



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

LUCENILDO LAERTY DA SILVA SALES

**IMPACTO DA PANDEMIA DO SARS-COV-2 SOBRE O ESTILO DE VIDA,
ESTADO NUTRICIONAL E PADRÃO DE SONO DOS PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA DE CAMPINA GRANDE - PB.**

CAMPINA GRANDE - PB

2021

LUCENILDO LAERTY DA SILVA SALES

**IMPACTO DA PANDEMIA DO SARS-COV-2 SOBRE O ESTILO DE VIDA,
ESTADO NUTRICIONAL E PADRÃO DE SONO DOS PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA DE CAMPINA GRANDE - PB.**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba em cumprimento aos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientadora: Dra. Carla Campos Muniz Medeiros

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S163i Sales, Lucenildo Laerty da Silva.
Impacto da pandemia do Sars-Cov-2 sobre o estilo de vida, estado nutricional e padrão de sono dos profissionais da atenção básica de Campina Grande - PB [manuscrito] / Lucenildo Laerty da Silva Sales. - 2021.
89 p. : il. colorido.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2022.
"Orientação : Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."
1. Profissionais da saúde. 2. Infecção por coronavírus. 3. Estilo de vida. 4. Atenção primária à saúde. I. Título
21. ed. CDD 610.69

LUCENILDO LAERTY DA SILVA SALES

**IMPACTO DA PANDEMIA DO SARS-COV-2 SOBRE O ESTILO DE VIDA,
ESTADO NUTRICIONAL E PADRÃO DE SONO DOS PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA DE CAMPINA GRANDE - PB.**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba em cumprimento aos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

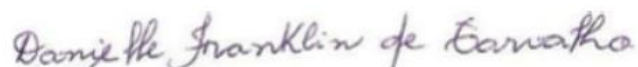
Área de concentração: Saúde Pública

Aprovado em 06/12/2021.

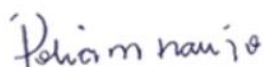
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB



Prof. Dra. Danielle Franklin de Carvalho
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB



Prof. Dra. Poliana de Araújo Palmeira
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Dedico este trabalho a Deus e ao Universo.
Às forças maiores que regem a vida.
Aos espíritos de luz que caminham diariamente comigo.
Aos meus pais, irmã e àqueles que estiveram junto.
E à mim, por todo esforço e dedicação.

AGRADECIMENTOS

À Deus que, em Sua infinita bondade e misericórdia, permitiu que tudo acontecesse. Sem Sua benevolência, nada disto teria sequer começado. À Ti tudo que tenho e tudo que sou.

Aos espíritos de luz que a todo tempo acompanham a minha jornada e iluminam meu pensar para que eu alcance voos que achei que jamais fossem possíveis, que escutam as minhas preces e me fazer ser uma pessoa melhor a cada dia.

A mim mesmo, Lucenildo, que vivenciei todas as alegrias e dificuldades de ser pesquisador na prática. Por ter sobrevivido à infecção pelo Coronavírus, por ter desempenhado tantos papéis com excelência, ter feito um mestrado enquanto trabalhava em três turnos e fins de semana e por continuar tendo forças para chegar até aqui.

Aos meus pais, especialmente à minha mãe, Lúcia, que abriram mão de muito para que eu chegasse até aqui e me fizeram entender que a vida é um longo caminho construído por nós mesmos, além de serem meus exemplos de determinação, força, honestidade e altruísmo.

À minha irmã, Leticya, e ao meu cunhado, Ariosvaldo, por todo carinho, paciência e estímulo em meio ao caos. Vocês tornaram minha trajetória profissional e acadêmica muito mais divertida. Registro aqui minha gratidão e amor por vocês.

A José Ewayr, que se tornou o maior presente que a vida me deu nos últimos anos, que entendeu as minhas ausências, lidou com meu cansaço e carregou todo o fardo junto comigo. Dividir isto, além de tudo, com você é uma dádiva. Obrigado por ser e estar na minha vida.

Aos meus amigos de longa data Luana, Rayelle, Rebecca, Rayanne, Solange e Marcos por todos os dias de risadas, experiências, lições e anseios. Vocês moldaram grande parte do meu eu e por isso sou imensamente grato à vocês. À minha amiga Juliene, um agradecimento especial, por me dizer que eu era capaz antes que eu mesmo entendesse isso. Obrigado, meus amigos, por serem o meu “octeto” e por me fazerem sentir ainda mais amado ao longo de todos estes anos.

À minha amiga Mirelle Alcântara, por toda parceria, caronas oferecidas e dadas e, sobretudo, por todo aprendizado, amizade e por ser um presente que o mestrado me deu, meu carinho e admiração.

À Professora Carla por todo o carinho, paciência e suporte, mesmo em meio à tantos afazeres. Você acreditou em mim quando nem eu mesmo acreditei. Você me tornou capaz,

iluminou minha trajetória e me acolheu como uma mãe. Nesta segunda oportunidade acadêmica que a vida nos deu, você me mostrou efetivamente que ser pesquisador e professor e exercer tudo com dedicação, compromisso, ética e alegria é possível. Suas palavras nos meus dias difíceis foram combustível para minha dedicação. Minha eterna gratidão, muito, muito obrigado.

À Professora Danielle por seus conselhos, suavidade e paciência. Seu jeito doce e suas palavras coerentes e ideias conexas são força-motriz para a caminhada de muitos, inclusive a minha. Obrigado, Dani.

À equipe TeiKer representada pelo professores Marcelo, Poliana, Vanille, Rodrigo, Mônica e demais colegas, por todo ensinamento e experiência na criação e implantação de uma das maiores plataformas de (trans)formação do Brasil, meus sinceros agradecimentos.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas (NEPE) e seus componentes, por me conferirem grande crescimento como pesquisador e professor, em especial à Cinthia, pela sua contribuição nesta pesquisa.

À Secretaria de Saúde de Campina Grande, em especial à Raquel, por todo suporte e atenção direcionados à mim durante a realização desta pesquisa, meu muito obrigado.

Aos enfermeiros e médicos da atenção básica de Campina Grande, pela paciência, compromisso, disponibilidade e atenção durante a entrevista para a realização deste estudo, minha eterna gratidão.

Aos colaboradores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UEPB, em especial à Carla, por todo direcionamento e cuidado, meu muito obrigado.

À Universidade Estadual da Paraíba, que, pela segunda vez, me acolheu como discente e permitiu aperfeiçoar tudo que aprendi durante a minha graduação em Enfermagem e que me proporcionou grande crescimento pessoal e profissional, minha gratidão.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro concedido para a realização desta pesquisa.

“Eu tive que escolher essa
luta, teria enlouquecido sem isso.
Mas você me conhece, não é aqui
que termina.”

ABBA – No doubt about it.

RESUMO

INTRODUÇÃO: a pandemia do novo Coronavírus tornou-se um desafio mundial para os sistemas de saúde. No Brasil, a atenção básica (AB) foi muito procurada dada a sintomatologia leve da maioria dos casos. Os profissionais deste nível foram sobrecarregados pela elevada demanda e medo inerente ao cenário e isto pode ser etiologia para mudanças no estilo de vida, estado nutricional e outros aspectos, como o padrão de sono, que podem culminar em adoecimento agudo e crônico e reforça a necessidade de estratégias de cuidado também à esta população. **OBJETIVO:** avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 sobre o estilo de vida, estado nutricional e padrão de sono dos enfermeiros e médicos que atuam nas unidades de saúde da família (USF) de Campina Grande – PB. **MATERIAIS E MÉTODOS:** estudo transversal envolvendo 140 profissionais de saúde que atuassem na AB há pelo menos seis meses. Os dados foram coletados presencialmente nas USF através de formulário digital via plataforma Survio® contendo 84 perguntas. Foram obtidas informações sobre o estado nutricional, estilo de vida e padrão do sono e repouso antes e durante a pandemia, realizado teste qui-quadrado para comparação dos dados sociodemográficos e de estilo de vida e entre o grupo de médicos e enfermeiros e o teste de McNemar para comparar as informações entre os períodos antes e durante a pandemia. A análise estatística foi realizada através do software *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 22.0, com nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** observou-se maior prevalência do sexo feminino e de vínculo não-efetivo com a assistência. Metade da população tinha sobrepeso/obesidade e a maioria relatou sobrecarga de trabalho no período da pandemia, mas sem aumento de renda. Houve diminuição da prática de atividade física e aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, além de diminuição na duração e na qualidade do sono, bem como maior estresse, sensação de cansaço e mal-humor durante a pandemia. **CONCLUSÃO:** verifica-se que os profissionais de saúde constituem um grupo altamente afetado pela pandemia e essa circunstância reforça a necessidade de ações destinadas à saúde dos mesmos, bem como a adesão de medidas de cuidado individual, como a organização do processo de trabalho e a garantia de condições minimamente adequadas para a execução das atividades e os cuidados com o estilo de vida, que são essenciais para viabilizar a assistência de qualidade e garantir saúde e bem-estar desta população.

Palavras-chave: Infecção por Coronavírus. Profissionais de Saúde. Estilo de vida. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: the new Coronavirus pandemic has become a global challenge for health systems. In Brazil, primary care (PHC) was much sought after given the mild symptoms of most cases. Professionals at this level were overwhelmed by the high demand and fear inherent in the scenario and this can be the etiology for changes in lifestyle, nutritional status and other aspects, such as the sleep pattern, which can culminate in acute and chronic illness and reinforce the need care strategies for this population as well. **OBJECTIVE:** to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on the lifestyle, nutritional status and sleep pattern of nurses and physicians who work in PHC establishments in Campina Grande – PB. **MATERIALS AND METHODS:** cross-sectional study involving 140 health professionals who had been working in the PHC for at least six months. Data were collected in person through a digital form via the Survio® platform containing 84 questions. Information on nutritional status, lifestyle and sleep and rest patterns were obtained before and during the pandemic, using the chi-square test to compare sociodemographic and lifestyle data and between the group of doctors and nurses and the test. McNemar to compare information between periods before and during the pandemic. Statistical analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences – SPSS, version 22.0, with a significance level of 5%. **RESULTS:** there was a higher prevalence of females and non-effective bonding with care. Half of the population was overweight/obese and the majority reported work overload during the pandemic period, but with no increase in income. There was a decrease in the practice of physical activity and an increase in the consumption of ultra-processed foods, in addition to a decrease in the duration and quality of sleep, as well as greater stress, tiredness and moodiness during the pandemic. **CONCLUSION:** it appears that health professionals are a group highly affected by the pandemic and this circumstance reinforces the need for actions aimed at their health, as well as the adherence to individual care measures, such as the organization of the work process and the ensuring minimally adequate conditions for carrying out activities and taking care of the lifestyle, which are essential to provide quality care and ensure the health and well-being of this population.

Keywords: Coronavirus Infection. Health professionals. Lifestyle. Primary health care.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Distribuição das macro e microrregiões de saúde da Paraíba	33
Quadro 2 – Distribuição das equipes de ESF em relação aos distritos sanitários em Campina Grande, 2018.	34
Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas, estado nutricional e informações laborais dos enfermeiros e médicos da atenção básica de Campina Grande – PB, 2021.	47
Tabela 2 - Comparação do estado nutricional, estilo de vida (atividade física, comportamento sedentário, etilismo, consumo de cigarro) entre enfermeiros e médicos da atenção básica antes e durante a pandemia de COVID-19, 2021.	48
Tabela 3 - Comparação da frequência de consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis e quantidade de bebida alcoólica por enfermeiros e médicos da atenção básica de Campina Grande antes e durante a pandemia de COVID-19, 2021.	50
Tabela 4 – Comparação do padrão de sono e repouso entre os enfermeiros e médicos atuantes na atenção básica de Campina Grande antes e durante a pandemia de COVID-19, 2021.	52

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Figura 1 – Mapa da divisão geográfica das macrorregiões de saúde da Paraíba 32
- Figura 2** – Figura 2 – Mapa da divisão geográfica das microrregiões de saúde da Paraíba 32

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CDC – *Center of Disease Control*

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COVID-19 – *Coronavirus Disease 2019*

DCNT – Doença Crônica Não-Transmissível

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2

DRC - Doença renal crônica

eAB – Equipe de Atenção Básica

ECA2 – Enzima Conversora de Angiotensina 2

EPI – Equipamento de Proteção Individual

eSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HPA – Hipotálamo-Pituitário-Adrenal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IMC – Índice de Massa Corporal

JUNK FOOD – do inglês, comida sem qualidade

LOCKDOWN – do inglês, confinamento.

MERS-CoV - *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus*

MS – Ministério da Saúde

N - População total estudada

OMS – Organização Mundial da Saúde

PHC – *Primary Health Care*

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RCE – Relação Cintura-Estatura

RNA – Ácido Ribonucleico

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SARS – *Severe Acute Respiratory Syndrome*

SARS-CoV-2 – Coronavírus 2

SDRA – Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo

SG – Síndrome Gripal

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave

STREAMING – do inglês, transmissão.

SUS – Sistema Único de Saúde

TAI – Termo de Autorização Institucional

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USF – Unidade Saúde da Família

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1	O novo coronavírus e o impacto da pandemia sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).	18
2.2	Estilo de vida e estado nutricional durante a pandemia da COVID-19.	21
2.3	Efeitos da pandemia sobre os profissionais de saúde da atenção básica.	27
3	OBJETIVOS	31
4	MATERIAIS E MÉTODOS	32
4.1	Delineamento do estudo e local da pesquisa	32
4.2	População e amostra	34
4.3	Critérios de elegibilidade	34
4.4	Critérios de exclusão	35
4.5	Variáveis estudadas	35
4.6	Procedimento e instrumento para coleta de dados	36
4.6.1	Questionário de estilo de vida e padrão de sono e repouso dos profissionais da saúde da atenção básica	37
4.7	Processamento e análise dos dados	38
4.8	Aspectos éticos	39
5	RESULTADOS	39
5.1	Artigo científico	40
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
	Anexo A – Parecer consubstanciado CEPE	73
	Anexo B – Declaração de concordância com projeto de pesquisa	75
	Anexo C – Termo de compromisso do pesquisador responsável em cumprir os termos da resolução 466/12 do CNS/MS (TCPR)	76
	Anexo D – Termo de Autorização Institucional	77
	Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	78
	Apêndice B – Formulário de estilo de vida e padrão de sono e repouso dos profissionais da saúde da atenção básica.	80

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 surgiram os primeiros casos da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) na província de Wuhan, na China. Devido ao seu alto poder de contágio e transmissibilidade, a doença espalhou-se rapidamente, em progressão geométrica, tomando proporções globais e influenciando o cotidiano de bilhões de pessoas ao redor do mundo, tendo sido declarada a situação de pandemia e emergência sanitária em março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A doença é causada pelo vírus SARS-CoV-2, um novo sorotipo dos já conhecidos ‘Coronavírus’, que é semelhante a outros vírus de RNA simples e em formato de coroa descobertos pela ciência desde a década de 1960. (RUDBERG et. al, 2020; WHO, 2020)

A COVID-19 é caracterizada por uma síndrome respiratória e gripal cerca de 14 vezes mais letal que a influenza comum e afeta principalmente o sistema respiratório do doente. Desencadeia uma resposta inflamatória local e sistêmica exagerada, que lesiona os tecidos pulmonares, prejudicando a hematose e pode levar ao desenvolvimento da síndrome respiratória aguda grave (SRAG) (VERITY, 2020; WHO, 2020).

A assistência hospitalar durante a pandemia da COVID-19 tornou-se essencial, principalmente para os casos graves que necessitam de cuidados de terapia intensiva e uso de dispositivos específicos de alta complexidade, como os ventiladores mecânicos. Entretanto, dada a emergência sanitária, a assistência precisa atender também às demandas inerentes a todas as fases da infecção, considerando os casos leves e moderados em isolamento domiciliar, abordando as orientações para o manejo dos sintomas e identificação de possíveis sinais de gravidade (WHO, 2020).

Tendo em vista que a atenção primária em saúde (APS), que no Brasil é chamada de Atenção Básica (AB), é o mais importante meio de acesso dos usuários aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), vieram à tona discussões acerca da organização e desenvolvimento de práticas assistenciais no contexto da AB, dado o seu alto grau de capilaridade e inserção no cotidiano das populações. A AB tornou-se uma poderosa ferramenta no que concerne a execução de ações de combate ao novo Coronavírus, cumprindo os princípios e diretrizes da lei 8.080/1990, através da garantia de assistência integral, universal e gratuita a toda a população brasileira durante a pandemia (DE MELO CABRAL, 2020).

Entretanto, o alto e crescente número de infectados pelo Coronavírus sobrecarregou os sistemas de saúde no mundo todo e, no Brasil, a AB, que é a ordenadora do cuidado dentro da

rede de atenção à saúde (RAS), sofreu os efeitos dessa demanda, que a saturou. Mesmo não sendo o nível de atenção prioritário no cuidado aos infectados, cerca de 70% dos casos de COVID-19 são leves e moderados e isso fez com que a AB se tornasse o principal meio de acesso em busca de estratégias de cuidado. Como consequência, os profissionais da saúde que atuam neste cenário foram obrigados a prolongar ou acelerar suas jornadas de trabalho de modo incomum, o que os tornou mais susceptíveis ao desenvolvimento de morbidades físicas e psicológicas, além de prejudicar a qualidade da assistência e o cuidado integral (ALMEIDA, 2020; SAVASSI, 2020; TEIXEIRA, 2020).

Com isso, é possível perceber excesso de trabalho assistencial aos doentes neste nível de atenção e isto pode exercer impacto negativo sobre a saúde dos profissionais que atuam na atenção básica, sobretudo pela necessidade de executar estratégias assistenciais atreladas às de promoção a saúde e prevenção de agravos sob orientações e recomendações sanitárias do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde para o controle da disseminação do novo Coronavírus, atribuição principal deste nível. No entanto, isso vai de encontro à tese de que o nível primário de atenção à saúde precisa desenvolver estratégias de cuidado a todos os seus integrantes, não excluindo os profissionais que a compõem (FIOCRUZ, 2020; KANG, et. al., 2020).

Ainda, a aprovação emergencial de imunobiológicos para uso no Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para conter a pandemia e seus efeitos fez os profissionais de saúde que atuam na atenção básica precisarem se readaptar e desenvolver novos meios para acolher a demanda de imunizar, massiva e rapidamente, toda a população brasileira. Este reajuste no processo de trabalho pode ser corresponsabilizado por também intensificar o possível impacto do cenário pandêmico sobre a vida do profissional de saúde (BRASIL; OPAS, 2021).

A disponibilidade de meios profiláticos comprovadamente eficazes ainda não é suficiente para substituir as estratégias de higiene e distanciamento social, apontadas em diversos estudos como as mais importantes medidas de combate à disseminação do novo Coronavírus. As medidas restritivas adotadas durante este contexto sanitário podem reduzir as possibilidades de atividades de lazer, que serviriam para atenuar o cansaço e o estresse da rotina do profissional que atua no momento pandêmico e que, por sua vez, pode influenciar direta e negativamente o estilo de vida e outros aspectos da população, como o sono e a saúde mental (TEIXEIRA, 2020).

As medidas de distanciamento social podem ser as maiores responsáveis pela adoção de comportamentos potencialmente arriscados à saúde, como a redução do tempo destinado à prática de atividades físicas, o aumento do tempo gasto assistindo televisão e utilizando *smartphones*, computadores e outros dispositivos eletrônicos e o aumento no consumo de alimentos mais calóricos e ultraprocessados, cigarros e bebidas alcoólicas (MALTA, 2020).

No que concerne à alimentação, o aumento expressivo é no consumo de alimentos de baixa qualidade nutricional e alto teor calórico, considerados *junk food* (do inglês, comida não-saudável). Isso se deve ao acesso, preço e, principalmente, à saciedade e sensação de prazer que ele é capaz de causar. Resulta, entretanto, em ganho de peso e leva ao desenvolvimento de morbidades à médio e longo prazo. Estes alimentos são capazes de modificar mecanismos metabólicos e hormonais, causando sensação de satisfação ao serem consumidos. Os profissionais de saúde da atenção básica podem facilmente ser um grupo vulnerável e, conseqüentemente mais adepto destes hábitos, uma vez que seu consumo é rápido e fácil e pode ser feito em qualquer momento (BHUTANI, 2020; CANCELLO, 2020; MAYNARD et. al., 2020).

O estilo de vida também pode ser um conjunto de variáveis amplamente impactadas tanto pela alimentação quanto pelo cenário pandêmico. O menor gasto de energia durante a pandemia, especialmente pelas medidas restritivas, aliado ao estresse no desenvolvimento das suas atividades laborais, podem contribuir para modificações no estado nutricional, como o aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade nesta população (RIBEIRO-SILVA, 2020).

