18 a 59 anos (ASR 18-59) no contexto da pandemia pela COVID-19.

### 5.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Identificar a autopercepção quanto à saúde mental de profissionais da atenção primária atuantes na Região Administrativa do Recanto das Emas, Distrito Federal, em relação à COVID-19.
- Identificar as percepções e práticas dos profissionais da atenção primária à saúde atuantes na Região Administrativa do Recanto das Emas, Distrito Federal, quanto às medidas preventivas contra a COVID-19.
- Avaliar a associação entre sintomas de ansiedade, depressivos e somáticos e a autopercepção dos profissionais da atenção primária à saúde atuantes na Região Administrativa do Recanto das Emas, Distrito Federal, quanto à sua saúde mental e suas práticas em relação às medidas preventivas contra a COVID-19.
- Avaliar a qualidade de vida e do sono dos profissionais da atenção primária à saúde atuantes na Região Administrativa do Recanto das Emas, Distrito Federal, no contexto da pandemia pela COVID-19 e suas correlações com sintomas de ansiedade, depressivos e somáticos.
- Identificar os valores básicos humanos de profissionais da atenção primária à saúde atuantes na Região Administrativa do Recanto das Emas, Distrito Federal, e suas correlações com sintomas de ansiedade, depressivos e somáticos.
- Identificar as estratégias de enfrentamento ao estresse (coping) de profissionais da atenção primária à saúde atuantes na Região Administrativa do Recanto das Emas, Distrito Federal, e suas correlações com sintomas de ansiedade, depressivos e somáticos.
- Formular proposta de intervenção para mitigar possíveis problemas de saúde mental identificados nos profissionais da atenção primária do Recanto das Emas, Distrito Federal.

## **6 MÉTODOS**

### **6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo transversal realizado por meio de questionário aplicado a profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família (ESF) na Região Administrativa do Recanto das Emas, Distrito Federal, no período de novembro de 2020 a outubro de 2021.

### **6.2 LOCAL DO ESTUDO**

A Região Administrativa do Recanto das Emas, Distrito Federal, foi criada em 1993, no âmbito do programa de assentamento do Governo do Distrito Federal com a finalidade principal de erradicar as invasões localizadas Região Administrativa de Brasília (DISTRITO FEDERAL, 2020a). Possui população urbana estimada de 145.304 habitantes e 100% de cobertura pela Estratégia de Saúde da Família com 37 equipes divididas em 11 unidades básicas de saúde (DISTRITO FEDERAL, 2020b).

### **6.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES**

A população do estudo foi constituída por todas categorias profissionais (médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, técnicos de odontologia, agentes comunitários de saúde e técnicos administrativos) que atuavam na Estratégia Saúde da Família da Região Administrativa do Recanto das Emas, Distrito Federal, no período do estudo.

#### **6.3.1 Critérios de inclusão**

Ser médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, técnico de odontologia, agentes comunitários de saúde e técnicos administrativos que atue na Estratégia Saúde da Família da Região Administrativa do Recanto das Emas, Distrito Federal.

### 6.3.2 Critérios de exclusão

Profissionais que responderem aos questionários de forma incompleta, porém este fato não foi observado e nenhum profissional foi excluído por esse motivo.

## 6.4 COLETA DE DADOS E OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

Inicialmente, foi encaminhado questionário eletrônico, disponibilizado na plataforma *Google Docs*, por e-mail e pelo aplicativo WhatsApp a todos profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família da Região Administrativa do Recanto das Emas, Distrito Federal. Como a quantidade de repostas iniciais foi baixa, optou-se pela distribuição dos questionários de forma física nas unidades de saúde, sendo constituída uma amostra de conveniência com a resposta aos questionários a partir dos profissionais que estivessem presentes na unidade de saúde no momento da visita do pesquisador à unidade.

O instrumento aplicado foi composto por itens referentes ao questionário sociodemográfico e de aspectos individuais relacionados a pandemia pela COVID-19 (Apêndice A) e os instrumentos (1) Inventário de Autoavaliação do Comportamento para Adultos - ASR (Anexo A), Questionário de Valores Básicos - QVB (Anexo B), Escala Breve de *Coping* – Brief COPE (anexo C), Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, versão curta - WHOQoL-BREF (Anexo D) e Escala de Sono de Jenkins (Anexo E), todos em versão em português e desenvolvidos para serem autoaplicáveis.

Antes de iniciar a coleta de dados, os participantes assinam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Posteriormente, foi aplicado o questionário sociodemográfico e de aspectos individuais relacionados a pandemia pela COVID (apêndice A), que foi seguido pelos seguintes instrumentos:

- 1) Inventário de Autoavaliação do Comportamento para Adultos (ASR): utilizado para avaliar aspectos do funcionamento adaptativo, sinalizando distúrbios comportamentais e emocionais dos profissionais de saúde. O questionário é composto por 126 itens distribuídos em escalas que avaliam alterações comportamentais específicas e permite avaliar duas dimensões específicas do

comportamento: (1) internalização (ansiedade/depressão; retraimento/afastamento, queixas somáticas e problemas de pensamento) e (2) externalização (problemas de atenção, comportamentos agressivos, quebra de regras e intrusão). Apresenta ainda escalas para sintomas de diagnósticos orientados de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e também itens relacionados a funcionamento adaptativo, desejo social e críticos (ACHENBACH; RESCORLA, 2003; FERNANDES, 2011). Os pontos de corte para as síndromes centrais e sintomas relacionados aos transtornos mentais de acordo com pelo DSM foram definidos pelo escore T de cada escala, sendo considerados alterados quando o percentil estivesse igual ou superior a 65%, Anexo A.

- 2) Instrumento QVB: utilizado para avaliar os valores humanos básicos prioritários indicados na vida do profissional de saúde como princípios que guiam suas vidas, isto é, as concepções que orientam suas ações, sendo adquiridos por meio da socialização com a família, professores, cultura, instituições e a sociedade em geral. Esses princípios fundamentais estão disponíveis para todos em uma sociedade, porém eles são assumidos como valores em diferentes magnitudes por cada indivíduo, o que pode estar relacionado com a diversidade com que cada pessoa age e avalia os eventos. O questionário é composto por 18 itens (valores) em escala Likert de 7 pontos (“1 = não importante” a “7 = extremamente importante”), sendo três para cada uma de seis subfunções valorativas: experimentação (sexual – item 3, emoção – item 5 e prazer – item 10), realização (êxito – item 2, poder – item 6 e prestígio – item 11), existência (saúde – item 9, estabilidade pessoal – item 13 e sobrevivência – item 17), suprapessoal (conhecimento – item 4, beleza – item 15 e maturidade – item 18), interativa (apoio social – item 1, afetividade – item 7 e convivência – item 14) e normativa (religiosidade – item 8, obediência – item 12 e tradição – item 16) (GOUVEIA, 1998; GOUVEIA, 2003; GOUVEIA, 2008; DE SOUZA et al., 2015), Anexo B.
- 3) Escala Brief COPE: utilizada para avaliar o *coping* dos profissionais de saúde no enfrentamento ao momento atual, sendo este definido como o conjunto das estratégias utilizadas por cada pessoa para se adaptar a circunstâncias adversas, que podem ser eficazes ou ineficazes para minimizar o sofrimento associado a experiências negativas. O instrumento é composto por 28 itens em escala Likert de 4 pontos (“1 = não tenho feito de jeito nenhum” a “7 = tenho feito bastante”).

Dessa forma, a escala é capaz de discriminar os principais estilos de enfrentamento adotados pela pessoa em 14 funções: (1) *coping* ativo (itens 2 e 7), (2) reinterpretação positiva (itens 12 e 17), (3) planejamento (itens 14 e 25), (4) aceitação (itens 20 e 24), (5) suporte emocional (itens 5 e 15), (6) suporte instrumental (itens 10 e 23), (7) humor (itens 18 e 28), (8) religião (itens 22 e 27), (9) expressão de sentimentos (itens 9 e 21), (10) negação (itens 3 e 81), (11) abuso de substâncias (itens 4 e 11), (12) desinvestimento comportamental (itens 6 e 81), (13) autodistração (itens 1 e 19), e (14) autoculpabilização (itens 13 e 26) (NOVOPSYCH, 2018; MAROCO, et al., 2014). Foi realizada ainda a classificação conforme a proposta de análise simplificada em quatro funções: (1) Suporte Social (inclui as funções suporte emocional, suporte instrumental, religião e expressão de sentimentos), (2) Solução de Problemas (*coping* ativo e planejamento), (3) Evitamento (negação, abuso de substâncias, desinvestimento comportamental e autodistração) e (4) pensamento positivo (reinterpretação positiva, aceitação e humor) (BAUMSTARCK et al., 2017), Anexo C.

- 4) WHOQoL-BREF: utilizado para avaliar a qualidade de vida. O instrumento é composto por 26 itens de acordo com escala Likert de 5 pontos, sendo os itens 1 e 2 relacionados a qualidade de vida geral e os demais itens distribuídos em 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) (FLECK, et al., 2000), Anexo D.
- 5) Escala de Sono de Jenkins: utilizada para avaliar da qualidade do sono, que identifica a frequência do sono e dificuldade para dormir ao longo da noite. O instrumento é composto por itens em escala de 5 pontos (“0 = nada”; “1 = 1-3 dias”, “2 = 4 a 7 dias”, “3 = 8 a 14 dias”, “4 = 15 a 21 dias” e “5 = 22 a 31 dias”). Distúrbio do sono é considerado presente quando a pontuação média é igual ou superior a 4 (REIS, et al, 2014), Anexo E.

## 6.5 ANÁLISE DOS DADOS

Teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Liliefors foi utilizado para avaliar a normalidade dos dados. Variáveis quantitativas com distribuição normal foram expressas como média  $\pm$  desvio padrão (DP). Variáveis quantitativas sem distribuição normal foram expressas como mediana e intervalo interquartil 25-75% (IQ25-75%). As

variáveis qualitativas ou categóricas foram expressas como frequência e distribuição de proporções (%).

Para análise da associação das variáveis quanto à percepção de que a pandemia de COVID-19 estava afetando sua saúde mental, alterações nas escalas de sintomas da ansiedade e de sintomas depressivos e somáticos, os sujeitos de pesquisa foram agrupados em grupos, de acordo ou não com a ocorrência desses desfechos, sendo as variáveis contínuas com distribuição normal comparadas por meio do teste t de Student, e as variáveis contínuas sem distribuição normal comparadas pelo teste de Wilcoxon-Mann-Whitney. Tabelas de contingência foram utilizadas para avaliar as variáveis categóricas com realização de teste do qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) ou o teste exato de Fisher, conforme o caso.

Variáveis contínuas foram comparadas por meio da Correlação de Spearman.

Para avaliar fatores independentes associados as alterações nas escalas de sintomas da ansiedade e de sintomas depressivos e somáticos, variáveis não colineares foram avaliadas por meio da análise de regressão logística binária stepwise, sendo os resultados expressos por meio da razão de chances (OR, do inglês odds ratio) com seu respectivo intervalo de confiança 95% (IC 95%).

As análises estatísticas foram realizadas por meio do programa IBM Statistical Package for Social Sciences 20.0 para Mac (SPSS 20.0 Mac, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA). O nível de significância estatística foi definido como um valor de p bicaudal menor ou igual a 0,05.

## 6.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CAE nº 37929520.0.0000.5553), Anexo F. Antes da aplicação dos instrumentos de pesquisa, o pesquisador apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido, esclarecido e assinado em duas vias, sendo ainda informado que a participação era voluntária.

## 7. RESULTADOS

Dos 105 profissionais atuantes na ESF que responderam o questionário, a idade média foi de  $41,9 \pm 8,6$  anos, sendo 13 médicos (12,4%), 18 enfermeiros (17,1%), 7 dentistas (6,7%), 12 outros profissionais de nível superior (11,4%), 20 técnicos de enfermagem (19,0%), 6 Outros profissionais assistências de nível técnico (5,7%), 22 agentes comunitários de saúde (21,0%), e 7 técnicos administrativos (6,7%). Dos profissionais que referiram o sexo, o estado civil e a cor, a maioria era do sexo feminino ( $n = 73$ , 69,5%), casado/união estável ( $n = 69$ , 65,7%) e referia ser da cor branca ( $n = 46$ , 43,8%). Setenta e quatro possuíam filhos (70,5%), Tabela 1.

**Tabela 1. Características dos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasília (n=105).**

Variável	Valor
Idade, anos, média (DP)	41,9 (8,6)
Sexo Feminino, n (%) <sup>a</sup>	73 (69,5)
Casado/União Estável, n (%)	69 (65,7)
Escolaridade, n (%) <sup>b</sup>	
Ensino Fundamental	1 (1,0)
Ensino Médio	19 (18,1)
Técnico	2 (1,9)
Bacharelado / Licenciatura	70 (66,7)
Mestrado	5 (4,8)
Categoria Profissional, n (%)	
Medicina	13 (12,4)
Enfermagem	18 (17,1)
Odontologia	7 (6,7)
Outros profissionais de nível superior	12 (11,4)
Técnico de enfermagem	20 (19,0)
Outros profissionais assistências de nível técnico	6 (5,7)
Agente comunitário de saúde	22 (21,0)
Técnico Administrativo	7 (6,7)
Cor, n (%) <sup>c</sup>	
Branca	46 (43,8)
Parda	29 (27,6)
Negra	13 (12,4)
Amarela	2 (1,9)
Tem filhos, n (%)	74 (70,5)

DP: desvio padrão

<sup>a</sup> 2 profissionais não informaram

<sup>b</sup> 8 profissionais não informaram

<sup>c</sup> 15 profissionais não informaram

## 7.1 ASPECTOS INDIVIDUAIS RELACIONADOS À PANDEMIA DE COVID-19

Sessenta e quatro profissionais achavam que a pandemia de COVID-19 estava afetando sua saúde mental (61,0%), 43 profissionais referiam já ter apresentado o diagnóstico de COVID-19 (41,0%) e 92 tiveram contato com pessoa com COVID-19 (87,6%). A maioria referia ter medo de ter COVID-19 (n = 74, 70,5%) e de transmiti-la para um familiar próximo (n = 100, 95,2%), somente nove saíram do domicílio por medo de transmitir a doença para familiares (8,6%). Cinquenta e seis haviam perdido familiar ou amigo próximo pela COVID-19 (53,3%). Quanto às práticas de prevenção contra a transmissão da COVID-19, 100 relataram só sair de casa usando máscara facial (95,2%), 97 usavam álcool gel ao sair e voltar para o domicílio (92,7%), 65 apenas saiam de casa quando estritamente necessário (61,9%) e 56 relataram evitar tocar o rosto (53,3%). Oitenta e oito concordavam com as medidas de isolamento social (83,8%), Tabela 2.

**Tabela 2. Aspectos individuais relacionados à pandemia de COVID-19 de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil (n=105).**

Variável	Valor
Acha que pandemia de COVID-19 está afetando sua saúde mental, n (%)	64 (61,0)
Teve COVID-19, n (%)	43 (41,0)
Teve contato com pessoa com COVID-19, n (%)	92 (87,6)
Medo da COVID-19, n (%)	82 (78,1)
Deixou de ter contato com familiares próximos, n (%)	74 (70,5)
Medo de transmitir COVID-19 para familiar próximo, n (%)	100 (95,2)
Saiu do domicílio por medo de transmitir COVID-19 para familiares, n (%)	9 (8,6)
Perdi familiar ou amigo próximo pela COVID-19, n (%)	56 (53,3)
Práticas quanto a prevenção da COVID-19, n (%)	
Só saio de casa com máscara, n (%)	100 (95,2)
Uso álcool gel quando saio e volto do domicílio, n (%)	97 (92,7)
Só saio de casa quando estritamente necessário, n (%)	65 (61,9)
Evito tocar meu rosto, n (%)	56 (53,3)
Concordo com medidas de isolamento social, n (%)	88 (83,8)
Passei a realizar reuniões virtuais com maior frequência, n (%)	76 (72,4)

COVID-19: doença causada pelo novo coronavírus.

A Tabela 3 compara os aspectos sociodemográficos e os aspectos individuais relacionados à pandemia de COVID-19 entre os profissionais que relataram concordar ou não com as medidas de isolamento social. Os profissionais de saúde que não concordavam com as medidas de isolamento social relataram medo de ter a doença em menor quantidade, em relação

aos que concordavam com essas medidas (41,2% versus 85,2%,  $p < 0,001$ ), assim como menos medo de transmiti-la para um familiar próximo (82,4% versus 97,7%,  $p = 0,029$ ). Da mesma forma, aderiam menos às práticas de medidas preventivas contra a transmissão do SARS-CoV-2: só sair de casa com máscara (76,5% versus 98,9%,  $p = 0,002$ ), usar álcool gel quando saía e voltava ao domicílio (70,6% versus 96,6%,  $p < 0,001$ ), apenas sair de casa quando estritamente necessário (17,6% versus 70,5%,  $p < 0,001$ ) e evitar tocar o rosto (41,2% versus 76,1%,  $p = 0,004$ ). Achar que a COVID-19 estava afetando saúde mental também foi menos frequente nos profissionais que não concordavam com as medidas de isolamento social (29,4% versus 67,0%,  $p = 0,004$ )

**Tabela 3. Comparação dos aspectos sociodemográficos e dos aspectos individuais relacionados à pandemia de COVID-19 entre os profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil, que concordavam ou não com as medidas de isolamento social (n = 105).**

Variável	Concordar com as medidas de isolamento social (n=88)	Não concordar com as medidas de isolamento social (n=16)	Valor p
Idade, anos, média (DP)	42,0 (8,7)	41,2 (8,6)	0,799
Sexo Feminino, n (%) <sup>a</sup>	64 (73,6)	9 (56,2)	0,161
União Estável, n (%)	58 (65,9)	11 (64,7)	0,924
Escolaridade – Nível Superior, n (%) <sup>b</sup>	61 (75,3)	15 (93,8)	0,102
Categoria Profissional, n (%)			
Medicina	10 (11,4)	3 (17,6)	0,471
Enfermagem	15 (17,0)	3 (17,6)	0,952
Odontologia	6 (6,8)	1 (5,9)	0,887
Outros profissionais de nível superior	11 (12,5)	1 (5,9)	0,432
Técnico de enfermagem	17 (19,3)	3 (17,6)	0,952
Outros profissionais assistências de nível técnico	4 (4,5)	2 (11,8)	0,352
Agente comunitário de saúde	20 (22,7)	2 (11,8)	0,309
Gestão / Técnico Administrativo	5 (4,5)	2 (11,8)	0,482
Cor Branca, n (%) <sup>c</sup>	27 (37,5)	3 (21,4)	0,304
Ter filho(s), n (%)	62 (70,5)	12 (70,6)	0,991
Achar que a pandemia está afetando sua saúde mental, n (%)	59 (67,0)	5 (29,4)	0,004
Teve COVID-19, n (%)	34 (38,6)	9 (52,9)	0,272
Medo de ter COVID-19, n (%)	75 (85,2)	7 (41,2)	<0,001
Medo de transmitir COVID-19 para familiar próximo, n (%)	86 (97,7)	14 (82,4)	0,029
Perdi familiar ou amigo próximo por COVID-19, n (%)	46 (52,3)	10 (58,8)	0,620
Evito tocar meu rosto, n (%)	67 (76,1)	7 (41,2)	0,004
Uso álcool gel quando saio e volto do domicílio, n (%)	85 (96,6)	12 (70,6)	<0,001
Só saio de casa quando estritamente necessário, n (%)	62 (70,5)	3 (17,6)	<0,001
Só saio de casa com máscara, n (%)	87 (98,9)	13 (76,5)	0,002
Passéi a realizar reuniões virtuais com maior frequência, n (%)	66 (75,0)	10 (58,8)	0,172

DP: desvio padrão; COVID-19: doença causada pelo novo coronavírus

## 7.2 ASPECTOS DO FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO E PSICOPATOLÓGICO (ASR18-59)

Em relação às escalas de síndromes centrais do funcionamento adaptativo e psicopatológico do ASR 18-59, alterações relacionadas à ansiedade e depressão foram observadas em 20 profissionais (19,0%), comportamento intrusivo em 16 profissionais (15,2%), problemas de atenção em 11 profissionais (10,5%), queixas somáticas em 10 (9,5%), retraimento em 4 (3,8%), problemas com o pensamento em 4 (3,8%), comportamento agressivo em 3 (2,9%) e violação de regras em 3 (2,9%). Trinta e dois profissionais apresentavam pelo menos uma alteração nas escalas de síndromes centrais, Tabela 4.

