

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

JESSYCA CRISTINA DE ARAUJO OLIVEIRA

**IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA ASSISTÊNCIA CONTRA A COVID-19 EM
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

GOIÂNIA

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional (RI/UFG), regulamentado pela Resolução CEPEC no 1240/2014, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei no 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo dos Trabalhos de Conclusão dos Cursos de Graduação disponibilizado no RI/UFG é de responsabilidade exclusiva dos autores. Ao encaminhar(em) o produto final, o(s) autor(a)(es)(as) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCCG)

Nome(s) completo(s) do(a)(s) autor(a)(es)(as): Jessyca Cristina de Araujo Oliveira

Título do trabalho: IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA ASSISTÊNCIA CONTRA A COVID-19 EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA


2. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador) Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹


[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(à)(s) autor(a)(es)(as) e ao(à) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo do TCCG. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.


Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro.

Obs.: Este termo deve ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.

	Documento assinado eletronicamente por Ana Idalina De Paiva Silva, Professora do Magistério Superior , em 09/06/2021, às 14:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 .
---	--

	Documento assinado eletronicamente por JESSYCA CRISTINA DE ARAÚJO OLIVEIRA, Discente , em 09/06/2021, às 18:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 .
---	--

	A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 , informando o código verificador 2120990 e o código CRC C91C5A64 .
---	--

Referência: Processo nº
23070.024819/2021-77

SEI nº 2120990

JESSYCA CRISTINA DE ARAUJO OLIVEIRA

**IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA ASSISTÊNCIA CONTRA A COVID-19 EM
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Federal de Goiás como requisito para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profª Drª Ana Idalina de Paiva Silva

GOIÂNIA

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Oliveira, Jessyca Cristina de Araujo
IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA ASSISTÊNCIA CONTRA A COVID
19 EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
[manuscrito] / Jessyca Cristina de Araujo Oliveira. - 2021.
76 f.

Orientador: Profa. Dra. Ana Idalina de Paiva Silva.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade
Federal de Goiás, Faculdade de Educação (FE), Psicologia, Goiânia,
2021.

Bibliografia. Anexos.
Inclui tabelas.

1. Coronavírus. 2. Profissionais de Saúde. 3. APS. 4. Análise do
Comportamento. 5. Saúde Psicológica. I. Silva, Ana Idalina de Paiva,
orient. II. Título.

CDU 159.9



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ao(s) quatro dias do mês de junho do ano de 2021 às 15:30h iniciou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA ASSISTÊNCIA CONTRA A COVID-19 EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA”, de autoria de Jessyca Cristina de Araújo Oliveira, do curso de Psicologia, da Faculdade de Educação da UFG. Os trabalhos foram instalados pela Profª Drª Ana Idalina de Paiva Silva - Orientadora (FE/UFG) com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Profª Ms. Luciana Pinheiro Marin. Após a apresentação, a banca examinadora realizou a arguição da estudante. Posteriormente, de forma reservada, a Banca Examinadora atribuiu a nota final de 10 , tendo sido o TCC considerado APROVADO.

Proclamados os resultados, os trabalhos foram encerrados e, para constar, lavrou-se a presente ata que segue assinada pelos Membros da Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Idalina De Paiva Silva, Professora do Magistério Superior**, em 07/06/2021, às 14:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Pinheiro Marin, Usuário Externo**, em 12/06/2021, às 10:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2111635** e o código CRC **D146CE86**.

AGRADECIMENTOS

Querido (a) leitor (a), iniciei o processo de escrita desse trabalho em março de 2020. Até então eu já sabia que o TCC exigiria tempo, que seria cansativo e que muitas vezes seria solitário. Mas eu tinha planos para lidar com isso. Eu tinha amigos e colegas queridos (as) que idealizavam comigo como seria esse momento. E aí veio a pandemia. Isolamento social. Pausa de 6 meses. Ensino remoto emergencial. E um TCC que ainda assim precisava ser feito.

E o que posso dizer sobre o TCC é que de fato exigiu tempo, foi cansativo e, principalmente, solitário. Foi solitário na maior parte do tempo porque há coisas que, para mim, o contato virtual não conseguiu suprir. Mas ainda assim, sem presença física e sem tantas outras coisas planejadas e idealizadas, eu tive suporte. E é a quem esteve comigo nesses meses difíceis, com todas as limitações impostas pela pandemia, a quem agradeço agora.

Em primeiro lugar, agradeço a minha mãe, Adriana, pelo cuidado e apoio. Nesse momento em específico, agradeço por ela ter permitido que nossa casa fosse também um lugar confortável para que eu me dedicasse a esse trabalho. Teve café, paciência, amor e as conversas aleatórias que eu esperava para tornar os dias melhores. E agradeço ao meu avô, Francisco, pelo suporte que sempre ofereceu em relação aos meus estudos e por sempre fazer eu me sentir a pessoa mais amada do mundo. Eu não seria quem sou sem você. E eu não estaria onde estou se não fosse o seu cuidado. Obrigada por tanto.

Agradeço à Ana Idalina que topou realizar esse trabalho comigo. As dificuldades foram diversas, mas a Ana não soltou minha mão. Nunca imaginei que uma orientação poderia ser tão construtiva e tão leve quanto a que recebi. Ana, obrigada por ser tão reforçadora em todo esse processo, obrigada pela disponibilidade, pela gentileza, pela paciência e pelos ensinamentos que tornaram essa pesquisa possível. Você é incrível.

Agradeço à Álex Ramos, Carla Ramirez e Sarah Oliveira. Com elas compartilhei minhas ideias, meus medos e minhas dúvidas, e isso foi fundamental para o meu processo de escrita. Amigas, as coisas não foram como esperamos, mas sorte a minha ter vocês. Obrigada pelo acolhimento, paciência, cuidado e disponibilidade. Amo vocês.

Agradeço a Kimberly Borselly e Luisa Jaques pela presença e por me lembrarem com frequência de ser gentil e paciente comigo mesma. Kimbel, sua força e assertividade me inspiram. Lua, que sorte termos nos encontrado. Que privilégio o meu ser cuidada por você. Obrigada por me incentivar e me dar força.

Agradeço a Lanussy Lira pela amizade e por ter me acolhido em 2018 na 128-B para cuidar dos ratinhos (e também atrapalhar quando ela estava escrevendo o próprio TCC... aliás, um TCC primoroso a qual recorri diversas vezes para construir o presente trabalho).

Lana, você é inteligente, forte e coerente. Obrigada por estar sempre por perto para ser meu modelo de pessoa e profissional. Te amo.

Aos meus colegas e amigos da turma 11 de Psicologia, obrigada pelos diversos momentos compartilhados ao longo desses 5 anos e meio. E obrigada a aqueles que mesmo no ensino remoto partilharam comigo a experiência de produzir o “inominável”. Teve reclamação, teve fofoca, teve surto... mas teve muito apoio também. Em especial, agradeço ao meu amigo Haney Soares por se manter por perto (tanto quanto possível) e por compartilhar comigo as pequenas notícias boas da vida quando tudo estava caótico.

Agradeço aos amigos que aceitaram meus sumiços e desabafos nas redes sociais (e que às vezes precisaram aguentar também várias mensagens dramáticas sobre cansaço e não aguentar mais). Em especial a Sara Gomes, Anabelle Bueno, Leonardo Felipe, Raquel Borges e Felipe Sousa. Obrigada pela paciência, escuta e por fazerem eu me sentir querida. E sou muito grata a Fernanda Cardoso que, em seu lugar de psicóloga, tanto me ajudou a lidar com o TCC e com tudo mais que poderia interferir nesse processo, sempre de forma coerente e assertiva.

Sou muito grata à Universidade Federal de Goiás pela educação pública e de qualidade a mim fornecida e também a tudo que possibilitou que eu pudesse me formar nessa instituição que sempre admirei e onde sempre quis estar. Agradeço também as oportunidades que tive nesse espaço, em especial de ter feito parte de dois projetos de extensão que foram muito importantes na minha formação e na construção desse trabalho.

À LIAC, onde ouvi e aprendi sobre Análise do Comportamento e também onde me aproximei de pessoas que em muito contribuíram para a construção do meu repertório. Agradeço especialmente a Elisa Sanabio, professora e supervisora, pelo espaço e conhecimento oferecido. E agradeço ao PET-Saúde que me proporcionou o primeiro contato com a APS, me apresentando esse campo que faz meus olhos brilharem pela sua complexidade, importância e organização. Em especial, agradeço a Naraiana Oliveira e Rose Barcellos pelos ensinamentos que foram fundamentais para que eu chegasse até o presente tema de pesquisa.

Agradeço ainda a todos colegas e amigos que me ajudaram a divulgar a coleta de dados. E agradeço imensamente a aqueles que voluntariamente participaram da pesquisa e tornaram esse trabalho possível. Por fim, agradeço a Luciana Marin, profissional que tanto admiro, por aceitar o convite de participar desse trabalho comigo. Luciana, considero um privilégio ter você nessa banca. Obrigada!

RESUMO

Em 2019 foi descoberto um novo vírus, causador da doença denominada Covid-19, que se alastrou rapidamente por diversos países, gerando uma situação de emergência mundial. Considerando os aspectos fisiopatológicos da doença e as consequências psicossociais do contexto, tornou-se necessário atentar-se para os aspectos psicológicos da população em geral e também de grupos específicos, como o de profissionais de saúde. Com base nisso, o presente trabalho objetivou identificar os principais impactos do contexto de pandemia por Covid-19 sobre o bem-estar psicológico de profissionais de saúde que atuam na “linha de frente” contra a doença. Para tanto, aplicou-se um questionário no formato online para 44 profissionais da Atenção Primária à Saúde de Goiânia-GO, com perguntas relativas ao trabalho e aspectos do bem-estar psicológico. Mediante análise quali-quantitativa dos dados, com utilização de estatística descritiva e estatística inferencial, e partindo da compreensão analítico-comportamental, apresentou-se uma descrição dos principais desafios e mudanças na assistência à saúde, e também das principais implicações observadas pelos profissionais, no que tange ansiedade, estresse, humor, padrões de sono e padrões de alimentação. Por fim discutiu-se as potencialidades da análise do comportamento para produção de conhecimentos e tecnologias comportamentais que possam contribuir na redução dos comprometimentos relacionados à pandemia.

PALAVRAS-CHAVE:

Coronavírus; profissionais de saúde; APS; análise do comportamento; saúde psicológica.

ABSTRACT

A new virus was discovered in 2019, which caused the disease entitled Covid-19, and spread fast along with countries, generating a worldwide emergency situation. Taking into consideration the disease pathophysiological aspects and its psychosocial consequences of the context, it became essential to focus on the psychological aspects of the general population, furthermore specific groups, including health professionals. Formulated on this context, the present work aimed to identify the main acts in the context of the pandemic by Covid-19 on psychological well-being of health professionals working in the “front line” against the disease. To this end, an online form was applied to 44 professionals on the primary health care in Goiânia-GO, within questions on work and psychological well-being.

By means of qualitative-quantitative analysis of the data, using descriptive statistics and inferential statistics, also starting from the analytical-behavioral understanding, a description of the main challenges and changes in health care was presented, together with the main implications observed by professionals, in the regarding anxiety, stress, mood, sleep patterns and eating patterns. Finally, the potential of behavior analysis to produce knowledge and behavioral technologies as it may be a contribution for reduction of the commitments related to the pandemic was discussed.

KEY-WORDS

Coronavirus; health professionals; PHC; behavior analysis; psychological health.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
Objetivos geral e específicos	14
1 PANDEMIA DE COVID-19 E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL	15
1.1 O Sistema Único de Saúde Brasileiro e a Estruturação da Atenção Primária à Saúde	21
1.2 A Atenção Primária à Saúde e a Pandemia de Covid-19	24
2 IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA PANDEMIA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE	29
2.1 A psicopatologia na perspectiva analítico-comportamental	31
2.2 Impactos psicológicos do trabalho em saúde durante epidemias	34
2.3 Compreensão da AC acerca dos impactos psicológicos do trabalho em saúde durante epidemias	37
3 PESQUISA APLICADA SOBRE OS IMPACTOS DO TRABALHO COM COVID-19 EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA APS DE GOIÂNIA-GO	44
3.1 Metodologia	44
3.1.1 Participantes	44
3.1.2 Procedimentos	46
3.2 Resultados	47
3.3 Discussão	55
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	70
Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	70
Anexo 2 - Questionário	72

APRESENTAÇÃO

Em dezembro de 2019 a Organização Mundial de Saúde foi notificada a respeito de diversos casos de pneumonia em Wuhan, na China. Confirmou-se em seguida que esses casos se davam pelo aparecimento de uma nova cepa de Coronavírus, patógeno já conhecido por sua sazonalidade e associação com síndromes respiratórias, e também por ter provocado duas epidemias nos últimos 20 anos. Em função de sua alta velocidade de propagação, o novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, se espalhou rapidamente por diversos países e em 11 de março de 2020 a OMS declarou, oficialmente, que se tratava de uma pandemia (SOUZA, 2020).

Rapidamente os números de casos de infecção e óbitos aumentaram em diversas partes do mundo. Isso levou a busca de tratamentos e vacinas que fossem eficazes para desacelerar e/ou suprimir o avanço da doença. Pela facilidade de transmissão, muitos governos adotaram também medidas sanitárias não farmacológicas, como o isolamento ou o distanciamento social e a disponibilização de leitos em unidades de terapia intensiva, com o objetivo de desacelerar ou suprimir o avanço da pandemia, reduzindo assim as taxas de infecção, o número de mortes e a sobrecarga do sistema de saúde (FERGUSON et al., 2020; SARTI et al., 2020).

No entanto, as estratégias de isolamento e distanciamento social não se aplicam a equipes de profissionais atuantes na assistência à saúde. Muitos profissionais são necessários para o trabalho direto com pacientes que estejam com suspeita ou diagnóstico confirmado da doença. Esses profissionais se encontram nos diferentes níveis de atenção à saúde, em função da variabilidade de como a doença pode se apresentar, com sintomas que variam entre leve, moderado e grave (TEIXEIRA et al., 2020).

Cerca de 80% dos casos têm sintomatologia de leve a moderada. Assim, a Atenção Primária à Saúde (APS) se mostra fundamental para essa situação de emergência no Brasil, por ser o primeiro lugar de acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde, como também foi em situações epidêmicas de Zika, Febre Amarela e Chikungunya. Cabe à APS as funções de conter a pandemia, evitar o agravamento do estado de saúde dos pacientes com Covid-19, orientar quanto à doença e abordar problemas relacionados ao isolamento social. Nesse contexto, embora tenha sido fundamental aumentar o número de leitos hospitalares e capacitar todos os níveis de atenção para casos de emergência, é a APS que assume o papel de ordenadora do cuidado no SUS, o que demanda, entre outras coisas, a presença e capacitação

de profissionais de saúde que passam a lidar com novos desafios, fluxos e protocolos de trabalho (SARTI et al., 2020).

Duarte et al. (2020) defendem que uma pandemia coloca os países atingidos em processo de mudança de hábitos e regras, o que desencadeia diversas consequências a nível micro e macrosistêmico. Em situações de emergência em saúde é comum que o foco esteja nos aspectos físicos e biológicos da doença, entretanto pesquisas demonstram que consequências psicológicas também emergem, provocando notáveis efeitos sobre o bem-estar da população. Sabe-se que surtos infecciosos podem ter desdobramentos psicológicos negativos a curto, médio e longo prazo para diferentes grupos populacionais, como evidenciam as epidemias e pandemias de HIV, Ebola, Zika e H1N1 (JIANG et al., 2020; TUCCI et al., 2017). As consequências diretas sobre o comportamento humano com potencial para gerar sofrimento psicológico são classificadas como fatores psicossociais, conforme Abreu e Abreu (2020).

Na pandemia atual, profissionais de saúde precisaram passar por diversas mudanças e lidar com diferentes fatores psicossociais. Estudo realizado no início da pandemia de Covid-19 avaliou os impactos psicológicos em uma amostra da população chinesa e encontrou problemas imediatos relativos à depressão, ansiedade, preocupação e percepção de estresse pelos participantes. Sabe-se que situações de emergência de saúde como a atual propiciam o surgimento desses quadros de irritabilidade e angústia, além de sentimentos de desamparo, tédio e solidão. Em aspectos comportamentais são esperadas alterações do comportamento alimentar, sono, conflitos interpessoais e frequência aumentada de pensamentos referentes a situação de pandemia, saúde de pessoas próximas e questões referentes à morte (WANG et al., 2020; FIOCRUZ, 2020).

No contexto de Covid-19 em específico isso também pode ser observado. Conforme Teixeira (2020), é frequente que profissionais de saúde relatem manifestações ansiosas e depressivas, alterações de sono e também sintomas psicossomáticos. É relatado ainda aumento no uso de substâncias (álcool e outras drogas) e medo de adoecer e/ou transmitir a doença. Há ainda uma particularidade referente aos profissionais de saúde que atuam na chamada “linha de frente”, ou seja, que atuam diretamente com a doença. Li et al. (2020) afirmam que o desencadeamento ou intensificação de sintomas de quadros ansiosos, depressivos e de estresse podem ser piores para quem está na “linha de frente”, quando comparado com os profissionais que não estão.

Posto isso, o presente trabalho teve como objetivo compreender os impactos psicológicos em profissionais de saúde que trabalham diretamente com pacientes com

suspeita ou confirmação de infecção por Covid-19, em unidades de APS. Além disso, busca-se analisar os aspectos psicossociais e as condições de trabalho relacionadas a esses impactos.

Para tanto, no primeiro capítulo serão discutidos o contexto de pandemia e o papel da APS como organizadora do SUS, antes e durante a pandemia. No segundo capítulo será apresentada uma compreensão acerca de como o contexto de pandemia possibilita o desenvolvimento de quadros e alterações comportamentais considerados psicopatológicos, sob a perspectiva analítico-comportamental e com base em pesquisas já realizadas em contextos de emergência em saúde. No terceiro capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa aplicada a profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária de Goiânia-GO, relacionando os comprometimentos no bem-estar que foram relatados a aspectos laborais enfrentados durante a pandemia de Covid-19.

Objetivos geral e específicos

Conforme Schmidt et al. (2020a), cabe à psicologia colaborar no enfrentamento dos desdobramentos da Covid-19. Considerando esse compromisso da psicologia, o presente trabalho busca compreender as principais alterações comportamentais e comprometimentos do bem-estar psicológico apresentados por profissionais que atuam na “linha de frente” contra Covid-19, na APS. Busca-se também analisar as relações dessas alterações com aspectos laborais e psicossociais referentes ao contexto de pandemia.