Os esforços das autoridades sanitárias em conter a disseminação do novo Coronavírus também podem repercutir na saúde mental da população em geral, pois podem aumentar a propensão ao desenvolvimento de transtornos de ordem mental, como ansiedade e depressão, além de serem capazes de gerar mudanças negativas no padrão de sono e repouso dos indivíduos, piorando a qualidade e duração do sono (DA COSTA MAYNARD, 2020).

Estas mudanças já são realidade em países que sofreram com a pandemia antes mesmo que o Brasil registrasse seu primeiro caso de contaminação, como apontado por Zhang e colaboradores (2020), no estudo intitulado “Saúde mental e problemas psicossociais de profissionais de saúde durante a epidemia de COVID-19 na China”. Verificou-se que 38,4% dos 2.182 profissionais entrevistados apresentaram problemas para dormir e outros 32,1% outros sintomas relacionados com a saúde mental, como ansiedade, estresse e depressão devido

à elevada carga de trabalho e ao isolamento social que cumpriam nos momentos de folga (LAI, et. al., 2020; ZHANG, et. al., 2020).

A possibilidade de apresentar episódios de estresse e aumento na tensão pode estar associada ao consumo de alimentos mais calóricos. Na Europa e Estados Unidos, no início do período de pandemia, observou-se aumento na compra e estocagem de alimentos ultraprocessados e de alto valor energético, como batata frita, chocolates, biscoitos e sorvetes. Outros estudos observaram aumento isolado no consumo de álcool e no consumo combinado de álcool e tabaco, o que pode estar associado às tentativas de redução do estresse provocado pela pandemia (BHUTANI, COOPER, 2020; GARCÍA-ÁLVAREZ, 2020; MALTA, 2020; NIELSEN, 2020).

As modificações no padrão de sono e repouso também podem responsabilizadas pela possível piora da qualidade dos hábitos alimentares do indivíduo. Estas mudanças levam à desregulação do eixo hipotálamo-pituitário-adrenal (HPA), que aumentam o apetite e a preferência por alimentos ricos em açúcares e gorduras, retroalimentando todo o sistema disfuncional (NIELSEN, 2020).

O cenário pandêmico exige maior cuidado à saúde física e mental dos trabalhadores da saúde em geral. A atenção básica e os seus colaboradores, por serem ordenadores dos encaminhamentos dos usuários a todos os níveis de atenção, sofrem com a sobrecarga de trabalho causada pela pandemia, o que precisa ser analisado com cautela, uma vez este nível de atenção deve ser o maior responsável pela execução massiva e de qualidade de estratégias de promoção à saúde e prevenção de agravos também de quem é responsável por cuidar.

A literatura tem abordado com frequência relatos acerca da presença de sintomas ansiosos, depressão, redução do tempo e da qualidade do sono e consumo alimentar excessivo e altamente calórico, em associação, devido a tensão gerada pelo medo de se contaminarem ou de transmitirem a infecção aos seus familiares. Neste sentido, este trabalho objetiva verificar o impacto da pandemia da COVID-19 sobre o estilo de vida, o estado nutricional e o padrão de sono e repouso dos enfermeiros e médicos que atuam nas unidades de saúde da família de Campina Grande – PB (DAUMAS et. al., 2020; FIOCRUZ, 2020, KHANG, et. al., 2020).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 NOVO CORONAVÍRUS E O IMPACTO DA PANDEMIA SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Os Coronavírus são vírus de ácido ribonucleico (RNA) simples, envelopados, pertencentes à família *Coronaviridae*, capazes de infectar humanos e outros mamíferos e são causadores de patologias pulmonares, neurológicas, entéricas e hepáticas. São assim nomeados devido a morfologia esférica com projeções periféricas em forma de coroa. Dos seis sorotipos conhecidos pela ciência desde meados da década de 1960, dois deles causam disfunção respiratória: o Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV) e o Coronavírus da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV), ambos agentes etiológicos de surtos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) na China em 2002 e no Oriente médio em 2012, respectivamente (VELAVAN, 2020; ZHU, 2020).

Casos de infecção respiratória com apresentação clínica muito semelhante às SARS e MERS surgiram em dezembro de 2019, na província de Wuhan, Hubei, na China. A análise do sequenciamento genético do microrganismo encontrado nas amostras coletadas da oro e nasofaringe dos pacientes infectados mostrou uma mutação do já conhecido Coronavírus causador da SARS, que foi nomeada como 2019-nCoV ou SARS-CoV-2 (TAN, 2020).

O SARS-CoV-2 é o agente etiológico da *Coronavirus Disease 2019*, a Doença do Coronavírus de 2019, conhecida mundialmente como COVID-19. A doença apresenta espectro clínico variado, tendo pacientes assintomáticos e sintomáticos que desenvolvem pneumonias, além dos casos graves que evoluem para SRAG. A sintomatologia inclui síndrome gripal (SG) associada a sintomas mais comuns como febre, tosse, dispneia, perda de olfato (anosmia), alterações no paladar (ageusia), disfunções gastrintestinais, cansaço físico e diminuição do apetite (hiporexia). A propagação do SARS-CoV-2 se dá através do contato com gotículas ou aerossóis gerados por uma pessoa infectada e pelo contato com superfícies e objetos contaminados (BRASIL, 2020; CHAN, 2020).

Estima-se que 70 a 80% dos doentes sejam assintomáticos ou apresentem a forma leve da doença e que 20% evoluam para as formas graves, apresentando infecção pulmonar com dessaturação progressiva, alterações visíveis em raio-x e tomografia de tórax, além da elevação de citocinas pró-inflamatórias, como a proteína c-reativa, necessitando de cuidados hospitalares e intensivos. Os sintomas se iniciam entre 2 e 5 dias após o contágio e duram 14 dias até a

recuperação, podendo levar de 3 a 6 semanas em casos que necessitam de tratamento em unidades de terapia intensiva (UTI) (VELAVAN, 2020; WANG, 2020; WHO, 2020).

O alto poder de disseminação torna a contaminação pelo novo Coronavírus desafiadora para a saúde pública mundial. Chan e colaboradores (2020), em um estudo com 425 participantes, mostraram que o número de pacientes infectados pode dobrar a cada 7 dias, pois cada doente consegue infectar, em média, 2,2 indivíduos sadios (CHAN, 2020).

Na tentativa de conter a difusão do microrganismo, diminuir a quantidade de casos graves e evitar o colapso dos sistemas de saúde no mundo, vários países implementaram medidas de distanciamento social, incluindo o fechamento de comércios, instituições de ensino e serviços considerados não-essenciais, fechamento dos espaços de lazer e adoção dos sistemas de trabalho remoto. Ainda, foram amplamente recomendadas ações básicas de cuidado, como a higienização simples das mãos com água e sabão, o uso de álcool em gel a 70% e o uso de máscaras cirúrgicas simples ou de alto poder de filtração, como as PFF2, além de barreiras físicas para conferir o máximo de segurança durante o contato interpessoal (VIANA, 2021; SANTOS, 2020; SZWARCOWALD, 2020).

Atualmente estamos diante do avanço da imunização no Brasil e no mundo, a única medida terapêutica comprovadamente eficaz para controle da doença. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprovou o uso emergencial de sete imunobiológicos, sendo dois (Pfizer® e AstraZeneca®) com autorização definitiva e outros cinco com aprovação emergencial. Ainda não se sabe até que ponto a imunidade conferida por estes imunobiológicos é duradoura ou efetiva contra as formas graves da doença, possíveis mutações virais ou se existem riscos associados. Mesmo com o avanço da imunização contra a transmissão da doença e em usuários cujos esquemas vacinais estão completos, as estratégias simples de cuidado e higiene ainda são muito eficazes e devem ser amplamente estimuladas (PIMENTEL, 2020; RIBEIRO et. al, 2021; RUDBERG et. al., 2020).

No Brasil, a adoção de medidas de controle diferiu entre as regiões, reforçadas por disparidades políticas entre os estados e municípios com o governo federal e, nos últimos meses, parecem ter atingido uma “fadiga de intervenção”, perdendo a adesão da população. Em outubro de 2021, quando cerca de 50% da população brasileira já estava com o esquema vacinal contra a COVID completo, amplas medidas flexibilização das restrições foram implantadas. Os discursos negacionistas de parte da população, além das condições sociais e econômicas precárias enfraqueceram a confiança no distanciamento social e foram impulso para o aumento

progressivo do número de casos confirmados e da busca por assistência, em todos os níveis de atenção. (NASCIMENTO; PACHECO, 2020). (G1, 2021; FARIAS, 2020; GARCIA, 2020; JUCÁ, 2020).

O descontrole da pandemia de COVID-19 no Brasil recai sobre o SUS que, apesar de suas fragilidades históricas e do subfinanciamento crônico, enfrenta a pandemia e tenta garantir suporte assistencial a milhões de brasileiros doentes. Embora os esforços governamentais se voltem, em sua maioria, para a assistência hospitalar, para a aquisição de ventiladores mecânicos, disponibilização de leitos de UTI e ao manejo biomédico individual, é na atenção básica que a maior parte dos casos são assistidos. (COSTA, 2020; DUNLOP, 2020; ESTEVEZ, 2020).

Graças a elevada capilaridade e inserção dentro da vida das comunidades, além das suas ações territoriais de vigilância à saúde que visam para atenuar o impacto sobre os outros níveis de atenção, a atenção básica tornou-se o principal meio de acesso à assistência na busca de cuidados dentro da rede de atenção à saúde (RAS), por permitir uma atenção continuada e mais próxima da realidade do usuário. Estas estratégias centralizaram-se na unidade saúde da família (USF) e tornou a AB essencial para o sucesso na tentativa de controle da pandemia, freando o aumento da incidência dos casos graves. Outras estratégias de educação em saúde reforçando hábitos básicos de higiene, definição de fluxogramas de assistência e a antecipação da vacinação anual contra a influenza também se mostraram eficazes na redução da busca por serviços de média e alta complexidade com situações agudas diferentes da infecção por Coronavírus (DE OLIVEIRA, 2020; FARIAS, 2020; MEDINA, 2020; SARTI, 2020).

Entretanto, para controle eficaz da situação de epidemia, é necessário que os esforços dos gestores e dos profissionais da saúde sejam direcionados à coletividade, inclusive aos próprios profissionais que fazem a assistência prática, destinando atenção ao trabalhador e ao seu contexto de trabalho, identificando as demandas e entraves e adotando medidas para diminuir o contágio e/ou detectar precocemente o adoecimento, além de mecanismos de rastreamento, isolamento, tratamento e reabilitação também dos profissionais (DUNLOP, 2020; MEDINA et. al., FEO, 2015).

Ainda, para que o SUS consiga enfrentar a pandemia de forma exitosa, é necessária a execução da integralidade e reorganização da rede assistencial, de modo que a atenção básica esteja em articulação inter e intrasetorial para otimizar os recursos disponíveis, melhorando a

demanda sobre a atenção básica para que esta continue direcionando seus esforços em assistir às condições agudas e crônicas presentes nos territórios (DAUMAS, 2020).

A grave crise sanitária atual é uma oportunidade para mostrar as fragilidades e limitações da atenção primária brasileira e deve servir de oportunidade de melhoria, uma vez que permite verificar que tanto o sistema quanto seus trabalhadores podem ser afetados pelo desarranjo organizacional. É quase unânime o reconhecimento da atual necessidade de investimentos financeiros na educação em saúde em intervenções focadas na promoção à saúde e na prevenção de agravos, pilares da AB, para que se mantenha forte e atenda aos princípios e diretrizes do SUS.

A gestão e os profissionais devem trabalhar junto dos usuários para alcançar estas metas que devem ser revertidas em benefício também de quem cuida, pois ambos têm papel protagonista e são essenciais para a efetividade destas ações, principalmente as de educação em saúde, que são mais eficazes para mudança de comportamento e adoção de novos hábitos para enfrentamento da pandemia. A articulação intrasetorial se faz necessária para dirimir a sobrecarga do sistema e dos profissionais deste nível de atenção (DAUMAS, 2020; MARTINEZ, 2020; TEIXEIRA, 2020; SARTI, 2020).

2.2 ESTILO DE VIDA E ESTADO NUTRICIONAL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

As condições de vida e saúde da população mudaram nas últimas décadas e isso tornou-se mais evidente durante a pandemia do novo Coronavírus, principalmente pelas estratégias de distanciamento social. As medidas restritivas e o *lockdown* (do inglês, confinamento) mostraram-se ser excelentes ferramentas para diminuir a velocidade do contágio enquanto os gestores organizavam estruturalmente os serviços de saúde, de modo que evitasse o colapso do SUS frente ao grande número de casos. No entanto, os seres humanos são muito sociáveis. Distanciar-se do que caracteriza o homem implica em mudanças nos padrões e hábitos do dia-a-dia, o que leva a transformações no estilo de vida de todas as faixas etárias e grupos sociais e que pode afetar a saúde física e mental dos indivíduos (FARIAS, 2020; MALTA, 2020; WANG, 2020; FERRARI, 2017).

A limitação da circulação de pessoas nas ruas e do fluxo de pessoas em estabelecimentos públicos e privados trouxe perceptíveis modificações no estilo de vida dos indivíduos, mas que nem sempre foram positivas. A empresa americana Fitbit®, que fabrica acessórios e dispositivos “vestíveis” que são capazes de monitorar o gasto energético e a prática de atividade

física dos seus usuários, apontou redução substancial (que varia entre 7% e 38%) na contagem média de passos dos seus 30 milhões de usuários entre os dias 15 e 22 de março de 2020, período inicial do isolamento, em relação ao mesmo período no ano de 2019. Torna-se possível compreender que as medidas de distanciamento social durante a pandemia podem reduzir o tempo de prática de atividade física vigorosa e aumentar o tempo sedentário, o que pode contribuir para o ganho de peso na população neste período em especial. (BATALIK, 2020; PEÇANHA, 2020; AVILA, 2018).

Como mecanismo de escape da tensão causada pela pandemia e pelas incertezas sobre o cenário sanitário, o tempo ocioso é destinado a atividades que exigem mínimo esforço físico e menor gasto energético, mas que são mais prazerosas. Nos Estados Unidos, em março de 2020, observou-se aumento no uso de televisão e dispositivos conectados à internet, como smartphones e *tablets*. O cenário é semelhante na Europa, onde se observou maior número de transmissões ao vivo pelas redes sociais e maior uso de aplicativos de *streaming* (do inglês, vídeo sob demanda) em relação ao ano de 2019. Percebe-se deslocamento do tempo destinado a atividades de maior gasto energético antes da pandemia para atividades mais “leves”, que desprendem menos esforço do praticante, seja pela facilidade e pelo prazer ou pela necessidade imposta pelo isolamento (BHUTANI, 2020; NIELSEN, 2020)

A restrição social também reflete em mudanças nos hábitos alimentares, que estão sendo incompatíveis com a necessidade energética dos indivíduos. O estresse causado pelo distanciamento potencializa o “desejo de comida” dos indivíduos, que tendem a escolher e ingerir alimentos mais calóricos, ultraprocessados, ricos em açúcares e gorduras, em várias populações. Górnicka e colaboradores (2020) apontam no estudo intitulado “Comportamentos nutricionais em adultos poloneses antes e durante isolamento social da COVID-19”, realizado na Polônia com 312 participantes com idades entre 18 e 65 anos, que os lanches salgados como biscoitos, *pretzels* e batatas fritas foram os alimentos mais consumidos por esta população durante o período de isolamento. Evidências científicas sugerem que a adoção destes hábitos é um risco, pois a má alimentação neste período pode resultar numa defesa ineficaz contra o vírus, levando a um desfecho não favorável nos indivíduos que são infectados e adoecem (KRIAUCIONIENE, 2020; GÓRNICKA, et. al., 2020; ROGERO, 2018).

Outro ponto que pode ser afetado pelo cenário pandêmico é o consumo de álcool, que pode ter sido maior durante a pandemia. Com o fechamento dos espaços gastronômicos, apenas o local de consumo mudou: saiu do ambiente público, como bares e restaurantes para o ambiente privado, com reuniões de pessoas nas residências. Embora os efeitos nocivos do

consumo de bebidas alcoólicas sejam amplamente conhecidos e junto dos seus efeitos nocivos ao corpo, estudos apontam aumento no consumo dessas substâncias durante o isolamento domiciliar. Yan Sun e colaboradores (2020) no estudo “Breve relatório: maior dependência da internet e comportamento de uso de substâncias durante a pandemia COVID-19 na China”, registrou aumento de 32% no consumo de bebidas alcoólicas pelos consumidores frequentes durante o isolamento social na China. A mesma tendência é observada na Alemanha, em que 34,7% dos entrevistados que consumiam álcool anteriormente passaram a consumir com maior frequência durante o isolamento, e no Reino Unido, em que 20% dos consumidores diários de álcool passaram a beber em maior quantidade (KOOPMAN, 2020; SUN, 2020; THE LANCET GASTROENTEROLOGY & HEPATOLOGY, 2020).

No Brasil, um estudo da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) com 44.062 participantes adultos da população geral mostra que 18% dos entrevistados expressaram aumento na frequência e na quantidade de consumo de bebidas alcoólicas durante a pandemia. Esta é uma problemática preocupante, pois o consumo de álcool é responsável pelo enfraquecimento do sistema imunológico, reduzindo a produção de anticorpos e estimulando a formação de citocinas pró-inflamatórias. A literatura tem associado, com frequência, o consumo de álcool ao aumento no risco de desenvolvimento da Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), uma das mais sérias consequências da COVID-19, além de agravar quadros crônicos que representam fator de risco para as formas graves de COVID (FIOCRUZ, 2020; OPAS, 2020).

O consumo de cigarro, que geralmente acompanha o consumo de álcool, também está associado às complicações da COVID-19. O consumo mudou durante o auge da pandemia, mostrando discrepâncias entre as populações e faixas etárias, de acordo com as características sociodemográficas das regiões. Di Renzo e colaboradores (2020) relatam que o consumo de cigarro na Itália diminuiu 3,3% em abril de 2020 em um estudo realizado com 3.533 participantes com idades entre 12 e 86 anos. Entretanto, Canello e colaboradores (2020), no estudo intitulado “*Determinants of the Lifestyle Changes during COVID-19 Pandemic in the Residents of Northern Italy*” apontou que 38% dos participantes, que já eram fumantes antes do início da pandemia, aumentaram a frequência do consumo de cigarro. O hábito de fumar é um sério fator de risco para o desenvolvimento de doenças pulmonares, pois o tabagismo pode ser atribuído ao comprometimento da função imunológica. Tabagistas apresentam risco de 3 a 5 vezes maior de desenvolver pneumonia do que não fumantes, além de 5 vezes mais chances de contrair gripe. Ainda, a presença de tabaco nos pulmões pode ser responsável por facilitar a

invasão das células do tecido pulmonar pelo SARS-CoV-2 (ACHEAMPONG, 2020; CANCELLO, et. al., 2020; CHAKLADAR, 2020; DI RENZO, et. al., 2020; GRUNDY, 2020; VAN ZYL-SMIT, 2020).

Todas estas variáveis podem ser capazes de alterar amplamente o estado nutricional do indivíduo. Entende-se por estado nutricional o balanço energético entre o que é consumido e o que o organismo utiliza para geração de energia e esta variável permite estimar a condição nutricional em que o indivíduo se encontra (OMS, 2017).

Para que seja possível delinear o estado nutricional do indivíduo, é necessária a obtenção dos valores de peso e de estatura para, através deles, calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), que permite analisar objetivamente a condição nutricional geral do indivíduo. O IMC é calculado através da razão entre o peso, dado em quilogramas, e o quadrado da altura (dada em metros). Pessoas com sobrepeso e/ou obesidade estão entre as mais vulneráveis a desenvolver formas graves da COVID-19. Kaeuffer e colaboradores (2020), num estudo prospectivo, que analisou 1045 pacientes que evoluíram para a forma grave de COVID-19 no nordeste da França em março de 2020, concluiu que 75% apresentava algum excesso de peso e, destes, 43% era obeso. Este cenário é possível graças a relação existente entre o excesso de peso, resposta imunológica prejudicada e os processos inflamatórios crônicos desencadeados pela presença de tecido adiposo, que facilita a exacerbação do processo inflamatório local e sistêmico causado pelo SARS-CoV-2 (SOUZA NETO, 2021; KAEUFFER, 2020 FEITOSA FILHO, 2019).