Ao avaliar a escala de sintomas de transtornos mentais orientada pelo DSM, 50 profissionais apresentavam alteração nos sintomas da ansiedade (47,6%), 15 nos sintomas de personalidade evitativa (14,3%), 10 nos sintomas depressivos (9,5%), 10 nos sintomas somáticos (9,5%), 6 nos sintomas do déficit de atenção/hiperatividade (5,7%) e 3 nos sintomas da personalidade antissocial (2,9%). Cinquenta e cinco profissionais apresentaram alteração em pelo menos um item da escala de sintomas de transtornos mentais orientada pelo DSM (52,4%), Tabela 4.

**Tabela 4. Aspectos do funcionamento adaptativo e psicopatológico de acordo com o instrumento de autoavaliação para adultos de 18 a 59 anos (ASR 18-59) dos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil (n=105).**

Variável	n (%)
Alteração da escala de síndromes centrais, n (%)	
Ansiedade e depressão	20 (19,0)
Comportamento intrusivo	16 (15,2)
Problemas com a atenção	11 (10,5)
Queixas somáticas	10 (9,5)
Retraimento	4 (3,8)
Problemas com o pensamento	4 (3,8)
Comportamento agressivo	3 (2,9)
Violação de regras	3 (2,9)
Alteração em sintomas da escala orientada pelo DSM, n (%)	
Ansiedade	50 (47,6)
Personalidade evitativa	15 (14,3)
Depressivos	10 (9,5)
Somáticos	10 (9,5)
Déficit de atenção/hiperatividade	6 (5,7)
Personalidade antissocial	3 (2,9)
Alteração em pelo menos um item da escala orientada pelo DSM -, n (%)	55 (52,4)

DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais

A Tabela 5 compara os aspectos sociodemográficos, os aspectos individuais relacionados à pandemia de COVID-19 e os aspectos da autoavaliação do funcionamento adaptativo e psicopatológico dos profissionais que relataram achar ou não que a pandemia de COVID-19 estava afetando sua saúde mental. Médicos relataram em maior quantidade que sua saúde estava sendo afetada pela pandemia de COVID-19 (18,8% versus 2,4%,  $p = 0,013$ ), enquanto profissionais técnicos administrativos tiveram uma menor propensão a esse relato (3,1% versus 12,2%,  $p = 0,030$ ). Medo de ter COVID-19 foi maior entre os profissionais que relataram que a pandemia de COVID-19 estava afetando sua saúde mental (89,1% versus 61,0%,  $p = 0,001$ ), assim como deixar de ter contato com familiares próximos (81,2% versus 53,7%), concordar com as medidas de isolamento social (92,2% versus 70,7%,  $p = 0,004$ ) e realizar reuniões virtuais com maior frequência (81,2% versus 22,9%,  $p = 0,011$ ). O escore dos problemas totais da escala de síndromes do ASR 18-59 foi maior entre os profissionais que relataram achar que a pandemia de COVID-19 estava afetando sua saúde mental ( $p = 0,002$ ), assim como dos transtornos internalizantes ( $p = 0,001$ ), dos transtornos externalizantes ( $p = 0,007$ ) e itens críticos ( $p < 0,001$ ). Nos escores da escala do ASR18-59 orientada pela classificação dos transtornos mentais do DSM, os profissionais que relataram achar que a pandemia de COVID-19 estava afetando sua saúde mental apresentaram maiores valores nos transtornos depressivos ( $p = 0,001$ ), transtornos da ansiedade ( $p < 0,001$ ), transtornos somáticos ( $p < 0,001$ ) e transtornos do déficit de atenção/hiperatividade ( $p = 0,026$ ).

**Tabela 5. Comparação dos aspectos sociodemográficos, dos aspectos individuais relacionados à pandemia de COVID-19 e dos aspectos da autoavaliação do funcionamento adaptativo e psicopatológico entre os profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil, que achavam ou não que a pandemia de COVID-19 estava afetando sua saúde mental (n = 105).**

Variável	Está afetando a saúde mental (n=64)	Não está afetando a saúde mental (n=41)	Valor p
Idade, anos, média (DP)	43,3 (8,2)	41,0 (8,8)	0,166
Sexo Feminino, n (%) <sup>a</sup>	46 (73,0)	27 (67,5)	0,548
Casado/União Estável, n (%)	41 (64,1)	28 (68,3)	0,656
Escolaridade – Nível Superior, n (%) <sup>b</sup>	46 (76,7)	30 (81,1)	0,608
Categoria Profissional, n (%)			
Medicina	12 (18,8)	1 (2,4)	0,013
Enfermagem	11 (17,2)	7 (17,1)	0,988
Odontologia	4 (6,2)	3 (7,3)	0,831
Outros profissionais de nível superior	4 (6,2)	2 (4,9)	0,146
Técnico de enfermagem	14 (21,9)	6 (14,6)	0,108
Outros profissionais assistências de nível técnico	4 (6,2)	2 (4,9)	0,831
Agente comunitário de saúde	12 (18,8)	10 (24,4)	0,488
Técnico Administrativo	2 (3,1)	5 (12,2)	0,030
Cor Branca, n (%) <sup>c</sup>	22 (37,3)	8 (25,8)	0,272

**Tabela 5. Comparação dos aspectos sociodemográficos, dos aspectos individuais relacionados à pandemia de COVID-19 e dos aspectos da autoavaliação do funcionamento adaptativo e psicopatológico entre os profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil, que achavam ou não que a pandemia de COVID-19 estava afetando sua saúde mental (n = 105) (continuação).**

Variável	Está afetando a saúde mental (n=64)	Não está afetando a saúde mental (n=41)	Valor p
Ter filho(s), n (%)	43 (67,2)	31 (75,6)	0,356
Teve COVID-19, n (%)	34 (38,6)	9 (52,9)	0,272
Teve contato com pessoa com COVID-19, n (%)	55 (85,9)	37 (90,2)	0,513
Medo de ter COVID-19, n (%)	57 (89,1)	25 (61,0)	0,001
Medo de transmitir COVID-19 para familiar próximo, n (%)	63 (98,4)	37 (90,2)	0,075
Deixou de ter contato com familiares próximos, n (%)	52 (81,2)	22 (53,7)	0,002
Saiu do domicílio por medo de transmitir COVID-19 para familiares, n (%)	6 (9,4)	3 (7,3)	0,713
Perdi familiar ou amigo por COVID-19, n (%)	35 (54,7)	21 (51,2)	0,728
Evito tocar meu rosto, n (%)	46 (71,9)	28 (68,3)	0,695
Uso álcool gel quando saio e volto do domicílio, n (%)	60 (93,8)	37 (90,2)	0,509
Só saio de casa quando estritamente necessário, n (%)	42 (65,9)	23 (56,1)	0,327
Só saio de casa com máscara, n (%)	62 (96,9)	38 (98,7)	0,297
Concordo com medidas de isolamento social, n (%)	59 (92,2)	29 (70,7)	0,004
Passsei a realizar reuniões virtuais com maior frequência, n (%)	52 (81,2)	24 (22,9)	0,011
Transtornos internalizantes, mediana (IQ25-75%)	21,0 (12,2-32,2)	13,0 (8,0-20,0)	0,001
Transtornos externalizantes, mediana (IQ25-75%)	12,0 (7,0-16,0)	7,0 (4,0-11,0)	0,007
Itens críticos, mediana (IQ25-75%)	3,0 (2,0-5,8)	2,0 (1,0-3,0)	<0,001
Escala de Problemas totais, mediana (IQ25-75%)	42,5 (28,5-66,5)	32,0 (19,0-43,5)	0,002
Escala Orientada pelo DSM - ASR18/59, mediana (IQ25-75%)			
Sintomas depressivos	7,0 (4,0-10,0)	4,0 (2,0-7,0)	0,001
Sintomas da ansiedade	8,0 (6,0-10,0)	6,0 (4,0-7,5)	<0,001
Sintomas somáticos	4,0 (2,0-6,0)	2,0 (0,0-3,0)	<0,001
Sintomas da personalidade evitativa	4,0 (2,0-6,0)	2,0 (1,5-5,0)	0,129
Sintomas do déficit de atenção/hiperatividade	7,0 (4,0-10,0)	5,0 (2,5-7,0)	0,026
Sintomas da personalidade antissocial	4,0 (1,2-6,0)	3,0 (1,0-4,0)	0,116
Escala de sintomas da ansiedade e somáticos	11,0 (6,2-16,0)	6,0 (3,5-9,0)	<0,001
Alteração em sintomas da ansiedade, n (%)	40 (62,5)	10 (24,4)	<0,001
Alteração em sintomas de transtornos depressivos, n (%)	9 (14,1)	1 (2,4)	0,048
Alteração em sintomas de transtornos somáticos, n (%)	5 (7,8)	1 (2,4)	0,247
Alteração em sintomas de transtornos da personalidade evitativa, n (%)	12 (18,8)	3 (7,3)	0,102
Alteração em sintomas de transtornos do déficit de atenção/hiperatividade, n (%)	5 (7,8)	1 (2,4)	0,247
Alteração em sintomas de transtornos da personalidade antissocial, n (%)	3 (4,7)	0 (0,0)	0,222

DP: desvio padrão; IQ25-75%: intervalo interquartil 25-75%; COVID-19: doença causada pelo novo coronavírus; DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais

<sup>a</sup> 2 profissionais não informaram

<sup>b</sup> 8 profissionais não informaram

<sup>c</sup> 15 profissionais não informaram

A Tabela 6 compara os aspectos sociodemográficos e individuais relacionados à pandemia de COVID-19 entre os profissionais com e sem alteração em sintomas de ansiedade na escala orientada pelo DSM do ASR18-59. Profissionais do sexo feminino (83,3% versus

60,0%,  $p = 0,009$ ) e que relataram ter medo de transmitir COVID-19 para um familiar próximo (100,0% versus 90,9%,  $p = 0,029$ ) tiveram maior incidência de valores alterados nos sintomas de ansiedade.

**Tabela 6. Comparação dos aspectos sociodemográficos e individuais relacionados à pandemia de COVID-19 entre os profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil, com e sem alteração na escala de sintomas da ansiedade orientada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) do instrumento de autoavaliação para adultos de 18 a 59 anos (ASR 18-59) (n = 105).**

Variável	Alteração na escala de sintomas da ansiedade (n=50)	Valores normais na escala de sintomas da ansiedade (n=55)	Valor p
Idade, anos, média (DP)	41,2 (8,9)	42,5 (8,4)	0,454
Sexo Feminino, n (%) <sup>a</sup>	40 (83,3)	33 (60,0)	0,009
Casado/União Estável, n (%)	32 (64,0)	37 (67,3)	0,724
Escolaridade – Nível Superior, n (%) <sup>b</sup>	32 (72,7)	44 (83,0)	0,220
Categoria Profissional, n (%)			
Medicina	5 (10,0)	8 (14,5)	0,480
Enfermagem	9 (18,0)	9 (16,4)	0,824
Odontologia	1 (2,0)	6 (10,9)	0,068
Outros profissionais de nível superior	3 (6,0)	9 (16,4)	0,096
Técnico de enfermagem	12 (24,0)	8 (14,5)	0,075
Outros profissionais de nível técnico assistenciais	4 (8,0)	2 (3,6)	0,602
Agente comunitário de saúde	13 (26,0)	9 (16,4)	0,226
Técnico Administrativo	3 (6,0)	4 (7,3)	0,551
Cor Branca, n (%) <sup>c</sup>	15 (33,3)	15 (33,3)	1,000
Ter filho(s), n (%)	32 (64,0)	42 (76,4)	0,165
Teve COVID-19, n (%)	21 (42,0)	22 (40,0)	0,835
Teve contato com pessoa com COVID-19, n (%)	43 (86,0)	49 (89,1)	0,513
Medo de ter COVID-19, n (%)	42 (84,0)	40 (72,7)	0,163
Medo de transmitir COVID-19 para familiar próximo, n (%)	50 (100,0)	50 (90,9)	0,029
Deixou de ter contato com familiares próximos, n (%)	38 (76,0)	36 (65,5)	0,237
Saiu do domicílio por medo de transmitir COVID-19 para familiares, n (%)	6 (12,0)	3 (5,5)	0,213
Perdi familiar ou amigo por COVID-19, n (%)	29 (58,0)	27 (49,1)	0,361
Evito tocar meu rosto, n (%)	35 (70,0)	39 (70,9)	0,919
Uso álcool gel quando saio e volto do domicílio, n (%)	45 (90,0)	52 (94,5)	0,381
Só saio de casa quando estritamente necessário, n (%)	31 (62,0)	34 (61,8)	0,985
Só saio de casa com máscara, n (%)	48 (96,0)	52 (94,5)	0,727
Concordo com medidas de isolamento social, n (%)	43 (86,0)	45 (81,8)	0,561
Passei a realizar reuniões virtuais com maior frequência, n (%)	36 (72,0)	40 (72,7)	0,934

DP: desvio padrão; COVID-19: doença causada pelo novo coronavírus

<sup>a</sup> 2 profissionais não informaram

<sup>b</sup> 8 profissionais não informaram

<sup>c</sup> 15 profissionais não informaram

A Tabela 7 compara os aspectos sociodemográficos e individuais relacionados à pandemia de COVID-19 entre os profissionais com e sem alteração em sintomas depressivos ou somáticos nas escalas orientadas pelo DSM do ASR18-59. Profissionais de nível técnico que atuavam na assistência, que não fossem técnicos de enfermagem, apresentaram maior incidência de alteração na escala de sintomas depressivos ou somáticos (21,4% versus 4,4%,  $p = 0,017$ ). Profissionais com nível superior de escolaridade tiveram menor incidência de alteração em sintomas depressivos ou somáticos (57,1% versus 81,9%,  $p = 0,037$ ).

**Tabela 7. Comparação dos aspectos sociodemográficos e individuais relacionados à pandemia de COVID-19 entre os profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil, com e sem alteração na escala de sintomas depressivos ou somáticos orientadas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) do instrumento de autoavaliação para adultos de 18 a 59 anos (ASR 18-59) (n = 105).**

Variável	Alteração na escala de sintomas depressivos ou somáticos (n=14)	Valores normais em sintomas depressivos ou somáticos (n=91)	Valor p
Idade, anos, média (DP)	41,6 (7,1)	42,0 (8,9)	0,877
Sexo Feminino, n (%) <sup>a</sup>	12 (92,3)	61 (67,8)	0,069
Casado/União Estável, n (%)	6 (42,9)	63 (69,2)	0,053
Escolaridade – Nível Superior, n (%) <sup>b</sup>	8 (57,1)	68 (81,9)	0,037
Categoria Profissional, n (%)			
Medicina	2 (14,3)	11 (12,1)	0,816
Enfermagem	0 (0,0)	14 (19,8)	0,068
Odontologia	1 (7,1)	6 (6,6)	0,939
Outros profissionais de nível superior	1 (7,1)	11 (12,1)	0,588
Técnico de enfermagem	2 (14,3)	18 (19,8)	0,761
Outros profissionais assistências de nível técnico	3 (21,4)	4 (4,4)	0,017
Agente comunitário de saúde	5 (35,7)	17 (18,7)	0,145
Gestão / Técnico Administrativo	0 (0,0)	7 (7,7)	0,248
Cor Branca, n (%) <sup>c</sup>	6 (50,0)	24 (30,8)	0,188
Ter filho(s), n (%)	9 (64,3)	85 (71,4)	0,585
Teve COVID-19, n (%)	3 (21,4)	40 (44,0)	0,111
Teve contato com pessoa com COVID-19, n (%)	12 (85,7)	80 (87,9)	0,513
Medo de ter COVID-19, n (%)	13 (92,9)	69 (75,8)	0,151
Medo de transmitir COVID-19 para familiar próximo, n (%)	14 (100,0)	86 (94,5)	0,369
Deixou de ter contato com familiares próximos, n (%)	10 (71,4)	64 (70,3)	0,933
Saiu do domicílio por medo de transmitir COVID-19 para familiares, n (%)	3 (21,4)	6 (6,6)	0,065
Perdi familiar ou amigo por COVID-19, n (%)	9 (64,3)	47 (51,6)	0,378
Evito tocar meu rosto, n (%)	11 (78,6)	63 (69,2)	0,476
Uso álcool gel quando saio e volto do domicílio, n (%)	14 (100,0)	83 (91,2)	0,248
Só saio de casa quando estritamente necessário, n (%)	11 (78,6)	54 (59,3)	0,168
Só saio de casa com máscara, n (%)	14 (100,0)	86 (94,5)	0,369
Concordo com medidas de isolamento social, n (%)	13 (92,9)	75 (82,4)	0,324
Passei a realizar reuniões virtuais com maior frequência, n (%)	13 (92,9)	72(79,1)	0,223

DP: desvio padrão; COVID-19: doença causada pelo novo coronavírus

<sup>a</sup> 2 profissionais não informaram

<sup>b</sup> 8 profissionais não informaram

<sup>c</sup> 15 profissionais não informaram

### 7.3 QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-bref) E QUALIDADE DO SONO (ESCALA DE SONO DE JENKINS)

Oitenta e cinco profissionais apresentavam distúrbio do sono de acordo com a Escala de Sono de Jenkins (81,0%), sendo a mediana do escore de 7,0 (IQ25-75%: 4,0-11,5). O item da escala que apresentou maior quantidade de respostas com pontuação foi “Sentir-se desgastado mesmo tendo dormido” (n = 95, 90,5%), seguido de “Acordar várias vezes a noite” (n = 89, 84,8%), Tabela 8.