Como objetivos específicos busca-se:

- Desenvolver análise teórica sobre o contexto de pandemia de Covid-19 e sobre os desdobramentos psicossociais das medidas de isolamento social;
- Analisar as novas demandas de trabalho na Atenção Primária em Saúde e identificar os novos desafios enfrentados pelos profissionais atuantes nesse nível de atenção;
- Compreender como esse novo contexto possibilita o desenvolvimento de alterações comportamentais, sintomas e quadros chamados psicopatológicos, a partir da perspectiva analítico-comportamental;
- Coletar dados, mediante questionário aplicado a profissionais de saúde que atendam as especificidades pré-estabelecidas, com fins de descrever alterações comportamentais e principais desafios enfrentados pelos participantes.

1 PANDEMIA DE COVID-19 E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL

A primeira notificação recebida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre casos atípicos de síndrome respiratória e pneumonia vieram de Wuhan, na província de Hubei, na China. Até a descoberta desse novo coronavírus, outros sete com capacidade de infectar humanos já eram conhecidos. Mas, por ser um novo patógeno, esse recebeu o nome de SARS-CoV-2, causador da doença Covid-19 (BEZERRA et al., 2020; LANA et al., 2020)

Em 2003, Hong Kong, na China, enfrentou a epidemia denominada SARS, causada por um coronavírus sazonal. Nove anos depois, uma nova epidemia surgiu na Arábia Saudita, chamada de Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS). A Covid-19, por sua vez, surgiu tendo como principal característica a alta velocidade de transmissão, com letalidade inferior a da SARS (10%) e MERS (30%), mas ainda assim capaz de provocar quadros graves de complicações respiratórias (LANA et al., 2020).

Casos de Covid-19 começaram a se espalhar pelos continentes entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020, e no dia 30 deste mês a OMS declarou situação de emergência de saúde pública de importância internacional. Ao final de fevereiro diversos países já estavam notificando casos de Covid-19, e em onze de março de 2020 a situação de pandemia foi oficialmente declarada pelo diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, em anúncio realizado em Genebra, na Suíça. Nesse anúncio, o diretor-geral fez um apelo para que todos os países se envolvessem em ações de rastreamento, identificação e isolamento de casos de Covid-19, visando controlar, tanto quanto possível, o avanço da doença (BEZERRA et al., 2020; WHO, 2020).

No primeiro mês de pandemia, em março de 2020, os maiores números de casos confirmados e óbitos por Covid-19 estavam concentrados nos Estados Unidos, Itália, Espanha e China. Até abril do mesmo ano já haviam sido notificados 820 mil casos confirmados e mais de 40 mil mortes em todo o mundo. No Brasil, a transmissão comunitária (quando não se consegue mais identificar a origem) foi oficialmente comunicada em vinte de março de 2020. Conforme dados apresentados no painel oficial de divulgação de casos de Covid-19 do Ministério da Saúde (MS), em um mês o número de casos acumulados ultrapassou 40 mil. Em abril de 2021 o número já chegava a mais de 15 milhões de casos confirmados, com aproximadamente 428 mil óbitos, indicando letalidade de 2,8% (DAUMAS et al, 2020; SARTI et al, 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021a).

Os sintomas de Covid-19 variam entre leve, moderado e grave. Os sintomas leves e moderados incluem febre, cansaço, tosse, dor de cabeça, diarreia, perda de paladar e/ou olfato, congestão nasal, dores no corpo e erupções cutâneas. Esses sintomas podem evoluir para

quadros mais graves e incluir dificuldades respiratórias. Dados da OMS apontam que em 80% dos casos os sintomas seriam leves ou inexistentes, enquanto 20% poderia demandar assistência hospitalar, com presença de sintomas respiratórios, e 5% poderia requerer suporte ventilatório, sendo considerado grave (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021b; OPAS, 2020)

Para prevenção e combate à doença, as orientações incluem, desde o início da pandemia, o uso de máscaras, limpeza e higienização das mãos, desinfecção de locais públicos, como mercados, lojas, bancos e transportes públicos, e distanciamento físico de pelo menos um metro, devendo ser evitado estar em locais sem ventilação e/ou com aglomeração de pessoas. Isso porque a infecção ocorre mediante contato do vírus com olhos, boca e nariz, seja esse contato direto, indireto ou próximo, através de secreções de pessoas infectadas (gotículas de saliva e gotículas respiratórias) (OPAS, 2020).

A ausência de vacinas ou tratamentos farmacológicos preventivos eficazes para controle da Covid-19 tornou necessário defender a redução do contato interpessoal, medida já presente em momentos anteriores de crises sanitárias de saúde. Nesse processo, três tipos de restrições de contato foram amplamente divulgados e utilizados a nível mundial: a quarentena; o isolamento social; e a contenção comunitária (GARRIDO; GARRIDO, 2020).

A quarentena é uma forte medida de saúde pública há séculos. Durante a Idade Média, com o advento da Peste Bubônica, essa medida foi amplamente utilizada, consistindo, basicamente, em isolar pessoas infectadas ou possivelmente expostas ao patógeno, mantendo-as distantes de pessoas saudáveis, evitando assim a disseminação da doença. A quarentena pode ser adotada de forma individual ou coletiva. Já o isolamento social consiste em *separação* propriamente dita. Nesse caso, trata-se de separar a pessoa infectada de outras não infectadas, visando evitar a transmissão do vírus. Historicamente, o isolamento também foi muito utilizado em outras situações de emergência em saúde (AQUINO et al, 2020; GARRIDO; GARRIDO, 2020; GARRIDO; RODRIGUES, 2020).

Frequentemente o isolamento social é tido como sinônimo de quarentena, mas a aplicabilidade e efetividade de cada um é diferente a depender da situação. No caso da Covid-19, a quarentena foi internacionalmente recomendada, com duração aproximada de duas semanas, por ser uma medida que dificulta a propagação da doença. Entretanto, ela exige identificação precoce dos casos para ser mais eficaz. Quanto ao isolamento social, esse tem como principal empecilho o fato do SARS-CoV-2 ter o período de incubação de aproximadamente cinco dias, geralmente sem a presença de sintomas na pessoa infectada. Assim, se não há um rastreamento e confirmação de infecção ainda no início do período da incubação, a pessoa infectada pode transmitir a doença sem ter conhecimento disso (AQUINO

et al, 2020; GARRIDO; GARRIDO, 2020; GARRIDO; RODRIGUES, 2020; SCHUCHMANN et al., 2020)

A contenção comunitária, por sua vez, refere-se a diminuição de interações sociais e proximidade física, sendo a principal medida defendida para situações em que a população ainda não dispõe de vacinas, medicamentos e outros tratamentos adequados. Na contenção comunitária apenas atividades essenciais são permitidas. Tratando-se da pandemia de Covid-19 essa medida também foi amplamente adotada no mundo e muito defendida pela OMS. A exemplo disso, teve-se o fechamento temporário de escolas e comércios, e a proibição de eventos que pudessem resultar em aglomeração e em transmissão viral em larga escala (AQUINO et al., 2020; GARRIDO; RODRIGUES, 2020; SCHUCHMANN et al., 2020).

Conforme Garrido e Rodrigues (2020), o distanciamento ou contenção social se divide conforme a gravidade em relação aos riscos de colapso do sistema de saúde. Em situações mais severas, pode-se adotar o chamado *lockdown*, que consiste na proibição temporária de circulação populacional em espaços geográficos específicos, como no caso de bloqueios de entrada e saída de cidades. Sua utilização é de curta duração.

Em situações nas quais o objetivo é conter o avanço do número de infecções, quando ainda não há risco de sobrecarga nos serviços de saúde, a contenção social mais indicada é a de distanciamento horizontal, que pode ser aplicada a um contingente populacional alto, mas não a toda a população. Nesse caso, o tempo de duração pode ser maior. Por fim, quando a situação não é tão grave, o modelo de distanciamento social mais indicado é o vertical, também chamado de seletivo, que se aplica apenas para grupos de risco, mais vulneráveis à doença em questão (GARRIDO; RODRIGUES, 2020).

Medidas de contenção comunitária demandam tempo para de fato reduzir a quantidade de infecções. Para funcionar, é necessário que essa medida esteja em vigor durante todo o tempo de circulação do vírus, até que novas infecções parem de acontecer ou até que grande parte da população seja imunizada, através de vacinas. Durante esse período, impactos econômicos, políticos e psicossociais podem aparecer rapidamente (SCHUCHMANN et al., 2020).

No Brasil houve aumento acelerado no número de casos a partir de março de 2020, o que levou diversos estados a elaborarem e estabelecerem decretos que oficializaram essas diferentes medidas de distanciamento, isolamento e contenção, como necessárias para o controle da situação. Em Goiás, eventos foram proibidos (Decreto 9.633), escolas e universidades foram fechadas (Nota técnica 1/2020 - SES/GO), o trabalho remoto foi adotado

para grupos de risco (Decreto 9.634), comércios e serviços não essenciais foram temporariamente fechados (Decreto 9.637) e foi proibida a entrada de ônibus e aviões que viessem de regiões com muitos casos de infecção confirmados (Decreto 9.638) (AQUINO et al., 2020; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2020).

O distanciamento horizontal é capaz de reduzir a rapidez de transmissão viral e, assim, evitar que o sistema de saúde receba muitos pacientes infectados de uma só vez, ultrapassando a capacidade de recursos e leitos disponíveis. No entanto, a adoção eficaz de medidas de distanciamento ou isolamento depende da adesão social (AQUINO et al, 2020) que, por sua vez, está associada a muitos fatores sociais, como os impactos econômicos relacionados à crise sanitária e à adoção do isolamento social e contenção comunitária, além da veiculação de notícias incertas sobre os enfrentamentos mais adequados em relação ao surto infeccioso.

A ausência de vacina científica contra o vírus, mostrou que a vacina do isolamento social não era acessível a todos, pois a realidade vivida gerava distâncias de condições de vida muito superiores a 2 metros impedindo o isolamento. A inexistência do acesso à proteção social fora do mercado, provida por políticas e serviços públicos, não possibilitava que a dignidade humana estivesse garantida a todos, a começar por contar com um teto para abrigo (SPOSATI, 2020, p. 102).

Evidenciou-se, então, a necessidade de políticas públicas e a urgência de suporte que garantisse o bem-estar para diversas famílias nessa conjuntura. Assim, para manutenção do isolamento social, em suas diferentes formas, em abril de 2020 o governo brasileiro garantiu auxílio financeiro emergencial para a população em vulnerabilidade social. O objetivo seria apoiar essa parcela populacional no que tange às consequências do fechamento de comércios, risco de desemprego e outros aspectos relativos ao impacto econômico das medidas encontradas para enfrentar a pandemia de Covid-19 (PEREIRA et al., 2020).

Entretanto, esse auxílio mostrou-se insuficiente considerando-se o contingente populacional que dele dependia. Além do valor abaixo do necessário para aqueles que perderam seu emprego, surge a necessidade de complementação de renda e a impossibilidade de ficar em casa, dado que muitos empregos não puderam ser adaptados para o *home office*. Nesse sentido, o fechamento de comércios comprometeu muitas famílias em aspectos financeiros, e aqueles que mantiveram seus trabalhos não puderam deixar de se deslocar até eles, especialmente em transportes coletivos, o que explica a ausência de adesão social (PEREIRA et al., 2020).

“A aplicação dessas medidas não tardou revelar que não existiam condições para que ela fosse de aplicação universal para a população das cidades brasileiras. Nem todos habitantes dispunham de teto, nem todos tinham casa, nem todos tinham cômodos suficientes para que seus moradores pudessem manter distanciamento social, nem todos tinham provisão de água ou de esgotamento sanitário. Não havia a possibilidade de home office para quem não dispõe de acesso à rede comercial de internet ou de equipamentos de digitação. Mais ainda, a versão do home office colide com a grande massa, não proprietária, sem emprego formal e prestadora de serviços em domicílios, nas ruas, nas aglomerações. Ficar sob isolamento passou a significar o risco de não ter o que comer, não ter como obter a sobrevivência cotidiana, não poder pagar aluguel, conta de luz, comprar o botijão de gás, e ainda, ter filhos apinhados no espaço com ausência de cuidados (SPOSATI, 2020, p. 102)”

Outra problemática referente à adesão social do isolamento social diz respeito à veiculação de notícias não comprometidas com a verdade, que gerou desconfiança e adoção de comportamentos ineficazes contra a doença. Durante a crise sanitária provocada pela Covid-19 a propagação de *fake news* gerou desinformação para a população em geral e dificultou as ações de saúde para contenção da pandemia.

Fake News consistem em informações não verídicas transmitidas por meio de mensagem, áudio, imagem ou vídeos editados para atrair a atenção do leitor no intuito de desinformá-lo e obter algum tipo de vantagem sobre ele, sem que haja fonte verídica determinada, mas apresentando uma maquiagem que transparece uma aparente credibilidade para quem as recebe (ALLCOTT; GENTZKOW, 2017; BRAGA, 2018; LINS; LOPES, 2018 *apud* SOUSA JUNIOR et al., 2020, p. 336).

As principais notícias falsas espalhadas diziam respeito a alimentos, chás e medicações que poderiam curar a Covid-19 de forma rápida e milagrosa. Em função da urgência em desfazer as consequências negativas da disseminação de notícias falsas, o MS criou ferramentas para contrapô-las com informações verdadeiras e científicas. Para isso foram utilizados posts e mensagens de alerta em redes sociais e um portal específico para *fake news* sobre Coronavírus. Essa medida teve como finalidade promover educação em saúde e possibilitar o engajamento da população em ações que de fato fossem úteis no combate à doença (SOUSA JÚNIOR et al., 2020).

No Brasil, além da velocidade com a qual as notícias falsas alcançaram a população, outro fator a ser considerado como empecilho na adesão a medidas de saúde propostas para a contenção da pandemia foi a contradição entre recomendações de órgãos de saúde e de líderes políticos em todo o país. Enquanto muitos estados e municípios adotavam as medidas de

isolamento e distanciamento social, outros colocaram essas ações como radicais e prejudiciais no que tange aspectos econômicos (GARRIDO; RODRIGUES, 2020).

Nesse embate muitas das intervenções preventivas defendidas pela OMS foram postas em dúvida e perderam a força diante da incerteza e desconfiança da população. Como consequência observa-se aumento expressivo no número de infecções em todo o território nacional, que por sua vez resultam na temida sobrecarga da rede pública de saúde, tendo como principal consequência a elevação do número de óbitos (GARRIDO; RODRIGUES, 2020).

Desde o começo da pandemia de Covid-19, com os diversos desdobramentos da doença ao longo dos meses, o Brasil e diversos países no mundo precisaram reorganizar seus sistemas de saúde. O objetivo da reorganização consiste em obter recursos de enfrentamento suficientes para as demandas dos pacientes. Assim, além da ampliação dos serviços hospitalares para receber os casos graves de infecção, tornou-se necessário também garantir vigilância universal capaz de identificar os casos novos e reduzir a transmissão viral. Dessa forma a APS também se tornou fundamental para o combate à Covid-19, com atuação conjunta com a vigilância em saúde, notificando, detectando e acompanhando casos de suspeita ou confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2 (MEDINA et al., 2020; TEIXEIRA et al., 2020).

Em julho de 2020 vinte e três vacinas para Covid-19 estavam em fase de testes com humanos. Dessas, duas estavam em desenvolvimento clínico em instituições brasileiras: Instituto Butantã e Fiocruz. Entretanto, apenas em dezembro de 2020 as vacinas voltadas para a Covid-19 ficaram prontas e receberam autorização para uso emergencial. No Brasil a primeira vacinação aconteceu no dia dezessete de janeiro de 2021, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, após a Anvisa permitir a utilização do imunizante Coronavac, produzido no Instituto Butantã (BADDINI; FERNANDES, 2021; GUIMARÃES, 2020; OPAS, 2020)

Nos meses anteriores à vacinação, a pandemia foi tratada com as medidas de distanciamento e higienização, o que não impediu o intenso avanço da doença. Nesse contexto, a APS se tornou pilar para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Brasil. As principais atribuições da APS passaram a ser controlar a doença e lidar com as consequências sociais advindas das restrições sociais adotadas. Contudo, para compreender como este nível fora reorganizado visando a contenção da pandemia e o não agravamento da condição de pacientes infectados e da população em geral, é preciso entender também como esse nível foi proposto dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (SARTI et al., 2019).

Posto isso, apresenta-se a seguir o histórico acerca da criação do SUS, perpassando a elaboração da APS enquanto organizadora do cuidado nesse sistema e a reestruturação da mesma para o enfrentamento a Covid-19.

1.1 O Sistema Único de Saúde Brasileiro e a Estruturação da Atenção Primária à Saúde

No Brasil situações endêmicas e de epidemias ocorrem desde o período colonial/imperial (anos 1500 a 1889), quando colonos, escravos e outros estrangeiros entravam no país. Nesse período não havia política de saúde proposta e estabelecida, assim, doenças transmissíveis frequentes nesse período, como a *lepra* (atualmente conhecida como hanseníase) e a malária, levavam muitas pessoas ao óbito. Para combate dessas doenças realizavam-se ações como saneamento de portos, campanhas e urbanização de centros urbanos, que eram ações pontuais e finalizadas quando a situação era controlada (AGUIAR, 2015).

Durante o período da Primeira República, também chamada de República Velha, entre os anos 1889 e 1930, o foco em saúde dependia ainda das consequências provocadas na economia. Com a urbanização intensa e ocorrência de emergências em saúde, o governo passou a investir em campanhas sanitárias, higienização das cidades e vacinação. Foi nesse período, em outubro de 1904, que a vacinação contra a Varíola começou, de forma autoritária e repressora, desvinculada de educação sanitária, culminando na chamada Revolta da Vacina. A preocupação com a adesão de medidas de prevenção à doença por parte da população só se tornou prioridade governamental em 1920 (AGUIAR, 2015).

Nesse período o cuidado em saúde se traduzia em dois modelos vigentes de intervenção. O primeiro era o modelo denominado “sanitarismo campanhista”, voltado para campanhas de combate a epidemias e endemias; o segundo, chamado de “liberal privatista”, por sua vez, estava focado na medicalização e descolado de práticas de prevenção de doenças e promoção de saúde. Nesse período a saúde ainda era considerada por suas consequências na esfera política, portanto, ambos os modelos estavam centrados na doença e na hospitalização (MORAIS; GOMES; GUIMARÃES, 2019).