O excesso de peso também representa fator de risco para o surgimento de DCNT, principalmente diabetes mellitus do tipo 2 (DM2), hipertensão arterial sistêmica (HAS), acidentes vasculares cerebrais (AVC), cardiopatias, dislipidemias e alguns tipos de câncer. A literatura tem associado frequentemente às complicações nos doentes por COVID-19 a presença de comorbidades em indivíduos de diversas faixas etárias. Kolin e colaboradores (2020) no estudo de coorte prospectiva intitulado “*Clinical, regional, and genetic characteristics of Covid-19 patients from UK Biobank*”, na análise de 968 pacientes com teste positivo para Coronavírus, concluíram que indivíduos com diagnóstico de pelo menos uma das comorbidades supracitadas apresenta risco 2 vezes maior de desenvolver formas graves da COVID-19 quando comparados com indivíduos saudáveis. Ainda, pode ser agravada por comorbidades presentes anteriormente à infecção. Niquini e colaboradores (2020), em um estudo com 31.968 pacientes com idades entre 18 e 65 anos hospitalizados no Brasil e diagnosticados com SRAG por COVID-19, observaram que 41% dos doentes apresentavam doenças cardiovasculares (DCV),

24,7% apresentavam Diabetes Mellitus, 3,8% eram portadores de Doença Renal Crônica (DRC) e 7,1% apresentavam pneumopatias crônicas, como a asma (KOLIN, 2020; NIQUINI, 2020).

Jiménez e colaboradores (2020) ao entrevistarem 1459 pacientes diagnosticados com COVID-19 em Madrid, na Espanha, descobriram que 78,2% apresentavam pelo menos uma comorbidade de base e que 55,8% destes eram hipertensos e 28,4%, diabéticos. Da amostra total, 15,7% era obeso e 5,8% apresentaram complicações e necessitaram de cuidados em terapia intensiva. Estas comorbidades desencadeiam modificações fisiológicas que tornam o paciente mais propenso a complicações durante a fase ativa da infecção por Coronavírus. Os pacientes portadores de DM2 e HAS apresentam naturalmente supressão da função imunológica, principalmente dos linfócitos T e aumento na produção de enzima conversora de angiotensina 2 (ECA2), substância que SARS-CoV-2 utiliza como meio para invadir as células do tecido pulmonar, tornando-o o principal órgão acometido, mais frágil e susceptível à colonização do vírus. No mesmo estudo, verificou-se que 24,8% dos pacientes que necessitaram de internação em UTI eram obesos, o que reforça a tese de que o excesso de peso contribui para o desenvolvimento das formas graves da COVID-19 (DE OLIVEIRA, 2020; JIMÉNEZ et. al., 2020; KOLIN et. al., 2020; LITTLE, 2020; MEHTA, et. al., 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) projeta que até 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso e mais de 700 milhões, obesos. Na América Latina, cerca de 360 milhões de pessoas já apresentam obesidade. No Brasil, de acordo com a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL (2021), houve aumento de 47% no percentual de obesos quando se compara a prevalência de 2006 (12,9%) com a de 2016 (19,0%) e de 13% quando se compara a prevalência de 2016 com a de 2021 (21,5%) entre brasileiros adultos residentes nas capitais brasileiras. Isso torna o excesso de peso o sexto fator de risco mais preocupante para o desenvolvimento de outras doenças (GOMES, 2020; BRASIL, 2017; OMS, 2016).

Na região nordeste, de acordo com os dados do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), a prevalência de baixo peso diminuiu e os casos de sobrepeso e obesidade aumentaram significativamente entre os anos de 2008 e 2017. Em 2008, a prevalência de sobrepeso e obesidade no Nordeste era de 27,7% e 11,6%, respectivamente, aumentando para 35,0% e 22,5%, em 2017 (BRASIL, 2018).

Ainda de acordo com os dados do VIGITEL em 2021, a capital da Paraíba, não superou o número de pessoas com excesso de peso da média nacional de 57,5%, totalizando 53,5%.

Mas, em relação à obesidade, foi superavitária em relação à média nacional de 21,5% em 2021, registrando que 24,4% dos homens e 17,8% das mulheres são obesos. Isso pode estar associado a diversos fatores, inclusive às bruscas e constantes modificações no estilo de vida adotado por esta população nos últimos anos (BRASIL, 2019, GOMES, 2020).

O cenário de pandemia e a implantação das medidas de controle afeta as pessoas em variadas dimensões, inclusive, no campo da saúde mental. As alterações no padrão de sono têm sido descritas na literatura como uma das mais frequentes consequências da emergência sanitária, dada a sensação de insegurança, o medo da contaminação e de desenvolver formas graves das doenças, além das frequentes notícias acerca do caos global. A desregulação do sono reflete em alterações da fisiologia do organismo, podendo facilitar o adoecimento crônico e agudo, além de influenciar na mudança e/ou adesão de novos comportamentos – não necessariamente benéficos – relacionados à saúde. Fatores como medo da infecção, duração do período de isolamento, sentimento de frustração e impotência diante do cenário epidemiológico, excesso de tempo destinado às notícias sobre a pandemia e as perdas financeiras têm sido associados à piora na qualidade do sono e saúde mental dos indivíduos durante o período da pandemia. Huang et. al. (2020) no estudo intitulado “*Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey*”, realizado com 7.236 participantes com idade média de 35 anos, aponta que 18,4% da população total do estudo relatou que a qualidade do sono piorou durante a pandemia. Do total da amostra, 31% são profissionais da saúde, grupo que apresentou as maiores taxas de má qualidade do sono em comparação com outras categorias analisadas. Destes, 23,6% ($p < 0,001$) relataram que passaram a dormir pior após o início da pandemia (BARROS, 2020, HUANG et. al., 2020; BARROS, 2019).

O impacto causado pela pandemia nos indivíduos tem uma relação cíclica. As medidas de restrição social adotadas para controle da pandemia do novo Coronavírus exerceram efeito negativo sobre o estilo de vida dos indivíduos, que por sua vez influencia no estado nutricional e na saúde mental, especialmente no sono. Um atributo é capaz de reforçar o agravamento do outro, em um sistema fechado de retroalimentação que tem como combustível o momento de crise sanitária. Embora estes fatores sejam influenciados por variáveis genéticas e metabólicas, todos estão majoritariamente associados às condições sociodemográficas e ao momento da vida (BARROS, 2020; COUTINHO et. al., 2020, OMS, 2017).

A adoção de hábitos que visem a manutenção do bom estado de saúde são essenciais para controle deste impacto, pois a combinação entre a prática insuficiente de atividade física,

o consumo alimentar excessivamente calórico associado a ingestão alcoólica frequente e elevada, bem como as modificações no padrão de sono e repouso podem levar ao excesso de peso, que representa fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas e para agravamento de quadros infecciosos, principalmente nos casos de infecção pelo SARS-CoV-2 estando todos os grupos populacionais susceptíveis, considerando as peculiaridades de cada um (RUIZ-ROSO, 2020).

2.3 EFEITOS DA PANDEMIA SOBRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

As medidas de enfrentamento da pandemia adotadas para a população em geral não conseguem ser plenamente aplicadas aos profissionais de saúde, especialmente as medidas restritivas. Como a AB é a responsável pela assistência à maior parte dos casos, uma vez que a sintomatologia é, em sua maioria, leve ou ausente em uma população muitas vezes totalmente dependente do SUS e sem acessos à meios que permitam consultas remotas, os profissionais de saúde precisam atender presencialmente nas USF ou em domicílio e lidam diretamente com pacientes infectados, que podem apresentar elevadas cargas virais. Isso os torna um dos grupos mais expostos à contaminação. Adams e colaboradores (2020) apontam no estudo intitulado “Apoio à força de trabalho de saúde durante a epidemia global da COVID-19”, que 3 mil trabalhadores da saúde foram infectados na China até abril de 2020 e, destes, pelo menos 22 vieram à óbito. (ADAMS, et. al., 2020; BAI, 2020).

Oferecer assistência integral ao usuário em todas as fases da COVID-19 é um desafio para a rede de atenção à saúde. Mesmo com a articulação intersetorial, é necessária a adoção que estratégias que minimizem o impacto do cuidado ao paciente infectado tanto sobre a rede quanto sobre o profissional de saúde que presta a assistência. A reorganização do fluxo na rede de atenção é importante para melhorar os caminhos assistenciais do usuário e é uma saída promissora para melhorar o fluxo da assistência prestada pelo profissional de saúde. (DUMAS, 2020).

Sabendo-se que a maior parte dos infectados apresenta sintomatologia leve / moderada e até mesmo ausente, durante a pandemia, os usuários passaram a buscar mais as unidades de saúde em razão de agravos agudos, geralmente por demanda espontânea e necessitam de consultas com estes profissionais em específico, o que pode ter representado maior risco de contaminação. Para reduzir o efeito disto, uso de equipamentos de proteção individual (EPI) no ambiente da assistência, por exemplo, é um dos pontos importantes no que concerne o controle

de contaminação entre os profissionais de saúde. Um estudo feito por Kangqi Ng e colaboradores (2020) mostrou que 85% dos profissionais que estavam expostos a pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 na UTI de um hospital em Cingapura usavam máscara N95 e nenhum se contaminou. Isso reforça a ideia de que os usuários que acessam a AB em busca de assistência devem ser rastreados desde o primeiro momento e todas as medidas de controle e biossegurança devem ser adotadas desde o contato inicial do usuário com a unidade (HOLLAND, 2020; NG, 2020, TEIXEIRA, 2020).

Diminuir a frequência de atendimento presencial nas unidades básicas de saúde (UBS) se mostrou promissor como estratégia de controle, mas esta ação pode significar restrição de acesso e assistência. Embora atendimento remoto seja uma ferramenta excepcional, que permite identificar sinais de alerta, oferecer atenção clínica individual e distinguir os casos de acordo com a gravidade, organizando o fluxo de atenção sem expor o profissional, é fato que nem todos os usuários têm acesso à meios de comunicação para utilização de tais estratégias. As modalidades de teleatendimento foram amplamente utilizadas para orientações, consultas, regulação de leitos e monitoramento em algumas regiões, de acordo com as recomendações da OMS, e exerceram protagonismo neste contexto, porém em nichos populacionais específicos (DAUMAS, 2020; OMS, 2020).

Como resultado da situação sanitária atual, os profissionais de saúde podem estar submetidos a elevadas cargas de trabalho e estresse, e isso pode tornar o trabalho durante a pandemia desgastante e cansativo física e emocionalmente. A literatura tem apontado com frequência aumento dos sintomas de ansiedade, depressão, perda da qualidade do sono entre trabalhadores da saúde e mudanças no estilo de vida como consequência da situação. Por sua vez, estratégias pouco saudáveis para lidar com o estresse também são frequentemente adotadas por esta população (BRASIL, 2020; FIOCRUZ, 2020; MEDINA, 2020).

A sobrecarga de trabalho pode repercutir também sobre o estilo de vida dos profissionais de saúde, influenciando-os a comportamentos alimentares pouco saudáveis que podem estar associados ao estresse, como o consumo de alimentos mais calóricos e a menor frequência de atividades físicas, contribuindo para excesso de peso e o surgimento de doenças crônicas nesta população.

Luckhaupt et. al. apontaram, no estudo intitulado “*Prevalence of Obesity Among U.S. Workers and Associations with Occupational Factors*” que dos 17,2 milhões de pessoas que trabalham como profissionais de saúde nos Estados Unidos, 32% são obesas, associando

significativamente o trabalho na saúde com a prevalência de obesidade. No Brasil, Siqueira e colaboradores (2019) apontaram no estudo “Excesso de peso e fatores associados entre profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família” realizado com 215 profissionais da AB de Montes Claros, Minas Gerais, que 53% dos entrevistados têm excesso de peso, 16,8% são obesos, 57,7% consome bebida alcoólica, 72,6% não consome frutas e metade não tem o hábito de praticar atividades físicas. Ainda, apontam que 54,9% dos entrevistados possui mais de 5 anos de serviço em atenção primária e 45,6% deles possui mais de um vínculo empregatício. (SIQUEIRA, 2019; LUCKHAUPT, 2014).

Isso mostra que o estilo de vida é a principal etiologia e reforça a necessidade de ações que melhorem o estilo de vida destes profissionais dentro do ambiente de trabalho, através da organização das demandas assistenciais, estímulo ao consumo de alimentos saudáveis, realização de práticas corporais junto às equipes de trabalho, pois os profissionais da saúde trabalharam mais durante a pandemia e isso os levou a descontar o estresse na comida, passando a comerem mais e com pior qualidade. No entanto, as consequências do período pandêmico neste grupo não são vistas somente sobre o corpo físico, mas também sobre a saúde mental (SIQUEIRA, 2019; LUCKHAUPT, 2014).

Os efeitos negativos da pandemia sobre o sono e o repouso são os mais relatados na literatura e têm sido associados com a exposição a situações estressantes e problemas do ambiente de trabalho. Dentre estes problemas destacam-se os parâmetros cronobiológicos, também chamadas de “cronotipo”, como os mais impactados através de mudanças no horário de dormir e acordar, dificuldade para adormecer, sonos leves e presença de pesadelos, que também exercem efeito sobre a disposição e humor, deixando-os mais irritados, cansados e sonolentos durante o dia. O cronotipo é uma característica do sistema de temporização circadiana e, embora seja uma variável independente de etnia e condição socioeconômica, é influenciado pelo estilo de vida e fatores biológicos endógenos do indivíduo. Pode ser classificado em matutino (quando o indivíduo se sente mais disposto pela manhã e tende a dormir mais cedo) e vespertino (quando o indivíduo acorda e dorme mais tarde e se sente mais disposto durante à noite). As modificações no sono podem ser responsáveis por diminuir a qualidade das atividades diárias, sociais e de lazer, além de representarem fator de risco para o surgimento de doenças crônicas (TRINDADE, 2020; WANG et. al, 2020; DUARTE, 2018).

No ambiente de trabalho, alterações no padrão de sono também estão associadas a maior frequência de acidentes de trabalho, menores níveis de satisfação e produtividade e elevadas taxas de absenteísmo. Os profissionais das unidades de terapia intensiva, de diversas áreas,

estão expostos de maneira mais profunda do que os que atuam em outros níveis de atenção, dado seu trabalho em turnos e em regime de plantão, mas não se pode inferir que os profissionais que atuam na atenção básica estejam isentos destes efeitos (SERRANO-RIPOLL, 2021; FREEMAN, 2020; CHATTU, 2019; LÉGER, 2010).

Atuar na atenção primária requer cuidados também para aqueles que prestam cuidados. Prestar assistência neste nível de atenção é delicado e desgastante, dada a necessidade de estabelecimento de vínculo com a comunidade e a capilarização das ações de promoção a saúde e prevenção de agravos, que elevam ainda mais a carga de trabalho das equipes deste nível de atenção. É controverso observar que profissionais da atenção básica, que tanto estimulam cuidados à população, estejam sendo afetados por não estarem dentro foco de estratégias de cuidado específicas e direcionados às suas particularidades na medida que o ofertam, o que contrasta com os princípios da integralidade e equidade do SUS. O estímulo à prática de atividade física, a alimentação mais saudável e a realização de atividades de lazer com exposição física dentro dos protocolos sanitários vigentes se fazem necessário para cuidar da saúde física e mental e podem partir da gestão, a fim de atenuar o possível impacto sofrido por estes grupos (HAMED, 2020; KATULANDA, 2020, MICHALAKIS, et. al., 2020).

O trabalho desenvolvido por enfermeiros e médicos no contexto da atenção básica e da estratégia saúde da família é de suma importância, uma vez que, através de articulação de olhares e saberes por estarem inseridos intensamente dentro da comunidade, conseguem desenvolver ações que perpassam a racionalidade curativa e estruturam-se em ações de promoção à saúde e prevenção de agravos através de tecnologias leves. Assim, este trabalho torna-se importante por direcionar atenção a quem trabalha em função do bem-estar do outro e não é beneficiado por estratégias de cuidado no ambiente de trabalho, o qual reforça constantemente a tese de cuidado integral a todos os seus componentes. Os enfermeiros e médicos constituem um grupo extremamente afetado pela atual situação sanitária e este trabalho reforça a necessidade de adoção de estratégias de cuidado individuais e coletivas destinadas especialmente a estes grupos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 sobre o estilo de vida, o estado nutricional e o padrão de sono e repouso dos profissionais enfermeiros e médicos que atuam nas unidades de atenção básica de Campina Grande – PB.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

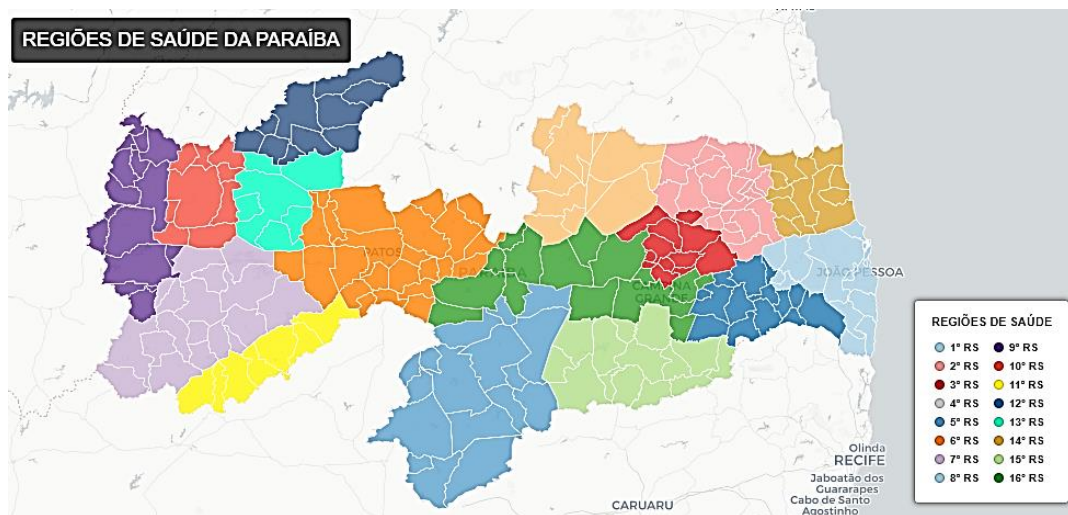
- Descrever as características sociodemográficas, relativas ao trabalho, ao estilo de vida, estado nutricional e padrão de sono dos profissionais de saúde que atuam nas unidades de atenção básica de Campina Grande – PB antes e durante a pandemia da COVID-19.
- Comparar o estado nutricional, as variáveis relacionadas ao trabalho, ao estilo de vida e o padrão de sono entre os períodos anterior e durante a pandemia de COVID-19.
- Verificar prevalência de sobrepeso e obesidade nos enfermeiros e médicos e da atenção básica.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO E LOCAL DA PESQUISA

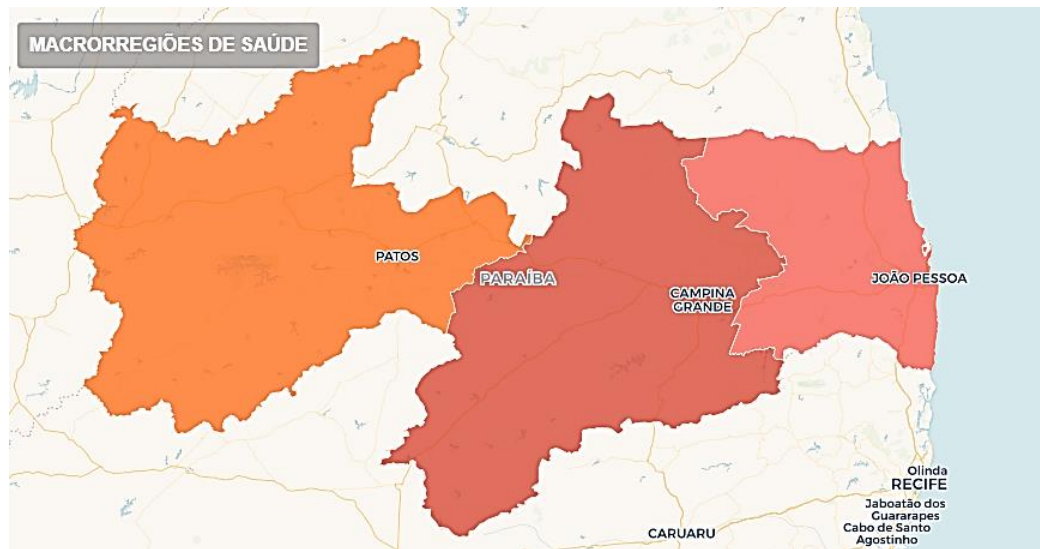
Estudo transversal, de abordagem quantitativa, desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família (USF) que fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Campina Grande, agreste do estado da Paraíba. Para fins de gestão e operacionalização do SUS, o estado da Paraíba é dividido em 3 macrorregiões de saúde e 16 microrregiões de saúde (quadro 1) (figura 1. Os municípios de João Pessoa, Campina Grande e Patos são as sedes das 1ª, 2ª e 3ª macrorregiões de saúde, respectivamente (figura 2). Com esta divisão, é possível garantir a integração das políticas assistenciais entre os municípios, de modo que a descentralização dos serviços de saúde e a integralidade da assistência sejam executadas em conjunto enquanto princípios do SUS (BRASIL, 2011).