**Tabela 8. Qualidade do sono de acordo com a Escala de Sono de Jenkins de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil (n=105).**

Variável	Valor
Escore, mediana (IQ25-75%)	7,0 (4,0-11,5)
Distúrbio do Sono, n (%)	85 (81,0)
Itens com respostas pontuando, n (%)	
Sentir-se desgastado mesmo tendo dormido	95 (90,5)
Acordar várias vezes a noite	89 (84,8)
Dificuldade para adormecer	85 (81,0)
Manter o sono / Acordar muito cedo	84 (80,0)

IQ25-75%: intervalo interquartil 25-75%.

A média da qualidade de vida de acordo com o instrumento WHOQOL-bref foi de  $64,4 \pm 11,4$ , sendo considerada “Boa” por somente 19 profissionais (18,1%). Nenhum profissional considerou a qualidade de vida “Muito Boa”. Em relação aos domínios do WHOQOL-bref, o “Domínio Psicológico” foi o que apresentou maior quantidade de profissionais classificados com a qualidade “Muito Boa” ou “Boa” (n = 48, 45,2%) e o “Domínio Meio Ambiente” teve a menor quantidade de classificações como “Muito Boa” ou “Boa” (n = 20, 19,9%), Tabelas 9 e 10.

**Tabela 9. Escores do instrumento abreviado da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref) de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil (n=105).**

Variável	Valor
Escore WHOQOL-bref, média (DP)	64,4 (11,4)
Domínios WHOQOL-bref, média (DP)	
Domínio Físico	66,6 (15,1)
Domínio Psicológico	67,9 (16,6)
Domínio Relações Sociais	65,2 (16,4)
Domínio Meio Ambiente	63,6 (12,3)

DP: desvio padrão.

**Tabela 10. Classificação da qualidade de vida de acordo com o instrumento abreviado da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref) de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil (n=105).**

Variável	Valor
Classificação WHOQOL-bref, n (%)	
Muito boa	0 (0,0)
Boa	19 (18,1)
Regular	80 (76,2)
Precisa Melhorar	6 (5,7)
Classificação WHOQOL-bref – Domínio Físico, n (%)	
Muito boa	0 (0,0)
Boa	37 (35,2)
Regular	59 (56,2)
Precisa Melhorar	9 (8,6)
Classificação WHOQOL-bref – Domínio Psicológico, n (%)	
Muito boa	1 (1,0)
Boa	47 (44,8)
Regular	45 (42,9)
Precisa Melhorar	12 (11,4)
Classificação WHOQOL-bref – Domínio Relações Sociais, n (%)	
Muito boa	4 (3,8)
Boa	33 (31,4)
Regular	58 (55,2)
Precisa Melhorar	10 (9,5)
Classificação WHO-QoL BREEF – Domínio Meio Ambiente, n (%)	
Muito boa	0 (0,0)
Boa	20 (19,0)
Regular	75 (71,4)
Precisa Melhorar	10 (9,5)

A Tabela 11 mostra as correlações entre a qualidade de vida de acordo com o WHOQOL-bref e a qualidade do sono de acordo com a Escala de Sono de Jenkins com as escalas de sintomas depressivos e de sintomas da ansiedade e somáticos de acordo com as escalas orientadas pelo DSM do ASR 18-59. Houve correlação negativa e significativa da escala de sintomas da ansiedade com o WHOQOL-bref (coeficiente: -0,392,  $p < 0,001$ ) e os domínios: Físico (coeficiente: -0,437,  $p < 0,001$ ), Psicológico (coeficiente: -0,432,  $p < 0,001$ ) e Meio Ambiente (coeficiente: -0,330,  $p < 0,001$ ). Foi observada ainda correlação negativa e significativa entre a escala de sintomas depressivos e somáticos com o WHOQOL-bref (coeficiente: -0,585,  $p < 0,001$ ) e todos os domínios: Físico (coeficiente: -0,633,  $p < 0,001$ ), Psicológico (coeficiente: -0,624,  $p < 0,001$ ), Relações Sociais (coeficiente: -0,288,  $p = 0,003$ ) e Meio Ambiente (coeficiente: -0,370,  $p < 0,001$ ). Em relação a Escala de Sono de Jenkins, foi observada correlação positiva e significativa com a escala de sintomas da ansiedade

(coeficiente: 0,466,  $p < 0,001$ ) e a escala de sintomas depressivos e somáticos (coeficiente: 0,639,  $p < 0,001$ ).

**Tabela 11. Correlações entre a qualidade de vida de acordo com o instrumento abreviado da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref) e a qualidade do Sono de acordo com a Escala de Sono de Jenkins com as escalas de sintomas depressivos e de sintomas depressivos e somáticos orientadas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) do instrumento de autoavaliação para adultos de 18 a 59 anos (ASR 18-59) de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil (n=105).**

Estratégia de enfrentamento ao estresse	Sintomas da ansiedade		Sintomas depressivos ou somáticos	
	Coeficiente	Valor de p	Coeficiente	Valor de p
WHOQOL-bref	-0,392	<0,001	-0,585	<0,001
Domínio Físico	-0,437	<0,001	-0,633	<0,001
Domínio Psicológico	-0,432	<0,001	-0,624	<0,001
Domínio Relações Sociais	-0,158	0,108	-0,288	0,003
Domínio Meio Ambiente	-0,330	0,001	-0,370	<0,001
Escala de Sono de Jenkins	0,466	<0,001	0,639	<0,001

#### 7.4 VALORES HUMANOS OU VALORES BÁSICOS DE VIDA - QVB

De acordo com o QVB, a subfunção “Existência” foi a que apresentou escore mais elevado (mediana: 18,0, IQ25-75%: 17,0-20,0), seguida da “Interativa” (mediana: 17,0, IQ25-75%: 15,0-19,0) e “Normativa” (mediana: 17,0, IQ25-75%: 15,0-19,0). As subfunções com escores menores foram “Realização” (mediana: 13,0, IQ25-75%: 11,0-15,0) e “Experimentação” (mediana: 14,0, IQ25-75%: 12,0-16,0), Tabela 12.

**Tabela 12. Subfunções dos valores humanos de acordo com o questionário de valores básicos (QVB) de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil, (n=105).**

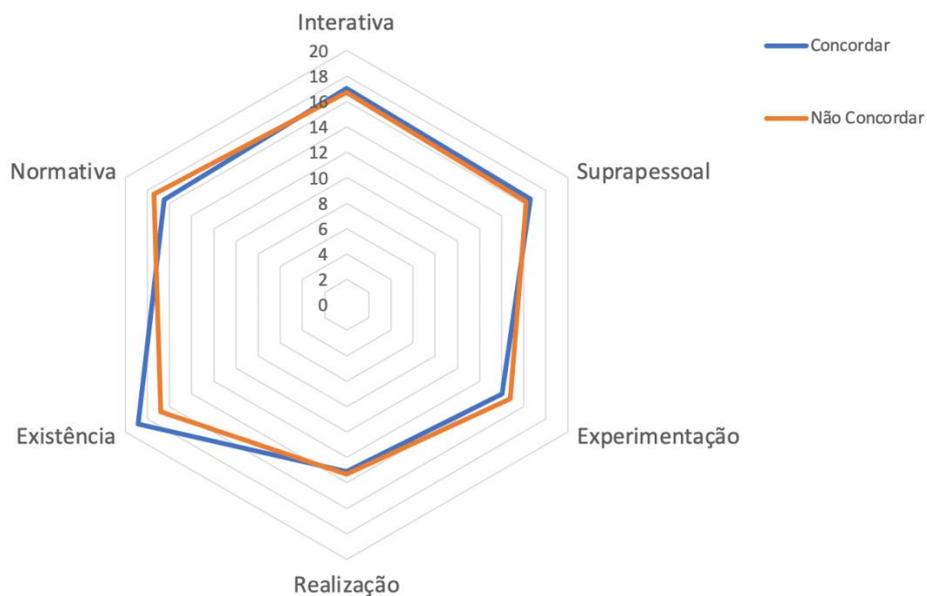
Subfunções	Mediana (IQ25-75%)
Existência Média (SD) Mediana (IQ25-75%)	18,2 (2,8) 18,0 (17,0-20,0)
Interativa Média (SD) Mediana (IQ25-75%)	17,0 (2,3) 17,0 (15,0-19,0)
Normativa Média (SD) Mediana (IQ25-75%)	16,6 (2,8) 17,0 (15,0-19,0)
Suprapessoal Média (SD) Mediana (IQ25-75%)	16,6 (2,4) 16,0 (15,0-18,5)
Experimentação Média (SD) Mediana (IQ25-75%)	14,1 (2,8) 14,0 (12,0-16,0)
Realização Média (SD) Mediana (IQ25-75%)	13,2 (3,0) 13,0 (11,0-15,0)

IQ25-75%: intervalo interquartil 25-75%



**Figura 1. Subfunções dos valores básicos de vida de acordo com o questionário de valores básicos (QVB) em profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil, (n=105).**

A Figura 2 mostra a análise em gráfico de radar comparando os valores humanos dos profissionais que concordavam ou não com as medidas de isolamento social. Os profissionais que concordaram com as medidas de isolamento tenderam a apresentar escore mais alto na subfunção “Existência”.



**Figura 2. Comparação das subfunções dos valores humanos de acordo com o questionário de valores básicos (QVB) entre profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil, que concordavam ou não com as medidas de isolamento social (n=105).**

A Tabela 13 mostra as correlações entre as subfunções dos valores básicos de vida de acordo o QVB e as escalas de sintomas da ansiedade e de sintomas depressivos e somáticos orientadas pelo DSM do ASR 18-59. Foi observada, correlação negativa e significativa dos sintomas depressivos com as subfunções “Existência” (coeficiente: -0,302,  $p = 0,002$ ) e “Interativa” (coeficiente: -0,236,  $p = 0,015$ ). Em relação aos sintomas da ansiedade, não foi observada correlação significativa com nenhuma das subfunções.

**Tabela 13. Correlações entre os valores básicos de vida de acordo com o Questionário dos Valores Básico (QVB) e os sintomas depressivos, da ansiedade e somáticos de acordo com as escalas orientadas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) do instrumento de autoavaliação para adultos de 18 a 59 anos (ASR 18-59) de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil (n=105).**

Estratégia de enfrentamento ao estresse	Sintomas da ansiedade		Sintomas depressivos ou somáticos	
	Coefficiente	Valor de p	Coefficiente	Valor de p
Experimentação	-0,081	0,410	-0,183	0,061
Realização	-0,015	0,880	-0,182	0,062
Existência	-0,013	0,859	-0,302	0,002
Suprapessoal	-0,034	0,732	-0,186	0,057
Interativa	-0,059	0,553	-0,236	0,015
Normativa	-0,014	0,885	-0,142	0,149

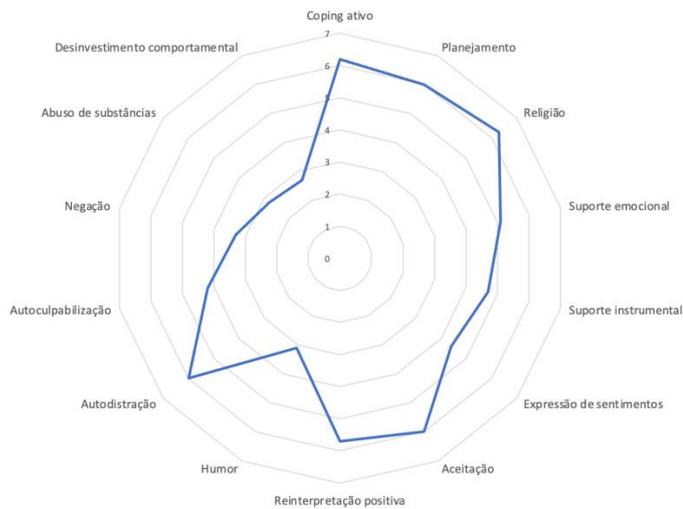
#### 7.5 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO AO ESTRESSE - BRIEF COPE

O conjunto das estratégias de enfrentamento referente às “Solução de Problemas” apresentou os escore mais elevado (mediana: 75,0, IQ 25-75%: 62,5-87,5), seguido de “Suporte social” (mediana: 62,5, IQ 25-75%: 53,1-73,4) e “Pensamento positivo” (mediana: 62,5, IQ 25-75%: 54,1-70,8) e, por último, “Evitamento” (mediana: 45,0, IQ 25-75%: 40,0-52,5). Especificamente, em relação às estratégias de enfrentamento ao estresse, “Religião” apresentou os escores mais elevados (mediana: 7,0, IQ 25-75%: 5,0-8,0), seguido de “Coping ativo” (mediana: 6,0, IQ 25-75%: 5,0-8,0), “Planejamento” (mediana: 6,0, IQ 25-75%: 5,0-7,0), “Aceitação” (mediana: 6,0, IQ 25-75%: 5,0-7,0) e “Autodistração” (mediana: 6,0, IQ 25-75%: 5,0-7,0). “Abuso de substâncias” (mediana: 2,0, IQ 25-75%: 2,0-3,0) e “Desinvestimento comportamental” (mediana: 2,0, IQ 25-75%: 2,0-3,0) foram as estratégias de enfrentamento ao estresse que apresentaram os menores escores, Tabela 14 e Figura 3.

**Tabela 14. Estratégias de enfrentamento ao estresse de acordo com o questionário Brief Coping Orientation to Problems Experienced (Brief COPE) de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família em Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil (n=105).**

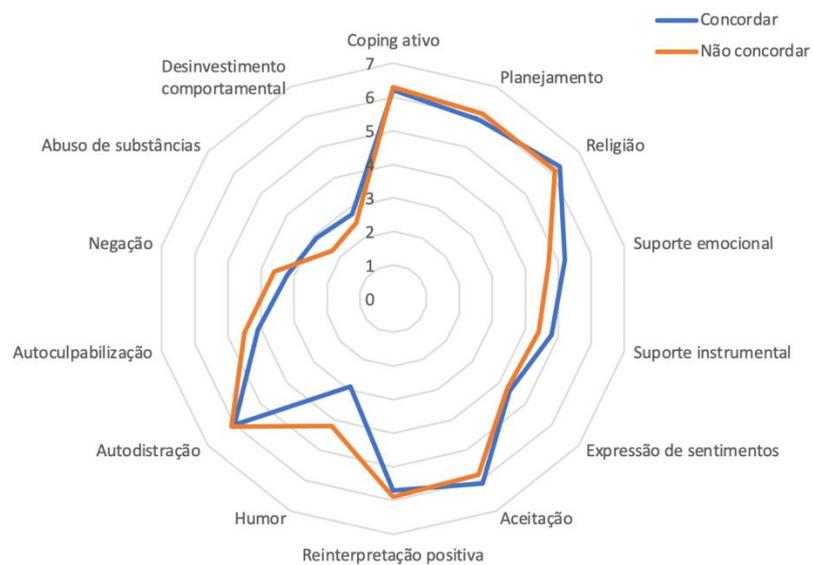
Estratégia de enfrentamento ao estresse	Média (SD)	Mediana (IQ25-75%)
Solução de Problemas, escore ajustado em %	75,8 (16,9)	75,0 (62,5-87,5)
Coping ativo	6,2 (1,4)	6,0 (5,0-8,0)
Planejamento	6,0 (1,6)	6,0 (5,0-7,0)
Suporte Social, escore ajustado em %	64,1 (13,3)	62,5 (53,1-73,4)
Religião	6,3 (1,9)	7,0 (5,0-8,0)
Suporte emocional	5,1 (1,8)	5,0 (4,0-7,0)
Suporte instrumental	4,7 (1,6)	4,0 (4,0-6,0)
Expressão de sentimentos	4,4 (1,7)	4,0 (3,0-5,5)
Pensamento Positivo, escore ajustado em %	61,9 (12,7)	62,5 (54,1-70,8)
Aceitação	6,0 (1,5)	6,0 (5,0-7,0)
Reinterpretação positiva	5,7 (1,7)	6,0 (4,5-7,0)
Humor	3,1 (1,4)	3,0 (2,0-4,0)
Evitamento, escore ajustado em %	47,6 (10,9)	45,0 (40,0-52,5)
Autodistração	6,0 (1,4)	6,0 (5,0-7,0)
Autoculpabilização	4,2 (1,7)	4,0 (3,0-5,0)
Negação	3,3 (1,5)	3,0 (2,0-4,0)
Abuso de substâncias	2,8 (1,6)	2,0 (2,0-3,0)
Desinvestimento comportamental	2,7 (1,3)	2,0 (2,0-3,0)

IQ25-75%: intervalo interquartil 25-75%



**Figura 3. Estratégias de enfrentamento ao estresse de acordo com o questionário Brief Coping Orientation to Problems Experienced (Brief COPE) de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil.**

A Figura 4 mostra a análise em gráfico de radar comparando as estratégias de enfrentamento ao estresse dos profissionais que concordavam ou não com as medidas de isolamento social. Os profissionais que concordaram com as medidas de isolamento tenderam a utilizar mais do “Humor”, enquanto houve uma tendência a maior uso das estratégias de enfrentamento relacionada ao suporte social.



**Figura 4. Comparação das estratégias de enfrentamento ao estresse de acordo com o questionário Brief Coping Orientation to Problems Experienced (Brief COPE) entre profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil, que concordavam ou não com as medidas de isolamento social (n=105).**

A Tabela 15 mostra as correlações entre as estratégias de enfrentamento ao estresse de acordo com o Brief COPE e as escalas de sintomas da ansiedade e de sintomas depressivos ou somáticos de acordo com as escalas orientadas pelo DSM do ASR 18-59. Foi observada correlação significativa e positiva entre sintomas da ansiedade e o conjunto das estratégias de enfrentamento relacionadas ao “Suporte Social” (coeficiente: 0,220,  $p = 0,024$ ) e “Evitamento” (coeficiente: 0,384,  $p < 0,001$ ). Os sintomas depressivos ou somáticos apresentaram correlação significativa e positiva com o conjunto de coping relacionadas ao “Evitamento” (coeficiente: 0,282,  $p = 0,004$ ). Especificamente em relação a cada estratégia de enfrentamento ao estresse, foi observada correlação significativa e positiva entre a escala de sintomas da ansiedade e “Suporte Instrumental” (coeficiente: 0,214,  $p = 0,028$ ), “Autoculpabilização” (coeficiente: 0,407,  $p < 0,001$ ), “Expressão de sentimentos” (coeficiente: 0,217,  $p = 0,026$ ), “Desinvestimento comportamental” (coeficiente: 0,245,  $p = 0,012$ ) e “Abuso de Substâncias” (coeficiente: 0,284,  $p = 0,003$ ). Em relação a escala de sintomas depressivos ou somáticos, foi observada correlação positiva e significativa entre “Autoculpabilização” (coeficiente: 0,360,  $p < 0,001$ ), “Desinvestimento comportamental” (coeficiente: 0,292,  $p = 0,002$ ) e “Abuso de substâncias” (correlação de Pearson: 0,292,  $p = 0,002$ ).