Conforme Aguiar (2015), esses dois modelos estiveram presentes durante a Segunda República, ou Era Vargas, de 1930 a 1945, quando foi criado o Ministério da Educação e Saúde, apoiado no modelo sanitaria campanhista, e também os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), financiados pelos empregados, empregadores e pelo Estado, marcados por ações curativas e individualistas, reservados a quem tivesse poder aquisitivo suficiente. Para

quem não tinha acesso a esses serviços restavam as instituições de caridade e a medicina popular.

Ainda conforme o autor, esses IAPs sofreram modificações durante o período da Redemocratização (anos 1945-1963) e durante os 20 anos de Regime Militar (1964-1984), mas o que se manteve foram os problemas de caráter social e de saúde que não paravam de crescer. A falta de qualidade de vida para grande parte da população e o descaso governamental em relação à causa ocasionaram o levante de movimentos sociais que reivindicavam uma reestruturação das práticas de saúde excludentes e elitistas do período. Entre os anos 70 e 80 o movimento de Reforma Sanitária começou, opondo-se ao enfoque curativista, excludente e sem grandes resoluções. O movimento objetivava tornar a saúde um direito social que estivesse sob responsabilidade estatal, contando com participação popular e com a capacidade de oferecer qualidade de vida à população de forma igualitária.

Em 1986, durante a Nova República (anos 1985-1988), foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde o movimento de Reforma Sanitária demonstrou sua força mediante exposição de todos os problemas de saúde pública do período e apresentação de propostas para a resolução dos mesmos. Dois anos depois a saúde passou a ser reconhecida como direito social, com garantia de acesso universal e igualitário, posta na nova Constituição Brasileira. O SUS foi implantado, então, gradualmente, mediante leis, decretos e portarias, sendo a Lei Orgânica da Saúde a que define a operacionalização do SUS (AGUIAR, 2015; SOUZA; MOREIRA; JORGE, 2019).

Pela Lei Orgânica da Saúde ficou posto que:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Pelo que fora posto no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde ficou estabelecido que o SUS deveria se orientar por determinados princípios e diretrizes, entre eles o de regionalização e hierarquização de assistência à saúde. Com a regionalização ficava assegurado que a população poderia acessar o serviço de saúde mesmo que este estivesse em outras áreas geográficas e com a hierarquização foi posta uma divisão dos serviços em saúde, sendo essa divisão baseada nos recursos tecnológicos disponíveis. Assim, o Sistema Único de Saúde passou a se apresentar em três níveis de atenção (primária, secundária e terciária), com objetivos, características e serviços diferentes (LIMA; SOUZA; JORGE, 2019).

A APS é a porta de entrada para o SUS, caracterizando-se pela baixa utilização de recursos tecnológicos e por atender demandas de menor complexidade, em relação a especialidades médicas e utilização de tecnologias.

À APS cabem às ações de caráter individual ou coletivo, as quais envolvem promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Nela são ofertadas especialidades básicas como pediatria, obstetrícia e ginecologia, além de ações promocionais e preventivas realizadas pela equipe multiprofissional (LIMA; SOUZA; JORGE, 2019, p. 46).

A atenção secundária e a atenção terciária, por sua vez, são os níveis voltados para situações que, por sua complexidade, exigem mais recursos tecnológicos. Na atenção secundária estão inclusas, por exemplo, unidades mistas e ambulatorios. Já no terceiro nível de atenção à saúde estão inseridos os hospitais gerais e os hospitais públicos de ensino, onde emprega-se tecnologias de alto custo (LIMA; SOUZA; JORGE, 2019; MENDES, 2011).

Em função da maior utilização de tecnologias nos níveis secundário e terciário, muitas vezes a Atenção Primária é compreendida enquanto o nível de menor importância dentro do sistema. Entretanto, a APS foi criada para atender mais de 85% dos casos que chegam ao SUS, com assistência que não se baseia em recursos tecnológicos, mas sim na clínica ampliada e capacitada para ações de prevenção de doenças, promoção de saúde e cuidado integral para questões biológicas e questões comportamentais, como melhoria de estilos de vida referentes à saúde (MENDES, 2011).

Foi na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, que a primeira definição sobre o que seria a APS foi apresentada. Conforme essa definição

A APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. (GOMES et al., 2011, p. 882)

A definição de APS que foi defendida em Alma-Ata apontava as três principais características do que esse nível de atenção deveria ser e oferecer. Em primeiro lugar, a APS deveria se caracterizar por priorizar o acesso universal e ser o primeiro contato do usuário com o sistema; em segundo lugar, a compreensão de saúde e doença, e o trabalho nesse nível precisaria reconhecer e considerar determinantes sociais; e, por fim, a APS deveria contar com a participação social. Com essa caracterização a APS recebeu também o nome “Atenção Primária à Saúde Integral” (GIOVANELLA, 2018).

Após esse momento inicial, de Alma-Ata, outras definições sobre o que é a APS foram propostas, sendo a de Starfield (2002) a referência adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil. Segundo a definição da pesquisadora a APS é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, sendo o nível de atenção focado na pessoa e não na doença; o direcionamento dessa atenção está na promoção, manutenção e melhoria da saúde, mediante atenção continuada que lida também com o contexto no qual as enfermidades aparecem (GOMES et al., 2011; STARFIELD, 2002)

Com o passar dos anos, o Brasil passou a ser reconhecido mundialmente por possuir um dos maiores sistemas de saúde universal, capacitado com uma APS responsável por reduzir as taxas de mortalidade e de desigualdade em saúde no país. Essa redução se deu como consequência da organização da APS, na qual há conhecimento do território e vínculo entre equipes profissionais e usuários, tendo como principais atividades o monitoramento de famílias em situações de vulnerabilidade, o acompanhamento a longo prazo de casos e a oferta de assistência integral (SARTI et al., 2020).

Para fortalecer a APS, enquanto essa se estruturava como pilar do SUS, diversas ações foram necessárias, como a criação da chamada Estratégia Saúde da Família (ESF), antes denominada Programa Saúde da Família (PSF). Nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) dos anos 2006 a 2011, a ESF é apontada como responsável pelo acesso aos serviços de saúde garantidos por direito (CABRAL et al., 2020).

Até dezembro de 2019 o Brasil contava com 43.755 ESF já instaladas em seu território com equipes multiprofissionais. A equipe mínima exigida é composta por médico, enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo abarcar outras profissões, visando o oferecimento de cuidado interprofissional. O sustento da APS está em seus profissionais, isso porque são eles quem estão em constante contato com os usuários do serviço e a comunidade em geral. Como os recursos utilizados são tecnologias leves, é no relacionamento interpessoal que o trabalho nesse nível de atenção acontece majoritariamente, garantindo cuidado integral ao paciente atendido (CABRAL et al., 2020; MARTINS et al., 2014).

1.2 A Atenção Primária à Saúde e a Pandemia de Covid-19

Com a pandemia de Covid-19 a prioridade do MS foi de conter a pandemia, visando evitar o colapso do Sistema Único de Saúde que ocorreria se a demanda por serviços mais especializados fosse maior que a disponibilidade real. Assim, ficou estabelecido que a prioridade seria impedir o agravamento dos casos da doença, de forma que hospitais e leitos

de internação estivessem sempre disponíveis quando necessário. Isso exigiu do SUS grande clareza sobre as responsabilidades atribuídas a cada espaço de atendimento (CABRAL et al., 2020). Sendo a APS o primeiro nível de acesso ao sistema de saúde, coube a ela as principais ações de redução do pico de pandemia.

Outras situações de emergência em saúde posteriores a criação do SUS também obrigaram a APS a se reorganizar de forma a conseguir atender a população e suas novas demandas. Em situações epidêmicas de febre amarela, Zika, Chikungunya, H1N1, entre outros, a APS foi fundamental, estando em seu lugar de organizadora do sistema. Durante a pandemia de Covid-19 esse nível de atenção à saúde mostra sua importância contribuindo não apenas com o controle da doença, em relação aos casos de infecção, como também com as consequências sociais advindas desse contexto e que perpassam a doença em si (CABRAL et al., 2020; SARTI et al., 2020).

Conforme a Rede de Pesquisa em APS da ABRASCO, é com a presença das equipes de saúde no território e com o vínculo com o sistema de vigilância sanitária, que a APS se torna resolutiva no enfrentamento de situações de emergência. Além disso, é através de “diagnóstico precoce, tratamento, acompanhamento e monitoramento individual e familiar” (BARBOSA; SILVA, 2020, p. 2) que as equipes de saúde colaboram para o não agravamento de epidemias e pandemias.

Com a pandemia de Covid-19, a APS se dividiu em quatro eixos organizativos, sendo eles: 1) vigilância em saúde, 2) assistência aos usuários infectados, 3) apoio a grupos sociais em situações de vulnerabilidade, e 4) manutenção de atividades que já eram responsabilidade desse nível de atenção. A vigilância em saúde abarca as atividades de identificar, acompanhar e notificar casos de Covid-19 no território. A assistência a usuários com Covid-19 refere-se a sistematização dos diferentes atendimentos necessários para cada caso da doença (leve, moderado e grave) e ao cuidado ao usuário, priorizando a segurança de todos os envolvidos nesse processo (BARBOSA; SILVA, 2020; MEDINA et al., 2020).

Quanto ao apoio a grupos de risco e grupos vulneráveis, coube a ESF realizar ações que visam oferecer assistência sanitária, financeira, psicológica e social à comunidade. Por fim, a manutenção das ações anteriores à pandemia, consiste em manter atividades como consultas de rotina e acompanhamento ao usuário, mas com adequações em função do contexto, como, por exemplo, realizar essas consultas de forma remota. Para tanto, as unidades e os profissionais precisaram, desde o início, seguir novas normativas referentes à forma mais adequada e segura de se lidar com a Covid-19 (BARBOSA; SILVA, 2020; MEDINA et al., 2020).

O MS, em conjunto com secretarias estaduais e municipais, ficou responsável pelos protocolos relativos a aspectos clínicos da doença. Já medidas técnico-operacionais relativas à organização e adequação das intervenções e atividades em saúde dos níveis de atenção foram postas em notas técnicas, como a elaborada pela FIOCRUZ, em maio de 2020, voltada especificamente para a APS no enfrentamento à Covid-19 (ENGSTROM et al., 2020).

Na nota técnica da FIOCRUZ destaca-se as recomendações em relação à mudança de agenda dos profissionais, uso de tecnologias da informação para atendimentos à distância e reorganização dos espaços físicos das unidades. Além disso, reforço de medidas de isolamento social, monitoramento de grupos de risco, continuidade da imunização para outras doenças, uso de novos EPIs visando a segurança das equipes, identificação e acompanhamento de casos e realização de ações voltadas para a promoção à saúde também foram aspectos abordados (ENGSTROM et al., 2020).

Uma das principais responsabilidades da APS durante a pandemia de Covid-19 foi conduzir casos considerados leves e moderados, por meio de acompanhamento do isolamento domiciliar e monitoramento de sintomas durante o período de infecção. Para realizar esse trabalho de forma mais segura, uma das alternativas foi adotar o atendimento online. O Conselho Federal de Medicina aprovou esse recurso para uso emergencial e isso colaborou para a redução de demandas presenciais nas unidades de saúde em todos os níveis de atenção. Outra vantagem do teleatendimento foi oportunizar que profissionais afastados de seus espaços laborais pudessem continuar o trabalho remotamente de forma segura (SARTI, 2020).

Não sendo possível atender toda a população mediante teleatendimento, algumas consultas domiciliares precisaram ser mantidas, em função da importância de acompanhar usuários que necessitam de curativos e medicações, e que não podem ir até as unidades básicas de saúde, por condições sociais ou de risco em relação a Covid-19. Para tanto, os agentes comunitários de saúde foram essenciais (DAUMAS et al., 2020).

Diretamente associado à APS, foi criado o TeleSUS, objetivando disseminar informações sobre a doença. Foram utilizados aplicativos, chats e Whatsapp para acompanhamento e orientação de pacientes. Esses recursos somados às ligações telefônicas e/ou online fizeram parte das medidas de reorganização do espaço físico das unidades básicas de saúde, que compõem a APS. Com o atendimento inicial de casos suspeitos de forma não presencial o fluxo nas unidades teve o risco reduzido. Além disso, foi necessário também criar novos espaços de acolhimento, de espera e de triagem, com uso de tendas, por exemplo, com a finalidade de desobstruir as entradas principais dos espaços físicos e ter maior controle sobre os casos atendidos (BRASIL, 2020; ENGSTROM et al., 2020).

Para esses atendimentos tornou-se fundamental, ainda, que os profissionais tivessem acesso a novos equipamentos de proteção individual, fosse a assistência ao usuário direta ou não. Cada atividade demanda EPIs específicos, mas o indispensável para todos inclui máscara (cirúrgica ou respiratória, como a N95) e óculos ou protetor facial, além de condições para higienização das mãos ou proteção com luvas. Fora posto como necessário também instruir esses profissionais a como se paramentar e se desparamentar corretamente (ENGSTROM et al., 2020; CONASEMS; CONASS, 2020).

Também foi preciso orientar grupos de risco, especialmente idosos e seus familiares, sobre a importância de não se expor a situações de aglomeração em espaços sociais. Moradias coletivas, como abrigos e residências terapêuticas, também passaram a ser acompanhadas por equipes da APS, com fins de informar e conter a ocorrência de possível infecção generalizada nesses espaços (BRASIL, 2020).

Ações de educação em saúde e cuidados relativos à prevenção também se tornaram responsabilidade da APS. A propagação das medidas de prevenção comunitária que deveriam ser adotadas por todos (como higienizar as mãos, cobrir boca e nariz para espirros e tosse, evitar o contato das mãos com o rosto e não compartilhar objetos pessoais) e o reforço da importância da manutenção do isolamento social enquanto principal medida preventiva disponível para evitar a infecção por Covid-19 foi atribuído enquanto parte do trabalho dos profissionais desse nível de atenção (BRASIL, 2020; CABRAL et al., 2020).

Outras ações cabíveis a APS foram o encaminhamento de casos graves aos serviços de urgência ou serviços hospitalares adequados, notificação imediata de cada caso através da plataforma e-SUS Vigilância Epidemiológica (VE), testagem de casos suspeitos por meio de teste rápido em ações realizadas em diferentes pontos de cada cidade, entrega dos resultados e orientação ao paciente com caso confirmado, acompanhamento específico para grupos de risco e afastamento dos próprios profissionais que passassem a apresentar sintomas, tivessem resultado positivo para Covid-19 ou estivessem em condições de exposição arriscada por fazer parte de algum grupo de risco (CONASEMS; CONASS, 2020; BRASIL, 2020).

Por fim, um grande desafio posto para a APS foi o cuidado com os próprios profissionais responsáveis pela assistência à saúde durante a pandemia. Para além de aspectos referentes a infecção por SARS-CoV-2, a atuação nesse novo contexto, com todas as mudanças já mencionadas, tornou necessário atentar-se também para as condições emocionais e psicológicas desses profissionais. Pela segurança psicológica a ser garantida a eles, as notas técnicas passaram a apontar a necessidade de oferecer espaços de escuta, de forma que assim esses profissionais pudessem ter lugar para expor seus medos e dificuldades, com

possibilidade de receber suporte psicológico ou se afastar do espaço laboral se assim fosse preciso (ENGSTROM et al., 2020).

2 IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA PANDEMIA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Com a ocorrência de diversos surtos infecciosos nos últimos anos, pesquisas e estudos foram realizados em diversas partes do mundo, com a finalidade de identificar como essas situações impactam a população. Para além de aspectos biológicos e físicos resultantes de cada doença, pesquisas evidenciaram o surgimento ou agravamento de notáveis efeitos psicológicos a curto, médio e longo prazo, para diferentes grupos populacionais (JIANG et al., 2020; TUCCI et al., 2017).

Sabe-se atualmente que epidemias e pandemias podem acometer de um terço a metade da população que as vivenciam, a depender da gravidade da situação e do quão expostas e vulneráveis as pessoas estão. Situações de emergência em saúde passadas, como HIV, Ebola, Zika e H1N1, evidenciaram que esses cenários propiciam o surgimento de quadros de irritabilidade e de sentimentos de desamparo, tédio e solidão. Também mostrou-se comum que essas situações, marcadas por falta de controle, produzam preocupação, confusão e constante estado de alerta (FIOCRUZ, 2020; TUCCI et al., 2017)

O medo, a tristeza e a angústia, associados às manifestações anteriormente citadas, podem surgir ou se intensificar diante dessas situações, sendo sentimentos e sensações que se manifestam junto a alterações comportamentais que podem ser consideradas patológicas, como mudanças no comportamento alimentar, mudanças no padrão de sono (insônia, sono em excesso, despertar noturno, terror noturno), aumento nos conflitos interpessoais em diferentes contextos sociais e pensamentos frequentes relacionados à morte ou às consequências da situação de epidemia ou pandemia (FIOCRUZ, 2020).

Faz parte da existência humana experienciar sentimentos de mal-estar, como medo, tristeza e raiva. Apesar de inerentes à vida, podem gerar diferentes comprometimentos e prejuízos quando vivenciados em alta frequência e alta intensidade, demandando então intervenções que visem retomar o bem-estar. Geralmente estas intervenções são pensadas no nível individual, considerando apenas o contexto particular em que esses sentimentos aparecem. Entretanto, é necessário considerar também aspectos em níveis macrossociais, como momentos históricos que podem favorecer a emissão de comportamentos associados tanto a sentimentos agradáveis, quanto a sentimentos desagradáveis (PEROSSO, 2019).

Situações marcadas por incontabilidade que demandam adaptações a mudanças e resolução de problemas podem promover contexto para a produção de diferentes experiências de mal-estar, se relacionando ainda a situações comumente denominadas de “adoecimento psicológico”. Assim é necessário pensar os comprometimentos do bem-estar sob perspectivas

particulares e também sociais, compreendendo que sua determinação é complexa (PEROSSO, 2019).

Com base em todos os efeitos de pandemias, a curto, médio e longo prazos, sabe-se que diferentes quadros ditos psicopatológicos podem emergir ou se intensificar, quando preexistentes, como evidenciam pesquisas já realizadas durante epidemias passadas e durante o surto infeccioso de Covid-19. Esses quadros considerados de adoecimento muitas vezes são compreendidos enquanto dissociados do ambiente em que o indivíduo está.