Figura 1 – Mapa da divisão geográfica das microrregiões de saúde da Paraíba



Fonte: Portal Saúde da Paraíba, 2021.

Figura 2 – Mapa da divisão geográfica das macrorregiões de saúde da Paraíba.



Fonte: Portal Saúde da Paraíba, 2021.

Quadro 1 - Distribuição das macro e microrregiões de saúde da Paraíba.

Macrorregião	Microrregião	Quantidade de municípios
1ª	1ª região	13
1ª	2ª região	25
2ª	3ª região	12
2ª	4ª região	13
2ª	5ª região	17
3ª	6ª região	24
3ª	7ª região	18
3ª	8ª região	10
3ª	9ª região	15
3ª	10ª região	9
3ª	11ª região	7
1ª	12ª região	14
3ª	13ª região	6
1ª	14ª região	11
2ª	15ª região	14
2ª	16ª região	15

Fonte: Portal Saúde da Paraíba, 2021

O município de Campina Grande está localizado na região agreste do estado da Paraíba e é a sede da 2ª Macrorregião de Saúde da Paraíba. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui população de 411.807 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,720, sendo a segunda cidade mais populosa do estado. No setor saúde, conta com dezenove hospitais, cento e nove unidades de saúde da família, três centros de referência de saúde, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), além

do Serviço Municipal de Saúde, abrangendo, assim, todos os níveis de complexidade do SUS. A atenção básica em Campina Grande é dividida geograficamente em 10 distritos sanitários (quadro 2), onde atualmente trabalham 109 enfermeiros e 108 médicos que visam assistir à demanda e organizar o fluxo de atendimento, garantindo cobertura maior que 90% da população da área urbana e área rural, e seus distritos (IBGE, 2020).

Quadro 2 – Distribuição das equipes de ESF em relação aos distritos sanitários em Campina Grande, 2018.

Distrito Sanitário	Áreas contíguas	Quantidade de equipes de ESF
DS I	Sim	16
DS II	Sim	12
DS III	Sim	15
DS IV	Sim	09
DS V	Sim	11
DS VI	Sim	13
DS VII	Sim	06
DS VIII	Sim	04
DS IX	Sim	12
DS X	Sim	12

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, 2018.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Atualmente, a rede atenção básica de Campina Grande é composta por 217 profissionais (N) entre enfermeiros e médicos, sendo esta a população total do estudo. Destes, 109 são enfermeiros e 108 são médicos. Foi realizado cálculo amostral que delimitou a quantidade de 136 profissionais a serem estudados - sendo 68 médicos e 68 enfermeiros - para que os objetivos do estudo fossem atendidos. No total, foram entrevistados e consideradas as informações de 140 profissionais, sendo 70 enfermeiros e 70 médicos que atuavam na atenção básica há pelo menos seis meses.

Para o cálculo amostral foi adotada a seguinte fórmula: $n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p) / Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot N - 1$ (n: amostra calculada, N: população, Z: variável normal, p: real probabilidade do evento, e: erro amostral) e considerados os seguintes parâmetros: N=217, p= 50%, e=5%, z=1,96, sendo acrescentado mais 10% correspondente a possíveis perdas.

4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

- Ser enfermeiro ou médico;
- Atuar na atenção básica de Campina Grande há pelo menos seis meses;
- Ter entre 18 e 65 anos de idade.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Estar em tratamento medicamentoso para perda de peso e/ou sob acompanhamento de profissionais de educação física e/ou nutrição;
- Ser portador de patologias e/ou condições que impedissem a prática de atividade física;
- Estar no período de gestação ou lactação;
- Estar afastado do serviço por doença, férias, licença ou outro motivo.

4.5 VARIÁVEIS ESTUDADAS

Sociodemográficas

- Idade: período cronológico, em anos e meses.
- Sexo: masculino, feminino.
- Cor da pele: branca, parda, preta, indígena, amarela.
- Profissão: enfermeiro ou médico
- Variáveis associadas ao trabalho: tempo de atuação, quantidade de vínculos, carga de trabalho e renda
- Nível de escolaridade: graduação, especialização, mestrado, doutorado.
- Estado civil: casado, solteiro, união estável, não-declarado.

Estado nutricional

- Determinado através do cálculo de IMC, que será obtido pela razão entre o peso autorreferido (em quilogramas) e o quadrado do valor da estatura autorreferida (em metros), considerando a seguinte classificação: baixo peso (IMC < 18,5 kg/m²), eutrófico (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m²), sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m²), obesidade grau I (IMC entre 30 e 34,9 kg/m²), obesidade grau II (IMC entre 35 e 39,9 kg/m²) e obesidade grau III (IMC > 40 kg/m²) (FEITOSA FILHO, 2019).

Estilo de vida

- Frequência de consumo alimentar através do consumo dos seguintes alimentos antes e durante a pandemia da COVID-19: feijão, salada de verduras cruas, salada de legumes cozidos, carne vermelha ou branca, suco de fruta, frutas *in natura*, leite, alimentos integrais, sendo considerada adequada a frequência de consumo maior ou igual cinco vezes por semana; consumo de alimentos prontos congelados, refrigerantes, sucos artificiais, alimentos ricos em açúcares (balas, tortas, chocolates), pizzas e sanduíches,

salgadinhos de pacote, sendo considerada inadequada a frequência menor ou igual a cinco vezes por semana (FIOCRUZ, 2020).

- Consumo de bebidas alcoólicas: frequência de ingestão de bebida alcoólica antes e durante a pandemia do novo Coronavírus. Foi considerado adequado o consumo de até 4 doses de bebida alcoólica por semana (FIOCRUZ, 2020).
- Fumo: observar se convive com quem fuma ou se houve adoção ou modificação do hábito de consumir cigarro e produtos derivados antes e durante a pandemia do novo Coronavírus. Foi considerado fumante aquele que, em toda sua vida consumiu, no mínimo, 100 unidades de cigarro ou cinco maços completos e ainda hoje fuma no mínimo 1 cigarro por dia (BRASIL, 2016).
- Prática de atividade física: observar e comparar o tempo destinado à prática de atividades físicas antes e durante a pandemia. Avaliou-se o tipo de atividade, frequência e duração e como se desloca para o trabalho. Foi considerado fisicamente ativo o indivíduo que praticar, no mínimo, 150 minutos somados de atividade física por semana ou na frequência maior ou igual a 5 vezes por semana (WHO, 2018).
- Sedentarismo: avaliou-se o tempo destinado a telas (televisão, computador, celular ou *tablet*). Foi considerado sedentário o indivíduo que apresentou tempo de tela superior a 3 horas por dia (FIOCRUZ, 2020)

Padrão de sono

- Padrão de sono: observar e comparar a presença de problemas para dormir, para acordar, para continuar a dormir, ronco, sono fragmentado, pesadelos, cansaço durante o trabalho ou lazer, alterações de humor, hábito de cochilar durante o trabalho ou lazer, satisfação com o tempo de sono e regularidade dos horários de dormir e acordar antes e durante a pandemia de COVID.
- Cronotipo: observar e comparar os cronotipos matutino, mais matutino que vespertino, vespertino e mais vespertino que matutino autorreferidos pelos enfermeiros e médicos antes e durante a pandemia.

4.6 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A Secretaria de Saúde de Campina Grande foi contactada para a solicitação do termo de autorização institucional (TAI), que permite a realização de pesquisas para fins acadêmicos na rede de atenção à saúde do município e a seleção dos locais para a coleta dos dados.

As USFs e os profissionais que participaram do estudo foram selecionados por conveniência do estudo, dado o difícil acesso geográfico e a disponibilidade de atendimento reduzida. Foram contempladas USF de todos os distritos sanitários, na tentativa de manter a seleção equânime e a quantidade mínima de entrevistas estabelecida pelo cálculo amostral foi superada. A entrevista foi realizada presencialmente na USF, havendo deslocamento dos pesquisadores até as unidades. O preenchimento do formulário se deu por meio eletrônico, através de *tablet* Samsung® e iPhone® usando a plataforma de pesquisa Survio®. Os participantes foram orientados sobre a finalidade e objetivos do estudo e todos concordaram em participar assinalando o campo “li e aceito participar da pesquisa” na primeira página do formulário.

As medidas antropométricas foram autorreferidas e apenas a circunferência abdominal foi mensurada pelo pesquisador no momento da entrevista. Foi delineado o ponto médio entre o último rebordo costal e a crista ilíaca superior e utilizada fita métrica inelástica da marca Cardiomed® para mensuração da circunferência abdominal.

4.6.1 QUESTIONÁRIO DE ESTILO DE VIDA E PADRÃO DE SONO E REPOUSO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

Para a coleta de todos os dados da pesquisa foi utilizado um formulário próprio (anexo C) que consiste na adaptação de três questionários: o questionário “ConVid – Pesquisa de comportamentos” da Fiocruz, o questionário da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do IBGE e o questionário da pesquisa “Mudanças em hábitos saudáveis e estilo de vida durante a pandemia da COVID-19: uma *websurvey* para a população brasileira”, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, com a finalidade de atender aos objetivos deste estudo.

O questionário “ConVid – Pesquisa de comportamentos” é um questionário elaborado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e foi usado para analisar como a pandemia afetou ou mudou a vida da população brasileira através de 86 perguntas divididas em 12 blocos (FIOCRUZ, 2020).

O questionário da pesquisa “Mudanças em hábitos saudáveis e estilo de vida durante a pandemia da COVID-19: uma *websurvey* para a população brasileira”, da UFRGS em parceria com a Fiocruz possui premissa parecida com o questionário supracitado. Das suas 101 perguntas acerca do impacto da pandemia sobre diversos aspectos da vida do brasileiro, foram

utilizadas as que questionavam o estilo de vida e o padrão de sono e repouso (TRINDADE, 2020).

Já o questionário da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para produzir dados sobre a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira é composto, em totalidade, por 20 módulos (que vão de A a T), direcionados a pessoas maiores de 18 anos de idade. Para este estudo, apenas o módulo P, que avalia o estilo de vida, foi utilizado para análise e adaptação. Este módulo contém 72 questões mescladas entre “sim ou não” ou em escala de *likert* e é subdividido em mais quatro blocos que avaliam consumo alimentar, consumo de bebidas alcoólicas, prática de atividades físicas e tabagismo. Por ser um instrumento utilizado para pesquisas oficiais de órgãos de saúde brasileiros, tornou-se o mais adequado para esta pesquisa (FIOCRUZ, 2013).

O formulário utilizado neste estudo contém 85 perguntas divididas em quatro blocos: informações sociodemográficas, estilo de vida, padrão de sono e repouso. Também foram coletados dados sobre a saúde mental dos participantes, mas que não foram utilizados neste estudo. As perguntas estão em escala de *likert* e escala de Guttman e todas avaliam as variáveis em dois momentos: antes e durante o período de pandemia. Para o preenchimento das informações, foi realizada entrevista estruturada em ambiente privado com o profissional e o entrevistador, tendo duração média de 24 minutos cada (APÊNDICE B).

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados foi alimentado pela plataforma Survio®, que gerou uma planilha (.xlsx) (Microsoft Excel®). Após a realização do download dos arquivos, as informações foram reorganizadas e analisadas quanto à consistência. Em seguida, o arquivo foi importado pelo software *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS versão 22.0 para codificação e análise estatística.

Para verificar a distribuição das informações sociodemográficas entre os participantes, realizou-se a medida de frequência absoluta e relativa para a população geral do estudo (N) e para comparar a distribuição dessas informações entre as duas categorias foi utilizado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, quando necessário.

O teste de McNemar foi utilizado para verificar se houve mudança significativa das variáveis estado nutricional, estilo de vida (frequência de consumo alimentar, prática de atividade física, sedentarismo, consumo de bebida alcoólica e consumo de cigarro) e padrão de

sono, comparando os períodos de antes e durante a pandemia de COVID-19, dentro de cada categoria de profissionais de saúde (enfermeiros e médicos). A comparação entre estas categorias profissionais se deu pela semelhança no nível de atribuições entre estes profissionais, bem como a similaridade na demanda assistencial dentro da atenção básica em ambos os grupos. Para todas as análises estatísticas foram adotadas margem de erro de 5%

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no território brasileiro (BRASIL, 2012). Após autorização institucional da Secretaria de Saúde de Campina Grande, o projeto para o desenvolvimento desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob o número do CAAE 43340721.0.0000.5187 (ANEXO A)

Os participantes selecionados para participar da pesquisa foram previamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo e somente responderam ao formulário após a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e autorizarem verbalmente a marcação do campo “li e aceito participar da pesquisa” na tela inicial do formulário. Todos os entrevistados foram orientados sobre o direito de recusar a continuação da entrevista a qualquer momento que o mesmo desejasse. Os resultados brutos da pesquisa serão armazenados digitalmente por, no mínimo, cinco anos.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados sob o formato de artigo científico, no qual verifica-se o possível impacto exercido pela pandemia do novo Coronavírus sobre o estado nutricional, estilo de vida e o padrão de sono e repouso dos profissionais enfermeiros e médicos que atuam nas unidades de saúde da família da rede de atenção básica de Campina Grande – PB.

Esse artigo foi submetido à revista Cadernos de Saúde Pública, qualis A3 para Saúde Pública.

IMPACTO DA PANDEMIA DO SARS-COV-2 SOBRE O ESTILO DE VIDA, ESTADO NUTRICIONAL E PADRÃO DE SONO E REPOUSO DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE CAMPINA GRANDE – PB

Lucenildo Laerty da Silva Sales¹, Carla Campos Muniz Medeiros²

¹Enfermeiro. Especialista em Gestão e Auditoria em Serviços de Saúde. Mestrando em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (PPGSP/UEPB), Campina Grande, Paraíba. ²Médica Endocrinologista Pediátrica. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (PPGSP/UEPB), Campina Grande, Paraíba.

CORRESPONDÊNCIAS: Lucenildo Laerty da Silva Sales. Rua Pedro da Costa Agra, 314, José Pinheiro. Campina Grande, Paraíba, Brasil. CEP: 58.407-270. E-mail: lucenildosales@gmail.com.

RESUMO

INTRODUÇÃO: assistir aos infectados por Coronavírus na atenção básica é desafiador para os profissionais de saúde, especialmente na atenção básica (AB) do Sistema Único de Saúde. Isto impacta na qualidade de vida e saúde dos profissionais e pode resultar em estresse e outras condições que modifiquem o seu estilo de vida e impliquem negativamente na sua saúde. **OBJETIVO:** avaliar o impacto da pandemia de COVID-19 sobre o estilo de vida, o estado nutricional e o padrão de sono e repouso dos enfermeiros e médicos que atuam nas unidades de saúde da família (USF) de Campina Grande – PB. **MÉTODOS:** estudo transversal envolvendo 140 profissionais de saúde da AB. Os dados foram coletados nas USF através de formulário digital na plataforma Survio®. Foram obtidas informações sobre o estado nutricional, estilo de vida e padrão do sono e repouso antes e durante a pandemia. Foi realizado o teste qui-quadrado para comparação dos dados sociodemográficos, de estado nutricional entre o grupo de médicos e enfermeiros e o teste de McNemar para avaliar o impacto da pandemia nas variáveis estudadas, sendo estratificado por profissão. A análise estatística foi realizada através do software *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 22.0 com nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** metade dos estudados tem sobrepeso/obesidade e a maioria relata sobrecarga de trabalho durante a pandemia, mas sem aumento na renda. O sedentarismo e o consumo de alimentos mais calóricos e ultraprocessados aumentaram e houve queda na duração e qualidade do sono. **CONCLUSÃO:** os profissionais de saúde constituem um grupo altamente afetado pela pandemia e essa circunstância reforça a necessidade de ações destinadas à saúde deles, como a organização do processo de trabalho e fluxo assistencial, além de cuidados com o estilo de vida, que são essenciais para viabilizar a assistência de qualidade e garantir saúde e bem-estar desta população.

Palavras-chave: Infecção por Coronavírus; Profissionais de Saúde; Estado nutricional; Estilo de vida; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: assisting those infected with Coronavirus in primary care is challenging for health professionals, especially in Primary Health Care (PHC) of the Brazilian's Health System. This impacts the quality of life and health of professionals and can result in stress and other conditions that change your lifestyle and have a negative impact on your health. **OBJECTIVE:** to assess the impact of the COVID-19 pandemic on the lifestyle, nutritional status and sleep and rest patterns of nurses and physicians working in PHC establishments in Campina Grande - PB. **METHODS:** cross-sectional study involving 140 PHC professionals. Data were collected at the PHC establishments through a digital form on the Survio® platform. Information on nutritional status, lifestyle, and sleep and rest pattern was provided before and during a pandemic. The chi-square test was performed to compare sociodemographic and nutritional status data between the group of physicians and nurses, and the McNemar test to assess the impact of the pandemic on the variables studied, being stratified by profession. A statistical analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences - SPSS, version 22.0 software with a significance level of 5%. **RESULTS:** half of those studied are overweight/obese and most of the workload during a pandemic, but with no increase in income. Sedentary lifestyle and consumption of more caloric and ultra-processed foods increased and there was a decrease in sleep duration and quality. **CONCLUSION:** the health professionals selected are a group highly affected by the pandemic and this circumstance reinforces the need for actions devoid of their health, such as an organization of the work process and care flow, in addition to lifestyle care, which are essential for enable quality care and ensure the health and well-being of this population.

Keywords: Coronavirus Infection; Health professionals; Nutritional status; Lifestyle; Primary health care.

INTRODUÇÃO

A pandemia da doença causada pelo novo Coronavírus (chamada COVID-19) está sendo responsável por grande demanda assistencial destinada aos profissionais da saúde, em todos os níveis de atenção. Caracterizada como síndrome gripal 14 vezes mais letal que a gripe comum³⁸,³⁹, a COVID-19 está fazendo com que as equipes de saúde do mundo, principalmente os enfermeiros e médicos, estejam pressionados a controlar a emergência sanitária global⁴⁰, ao mesmo tempo que estão tendo que lidar com o processo de adoecimento e morte com mais frequência.

Esse cenário deflagrou o aumento na incidência de estresse e esgotamento físico e mental, dependência de álcool, drogas e mecanismos de escape, como o consumo de alimentos calóricos, na população geral em vários países do mundo^{1, 2, 3, 4}. A pesquisa “Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19”, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) entre 2020 e 2021, apontou que a pandemia modificou de forma significativa a vida de 95% dos trabalhadores da saúde. Repercussões negativas à saúde mental

também foi relatada pelos entrevistados, que afirmaram ter problemas para dormir, irritabilidade, choro frequente, incapacidade de relaxar e que vivem sob estresse. Além disso, 8,1% relataram alterações no apetite e no peso em relação ao período anterior à pandemia⁵.

No Brasil, o desfecho desfavorável da exposição ocupacional do profissional da saúde durante a pandemia foi evidenciado em todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Os estudos apontaram que cerca de 70% dos pacientes que testaram positivo para COVID-19 apresentaram sintomatologia leve e/ou moderada, tornando a atenção primária (no Brasil, chamada de Atenção Básica) um importante meio de acesso e de cuidado aos doentes. Por estarem próximas à população, as unidades de saúde da família (USF) e suas respectivas equipes das estratégias de saúde da família (eSF) protagonizaram o cuidado direcionado aos infectados com pouca ou nenhuma sintomatologia, sendo a atenção básica essencial para o controle da disseminação do vírus, tanto por meio da assistência, quanto pela educação em saúde, pilar deste nível de cuidado^{6, 7, 8, 9, 10}.

A elevada e crescente demanda por cuidado fez com que os profissionais da atenção básica, especialmente enfermeiros e médicos, que são incumbidos da gestão das unidades de saúde da família, estivessem expostos em maior grau, pois a assistência feita presencialmente expõe o profissional à contaminação, pois mesmo com pouca ou nenhuma sintomatologia e sem a realização de procedimentos geradores de aerossol, o contágio pode ocorrer através de superfícies como bancadas, cadeiras, equipamentos do consultório e outras tecnologias leves usadas na atenção básica^{11, 12, 13}.

Prestar assistência em tempos de pandemia requer maior esforço por parte das equipes e isso pode resultar em impacto negativo sobre diversos aspectos da vida destes. Alterações no estilo de vida e no padrão de sono estão entre os mais relatados pela literatura e exigem a adoção de estratégias específicas de prevenção e cuidado aos profissionais, uma vez que o ambiente assistencial pode se tornar insalubre e ser responsável por maiores índices de contaminação nestes grupos, como observa-se no Brasil e nos EUA, onde mais da metade dos profissionais contaminados no ano de 2020 são enfermeiros e médicos^{11, 12, 13}.