**Tabela 15. Correlações das estratégias de enfrentamento de acordo com o questionário Brief Coping Orientation to Problems Experienced (Brief COPE) com as escalas sintomas da ansiedade e de sintomas depressivos ou somáticos de acordo com as escalas orientadas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) do instrumento de autoavaliação para adultos de 18 a 59 anos (ASR 18-59) de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil (n=105).**

Estratégia de enfrentamento ao estresse	Sintomas da ansiedade		Sintomas depressivos ou somáticos	
	Coeficiente	Valor de p	Coeficiente	Valor de p
Solução de Problemas	0,044	0,652	-0,123	0,213
Coping Ativo	-0,037	0,707	-0,159	0,106
Planejamento	0,108	0,274	-0,062	0,532
Suporte Social	0,220	0,024	0,089	0,364
Religião	-0,045	0,646	-0,121	0,220
Suporte emocional	0,172	0,079	0,181	0,065
Suporte instrumental	0,214	0,028	0,081	0,411
Expressão de sentimentos	0,217	0,026	0,118	0,232

**Tabela 15. Correlações das estratégias de enfrentamento de acordo com o questionário Brief Coping Orientation to Problems Experienced (Brief COPE) com as escalas sintomas da ansiedade e de sintomas depressivos ou somáticos de acordo com as escalas orientadas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) do instrumento de autoavaliação para adultos de 18 a 59 anos (ASR 18-59) de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil (n=105) (continuação).**

Estratégia de enfrentamento ao estresse	Sintomas da ansiedade		Sintomas depressivos ou somáticos	
	Coeficiente	Valor de p	Coeficiente	Valor de p
Pensamento Positivo	0,027	0,105	-0,108	0,275
Aceitação	-0,045	0,649	-0,036	0,718
Reinterpretação positiva	-0,106	0,283	-0,136	0,166
Humor	-0,022	0,882	-0,181	0,064
Evitamento	0,384	<0,001	0,282	0,004
Autodistração	-0,014	0,885	-0,047	0,633
Autoculpabilização	0,407	<0,001	0,360	<0,001
Negação	-0,030	0,757	0,040	0,687
Abuso de substâncias	0,284	0,003	0,296	0,002
Desinvestimento comportamental	0,245	0,012	0,292	0,002

Nos sintomas da ansiedade, a análise multivariada mostrou que “Autoculpabilização” (OR: 22,757; IC 95%: 1,410-367,254,  $p = 0,028$ ) e a Escala de Sono de Jenkins (OR: 1,137; IC 95%: 1,014-1,275,  $p = 0,028$ ) estiverem associados de forma independente a maior ocorrência de alteração desses sintomas, Tabela 16.

**Tabela 16. Análise multivariada dos fatores associados à alteração de sintomas de ansiedade de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil.**

Variável	OR (IC 95%)	Valor de p
Sexo Feminino	2,667 (0,908-7,839)	0,074
WHOQOL-Brief	0,966 (0,918-1,017)	0,185
Escala de Sono de Jenkins	1,137 (1,014-1,275)	0,028
Suporte Instrumental (Brief COPE)	10,301 (0,866-122,490)	0,065
Autoculpabilização (Brief COPE)	22,757 (1,410-367,254)	0,028
Expressão de sentimentos (Brief COPE)	0,673 (0,053-8,485)	0,760
Desinvestimento comportamental (Brief COPE)	0,301 (0,009-9,822)	0,500
Abuso de substâncias (Brief COPE)	2,618 (0,141-48.762)	0,519

OR: razão de chances; IC 95%: intervalo de confiança 95%; Brief COPE: questionário Brief Coping Orientation to Problems Experience.

Já quanto aos sintomas de depressão ou somáticos, a análise multivariada mostrou que “Autoculpabilização” (OR: 1,529; IC95%: 1,062-2,203,  $p = 0,022$ ) esteve associada de forma independente a maior ocorrência de alteração desses sintomas, enquanto a melhora na qualidade de vida a redução (OR: 0,939; IC95%: 0,888-0,994,  $p = 0,030$ ), Tabela 17.

**Tabela 17. Análise multivariada dos fatores associados à alteração de sintomas de depressão ou somáticos de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil.**

Variável	OR (IC95%)	Valor de p
Nível superior de escolaridade	0,620 (0,182-2,115)	0,445
WHOQOL-Brief	0,939 (0,888-0,994)	0,030
Escala de Sono de Jenkins	1,117 (0,994-1,225)	0,063
Subfunção Existência (QVB)	1,328 (0,965-1,827)	0,082
Subfunção Interativa (QVB)	0,961 (0,758-1,219)	0,745
Autoculpabilização (Brief COPE)	1,529 (1,062-2,203)	0,022
Desinvestimento comportamental (Brief COPE)	0,779 (0,486-1,219)	0,265
Abuso de substâncias (Brief COPE)	1,262 (0,878-1,814)	0,209

OR: razão de chances; IC 95%: intervalo de confiança 95%; Brief COPE: questionário Brief Coping Orientation to Problems Experience; QVB: Questionário dos Valores Básicos.

## 8. DISCUSSÃO

Em nosso estudo, foi observado um grau de sofrimento psicológico e de sintomas de transtornos mentais elevado nos profissionais que atuam na APS durante a pandemia de COVID-19, sendo que 61,0% desses profissionais achavam que sua saúde mental estava sendo afetada e mais da metade apresentava valores acima do normal em pelo menos uma das escalas para sintomas de transtornos mentais orientadas pelo DSM do ASR 18-59 (52,4%), sendo a alteração na escala de sintomas da ansiedade a mais frequente, ocorrendo em 47,6% dos profissionais. De fato, a pandemia de COVID-19 se tornou um importante agente estressor para os profissionais de saúde, levando a sofrimento psicológico e problemas de saúde mental (PRETI et al., 2020; BÉKÉSI et al., 2021). Embora a maioria dos estudos prévios tenham avaliado a saúde mental de profissionais da atenção terciária à saúde (CAI et al., 2020; CAO et al., 2020; LAI et al., 2020a; LIANG et al., 2020, SPOORTHY; PRATAPA; MAHANT, 2020; ZERBINI et al., 2020; ZHANG et al., 2020a; FUKUTI, et al. 2021; KAPETANOS et al., 2021; PENG et al., 2021; MOHINDRA et al., 2020;), especialmente os profissionais da APS passaram a conviver com uma mudança grande em suas rotinas de trabalho, não somente pela sobrecarga laboral a que todos os profissionais de saúde foram submetidos durante a pandemia, mas também pela mudança do perfil dos atendimentos com os profissionais muitas vezes tendo que assumir a responsabilidade de rastrear e tratar casos graves de COVID-19 sem uma estrutura adequada (ORNELL et al., 2020; BÉKÉSI et al., 2021; TAŞ et al., 2021). Em estudo realizada na Hungria com médicos de família durante a pandemia de COVID-19, foi observado que a carga excessiva e a condição de trabalho foram os agentes estressores mais desafiadores para esses profissionais, sendo que sobrecarga alostática associada a sintomas de ansiedade ou ao prejuízo do funcionamento social e ocupacional estava presente em 60% dos médicos (BÉKÉSI et al., 2021). Em outro estudo também com médicos de família realizado na Turquia, foi observado aumento significativo dos níveis de ansiedade após o início da pandemia (TAŞ et al., 2021).

Os sintomas da ansiedade em nosso estudo (47,6%) foram superiores ao observado em estudo realizado com profissionais de saúde na Turquia (25,6%) (KILIÇ et al., 2021), na Rússia (25,5%) (MOSALOVA et al., 2020), pouco inferior a outro estudo realizado na Itália (57,3%) (ROSSI et al., 2020) e semelhante a um estudo realizado na China (44,6%) (LAI et al., 2020a). Em um estudo realizado com profissionais de saúde de um hospital universitário brasileiro que procuraram auxílio em um programa de apoio a saúde mental durante a pandemia, metade desses profissionais não apresentava histórico psiquiátrico anterior indicando que os sintomas

estavam diretamente relacionados a pandemia de COVID-19, sendo os mais frequentes relacionados à ansiedade, humor depressivo e distúrbios do sono (FUKUTI, et al. 2021).

É interessante notar que, em nosso estudo, 87,6% dos profissionais relataram contato com pacientes com diagnóstico de COVID-19, valor superior ao relatado em estudo realizado com médicos de família na Turquia (32,8%) (TAŞ et al., 2021). No Brasil, muitas UBS foram destinadas ao atendimento exclusivo de síndromes gripais ou tiveram o perfil alterado para unidades de pronto atendimento ou centros de internação, assim como muitos profissionais da APS foram deslocados para polos de atendimentos à pessoas com COVID-19 (TEIXEIRA et al., 2020; DRIESSEN, 2021). Esse contato próximo com pacientes infectados aumentou o potencial de contágio dos profissionais, gerando angústias quanto a contrair ou transmitir a doença para outras pessoas (KANG et al., 2020). De fato, em nosso estudo, 41,0% dos profissionais relataram já ter apresentado COVID-19, 78,1% medo de ter COVID-19 e 95,2% medo de transmiti-la para pessoas próximas, sendo que muitos desses profissionais optaram por deixar de ter contato com familiares próximos (70,5%) e 8,6% deixaram seu domicílio por medo de transmitir a doença, o que limitou ainda mais sua rede de apoio social. Ademais, o medo de ter COVID-19 esteve associado a aumento da chance do profissional achar que sua saúde mental foi afetada pela COVID-19, assim como ter deixado de ter contato com familiares próximos. Profissionais que relataram medo de transmitir a doença para familiares próximos apresentaram ainda aumento de sintomas de ansiedade, fato também observado no estudo realizado com médicos de família na Turquia, sendo que esse foi o principal agente gerador de ansiedade relatado pelos profissionais, seguido do medo de ser infectado (TAŞ et al., 2021). Em estudo realizado na Croácia, 67,0% dos médicos apresentavam medo ou muito medo em relação à COVID-19 (SALOPEK-ŽIHA et al., 2020). Tensão no trabalho, isolamento social, medo de ser estigmatizado, incerteza quanto futuro, falta de equipamentos de proteção individual, sentimento em relação aos gestores de estar desamparado, ausência de tratamento eficaz para a COVID-19 e exaustão foram outros fatores estressores relatados pelos profissionais de saúde no contexto da pandemia (CAI et al., 2020; CAO et al., 2020; SPOORTHY; PRATAPA; MAHANT, 2020, TAŞ et al., 202; ZERBINI et al., 2020; BÉKÉSI et al., 2021; KAPETANOS et al., 2021). A maioria dos profissionais (72,4%) relatou participar de reuniões virtuais com frequência maior do que antes da pandemia em nosso estudo, sendo que houve associação entre esse fato e o profissional achar que sua saúde mental foi afetada pela pandemia. Nesse aspecto, além do sentimento de isolamento decorrente dos contatos a distância (TAŞ et al., 2021), a obrigatoriedade do uso dessas novas tecnologias, no caso de profissionais que não costumavam utilizá-las, pode ser um fator estressor adicional

(CLEMENTE-SUÁREZ et al., 2021). O aumento da frequência de uso de mídias sociais também sido associada a aumento de sintomas de transtornos mentais (KILIÇ et al., 2021; GAO et al., 2020; GUO et al., 2020). Embora em um estudo realizado na Croácia, o uso de mídias sociais por médicos como um meio de superar o isolamento, tenha se associado redução de sintomas depressivos (SALOPEK-ŽIHA et al., 2020). Ainda, em relação às novas tecnologias colocadas em evidência durante a pandemia, no estudo realizado na Turquia, as consultas virtuais foram outro agente estressor relatado, especialmente quanto a impossibilidade de realizar um exame físico adequado (TAŞ et al., 2021).

Assim como observado nos estudos prévios com médicos de família na Turquia (TAŞ et al., 2021) e na Hungria (BÉKÉSI et al., 2021), em nosso estudo, profissionais do sexo feminino tiveram uma chance maior de apresentarem sintomas de ansiedade. Da mesma forma, estudos realizados com profissionais de saúde em outros contextos, além da APS, durante a pandemia de COVID-19, também mostraram uma maior propensão a aumento da ansiedade em profissionais do sexo feminino (ELBAY et al. 2020; LAI et al., 2020a; ZHU et al., 2020b; FUKUTI, et al. 2021; KILIÇ et al., 2021). De fato, em uma revisão sistemática com metanálise publicada recentemente, que incluiu 148 estudos que avaliaram o estresse emocional de profissionais de saúde durante a pandemia, mulheres tiveram uma maior chance de apresentar sintomas de transtorno mental entre os profissionais de saúde (CHING et al., 2021).

Os médicos tiveram uma maior chance de relatar que a pandemia estava afetando sua saúde mental, em relação aos outros profissionais, em nosso estudo, porém, quando avaliadas as alterações nas escalas de sintomas de ansiedade e de sintomas depressivos ou somáticos, não foi observada maior incidência desses sintomas entre os médicos. Ao contrário foi observada uma tendência a maior ocorrência de alterações em sintomas de ansiedade em enfermeiros e técnicos de enfermagem, embora sem nível de significância estatística, e uma maior chance de alteração em sintomas depressivos e somáticos em profissionais sem o nível superior de escolaridade, especialmente entre os profissionais de nível técnico assistenciais, que não eram da enfermagem. Estes achados são condizentes com os observados em estudo realizado na China, no qual, os profissionais com escolaridade de nível intermediário estiveram mais associados a sintomas de transtornos de saúde mental (LAI et al., 2020a). Ademais, estudos realizados com profissionais de saúde que atuam diretamente nos cuidados de pessoas com COVID-19, têm mostrado que transtornos de ansiedade e depressão têm sido mais frequentes em profissionais da enfermagem do que em médicos (LAI et al., 2020a, LIANG et al., 2020, CAI et al., 2020; CHING et al., 2021; FUKUTI, et al. 2021; KILIÇ et al., 2021). Nesse aspecto, em um estudo realizado com profissionais de saúde de um hospital universitário brasileiro,

enfermeiros foram os profissionais que mais procuraram auxílio em um programa de apoio a saúde mental durante a pandemia, seguidos dos médicos (FUKUTI, et al. 2021). Os profissionais técnicos administrativos apresentaram uma menor propensão a achar que a COVID-19 estava alterando sua saúde, possivelmente por estarem menos expostos ao estresse do que os profissionais diretamente envolvidos nos cuidados às pessoas com a doença (CHING et al., 2021).

Em nosso estudo, menos de um quinto dos profissionais de saúde (18,1%) tiveram a qualidade de vida classificada como boa e nenhum como muito boa, o que mostra o grande comprometimento desse aspecto nos profissionais que atuavam na APS durante a pandemia. Embora as próprias medidas destinadas ao controle da pandemia tenham afetado a qualidade de vida das pessoas em geral (ZHANG; MA, 2020b), os profissionais de saúde são mais suscetíveis a esse comprometimento pela sobrecarga de trabalho, aumento do risco de contágio e grandes mudanças em suas rotinas pessoais (SHANAFELT; RIPP; TROCKEL, 2020). Além disso, foi observada uma correlação significativa entre as escalas de sintomas da ansiedade e de sintomas depressivos e somáticos, com piora da qualidade de vida, sendo que a piora da pontuação do WHOQOL-Brief esteve associada de forma independente a uma pontuação acima do valor normal na escala de sintomas depressivos e somáticos.

Em estudo realizado com a população geral na Índia, dificuldade para dormir foi relatada por 28% das pessoas avaliadas (ROY et al., 2021). Em nosso estudo com profissionais de saúde da APS, houve uma prevalência ainda maior de distúrbio do sono (81,0%). A piora da qualidade do sono também foi observado no estudo realizado na Turquia, 62,0% dos profissionais relataram que a qualidade do sono era baixa ou muito baixa após o início da pandemia, sendo que antes da pandemia esse relato era de 14,0% (TAŞ et al., 2021). Distúrbios do sono podem levar a alterações psicológicas, assim como transtornos mentais também podem estar associadas a comprometimento do sono (BAGLIONI et al, 2016; COLTEN; ALTEVOGT, 2006). De fato, houve uma correlação significativa entre as escalas de sintomas da ansiedade e de sintomas depressivos e somáticos com a piora da qualidade do sono em nosso estudo, sendo que o aumento da pontuação na Escala de Sono de Jerkins esteve associado, de forma independente, a uma pontuação acima do valor normal na escala de sintomas da ansiedade, achado semelhante a estudo realizado com profissionais de saúde na Turquia (KILIÇ et al., 2021) e na China (ZHANG et al., 2020b).

A pandemia de COVID-19 produziu algumas das mudanças mais significativas que os seres humanos já experimentaram com consequências médicas, sociais, políticas, econômicas, religiosas, culturais e civilizacionais (JAKOVLJEVIC et al., 2020). A situação de incerteza,

vulnerabilidade, confinamento, perda de rotina, medo de contágio, redução da atividade física, distúrbios do sono, uso elevado de mídias digitais, alto consumo de informações e crise financeira expôs as pessoas a diversos agentes estressores que exigiram a adoção de mecanismos de enfrentamento para superarem ou mitigarem essa situação (CLEMENTE-SUÁREZ et al., 2021; GONZÁLEZ, 2020; PHILLIPS et al., 2020). Os profissionais de saúde com mudança na rotina de trabalho e o contato direto no cuidado às pessoas acometidas amplificaram essa exposição. É sabido que diferentes tipos de estressores afetam as pessoas de maneiras diferentes, dependendo de suas estratégias de enfrentamento ao estresse, habilidades interpessoais e seus valores (CLEMENTE-SUÁREZ et al., 2021; AGBARIA; MOKH, 2021). Entre os profissionais que participaram da pesquisa, o conjunto de *coping* focado na “Solução de Problemas” foi o que apresentou maior pontuação e no “Evitamento” a menor. Entre as estratégias de enfrentamento ao estresse de forma individual, “Religião” foi a que apresentou maior pontuação, seguida de “Coping ativo”, “Planejamento”, “Aceitação” e “Autodistração”. “Desinvestimento comportamental” e “Abuso de substâncias” foram as que apresentaram os menores escores. De forma semelhante ao nosso, em um estudo realizado na Turquia, o conjunto de coping focado no “Evitamento” foi o menos utilizado pelos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19, sendo que “Abuso de substâncias” e “Desinvestimento comportamental” também foram as estratégias com menor pontuação. Neste estudo, “Planejamento”, “Aceitação” e “Religião” foram as estratégias mais utilizadas pelos profissionais de saúde (KILIÇ et al., 2021).