Perossi (2019) defende que psicopatologias não podem ser compreendidas apenas a partir de base biológica, é necessário recorrer também a explicações sociais. Assim, a compreensão das manifestações ditas patológicas no atual contexto precisam perpassar aspectos sociais referentes à pandemia, como as medidas de prevenção, a ausência de tratamentos eficazes e vacinas, e a pressão a que muitos profissionais de saúde estão submetidos. O objetivo, então, não é apenas diagnosticar as manifestações recorrentes, mas compreendê-las dentro do contexto no qual emergem e permanecem, possibilitando assim uma análise científica que se reverta futuramente em intervenções eficazes.

As premissas analítico-comportamentais reforçam, então, a importância de se observar tais efeitos e comprometimentos no bem-estar considerando-se as relações do indivíduo com seu contexto. É importante também identificar quais eventos podem estar relacionados ao *adoecimento* que busca-se reduzir e eliminar, visto que esses trazem diversos prejuízos para o cotidiano.

No caso de profissionais de saúde, estudos já apontam que características do trabalho demandado em situações de emergência podem propiciar esses comprometimentos. A pressão do trabalho, a carga horária intensificada, o contato com pacientes e colegas infectados, o risco aumentado de infecção e as restrições sociais exigidas em um surto infeccioso, como o atual, são consideradas variáveis psicossociais que aumentam a probabilidade de que manifestações de estresse, ansiedade, depressão, entre outros, se tornem queixas frequentes desses profissionais (LANA et al., 2020).

Nesse sentido, cabendo a psicologia contribuir para a promoção de saúde e prevenção de agravamentos psicológicos negativos, torna-se fundamental identificar essas relações entre indivíduo e o seu ambiente para assim acessar os pontos em que se deve intervir. As intervenções podem perpassar orientações sobre os comprometimentos psicológicos que podem ser apresentados nesse contexto, com elucidação de como e porquê ocorrem, e também auxiliar com estratégias de enfrentamento e gerenciamento desses efeitos, mediante

manipulação de variáveis ambientais, como a busca ativa por espaços e atividades de apoio social (sem que isso interfira nas restrições de contato necessárias) (SCHMIDT, 2020a).

Para refletir, então, sobre os possíveis impactos psicológicos relacionados ao atual contexto de pandemia, o próximo tópico aborda essa temática partindo da compreensão da Análise do Comportamento e de como essa ciência explica as chamadas psicopatologias que podem emergir ou se intensificar no atual cenário de emergência em saúde.

2.1 A psicopatologia na perspectiva analítico-comportamental

A Análise do Comportamento (AC) é a ciência embasada no Behaviorismo Radical. Entre os fundamentos epistemológicos básicos para explicar o comportamento e fundamentar uma ciência com esse objeto de estudo está o selecionismo. O selecionismo está relacionado aos pressupostos darwinistas, que defendem que o ambiente seleciona determinadas características de uma espécie de acordo com a forma como promovem melhor adaptação e sobrevivência (SKINNER, 1953/2003).

Skinner (1953/2003) considera três níveis de seleção do comportamento por suas consequências, ou seja, pela adequação ao ambiente que esses comportamentos promovem: o filogenético, o ontogenético e o cultural. O nível filogenético corresponde aos comportamentos que foram selecionados ao longo da história evolutiva da espécie, sendo esses inatos. O nível ontogenético diz respeito aos comportamentos aprendidos ao longo da vida que propiciam melhor adaptação ao ambiente, e que constituem o repertório de comportamentos operantes do organismo. Já o nível cultural se relaciona às práticas culturais selecionadas por serem benéficas para determinada cultura; é o que garante que grupos se adaptem e sobrevivam. O comportamento é então compreendido enquanto resultado de variáveis genéticas e da relação do sujeito com seu ambiente, incluindo o presente e a história de aprendizado, bem como práticas culturais do espaço em que está inserido (BAUM, 2006; MOREIRA, 2013; SKINNER, 1953/2003).

A seleção se dá, então, no decorrer do tempo, sendo o comportamento compreendido como a resposta que está em função de variáveis ambientais, de forma contingente, o que significa dizer que há relação de dependência entre comportamento e variáveis ambientais controladoras, sem a necessidade de que o intervalo de tempo seja próximo.

Dentro de uma ampla faixa de possibilidades, os padrões comportamentais de cada indivíduo são selecionados, mantidos e fortalecidos por eventos ambientais. Assim, as explicações causais são dadas em termos de relações interativas entre o indivíduo e o ambiente (NERY; FONSECA, 2018, p. 1).

Comportamentos são classificados em duas categorias na AC: respondentes e operantes. Os comportamentos respondentes, também chamados de comportamentos reflexos, dizem da relação em que determinado estímulo ambiental antecedente elicia uma resposta, ou seja, o estímulo antecedente controla a resposta. Já os comportamentos operantes são aqueles em que a resposta é seguida por consequência e essa consequência, por sua vez, altera a probabilidade dessa resposta ser emitida no futuro; nesse caso, pode-se dizer que é a consequência que controla o comportamento (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

As consequências podem ser categorizadas como reforçadoras ou punitivas/aversivas. Consequências reforçadoras são aquelas que aumentam ou mantêm a probabilidade de que o comportamento que as precedem tornem a ocorrer posteriormente. E as consequências punitivas, ou aversivas, são as que reduzem essa probabilidade (MOREIRA; MEDEIROS, 2007; BAUM, 2006). “Um mesmo comportamento pode produzir simultaneamente consequências reforçadoras e aversivas, de modo que múltiplas variáveis estão envolvidas na determinação de um dado comportamento” (NERY; FONSECA, 2018, p. 3).

O externalismo é outro fundamento epistemológico dessa ciência. A compreensão analítico-comportamental rejeita explicações internalistas para qualquer comportamento, incluindo para aqueles considerados patológicos; dizer que alguém está triste porque tem depressão, ou que a qualidade de sono está comprometida porque tem insônia diz de explicações que impedem prever e controlar comportamentos (no sentido de identificar o que os produz e mantém), bem como não conseguem explicar de fato os comportamentos a que se referem. Para a AC o foco está na funcionalidade, sendo o comportamento compreendido enquanto relação entre o sujeito e seu ambiente. (BAUM, 2006; MEYER, 2010).

Esse modelo de análise diferencia-se de outras duas abordagens, o modelo médico e o modelo quase-médico. O modelo médico, adotado pela psiquiatria, considera que psicopatologias são manifestações de patologias subjacentes, que podem ser tratadas através da identificação desse adoecimento (STURMEY, 1996 apud BANACO; ZAMIGNANI; MEYER, 2010). Já o modelo quase-médico, assim como o modelo anterior, também parte de uma visão dicotômica entre normal e patológico, mas se baseia em abordagens psicológicas, diferenciando-se por considerar que a intervenção farmacológica nem sempre é de fato necessária, como comumente defende-se no modelo médico (BANACO; ZAMIGNANI; MEYER, 2010).

Os chamados transtornos mentais analisados nesses dois últimos modelos têm enfoque naquilo que se manifesta. Para o modelo comportamental essa topografia (forma) não é o mais importante em termos de escolha de intervenção; essas manifestações devem ser entendidas

enquanto respostas relacionadas ao ambiente do sujeito. Contudo, essa topografia não é completamente ignorada; embora não seja o foco, é a primeira etapa de uma análise funcional (PEROSSO, 2019).

O foco na funcionalidade e a compreensão externalista da abordagem analítico-comportamental consideram que psicopatologias ou transtornos mentais não podem causar um comportamento. Compreende-se que esses comportamentos considerados disfuncionais consistem em padrões comportamentais que emergem e se mantêm pela interação entre sujeito e seu ambiente, levando-se em conta as relações funcionais e o histórico de aprendizagem ao longo da história de vida do sujeito (PRADO, 2013).

Isso não desconsidera aspectos orgânicos envolvidos a esses padrões comportamentais, mas entende-se que esse não é o foco de uma ciência do comportamento; esta está centrada em características relacionadas a ontogênese e a cultura. Ademais, a AC entende que as dimensões biológicas relativas a esse assunto podem se modificar conforme a interação do sujeito com seu ambiente, não sendo imutável (CORCHS, 2010).

O terceiro fundamento epistemológico da AC é o determinismo. O determinismo defendido por Skinner se relaciona com o pressuposto de que a ciência do comportamento precisa sujeitar esse objeto a leis e não a agentes livres e que todo comportamento é determinado, estando as suas variáveis determinantes no ambiente imediato e na história de aprendizagem do sujeito. Para Skinner (1953/2003, p. 33) buscar causas internas é “obscurecer as variáveis que estão ao alcance de uma análise científica”.

Portanto, o que a AC defende é que manifestações e adoecimentos ditos mentais são na verdade padrões comportamentais selecionados na história do indivíduo e em sua relação com o ambiente, não podendo ser posto enquanto algo de natureza diferente do fenômeno comportamental. Assim, para compreender esses padrões comportamentais é preciso identificar e explicar suas relações funcionais, ou seja, a dependência entre esses comportamentos e variáveis ambientais (NENO, 2003; PEROSSO, 2019).

A análise funcional tem como objetivo

Identificar as variáveis controladoras e mantenedoras do comportamento de interesse e, então, obter recursos apropriados para levantar hipóteses sobre a função desse tipo de comportamento, quando será possível selecionar um tratamento adequado a essa função. Portanto, não é a topografia comportamental o agente definidor do tratamento a ser selecionado e aplicado durante a intervenção. Isso porque o comportamento-problema não deve ser conceitualizado como um sintoma de uma característica patológica subjacente ou uma anomalia de fase do desenvolvimento, mas como uma resposta relacionada às condições ambientais (BUENO; BRITTO, 2013, p. 39).

A identificação topográfica de padrões comportamentais, embora limitada, é o que permite descobrir e analisar as relações entre essas manifestações e o ambiente (PEROSSI, 2019). Assim, uma visão crítica e capaz de produzir intervenções eficazes em relação a sofrimentos comumente considerados patológicos demanda o reconhecimento também das variáveis ambientais que produzem as manifestações a serem analisadas. No caso da pandemia de Covid-19, e de outras situações de emergência em saúde, identificar padrões comportamentais vinculados a sofrimento e mal-estar é importante, desde que se considere também como tais padrões são produzidos e mantidos.

2.2 Impactos psicológicos do trabalho em saúde durante epidemias

Fatores psicossociais consistem em consequências de aspectos ambientais que podem incidir sobre o indivíduo, propiciando alterações comportamentais atreladas a sofrimento psicológico (ABREU; ABREU, 2020). Com base nas pesquisas realizadas após o surto de SARS e em pesquisas realizadas na atual pandemia de Covid-19, observa-se que muitas mudanças sociais relativas ao contexto impactam a população em geral. Da mesma forma, aspectos laborais precisaram passar por mudanças que podem se associar a manifestações que provocam sofrimento e possibilitam o surgimento de quadros considerados patológicos em profissionais de saúde que lidam diretamente com o surto infeccioso.

Um aspecto do contexto de pandemia de Covid-19 com potencial de impactar o comportamento humano é a adoção de restrições de contato interpessoal. Conforme Abreu e Abreu (2020), essa medida de prevenção tem como consequências desorganização financeira, afastamento social de pessoas e ambientes importantes, exposição a muitas notícias de caráter catastrófico e medo de perder pessoas próximas. Isso, por sua vez, leva a mudanças de hábitos que se vinculam ao aparecimento ou intensificação de sofrimentos e experiências desagradáveis, como desamparo, solidão e tristeza, podendo comprometer a saúde de diferentes formas, a curto, médio e longo prazo (FIOCRUZ, 2020; MALTA et al., 2020).

Sob o prisma de análise funcional entendemos que são contingências aversivas por diminuir a taxa de respostas contingentes ao reforçamento positivo [...]. Elas podem levar a pessoa a desenvolver episódios de ansiedade e depressão, além de outros transtornos (ABREU; ABREU, 2020, p. 141).

Para profissionais de saúde, segundo estudos realizados com médicos de Wuhan, fatores psicossociais a serem considerados no atual contexto de pandemia são: pressão no ambiente de trabalho, alto risco de infecção, ausência de equipamentos adequados de proteção, aumento de carga horária e isolamento familiar e social. Tem-se também o medo de ser infectado, falta de capacitações e informações sobre a doença, a dificuldade no cuidado a pacientes com

condições mais graves que podem evoluir para óbito, o cuidado com colegas de trabalho que podem adoecer e o acesso limitado a serviços de saúde psicológica que os ajude a gerenciar seus quadros de sofrimento (TEIXEIRA et al., 2020).

Já para profissionais da “linha de frente”, ou seja, que atendem diretamente pacientes potenciais ou confirmados com a doença, os riscos de desencadeamento ou agravamento de comprometimentos psicológicos são ainda maiores (LI et al., 2020). Isso se deve ao fato de que a atuação direta à doença implica na necessidade de maior isolamento social por parte dos profissionais, que estão mais expostos à carga viral. Além disso, há maiores mudanças de protocolos e rotinas de trabalho e diversos equipamentos de proteção individual (EPI) precisam ser utilizados. Observa-se que esses, e outros fatores, resultam em cansaço físico maior e se apresentam como agentes estressores (WANG et al., 2020; ZHANG et al., 2020).

Em pesquisa realizada por Lee et al. (2007) comparou-se os níveis de estresse, ansiedade, depressão e sintomas de estresse pós-traumático (TEPT) durante o surto infeccioso e um ano depois entre profissionais de saúde e outras categorias profissionais sobreviventes da epidemia de SARS. Na primeira fase os dois grupos apresentavam níveis consideráveis de estresse, ansiedade, depressão e sintomas de TEPT, mas na segunda fase identificou-se que os profissionais de saúde apresentavam índices maiores, demonstrando que os efeitos a longo prazo para esse grupo podem ser piores.

Lu et al. (2020) realizaram pesquisa comparando equipes médicas e equipes administrativas, para identificar os valores médios de medo, ansiedade e depressão entre esses grupos e encontraram resultados similares. Equipes médicas apresentaram valores mais altos. Além disso, observou-se que equipes médicas que tinham maior contato com pacientes de Covid-19 e que estavam lotados em departamentos de assistência respiratória e unidades de terapia intensiva (UTI) apresentaram risco duas vezes maior de ter ansiedade e depressão, quando comparados a equipes médicas que não estavam na assistência direta e constante a esses pacientes.

Outros fatores psicossociais a serem observados para profissionais de saúde são a pressão envolvida no trabalho, a carga horária elevada e a falta de insumos e recursos. Em pesquisa realizada com médicos chineses ainda no início da pandemia de Covid-19, descobriu-se que profissionais mais jovens, ou seja, com baixo repertório profissional, que precisam lidar com essas condições estão mais propensos a apresentar quadros de insônia. E a insônia, por sua vez, pode desencadear ou agravar casos de ansiedade e depressão (LIU et al., 2020).

Entretanto, o comprometimento na qualidade do sono não está associado apenas ao nível de experiência dos profissionais. Esses fatores psicossociais impactam profissionais de saúde de forma mais ampla, como evidencia o estudo de Huang e Zhao (2020), também realizado na China. Os pesquisadores observaram que profissionais de saúde têm maiores comprometimentos na qualidade do sono que pessoas de outras categorias profissionais. Além disso, profissionais de saúde apresentaram níveis elevados de ansiedade e sintomas depressivos, o que pode estar correlacionado às alterações no padrão de sono, como aponta a pesquisa realizada por Du et al. (2020).

Xiao et al. (2020), em pesquisa com médicos de Wuhan que atendiam casos de Covid-19 em janeiro de fevereiro de 2020, analisaram a relação entre percepção de autoeficácia, qualidade do sono, ansiedade e estresse. Também identificaram que o trabalho na “linha de frente” estava vinculado a níveis elevados de estresse e ansiedade e a comprometimentos negativos na qualidade do sono. Atrelado a isso, observou-se ainda baixo nível na percepção de autoeficácia.

Outro fator psicossocial a ser considerado é a falta de esclarecimento em relação à doença em si. Durante a pesquisa de Liu et al. (2020), notou-se que os níveis de ansiedade, medo e insônia acompanharam a evolução da pandemia. No início da pesquisa, quando pouco se sabia sobre a doença e sobre os protocolos necessários para a assistência, esses níveis eram mais elevados do que posteriormente, quando a pressão sobre as equipes médicas foi aliviada com a presença de mais profissionais e de melhores informações sobre como lidar com a doença. Junto a isso, o governo chinês adotou intervenções psicossociais voltadas para os profissionais de saúde, o que pode ter contribuído com a redução dos impactos psicológicos antes apresentados.

A exposição às notícias e o contato com informações falsas também podem trazer comprometimentos. Em relação a exposição a notícias, Duarte et al. (2020, p. 3408) afirmam que “a exposição indireta a trauma de massa (como a atual pandemia) através da mídia pode aumentar as taxas iniciais de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)”. Em contrapartida, a falta de informação e disseminação de notícias falsas também podem gerar desconfiança, medo e confusão em situações de emergência em saúde.

Por fim, outra implicação importante da Covid-19, tanto para a população em geral quanto para profissionais de saúde, diz respeito à morte. A questão da morte para profissionais de saúde perpassa a preocupação com os colegas de trabalho que podem se infectar, com familiares e amigos que também podem adoecer e com os pacientes que estão sob sua assistência e que podem evoluir para óbito. As mortes têm ocorrido de maneiras

rápidas e inesperadas, às vezes para mais de um familiar ou amigo próximo e sem a possibilidade de realização de eventos fúnebres, em função do perigo de infecção.

Ao fim da pandemia há chances de que muitas pessoas passem por lutos complicados, ou seja, lutos que não evoluem para redução da intensidade do sofrimento ao longo do tempo (SCHMIDT, 2020b). As consequências de lutos mal elaborados podem se traduzir futuramente em tristeza, pensamentos constantes relacionados às mortes e percepção de que não há sentido na vida. Embora os estudos de Wallace et al. (2020) apontem essas consequências para a população em geral, é possível considerá-las especialmente relevantes para profissionais de saúde, que lidam diariamente com pacientes e seus familiares.