Desta forma, este estudo destaca-se por ser pioneiro na Paraíba na avaliação das modificações de alguns componentes do estilo de vida dos enfermeiros e médicos atuantes na atenção básica durante a pandemia de COVID-19, uma vez que esta população está exposta a grande risco e a maior parte dos estudos publicados sobre a temática tem como foco os profissionais que atuam na atenção hospitalar. Sabendo que a atenção básica apresenta alta

carga de trabalho aos seus trabalhadores, tendo em vista a grande quantidade de casos de COVID-19 que adentram às USFs, esta pesquisa visa avaliar qual o impacto exercido pela pandemia sobre o estilo de vida, estado nutricional e padrão de sono e repouso dos enfermeiros e médicos da atenção básica de Campina Grande – PB.

MÉTODOS

Estudo transversal desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família (USF) que fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Campina Grande, agreste do estado da Paraíba, entre os meses de abril e junho de 2021. A população alvo é composta por 217 profissionais, sendo 109 enfermeiros e 108 médicos. Após cálculo amostral, foram entrevistados 70 enfermeiros e 70 médicos que estavam na assistência presencialmente nas USF. Foram incluídos os profissionais entre 18 e 65 anos e com atuação há pelo menos seis meses na atenção básica.

Para o cálculo amostral foi utilizada a fórmula: $n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot N - 1}$ (n: amostra calculada, N: população, Z: variável normal, p: real probabilidade do evento, e: erro amostral) e considerados os seguintes parâmetros: N=217, p= 50%, e=5%, z=1,96, sendo acrescentado mais 10% correspondente à possíveis perdas.

Os profissionais que participaram do estudo foram selecionados por conveniência do estudo, dado o difícil acesso geográfico a algumas unidades e a disponibilidade reduzida dos participantes. Foram visitadas unidades de saúde de todos os distritos sanitários do município, na tentativa de garantir equivalência e maior fidedignidade dos dados coletados. A Secretaria de Saúde de Campina Grande foi contactada para a solicitação do termo de autorização institucional (TAI) para autorização da pesquisa e os dados foram coletados presencialmente através do preenchimento de formulário eletrônico na plataforma Survio®. Os participantes foram orientados sobre a finalidade e objetivos do estudo e todos concordaram em responder às questões assinalando o campo “li e aceito participar da pesquisa” na primeira página do formulário.

Para avaliação do impacto da pandemia no sobre os profissionais, as informações sobre as variáveis sociodemográficas, estilo de vida e padrão de sono e repouso foram coletadas através do relato dos participantes em relação aos momentos de antes e durante a pandemia,

O estado nutricional foi avaliado através do cálculo de IMC, obtido pela razão entre o peso (em quilogramas) e o quadrado do valor da estatura (em metros). As variáveis peso e

estatura foram autorreferidas e obteve-se a informação antes e durante a pandemia, sendo considerado baixo peso ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$), eutrófico (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m^2), sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m^2), obesidade grau I (IMC entre 30 e 34,9 kg/m^2), obesidade grau II (IMC entre 35 e 39,9 kg/m^2) e obesidade grau III ($IMC > 40 \text{ kg/m}^2$).¹⁴

A circunferência abdominal, também foi avaliada para verificação da presença de obesidade abdominal. Sua mensuração foi realizada no ponto médio entre o último rebordo costal e a crista ilíaca superior e realizada por um pesquisador através de fita métrica inelástica da marca Cardiomed ®. Foi considerada presença obesidade abdominal, quando calculada a relação cintura-estatura (RCE), que foi obtida através razão entre a circunferência abdominal e a estatura, e encontrado valor $\geq 0,5$.¹⁵

A atividade física foi analisada de forma acumulada, combinando os tempos e frequências com que foram relatadas antes e durante a pandemia. Foram considerados fisicamente ativos aqueles que praticavam atividade física por, no mínimo, 150 minutos semanais ou que tinham frequência de atividade física maior ou igual a cinco vezes por semana. Para análise estatística, foram categorizados em *inativos* (menor que 150 minutos) e *ativos* (maior ou igual a 150 minutos).¹⁶

O sedentarismo foi avaliado considerando o tempo destinado à telas (televisão, computador, celular ou *tablet*). Foi considerado sedentário o indivíduo que apresentou tempo de tela maior ou igual a 3 horas por dia.⁷

A frequência de consumo alimentar foi avaliada considerando a quantidade de dias na semana em que houve a ingestão dos seguintes alimentos distribuídos em dois grupos: alimentos saudáveis - feijão, salada de verduras cruas, salada de legumes cozidos, carne vermelha ou branca, suco de fruta, frutas *in natura*, leite, alimentos integrais - e não saudáveis - alimentos prontos congelados, refrigerantes, sucos artificiais, alimentos ricos em açúcares (balas, tortas, chocolates), pizzas e sanduíches, salgadinhos de pacote-. Foi considerada inadequada a frequência de consumo maior ou igual a cinco vezes por semana dos alimentos não saudáveis e menor que cinco vezes por semana, dos alimentos saudáveis.⁷

Foi considerado fumante aquele que convive com quem fuma ou quem, em toda sua vida consumiu, no mínimo 100 unidades de cigarro ou cinco maços completos e ainda hoje fuma no mínimo 1 cigarro por dia. É consumidor de bebida alcoólica quem consome no mínimo 1 dose de qualquer bebida contendo álcool durante a semana. Foi considerado adequado o consumo de até 4 doses de bebida alcoólica por semana.^{7, 17.}

Para avaliar o padrão de sono dos entrevistados, foram observadas a presença de dificuldade para dormir, dificuldade para acordar, dificuldade para continuar a dormir, ronco, sono fragmentado, pesadelos, cansaço durante o trabalho ou lazer, alterações de humor, hábito de cochilar durante o trabalho ou lazer, satisfação com o tempo de sono, regularidade dos horários de dormir e acordar e cronotipo autorreferido.⁷

O cronotipo é uma característica do sistema de temporização circadiana e também foi avaliado neste estudo. Embora seja uma variável independente de etnia e condição socioeconômica, é influenciado pelo estilo de vida e fatores biológicos endógenos do indivíduo e pode ser matutino, quando o indivíduo se sente mais disposto pela manhã e tende a dormir mais cedo e vespertino, quando o indivíduo acorda e dorme mais tarde e se sente mais disposto durante à noite. Esta variável foi categorizada em indivíduos matutinos, mais matutinos que vespertinos, indivíduos vespertinos e mais vespertinos que matutinos, sendo considerado mais adequados os cronotipos matutinos e mais matutinos que vespertinos, uma vez que a espécie humana é mais diurna e concentra suas atividades durante o dia e reserva a noite para o repouso.¹⁸

Para a coleta de dados da pesquisa e visando atender aos objetivos foi utilizado um formulário com 85 perguntas divididas em blocos de informações sociodemográficas, estilo de vida, padrão de sono e repouso que consiste na adaptação de três outros questionários: o questionário “ConVid – Pesquisa de comportamentos” da Fiocruz, o bloco P do questionário da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do IBGE e o questionário da pesquisa “Mudanças em hábitos saudáveis e estilo de vida durante a pandemia da COVID-19: uma *websurvey* para a população brasileira” da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), do Hospital das Clínicas de Porto Alegre em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz. Foi realizada entrevista estruturada e presencial com duração média de 24 minutos em ambiente privado com apenas um profissional e o entrevistador. A variável estilo de vida foi categorizada em escala de *Guttman* (nenhum dia, 1 dia por semana, de 2 a 4 dias e 5 dias ou mais) e a variável padrão de sono e repouso foi categorizada em escala de *Likert* por frequência (sempre, frequentemente, eventualmente e nunca).

Após a realização do download dos dados da plataforma de coleta, as informações foram reorganizadas e analisadas quanto a consistência. Em seguida, a planilha foi importada pelo software *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS* versão 22.0 para codificação e análise estatística.

Para verificar a distribuição das informações sociodemográficas entre os participantes, realizou-se a medida de frequência absoluta e relativa para a população geral do estudo (N) cada uma das categorias, enfermeiros e médicos, e para comparar a distribuição dessas informações entre as duas categorias foi utilizado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, quando necessário.

O teste de McNemar foi utilizado para verificar se houve mudança significativa das variáveis: estado nutricional, estilo de vida (consumo alimentar, prática de atividade física, sedentarismo, consumo de bebida alcoólica e consumo de cigarro) e do padrão de sono e repouso, comparando os períodos de antes e durante a pandemia de COVID-19, dentro de cada categoria de profissionais de saúde (enfermeiros e médicos), dada a semelhança no nível de atribuições entre estes profissionais, bem como a similaridade na demanda assistencial em ambos os grupos dentro da atenção básica.

Para todas as análises estatísticas foram adotadas margem de erro de 5%. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob o número do CAAE 43340721.0.0000.5187.

RESULTADOS

Dos entrevistados, a maioria era do sexo feminino, 45,7% apresentavam cor da pele não-branca e 50,0% apresentavam excesso de peso, embora a prevalência seja maior entre os médicos (Tabela 1). Em relação aos dados laborais, apenas 49,1% possuíam vínculo efetivo com a atenção básica do município, 46,4% possuía mais de um vínculo e 73,6% relataram que houve sobrecarga de trabalho durante a pandemia. Não se observou diferença significativa entre a maioria das variáveis sociodemográficas, estado nutricional e informações laborais entre as classes, mas o sexo feminino esteve associado ao grupo de enfermeiros e o aumento da renda e da existência de um ou mais emprego à classe médica (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas, estado nutricional e informações laborais dos enfermeiros e médicos da atenção básica de Campina Grande – PB, 2021.

Variável	N	%	Enfermeiro n(%)	Médico n(%)	p*
Sexo					
Masculino	33	23,6	2 (2,9)	31 (44,3)	<0,001*
Feminino	107	76,4	68 (97,1)	39 (55,7)	
Cor da pele					
Branca	76	54,3	29 (41,4)	35 (50,0)	0,309
Não-branca	54	45,7	41 (58,6)	35 (50,0)	
Peso médio					
≤ 67 kg	71	50,7	42 (60,0)	29 (41,4)	0,021
> 67 kg	69	49,3	28 (40,0)	41 (58,6)	
Estado Nutricional					
Baixo peso / Eutrofia	70	50,0	34 (48,6)	36 (51,4)	0,433
Sobrepeso / Obesidade	70	50,0	36 (51,4)	34 (48,6)	
Relação CA x Estatura					
< 0,5	114	81,4	61 (87,1)	53 (75,7)	0,064
≥ 0,5	26	18,6	9 (12,9)	17 (24,3)	
Vínculo com a Atenção Básica					
Efetivo / Concursado	69	49,3	32 (45,7)	37 (52,9)	0,398
Contrato por tempo determinado	71	50,7	38 (54,3)	33 (47,1)	
Vínculos fora da Atenção Básica					
Não possui	75	53,6	46 (65,7)	29 (41,4)	0,004
Possui um ou mais	65	46,4	24 (34,3)	41 (58,6)	
Titulação educacional					
Graduação / Especialização	126	90,0	62 (88,6)	64 (91,4)	0,573
Mestrado / Doutorado	14	10,0	8 (11,4)	6 (8,6)	
Sobrecarga de trabalho					
Trabalhou igual ou menos que o normal	37	26,4	16 (22,9)	21 (30,0)	0,338
Trabalhou mais que o normal e se sentiu sobrecarregado.	103	73,6	54 (77,1)	49 (70,0)	
Renda					
Permaneceu igual / Diminuiu	99	70,7	55 (78,6)	44 (62,9)	0,041
Aumentou	41	29,3	15 (21,4)	26 (37,1)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

* Teste exato de Fisher

Considerando todos os profissionais avaliados, observou-se que houve aumento significativo no tempo destinado a assistir televisão ($p < 0,001$), diminuição na prática de atividade física ($p=0,014$) e redução significativa do tempo de atividade física ($p < 0,001$). Quando estratificado por categoria, todos esses achados permaneceram entre os enfermeiros, mas entre os médicos não se observou a diminuição da prática de atividade física. Apesar da mudança nessas variáveis de estilo de vida, não se verificou alteração significativa no estado nutricional ($p=1,000$).

Tabela 2 - Comparação do estado nutricional, estilo de vida (atividade física, comportamento sedentário, etilismo, consumo de cigarro) entre enfermeiros e médicos da atenção básica antes e durante a pandemia de COVID-19, 2021*

Variáveis	População total estudada			Enfermeiros			Médicos		
	Antes da pandemia	Durante a pandemia	<i>p</i>	Antes da pandemia	Durante a pandemia	<i>p</i>	Antes da pandemia	Durante a pandemia	<i>p</i>
Estado Nutricional									
Baixo peso / Eutrofia n(%)	71 (50,7)	70 (50,0)	1,000	37 (52,9)	34 (48,6)	0,453	34 (48,6)	36 (51,4)	0,727
Sobrepeso / obesidade n(%)	69 (49,3)	70 (50,0)		33 (47,1)	36 (51,4)		36 (51,4)	34 (48,6)	
Assistir televisão									
Menos de 3 horas por dia n(%)	24 (17,1)	20 (14,3)	<0,001	54 (77,1)	13 (18,6)	<0,001	62 (88,6)	7 (10,0)	< 0,001
3 ou mais horas por dia n(%)	116 (82,9)	120 (85,7)		16 (22,9)	57 (81,4)		8 (11,4)	63 (90,0)	
Uso de tablet / computador									
Menos de 3 horas por dia n(%)	25 (17,9)	19 (13,6)	0,146	15 (21,4)	11 (15,7)	0,219	10 (14,3)	8 (11,4)	0,688
3 ou mais horas por dia n(%)	115 (82,1)	121 (86,4)		55 (78,6)	59 (84,3)		60 (85,7)	62 (88,6)	
Prática de atividade física									
< 5 vezes na semana n(%)	95 (67,9)	111 (79,3)	0,014	45 (64,3)	58 (82,9)	0,002	50 (71,4)	53 (75,7)	0,664
≥ 5 vezes na semana n(%)	45 (32,1)	29 (20,7)		25 (35,7)	12 (17,1)		20 (28,6)	17 (24,3)	
Tempo de atividade física semanal									
< 150 minutos / semana n(%)	53 (37,9)	87 (62,1)	<0,001	29 (41,4)	46 (65,7)	0,003	24 (34,3)	41 (58,6)	0,009
≥ 150 minutos / semana n(%)	87 (62,1)	53 (37,9)		41 (58,6)	24 (34,3)		46 (65,7)	29 (41,4)	
Consumo de bebida alcoólica (N=86)									
Até 4 doses n(%)	72 (83,7)	69 (80,2)	0,549	36 (80,0)	37 (82,2)	1,000	36 (87,8)	32 (78,0)	0,219
5 doses ou mais n(%)	14 (16,3)	17 (19,8)		9 (20,0)	8 (17,8)		5 (12,2)	9 (22)	
Consumo de cigarro									
Nunca / Eventualmente n(%)	138 (98,6)	138 (98,6)	1,000	70 (100,0)	70 (100,0)	---	68 (97,1)	68 (97,1)	1,000
Sempre / Frequentemente n(%)	2 (1,4)	2 (1,4)		0 (0,0)	0 (0,0)		2 (2,9)	2 (2,9)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

*Teste de McNemar

Em relação à frequência de consumo alimentar, a mudança significativa ocorreu somente no grupo dos médicos com diminuição da ingestão do feijão ($p=0,003$) e aumento do consumo de refrigerante e sucos artificiais ($p=0,008$) e chocolates e tortas ($p=0,007$) (Tabela 3).

Do total de entrevistados, 86 relataram consumir bebida alcoólica regularmente, mas não houve mudança significativa em relação aos dois períodos.

Tabela 3 - Comparação da frequência de consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis e quantidade de bebida alcoólica por enfermeiros e médicos da atenção básica de Campina Grande antes e durante a pandemia de COVID-19, 2021.*

Variáveis	Antes da pandemia		Durante a pandemia		p
	< 5 vezes na semana n(%)	≥ 5 vezes na semana n(%)	< 5 vezes na semana n(%)	≥ 5 vezes na semana n(%)	
Enfermeiros					
Alimentos saudáveis					
Frutas	34 (48,6)	36 (51,4)	37 (52,9)	33 (47,1)	0,607
Verduras / legumes	34 (48,6)	36 (51,4)	35 (50,0)	35 (50,0)	1,000
Feijão	35 (50,0)	35 (50,0)	35 (50,0)	35 (50,0)	1,000
Alimentos integrais	54 (77,1)	16 (22,9)	53 (75,7)	17 (24,3)	1,000
Carnes	11 (15,7)	59 (84,3)	13 (18,6)	57 (81,4)	0,625
Alimentos não-saudáveis					
Refrigerantes e sucos artificiais	64 (91,4)	6 (8,6)	62 (88,6)	8 (11,4)	0,774
Massas e frituras	70 (100,0)	0 (0,0)	68 (97,1)	2 (2,9)	-
Embutidos	65 (92,9)	5 (7,1)	70 (100,0)	0 (0,0)	-
Salgados de pacote e biscoitos recheados	69 (98,6)	1 (1,4)	64 (91,4)	6 (8,6)	0,063
Chocolates e tortas	65 (92,9)	5 (7,1)	60 (85,7)	10 (14,3)	0,180
Médicos					
Alimentos saudáveis					
Frutas	27 (38,6)	43 (61,4)	32 (45,7)	38 (52,3)	0,383
Verduras / legumes	31 (44,3)	39 (55,7)	35 (50,0)	35 (50,0)	0,454
Feijão	31 (44,3)	39 (55,7)	42 (60,0)	28 (40,0)	0,003
Alimentos integrais	52 (74,3)	18 (25,7)	52 (74,3)	18 (25,7)	1,000
Carnes	11 (15,7)	59 (84,3)	14 (20,0)	56 (80,0)	0,375
Alimentos não-saudáveis					
Refrigerantes e sucos artificiais	67 (95,7)	3 (4,3)	59 (84,3)	11 (15,7)	0,008
Massas e frituras	67 (95,7)	3 (4,3)	64 (91,0)	6 (9,0)	0,508
Embutidos	63 (90,0)	7 (10,0)	62 (88,6)	8 (11,4)	1,000
Salgados de pacote e biscoitos recheados	70 (100,0)	0 (0,0)	68 (97,1)	2 (2,9)	-
Chocolates e tortas	63 (90,0)	7 (10,0)	52 (74,3)	18 (25,7)	0,007
População geral estudada					
Alimentos saudáveis					
Frutas	61 (43,6)	79 (56,4)	69 (49,3)	71 (50,7)	0,243
Verduras / legumes	65 (46,4)	75 (53,6)	70 (50,0)	70 (50,0)	0,442
Feijão	66 (47,1)	74 (52,9)	77 (55,0)	63 (45,0)	0,013
Alimentos integrais	106 (75,7)	34 (24,3)	105 (75,0)	35 (25,0)	1,000
Carnes	22 (15,7)	118 (84,3)	27 (19,3)	113 (80,7)	0,180
Alimentos não-saudáveis					
Refrigerantes e sucos artificiais	131 (93,6)	9 (6,4)	121 (86,4)	19 (13,6)	0,041
Massas e frituras	137 (97,9)	3 (2,1)	132 (94,3)	8 (5,7)	0,227
Embutidos	128 (91,4)	12 (8,6)	132 (94,3)	8 (5,7)	0,388
Salgados de pacote e biscoitos recheados	139 (99,3)	1 (0,7)	132 (94,3)	8 (5,7)	0,016
Chocolates e tortas	128 (91,4)	12 (8,6)	112 (80,0)	28 (20,0)	0,002

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

*Teste de McNemar

O padrão de sono e repouso foram os mais afetados pelo contexto de pandemia, sendo possível perceber piora global de todas as variáveis analisadas, principalmente entre os enfermeiros (Tabela 4).

Considerando a população geral estudada, dos 13 itens avaliados, apenas dois, regularidade do sono ($p=1,000$) e uso de celular antes de dormir ($p=0,581$) não apresentaram mudança significativa. Quando estratificado por classes, o grupo de médicos sofreu impacto nos aspectos fragmentação do sono ($p <0,001$), sonolência diurna ($p <0,001$), mau humor ($p <0,001$) e sonolência no período de lazer ($p= 0,002$) e o de enfermeiros em dificuldade para dormir ($p <0,001$), presença de insônia ($p <0,001$), fragmentação do sono ($p <0,001$), sonolência diurna ($p <0,001$), mau humor ($p <0,001$) e sensação de descanso após o sono ($p= 0,003$) (Tabela 4)

Não houve mudança significativa do cronotipo autorreferido em relação aos dois períodos. De todos os entrevistados, 60,7% se consideravam mais matutino e 39,3% se consideravam mais vespertino antes da pandemia. Com a pandemia, houve variação de 2,2% em relação ao período anterior ($p= 0,581$). Entre os enfermeiros, a prevalência passou de 58,6% para 60% e de 41,4% para 40% de matutinos e vespertinos, antes e durante a pandemia, respectivamente. Entre os médicos, 62,9% e 37,1% se consideravam mais matutinos e mais vespertinos antes da pandemia, respectivamente. Durante a pandemia, houve aumento de 2,8% nos matutinos e de redução de 2,8% nos vespertinos ($p= 0,688$).