Nos sintomas da ansiedade, foi observada correlação significativa e positiva com o conjunto de *coping* focado no evitamento, especialmente “Autoculpabilização”, “Desinvestimento comportamental” e “Abuso de Substâncias”, e no suporte social, especialmente “Suporte Instrumental” e “Expressão de sentimentos”. Já, em relação aos sintomas depressivos e somáticos, foi observada correlação significativa e positiva somente com o conjunto de *coping* focado no evitamento, especialmente “Autoculpabilização”, “Desinvestimento comportamental” e “Abuso de substâncias”. Ademais, a “Autoculpabilização” esteve associada de forma independente à pontuação acima de valores normais tanto nas escalas de sintomas da ansiedade como de sintomas depressivos e somáticos. Esses achados sugerem que profissionais que adotem estratégias de enfrentamento ao estresse relacionadas ao evitamento ou ao suporte social possivelmente estejam mais propensos a apresentar comprometimento da saúde mental, especialmente a “Autoculpabilização”. Estudo realizado na Turquia mostrou que o “Desinvestimento comportamental”, outro modo de *coping* relacionado ao evitamento, e “Suporte Emocional”, relacionado ao suporte social, esteve

associado de forma independente a aumento de sintomas da ansiedade, enquanto “Reinterpretação Positiva” foi uma estratégia protetora contra ansiedade clínica significativa (KILIÇ et al., 2021). De fato, estudos realizados com a população geral e profissionais de saúde na China, observaram que, de uma forma geral, as estratégias de enfrentamento focadas na solução de problemas estavam associadas a uma menor prevalência de transtornos mentais, enquanto estratégias focadas principalmente na emoção estiveram associadas a um aumento desses sintomas (GUO et al., 2020; ZHU et al., 2020b). É interessante notar que a diferença na susceptibilidade frente à pandemia de COVID-19 observada entre as categorias profissionais podem também estar associada ao modo de *coping* predominantemente adotado, pois em um estudo realizado na Croácia, foi observada diferença nos modos de *coping* entre os profissionais de saúde, sendo que profissionais da enfermagem usavam mais as estratégias relacionadas à reafirmação positiva e os médicos as relacionadas à solução de problemas (SALOPEK-ŽIHA et al., 2020)

Devido a taxa de transmissão acentuada do SARS-CoV-2 e a inexistência de tratamentos efetivos e de vacinas em um momento inicial, as medidas preventivas dessa transmissão incluíram a adoção de distanciamento social, do uso de barreiras físicas e de comportamentos de higiene (PHILLIPS et al., 2020). No que diz respeito às percepções e práticas dos profissionais em relação a essas medidas, 95,2% dos profissionais relatam só sair de casa com máscara facial, 92,7% usar álcool gel quando saia e voltava de seu domicílio, e 83,8% concordar com as medidas de isolamento social, sendo esse relato menor quanto a só sair de casa quando estritamente necessário (61,9%), evitar tocar o rosto (53,3%). Entre os fatores que contribuem para o comportamento de uma pessoa em relação à adoção das medidas preventivas em pandemias, além do conhecimento, estão o seu medo e a avaliação do risco frente a situação (BRUG et al., 2004; DE ZWART et al., 2007; BULTS et al., 2011; PHILLIPS et al., 2020). Os profissionais que não concordavam com as medidas de isolamento social apresentaram uma menor propensão a sintomas de ansiedade e a achar que a pandemia estava impactando em sua saúde mental, sendo esse fato possivelmente associado ao menor estresse percebido por esses profissionais frente a pandemia, pois esses profissionais relataram um medo menor de ter a COVID-19 ou transmiti-la para seus familiares, assim como adotaram de uma forma menor as rotinas quanto às práticas de prevenção da COVID-19 do que os que concordavam com as medidas de isolamento social. Essas pessoas, tenderam ainda a apresentar o *coping* “Humor” e, em menor proporção, de necessitar de estratégias relacionadas ao suporte social. É interessante notar que a subfunção “Existência” dos valores humanos que está associada aos valores “Estabilidade”, “Saúde” e “Sobrevivência” tendeu a ser menor nos

profissionais que não concordavam com as medidas de isolamento social (DE SOUZA et al., 2015).

Ainda em relação aos valores humanos, a subfunção “Existência” foi a que apresentou escores mais elevados, seguida da “Normativa” e da “Interativa”, sendo que as subfunções “Realização” e “Experimentação” apresentaram os menores escores. A “Existência” representa a necessidade de segurança em relação às necessidades básicas do ser humano com a saúde, ter água e comida e a estabilidade pessoal, incluindo os valores “Saúde”, “Estabilidade Pessoal” e “Sobrevivência” (GOUVEIA, 2013). Nenhuma subfunção apresentou associação independente de forma significativa com pontuação acima de valores normais tanto nas escalas de sintomas da ansiedade como de sintomas depressivos e somáticos.

Entre as limitações do nosso estudo, encontra-se a amostra de conveniência, sendo que os profissionais que responderam o questionário podem ser os mais interessados com o tema do estudo ou que se sintam mais afetados pela pandemia de COVID-19. O desenho transversal não permite estabelecer relações causais entre as variáveis estudadas. Ademais, outras variáveis não avaliadas no estudo podem ter influenciado nos resultados. Finalmente, a pandemia de COVID-19 apresentou diferentes aspectos nos diversos países, sendo que alguns países conseguiram controlar melhor a transmissão do vírus em sua população do que outros. Nosso estudo, foi realizado no Brasil, um dos países mais afetados pela pandemia (JOHNS HOPKINS, 2021; WORLDOMETER, 2021), dessa forma, apesar da incidência elevada de sintomas de transtornos mentais observada em nosso estudo, esses sintomas pode ter apresentado uma ocorrência ainda maior em outros locais do Brasil nos quais a sobrecarga do sistema de saúde foi mais intensa (BUSS et al, 2021; BUSS; SABINO, 2021; GUO et al., 2020; LAI et al., 2020a CHING et al., 2021). Como exemplo, em estudo realizado na China, os profissionais que atuaram em Wuhan relataram mais ansiedade, sintomas depressivos e insônia do que profissionais de outras regiões (LAI et al., 2020a).

Apesar dessas limitações, nosso estudo chama a atenção para a alta prevalência de sintomas de transtornos mentais nos profissionais atuantes na APS. Nesse contexto, entender que os profissionais de saúde constituem um grupo da população que é especialmente impactado de forma negativa em situações de pandemia é de fundamental importância, sendo que o próprio reconhecimento e valorização desses profissionais pela sociedade e pelos gestores pode ter um efeito positivo para atenuar o estresse que eles vivenciam (CAI et al., 2020; KHALID et al., 2016; LAI et al., 2020b; MOHINDRA et al., 2020; TAŞ et al., 2021). Como em situações de pandemia, muitas vezes não é possível reduzir a sobrecarga laboral em termos da demanda dos usuários por cuidados, é muito importante que sejam elaboradas e ofertadas

estratégias de suporte a saúde desses profissionais. Nesse aspecto, em relação a saúde mental, é de fundamental importância identificar os profissionais mais suscetíveis ao adoecimento para que seja realizado um monitoramento para a identificação e intervenção precoces após o início de qualquer sintoma (KHALID et al., 2016; CAI et al., 2020; KISELY et al., 2020; LAI et al., 2020b TAŞ et al., 2021; FUKUTI, et al. 2021). Um artigo de revisão recente sobre intervenções que possuem por objetivo melhorar o bem-estar psicológico de profissionais atuantes na APS destacou que, além dos programas psicoterápicos, aumentar a consciência dos profissionais sobre seus pensamentos, crenças, autocuidado, saúde pessoal e limites de autocuidado esteve associada a uma melhora da saúde mental dos profissionais (MURRAY; MURRAY; DONNELLY, 2016). Além disso, no estudo realizada com médicos de família na Hungria, a quantidade de horas dedicadas pelos profissionais de saúde para atividades de recreação, como ler e fazer exercícios físicos, esteve associada de forma independente a menor chance do profissional de saúde ter sua saúde mental afetada durante a pandemia (BÉKÉSI et al., 2021), devendo essas atividades serem incentivadas nos momentos que os profissionais não se encontram no ambiente de trabalho.

O sono é uma necessidade básica, ocupando cerca de um terço da vida de todo ser humano. A insônia é muito comum em quadros de ansiedade e seu tratamento deve ser iniciado por medidas não farmacológicas, denominadas de higiene do sono (DUNCAN, et, al., 2013). Em nosso estudo foi observado, nos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família, durante a pandemia de COVID-19, alta prevalência de distúrbios do sono. Observou-se que 81% dos profissionais pesquisados apresentavam distúrbio do sono de acordo com a Escala de Sono de Jenkins. Em função disso, será sugerido uma Proposta de Intervenção visando a detecção e manejo de distúrbios de sono nestes profissionais, através de medidas não farmacológicas de higiene do sono.

## 9. CONCLUSÃO

A pandemia de COVID-19 representa um importante agente estressor para os profissionais de saúde da atenção primária, levando a sofrimento psicológico e problemas de saúde mental. Em nosso estudo, foi observado um grau de sofrimento psicológico e de sintomas de transtornos mentais elevado nos profissionais que atuam na APS durante a pandemia de COVID-19 com mais da metade apresentando valores em pelo menos uma das escalas para sintomas de transtornos mentais do instrumento utilizado no estudo, sendo os sintomas da ansiedade os mais comuns, sendo que menos de um quinto tiveram a qualidade de vida classificada como boa e nenhum como muito boa, assim como distúrbios do sono tiveram uma alta prevalência.

A grande maioria dos trabalhadores pesquisados, relataram contato com pacientes com diagnóstico de COVID-19, gerando angústias quanto a contrair ou transmitir a doença para outras pessoas, motivando assim, mudanças e adaptações na rotina diária destes profissionais, além do sentimento de isolamento. Nesse aspecto, o medo de ter COVID-19 ou de transmiti-la para pessoas próximas foi relatado por um número significativo dos profissionais atuantes na APS, sendo um fator associado a eles acharem que sua saúde mental estava sendo afetada pela pandemia. Já os sintomas da ansiedade foram mais frequentes em profissionais do sexo feminino e houve uma tendência a ocorrência desses sintomas em profissionais de enfermagem.

Profissionais com nível superior de escolaridade apresentaram uma menor chance de sintomas depressivos e somáticos em comparação com profissionais sem o nível superior de escolaridade, especialmente entre os profissionais de nível técnico.

Diferentes tipos de estressores podem afetar as pessoas de maneiras diferentes, conforme as estratégias de enfrentamento ao estresse, habilidades interpessoais e seus valores. O conjunto de *coping* focado na “Solução de Problemas” foi a estratégias mais utilizadas pelos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19 e focado no “Evitamento” a menos utilizada. Profissionais que adotaram estratégias de enfrentamento ao estresse relacionadas ao evitamento ou ao suporte social foram os mais propensos a apresentar comprometimento da saúde mental, especialmente quando essas estratégias estavam relacionadas a culparem a si próprios pela situação vivenciada.

A maioria dos profissionais seguiam as recomendações em relação à prevenção da transmissão da COVID-19, como só sair de casa com máscara facial e usar álcool gel quando saia e voltava de seu domicílio. Nesse aspecto, os profissionais que não concordavam com as medidas de isolamento social apresentam uma menor propensão a apresentar sintomas de

ansiedade, e a achar que a pandemia esteja impactando em sua saúde mental, o que pode estar associado ao menor estresse percebido por esses profissionais frente a pandemia.

Na avaliação dos valores humanos, a subfunção “Existência” foi a predominante entre os profissionais, porém nenhuma subfunção apresentou associação independente com sintomas da ansiedade ou sintomas depressivos e somáticos.

Finalmente, vale salientar que nosso estudo chama a atenção para a alta prevalência de sintomas de transtornos mentais nos profissionais atuantes na APS. Nesse contexto, entender que os profissionais de saúde constituem um grupo da população que é especialmente impactado de forma negativa em situações de pandemia é de fundamental importância, sendo importante que sejam desenvolvidas estratégias de apoio a saúde mental desses profissionais em situações de pandemia, especialmente dos mais vulneráveis. Em função disso, será sugerido uma Proposta de Intervenção visando a detecção e manejo de distúrbios de sono nestes profissionais, através de medidas não farmacológicas de higiene do sono.

## REFERÊNCIAS

- ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. **Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles**. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2003.
- AGBARIA, Q.; MOKH, A.A. **Coping with stress during the Coronavirus outbreak: The contribution of Big Five personality traits and social support**. International journal of mental health and addiction, New York, v. 21, p. 1–9, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7819145/>>. Acesso em: 30 out. 2021.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA D. R. **O conceito de coping: uma revisão teórica**. Estudos de Psicologia, Natal, vol. 3, n. 2, p. 273–294, 1998. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/epsic/a/XkCyNCL7HjHTHgtWMS8ndhL/?lang=pt>>. Acesso em: 30 out. 2021.
- BARBOSA, S. P.; SILVA, A. V. F. G. **A Prática da Atenção Primária à Saúde no Combate da COVID-19**. APS em Revista, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 17–19, 2020. Disponível em: <<https://apsemrevista.org/aps/article/view/62>>. Acesso em: 30 out. 2021.
- BÉKÉSI, D. et al. **To prevent being stressed-out: Allostatic overload and resilience of general practitioners in the era of COVID-19. A cross-sectional observational study**. The European Journal of General Practice. v. 27, n. 1, p. 277–285, 2021. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2021.1982889>>. Acesso em: 30 out. 2021.
- BAGLIONI, C. et al. **Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research**. Psychological Bulletin, Washington, v. 142, n. 9, p. 969–990, 2016. Disponível em: <<https://content.apa.org/record/2016-34313-001>>. Acesso em: 30 out. 2021.
- BAUMSTARCK, K. et al. **Assessment of coping: a new french four-factor structure of the brief COPE inventory**. Health Qual Life Outcomes, London, v. 15, n. 1, p. 8, 2017. Disponível em: <<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-016-0581-9>>. Acesso em: 30 out. 2021.
- BITTENCOURT, R. N. **Pandemia, isolamento social e colapso global**. Revista Espaço Acadêmico, Maringá, v. 221, p. 168–178. 2020. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/52827>>. Acesso em: 30 out. 2021.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<https://www.senado.leg.br/atividade/const/constituicao-federal.asp>>. Acesso em: 30 out. 2021.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, p. 18055, 20 junho 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, p. 25694, 31 dezembro 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm)>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 183, seção 1, p. 68–76, 22 setembro 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019nCoV)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde declara transmissão comunitária nacional**. Brasília: Agência Saúde. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declaratransmissao-comunitaria-nacional>>. Acesso em: 30 out. 2021.

BUSS, L. F. et al. **Three-quarters attack rate of SARS-CoV-2 in the Brazilian Amazon during a largely unmitigated epidemic**. *Science*, New York, v. 371, p. 288–292, 2021. Disponível em: <[https://www.science.org/doi/10.1126/science.abe9728?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://www.science.org/doi/10.1126/science.abe9728?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)>. Acesso em: 30 out. 2021.

BUSS, L.F.; SABINO, E. C. **Intense SARS-CoV-2 transmission among affluent Manaus residents preceded the second wave of the epidemic in Brazil**. *The Lancet. Global health*, London, v. 9, n. 11, p. e1475–e1476, 2021. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X2100396X?via%3Dihub>>. Acesso em: 30 out. 2021.

BULTS, M. et al. **Perceived risk, anxiety, and behavioural responses of the general public during the early phase of the Influenza A (H1N1) pandemic in the Netherlands: results of three consecutive online surveys**. *BMC Public Health*, London, v. 11, n. 1, p. 2, 2011. Disponível em: <<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-2>>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRUG, J. et al. **SARS risk perception, knowledge, precautions, and information sources, the Netherlands**. *Emerging Infectious Diseases*, Atlanta, v. 10, n. 8, p. 1486–1489, 2004. Disponível em: <<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-2>>. Acesso em: 30 out. 2021.

CAI, H. et al. **Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China.** Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research, Warsaw, v. 26, p. e924171, 2020. Disponível em: <<https://www.medscimonit.com/abstract/index/idArt/924171>>. Acesso em: 30 out. 2021.

CAO, J. et al. **A study of basic needs and psychological wellbeing of medical workers in the fever clinic of a tertiary general hospital in Beijing during the COVID-19 outbreak.** Psychotherapy and Psychosomatic, Basel, v. 89, n. 4, p. 252–254, 2020. Disponível em: <<https://www.karger.com/Article/FullText/5074531>>. Acesso em: 30 out. 2021.

CARVER, C.; SCHEIER, M.; WEINTRAUB, J. **Assessing coping strategies:** A theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology, Washington, v. 56, n. 2, p. 267–283, 1989. Disponível em: <<https://content.apa.org/record/1989-17570-001>>. Acesso em: 30 out. 2021.

CASSADY, C. C. et al. **Measuring consumer experiences with primary care.** Pediatrics, Springfield, v. 105, n. Supplement 3, p. 998–1003, 2000. Disponível em: <[https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/105/Supplement\\_3/998/28415/Measuring-Consumer-Experiences-With-Primary-Care?redirectedFrom=fulltext](https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/105/Supplement_3/998/28415/Measuring-Consumer-Experiences-With-Primary-Care?redirectedFrom=fulltext)>. Acesso em: 30 out. 2021.

CHING, S. M. et al. **Psychological distress among healthcare providers during COVID-19 in Asia:** Systematic review and meta-analysis. PLoS One, San Francisco, v. 16, n. 10, p. e0257983, 2021. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0257983>>. Acesso em: 30 out. 2021.

CLEMENTE-SUÁREZ, V. J. et al. **The Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Disorders.** A Critical Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, Basel, v. 18, n. 19, p. 10041, 2021. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2071-1050/13/6/3221>>. Acesso em: 30 out. 2021.

COLTEN, H. R.; ALTEVOGT, B. M.; INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON SLEEP MEDICINE AND RESEARCH. **Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem.** Washington: National Academies Press, 2006. Disponível em: <<https://www.nap.edu/catalog/11617/sleep-disorders-and-sleep-deprivation-an-unmet-public-health-problem>>. Acesso em: 30 out. 2021.

COSTA, E. S.; LEAL, I. P. **Estratégias de coping em estudantes do Ensino Superior.** Análise Psicológica, Lisboa, v. 24, n. 2, p. 189–199. Disponível em: <<http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/163/pdf>>. Acesso em: 30 out. 2021.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920:** informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines. Washington: Organização Pan-americana da Saúde, 1964.

DE SOUZA, L. E. C. et al. **Questionários dos valores básicos - diagnóstico (QVB-D):** Evidências de validade de construto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 292–301, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18838356009>>. Acesso em: 30 out. 2021.

DE ZWART, O. et al. **Avian influenza risk perception, Europe and Asia.** *Emerging Infectious Disease*, Atlanta, v. 13, n. 2, p. 290–293, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2725846/pdf/06-0303.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2021.

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. **O modelo de coping de Folkman e Lazarus:** aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 11, n. 2, p. 55–66, 2019. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2019000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000200005)>. Acesso em: 30 out. 2021.