Como reações comuns ao luto, Miyazaki e Teodoro (2020) elencam também dificuldades para dormir, alterações no comportamento alimentar, problemas gastrointestinais, tensão muscular, dores no corpo, agitação psicomotora, tristeza, desespero, raiva, entre outros. Já o luto complicado implica em intensificação do sofrimento e dessas reações, com prejuízos para o dia a dia. Envolve também pensamentos persistentes relacionados à morte e a quem morreu, distanciamento de relações interpessoais e tristeza exorbitante (WALLACE et al., 2020).

Observa-se então, com base em períodos passados e pesquisas realizadas, que episódios depressivos e quadros de estresse são as primeiras manifestações decorrentes de surtos infecciosos, assim como a ansiedade. Estas podem evoluir para luto complicado, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, medo generalizado, entre outros. A compreensão comportamentalista defende que pessoas consideradas saudáveis, dentro da dita normalidade, podem apresentar esses mesmos comportamentos rotulados como psicopatológicos. Mas a gravidade deve ser avaliada conforme a intensidade, frequência e comprometimento no dia a dia, em ambientes sociais, familiares e de trabalho (BANACO et al., 2012; FIOCRUZ, 2020).

2.3 Compreensão da AC acerca dos impactos psicológicos do trabalho em saúde durante epidemias

O estresse se apresenta como manifestação frequente durante epidemias e pandemias ao longo do tempo, como evidenciam os estudos anteriormente citados, especialmente para profissionais da linha de frente na assistência a pacientes infectados (LEE et al., 2007; XIAO et al., 2020; ZHANG et al., 2020; WANG et al., 2020). O estresse é conceituado como

Uma reação natural do organismo diante de situações de perigo ou ameaça, que nos colocam em estado de alerta, provocando alterações físicas e emocionais. A reação ao estresse é uma atitude biológica necessária para a adaptação às situações novas. Pode ocorrer quando o indivíduo percebe o contexto como prejudicial, ameaçador ou

desafiador e que está além de sua capacidade de resolução (MIYAZAKI; SOARES, 2020, p. 2).

Ao encontro dessa definição, a AC compreende que o estresse está vinculado a mudanças no ambiente que sejam desagradáveis, difíceis ou perigosas e que exijam do indivíduo respostas comportamentais adaptativas (SANZOVO; COELHO, 2007). O que irá sinalizar um quadro de estresse que demanda intervenção será a junção de diferentes agentes estressores (de intensidade, frequência e duração elevados) com repertório comportamental adaptativo que seja insuficiente ou ausente nos indivíduos expostos a esse contexto (SANTOS, 1995; ZAKIR, 2001 *apud* SANZOVO; COELHO, 2007)

Mesmo em contextos que não são de emergência, profissionais de saúde entram em contato com diversos estressores no ambiente de trabalho. Na atual crise sanitária isso se agravou com as mudanças necessárias na assistência. Como estressores na APS pode-se considerar, então, todas as mudanças de rotinas e protocolos já mencionados anteriormente, como o aumento no fluxo de pacientes, falta de recursos, aumento na carga horária de trabalho, risco de infecção, entre outros (ENGSTROM et al., 2020; MIYAZAKI; SOARES, 2020)

Como manifestações comuns ao ambiente que demanda diferentes e diversas adaptações, Miyazaki e Soares (2020) citam: fadiga, irritabilidade, dificuldade para se concentrar em tarefas, alterações de memória, comprometimento nas relações interpessoais, dores e tensão musculares, apatia, aumento no consumo de substância, problemas gastrointestinais, ansiedade, insônia, desânimo e depressão.

Alterações no sono, como a insônia, foram observados nos estudos de Huang e Zhao (2020) e Xiao et al. (2020). Observa-se nas pesquisas realizadas em contexto de pandemia que os relatos de insônia se relacionam ao trabalho em saúde; ser profissional de saúde, estar na linha de frente e lidar com a pressão e sobrecarga das mudanças da assistência se apresentam como variáveis ambientais associadas ao comprometimento no sono. A ausência de conhecimento em relação à doença também pode ser uma variável ambiental relacionada a alterações na rotina de sono, como indica a pesquisa de Liu et al. (2020).

O comportamento alimentar também pode ser analisado nesse contexto de restrições de contato social e também de apresentação de diversos estressores. Na pesquisa realizada por Malta et al. (2020) com a população em geral no contexto de restrição social, identificou-se aumento no consumo de alimentos considerados pouco saudáveis, como salgadinhos e doces, enquanto comidas consideradas saudáveis, como hortaliças, passaram a ser consumidas em menor frequência.

As mudanças alimentares podem ser explicadas considerando-se os três níveis de seleção do comportamento. O consumo de doces, carboidratos e comidas gordurosas têm valor de sobrevivência para seres humanos, pois se transformam em energia facilmente e, assim, contribuem para a perpetuação da espécie. Desse modo, se alimentar de comidas com essas propriedades elicia respondentes considerados agradáveis e prazerosos e ajuda o indivíduo a se autorregular emocionalmente e remover comportamentos privados relativos à mal-estar (SKINNER, 1974; MEYER, 2008).

Além disso o indivíduo se relaciona com a comida desde o nascimento. Com o decorrer do tempo, os momentos de alimentação vão sendo pareados a momentos de atenção social. Dessa forma, determinados alimentos passam a ter a mesma função de eliciar respondentes agradáveis que situações de contato interpessoal e afeto, por exemplo. Nesse processo de transferência de funções, é possível que a privação de afeto, que elicia respondentes desagradáveis, possa ser de alguma forma recompensada por alimentos filogeneticamente e/ou ontogeneticamente selecionados para propiciar sensações de prazer e agradabilidade. Isso, somado ao reforço social na história de vida particular do sujeito, considerando-se o que a família consome e os alimentos que ficam à disposição, podem explicar melhor padrões comportamentais de consumo alimentar, evidenciando um intercâmbio entre comportamentos respondentes e operantes e as particularidades disso na história de aprendizagem. Em relação ao nível cultural tem-se a influência dos meios de comunicação e propagandas midiáticas em relação ao consumo alimentar (SKINNER, 1974; VALE; ELIAS, 2011). Ressalta-se que essa divisão entre a influência dos três níveis de seleção se dá em termos didáticos, não sendo posta de forma tão separada quando se trata de padrões comportamentais.

Outra queixa comum observada nas pesquisas diz respeito à ansiedade. Esta já estava entre as principais queixas apresentadas em unidades de saúde, mesmo que não atendessem a critérios diagnósticos para definição de um transtorno. A ansiedade não significa, necessariamente, um problema a princípio, mas quando passa a se apresentar de forma a comprometer o cotidiano do sujeito, envolvendo elevado grau de sofrimento e demandando muito tempo do dia para que o sujeito emita comportamentos de esquiva ou fuga, pode-se considerar que é algo que demanda intervenção (PEROSSO, 2019; ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

A descrição de ansiedade é comumente associada ao medo, consistindo em incômodo acompanhado de sensações físicas, como “frio na barriga”, taquicardia, sudorese, “nó na garganta”, agitação motora e tremores, dores, náuseas, respiração alterada (percepção de asfixia, falta de ar...), crises de choro entre outras respostas. Há também queixas de

dificuldades para se concentrar e relatos verbais voltados para desconfortos internos nomeados como angústia, insegurança ou mal-estar (ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

A ansiedade é classificada em diferentes diagnósticos, a depender do evento aversivo que elicia as respostas ansiosas. Pode se tratar de fobia simples (eliciada por estímulos específicos), fobia social (eliciada por avaliação de outras pessoas), pânico (eliciado por estímulos físicos relativos a medo e a própria ansiedade), agorafobia (eliciada por ambientes fechados), ansiedade generalizada e aguda, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) (eliciado por pensamentos, impulsos e ideias persistentes e intrusivos) ou stress pós-traumático (eliciado por estímulos vinculados a traumas) (ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

As definições de ansiedade frequentemente se voltam para algo futuro que pode ocorrer e do qual o sujeito deseja se esquivar ou fugir. Contudo, é impreciso dizer que eventos que ainda não aconteceram podem ser variáveis determinantes de um fenômeno. Assim, pela perspectiva analítico-comportamental não se trata de reação a acontecimentos futuros, mas sim de resposta a estímulos atuais que já apareceram na história de vida do indivíduo e nela adquiriram função aversiva. O que torna um estímulo aversivo não são propriedades físicas destes, mas sim sua função. Para que um estímulo seja considerado aversivo é imprescindível que o organismo se comporte para removê-los do ambiente, sendo que essa resposta que os elimina terá maior probabilidade de ser emitida no futuro caso outro estímulo igual ou semelhante seja apresentado (ESTES; SKINNER, 1941 *apud* GOUVÊA, 2015; SKINNER, 1953/2003; ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

Estímulos aversivos podem ser incondicionados ou condicionados. Os estímulos aversivos incondicionados, ou primários, são aqueles que eliciam respostas reflexas que foram selecionadas por terem valor de sobrevivência para a espécie (por exemplo, contração da pupila é uma resposta reflexa que ocorre diante da apresentação de uma luz muito forte com potencial de queimar a retina ou ofuscar a visão do organismo em situação de perigo). Já os estímulos aversivos condicionados são os que anteriormente eram neutros para respostas de medo, ou agradáveis e reforçadores, que ao serem pareados com estímulos incondicionados passaram a ser também aversivos e se relacionar a respostas similares ao que os estímulos aversivos incondicionados eliciavam (PIERCE; CHENEY, 2004 *apud* FRANÇA, 2012; MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Assim, pode-se dizer que respostas relativas a ansiedade passam a ser emitidas da seguinte forma: tem-se inicialmente um estímulo neutro para respostas de medo do indivíduo; se o estímulo neutro for constantemente seguido por estímulos aversivos incondicionados passa a ter função aversiva também, tornando-se um estímulo aversivo condicionado, capaz

de eliciar também respondentes que sinalizam situações incômodas ou perigosas, como taquicardia, sudorese, descargas de adrenalina, entre outros (FRANÇA, 2012; ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

Embora as respostas de medo sejam semelhantes às respostas de ansiedade, elas não são iguais, pois enquanto o medo está relacionado a estímulos aversivos incondicionados, a ansiedade se relaciona com estímulos aversivos condicionados. Assim, pode-se afirmar que a ansiedade não é causada por um evento futuro, mas sim por estímulos presentes que passaram a ter função aversiva durante a história de vida do sujeito, mediante pareamento de estímulos. Deve-se considerar também o aspecto operante relativo a esses comportamentos; dado que os sinais de ansiedade preparam o organismo para situações de risco, estas são reforçadas ao longo da história de aprendizagem, não se tratando apenas de comportamentos respondentes (FRANÇA, 2012; ESTES; SKINNER, 1941 *apud* GOUVÊA, 2015).

A partir do contexto de Covid-19, um exemplo simples sobre o início da cadeia de formação da ansiedade pode ser ilustrado da seguinte forma: antes do início da pandemia o contato realizado por profissionais de saúde com pacientes com sintomas comuns de gripe, como tosse e espirros, pode ser considerado um estímulo neutro. Após o avanço da pandemia esses mesmos sintomas passaram a sinalizar a possibilidade desses pacientes estarem com Covid-19, uma doença nova e com potencial de levar a comprometimentos graves.

Assim, o contato com pacientes apresentando esses sintomas de gripe, que antes não eliciava respostas fisiológicas, como taquicardia e sudorese, pode passar a eliciar, indicando uma mudança na função desse estímulo (de neutro para aversivo condicionado, em razão do risco de contágio que já se sabe que existe). No estudo já citado, realizado por Lu et al. (2020), essa relação pode ser observada: profissionais de saúde que atuam em espaços de UTI e similares, estando mais expostos a pacientes infectados, apresentam valores médios de ansiedade elevados. Além disso, o uso de mais EPIs e outras medidas de prevenção podem ser reforçados nesse contexto, no sentido de fornecer maior segurança aos profissionais, podendo, ainda, associar-se a mais sinais de ansiedade caso o contexto não disponha de recursos de proteção suficientes. Os sinais de ansiedade, embora tenham um componente biológico e relacionado a filogênese, também devem ser analisados em sua relação com a ontogênese e como são reforçados ao longo da história do indivíduo (não há apenas valor de sobrevivência para a espécie, esse valor de sobrevivência deve se associar também ao ambiente imediato e história de aprendizagem).

O TEPT é um quadro comum de ansiedade relacionado a períodos de surto infeccioso (DUARTE et al., 2020; LEE et al., 2007).

O TEPT é um transtorno com forte componente de ansiedade que se desenvolve após a exposição do indivíduo a um ou mais eventos extremamente ameaçadores, traumáticos e horríveis [...]. O TEPT se caracteriza por lembranças ou recordações vívidas que invadem a consciência do indivíduo que passou pelo trauma, os chamados flashbacks (ou em forma de pesadelos). Estes, com frequência, se acompanham por emoções fortes e profundas, com ansiedade, medo e/ou horror e sensações físicas marcantes. (DALGALARRONDO, 2019, p. 659)

O evento traumático não precisa ter sido vivenciado necessariamente pela pessoa que emite essas respostas. Outras possibilidades são saber que o evento ocorreu a uma pessoa próxima ou entrar em contato diversas vezes com detalhes do evento. Esse último critério não se aplica a detalhes que só são acessados pelo indivíduo em veículos midiáticos, a menos que se trate de aspectos do seu trabalho. Dessa forma, a exposição a notícias da pandemia e do colapso do sistema de saúde poderiam funcionar como estímulos aversivos veiculados em fontes de notícias para profissionais de saúde; semelhante a isso, relatos de situações difíceis vivenciadas durante a pandemia por pessoas próximas ou colegas de trabalho também poderiam estar na cadeia que leva a emergência de TEPT (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014; APA, 2014).

Na perspectiva comportamental o emparelhamento de estímulos também explica a emergência do TEPT e seus sintomas. Nesse caso tem-se um evento traumático (estímulo incondicionado) que produz respostas de medo (respostas incondicionadas), e quando estímulos neutros passam a ser seguidos destes, tornam-se estímulos condicionados com potencial de eliciar respostas semelhantes (respostas condicionadas relacionadas a ansiedade) (GARCIA; BOLSONI-SILVA, 2015).

Duarte et al. (2020) aponta que o acesso a informações durante situações de emergência em saúde podem aumentar as taxas iniciais de sintomas de TEPT. A exemplo disso, com base nas colocações teóricas de Garcia e Bolsoni-Silva (2015), pode-se pensar que o acesso a veículos de informação primeiramente teriam função neutra em relação a respostas de medo; o surto infeccioso, que tem potencial de eliciar taquicardia e sudorese (entre outras respostas incondicionadas), e a exposição direta e indireta a ele, propiciam que o estímulo anteriormente neutro torne-se um estímulo aversivo condicionado, que passa a eliciar respostas de ansiedade.

Para intervenções terapêuticas voltadas para quadros de ansiedade, relembra-se o que Skinner (1953/2003, p. 168) postula ao dizer que a ansiedade “indica um conjunto de predisposições emocionais atribuídas a um tipo especial de circunstâncias. Qualquer tentativa terapêutica de reduzir os ‘efeitos da ansiedade’ deve operar sobre essas circunstâncias, não sobre o estado interveniente”. Portanto, a ansiedade não deve ser posta enquanto causa de

determinados comportamentos, pois consiste no nome para esses padrões comportamentais já mencionados.

Com a pandemia de Covid-19, pesquisas identificaram também que quadros depressivos podem surgir ou se agravar, principalmente em profissionais de saúde que precisam lidar com maior pressão e aumento na carga horária de trabalho, entre outras especificidades das novas demandas laborais. A depressão é categorizada enquanto transtorno de humor que engloba tristeza, diminuição da energia, do interesse e de prazer em atividades cotidianas, alterações de apetite e sono, alterações psicomotoras, cansaço, percepção de inutilidade, desesperança, culpa e comprometimentos na concentração e na atenção (APA, 2014; LIU et al., 2020; LU et al., 2020; HUANG; ZHAO, 2020).

De maneira geral, o que se observa em quadros depressivos é a diminuição na frequência de comportamentos que propiciam a ocorrência de consequências prazerosas e agradáveis (como interagir socialmente). Em contrapartida, há aumento nos comportamentos de fuga e esquiva de eventos desagradáveis, muito presentes em ambientes de incontabilidade e que apresentam estímulos aversivos. Assim como outros diagnósticos psicopatológicos, a depressão é compreendida pela AC não como patologia, mas como padrão de interação com o ambiente, podendo ser explicada enquanto produto dos três níveis de seleção (filogenético, ontogenético e cultural) (CAVALCANTE, 1997).

Conforme Wielenska (2015), a depressão está associada à exposição do indivíduo a contextos desagradáveis, punitivos e/ou aversivos, de forma intensa e breve ou moderada e prolongada. Se o indivíduo não possuir aparato biológico e repertório comportamental adquirido ao longo da história que sejam suficientes para acessar novos estímulos prazerosos, dá-se início a um quadro depressivo.

Ao encontro dessa perspectiva, Hidaka (2012) defende que a depressão, assim como outros quadros ditos patológicos, se relacionam a aspectos sociais de desigualdade e também de isolamento social. As mudanças na rotina advindas do isolamento social, por exemplo, somam-se a outros fatores, como irregularidades alimentares, falta de atividade física, ausência de contato interpessoal e privação de sono, favorecendo, assim, a manutenção desse padrão comportamental. Esses aspectos podem ser encontrados no contexto de pandemia de Covid-19. Além das restrições de contato interpessoal, essas mudanças de hábitos tornaram-se comuns, como evidencia o estudo de Malta et al. (2020).

3 PESQUISA APLICADA SOBRE OS IMPACTOS DO TRABALHO COM COVID-19 EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA APS DE GOIÂNIA-GO

Considerando a análise teórica realizada, a presente pesquisa teve como foco investigar e descrever quais os possíveis efeitos da pandemia de Covid-19 sobre o bem-estar psicológico de profissionais de saúde que atuam em unidades de APS em Goiânia-GO, na assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de infecção pelo novo coronavírus. Buscou-se caracterizar de forma contextualizada as possíveis alterações no bem-estar do grupo alvo, como mudanças no humor, sono e apetite, identificando os aspectos laborais possivelmente relacionados a essas manifestações.

3.1 Metodologia

3.1.1 Participantes

Responderam à pesquisa 49 pessoas, no entanto, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi composta por 44 participantes. Os critérios de inclusão foram: a) concordar com o TCLE (ANEXO 1), b) ser profissional da área da saúde lotado em alguma unidade de Atenção Primária de Goiânia-GO, e c) trabalhar diretamente com pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por Covid-19. Os critérios de exclusão foram: a) não consentir com o TCLE, b) estar lotado em unidades da Atenção Secundária e Terciária de Atenção à Saúde, e c) Apresentação de respostas contraditórias em algumas perguntas do questionário.