Tabela 4 – Comparação do padrão de sono e repouso entre os enfermeiros e médicos atuantes na atenção de Campina Grande antes e durante a pandemia de COVID-19, 2021.*

Variáveis	Antes da pandemia		Durante a pandemia		p
	Nunca / Eventualmente n(%)	Sempre / Frequentemente n(%)	Nunca / Eventualmente n(%)	Sempre / Frequentemente n(%)	
Enfermeiros					
Dificuldade para dormir	63 (90,0)	7 (10,0)	45 (64,3)	25 (35,7)	<0,001
Dificuldade para acordar	63 (90,0)	7 (10,0)	57 (81,4)	13 (18,6)	0,031
Insônia	60 (85,7)	10 (14,3)	44 (62,9)	26 (37,1)	<0,001
Ronco	62 (88,6)	8 (11,4)	56 (80,0)	14 (20,0)	0,109
Sono fragmentado	62 (88,6)	8 (11,4)	44 (62,9)	26 (37,1)	<0,001
Pesadelos	68 (97,1)	2 (2,9)	63 (90,0)	7 (10,0)	0,125
Sonolência diurna	66 (94,3)	4 (5,7)	35 (50,0)	35 (50,0)	<0,001
Mau humor	65 (92,9)	5 (7,1)	43 (61,4)	27 (38,6)	<0,001
Cochilos durante o trabalho	69 (98,6)	1 (1,4)	66 (94,3)	4 (5,7)	0,250
Sonolência no lazer	63 (90,0)	7 (10,0)	56 (80,0)	14 (20,0)	0,016
Sensação de descanso pós-sono	23 (32,9)	47 (67,1)	38 (54,3)	32 (45,7)	0,003
Regularidade do sono	21 (30,0)	49 (70,0)	24 (34,3)	46 (65,7)	0,581
Uso de celular antes de dormir	22 (31,4)	48 (68,6)	19 (27,1)	51 (72,9)	0,375
Médicos					
Dificuldade para dormir	58 (82,9)	12 (17,1)	52 (74,3)	18 (25,7)	0,180
Dificuldade para acordar	60 (85,7)	10 (14,3)	55 (78,6)	15 (21,4)	0,180
Insônia	68 (97,1)	2 (2,9)	62 (88,6)	8 (11,4)	0,031
Ronco	59 (84,3)	11 (15,7)	56 (80,0)	14 (20,0)	0,375
Sono fragmentado	64 (91,4)	6 (8,6)	48 (68,6)	22 (31,4)	<0,001
Pesadelos	68 (97,1)	2 (2,9)	65 (92,9)	5 (7,1)	0,250
Sonolência diurna	59 (84,3)	11 (15,7)	40 (57,1)	30 (42,9)	<0,001
Mau humor	61 (87,1)	9 (12,9)	40 (57,1)	30 (42,9)	<0,001
Cochilos durante o trabalho	68 (97,1)	2 (2,9)	65 (92,9)	5 (7,1)	0,375
Sonolência no lazer	66 (94,3)	4 (5,7)	56 (80,0)	14 (20,0)	0,002
Sensação de descanso pós-sono	26 (37,1)	44 (62,9)	33 (47,1)	37 (52,9)	0,248
Regularidade do sono	26 (37,1)	44 (62,9)	23 (32,9)	47 (67,1)	0,607
Uso de celular antes de dormir	20 (28,6)	50 (71,4)	20 (28,6)	50 (71,4)	1,000
População geral estudada					
Dificuldade para dormir	121 (86,4)	19 (13,6)	97 (69,3)	43 (30,7)	<0,001
Dificuldade para acordar	123 (87,9)	17 (12,1)	112 (80,0)	28 (20,0)	0,007
Insônia	128 (91,4)	12 (8,6)	106 (75,7)	34 (24,3)	<0,001
Ronco	121 (86,4)	19 (13,6)	112 (80,0)	28 (20,0)	0,035
Sono fragmentado	126 (90,0)	14 (10,0)	92 (65,7)	48 (34,3)	<0,001
Pesadelos	136 (97,1)	4 (2,9)	128 (91,4)	12 (8,6)	0,021
Sonolência diurna	125 (89,3)	15 (10,7)	75 (53,6)	65 (46,4)	<0,001
Mau humor	126 (90,0)	14 (10,0)	83 (59,3)	57 (40,7)	<0,001
Cochilos durante o trabalho	137 (97,9)	3 (2,1)	131 (93,6)	9 (6,4)	0,070
Sonolência no lazer	129 (92,1)	11 (7,9)	112 (80,0)	28 (20,0)	<0,001
Sensação de descanso pós-sono	49 (35,0)	91 (65,0)	71 (50,7)	69 (49,3)	0,003
Regularidade do sono	47 (33,6)	93 (66,4)	47 (33,6)	93 (66,4)	1,000
Uso de celular antes de dormir	42 (30,0)	98 (70,0)	39 (27,9)	101 (72,1)	0,581

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

*Teste de McNemar

DISCUSSÃO

O presente estudo aponta que, mesmo antes da pandemia, havia um elevado índice de sobrepeso/obesidade entre os profissionais de saúde da atenção básica de Campina Grande e que eles já apresentavam alguns hábitos de vida não saudáveis, os quais foram agravados durante a pandemia. Estes resultados são muito importantes, uma vez que essas mudanças podem contribuir para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis nessa população e podem estar sendo colocadas em segundo plano devido ao atual momento da pandemia, no qual se discute a eficácia das intervenções e estratégias efetivas de controle da propagação da doença.

Embora a prevalência de excesso de peso já fosse elevada na população geral antes da pandemia, observou-se ganho de peso durante a pandemia, como apontam os dados do VIGITEL (2021) que mostram que a prevalência de excesso de peso nos brasileiros foi de 57,8%, sendo 21,8% obesos, sendo ligeiramente maior entre homens (58,9%) com maior grau de escolaridade do que entre mulheres (56,2%).

O comportamento sedentário entre os profissionais também já era elevado no período anterior à pandemia, além de estar associado menor prática de atividade física e de frequência de consumo de alimentos saudáveis como feijão, fruta e verdura. A pesquisa *Diet and Health Under COVID-19*, realizada em 30 países do mundo, constatou que o estilo de vida da população em geral mudou durante a pandemia e que isso foi decisivo para que o Brasil fosse o país onde mais houve ganho de peso pela população neste período, com aumento médio de 6,5 kg por pessoa. Isso se deve à redução no consumo de frutas, legumes, verduras e da prática de atividade física sob influência do cenário pandêmico^{19,20}

As incertezas do contexto pandêmico trouxeram mudanças na frequência de consumo alimentar, estilo de vida e padrão de sono dos profissionais de saúde, porém não se observou aumento significativo na prevalência de obesidade/sobrepeso. Contudo, a prevalência de excesso de peso na população estudada (50,0%) é preocupante e reforça a necessidade de estratégias coletivas de promoção à saúde e mudanças positivas no estilo de vida de quem cuida, através do delineamento de ações multiprofissionais que orientem estes profissionais com relação às atitudes e consequências da sua prática clínica, inclusive melhorando a qualidade dos cuidados dispensados ao usuário.

A mudança de estilo de vida e frequência de consumo alimentar dos enfermeiros e médicos deste estudo pode estar associada a fatores inerentes ao trabalho desenvolvido na

atenção básica em função da pandemia, no qual se observou aumento da carga de trabalho. Neste estudo, percebeu-se que 74,6% dos entrevistados relataram maior demanda assistencial na atenção básica, não havendo diferença significativa entre os enfermeiros e médicos, o que é corroborado pelo estudo de Zhang et. al. (2021)¹², que aponta os efeitos do trabalho adicional sobre os profissionais de saúde da atenção primária chinesa.

Considerando que a maior parte dos casos de COVID-19 são de sintomatologia leve a moderada, infere-se que a atenção básica se torna o serviço assistencial preferencial, o que resulta em estresse aos seus colaboradores e pode interferir negativamente na escolha alimentar e em outros aspectos do estilo de vida destes. Esta demanda pode tornar o espaço da atenção básica num ambiente insalubre, causando demasiada exposição do profissional e estimulando a adoção de hábitos de vida pouco saudáveis.⁴¹

Ainda, as modificações do estilo de vida derivadas do contexto de trabalho podem estar associadas à outros fatores como a quantidade de vínculos empregatícios, que resultam em maior cansaço e encontram escape em hábitos de vida menos saudáveis. Observou-se que a maior parte dos profissionais deste estudo possuem vínculo empregatício não-efetivo e, somando-se a ausência de piso salarial nas categorias e o impacto sobre a renda, vem à tona a necessidade de maiores jornadas de trabalho para suprir às demandas financeiras.

Durante a pandemia de COVID-19 a qualidade da alimentação do brasileiro piorou. Os alimentos ultraprocessados, calóricos e ricos em açúcares e gorduras foram os preferidos pela maior parte da população durante o distanciamento social imposto pela pandemia, pois a necessidade de conforto, além do medo e insegurança impostos pela situação sanitária, transformou o consumo alimentar em uma saída rápida e satisfatória para lidar com o estresse e a tensão. Estes alimentos exercem efeito sobre o sistema nervoso do indivíduo, pois são capazes de estimular a via dopaminérgica mesolímbica e liberar dopamina nos núcleos de *accumbens* do sistema nervoso, o que resulta em grande sensação de prazer e isso pode explicar a elevada prevalência de consumo destes alimentos encontrada neste estudo. A dieta e o excesso de peso modificam a sinalização celular da dopamina, o que leva ao maior consumo de alimentos de pior qualidade nutricional.^{7, 20, 21.}

O estudo de Lamounier et. al. (2021)²² verificou que 41,6% dos profissionais da atenção básica de Montes Claros, Minas Gerais, no sudeste brasileiro aumentou o consumo de alimentos ultraprocessados como tortas, chocolates, salgadinhos de pacote, pizzas, frituras e alimentos congelados durante a pandemia e, juntamente com os achados do estudo de Ribeiro-Silva et. al.

(2020) que mostram queda no consumo de alimentos saudáveis e adequados durante a pandemia são compatíveis com os deste estudo e apontam que a pandemia é um dos maiores responsáveis pela piora da segurança alimentar e nutricional do Brasil³⁷ e que pode ser explicado pela necessidade de canalização do estresse e sensações de insegurança causadas pela pandemia de Coronavírus.

Ainda, constatou-se que os enfermeiros e médicos da AB passaram mais tempo diante das telas em geral durante a pandemia quando comparado com o período anterior. Os resultados preliminares do Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA-Brasil)²³ que analisou o impacto de COVID-19 sobre a saúde da população brasileira entrevistando 5.369 participantes em cinco centros de investigação no Brasil, corroboram os achados deste estudo, apontando que houve aumento de 62,2% no tempo de exposição contínua a telas de celulares, *tablets*, computadores e televisão na população geral durante a pandemia. No entanto, o tempo de tela antes da pandemia já era demasiadamente elevado entre os profissionais de saúde da AB, como mostram os achados do estudo de Sousa et. al., (2017)²⁹ realizado no estado do Piauí no qual 77% dos profissionais da saúde da atenção básica já passavam mais de três horas por dia diante da TV e outros meios digitais de comunicação antes mesmo da pandemia.^{23, 24}

O aumento global no tempo de tela pode estar associado a necessidade de informações sobre os desdobramentos da pandemia mundo afora e ao contato com familiares e amigos que passou a acontecer mais frequentemente através de videochamadas e outros meios digitais de comunicação em razão da pandemia, bem como para entretenimento, uma vez que medidas de distanciamento social foram rigidamente impostas.^{23, 24}

As restrições de circulação para minimizar a velocidade de disseminação do vírus são as maiores responsáveis pela mudança na prática de atividade física durante a pandemia e resultaram na diminuição significativa da frequência semanal de realização entre enfermeiros e médicos, o que pode explicar a redução na prática de atividade física ser mais prevalente entre os enfermeiros.

Estudos como os publicados por Malta et. al. (2020 e 2021)^{25, 26} apontaram redução nos níveis de atividade física moderada e intensa. O menor tempo gasto em cada vez que o indivíduo praticava atividade física identificado neste estudo, sendo mais prevalente entre os enfermeiros, também é corroborado pelo estudo de Marques-Sule et. al. (2021)²⁷ no qual observa-se que enfermeiros tendem a praticar menos atividade física, em frequência e tempo, do que outras categorias profissionais da saúde. Os dados preliminares do estudo do ELSA-Brasil (2021)²³

feito com a população geral durante a pandemia mostraram que 60,9% dos entrevistados aumentaram o tempo sentado / deitado ou reclinado durante a pandemia.

A atividade física regular e moderada é considerada de suma importância no adoecimento por COVID-19 por ser capaz de modular o sistema imunológico e pré-definir melhor desfecho clínico nos doentes. O exercício físico libera citocinas anti-inflamatórias e estimula a produção de interferons do tipo I (INF-I) que aumentam a produção e direcionamento das células de defesa e estimula a ação de células do tipo macrófagos e linfócitos, que poderão reduzir a carga viral no indivíduo doente e melhorar o controle da resposta inflamatória, uma vez que a inatividade física diminui a produção dos INF-I e a infecção por Coronavírus é capaz de acentuar esta insuficiência.²⁸

O consumo de bebida alcoólica aumentou em 10% no mundo e 14% no Brasil durante a pandemia²⁰. Embora o consumo de álcool tenha sido maior do que no período anterior, entre os profissionais entrevistados não houve alterações significativas. Os profissionais da saúde relataram beber menos durante a pandemia devido à grande necessidade de atenção e responsabilidade exigida para desempenhar seus papéis no ambiente de trabalho. Os enfermeiros consomem menos álcool do que os médicos, mas isso pode ser explicado pela quantidade significativamente maior de mulheres neste grupo, o que também está associado ao fato de que mulheres tendem a ingerir menos álcool do que homens.³⁰

Por outro lado, o consumo de cigarro reduziu em 3% na população geral brasileira durante as restrições provocadas pela pandemia, não acompanhou os achados deste estudo, que não apontou modificações.³⁰ Embora a maioria não seja fumante, a pequena parcela que possui o hábito o manteve sem alterações. Estes achados corroboram com os deste estudo, mas contrastam com os resultados preliminares do ELSA-Brasil²³, que identificou aumento de 6,6% no consumo de cigarros durante a pandemia, o que pode ser explicado pela maior prevalência de pessoas com mais de 55 anos na amostra do estudo.

A pandemia do novo Coronavírus elevou significativamente a carga de trabalho e de estresse dos profissionais de saúde em geral. Os achados do estudo de Park et. al., (2021)³¹ que entrevistou 381 profissionais de saúde de quatro hospitais na Coreia do Norte concluíram que o trabalho durante a pandemia elevou o nível de estresse e a maior prevalência destas alterações estão no sexo feminino, que é naturalmente mais exposto. O estresse é um potente fator de risco para o adoecimento e para um pior prognóstico em casos de infecção por Coronavírus, pois

desencadeia exaustão metabólica que pode modificar os mecanismos de produção e diminuir a secreção de anticorpos.^{32,33}

A qualidade do sono dos profissionais de saúde tem sido amplamente evidenciada na literatura como um dos aspectos mais afetados pelo cenário pandêmico e um dos mais afetados pelos altos níveis de estresse resultado da rotina da AB no momento de pandemia, o que leva os profissionais a viverem uma “epidemia paralela”. Isto se confirma com os achados deste estudo, que mostrou piora significativa no sono, repouso, humor e disposição dos profissionais. Estes achados também podem estar sob influência da quantidade de vínculos empregatícios destes profissionais, sobretudo na categoria dos médicos.

A maior carga de trabalho relatada pelos entrevistados deste estudo pode explicar estas modificações no padrão de sono e repouso. Os achados deste estudo reforçam os resultados encontrados por Abdalla et. al. (2021)³⁴ num estudo feito em Nova Iorque acompanhando profissionais de saúde durante dez semanas e Zhou et. al. (2020)³⁵ na China. Ambos observaram, em suas respectivas populações, que a maior jornada de trabalho em um ambiente destinado à COVID foi associada a maior chance de sintomas de insônia e esse efeito aumentou com o aumento da jornada de trabalho. O tempo e os protocolos destinados ao cuidado dos pacientes infectados podem explicar a dificuldade de dormir e de descansar nos momentos de folga.

É possível perceber uma forte interação entre as variáveis deste estudo, uma vez que a elevada carga de trabalho num ambiente de grande exposição à agentes contaminantes desencadeia maiores níveis de estresse, piora do humor e resulta em maior cansaço e dificuldade de repouso. Por sua vez, estas variáveis exercem influência sobre as escolhas alimentares, sobre a redução dos níveis de atividade física e aumento do sedentarismo. Como consequência, verifica-se piora na qualidade do sono e repouso, que piora o estresse e retroalimenta a relação cíclica criada pela necessidade de trabalhar diretamente na assistência a casos suspeitos e confirmados de COVID-19, mesmo em um nível de atenção de baixa complexidade e que permite a adoção de estratégias preventivas de maneira eficaz.

Um estudo³⁶ conduzido com 130 indivíduos adultos com sobrepeso demonstrou que a privação ou má qualidade do sono reduz os níveis do hormônio responsável pela saciedade, a leptina, e aumenta os níveis do hormônio responsável pela fome, a grelina. Isso também foi associado à menor disposição de praticar atividade física, o que reduz o gasto calórico. Alterações no sono induzem escolhas alimentares mais calóricas e ricas em açúcares e gorduras,

o que reforça os achados deste estudo e pode explicar a relação de dependência entre as variáveis analisadas neste estudo.

Dados obtidos pela FIOCRUZ, que entrevistou 16 mil profissionais de saúde do Brasil, mostram que 15,8% dos entrevistados relataram perturbação no sono, 13,6% relataram irritabilidade e choro frequentes, 11,7% disseram se sentir incapazes de relaxar ou estressados e 9,1% relataram sensação de apatia ou tristeza, o que reforça os significativos achados deste estudo⁵. A insegurança e a volatilidade das ações de biossegurança no ambiente da atenção básica, o medo de contaminação e disseminação do patógeno aos familiares e as baixas taxas de sucesso das intervenções terapêuticas (excluindo-se a vacinação) instituídas para o tratamento dos casos de COVID desmotivam e levam o profissional ao esgotamento físico e mental, o que pode explicar os achados deste estudo no que concerne ao impacto sobre o padrão de sono e repouso.

Embora os fatores etiológicos que envolvem estas associações estejam em amplo crescimento na literatura, analisar estas variáveis no contexto da atenção básica é inovador e extremamente importante a fim de diminuir as consequências impostas pelas peculiaridades do momento sobre a população estudada à médio e longo prazo.

Esta pesquisa apresenta algumas limitações importantes, como a utilização de peso e altura autorreferidos e um formulário que avalia a qualidade do sono de forma autorreferida. A actimetria é a maneira mais adequada de realizar avaliações relacionadas ao ciclo de sono, mas que, dado o seu alto custo logístico e operacional, torna-se inviável para estudos desta proporção. Ainda, o delineamento transversal deste estudo não permite avaliar a causalidade, sendo necessária a realização de estudos longitudinais para maior elucidação dos efeitos negativos exercidos pelo cenário pandêmico no estilo e qualidade de vida dos profissionais de saúde.

Este é um estudo inédito, que traz informações relevantes e inovadoras acerca das consequências prescritas pela pandemia de COVID-19 aos profissionais de saúde da atenção básica e, portanto, é possível verificar que o estilo de vida e o padrão de sono e repouso da população estudada foi ampla e negativamente afetada. Embora o estado nutricional não tenha sido significativamente modificado, alterações no estilo de vida e o padrão de sono levam a desfechos mais amplos, como o desenvolvimento e agravamento de doenças crônicas. Estas são variáveis multidimensionais e são necessárias análises mais específicas para explicar as relações existentes com o cenário e o desfecho.