DISTRITO FEDERAL. **Administração Regional do Recanto das Emas.** 2020a. Disponível em: <<http://www.recanto.df.gov.br/category/sobre-a-ra/informacoes/>>. Acesso em: 30 out. 2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Unidades Básicas de Saúde – Recanto das Emas.** 2020b. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/ubse-recantodas-emas/>>. Acesso em: 30 out. 2021.

ELBAY, R. Y. et al. **Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics.** *Psychiatry Research*, Amsterdam, v. 290, p. 113130, 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120312038?via%3Dihub>>. Acesso em: 30 out. 2021.

FERNANDES, S. A. C. **Aferição do Adult Self Report, na sua versão traduzida para português, para a população portuguesa.** Comparação dos resultados obtidos com os de vítimas de violência doméstica. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Instituto de Superior de Ciências da Saúde - Norte; Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, Gandra, Portugal, 2011.

FLECK, M. P. A. et al. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref".** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178–183. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102000000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102000000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 out. 2021.

FUKUTI, P. et al. **COMVC-19:** A Program to protect healthcare workers' mental health during the COVID-19 Pandemic. What we have learned. *Clinics*, São Paulo, v. 76, p. e2631, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.6061/clinics/2021/e2631>>. Acesso em: 30 out. 2021.

GALLASCH, C. et al. **Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19.** *Revista Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 28, p. e33146, 2020. Disponível em:

<<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49596>>. Acesso em: 30 out. 2021.

GAO, J. et al. **Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak.** PloS One, San Francisco, v. 15, p. e02319, 2020. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0231924>>. Acesso em: 30 out. 2021.

GONÇALVES-CÂMARA, S.; Carlotto, M. S.; BEDIN, L. M. **Evidências de Validade da Versão Reduzida do Coping Orientation to Problems Experienced Inventory (COPE) com Trabalhadores Brasileiros.** Psicogente, Barranquilla, v. 22, n. 41, p. 33–50, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-01372019000100033](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372019000100033)>. Acesso em: 30 out. 2021.

GOULART, F.A. **Experiências em saúde da família: cada caso é um caso?** ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2002.

GOUVEIA, V. V. **La naturaleza de los valores descriptores del individualismo y del colectivismo: Una comparación intra e intercultural.** Tese (Doutorado) – Departamento de Psicologia Social; Universidade Complutense de Madri, Madri, Espanha, 1998.

GOUVEIA, V. V. **A natureza motivacional dos valores humanos: evidências acerca de uma nova tipologia.** Estudos de Psicologia, Natal, v. 8, n. 3, p. 431–443, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413294X2003000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2003000300010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 out. 2021.

GOUVEIA, V. V. et al. **Valores humanos e interesses vocacionais: Um estudo correlacional.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 13, n. 3, p. 603–611, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/Ng7MqQvJr534yZ9xtt46knK/?lang=pt#>>. Acesso em: 30 out. 2021.

GONZÁLEZ, M. B. M. **La certeza de lo impredecible.** Cultura Educación y Sociedad, Barranquilla, v. 11, n. 2, p. 3–6, 2020. Disponível em: <<https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionysociedad/article/view/3200/2999>>. Acesso em: 30 out. 2021.

GRABOIS, V. **Como reduzir o risco de contágio e morte dos profissionais de saúde.** Rio de Janeiro: Agência Fiocruz de Notícias. 2020. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/como-reduzir-o-risco-de-contagio-e-morte-dos-profissionaisde-saude>>. Acesso em: 30 out. 2021.

GREENBERG, N. et al. **Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic.** British Medical Journal, London, v. 368, p. m1211, 2020. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1211.long>>. Acesso em: 30 out. 2021.

GUO, J. et al. **Coping with COVID-19: Exposure to COVID-19 and Negative Impact on Livelihood Predict Elevated Mental Health Problems in Chinese Adults.** International Journal of Environmental Research and Public Health, Basel, v. 17, n. 11, p. 3857, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7312167/pdf/ijerph-17-03857.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2021.

HERRER, M. G. **Coronar la cumbre. Riesgos emocionales y cuidado del personal sanitario ante el COVID-19.** 2020. Disponível em: <<https://proyectoहुci.com/es/coronar-la-cumbre-riesgos-emocionales-y-cuidado-del-personal-sanitario-ante-el-covid-19/>>. Acesso em: 30 out. 2021.

JAKOVLJEVIC, M. et. **COVID-19 pandemia and public and global mental health from the perspective of global health security.** Psychiatria Danubina, Zagreb, v. 32, n. 1, p. 6–14 2020. Disponível em: <[http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb\\_vol32\\_no1/dnb\\_vol32\\_no1\\_6.pdf](http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol32_no1/dnb_vol32_no1_6.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2021.

JOHNS HOPKINS. Coronavirus Resource Center. **COVID-19 Map.** 2021. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>. Acesso em: 30 out. 2021.

KANG, L. et al. **The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus.** Lancet Psychiatry, Londres, v. 7, n. 3, p. e14, 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS22150366\(20\)30047-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS22150366(20)30047-X/fulltext)>. Acesso em: 30 out. 2021.

KAPETANOS, K. et al. **Exploring the factors associated with the mental health of frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Cyprus.** PLoS One, San Francisco, v. 16, n. 10, p. e0258475, 2021. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0258475>>. Acesso em: 30 out. 2021.

KHALID, I. et al. **Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak.** Clinical Medicine & Research, Marshfield, v.14. n. 1, p. 7–14, 2016. Disponível em: <<http://www.clinmedres.org/content/14/1/7.long>>. Acesso em: 30 out. 2021.

KILIÇ, A. et al. **Prevalence of Anxiety and Relationship of Anxiety with Coping Styles and Related Factors in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic.** Psychiatria Danubina, Zagreb, v. 33, n. Suppl 10, p. 161–171, 2021. Disponível em: <[http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb\\_vol33\\_noSuppl%2010/dnb\\_vol33\\_noSuppl%2010\\_161.pdf](http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol33_noSuppl%2010/dnb_vol33_noSuppl%2010_161.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2021.

KISELY, S. et al. **Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis.** British Medical Journal, London, v. 369, p. m1642, 2020. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1642>>. Acesso em: 30 out. 2021.

Lazarus, R. S.; Folkman, S. **Stress, appraisal, and coping.** New York: Springer, 1984.

LAI, J. et al. **Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019**. JAMA Network Open, Chicago, v.3, n. 3, p. e203976, 2020a. Disponível em: <<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>>. Acesso em: 30 out. 2021.

Lai, T. et al. **Stepping up infection control measures in ophthalmology during the novel coronavirus outbreak: An experience from Hong Kong**. Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology = Albrecht von Graefes Archiv fur Klinische und Experimentelle Ophthalmologie, Berlin, v. 258, n. 5, p. 1049–1055, 2020b. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00417-020-04641-8>>. Acesso em: 30 out. 2021.

LI, Q. et al. **Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia**. New England Journal of Medicine, Boston, v. 382, n. 13, p. 1199–1207, 2020. Disponível em: <[https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2001316?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%200www.ncbi.nlm.nih.gov](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2001316?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200www.ncbi.nlm.nih.gov)>. Acesso em: 30 out. 2021.

LIANG, Y. et al. **Screening for Chinese medical staff mental health by SDS and SAS during the outbreak of COVID-19**. Journal of Psychosomatic Research, Oxford, v. 133, p. 1101–1102, 2020. Disponível em: <[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022-3999\(20\)30208-7](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022-3999(20)30208-7)>. Acesso em: 30 out. 2021.

LIMA, D. L. F. et al. **COVID-19 no estado do Ceará, Brasil: comportamentos e crenças na chegada da pandemia**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1575–1586. 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232020000501575&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232020000501575&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 out. 2021.

MAROCO, J. et al. **Adaptação transcultural Brasil-Portugal da escala brief cope para estudantes do ensino superior**. Psicologia, Saúde & Doenças, Lisboa, v. 15, n. 2, p. 300–313. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S164500862014000200001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862014000200001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 30 out. 2021.

MENDES, E.V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MOHINDRA, R. et al. **Issues relevant to mental health promotion in frontline health care providers managing quarantined/isolated COVID19 patients**. Asian Journal of Psychiatry, Amsterdam, v. 51, p. 102084, 2020. Disponível em: <[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876-2018\(20\)30195-7](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876-2018(20)30195-7)>. Acesso em: 30 out. 2021.

MOSOLOVA, E. et al. **Stress and Anxiety among Healthcare Workers Associated with COVID-19 Pandemic in Russia**. Psychiatria Danubina, Zagreb, n. 32, n. 3–4, p. 549–556, 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>. Acesso em: 30 out. 2021.

Murray, M.; Murray, L.; Donnelly, M. **Systematic review of interventions to improve the psychological well-being of general practitioners.** BMC Family Practice, London, v. 17, n. 1, p. 36, 2016. Disponível em: <<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0431-1>>. Acesso em: 30 out. 2021.

NOVOPSYCH. **Brief-COPE.** 2018. Disponível em: <<https://novopsych.com.au/assessments/brief-cope/>>. Acesso em: 30 out. 2021.

OPAS; WHO. Organização Pan-Americana da Saúde; World Health Organization. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas:** documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) / Organização Mundial da Saúde (OMS). Washington: OPAS, 2007. Disponível em: <<https://novopsych.com.au/assessments/brief-cope/>>. Acesso em: 30 out. 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Unidade de Saúde Mental, de Abuso de Substâncias, e Reabilitação. **Proteção da saúde mental em situações de epidemias.** Washington: OPAS, 2006. Disponível em: <<https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Renovacao-Atencao-Primaria.pdf>> Acesso em: 30 out. 2021.

ORNELL, F. et al. **O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. e00063520. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csp/2020.v36n4/e00063520/en>>. Acesso em: 30 out. 2021.

PAK, A.; TAMAYO, A. **Impacto dos valores pessoais e organizacionais sobre o comprometimento organizacional.** Em Tamayo A.; Porto J. B. Valores e comportamento nas organizações. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 160–186.

PENG, M. et al. **Post-COVID-19 epidemic: allostatic load among medical and nonmedical workers in China.** Psychotherapy and Psychosomatics, Basel, v. 90, p. 127–136, 2021. Disponível em: <<https://www.karger.com/Article/FullText/511823>>. Acesso em: 30 out. 2021.

PRETI, E. et al. **The psychological impact of epidemic and pandemic outbreaks on healthcare workers: rapid review of the evidence.** Current Psychiatry Reports, Philadelphia, v. 22, n. 8, p. 43, 2020. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11920-020-01166-z>>. Acesso em: 30 out. 2021.

REGO, S.; PALACIOS, M. **Saúde mental dos trabalhadores de saúde em tempos de coronavírus.** Rio de Janeiro: Informe ENSP. 2020. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/406>>. Acesso em: 30 out. 2021.

REIS, C. et al. **Translation, cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Jenkins Sleep Scale in a sample of Portuguese shift workers.** Laboratório de Psicologia, Lisboa, v. 12, n. 2, p. 89–98. 2014. Disponível

em: <<https://www.semanticscholar.org/paper/Translation%2C-cross-cultural-adaptationand-of-the-a-Reis/8d201ba6249402125fc25a3c762f8ac543c5f171>>. Acesso em: 30 out. 2021.

RIBEIRO, J. L. P.; RODRIGUES, A. P. **Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope.** Psicologia, Saúde & Doenças, Lisboa, v. 5, n. 1, p. 3–15, 2004. Disponível em: <[https://www.sp-ps.pt/downloads/download\\_jornal/62](https://www.sp-ps.pt/downloads/download_jornal/62)>. Acesso em: 30 out. 2021.

ROKEACH, M. **The nature of human values.** Nova York: Free Press. 1973.

ROTHAN, H.; BYRAREDDY, S. **The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak.** Journal of Autoimmunity, Londres, v. 109, p. 102433. 2020. Disponível em: <[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0896-8411\(20\)30046-9](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0896-8411(20)30046-9)>. Acesso em: 30 out. 2021.

ROSSI, R. et al. **Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy.** JAMA Network Open, Chicago, v. 13, n. 5, p. e2010185, 2020. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2766378>>. Acesso em: 30 out. 2021.

SALOPEK-ŽIHA, D. et al. **Differences in Distress and Coping with the COVID-19 Stressor in Nurses and Physicians.** Psychiatria Danubina, Zagreb, v. 32, n. 2, p. 287–293. 2020. Disponível em: <[http://www.psychiatria-danubina.com/http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb\\_vol32\\_no2/dnb\\_vol32\\_no2\\_287.pdf](http://www.psychiatria-danubina.com/http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol32_no2/dnb_vol32_no2_287.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2021.

SARTI, T. D. et al. **Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 29, n. 2, p. e2020166. 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S223796222020000200903&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222020000200903&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 out. 2021.

SCHUCHMANN, A. Z. et al. **Isolamento social vertical x Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19.** Brazilian Journal of Health Review, São José dos Pinhais, v. 3, n. 2, p. 3556–3576. 2020. Disponível em: <<http://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/9128>>. Acesso em: 30 out. 2021.

SCHWARTZ, S. H. **Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries.** Advances in Experimental Social Psychology, Atlanta, v. 25, p. 1–65, 1992. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0065260108602816>>. Acesso em: 30 out. 2021.

SHANAFELT, T., RIPP, J., TROCKEL, M. **Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic.**

Journal of the American Medical Association, Chicago, v. 323, n. 21, p. 2133–2134, 2020. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2764380>>.

Acesso em: 30 out. 2021.

SHEREEN, M. A. et al. **COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses.** Journal of advanced research, Giza, v. 24, p. 91-98, 2020.

Disponível em:

<[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2090-1232\(20\)30054-0](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2090-1232(20)30054-0)>. Acesso em: 30 out. 2021.

SHIGEMURA, J. et al. **Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations.** Psychiatry and Clinical Neurosciences, Carlton, v. 74, n. 4, p. 281–282. Disponível em:

<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/pcn.12988>>. Acesso em: 30 out. 2021.

SOEIRO, R. E. et al. **Atenção Primária à Saúde e a pandemia de COVID-19:**

reflexão para a prática. InterAmerican Journal of Medicine and Health, Campinas, v. 3, p. e202003010. 2020. Disponível em:

<<https://www.iajmh.com/iajmh/article/view/83/109>>. Acesso em: 30 out. 2021.

SPOORTHY, M.S.; PRATAPA, S. K.; MAHANT, S. **Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic - A review.** Asian Journal of Psychiatry, Amsterdam, v. 51, p. 102119. 2020. Disponível em:

<<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876201820302306>>. Acesso em: 30 out. 2021.

STARFIELD, B. **Primary Care: Is it essential?** The Lancet, London, v. 344, n. 8930, p. 1129–1133, 1994. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673694906343?via%3Dihub>>. Acesso em: 30 out. 2021.

STARFIELD, B. **Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) / Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2021.

PHILLIPS, R. et al. **Cohort profile: The UK COVID-19 Public Experiences (COPE) prospective longitudinal mixed-methods study of health and well-being during the SARSCoV2 coronavirus pandemic.** PLoS One, San Francisco, v. 16, n. 10, p. e0258484. Disponível em:

Disponível em:

<<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0258484>>. Acesso em: 30 out. 2021.

ROY, D. et al. **Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental health care need in Indian population during COVID-19 pandemic.** Asian Journal of Psychiatry, Amsterdam, v. 8, n. 51, p. 102083, 2020. Disponível em: <

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876201820301945> >. Acesso em: 30 out. 2021.

TAŞ B. G. et al. **Evaluation of Job Strain of Family Physicians in COVID-19 Pandemic Period** - An Example from Turkey. *Journal of Community Health*, Amsterdam, v. 46, n. 4, p. 777–785. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876201820301945>>. Acesso em: 30 out. 2021.

TEIXEIRA, C.P. et al., **COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/45540/2/livro\\_-\\_covid-19\\_e\\_aps.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/45540/2/livro_-_covid-19_e_aps.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2021.

XIANG, Y. T. et al. **Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed**. *Lancet Psychiatry*, London, v. 7, n. 3, p. 228–229. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)300468/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)300468/fulltext)>. Acesso em: 30 out. 2021.

WHO. World Health Organization. **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud: Declaración de Alma-Ata**. Ginebra: WHO, 1978.

WHO. World Health Organization. **Q&A on coronavirus (COVID-19)**. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-andanswers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>>. Acesso em: 30 out. 2021.

WHO. World Health Organization. **COVID-19 Weekly Epidemiological Update de 14 de setembro de 2021**. (2021) Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 30 out. 2021.

WORDOMETER. **COVID-19 Coronavirus Pandemic**. 2021. Disponível em: <<https://www.worldometers.info/coronavirus/>>. Acesso em: 30 out. 2021.

ZHANG, C. et al. **Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak**. *Frontiers in Psychiatry*, Switzerland, v. 11, p. 306, 2020b. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00306/full>>. Acesso em: 30 out. 2021.

ZHANG, W. R. et al. **Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China**. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Basel, v. 89, n. 4, p. 242–250, 2020a. Disponível em: <<https://www.karger.com/Article/FullText/507639>>. Acesso em: 30 out. 2021.

ZHANG, Y.; MA, Z. F. **Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning Province, China: A cross-sectional study**. *International Journal of Environment Research Public Health*, Basel, v. 17, n. 7, p. 2381, 2020. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/7/2381>>. Acesso em: 30 out. 2021.

ZERBINI, G. et al. **Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19** - a survey conducted at the University Hospital Augsburg. German medical science: GMS E-journal, Düsseldorf, v. 18, p. Doc05. Disponível em: <<https://www.egms.de/static/en/journals/gms/2020-18/000281.shtml>>. Acesso em: 30 out. 2021.

ZHU, D. et al. **A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019**. The New England Journal of Medicine, Boston, v. 382, n. 8, p. 727-33. 2020. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2001017>>. Acesso em: 30 out. 2021.

ZHU, J. et al. **Prevalence and Influencing Factors of Anxiety and Depression Symptoms in the First-Line Medical Staff Fighting Against COVID-19 in Gansu**. Frontiers in Psychiatry, Switzerland; v. 11, p. 386, 2020b. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00386/full>>. Acesso em: 30 out. 2021.