A amostra constituiu-se por 44 profissionais atuantes na APS de Goiânia-GO, sendo 86,4% do sexo feminino (n=38) e 13,6% (n=6) do sexo masculino. A tabela 1 apresenta as faixas etárias presentes na amostra. A média de idade foi de 39,8 anos, sendo 23 a menor idade declarada e 62 a maior idade declarada, com desvio padrão de 11,2.

Tabela 1 - Estatística descritiva para respostas referentes à faixa etária dos participantes

Faixa etária	Participantes (n=44)	%
20 - 29	12	27,3
30 - 39	10	22,7
40 - 49	12	27,3
50 - 59	7	15,9
Acima de 60	2	4,5
Não informado	1	2,3

A tabela 2, a seguir, apresenta a categoria profissional dos participantes.

Tabela 2 - Estatística descritiva para respostas referentes a categorias profissionais dos participantes

Categoria profissional	Participantes (n=44)	%
Dentistas	8	18,2
Enfermeiros	7	15,9
Aux. ou téc. de enfermagem	6	13,6
Gestores ou coordenadores	6	13,6
Aux. de atividades adm.	5	11,4
Médico	4	9,1
Fisioterapeutas	3	6,8
Agente Comunitário de Saúde	2	4,5
Farmacêutico	1	2,3
Assistente Social	1	2,3
Outros	1	2,3

A tabela 3 apresenta o tempo em que esses profissionais estão atuando na pandemia.

Tabela 3 - Estatística descritiva para respostas referentes ao tempo de trabalho dos participantes, anterior a fevereiro de 2021

Tempo de trabalho	Participantes (n=44)	%
Mais de 9 meses (desde período anterior a maio de 2020)	27	61,4
Entre 3 e 9 meses (entre maio e novembro de 2020)	16	36,4
Menos de 3 meses (em período posterior a novembro de 2020)	1	2,2

Apesar de poucos participantes serem idosos, 86,4% (n=38) fazem parte do grupo de risco da Covid-19 e 13,6% (n=6) não apresentam nenhuma comorbidade, considerando-se, além da idade, doenças como diabetes, hipertensão e outros comprometimentos de saúde. Entre os participantes, 43,2% (n=19) já tiveram Covid-19, 45,5% (n=20) não tiveram a doença e 11,4% (n=5) não sabem com certeza se já foram infectados pelo novo coronavírus.

Antes da pandemia, 13,6% (n=6) dos participantes afirmaram que já realizavam acompanhamento psicológico e 86,4% (n=38) não realizavam. Já em relação ao uso de medicamentos psiquiátricos, 25% (n=11) afirmaram que faziam uso de medicação e 75% (n=33) afirmaram que não. Os profissionais relataram uso de medicação para ansiedade (n=5), depressão (n=5) e comprometimento no sono (n=1).

No momento da coleta de dados 88,6% (n=39) participantes já haviam sido vacinados e 11,4% (n=5) ainda não.

3.1.2 Procedimentos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, com coleta de dados realizada entre 15 de fevereiro de 2021 e 20 de fevereiro de 2021 (CAAE: 40672220.5.0000.5083), na modalidade online, via questionário (ANEXO 2) inserido no Google Forms. Para a coleta utilizou-se amostragem por conveniência, com contato inicial de caráter profissional e direto a pessoas que atendessem aos critérios de participação, conforme o acesso disponível das pesquisadoras, sem mediação de instituições.

O convite digital para a pesquisa foi veiculado em redes sociais (incluso Instagram, Whatsapp, Facebook, Twitter) ou email, contendo as informações acerca do objetivo, público-alvo e critérios de participação, além do link que direcionava para o formulário em que estava presente o TCLE e o questionário a ser preenchido.

Para acessar o questionário era necessário consentir com a participação, nos termos postos. Em caso de não consentimento, o participante poderia fechar a janela do navegador, sem precisar marcar qualquer opção.

Os participantes responderam a 31 perguntas, todas obrigatórias. O questionário foi dividido em 3 seções. A primeira seção abarcava perguntas referentes ao ambiente de trabalho e aspectos gerais que descrevessem o participante sem identificá-lo. A segunda seção objetivou coletar dados sobre acompanhamento psicológico e psiquiátrico, bem como utilização de medicamentos e apresentação de mudanças comportamentais, para se obter dados mais explícitos em relação ao aparecimento ou intensificação de comprometimentos psicológicos nos últimos meses. Na terceira e última seção o participante precisou responder sobre como percebia seu próprio bem-estar psicológico no atual contexto de pandemia.

A análise de dados é categorizada como quali-quantitativa. Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística descritiva, por meio de frequência, média, desvio padrão e porcentagem, com a finalidade de especificar o perfil da amostra. Em seguida os dados foram analisados através do software SPSS, com fins de calcular as diferenças significativas entre grupos, com utilização do teste t de amostras independentes.

O objetivo inicial da análise foi conhecer o perfil dos participantes, explicitar aspectos relativos ao trabalho que desempenham em diferentes unidades de APS de Goiânia-GO, e identificar os principais desafios e dificuldades enfrentados.

Visto que o propósito principal da pesquisa se trata de analisar como o trabalho durante a pandemia de Covid-19 impacta o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde, buscou-se descrever também como os participantes se observam e relatam estar sendo afetados nesse período, em relação a alterações comportamentais e sofrimentos vinculados a quadros de ansiedade, comprometimentos no sono, mudanças no humor e alterações alimentares.

3.2 Resultados

Analisando a amostra total (n=44), 70,5% (n=31) dos participantes precisaram se afastar do trabalho em algum momento durante a pandemia de covid-19 e apenas 29,5% (n=13) não

tiveram nenhuma licença durante o tempo de trabalho. A tabela 4 explicita as diferentes razões envolvidas nos afastamentos do espaço laboral dentre os 31 participantes.

Tabela 4 - Estatística descritiva para respostas referentes a afastamento do trabalho durante o período de pandemia

Afastamentos temporários	Participantes (n=31)	%
Infecção por Covid-19	18	58,1
Outras doenças	5	16,1
Gestação	2	6,5
Suspeita de Covid-19	2	6,5
Indicação psiquiátrica	1	3,2
Medo e estresse	1	3,2
Luto	1	3,2
Pertencer ao grupo de risco	1	3,2

Questionados se consideravam que suas rotinas de trabalho haviam passado por muitas mudanças com a pandemia, 97,7% (n=43) participantes responderam que sim; apenas 1 participante (2,3%) relatou que a rotina de trabalho não mudou. Podendo assinalar mais de uma opção, os 43 participantes que responderam sim, indicaram as seguintes mudanças, apresentadas na tabela 5:

Tabela 5 - Estatística descritiva para respostas referentes às mudanças na rotina de trabalho dos participantes

Mudanças na rotina de trabalho	Frequência (n total=43)	%
Medidas de proteção	40	93,0
Fluxo de pacientes	38	88,4
Pressão no ambiente de trabalho	35	81,4
Protocolos de atendimento	34	79,0
Carga horária	4	9,3
Outros: Insegurança	1	2,3

A maioria dos participantes (68,2%) declarou trabalhar em unidade de saúde apta a receber pacientes de Covid-19, enquanto 31,8% da amostra afirmaram que a unidade não está

apta para essa demanda. Sobre o aspecto que consideraram mais preocupante e/ou estressante no trabalho em saúde durante a pandemia, as respostas obtidas estão apresentadas na tabela 6.

Tabela 6 - Estatística descritiva para respostas referentes ao aspecto que os participantes consideraram como o mais preocupante e/ou estressante no atual contexto de trabalho

Aspecto mais preocupante/estressante do trabalho na pandemia	Participantes (n=44)	%
Exposição maior ao vírus	14	31,8
Mudanças constantes de fluxos e rotinas de trabalho	13	29,5
Sobrecarga de trabalho	7	15,9
Falta de informação por parte dos pacientes	6	13,6
Ausência de capacitações sobre a doença	4	9,1

Do total da amostra, 25% (n=11) declararam ter iniciado acompanhamento psicoterápico durante a pandemia, em contraste com 75% que não deram início. Entre os 11 participantes que declararam ter começado acompanhamento psicológico, 3 já realizavam acompanhamento antes, e 8 começaram, de fato, durante a pandemia. Na comparação entre grupos observou-se que as mulheres procuraram mais tratamento psicoterápico durante a pandemia, havendo diferença estatisticamente significativa ($t(42) = -3,883$; $p < 0,001$) entre homens e mulheres.

Ademais, 72,7% dos participantes declararam não ter começado a utilizar medicamentos psiquiátricos após o início da pandemia, enquanto 27,3% afirmaram ter iniciado o consumo. Entre os 12 participantes que declararam ter passado a tomar medicamento psiquiátrico após o início da pandemia, 6 não utilizavam antes, enquanto os outros 6 já usavam medicamentos para demanda diferente da apresentada durante a pandemia.

É importante destacar que o teste t para amostras independentes aponta que o grupo de participantes que utilizava medicamentos antes da pandemia relatou comprometimento psicológico pelo trabalho significativamente maior que os participantes que não utilizavam ($t(42) = -2,935$; $p = 0,006$), assim como mais afastamentos do trabalho ($t(42) = -2,191$; $p = 0,037$).

Podendo assinalar mais de uma resposta, a necessidade de medicamento psiquiátrico durante o contexto de Covid-19 se deu pelas finalidades expostas na tabela 7, considerando-se a parcela da amostra que declarou utilizar esses remédios (n=12).

Tabela 7 - Estatística descritiva para respostas referentes a finalidade do uso de medicamento psiquiátrico durante a pandemia

Finalidade do medicamento	Frequência (n=12)	%
Ansiedade	9	75,0
Estresse	5	41,7
Depressão	5	41,7
Comprometimento no sono	4	33,3
Síndrome do Pânico	1	8,33
Síndrome de Burnout	1	8,33
Alterações no padrão alimentar	1	8,33

Do total da amostra (n=44), 84,1% (n=37) dos participantes relataram que tiveram o próprio bem-estar psicológico afetado pelo trabalho no contexto de pandemia, enquanto 15,9% (n=7) dos participantes não observaram tais impactos. Um dos participantes que afirmou que seu bem-estar foi afetado não indicou comprometimento específico, enviando a resposta “nada”. A tabela 8 expõe o que os 36 participantes relataram ter observado como efeito do trabalho sobre seu bem-estar, sendo que poderiam marcar mais de uma opção.

Tabela 8 - Estatística descritiva para respostas referentes aos comprometimentos no bem-estar psicológico relatados pelos participantes

Comprometimento psicológico	Frequência (n=36)	%
Ansiedade	30	83,3
Estresse	26	72,2
Sono	21	58,3
Humor	17	47,2
Apetite	8	22,2

Da amostra total (n=44), 65,9% (n=29) disseram estar preocupados em relação ao próprio bem-estar psicológico, 27,3% (n=12) relataram estar pouco preocupados, e apenas 6,8% (n=3) não se declararam preocupados.

Considerando algumas implicações possíveis, as tabelas 9, 10 e 11 indicam o que os participantes relataram ter observado em relação à qualidade do sono, mudanças na alimentação e alterações no humor.

Tabela 9 - Estatística descritiva para respostas referentes a alterações na qualidade do sono

Comprometimento	Participantes (n=44)	%
Não apresenta alterações significativas no sono	16	36,4
Apresenta despertar noturno	13	29,5
Apresenta insônia	12	27,3
Apresenta sono em excesso	2	4,5
Apresenta terror noturno	1	2,3

Tabela 10 - Estatística descritiva para respostas referentes a alterações na alimentação

Comprometimento	Participantes (n=44)	%
Não apresenta alterações significativas na alimentação	26	59,1
Apresenta consumo alimentar maior que o habitual	14	31,8
Apresenta consumo alimentar menor que o habitual	3	6,8
Apresenta alimentação irregular devido a carga de trabalho	1	2,3

Tabela 11 - Estatística descritiva para respostas referentes a alterações no humor

Comprometimento	Participantes (n=44)	%
Não apresenta alterações significativas no humor	14	31,8
Está mais estressado (a)	14	31,8
Está mais nervoso (a) que o habitual	10	22,7
Está com o humor mais rebaixado que o habitual	6	13,6

Sinais de ansiedade também foram relatados pelos participantes, sendo que poderiam apontar mais de uma resposta no questionário. Dos participantes, 27,3% (n=12) não observaram nada diferente do habitual, em relação à ansiedade. A tabela 12 apresenta os sinais observados pelos outros 32 participantes, sendo que poderiam marcar mais de uma opção.

Tabela 12 - Estatística descritiva para respostas referentes a sinais de ansiedade

Sinais de ansiedade	Frequência (n total=32)	%
Dificuldade de concentração	27	84,4
Tensão muscular	21	65,6
Irritabilidade	21	65,6
Pensamento acelerado	21	65,6
Crises de ansiedade no trabalho	13	40,6
Agitação motora	10	31,3
Já deixou de trabalhar por estar mais ansioso (a) que o habitual	7	21,9

Merece destaque que participantes do grupo de risco da covid-19 relataram comprometimento no bem-estar significativamente maior que os demais no teste t de amostras independentes ($t(42) = -2,890$; $p = 0,006$). O tempo de trabalho na pandemia também foi fator impactante no bem-estar dos profissionais, sendo que os profissionais com mais de 9 meses de

trabalho na pandemia apresentaram comprometimento significativamente maior que aqueles com menos tempo de trabalho ($t(42) = 3,017$; $p = 0,006$).

Entre os que receberam a vacina, 8 participantes não observaram nenhuma das mudanças citadas no questionário, e 31 participantes observaram. A tabela 13 a seguir apresenta as mudanças observadas após serem vacinados. Mais de uma opção poderia ser marcada por cada.

Tabela 13 - Estatística descritiva para respostas referentes a mudanças observadas após receber a vacina

Mudanças	Frequência (n total=31)	%
Diminuição da ansiedade em relação ao momento sem vacina na pandemia	19	61,3
Diminuição do estresse em relação ao momento sem vacina na pandemia	11	35,5
Diminuição da ansiedade em níveis comparáveis a antes da pandemia	3	9,7
Diminuição do estresse em níveis comparáveis a antes da pandemia	3	9,7
Melhora das dificuldades em relação ao humor em relação ao momento sem vacina na pandemia	2	6,5
Melhora das dificuldades relacionadas ao sono em relação ao momento sem vacina na pandemia	1	3,2
Melhora das dificuldades em relação ao humor em níveis comparáveis a antes da pandemia	1	3,2

Questionados se recebem ou já receberam suporte psicológico por parte da instituição de trabalho em que estão lotados(as), 75% (n=33) responderam que não e apenas 25% (n=11) declararam que sim. Por fim, entre os participantes (n=44), 13,6% (n=6) afirmaram ainda estar em acompanhamento psicológico até o momento da coleta de dados. Considerando os outros 86,4 (n=38) participantes, 20 (52,6%) declararam que não estão em acompanhamento

psicológico, mas consideram necessário, e 18 (47,4%) afirmaram que não estão em acompanhamento, mas não é uma necessidade.

3.3 Discussão

Mediante análise dos dados realizada por estatística descritiva e estatística inferencial básica, além da análise qualitativa, foi possível observar aspectos significativos referentes ao ambiente de trabalho e ao bem-estar psicológico dos profissionais de saúde participantes do estudo.

Em relação ao trabalho em unidades de saúde inseridas na APS, observou-se que a necessidade de mais medidas de proteção (EPIs) foi a principal mudança de rotina pela qual os participantes passaram, em função da alta exposição ao vírus em que se encontram no atendimento a casos suspeitos e confirmados de Covid-19. Pesquisas anteriores demonstram que o cansaço e exaustão de profissionais de saúde pode estar associado a precisarem se paramentar e desparamentar mais que antes, sendo esse um possível fator de estresse relacionado aos resultados da pesquisa referentes a comprometimento psicológico.

Além disso, a APS passou a receber uma quantidade maior de pacientes, por ser essa a porta de entrada do SUS e o lugar por excelência para controle da doença. Isso também aparece nos relatos dos participantes da pesquisa como uma grande mudança na rotina de trabalho, o que está associado, entre outras coisas, ao aumento nas atividades exercidas, ao risco de infecção e a necessidade de encontrar novas formas de atendimento que ofereçam mais segurança. Toda essa sobrecarga de demandas também pode se apresentar como aspecto laboral vinculado a estresse e ansiedade, visto que exige adaptação.

Outro fator observado como causa de preocupação nos resultados da pesquisa e condizente com o que se tem na literatura acerca das mudanças enfrentadas pela APS no contexto de pandemia, são as alterações de protocolos de atendimento, que ocorrem à medida que novas descobertas vão sendo feitas acerca da doença. O desconhecimento acerca de todos os riscos da doença, a ausência de protocolos fixos de tratamento e a incerteza em relação à assistência a ser oferecida, tornam o trabalho estressante e ansiogênico, especialmente com a alta carga de demanda e presença de pacientes.

Notou-se que profissionais de saúde mulheres buscaram mais atendimento psicoterápico que homens durante a pandemia de covid-19. Conforme pesquisa realizada por Romaro e Oliveira (2008), mulheres procuram mais por atendimento psicológico, de forma geral. A possível razão para esse dado é que expressar sentimentos e sofrimentos é um padrão comportamental aceito e estimulado socialmente para mulheres, enquanto homens

comumente não são reforçados a expor problemas e procurar ajuda, sendo essa exposição considerada como comportamento de fraqueza que se constitui como inadequado para o gênero masculino.

Cabe destacar que papéis de gênero também podem implicar nos índices de sofrimento psíquico. Esses papéis consistem em práticas culturais consideradas socialmente adequadas e que, portanto, são diferenciadamente reforçadas, de forma que homens e mulheres (considerando sexo biológico) se comportem de formas distintas. Dentro dessas práticas culturais, tem-se que as atividades relativas ao cuidado cabem às mulheres, mais do que aos homens. Assim, além de profissionais de saúde (profissão de cuidado), muitas mulheres são também mães e/ou responsáveis pelo cuidado da casa (CARVALHO et al., 2008; SANT'ANA, 2003).