Dessa forma, conclui-se que mesmo antes da pandemia os profissionais da atenção básica já apresentavam elevada prevalência de sobrepeso/obesidade e adotava estilo de vida pouco saudável, que piorou em decorrência da pandemia. Isso mostra a necessidade de serem traçadas estratégias voltadas à saúde do trabalhador e a execução de ações de cuidado destinadas aos profissionais da atenção básica, principalmente em situações de emergências sanitárias, através da articulação intra e intersetorial de modo que otimize a demanda e o fluxo assistencial na atenção primária à saúde minimizando o impacto e risco ao trabalho de quem cuida, uma vez que as ações desenvolvidas neste ambiente são pautadas em estratégias de promoção à saúde e prevenção de agravos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ghebreyesus, T. A. (2020). Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. *World Psychiatry*, 19(2), 129.
2. Holmes, Emily A., et al. "Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science." *The Lancet Psychiatry* 7.6 (2020): 547-560.
3. Brooks, S., Amlot, R., Rubin, G. J., & Greenberg, N. (2020). Psychological resilience and post-traumatic growth in disaster-exposed organisations: overview of the literature. *BMJ Mil Health*, 166(1), 52-56.
4. Carrieri, D., Briscoe, S., Jackson, M., Mattick, K., Papoutsi, C., Pearson, M., & Wong, G. (2018). 'Care Under Pressure': a realist review of interventions to tackle doctors' mental ill-health and its impacts on the clinical workforce and patient care. *Bmj Open*, 8(2), e021273.
5. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde [Internet]. 2021 Mar 22. Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ; [cited 2021 Oct 7]; Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>.
6. Almeida, I. M. D. (2020). Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID-19 e respostas à pandemia. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 45.
7. ICICT - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde [Internet]; 2021. Convid Pesquisa de Comportamentos; [cited 2021 Sep 13]; Available from: <https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=principal>
8. Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., ... & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*.
9. Savassi, L. C. M., Bedetti, A. D., de Abreu, A. B. J., Costa, A. C., da Costa Perdigão, R. M., & Ferreira, T. P. (2020). Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. *JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750*, 12, 1-13.

10. Teixeira, M. E. F., Vitorino, P. V. D. O., Amodeo, C., Martinez, T., Brandão, A. A., Barbosa, E. C. D., ... & Barroso, W. K. S. (2021). Fatores de Risco Cardiovascular em Cardiologistas Especialistas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 116, 774-781.
11. ICICT - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde [Internet]. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). 2013; [cited 2021 Sep 27]; Disponível em <https://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=principal>
12. Zhang, T., Shen, X., Liu, R., Zhao, L., Wang, D., Lambert, H., & Cabral, C. (2021). The impact of COVID-19 on primary health care and antibiotic prescribing in rural China: qualitative study. medRxiv.
13. Covid, C. D. C., Team, R., COVID, C., Team, R., COVID, C., Team, R., ... & Walters, M. (2020). Characteristics of health care personnel with COVID-19—United States, February 12–April 9, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(15), 477.
14. VIGITEL BRASIL 2020 - VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO: Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020 [Internet]. 1st ed. [place unknown: publisher unknown]; 2021 [cited 2021 Nov 16]. 115 p. 1 vol. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>.
15. Fontes, A. M. G., de Oliveira, L. S., Vanderlei, F. M., Garner, D. M., & Valenti, V. E. (2018). Waist-stature ratio and its relationship with autonomic recovery from aerobic exercise in healthy men. *Scientific reports*, 8(1), 1-10.
16. World Health Organization [Internet]; 2020 Nov 26. Physical Activity; [cited 2021 Jan 18]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
17. BRASIL, Ministério da Saúde. Orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. Portaria nº 761, de 21 de junho de 2016.
18. Duarte Leandro Lourenção. *Cronotipos Humanos*. 1st ed. UFRB; 2018. 108 p. ISBN: 978-85-5971-068-7.
19. VIGITEL BRASIL 2020 - VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO: Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020 [Internet]. 1st ed. [place unknown: publisher unknown]; 2021 [cited 2021 Nov 16]. 115 p. 1 vol. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>.
20. Bailey, P., Purcell, S., Calvar, J., & Baverstock, A. (2021). Diet and health under COVID-19.
21. Kaufmann, G., Dresch, F., Rehfeld, S. C. H., Genro, J. P., & Contini, V. (2021). Dopamina e comportamento alimentar: polimorfismos em receptores dopaminérgicos e fenótipos relacionados à obesidade. *Clinical & Biomedical Research*, 41(3).
22. Lamounier, A. M., Frões, B. T. G., Barbosa, L. D. M. R., de Oliveira, L. F., Torres, M. F., Macedo, M. T. S., & Rocha, J. S. B. (2021). Consumo de alimentos ultraprocessados em profissionais de saúde durante o Covid-19. *Biológicas & Saúde*, 11(37), 62-70.

23. Griep, H. R. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) [Internet]; 2021 Sep 24. ELSA-BRASIL divulga resultados de pesquisa sobre COVID-19; [cited 2021 Nov 18]; Available from: <https://func.eng.ufmg.br/elsa-brasil-divulga-resultados-de-pesquisa-sobre-covid-19/>.
24. Universidade Federal da Bahia (UFBA) [Internet]. [place unknown]: Egberto Siqueira; 2021 Oct 22. Tempo de tela aumentou 62% na pandemia, aponta pesquisa do ELSA-Brasil; [cited 2021 Nov 26]; Available from: <http://www.isc.ufba.br/tempo-de-tela-aumentou-62-na-pandemia-aponta-pesquisa-do-elsa-brasil/>.
25. Malta, D. C., Gomes, C. S., Barros, M. B. D. A., Lima, M. G., Silva, A. G. D., Cardoso, L. S. D. M., ... & Szwarcwald, C. L. (2021). The COVID-19 pandemic and changes in Brazilian adolescents' lifestyles. In *The COVID-19 pandemic and changes in Brazilian adolescents' lifestyles*.
26. Malta, D. C., Gomes, C. S., Barros, M. B. D. A., Lima, M. G., Almeida, W. D. S. D., Sá, A. C. M. G. N. D., ... & Szwarcwald, C. L. (2020). Chronic non-communicable diseases and changes in lifestyles during the COVID-19 pandemic in Brazil. In *Chronic non-communicable diseases and changes in lifestyles during the COVID-19 pandemic in Brazil*.
27. Marques-Sule, E., Miró-Ferrer, S., Muñoz-Gómez, E., Bermejo-Fernández, A., Juárez-Vela, R., Gea-Caballero, V., ... & Espí-López, G. V. (2021). Physical activity in health care professionals as a means of primary prevention of cardiovascular disease: A STROBE compliant cross-sectional study. *Medicine*, 100(22).
28. Yamada, A. K., & Pólis, L. O. B. COVID-19 e sistema imune: qual o papel do exercício físico e recomendações práticas?. *Saúde em Revista*, 20(52), 57-66.
29. Sousa, P. T. D. M., Sousa, A. R. R. D., Pacheco, E. S., & Sousa, G. T. D. M. (2017). Comportamento sedentário entre profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. enferm. UFPI*, 24-29.
30. Morales-Castillo, F. A., Torres-Reyes, A., De Vargas, D., Villar, M. A. L., León-Ramírez, E. G., De León-Ramírez, M. S., ... & Tenahua-Quit, I. (2021). Alcohol consumption patterns and attitudes toward alcohol, alcoholism, and alcoholics in Mexican nurses/Consumo de alcohol y actitudes hacia el alcohol, alcoholismo y alcohólicos en enfermeras mexicanas/Consumo de álcool e atitudes para o álcool, alcoolismo e alcoólicos em enfermeiras mexicanas. *JOURNAL HEALTH NPEPS*, 6(1).
31. Park, S., Lee, Y., Kim, T., & Jung, S. J. (2021). Anxiety and COVID-19 Related Stressors Among Healthcare Workers Who Performed Shift Work at Four COVID-19 Dedicated Hospitals in Korea. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 63(10), 875.
32. Bieger, M., Schons, L. H., & Siebert, C. (2021). Alterações imunológicas relacionadas ao estresse em período acadêmico. *Revista Perspectiva: Ciência e Saúde*, 6(1).
33. Palmeira, J. T., da Silva Nunes, I., Nóbrega, W. F. S., & de Sousa, J. N. L. (2021). Relação entre condição de estresse emocional e presença de inflamação gengival em mulheres. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, 10(4), 599-603.
34. Abdalla, M., Chiuzan, C., Shang, Y., Ko, G., Diaz, F., Shaw, K., ... & Shechter, A. (2021). Factors Associated with Insomnia Symptoms in a Longitudinal Study among New York City Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 8970.

35. Zhou, Y., Wang, W., Sun, Y., Qian, W., Liu, Z., Wang, R., ... & Zhang, X. (2020). The prevalence and risk factors of psychological disturbances of frontline medical staff in china under the COVID-19 epidemic: workloa should be concerned. *Journal of affective disorders*, 277, 510-514.
36. Fusco, S. D. F. B., Amancio, S. C. P., Pancieri, A. P., Alves, M. V. M. F. F., Spiri, W. C., & Braga, E. M. (2020). Ansiedade, qualidade do sono e compulsão alimentar em adultos com sobrepeso ou obesidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54.
37. Ribeiro-Silva, R. D. C., Pereira, M., Campello, T., Aragão, É., Guimarães, J. M. D. M., Ferreira, A. J., ... & Santos, S. M. C. D. (2020). Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3421-3430.
38. Rudberg, A. S., Havervall, S., Månberg, A., Falk, A. J., Aguilera, K., Ng, H., ... & Thålin, C. (2020). SARS-CoV-2 exposure, symptoms and seroprevalence in healthcare workers in Sweden. *Nature communications*, 11(1), 1-8.
39. Pollán, M., Pérez-Gómez, B., Pastor-Barriuso, R., Oteo, J., Hernán, M. A., Pérez-Olmeda, M., ... & de la Villa, A. V. (2020). Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study. *The Lancet*, 396(10250), 535-544.
40. World Health Organization: Coronavirus [Internet]; 2020 [revised 2021 Nov 29; cited 2021 Oct 13]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
41. Kunyhamu, M. S., Daud, A., & Jusoh, N. (2021). Obesity among Health-Care Workers: Which Occupations Are at Higher Risk of Being Obese?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4381.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou impacto negativo da pandemia do novo Coronavírus sobre o estado nutricional, estilo de vida e padrão de sono e repouso dos enfermeiros e médicos que atuam na atenção básica de Campina Grande, o que é preocupante, principalmente por se tratar de equipes de saúde que precisam ser cuidadas para estarem aptas a oferecer alto padrão de assistência.

O estado nutricional, embora não tenha sofrido alterações significativas, está fortemente associado ao consumo alimentar, que foi bastante modificado durante a pandemia.

Embora a maior prevalência de sobrepeso/obesidade esteja entre os enfermeiros, é possível verificar que os médicos consomem mais alimentos calóricos e ultraprocessados. A não associação de tais informações podem ser explicadas pelo maior tempo global e maior frequência de prática de atividade física entre os médicos, o que resulta em equilíbrio energético. Ainda, é no grupo dos médicos que está o maior consumo de bebida alcoólica, que pode ser desencadeado pelo estresse e resultar futuramente em dependência.

O padrão de sono e repouso merece atenção especial. O profissional de saúde que não tem suporte para cuidar da saúde mental pode apresentar maior taxa de absenteísmo e maior risco de adoecimento. O grupo dos enfermeiros se torna o maior afetado, tendo em vista as propriedades comuns da assistência de enfermagem, na qual os cuidados são direcionados ao paciente na maior parte do tempo, o que torna o enfermeiro mais exposto e, conseqüentemente, mais estressado.

Esta carga de estresse e cansaço, por sua vez, tem influência sobre a qualidade do sono e do repouso, sobre o humor e a disposição. Dormir menos ou sem qualidade esgota o indivíduo e diminui o padrão de assistência prestada, o que pode gerar frustração por parte do profissional e queixas por parte dos usuários.

A população estudada é representativa e pode servir como subsídio para outros estudos semelhantes e embasar pesquisas que serão desenvolvidas posteriormente. Ainda, são necessários estudos longitudinais acerca da temática com a finalidade de estabelecer a causalidade e elucidar a contribuição das alterações do padrão de sono e repouso sobre a piora no estilo de vida e estado nutricional desta população.

Entretanto, existem limitações neste estudo. O fato de ser um estudo transversal e utilizar medidas retrospectivas pode sujeitá-lo a vieses de memória. A utilização de peso e altura autorreferidos e um questionário que avalia a qualidade do sono de forma autorreferida são

fatores imprecisos para análises destas variáveis, sendo a actimetria e a polissonografia as maneiras mais adequadas de realizar avaliações relacionadas ao ciclo de sono, mas que, dado o alto custo logístico e operacional, torna-se inviável para estudos desta proporção.

Este é um estudo inédito, que traz informações relevantes e inovadoras acerca das consequências prescritas pela pandemia de COVID-19 aos profissionais de saúde da atenção básica. O estilo de vida e o padrão de sono são variáveis multidimensionais e se faz necessárias análises mais específicas para explicar as relações existentes com o cenário causal e o desfecho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHEAMPONG, Desmond Omane et al. Male predisposition to severe COVID-19: Review of evidence and potential therapeutic prospects. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, p. 110748, 2020.
- ADAMS, James G.; WALLS, Ron M. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *Jama*, v. 323, n. 15, p. 1439-1440, 2020.
- ALMEIDA, Ildeberto Muniz de. Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID-19 e respostas à pandemia. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 45, 2020.
- APS FORTE no SUS: no combate à pandemia. Brasília, D.F.: Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde; 2021. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275724378>.
- AVILA, Andrea et al. Home-based rehabilitation with Telemonitoring guidance for patients with coronary artery disease (short-term results of the TRiCH study): randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, v. 20, n. 6, p. e225, 2018.
- BAI, Yan et al. Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. *Jama*, v. 323, n. 14, p. 1406-1407, 2020.
- BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Quality of sleep, health and well-being in a population-based study. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 53, 82, 2019.
- BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, p. e2020427, 2020.
- BATALIK, Ladislav et al. Benefits and effectiveness of using a wrist heart rate monitor as a telerehabilitation device in cardiac patients: A randomized controlled trial. *Medicine*, v. 99, n. 11, p. e19556, 2020.
- BHUTANI, Surabhi; COOPER, Jamie A. COVID-19 related home confinement in adults: weight gain risks and opportunities. *Obesity*, 2020.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. Portaria nº 761, de 21 de junho de 2016.
- BRASIL, Vigitel Brasil 2006 - 2016. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília. 2017.
- BRASIL, Vigitel. Saúde Suplementar: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde: Brasília, 2017.
- BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

- CANCELLO, Raffaella et al. Determinants of the lifestyle changes during COVID-19 pandemic in the residents of Northern Italy. *International journal of environmental research and public health*, v. 17, n. 17, p. 6287, 2020.
- CHAKLADAR, Jaideep et al. Smoking-Mediated Upregulation of the Androgen Pathway Leads to Increased SARS-CoV-2 Susceptibility. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 21, n. 10, p. 3627, 2020.
- CHAN, Jasper Fuk-Woo et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *The Lancet*, v. 395, n. 10223, p. 514-523, 2020.
- CHATTU, Vijay Kumar et al. The global problem of insufficient sleep and its serious public health implications. In: *Healthcare. Multidisciplinary Digital Publishing Institute*, 2019. p. 1.
- COSTA, Ana Maria; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. *Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS*. 2020.
- COUTINHO, Walmir Ferreira. *Obesidade e Covid-19: onde as pandemias se encontram*. 2020. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/blog/com-a-palavra/obesidade-e-covid-19-onde-as-pandemias-se-encontram/>. Acesso em: 07 jan. 2021.
- DA COSTA MAYNARD, Dayanne et al. Consumo alimentar e ansiedade da população adulta durante a pandemia do COVID-19 no Brasil. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 11, p. e4279119905-e4279119905, 2020.
- DAUMAS, Regina Paiva et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00104120, 2020.
- DE MELO CABRAL, Elizabeth Regina et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. *Interamerican Journal of medicine and health*, v. 3, p. 1-12, 2020.
- DE OLIVEIRA, Lélia Mendes Sobrinho et al. *Estratégia de enfrentamento para covid-19 na atenção primária à saúde: relato de experiência em Salvador-BA*.
- DI RENZO, Laura et al. Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *Journal of Translational Medicine*, v. 18, n. 1, p. 1-15, 2020.
- DUNLOP, Catherine et al. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP open*, v. 4, n. 1, 2020.
- ESTÉVEZ, Manuel J. Mejías. *Atencion primaria y domiciliaria al final de la vida en tiempos de covid19*. Semergen, 2020.
- FARIAS, Luis Arthur Brasil Gadelha et al. *O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras*. 2020.
- FEITOSA-FILHO, Gilson Soares et al. Updated Geriatric Cardiology Guidelines of the Brazilian Society of Cardiology-2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 112, n. 5, p. 649-705, 2019.
- FEO, Oscar. *Avanzando hasta la nueva APS: cuidado integral de la salud con la participación de todas y de todos. Atención primaria de salud en Suramérica*. Rio de Janeiro: ISAGS, p. 15-19, 2015.

FERRARI, Tatiane Kosimenko et al. Estilo de vida saudável em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 1, 2017.

FONTES, Anne Michelli GG et al. Waist-stature ratio and its relationship with autonomic recovery from aerobic exercise in healthy men. *Scientific reports*, v. 8, n. 1, p. 1-10, 2018.

FREEMAN, Daniel et al. Sleep disturbance and psychiatric disorders. *The Lancet Psychiatry*, v. 7, n. 7, p. 628-637, 2020.

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasil. Ministério da Saúde (MS). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid. Recomendações para gestores 2020. Rio de Janeiro, Brasília: Fiocruz, MS; 2020. Disponível em:

<http://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental>
(Acessado em 13 Jan 2021)

Fundação Oswaldo Cruz. Resultados da ConVid: pesquisa de comportamentos. https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=bebiba_alcoolica (acessado em 06 Jan 2021).

GARCIA, Leila Posenato; DUARTE, Elisete. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. 2020.

GARCÍA-ÁLVAREZ, Leticia et al. Will changes in alcohol and tobacco use be seen during the COVID-19 lockdown? Se observaran cambios en el consumo de alcohol y tabaco durante el confinamiento por COVID-19?. *Adicciones*, v. 32, n. 2, p. 85-90, 2020.

GOMES, Josiane da Silva. Efetividade de um programa educativo para prevenção de obesidade infantil. 101 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Família) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Campus Sobral, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2020.

GÓRNICKA, Magdalena et al. Dietary and lifestyle changes during COVID-19 and the subsequent lockdowns among Polish adults: A Cross-sectional online survey PLifeCOVID-19 study. *Nutrients*, v. 12, n. 8, p. 2324, 2020.

GRUNDY, Emily J. et al. Smoking, SARS-CoV-2 and COVID-19: A review of reviews considering implications for public health policy and practice. *Tobacco induced diseases*, v. 18, 2020.

HAMED, Manal A. An overview on COVID-19: reality and expectation. *Bulletin of the National Research Centre*, v. 44, p. 1-10, 2020.

HOLLAND, Michael; ZALOGA, Debra J.; FRIDERICI, Charles S. COVID-19 Personal Protective Equipment (PPE) for the emergency physician. *Visual journal of emergency medicine*, v. 19, p. 100740, 2020.

HUANG, Yeen; ZHAO, Ning. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*, p. 112954, 2020.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades e Estados Brasileiros. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb.html>. Acesso em: 17 jan. 2021.

ICICT, Fiocruz. ConVid - Pesquisa de Comportamentos. Maio, 2020. Disponível em <https://www.convid.fiocruz.br/> Acessado em 18 Jan. 2021

- ICICT, Fiocruz. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). 2013. Disponível em <https://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=principal> Acessado em 18 Jan 2021
- JIMÉNEZ, Eva et al. Characteristics, complications and outcomes among 1549 patients hospitalised with COVID-19 in a secondary hospital in Madrid, Spain: a retrospective case series study. *BMJ open*, v. 10, n. 11, p. e042398, 2020.
- JUCÁ, Beatriz. Com projeção de 460.000 infectados no Estado de São Paulo, Brasil endurece combate ao coronavírus. *El País*, São Paulo, Brasil. 13.03.2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-03-14/com-projecao-de-460000-infectados-no-estado-de-sao-paulo-brasil-endurece-combate-ao-coronavirus.html>. Acessado em 10 Dez 2020.
- KAEUFFER, Charlotte et al. Clinical characteristics and risk factors associated with severe COVID-19: prospective analysis of 1,045 hospitalised cases in North-Eastern France, March 2020. *Eurosurveillance*, v. 25, n. 48, p. 2000895, 2020.
- KANG, Lijun et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, v. 7, n. 3, p. e14, 2020.
- KATULANDA, Prasad et al. Prevention and management of COVID-19 among patients with diabetes: an appraisal of the literature. *Diabetologia*, p. 1-13, 2020.
- KOLIN, David A. et al. Clinical, regional, and genetic characteristics of Covid-19 patients from UK Biobank. *Plos one*, v. 15, n. 11, p. e0241264, 2020.
- KOOPMANN, Anne et al. Did the general population in Germany drink more alcohol during the COVID-19 pandemic lockdown?. *Alcohol and Alcoholism*, v. 55, n. 6, p. 698-699, 2020.
- KRIAUCIONIENE, Vilma et al. Associations between changes in health behaviours and body weight during the COVID-19 quarantine in Lithuania: the Lithuanian COVIDiet Study. *Nutrients*, v. 12, n. 10, p. 3119, 2020.
- LAI, Jianbo et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, v. 3, n. 3, p. e203976-e203976, 2020.
- LÉGER, Damien et al. Daytime consequences of insomnia symptoms among outpatients in primary care practice: EQUINOX international survey. *Sleep medicine*, v. 11, n. 10, p. 999-1009, 2010.
- LUCKHAUPT, Sara E. et al. Prevalence of obesity among US workers and associations with occupational factors. *American journal of preventive medicine*, v. 46, n. 3, p. 237-248, 2014.
- MALTA, Deborah Carvalho 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*. v. 29, n. 4. Acessado em 4 Dez 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400026>
- MEDINA, Maria Guadalupe et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00149720, 2020.
- MICHALAKIS, Konstantinos; ILIAS, Ioannis. SARS-CoV-2 infection and obesity: Common inflammatory and metabolic aspects. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. (org.). Informações sobre a COVID-19: sobre a doença. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/index.php/sobre-a-doenca>. Acesso em: 09 dez. 2020.