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ASPECTOS  
INDIVIDUAIS RELACIONADOS À PANDEMIA PELA COVID-19**

Iniciais \_\_\_\_\_

Categoria profissional

- ( ) Medicina      ( ) Enfermagem      ( ) Técnico de Enfermagem  
( ) Odontologia      ( ) Técnico de odontologia      ( ) Agente comunitário de saúde

Solicitou teletrabalho?	( ) SIM    ( ) NÃO
Estou em teletrabalho?	( ) SIM    ( ) NÃO

Já tive diagnóstico de COVID-19?	( ) SIM    ( ) NÃO
Tive contato com pessoa com diagnóstico de COVID-19?	( ) SIM    ( ) NÃO
Deixei de ter contato pessoal com familiares próximos?	( ) SIM    ( ) NÃO
Saí do meu domicílio por medo de transmitir para minha família?	( ) SIM    ( ) NÃO
Tenho medo de ter COVID -19?	( ) SIM    ( ) NÃO
Tenho medo de transmitir para um familiar ou amigo próximo?	( ) SIM    ( ) NÃO
Acho que a situação atual está afetando minha saúde mental?	( ) SIM    ( ) NÃO
Perdi um familiar ou amigo próximo por COVID -19?	( ) SIM    ( ) NÃO
Evito ao máximo tocar em meu rosto?	( ) SIM    ( ) NÃO
Uso álcool gel quando saio e retorno para casa	( ) SIM    ( ) NÃO
Só saio de casa quando extremamente necessário?	( ) SIM    ( ) NÃO
Só saio de casa com máscara?	( ) SIM    ( ) NÃO
Concordo com as medidas de isolamento social (horizontal)?	( ) SIM    ( ) NÃO
Comecei a usar programas/aplicativos de reuniões online com maior frequência?	( ) SIM    ( ) NÃO

## APÊNCIDE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto “Pandemia pela COVID -19 e a saúde mental de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal ”, sob a responsabilidade do pesquisador **Marcus Moreira Pereira**. O nosso objetivo é Avaliar a saúde mental de profissionais de saúde, da atenção primária, no contexto da pandemia pela COVID-19, na Região Administrativa de Recanto das Emas, Distrito Federal.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder de forma escrita, por meio de tecnologias de informação como o Google Forms, que podem ser operacionalizados por computador smartphones, com tempo estimado de aproximadamente 30 minutos para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa consistem na possibilidade de constrangimento e/ou desconforto ao responder o questionário; quebra de sigilo ou anonimato; estresse ou dano; cansaço ao responder às perguntas do instrumento de pesquisa. No entanto, afim de evitar tais situações, você receberá esclarecimento prévio sobre a mesma, com tempo para retirada de dúvidas. Sua participação deverá ser voluntária. Sua privacidade será garantida e as respostas serão confidenciais e resguardadas pelo sigilo das pesquisadoras tanto durante a pesquisa quanto na divulgação dos resultados, assegurando o anonimato. Se você aceitar participar, estará contribuindo para valorização e fortalecimento da APS, principalmente nesse contexto de pandemia pelo COVID-19. Importante ressaltar que os pesquisadores não terão nenhum benefício financeiro pela realização da pesquisa.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados pela Escola Superior de Ciências da Saúde podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para Marcus Moreira Pereira ou Fábio Ferreira Amorim, no telefone (62) 99974-0952 ou email: marcusmp\_1@hotmail.com, no horário de 08 às 12h ou às 14 às 18h, disponível inclusive para ligação a cobrar. Este projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61)2017 2132 ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

\_\_\_\_\_  
Nome / assinatura

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura

Brasília, de de 2021

# ANEXO A - INVENTÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO PARA ADULTOS DE 18 A 59 ANOS (ASR)

## INVENTÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO PARA ADULTOS DE 18 A 59 ANOS (ASR)

Nº de Identificação _____		
<b>NOME COMPLETO:</b>		<b>TIPO DE TRABALHO (ocupação habitual), mesmo que você não esteja trabalhando no momento.</b> Favor especificar - por exemplo: mecânico de automóveis, professor(a) de ensino médio, dona de casa, operário, vendedor de sapato, sargento do exército, estudante (indique o que está estudando e que título você pretende alcançar). Seu trabalho: _____ Trabalho do(a) esposo(a) ou companheiro(a): _____
<b>SEXO</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<b>IDADE</b>	
<b>ETNIA OU COR DE PELE</b>		
<b>DATA DE HOJE</b> Dia ___ Mês ___ Ano ____	<b>DATA DE NASCIMENTO</b> Dia ___ Mês ___ Ano ____	
Favor preencher esse questionário de acordo com <b>seu</b> ponto de vista, mesmo que outras pessoas não concordem. Você não precisa gastar muito tempo com nenhum item. Comentários adicionais são bem vindos. <b>FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.</b>		
<b>POR FAVOR, ASSINALE SUA ESCOLARIDADE MÁXIMA</b>		
<input type="checkbox"/> 1. Analfabeto ou Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> 2. Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/> 3. Ensino Médio completo <input type="checkbox"/> 4. Ensino Superior incompleto <input type="checkbox"/> 5. Ensino Superior Tecnológico completo (curso de 2 anos) <input type="checkbox"/> 6. Ensino Superior Completo (4 ou mais anos) <input type="checkbox"/> 7. Pós-graduação incompleta <input type="checkbox"/> 8. Mestrado <input type="checkbox"/> 9. Doutorado <input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____		

### I. AMIGOS:

- A. Aproximadamente quantos(as) amigos(as) próximos(as) você tem? (**Não incluir** pessoas da família)  
 Nenhum       1       2 ou 3       4 ou mais
- B. Aproximadamente quantas vezes por mês você tem contato com qualquer um dos(as) seus(suas) amigos(as) próximos(as)? (Incluir contatos pessoalmente ou através de telefonemas, cartas e e-mails)  
 Menos de 1       1 ou 2       3 ou 4       5 ou mais
- C. Até que ponto você se dá bem com seus(suas) amigos(as) próximos?  
 Não se dá bem       Na média       Acima da média       Bem acima da média
- D. Aproximadamente quantas vezes por mês amigos ou familiares visitam você?  
 Menos de 1       1 ou 2       3 ou 4       5 ou mais

### II. ESPOSO(A) OU COMPANHEIRO(A):

- Qual é o seu estado civil?       Nunca fui casado(a)       Casado, mas separado do esposo(a)  
 Casado e vivendo com o esposo(a)       Divorciado(a)  
 Viúvo(a)       Outro – Por favor, descreva: \_\_\_\_\_

Em algum momento nos últimos seis meses, você viveu com seu/sua esposo(a) ou companheiro(a)?

- Não – Favor pular os próximos itens e ir para a página 2.  
 Sim – Circule 0, 1 ou 2 ao lado das afirmações A-H para descrever o seu relacionamento nos últimos seis meses:

0 = NÃO É VERDADEIRA	1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
0 1 2 A. Eu me dou bem com meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)	0 1 2 E. Eu e meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) discordamos quanto à questões de administração do lar, como onde morar	0 1 2 E. Eu e meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) discordamos quanto à questões de administração do lar, como onde morar
0 1 2 B. Eu e meu esposo(a) ou companheiro(a) temos dificuldades em dividir as responsabilidades	0 1 2 F. Eu tenho problemas com a família do meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)	0 1 2 F. Eu tenho problemas com a família do meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)
0 1 2 C. Eu me sinto satisfeito(a) com meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)	0 1 2 G. Gosto dos amigos do meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)	0 1 2 G. Gosto dos amigos do meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)
0 1 2 D. Eu e meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) gostamos de atividades semelhantes	0 1 2 H. O comportamento de meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) me incomoda	0 1 2 H. O comportamento de meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) me incomoda

**Favor verificar se todos os itens foram respondidos.**

Copyright 2003 T. Achenbach  
 ASEBA, University of Vermont  
 1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456  
[www.ASEBA.org](http://www.ASEBA.org)

Versão brasileira do "Adult Self-Report for ages 18-59"  
 traduzida por: MM Rocha & EFM Silveiras (2010)  
[asebabrasil@gmail.com](mailto:asebabrasil@gmail.com)

REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

### III. FAMÍLIA:

Comparando com outro, como é seu relacionamento com:

		Pior do que a média	Varia ou na média	Melhor do que a média	Não tenho Contato
A. seus irmãos?	<input type="checkbox"/> Não tenho irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. suas irmãs?	<input type="checkbox"/> Não tenho irmãs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. sua mãe?	<input type="checkbox"/> Mãe falecida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. seu pai?	<input type="checkbox"/> Pai falecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. seus filhos biológicos ou adotados?	<input type="checkbox"/> Não tenho filhos				
1. Filho mais velho	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Segundo filho	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Terceiro filho	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Outro	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. seus enteados?	<input type="checkbox"/> Não tenho enteado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IV. EMPREGO:** Em algum momento nos últimos seis meses, você exerceu alguma atividade remunerada (inclusive trabalho por conta própria ou serviço militar)?

Não – Por favor, vá para a seção V.

Sim – Por favor, descreva o(s) trabalho(s): \_\_\_\_\_

Circule 0, 1 ou 2 ao lado dos itens A-I para descrever a sua experiência de trabalho nos últimos seis meses:

0 = NÃO É VERDADEIRA

1 = UM POUCO VERDADEIRA OU  
ALGUMAS VEZES VERDADEIRA

2 = MUITO VERDADEIRA OU  
FREQUENTEMENTE VERDADEIRA

0 1 2	A. Trabalho bem com os outros	0 1 2	F. Faço coisas que podem me levar a perder meu emprego
0 1 2	B. Tenho dificuldade para me relacionar com chefes	0 1 2	G. Falto ao trabalho mesmo quando não estou doente ou de férias
0 1 2	C. Faço bem o meu trabalho	0 1 2	H. Meu emprego é muito estressante para mim
0 1 2	D. Tenho dificuldade para terminar meu trabalho	0 1 2	I. Preocupo-me demais com o trabalho
0 1 2	E. Estou satisfeito com a minha situação de trabalho		

**V. EDUCAÇÃO:** Em algum momento nos últimos seis meses, você frequentou alguma escola, universidade ou qualquer outro programa educacional ou de treinamento?

Não – Por favor, vá para a seção VI.

Sim – Que tipo de escola ou programa? \_\_\_\_\_

Que tipo de diploma ou certificado você vai obter? \_\_\_\_\_ Qual área? \_\_\_\_\_

Quando você espera obter seu diploma ou certificado? \_\_\_\_\_

Circule 0, 1 ou 2 ao lado dos itens A-E para descrever a sua experiência educacional nos últimos seis meses:

0 = NÃO É VERDADEIRA

1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS  
VEZES VERDADEIRA

2 = MUITO VERDADEIRA OU  
FREQUENTEMENTE VERDADEIRA

0 1 2	A. Eu me dou bem com outros estudantes	0 1 2	D. Estou satisfeito com a minha situação educacional
0 1 2	B. Eu alcanço o que está dentro da minha capacidade	0 1 2	E. Faço coisas que podem fazer com que eu seja reprovado
0 1 2	C. Tenho dificuldade para terminar minhas tarefas		

**VI. Você tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)?**  Não  Sim – Por favor, descreva: \_\_\_\_\_

**VII. Por favor, descreva suas preocupações ou temores sobre sua família, trabalho, educação ou outras coisas:**

Não tenho preocupações.

**VIII. Por favor, descreva suas qualidades, seus pontos positivos.**

POR FAVOR, CONFIRA SUAS RESPOSTAS E VERIFIQUE SE TODOS OS ITENS FORAM RESPONDIDOS.

VERSÃO BRASILEIRA DO "ADULT SELF-REPORT FOR AGES 18-59" TRADUZIDA POR: MM ROCHA & EFM SILVARES (2010). E-MAIL: [asebabrasil@gmail.com](mailto:asebabrasil@gmail.com) – REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

0 = NÃO É VERDADEIRA		1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
0 1 2	63. Prefiro estar com pessoas mais velhas a estar com pessoas da minha idade	0 1 2	93. Falo demais
0 1 2	64. Tenho dificuldades em estabelecer prioridades	0 1 2	94. Faço muita gozação dos outros
0 1 2	65. Recuso-me a falar	0 1 2	95. Sou esquentado(a)
0 1 2	66. Repito as mesmas ações várias vezes seguidas, compulsões (descreva): _____	0 1 2	96. Penso demais em sexo
0 1 2	67. Tenho dificuldades para fazer ou manter amigos	0 1 2	97. Ameaço machucar as pessoas
0 1 2	68. Grito muito	0 1 2	98. Gosto de ajudar os outros
0 1 2	69. Sou reservado(a), fechado(a), não conto minhas coisas para ninguém	0 1 2	99. Não gosto de ficar em um mesmo lugar por muito tempo
0 1 2	70. Vejo coisas que outras pessoas acham que não existem (descreva): _____	0 1 2	100. Tenho problemas com o sono (descreva): _____
0 1 2	71. Fico sem jeito na frente das pessoas com facilidade, preocupado(a) com o que os outros vão pensar de mim	0 1 2	101. Falto ao trabalho, mesmo quando não estou doente ou de férias
0 1 2	72. Preocupo-me com a minha família	0 1 2	102. Não tenho muita energia
0 1 2	73. Cumpro minhas responsabilidades para com a minha família	0 1 2	103. Sou infeliz, triste ou deprimido(a)
0 1 2	74. Gosto de me exibir ou fazer palhaçadas	0 1 2	104. Sou mais barulhento que os outros
0 1 2	75. Sou muito acanhado(a) ou tímido(a)	0 1 2	105. As pessoas acham que sou desorganizado(a)
0 1 2	76. Me comporto de maneira irresponsável	0 1 2	106. Gosto de ser justo(a) com os outros
0 1 2	77. Durmo mais que a maioria das pessoas durante o dia e/ou a noite (descreva): _____	0 1 2	107. Sinto que não posso ser bem sucedido(a)
0 1 2	78. Tenho dificuldades para tomar decisões	0 1 2	108. Tendo a perder coisas
0 1 2	79. Tenho problemas de fala (descreva): _____	0 1 2	109. Gosto de experimentar coisas novas
0 1 2	80. Luto pelos meus direitos	0 1 2	110. Gostaria de ser do sexo oposto
0 1 2	81. Meu comportamento é instável	0 1 2	111. Evito relacionar-me com outros
0 1 2	82. Roubo	0 1 2	112. Sou muito preocupado(a)
0 1 2	83. Fico entediado facilmente	0 1 2	113. Preocupo-me com as minhas relações com o sexo oposto
0 1 2	84. Faço coisas que outras pessoas acham estranhas (descreva): _____	0 1 2	114. Deixo de pagar minhas dívidas ou de cumprir com outras responsabilidades financeiras
0 1 2	85. Tenho pensamentos que outras pessoas achariam estranhos (descreva): _____	0 1 2	115. Sou inquieto(a) ou agitado(a)
0 1 2	86. Sou teimoso(a), mal humorado(a) ou fácil de se irritar	0 1 2	116. Fico chateado(a) com muita facilidade
0 1 2	87. Meu humor ou meus sentimentos mudam de repente	0 1 2	117. Tenho problemas para administrar dinheiro ou cartões de crédito
0 1 2	88. Gosto de estar com as pessoas	0 1 2	118. Sou muito impaciente
0 1 2	89. Ajo precipitadamente, sem pensar nos riscos	0 1 2	119. Presto pouca atenção aos detalhes
0 1 2	90. Tomo muita bebida alcoólicas ou fico bêbado(a)	0 1 2	120. Dirijo muito rápido
0 1 2	91. Penso em me matar	0 1 2	121. Tendo a me atrasar nos compromissos
0 1 2	92. Faço coisas que podem me causar problemas com a lei (descreva): _____	0 1 2	122. Tenho dificuldade em manter um emprego
		0 1 2	123. Sou uma pessoa feliz
			124. Nos últimos seis meses, aproximadamente quantas vezes por dia você usou cigarro/tabaco (inclusive fumo de mascar)? _____ vezes por dia.
			125. Nos últimos seis meses, quantos dias você ficou bêbado? _____ dias.
			126. Nos últimos seis meses, quantos dias você usou drogas para fins não medicinais (inclusive maconha, cocaína e outras drogas, exceto álcool e nicotina)? _____ dias.

POR FAVOR, CONFIRA SUAS RESPOSTAS E VERIFIQUE SE TODOS OS ITENS FORAM RESPONDIDOS.

VERSÃO BRASILEIRA DO "ADULT SELF-REPORT FOR AGES 18-59" TRADUZIDA POR: MM ROCHA & EFM SILVARES (2010). E-MAIL: [asebabrasil@gmail.com](mailto:asebabrasil@gmail.com) – REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

## ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE VALORES BÁSICOS (QVB)

### QUESTIONÁRIO DOS VALORES BÁSICOS – QVB

Por favor, leia atentamente a lista de valores descritos a seguir, considerando seu conteúdo. Utilizando a escala de resposta abaixo, escreva um número ao lado de cada valor para indicar em que medida o considera importante como um **princípio que guia sua vida**.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente não importante		Pouco importante		Importante		Extremamente importante
	Não importante		Mais ou menos importante		Muito importante	

01. **APOIO SOCIAL.** Obter ajuda quando a necessite; sentir que não está só no mundo.
02. **ÊXITO.** Obter o que se propõe; ser eficiente em tudo que faz.
03. **SEXUALIDADE.** Ter relações sexuais; obter prazer sexual.
04. **CONHECIMENTO.** Procurar notícias atualizadas sobre assuntos pouco conhecidos; tentar descobrir coisas novas sobre o mundo.
05. **EMOÇÃO.** Desfrutar desafiando o perigo; buscar aventuras.
06. **PODER.** Ter poder para influenciar os outros e controlar decisões; ser o chefe de uma equipe.
07. **AFETIVIDADE.** Ter uma relação de afeto profunda e duradoura; ter alguém para compartilhar seus êxitos e fracassos.
08. **RELIGIOSIDADE.** Crer em Deus como o salvador da humanidade; cumprir a vontade de Deus.
09. **SAÚDE.** Preocupar-se com sua saúde antes mesmo de ficar doente; não estar física ou mentalmente enfermo.
10. **PRAZER.** Desfrutar da vida; satisfazer todos os seus desejos.
11. **PRESTÍGIO.** Saber que muita gente lhe conhece e admira; quando velho receber uma homenagem por suas contribuições.
12. **OBEDIÊNCIA.** Cumprir seus deveres e obrigações do dia a dia; respeitar seus pais, os superiores e os mais velhos.
13. **ESTABILIDADE PESSOAL.** Ter certeza de que amanhã terá tudo o que tem hoje; ter uma vida organizada e planejada.
14. **CONVIVÊNCIA.** Conviver diariamente com os vizinhos; fazer parte de algum grupo, como: social, esportivo, entre outros.
15. **BELEZA.** Ser capaz de apreciar o melhor da arte, música e literatura; ir a museus ou exposições onde possa ver coisas belas.
16. **TRADIÇÃO.** Seguir as normas sociais do seu país; respeitar as tradições da sua sociedade.
17. **SOBREVIVÊNCIA.** Ter água, comida e poder dormir bem todos os dias; viver em um lugar com abundância de alimentos.
18. **MATURIDADE.** Sentir que conseguiu alcançar seus objetivos na vida; desenvolver todas as suas capacidades.

## ANEXO C - ESCALA BREVE DE *COPING* - BRIEF-COPE

### *BRIEF COPE SCALE (ESCALA BREVE DE COPING)*

INSTRUÇÕES: Estamos interessados em saber a maneira como você tenta lidar com uma situação difícil. Cada item que segue trata de uma maneira específica de lidar com essa situação. Pedimos que avalie cada item separadamente, respondendo-o de acordo com a escala de resposta que segue. Responda as questões da forma mais sincera possível.