Tudo isso gera uma sobrecarga de trabalho maior, especialmente durante a pandemia, visto que escolas e outras instituições precisaram ficar fechadas, cabendo a muitas mulheres se reorganizar quanto aos diferentes papéis sociais que exercem. E, como já posto, a desorganização de rotinas, o excesso de atividades, a preocupação e a necessidade de encontrar recursos de enfrentamento novos, podem se associar a emergência ou intensificação de comprometimentos psicológicos. Estudos sobre diferença de gênero podem fornecer mais explicações sobre como homens e mulheres se comportam em situações difíceis no que tange a busca de ajuda e como práticas culturais podem sobrecarregar uns mais que outros, associando-se também ao aumento no nível de sofrimento.

No presente estudo, não foram identificadas correlações estatisticamente relevantes entre faixa etária dos participantes e comprometimentos no bem-estar, mas o maior tempo de trabalho durante a pandemia de covid-19 se associou a piora nos quadros de comprometimento psicológico. Isso pode ser explicado pelo maior tempo de contato com os estressores laborais característicos do período.

Considerando o momento inicial de pandemia, em que pouco se sabia sobre a doença, profissionais que estavam trabalhando há mais de 9 meses até a data da coleta de dados, precisaram lidar por mais tempo com a pressão no ambiente de trabalho envolvendo a maior exposição ao vírus e as mudanças constantes de fluxos e rotinas de trabalho, que foram as fontes de preocupação e estresse mais citadas pelos participantes.

Além disso, pesquisa anterior realizada por Liu et al. (2020), indicava que a evolução da pandemia se associava aos níveis de ansiedade, medo e insônia, justamente pela mudança na pressão de trabalho característica dos momentos iniciais da pandemia, e como essas mudanças já não eram mais tão constantes nos momentos posteriores, quando os protocolos já estavam

melhor estabelecidos e já se havia obtido maior conhecimento sobre a doença. É possível pensar, então, que a piora observada para os profissionais de saúde que estão há mais tempo na linha de frente dizem também do contato com o momento inicial da pandemia. Isso, somado ao contato prolongado com as variáveis estressoras que demandam grande adaptação pode explicar a piora nos quadros de ansiedade e estresse, e também os relatos de insegurança.

Os profissionais de saúde relataram que a falta de informação por parte dos pacientes também se apresentava como uma dificuldade e aspecto estressor no ambiente de trabalho. Considerando a forma como as informações foram veiculadas durante a pandemia, o advento das *fake news* em relação a curas e medicamentos milagrosos, e a insegurança que isso gerou em relação ao que seria mais adequado para o tratamento da covid-19, essa falta de informação que compromete o trabalho dos profissionais pode ser entendida como um possível ponto de intervenção, visando a redução das implicações que isso acarreta. Estudos acerca da adesão ao tratamento a partir da perspectiva analítico-comportamental podem contribuir para melhoria da concordância entre o comportamento dos pacientes e orientações de saúde que de fato tenham embasamento científico.

Miyazaki e Soares (2020) citam dificuldade para se concentrar, tensão muscular, irritabilidade, entre outros, como manifestações recorrentes em situações que demandam adaptação. Em conformidade a isso, observou-se na pesquisa relatos desses mesmos sinais considerados de ansiedade, advindos de uma amostra que majoritariamente indicou ter percebido que o trabalho afetou o bem-estar psicológico. Essas manifestações podem ser entendidas, a partir da análise do comportamento, enquanto alterações físicas decorrentes da percepção de perigo e ameaça presentes no ambiente em que esses profissionais se encontram, ambiente este marcado por pressão e mudanças diversas.

Considerando-se os aspectos apontados pela amostra como os mais estressantes e preocupantes, sendo eles a maior exposição ao vírus, as mudanças constantes nos fluxos e rotinas, e a sobrecarga de trabalho, estes podem ser as variáveis determinantes dos principais comprometimentos relatados pela amostra, principalmente no que tange a ansiedade (e seus sinais), o estresse e comprometimentos no sono. Observa-se que essas variáveis se relacionam a situações de perigo (risco de infecção) e demanda constante de adaptação que, como já visto, impactam o bem-estar.

Relatou-se também a ocorrência de crises de ansiedade no ambiente de trabalho, dificuldade para se concentrar e faltas por estar apresentando ansiedade mais intensa, o que sinaliza para a presença de aspectos aversivos associados ao ambiente de trabalho. Também

indica um comprometimento maior em relação à ansiedade apresentada pelos participantes, com prejuízo para a realização do trabalho que exercem (havendo a necessidade de se afastar quando as reações estão muito intensas ou de tirar licenças, como indicado nos resultados obtidos).

Em relação ao risco acentuado de infecção por covid-19, o presente estudo indica, mediante relato dos participantes, que receber a vacina permitiu a redução no nível de ansiedade apresentado, bem como no nível de estresse, se comparado ao momento de trabalho em que ainda não haviam recebido a imunização. A redução nesses níveis pode ser explicada pela maior segurança fornecida pela vacina em redução aos riscos de se infectar com o novo coronavírus ou de apresentar sintomas e complicações graves em caso de infecção.

Observou-se também um maior comprometimento psicológico nos participantes que fazem parte do grupo de risco da covid-19, seja por idade ou doenças cardíacas, respiratórias, entre outras. Apresentar comorbidades se mostrou relacionado à piora nos padrões comportamentais de humor, sono, apetite, ansiedade e estresse. Pesquisa desenvolvida por Liu et al. (2020) já relacionava esses dois aspectos, e o presente estudo fortalece esse achado.

A possível razão associada a essa piora em sujeitos que fazem parte do grupo de risco é que ter comorbidade aumenta as chances de um quadro grave em casos de infecção por covid-19, e trabalhar na linha de frente durante a pandemia representa maior chance de entrar em contato com o vírus. Assim, considerando-se tal contingência, de fato é esperado que apareçam ou se intensifiquem padrões comportamentais referentes a quadros de ansiedade, estresse, entre outros.

Observou-se também piora nos aspectos relativos a bem-estar psicológico em pessoas que utilizavam medicação psiquiátrica antes da pandemia. Além de relatarem mais comprometimentos, metade dessa parte da amostra passou a tomar medicamentos voltados para diagnósticos diferentes durante a pandemia de covid-19. Enquanto antes da pandemia os relatos incluíam quadros de ansiedade, depressão e mudanças no padrão de sono, durante a pandemia o tratamento farmacológico voltou-se também para estresse, síndrome do pânico, síndrome de burnout e alterações no padrão alimentar, além de ter ocorrido um aumento na quantidade de participantes que passaram a utilizar medicação para ansiedade e comprometimentos no sono.

Embora comprometimentos considerados psicológicos não sejam tidos como fatores de risco durante a pandemia, especialmente por se tratar de um vírus respiratório, é interessante notar que há resultados significativos apontando para a intensificação ou piora de quadros que trazem sofrimento e comprometem o bem-estar dos profissionais de saúde. Além disso, há

diferença estatisticamente significativa quando se relaciona o histórico do uso de fármacos voltados para algum quadro dito psicopatológico e os afastamentos do trabalho durante a pandemia, que foram mais frequentes para esse grupo.

Grande parte dos afastamentos do trabalho durante a pandemia foram justificados por quadro de infecção por covid-19, mas há relatos também de outras doenças não especificadas, que, como já dito, também se correlacionam com a piora no bem-estar psicológico. Foram relatados ainda afastamentos justificados por indicação psiquiátrica e por quadros significativos de medo e estresse.

Sobre o padrão de sono, o estudo aponta o despertar noturno como uma das mudanças mais frequentes observadas pelos participantes, embora a maior parte da amostra não indique alterações significativas. Estudos anteriores a este indicavam a insônia como um comprometimento recorrente em profissionais de saúde que atuaram e/ou atuam em epidemias e pandemias; os relatos obtidos na presente pesquisa já trazem a informação de que, não sendo a insônia o problema, não conseguir manter as horas adequadas de sono também podem ser um comprometimento frequente.

A dificuldade em manter um padrão considerado saudável de sono e de repousar pelas horas indicadas pode estar associado aos quadros de ansiedade e estresse frequentemente relatados, como indicam pesquisas antes realizadas, que apontam correlação entre esses três comprometimentos e, nesse caso, a ansiedade e o estresse podem ser justificados pelas variáveis estressoras e preocupantes do ambiente de trabalho (risco de infecção e necessidade de adaptações constantes).

O estudo aponta também a ocorrência de consumo alimentar maior que o habitual mais frequente do que a ocorrência de redução no padrão de apetite dos participantes. Assim como posto anteriormente, é possível hipotetizar que dado os quadros de estresse e ansiedade relatados, o alimento se configura como fonte reforçadora para esquiva de sentimentos e outros eventos privados desagradáveis (reforço negativo), e/ou para eliciação de eventos privados agradáveis (reforço positivo).

Por fim, o estudo indica uma oferta baixa de apoio psicológico nas unidades de saúde, sendo que entre aqueles que não receberam suporte não há discrepância significativa entre quem considera necessário e quem não considera necessário. A partir da literatura e estudos anteriores, sabe-se que as implicações da pandemia podem ser reduzidas mediante intervenção psicológica, como demonstra, por exemplo, a pesquisa conduzida por Liu et al (2020).

Conforme Schmidt (2020a), é possível intervir com profissionais de saúde orientando quanto às implicações possíveis no contexto de pandemia (estresse, ansiedade, insônia, entre outros), bem como quais as estratégias de enfrentamento e de autocuidado possíveis nesse contexto, como, por exemplo, ter momento de descanso durante o dia e contatar a rede de apoio via telefone e outros meios que mantenham o isolamento social, mas que não cortem o apoio social necessário.

Considerando-se esse contexto e a necessidade de recuperação do bem-estar dos profissionais de saúde, especialmente no que tange o não agravamento daquilo que já se apresenta, a AC pode contribuir em relação às intervenções possíveis, mediante compreensão da relação existente entre os padrões comportamentais apresentados pelos profissionais e o ambiente no qual estão inseridos. Além disso, a aplicação de tecnologias comportamentais voltadas para prevenção de doenças e promoção de saúde, especialmente na APS, tornam-se possibilidades para a melhora do cenário que se apresenta atualmente.

Sabe-se que profissionais de saúde da atenção secundária e terciária que trabalham diretamente com casos graves da doença e enfrentam maior número de óbitos também apresentam sofrimentos psicológicos, como já apontado por pesquisas anteriormente realizadas em diferentes partes do mundo. Entretanto é na APS que o controle da doença e dos aspectos psicossociais envolvidos na pandemia devem ser trabalhados, e é nesse nível de atenção que o principal recurso de trabalho é o próprio vínculo entre equipes e pacientes, e onde a maior parte dos casos chegam inicialmente, sendo fundamental que as dificuldades presentes também recebam as devidas intervenções com fins de controlar o impacto da emergência em saúde e também de cuidar de seus profissionais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foram apresentadas as implicações da pandemia sobre o bem-estar psicológico de profissionais de saúde que estão na assistência direta a pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de covid-19 na APS. A partir da literatura existente sobre a temática, bem como estudos já realizados, observou-se que o estresse, a ansiedade, comprometimentos de sono e rebaixamento de humor são os comprometimentos mais frequentes nesse contexto, ocasionados por causas diversas, entre elas aspectos laborais relativos a dificuldade de se adaptar a diversas mudanças e ao risco intenso em se expor a um vírus respiratório.

Esse estudo teve caráter descritivo em relação a identificação desses aspectos, com uma discussão analítico-comportamental referente a compreensão do que se diz psicopatológico e das formas possíveis para que a ciência do comportamento contribua na melhoria desse cenário apresentado. A análise dos dados obtidos mediante pesquisa realizada com profissionais da APS de Goiânia permitiu observar as principais dificuldades enfrentadas e os principais comprometimentos emergentes ou intensificados, sinalizando ainda para a falta de suporte psicológico por parte das instituições de saúde.

Observou-se que a APS precisou se adaptar ao cenário de emergência, com utilização de tecnologias para atendimento remoto, medidas de distanciamento e maior proteção, o que impôs aos profissionais um trabalho mais cansativo e muitas vezes incerto, marcado ainda por questões sociais, como *fake news*, insegurança e falta de informação dos pacientes. A presente pesquisa e pesquisas anteriormente realizadas evidenciaram que todo o cenário social de pandemia, somado às particularidades do trabalho da “linha de frente” contra a doença estão intimamente relacionados a prejuízos e sofrimentos significativos para os profissionais de saúde.

Tanto para a população em geral quanto para profissionais de saúde observa-se que padrões comportamentais relativos à ansiedade, estresse, e outros, tornam-se mais frequentes em momentos de emergência em saúde como o atual. Mas os aspectos ambientais que se relacionam de alguma forma a esses comprometimentos podem ser variados; por isso é realizada a distinção entre esses dois grupos. Ainda que as manifestações comportamentais de sofrimento sejam próximas, uma intervenção eficaz demanda o reconhecimento das variáveis envolvidas, e isso é realizado mediante observação do ambiente e das consequências psicossociais da pandemia que mais são enfrentadas por cada grupo.

Conclui-se, então, que pela exposição aos riscos e às mudanças de forma intensa, frequente e duradoura, as fontes estressoras relatadas pelos profissionais de saúde podem

constituir-se enquanto foco de intervenção psicológica. Da mesma forma os comprometimentos já apresentados pelos profissionais de saúde também demandam suporte psicológico, seja a nível individual, institucional ou governamental, visando resguardar o bem-estar dessa categoria, assim como da população em geral.

Embora o SUS tenha sido preparado e reorganizado para a pandemia, com todas as mudanças na APS relatadas anteriormente, por exemplo, sabe-se que questões financeiras e políticas podem interferir na capacidade de atender a toda população de maneira adequada. Além disso, nem sempre as capacitações e espaços físicos dispõem de todos os recursos que os profissionais de saúde precisam. Assim, aspectos macrossociais relativos ao sistema de saúde e aos níveis de atenção também podem ser foco de pesquisas e estudos, visando uma melhoria do que já se tem até então.

A produção de conhecimento e de tecnologias comportamentais interventivas se dá através da investigação de contingências vinculadas ao processo de saúde, considerando-se não apenas as bases biológicas do que é considerado psicopatológico, mas sim as características filogenéticas, ontogenéticas e culturais implicadas no que ocorre ao organismo, entendido como ser não dicotomizado entre físico e mental (KIRCHNER, 2017).

Nesse sentido, é importante que pesquisas adicionais sejam realizadas, pois a Análise do Comportamento tem muito a contribuir em relação a intervenções possíveis, mediante estudos na área da saúde como um todo, e estudos focados no contexto de epidemias, pandemias e outras emergências em saúde. Para pesquisas futuras, sugere-se a realização de coleta de dados com amostra maior de profissionais de saúde da APS, de forma a possibilitar dados estatisticamente significativos em relação às principais dificuldades enfrentadas durante a pandemia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, P. R.; ABREU J. H. S. S. **Ativação Comportamental na Depressão**. 1. ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2020.
- AGUIAR, Z. N. (organizadora). **SUS-Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2. ed. São Paulo: Editora Martinari, 2015.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AQUINO, E. M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2423-2446, 2020.
- ARAÚJO, A. C.; LOTUFO-NETO, F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.
- BADDINI, B. E FERNANDES, D. **Primeira pessoa é vacinada contra Covid-19 no Brasil**. CNN, São Paulo, 17 jan. de 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/2021/01/17/primeira-pessoa-e-vacinada-contracovid-19-no-brasil>. Acesso em: 22 fev. 2021.
- BANACO, R. A. et al. Psicopatologia. In: HUBNER, M. M. C.; MOREIRA, M.B. (Orgs.). **Fundamentos de Psicologia: Temas clássicos da psicologia sob a ótica da análise do comportamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 154-165, 2021.
- BANACO, R. A.; ZAMIGNANI, D. R.; MEYER, S. B. Função do Comportamento e do DSM: terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. In: Emmanuel Zagury Tourinho; Sergio Vasconcelos de Luna. (Org). **Análise do Comportamento: Investigações Históricas, conceituais e aplicadas**. 1. ed. São Paulo: Roca, v. 1, p. 175-191, 2010.
- BARBOSA, S. P.; SILVA, A. V. F. G. A Prática da Atenção Primária à Saúde no Combate da COVID-19. **APS EM REVISTA**. Minas Gerais, v. 2, n. 1, p. 17-19, 2020.
- BAUM, W. M. **Compreender o behaviorismo: comportamento, cultura e evolução**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BEZERRA, A. C. V. et al. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2411-2421, 2020.
- BRASIL. Lei 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 União, Brasília, DF, 19 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de manejo clínico do novo coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (Versão8)**. Brasília, DF, 2020.

BUENO, G. N.; BRITTO, I. A. G. S. **A esquizofrenia de acordo com a abordagem comportamental**. Curitiba: Juruá Editora, 2013.

CABRAL, E. R. M. et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **Interamerican Journal of Medicine and Health**. São Paulo, v. 3, p. 1-6, 2020.

CARVALHO, A. M. A. et al. Mulheres e cuidado: bases psicobiológicas ou arbitrariedade cultural?. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 41, p. 431-444, 2008.

CAVALCANTE, S. N. Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. **Psicologia: ciência e profissão**. Brasília, v. 17, n. 2, p. 2-12, 1997.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS DA SAÚDE E CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE. CONASEMS E CONASS. **Guia orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Brasília, 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE (BR). CONASS. **Assistência de média e alta complexidade no SUS: Coleção Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília, 1. ed, 2007.

CORCHS, F. É possível ser um psiquiatra behaviorista radical? Primeiras reflexões. **Perspectivas**. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 55-56, 2010.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DAUMAS, R. P. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cad. Saúde Pública [online]**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e 00104120, 2020.

DU, J. et al. Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. **General Hospital Psychiatry**. v. 67, p. 144-145, 2020.

DUARTE, M. de Q. et al. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3401-3411, 2020.

ENGSTROM, E. et al. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. **Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2020.

FERGUSON, N. M. et al. Report 9: impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. **Imperial College London**. London, p. 1-20, 2020.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial -Informações Gerais. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/cartilha-saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-1>. Acesso em: 14, nov. 2020.

FRANÇA, T. P. **Transferência de função aversiva em classes de equivalência: uma visão analítico-comportamental dos transtornos de ansiedade**. Monografia (Especialização) - Especialização em Análise Comportamental Clínica, no Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento. Brasília, 2007.

GARCIA, V. A.; BOLSONI-SILVA, A. T. Transtorno de estresse pós-traumático e terapia comportamental: um estudo de caso. **Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento**. México, v. 23, n. 2, p. 167-183, 2015.

GARRIDO, R. G.; GARRIDO, F. S. R. G. Covid-19: um panorama com ênfase em medidas restritivas de contato interpessoal. **Interfaces Científicas**. Aracaju, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2020.

GARRIDO, R. G.; RODRIGUES, R. C. Restrição de contato social e saúde mental na pandemia: possíveis impactos das condicionantes sociais. **J. Health Biol Sci**. Ceará, v. 8, n. 1, p. 1-9, 2020.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1.-5, 2018.

GOMES, K. de O. et al . Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 881-892, 2011.

GOUVÊA, P. J. S. C. **Ansiedade social enquanto um fenômeno clínico: um enfoque analítico-comportamental**. Monografia (Especialização) - Especialização em Análise Comportamental Clínica, no Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento. Brasília, 2015.

HIDAKA, B. H. Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. **Journal of affective disorders**. v. 140, n. 3, p. 205-214, 2012.

HUANG, Y.; ZHAO, N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. **Psychiatry Research**. v. 288, article 112954, p. 1-6, 2020.

JIANG, X. et al. Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shangai. **Psychiatry Research**. v. 286, 112903, 2020.

KIRCHNER, L. de F. et al. Temas relevantes em saúde para a análise do comportamento. *In*: VILAS-BOAS, D. L. O.; CASSAS, F.; GUSSO, E. L.; MAYER, P. C. M. Comportamento em foco 6. São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental - ABPMC, 2017. p. 143-155.

LANA, R. M. et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 2-5, 2020.

LEE, A. M. et al. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. **The Canadian Journal of Psychiatry**. Canadá, v. 52, n. 4, p. 233-240, 2007.

LI, Z. et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non members of medical teams aiding in COVID-19 control. **Brain, Behavior, and Immunity**. v. 88, p. 916-919, 2020.

LIMA, L. L.; SOUZA, R. S.; JORGE, M. S. B. Níveis de atenção em saúde: conceitos, definições e relações entre os serviços no Sistema Único de Saúde. In: MOREIRA, T. M. M (coord.). **Manual de Saúde Pública**. 2. ed. Salvador: Editora Sanar. p. 37 - 52, 2019.

LIU, D. et al. Prevalence and Related Factors of Insomnia Among Chinese Medical Staff in the Middle and Late Stage of COVID-19. **Frontiers in Psychiatry**. v. 11, article 602315, p. 1-7, 2020.

LU, W. et al. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. **Psychiatry Research**. v. 288, article 112936, p. 1-5, 2020.

MALTA, D. C. et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiologia e serviços de saúde**. Brasília, v. 29, n. 4, p. 1-26, 2020.

MARTINS, L. F. et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, pp. 4739-4750, 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília, 2011.

MEYER, S. B. Functional Analysis of Eating Disorders. **Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine**. v. 1, n. 1, p. 26-33, 2008.

MIYAZAKI, M. C. de O. S.; SOARES, M. R. Z. **Enfrentamento COVID-19: Tópico 2 - Estresse em profissionais da saúde que atendem pacientes com COVID-19**. Grupo de Trabalho (GT) de enfrentamento da Pandemia SBP COVID-19. 2020. Disponível em: <https://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>. Acesso em: 01, abr. de 2021.

MIYAZAKI, M. C. de O. S.; TEODORO, M. **Enfrentamento COVID-19: Tópico 6 - Luto**. Grupo de Trabalho (GT) de enfrentamento da Pandemia SBP COVID-19. 2020. Disponível em: <https://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>. Acesso em: 01, abr. de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Painel Coronavírus. **Coronavírus Brasil**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 22, fev. 2021a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sobre a doença. **Coronavírus COVID19**. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/index.php/sobre-a-doenca>. Acesso em: 21, fev. de 2021b.

MORAIS, A. P. P.; GOMES, A. M. A.; GUIMARÃES. Modelos tecnoassistenciais para a Consolidação do Sistema Único de Saúde. In: MOREIRA, T. M. M (coord.). **Manual de Saúde Pública**. 2. ed. Salvador: Editora Sanar. p. 91 - 106, 2019.

- MOREIRA, M. B. **Comportamento e Práticas Culturais**. Brasília: Instituto Walden4, 2013.
- MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. **Princípios básicos de Análise do Comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- NENO, S. Análise funcional: definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. São Paulo, v. 5, n. 2, p. 151-165, 2003.
- NERY, L. B.; FONSECA, F. N. Análises funcionais moleculares e molares: um passo a passo. *In*: de-FARIAS, A. K. C. R.; FONSECA, F. N.; NERY, L. B. (org.). **Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed. p. 1 - 22, 2018.
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19#:~:text=Foram%20confirmados%20no%20mundo%20107.423,12%20de%20fevereiro%20de%202021>. Acesso em: 21, fev. de 2021.
- PEREIRA, M. D. et al. O isolamento social em tempos de Covid-19 e seu paradoxo com os grupos em vulnerabilidade social. **Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT - Sergipe**. v. 6, n. 2, 2020.
- PEROSSO, G. R. **Dimensões sociais da psicopatologia: um estudo sobre a influência de práticas culturais**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista. Bauru, p. 118, 2019.
- PRADO, R. de C. P. Uma leitura analítico-comportamental da psicopatologia. **Scientia**. Ano 01, 2. ed., p. 192-395, 2013.
- REDE DE PESQUISA EM APS DA ABRASCO. A APS no SUS no enfrentamento da pandemia Covid-19. **Abrasco/Rede de Pesquisa em APS**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/03/23/a-aps-no-sus-noenfrentamento-da-pandemia-covid-19/>. Acesso em: 20, fev. 2021.
- ROMARO, R. A.; OLIVEIRA, P. E. C. L. Identificação das queixas de adultos separados atendidos em uma clínica-escola de Psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v. 28, n. 4, p. 780-793, 2008.
- SANT'ANA, V. L. P. Identidade sexual e identidade de gênero. *In*: M. Z. da S. Brandão, F. C. de S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. de Moura, V. M. da Silva, & S. M. Oliane (org). **Sobre comportamento e cognição: clínica, pesquisa e aplicação**. v. 12. São Paulo: Esetec Editores Associados, p. 154-161, 2003.
- SANTOS, O. A. **Ninguém morre de trabalhar: o mito do estresse**. 3. ed. São Paulo: Textonovo.
- SANZOVO, C. E.; COELHO, M. E. C. Estressores e estratégias de *coping* em uma amostra de psicólogos clínicos. **Estudos de Psicologia**. São Paulo, v. 24, n. 2, p. 227-238, 2007.

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. 1-5, 2020.

SCHMIDT, B. et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estud. psicol. (Campinas)**. Campinas, v. 37, p. 1-13, 2020a.

SCHMIDT, B. et al. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estud. psicol. (Campinas)**. Campinas, v. 37, 2020b.

SCHUCHMANN, A. Z. et al. Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Braz. J. Hea. Rev.** Curitiba, v. 3, n. 2, p. 3556-3576, 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Notas Técnicas COVID-19**. Goiânia, 2020. Disponível em: <https://saude.goiania.go.gov.br/goiania-contr-o-coronavirus/documentos-covid-19/notas-tecnicas-covid-19-2-2/>. Acesso em: 22, fev. 2021.

SKINNER, B. F. **About behaviorism**. New York: Vintage Books Edition, 1974.

SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 2003. (Publicação original de 1953).

SOUSA, F. S. P.; MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B. Construção e Regulamentação do Sistema Único de Saúde - SUS: Leis, Normas, Pactos e Contratos Organizativos. *In*: MOREIRA, T. M. M (coord.). **Manual de Saúde Pública**. 2. ed. Salvador: Editora Sanar. p. 69 - 89, 2019.

SOUSA JUNIOR, J. H. et al. Da desinformação ao caos: uma análise das Fake News frente à pandemia do coronavírus (COVID-19) no Brasil. **Cadernos de Prospecção**. Salvador, v. 13, n. 2, Edição Especial, p. 331-346, 2020.

SOUZA, D. de O. A pandemia de COVID-19 para além das ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2469-2477, 2020.

SPOSATI, A. O. Covid-19 revela a desigualdade de condições da vida dos brasileiros. **NAU Social**. v. 11, n. 20, p. 102, 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F. de S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020.

TUCCI, V. et al. The forgotten plague: Psychiatric manifestations of ebola, zika, and emerging infectious diseases. **Journal of Affective Disorders**. v. 9, n. 4, p. 151-156, 2017.

VALE, A. M. O. D.; ELIAS, L. R. Transtornos alimentares: Uma perspectiva analítico-comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 52-70, 2011.

XIAO, H. et al. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. **Medical Science Monitor**. v. 26, 2020.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. São Paulo, v. 7, n. 1, p. 77-92, 2005.

ZHANG, C. et al. Survey of insomnia and related social psychological factor among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. **Frontiers in Psychiatry**. v. 11, n. 306, p. 1-9, 2020.

WALLACE, C. L. et al. Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers [Ahead of Print]. **Journal of Pain and Symptom Management**. v. 60, 1. ed., p. 70-76, 2020.

WANG, C. et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v. 17, n. 5, 1729, p. 1-25, 2020.

WHO - World Health Organization.. **Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID19**. March, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 22, fev. de 2021.

WIELENSKA, R. C. Terapia analítico-comportamental da depressão. In: BITTENCOURT, A. C. C. P. et al. (Orgs.). **Depressão: Psicopatologia e Terapia Analítico-Comportamental**. Curitiba: Juruá, p. 57-62, 2015.

ANEXOS

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada **Impactos Psicológicos da Assistência Contra a Covid-19 em Profissionais de Saúde da Atenção Primária**. A pesquisa tem como objetivo compor o trabalho de conclusão de curso em psicologia da discente Jessyca Cristina de Araujo Oliveira, sob orientação da Profa. Dra. Ana Idalina de Paiva Silva. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, marque a alternativa de consentimento. Caso não concorde em participar da pesquisa apenas feche essa página no seu navegador. Esclareço que em caso de recusa na participação, em qualquer etapa da pesquisa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisapoderão ser esclarecidas pelas pesquisadoras via e-mail jessoliveira16@discente.ufg.br ou anaidalina@ufg.com e, através do contato telefônico: (62) 99618-4673, inclusive com possibilidade de ligação a cobrar. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitoscomo participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62) 3521-1215, que é a instância responsável por dirimir as dúvidas relacionadas ao caráter ético da pesquisa. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CEP-UFG) é independente, com função pública, de caráter consultivo, educativo e deliberativo, criado para proteger o bem-estar dos/das participantes da pesquisa, em sua integridade e dignidade, visando contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos vigentes.

A pesquisa tem como objetivo geral identificar como o trabalho na assistência a pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de infecção por COVID-19 pode impactar o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde que atuam nessa “linha de frente”. Para tanto, sua participação no referido estudo será responder um questionário online com 32 questões e para isso deverá reservar um período de aproximadamente 20 minutos. Não há previsão de danos ou despesas em decorrência da sua participação, apenas o investimento do seu tempo na resposta do questionário. Você tem direito a pleitear indenização caso algum dano ocorra, conforme previsto em Lei. Está garantido o sigilo que assegure a privacidade e o anonimato. As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas.

Os riscos da participação na presente pesquisa são mínimos e transitórios, abarcando a possibilidade de cansaço e/ou desconforto emocional pelo momento de reflexão sobre o contexto de pandemia e seus desdobramentos. Havendo comprometimento maior que o previsto, a pesquisadora se coloca à disposição para orientar quanto a instituições e serviços focados no bem-estar psicológico que poderão ofertar atendimento. Ademais, os benefícios da participação na pesquisa envolvem uma expansão do autoconhecimento e a reflexão acerca do próprio estado de saúde e aspectos comportamentais relacionados ao trabalho exercido nesse contexto de pandemia. De forma mais ampla os dados obtidos podem viabilizar o desenvolvimento de intervenções futuras mais delimitadas em relação aos desdobramentos do contexto de pandemia para o grupo social de profissionais de saúde. Não haverá nenhum pagamento ou gratificação financeira pela participação na pesquisa.

Consentimento da Participação na Pesquisa

Eu concordo em participar do estudo intitulado **Impactos Psicológicos da Assistência Contra a Covid-19 em Profissionais de Saúde da Atenção Primária**. Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelas pesquisadoras Dra. Ana Idalina de Paiva Silva e Jessyca Cristina de Araujo Oliveira, acerca da pesquisa, procedimentos e métodos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

() Li e aceito participar da pesquisa

Ana Idalina de Paiva Silva

Jessyca Cristina de Araujo Oliveira

Pesquisadoras responsáveis

Anexo 2 - Questionário

QUESTIONÁRIO

1. Sua idade _____
2. Sexo
 - Feminino
 - Masculino
3. Profissão
 - Médico
 - Enfermeiro
 - Auxiliar ou Técnico de enfermagem
 - Agente Comunitário de Saúde
 - Dentista
 - Técnico ou auxiliar de saúde bucal
 - Farmacêutico
 - Psicólogo
 - Auxiliar de atividades administrativas
 - Outro _____
4. Você faz parte do grupo de risco da COVID-19? (Acima de 60 anos; diabetes; hipertensão; problemas cardíacos ou respiratórios etc.)
 - Sim
 - Não
5. Já foi infectado pelo novo coronavírus?
 - Sim
 - Não
 - Não sei
6. Atende pacientes com suspeita ou confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2 com frequência?
 - Sim
 - Não
7. Quanto tempo você trabalhou ou tem trabalhado na assistência à COVID-19?
 - Até 3 meses
 - De 3 a 6 meses
 - De 6 a 9 meses
 - Mais de 9 meses
8. Considera que sua unidade de saúde está apta a receber pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por COVID-19?
 - Sim
 - Não
9. Considera que sua rotina de trabalho mudou muito com o contexto de pandemia?
 - Sim

Não

10. Se sim, o que considera que sofreu grandes alterações?

- Fluxo de pacientes
- Mudanças de protocolos
- Carga horária
- Medidas de proteção (como o uso de EPIs específicos, por exemplo)
- Pressão no ambiente de trabalho
- Não considero que a rotina de trabalho mudou consideravelmente nesses aspectos
- Outros _____

11. Enquanto profissional de saúde o que considera mais preocupante e/ou estressante em seu contexto de trabalho?

- Sobrecarga de trabalho
- Falta de informação dos pacientes
- Exposição maior ao vírus
- Ausência de capacitações sobre a doença
- Mudança constante de fluxos e rotinas de trabalho
- Outros _____

12. Precisou se afastar do trabalho em algum momento, durante a pandemia?

- Sim
- Não

13. Se sim, por quê?

- Por pertencer ao grupo de risco
- Infecção por COVID-19
- Outras doenças
- Luto
- Não precisei me afastar
- Outros _____

14. Fazia algum tipo de acompanhamento psicológico ANTES da pandemia?

- Sim
- Não

15. Fazia uso de alguma medicação psiquiátrica ANTES da pandemia?

- Sim
- Não

16. Se sim, para quê?

- Não fazia uso de medicação psiquiátrica antes da pandemia
- Alterações de sono
- Alterações de apetite
- Estresse
- Ansiedade
- Depressão
- Outros _____

17. Começou algum acompanhamento psicológico durante a pandemia?

- Sim
- Não

18. Iniciou o uso de alguma medicação psiquiátrica durante a pandemia?

- Sim
- Não

19. Se sim, para quê?

- Não iniciei o uso de medicação durante a pandemia
- Alterações de sono
- Alterações de apetite
- Estresse
- Ansiedade
- Depressão
- Outros _____

20. Como se percebe em relação ao próprio bem-estar psicológico atualmente?

- Preocupado
- Pouco preocupado
- Nada preocupado

21. Considera que o trabalho no contexto de pandemia teve consequências sobre seu bem-estar psicológico?

- Sim
- Não

22. Se sim, o que considera que ficou comprometido?

- Sono
- Apetite
- Humor
- Nível de ansiedade
- Nível de estresse
- Nada

23. Sobre alterações no sono, atualmente você:

- Apresenta insônia
- Apresenta sono em excesso
- Não apresenta alterações significativas no sono
- Apresenta despertar noturno
- Apresenta terror noturno
- Outros _____

24. Sobre alterações de apetite, atualmente você:

- Apresenta consumo alimentar maior que o habitual
- Apresenta consumo alimentar menor que o habitual
- Não houve alterações significativas no apetite
- Outros _____

25. Sobre alterações de humor, atualmente você:

- Está mais nervoso que o habitual

- Está com humor mais rebaixado que o habitual
- Sente-se com mais “energia” que o habitual
- Está mais estressado
- Não houve alterações significativas no humor

26. Você tem sentido algum desses sinais de ansiedade no contexto da pandemia?

- Já apresentou crises de ansiedade no ambiente de trabalho
- Já deixou de trabalhar por estar mais ansioso que o habitual
- Tensão muscular
- Irritabilidade
- Dificuldade de concentração
- Agitação motora
- Pensamento acelerado
- Não apresentou ansiedade diferente do habitual
- Outros _____

27. Você já foi vacinado (a)?

- Sim
- Não

28. Se já foi vacinado (a), você acredita que os impactos psicológicos experimentados na pandemia foram modificados?

- Sim
- Não
- Não fui vacinado (a)

29. Após ser vacinado (a), como você percebe que esses impactos psicológicos foram modificados?

- Não fui vacinado (a)
- Diminuição da ansiedade em relação ao momento sem vacina na pandemia
- Diminuição da ansiedade em níveis comparáveis a antes da pandemia
- Melhora das dificuldades relacionadas ao sono em relação ao momento sem vacina na pandemia
- Melhora das dificuldades relacionadas ao sono em níveis comparáveis a antes da pandemia
- Melhora das dificuldades em relação ao humor em relação ao momento sem vacina na pandemia
- Melhora das das dificuldades em relação ao humor em níveis comparáveis a antes da pandemia
- Diminuição do estresse em relação ao momento sem vacina na pandemia
- Diminuição do estresse em níveis comparáveis a antes da pandemia
- Outros _____

30. Recebeu/Recebe suporte/apoio psicológico da instituição onde trabalha no contexto de pandemia?

- Sim
- Não

31. Se não está em acompanhamento psicológico, considera que seja necessário para você?

- Sim

- Não
- Estou em acompanhamento psicológico

Solicito agora autorização para utilização dos dados em pesquisas futuras, em que esses novos estudos deverão, também, ser avaliados pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

- Sim, permito a utilização desses dados em pesquisas futuras
- Não permito a utilização desses dados para pesquisas futuras.