- 1 = Não tenho feito de jeito nenhum  
2 = Tenho feito um pouco  
3 = Tenho feito mais ou menos  
4 = Tenho feito bastante

- \_\_\_ 01. Tenho me dedicado ao trabalho ou outras atividades para me distrair.  
\_\_\_ 02. Tenho concentrado meus esforços para fazer alguma coisa em relação à situação na qual me encontro.  
\_\_\_ 03. Tenho dito a mim mesmo(a): “isto não é real”.  
\_\_\_ 04. Tenho consumido álcool ou outras drogas/medicamentos para me sentir melhor.  
\_\_\_ 05. Tenho recebido apoio emocional de outras pessoas.  
\_\_\_ 06. Estou desistindo de enfrentar a situação.  
\_\_\_ 07. Tenho tomado alguma atitude para tentar melhorar a situação.  
\_\_\_ 08. Tenho me negado a acreditar que essa situação tenha acontecido.  
\_\_\_ 09. Tenho dito coisas para extravasar meus sentimentos desagradáveis.  
\_\_\_ 10. Tenho recebido ajuda e conselhos de outras pessoas.  
\_\_\_ 11. Tenho consumido álcool ou outras drogas/medicamentos para me ajudar a superar a situação.  
\_\_\_ 12. Tenho tentado enxergar a situação de outra forma para fazê-la parecer mais positiva.  
\_\_\_ 13. Tenho me criticado.  
\_\_\_ 14. Tenho tentado criar uma estratégia em relação ao que fazer.  
\_\_\_ 15. Tenho recebido conforto e compreensão de alguém.  
\_\_\_ 16. Estou desistindo de tentar enfrentar a situação.  
\_\_\_ 17. Tenho tentado enxergar algo de bom no que está acontecendo.  
\_\_\_ 18. Tenho feito piadas sobre a situação.  
\_\_\_ 19. Tenho feito coisas para pensar menos na situação como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar acordado(a), dormir ou ir às compras.  
\_\_\_ 20. Tenho aceitado a realidade do fato acontecido.  
\_\_\_ 21. Tenho expressado meus sentimentos negativos.  
\_\_\_ 22. Tento tentado encontrar conforto em minha religião ou crenças espirituais.  
\_\_\_ 23. Tenho tentado obter conselho ou ajuda com outras pessoas sobre o que fazer.  
\_\_\_ 24. Tenho aprendido a conviver com esta situação.  
\_\_\_ 25. Tenho pensado bastante sobre os passos que irei dar.  
\_\_\_ 26. Tenho me culpado pelas coisas que aconteceram.  
27. Tenho orado ou meditado.  
28. Tenho ridicularizado a situação.

## ANEXO D - AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (WHOQoL-BREF)

### Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida The World Health Organization Quality of Life –WHOQOL-bref

#### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5

6

4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

7

19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?  
 .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?  
 .....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## ANEXO E - ESCALA DE SONO DE JENKINS

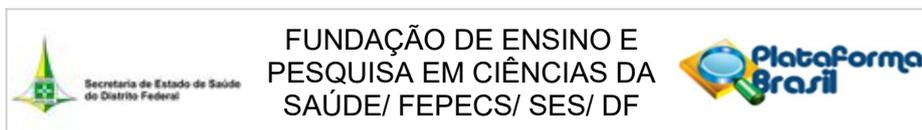
*Jenkins Sleep Scale – Portuguese version (JSS-PT) from Jenkins et al. (1988)*

Responda às seguintes questões, quantificando a frequência da ocorrência de cada um dos episódios abaixo descritos, numa escala de 0 a 5.

0 – Nunca, 1 – Poucos dias (1-3), 2 – Alguns dias (4-7),  
3 – Metade dos dias (8-14), 4 – Maioria dos dias (15-21) e 5 – Todos os dias (21 a 31)

<b>Com que frequência no passado mês:</b>	<b>Frequência</b>
1. Teve dificuldade em adormecer	
2. Acordou várias vezes durante a noite	
3. Teve problemas em manter o sono (incluindo acordar demasiado cedo)	
4. Acordou e sentiu-se cansado ou desgastado, mesmo depois de um período completo de sono	

# ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Pandemia pela COVID-19 e a saúde mental de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal

**Pesquisador:** MARCUS MOREIRA PEREIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 37929520.0.0000.5553

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.479.885

#### Apresentação do Projeto:

Projeto em terceira versão, após parecer consubstanciado número: 4.394.820.

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta um papel decisivo na proteção da saúde, na prevenção e controle de doenças infecciosas. No contexto da pandemia pela COVID-19, enquanto é incentivado o distanciamento social com a finalidade de reduzir o contágio pela doença, os profissionais de saúde atuam em sentido oposto com o aumento da demanda pela assistência à saúde, muitas vezes com cargas exaustivas de trabalho e necessidade de ficarem isolados de seus familiares e amigos com restrição de sua rede de apoio social, estando especialmente vulneráveis ao sofrimento psicológico. Objetivo: Avaliar a saúde mental de profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia pela COVID-19, assim como a associação entre as alterações na saúde mental e a qualidade de vida, qualidade do sono, coping e

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

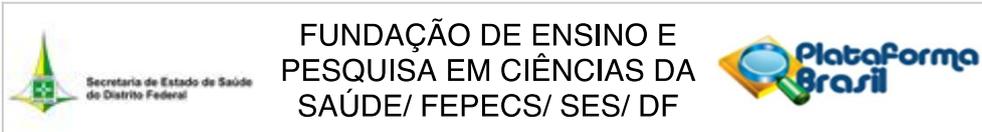
**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)2017-2127

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.479.885

valores humanos dos profissionais de saúde. Metodologia: Estudo transversal a ser realizado de agosto/2020 a dezembro/2020 por meio de questionário eletrônico com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, técnicos de odontologia e agentes comunitários de saúde) que atuam na Estratégia de Saúde da Família na Região Administrativa de Recanto das Emas, Distrito Federal. Serão aplicados os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico e de aspectos individuais relacionados a pandemia pela COVID-19, Inventário de Auto-avaliação do Comportamento para Adultos (ASR), Questionário de Valores Básicos – QVB, Escala Breve de Coping (BRIEF-COPE), Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde - versão curta (WHO-QoL-BREEF) e Escala de Sono de Jenkins. Busca-se, com esse estudo, compreender as dificuldades vivenciadas na rotina diária de trabalho dos profissionais de saúde, que atuam na atenção primária, mais especificamente, na Estratégia Saúde da Família, durante a pandemia do COVID-19. Será realizado uma estimativa da prevalência de transtornos mentais em profissionais da Estratégia Saúde da Família no contexto de pandemia de COVID-19. A partir dos resultados obtidos, espera-se que seja possível propor estratégias que visem fornecer um melhor apoio na área da saúde mental aos profissionais de saúde frente a condições de pandemia.

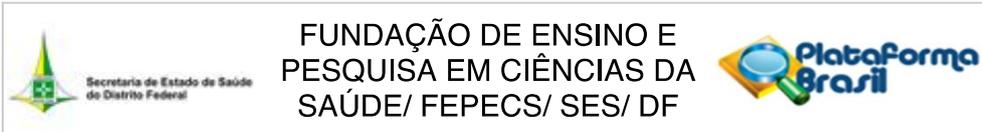
H0: Não há alteração da saúde mental dos profissionais de saúde da Atenção Primária associados à pandemia pela COVID-19. H1: Há alteração da saúde mental dos profissionais de saúde da Atenção Primária associados à pandemia pela COVID-19.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar a saúde mental de profissionais de saúde, da atenção primária, no contexto da pandemia pela

<b>Endereço:</b> SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS	
<b>Bairro:</b> ASA NORTE	<b>CEP:</b> 70.710-904
<b>UF:</b> DF	<b>Município:</b> BRASILIA
<b>Telefone:</b> (61)2017-2127	<b>E-mail:</b> comitedeetica.secretaria@gmail.com



FUNDAÇÃO DE ENSINO E  
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF

Continuação do Parecer: 4.479.885

COVID-19, na Região Administrativa de Recanto das Emas, Distrito Federal.

Objetivo Secundário:

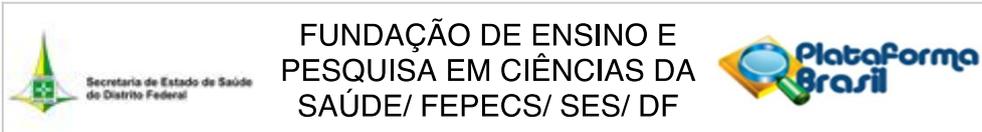
- Identificar a prevalência de sintomas relacionados a transtornos mentais em profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) no contexto da pandemia de COVID-19 na Região Administrativa de Recanto das Emas, DF.
- Identificar a prevalência de alterações da qualidade do sono em profissionais da ESF no contexto da pandemia na Região Administrativa de Recanto das Emas, Distrito Federal.
- Avaliar a associação entre desenvolvimento de transtornos mentais no contexto da pandemia pela COVID-19 e aspectos relacionados aos valores humanos básicos e coping dos profissionais de saúde da ESF na Região Administrativa de Recanto das Emas, Distrito Federal.
- Avaliar a relação entre o desenvolvimento de transtornos mentais e alterações da qualidade de vida e do sono nos profissionais da ESF na Região Administrativa de Recanto das Emas, DF
- Propor intervenções que visem fornecer aspectos de prevenção e apoio na área da saúde mental aos profissionais de saúde da ESF no contexto de pandemias.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

"Riscos:

Os riscos as participantes da pesquisa são inerentes a dimensão psíquica, considerando a abordagem de assuntos íntimos. O participante poderá sentir-se desconfortável ao responder as perguntas, e/ou constrangido. Todos os dados serão tratados anonimamente e analisados de forma agregada, não identificável. Será garantida a confidencialidade dos dados e a preservação da individualidade e da privacidade dos entrevistados. Os dados dos participantes serão armazenados em

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)2017-2127 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.479.885

ambiente sigiloso, pelo tempo necessário para o estudo.

Benefícios: compreender as dificuldades vivenciadas na rotina diária de trabalho dos profissionais de saúde, que atuam na atenção primária, mais especificamente, na ESF, durante a pandemia do COVID-19. Será realizado uma estimativa da prevalência de transtornos mentais em profissionais da Estratégia Saúde da Família no contexto de pandemia de COVID19. A partir dos resultados obtidos, será possível propor intervenções que visem fornecer apoio na área da saúde mental aos profissionais de saúde e melhorar suas condições de trabalho".

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto em segunda versão apresentava as seguintes pendências, as quais consideramos:

Reiteramos que as pendências relacionadas não foram atendidas no que diz respeito à:

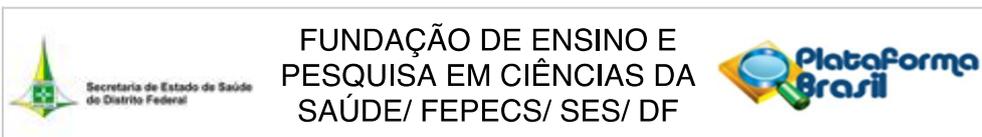
- 1) Não foi discriminado no TCLE o fato de que o questionário será composto por outros inventários e avaliações de qualidade de vida e escala de sono ( Resolução CNS-MS nº466/2012: item IV.I, letra a).
- 2) Não foi informado do tempo necessário estimado para responder o instrumento de pesquisa com 301 questões constituídas por questões abertas e discursivas;
- 3) Os Formulários eletrônicos de coleta de dados devem dispor de um "campo " em que o participante tenha a opção de "não responder" a determinada questão, de tal forma que não ocasione prejuízo na continuidade da coleta.

O pesquisador atendeu a todas as pendências apontadas.

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

Apresentados.

<b>Endereço:</b> SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS	<b>CEP:</b> 70.710-904
<b>Bairro:</b> ASA NORTE	
<b>UF:</b> DF	<b>Município:</b> BRASILIA
<b>Telefone:</b> (61)2017-2127	<b>E-mail:</b> comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.479.885

**Recomendações:**

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

Projeto aprovado.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

Considerando a pandemia (COVID-19), reiteramos que sejam obedecidas as orientações vigentes do Governo do Distrito Federal (quanto à limitação de acessos, isolamentos sociais e circulações desnecessárias em ambientes que possam gerar riscos ao pesquisador e aos participantes da pesquisa).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1616404.pdf	07/12/2020 01:39:37		Aceito
Outros	CartaRespostaPendencias_122020.doc	07/12/2020 01:38:29	MARCUS MOREIRA PEREIRA	Aceito
Outros	Instrumentos_de_Pesquisa122020.pdf	07/12/2020 01:37:06	MARCUS MOREIRA PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE32019MarcusMoreira_1220.pdf	07/12/2020 01:35:54	MARCUS MOREIRA PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Marcus.pdf	15/10/2020 17:06:53	Fábio Ferreira Amorim	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	15/10/2020 16:28:24	Fábio Ferreira Amorim	Aceito
Outros	Cartaencaminhamentonova.pdf	13/09/2020	MARCUS MOREIRA	Aceito

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

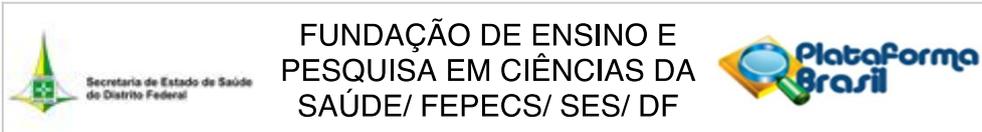
**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF **Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)2017-2127

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.479.885

Outros	Cartaencaminhamentonova.pdf	18:57:17	PEREIRA	Aceito
Outros	Curriculolates.pdf	07/09/2020 17:11:53	MARCUS MOREIRA PEREIRA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_FABIO_FERREIRA_A MORIM.pdf	07/09/2020 17:10:36	Fábio Ferreira Amorim	Aceito
Orçamento	PLANILHA_ORCAMENTO.pdf	07/09/2020 17:03:49	MARCUS MOREIRA PEREIRA	Aceito
Outros	TermodeAnuencialInstitucional.pdf	07/09/2020 16:40:35	MARCUS MOREIRA PEREIRA	Aceito
Outros	termodecompromisso.pdf	07/09/2020 16:36:37	MARCUS MOREIRA PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoMarcusMoreiraPereira.pdf	07/09/2020 16:29:48	MARCUS MOREIRA PEREIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 21 de Dezembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Laíza Magalhães de Araújo**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)2017-2127 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

## ANEXO G - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A pandemia de COVID-19 representa um importante agente estressor para os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Em nosso estudo foi observado, nos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família, no Recantos da Emas, Distrito Federal, Brasil, durante a pandemia de COVID-19, alta prevalência de sintomas de transtornos mentais, sendo os sintomas da ansiedade os mais comuns, assim como alta prevalência de distúrbios do sono. Observou-se que 81% dos profissionais pesquisados apresentavam distúrbio do sono de acordo com a Escala de Sono de Jenkins.

O sono é uma necessidade básica de todo ser humano, ocupando cerca de um terço de nossas vidas. A insônia é muito comum em quadros de ansiedade e seu tratamento deve ser iniciado por medidas não farmacológicas (higiene do sono).

A proposta de intervenção para o problema de alta prevalência de distúrbios de sono, identificada nos profissionais da APS, será realizada em 3 passos:

1º Passo: Autoavaliação para detecção de distúrbios de sono através da autoaplicação do questionário Escala de Sono de Jenkins.

2º Passo: Caso distúrbio do sono seja detectado (pontuação igual ou superior a 4) o profissional deve seguir as orientações para higiene do sono.

3º Passo: Após 30 dias do seguimento das orientações de higiene do sono, o profissional deve responder mais uma vez o questionário Escala de Sono de Jenkins, para verificar se houve melhora em relação ao quadro inicial. Caso a o distúrbio do sono persista, deve-se procurar auxílio médico.

### 1º Passo: Autoavaliação através da Escala de Sono de Jenkins

Escala de Sono de Jenkins: utilizada para avaliar a qualidade do sono, que identifica a frequência do sono e dificuldade para dormir ao longo da noite. Distúrbio do sono é considerado presente quando a pontuação média é igual ou superior a 4.

*Jenkins Sleep Scale – Portuguese version (JSS-PT) from Jenkins et al. (1988)*

Responda às seguintes questões, quantificando a frequência da ocorrência de cada um dos episódios abaixo descritos, numa escala de 0 a 5.

0 – Nunca, 1 – Poucos dias (1-3), 2 – Alguns dias (4-7),  
3 – Metade dos dias (8-14), 4 – Maioria dos dias (15-21) e 5 – Todos os dias (21 a 31)

Com que frequência no passado mês:	Frequência
1. Teve dificuldade em adormecer	
2. Acordou várias vezes durante a noite	
3. Teve problemas em manter o sono (incluindo acordar demasiado cedo)	
4. Acordou e sentiu-se cansado ou desgastado, mesmo depois de um período completo de sono	

### 2º Passo: Adoção de medidas de Higiene do Sono

É uma abordagem educacional que visa orientar sobre hábitos e comportamentos saudáveis que propiciam um sono de melhor qualidade. Quando são fornecidas informações básicas de como determinados comportamentos interferem no ato de dormir, cada indivíduo

pode identificar fatores específicos que possam estar alterando o próprio sono, modificá-los e, conseqüentemente, dormir melhor (DUNCAN, *et al*, 2013).

- Evitar bebidas com cafeína 4 a 6 horas antes de dormir (p. ex., café, chá-preto, chocolate, guaraná).
  - Evitar cigarro e terapias de reposição de nicotina próximo ao horário de dormir e durante a noite.
  - Evitar álcool 4 a 6 horas antes de dormir.
  - Evitar refeições fartas à noite.
  - Exercitar-se ao menos 20 minutos/dia; evitar exercícios intensos seis horas antes de dormir.
  - Evitar atividades estimulantes antes de dormir, como assistir televisão ou usar o computador.
  - Manter o quarto em temperatura agradável; evitar barulho e luz.
  - Levantar no mesmo horário todos os dias, a despeito do horário de adormecer.
  - Dormir apenas o necessário para sentir-se descansado.
  - Ir para a cama apenas quando estiver com sono (evitar "forçar" o sono).
  - Organizar as atividades do dia seguinte fora da cama, antes do horário de dormir.
  - Usar a cama somente para o sono e para a atividade sexual.
  - Evitar cochilos diurnos prolongados.
  - Não dormir mais depois de uma noite ruim.
  - Havendo dificuldade para dormir, não ficar olhando para o relógio, sair da cama e procurar uma atividade relaxante até ficar sonolento (evitar o uso da televisão e do computador)
- (DUNCAN, *et al*, 2013).

### **3º Passo: Reavaliação Após 30 dias**

O profissional deve responder mais uma vez o questionário Escala de Sono de Jenkins, para verificar se houve melhora do quadro. Caso a o distúrbio do sono persista, o profissional deve procurar auxílio médico.

## **REFERÊNCIAS**

- DUNCAN, Bruce et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.