NASCIMENTO, Francisleile Lima; PACHECO, Alberto do Espírito Santos Dantas. Sistema de saúde público no Brasil e a pandemia do novo coronavírus. Boletim de Conjuntura (BOCA), v. 2, n. 5, p. 63-72, 2020.

NG, Kangqi et al. COVID-19 and the risk to health care workers: a case report. *Annals of internal medicine*, 2020.

NIELSEN, G. COVID-19: tracking the impact. New York: The Nielsen Company; 2020

NIQUINI, Roberta Pereira et al. SRAG por COVID-19 no Brasil: descrição e comparação de características demográficas e comorbidades com SRAG por influenza e com a população geral. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00149420, 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/topics/nutrition/es/>. Acesso em: 07 Jan 2021

Organización Panamericana de la Salud. El alcohol y la COVID-19: lo que se debe saber. Washington, DC: OPS; 2020.

PARAÍBA. Governo do Estado da Paraíba. Secretaria Estadual de Saúde. Portal de Informações em Saúde do Estado da Paraíba. 2020. Disponível em: <http://portal.saude.pb.gov.br/infoaufdef/ifremem.php>. Acesso em: 17 jan. 2021.

PEÇANHA, Tiago et al. Social isolation during the COVID-19 pandemic can increase physical inactivity and the global burden of cardiovascular disease. *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*, v. 318, n. 6, p. H1441-H1446, 2020.

PIMENTEL, Thais. Quase 50% dos profissionais de saúde ouvidos pelo MPT em MG denunciam que trabalhadores com sintomas de Covid-19 não são dispensados. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2020/04/30/quase-50percent-dos-profissionais-de-saude-ouvidos-pelo-mpt-em-mg-denunciam-que-trabalhadores-com-sintomas-de-covid-19-nao-sao-dispensados.ghtml>. Acesso em: 07 out. 2021.

PORTAL G1 (São Paulo). G1.com.br (ed.). Vacinação contra a Covid: mais de 88 milhões completaram esquema vacinal e estão totalmente imunizados. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2021/09/28/vacinacao-contra-a-covid-mais-de-88-milhoes-completaram-esquema-vacinal-e-estao-totalmente-imunizados.ghtml>. Acesso em: 01 out. 2021.

RIBEIRO-SILVA, Rita de Cássia et al. Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 3421-3430, 2020.

RIBEIRO, Victor. COVID-19: aumenta para sete o número de vacinas autorizadas no Brasil.: oms e agências solicitaram dados de medicamentos e vacinas. OMS e agências solicitaram dados de medicamentos e vacinas. 2021. Radio Agência Nacional. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/saude/audio/2021-05/aumenta-para-sete-o-numero-de-vacinas-autorizadas-no-brasil>. Acesso em: 07 out. 2021.

ROGERO, Marcelo Macedo; CALDER, Philip C. Obesity, inflammation, toll-like receptor 4 and fatty acids. *Nutrients*, v. 10, n. 4, p. 432, 2018.

- RUIZ-ROSO, María Belén et al. Changes of physical activity and ultra-processed food consumption in adolescents from different countries during Covid-19 pandemic: an observational study. *Nutrients*, v. 12, n. 8, p. 2289, 2020.
- RUDBERG, Ann-Sofie et al. SARS-CoV-2 exposure, symptoms and seroprevalence in healthcare workers in Sweden. *Nature communications*, v. 11, n. 1, p. 1-8, 2020.
- SANTOS, Bruna Silva dos; SANTOS, Fernanda Silva dos; RIBEIRO, Elaine Rossi. Clinical-epidemiological relation between sars-cov-2 and kawasaki disease: an integrative literature. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 39, 2020.
- SARTI, T. D. et al. Qual o papel da atenção primária à saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia e Serviço de Saude*. 2020; 29 (2): e2020166.
- SAVASSI, Leonardo Caçado Monteiro et al. Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. *JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care* ISSN 2179-6750, v. 12, p. 1-13, 2020.
- SERRANO-RIPOLL, María J. et al. Insomnia and sleep quality in healthcare workers fighting against COVID-19: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, v. 49, n. 4, p. 155-179, 2021.
- SERRANO-RIPOLL, María J. et al. Insomnia and sleep quality in healthcare workers fighting against COVID-19: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, v. 49, n. 4, p. 155-179, 2021.
- SIQUEIRA, Franciele Viana et al. Excesso de peso e fatores associados entre profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 27, n. 2, p. 138-145, 2019.
- SOUZA NETO, João Miguel de et al. Prática de atividade física, tempo de tela, estado nutricional e sono em adolescentes no nordeste do brasil. *Rev. paul. pediatr.*, São Paulo , v. 39, e2019138, 2021 .
- SUN, Yan et al. Brief Report: Increased Addictive Internet and Substance Use Behavior During the COVID-19 Pandemic in China. *The American Journal on Addictions*, 2020.
- SZWARCWALD, Célia Landmann et al. Adesão às medidas de restrição de contato físico e disseminação da COVID-19 no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, p. e2020432, 2020.
- TAN, Wenjie et al. A novel coronavirus genome identified in a cluster of pneumonia cases—Wuhan, China 2019– 2020. *China CDC Weekly*, v. 2, n. 4, p. 61-62, 2020.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 3465-3474, 2020.
- TEIXEIRA, Maria Glória et al. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, p. e2020494, 2020.
- THE LANCET GASTROENTEROLOGY & HEPATOLOGY. Drinking alone: COVID-19, lockdown, and alcohol-related harm. 2020.
- TRINDADE, Émerson. Pesquisa relaciona estilo de vida e saúde mental durante a quarentena: estudo internacional conta com participação de pesquisadores da ufrgs e coleta dados por formulário on-line. Estudo internacional conta com participação de pesquisadores da UFRGS

e coleta dados por formulário on-line. 2020. Disponível em:

<https://www.ufrgs.br/coronavirus/base/pesquisa-relaciona-estilo-de-vida-e-saude-mental-durante-a-quarentena/>. Acesso em: 19 jan. 2021.

VAN ZYL-SMIT, Richard N.; RICHARDS, Guy; LEONE, Frank T. Tobacco smoking and COVID-19 infection. *The Lancet. Respiratory Medicine*, 2020.

VELAVAN, Thirumalaisamy P.; MEYER, Christian G. The COVID-19 epidemic. *Tropical medicine & international health*, v. 25, n. 3, p. 278, 2020.

VERITY, Robert et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *The Lancet infectious diseases*, 2020.

VIANA, Saraiva Cezario. Eficiência do uso de máscara facial na prevenção da COVID-19. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

WANG, Chen et al. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, v. 395, n. 10223, p. 470-473, 2020.

WANG, Cuiyan et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, behavior, and immunity*, 2020.

WHO. **Números da Obesidade no Brasil**. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. 2016. Disponível em

http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_obesity/obesity_adolescents/en/
Acessado em 07 Jan 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community: interim guidance. Disponível em:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/2020/operational-considerations-for-case-management-of-covid-19-in-health-facility-and-community-interim-guidance,-19-march-2020> Acessado em 17 nov 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic. World Health Organization [Internet], 2020. Disponível em:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic> Acessado em 16 nov 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et. al. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020. Disponível em:

<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/whochina-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>. Acessado em 10 Dez 2020.

World Health Organization. Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community: interim guidance. Disponível em:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical->

guidance/2020/operational-considerations-for-case-management-of-covid19-in-health-facility-and-community-interimguidance,-19-march-2020 (Acessado em 13 Jan 2021).

World Health Organization. WHO. (2018). Physical activity. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity> Acessado em 18 Jan. 2021

ZHANG, Wen-rui et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and psychosomatics*, v. 89, n. 4, p. 242-250, 2020.

ZHU, Na et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, 2020.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA PANDEMIA DO SARS-COV-2 SOBRE O ESTILO DE VIDA, ESTADO NUTRICIONAL E PADRÃO DE SONO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DA PARAÍBA.

Pesquisador: LUCENILDO LAERTY DA SILVA SALES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43340721.0.0000.5187

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.556.088

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa para o desenvolvimento de dissertação de Mestrado em Saúde Pública/UEPB, intitulada **lê-se:** IMPACTO DA PANDEMIA DO SARS-COV-2 SOBRE O ESTILO DE VIDA, ESTADO NUTRICIONAL E PADRÃO DE SONO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DA PARAÍBA.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do estudo **lê-se:** Avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 sobre o estilo de vida, estado nutricional e o padrão de sono e repouso dos profissionais enfermeiros, médicos e nutricionistas que atuam nas unidades de atenção básica dos municípios-sede das macrorregiões de saúde da Paraíba: Campina Grande, João Pessoa e Patos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador apresenta riscos e benefícios **lê-se:** O presente estudo pode ser classificado como risco mínimo, uma vez que será conduzido totalmente de forma remota, através de questionário virtual disparado por meios eletrônicos de comunicação, não sendo necessária a presença do entrevistador na unidade básica de saúde, evitando qualquer potencial contato com o entrevistado. Entretanto, o questionário é detalhado,

Endereço: Av. das Bananeiras, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@setor.uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP**



Continuação do Parecer: 4.556.088

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Desta forma, a pesquisa apresenta condições para seu desenvolvimento. *Aprovada.*

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1704336.pdf	18/02/2021 13:17:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado_lucenildo.pdf	18/02/2021 13:15:48	LUCENILDO LAERTY DA SILVA SALES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenda_campina.jpeg	18/02/2021 13:12:23	LUCENILDO LAERTY DA SILVA SALES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenda_patos.jpg	18/02/2021 13:12:11	LUCENILDO LAERTY DA SILVA SALES	Aceito
Declaração de concordância	declaracao_concordancia.pdf	18/02/2021 13:11:17	LUCENILDO LAERTY DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/02/2021 13:05:52	LUCENILDO LAERTY DA SILVA SALES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_LucenildoLSSales.pdf	18/02/2021 13:03:11	LUCENILDO LAERTY DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 24 de Fevereiro de 2021

Assinado por:

Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Bananeiras, 351 - Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@reitor.uepb.edu.br

ANEXO B - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA PANDEMIA DO SARS-COV-2 SOBRE O ESTILO DE VIDA, ESTADO NUTRICIONAL E PADRÃO DE SONO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE CAMPINA GRANDE - PB.

Eu, **Carla Campos Muniz Medeiros**, professora doutora da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do CPF 641.356.674-49 declaro que estou ciente do referido projeto de pesquisa e comprometo-me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente as diretrizes da Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, 18 de Fevereiro de 2021



Carla Campos Muniz Medeiros

Orientadora



Lucenildo Laerty da Silva Sales

Pesquisador Responsável

**ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM
CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CNS/MS (TCPR)**

Título da Pesquisa: IMPACTO DA PANDEMIA DO SARS-COV-2 SOBRE O ESTILO DE VIDA, ESTADO NUTRICIONAL E PADRÃO DE SONO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE CAMPINA GRANDE - PB.

Eu, Lucenildo Laerty da Silva Sales, aluno do curso de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, portador do RG 3.499.590 SSP-PB e CPF 085.373.854-84 comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução. Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Campina Grande, 17 de Fevereiro de 2021



Lucenildo Laerty da Silva Sales

Pesquisador responsável

ANEXO D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do projeto intitulado: **“Impacto da Pandemia do SARS-COV-2 sobre o estilo de vida, estado nutricional e padrão de sono dos profissionais da Atenção Básica das Macrorregiões de Saúde da Paraíba”**, desenvolvido pelo discente do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual de Campina Grande - UEPB: **Lucenildo Laerty Da Silva Sales**, sob orientação e responsabilidade de: **Dra. Carla Campos Muniz Medeiros**. O cenário da pesquisa será as **Unidades Básicas de Saúde da Família**.

Destaco que é de responsabilidade dos pesquisadores a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12. Após a realização apresentar o resultado final ao local da pesquisa ou a esta diretoria.

Campina Grande, 21 de Janeiro de 2021.

Atenciosamente,

Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

Raquel Brito de F. Melo Lula
Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenação de Educação na Saúde)

Observação: Coleta de dados na Pandemia do COVID 19, só por via remota. Em caso de pesquisa presencial, entrar em contato com o serviço referido como cenário da pesquisa para saber se o mesmo já está autorizado a receber pesquisadores (levando em consideração às mudanças nos Protocolos Sanitários).

Av. Assis Chateaubriand, 1376 – Liberdade – 58.105-420 – Campina Grande-PB.
Telefones: (83) 3315-5126

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **IMPACTO DA PANDEMIA DO SARS-COV-2 SOBRE O ESTILO DE VIDA, ESTADO NUTRICIONAL E PADRÃO DE SONO DOS PROFISSIONAIS DE CAMPINA GRANDE - PB** sob a responsabilidade de **Lucenildo Laerty da Silva Sales** e da orientadora **Dra. Carla Campos Muniz Medeiros**, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

A pesquisa terá como objetivo geral avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 sobre o estilo de vida, estado nutricional e o padrão de sono e repouso dos profissionais enfermeiros e médicos que atuam nas unidades de atenção básica de Campina Grande e será desenvolvida através do preenchimento de questionário virtual via plataforma Survio®, sendo o link de acesso enviado através de meios eletrônicos como e-mail e WhatsApp®. O formulário avaliará o seu estilo de vida e o seu padrão de sono e repouso nos períodos antes e durante a pandemia da COVID-19. Apenas com sua autorização realizaremos a coleta dos dados. O preenchimento deste questionário é de aproximadamente 30 minutos.

Ao participante só caberá a autorização para o envio das informações inseridas no questionário, e não haverá nenhum risco ou desconforto, conforme a Resolução CNS 466/12/CNS/MS. Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, cumprindo as exigências da Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O voluntário poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer momento da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo. O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.)

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Lucenildo Laerty da Silva Sales, através do telefone (83) 99444.1852, através do e-mail: lucenildosales@gmail.com ou do endereço físico “Rua Pedro da Costa Agra, 314, José Pinheiro, Campina Grande – PB”. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB e da CONEP.

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa IMPACTO DA PANDEMIA DO SARS-COV-2 SOBRE O ESTILO DE VIDA, ESTADO NUTRICIONAL E PADRÃO DE SONO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE CAMPINA GRANDE – PB e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu

autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante



Assinatura do Pesquisador

APENDICE B – FORMULÁRIO DE ESTILO DE VIDA E PADRÃO DE SONO E REPOUSO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA.

Pergunta	Resposta
Qual o sexo do seu nascimento?	() Masculino () Feminino () Outro _____
Qual o município que você trabalha?	() João Pessoa () Campina Grande () Patos
Qual o nome da Unidade Básica em que você atua?	
Qual a sua idade?	
Qual a sua cor/raça?	() Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Outra
Qual a sua altura? (em centímetros)	
Qual o seu peso atual?	
Você lembra do seu peso médio nos 6 meses que antecederam a pandemia? Se sim, qual era?	() Sim () Não Qual? _____
Qual a sua circunferência abdominal atual?	
Qual a sua profissão?	() Médico () Enfermeiro () Nutricionista
Há quanto tempo você atua na Atenção Básica? (Considere o tempo de atuação em UBS anteriores, se houver).	
Qual o seu vínculo com a atenção básica deste município?	() Efetivo/Concursado () Comissionado () Contrato por tempo determinado () Prefiro não responder
Você está trabalhando remotamente?	() Sim () Não () Prefiro não responder () Não se aplica
Qual a sua carga horária de trabalho na Atenção Básica?	() Menos de 10h semanais () Entre 10h e 20h semanais () Entre 20h e 30h semanais () Entre 30h e 40h semanais () Mais de 40h semanais
Atualmente você possui vínculo de trabalho com outro local?	() Sim () Não () Prefiro não responder
Qual a carga horária deste segundo vínculo?	() Menos de 10h semanais () Entre 10h e 20h semanais () Entre 20h e 30h semanais () Entre 30h e 40h semanais

	() Mais de 40h semanais
Quantos anos de educação você possui? Colocar o somatório considerando: Ens. Fund. (8-9 anos) Ens. médio (3 anos) Graduação (4-6 anos) Especialização / Residência (2 anos) Mestrado (2 anos) Doutorado (4 anos)	
Qual o maior título educacional você possui?	() Graduação () Especialização/Residência () Mestrado () Doutorado
Como a pandemia afetou a sua ocupação/trabalho?	() Não trabalhava antes () Continuei trabalhando () Comecei a trabalhar após a pandemia () Tive férias remuneradas () Perdi o emprego () Fiquei sem trabalhar () Prefiro não responder
Durante a pandemia você:	() Trabalhou mais que usualmente () Trabalhei muito mais que usualmente, me senti sobrecarregado () Trabalhei da mesma forma que costumava () Trabalhei menos que usualmente
Como a pandemia afetou a sua renda?	() Permaneceu igual () Aumentou () Diminuiu um pouco () Diminuiu muito () Fiquei sem renda
Atualmente você encontra-se gestante?	() Sim () Não () Não sei () Não se aplica
Outro profissional de saúde formalmente diagnosticou você com Covid-19?	() Sim () Não () Prefiro não responder
Caso tenha sido diagnosticado, há quanto tempo isso aconteceu?	() Há um mês ou menos () Entre 2 e 3 meses atrás () Entre 4 e 5 meses atrás () Há 6 meses ou mais

Caso tenha sido diagnosticado, você apresentou alguma complicação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Prefiro não responder <input type="checkbox"/> Não se aplica
--	--

Agora faremos perguntas acerca dos seus hábitos alimentares antes e durante a pandemia do novo coronavírus:

Pergunta	Antes da pandemia	Durante a pandemia
Usualmente, em quantos dias da semana você costumava/costuma comer frutas?	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia
Usualmente, em quantos dias da semana você costumava/costuma comer verduras e legumes crus ou cozidos?	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia
Usualmente, em quantos dias da semana você costumava/costuma comer feijão?	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia
Usualmente, em quantos dias da semana você costumava/costuma comer carne vermelha ou carne branca cozida, assada ou grelhada?	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia
Usualmente, em quantos dias da semana você costumava/costuma beber refrigerantes e sucos artificiais (sucos em pó e prontos em geral)?	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia
Usualmente, em quantos dias da semana você costumava/costuma comer alimentos integrais (pães, arroz, biscoitos, macarrão, grãos integrais, aveia, granola, linhaça)?	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia
Usualmente, em quantos dias da semana você costumava/costuma comer presunto, salame, mortadela, salsicha, linguiça ou hambúrguer?	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia
Usualmente, em quantos dias da semana você costumava/costuma comer pizza congelada, lasanha congelada ou outro prato pronto congelado?	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia
Usualmente, em quantos dias da semana você costumava/costuma comer salgadinhos "de pacote" (ex. Ruffles, cheetos, fandangos)?	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia
Usualmente, em quantos dias da semana você costumava/costuma comer chocolates, biscoitos doces e recheados, pedaços de torta?	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia	<input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> De 2 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias o mais <input type="checkbox"/> Nenhum dia

Você costumava/costuma pular alguma refeição?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
---	--	--

Agora faremos perguntas acerca do consumo de bebidas alcoólicas.

Pergunta	Antes da pandemia	Durante a pandemia
Quantos dias por semana você costumava/costuma tomar alguma bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> Nunca ou menos de uma vez por semana <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias ou mais <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Nunca ou menos de uma vez por semana <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias ou mais <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
No dia que você bebia/bebe, quantas doses costumava/costuma consumir? (1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)	<input type="checkbox"/> 1 – 2 doses <input type="checkbox"/> 3 – 4 doses <input type="checkbox"/> 5 – 6 doses <input type="checkbox"/> 7 doses ou mais <input type="checkbox"/> Prefiro não responder <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> 1 – 2 doses <input type="checkbox"/> 3 – 4 doses <input type="checkbox"/> 5 – 6 doses <input type="checkbox"/> 7 doses ou mais <input type="checkbox"/> Prefiro não responder <input type="checkbox"/> Não se aplica
Qual (is) a(s) bebida(s) que você costumava/costuma consumir?	<input type="checkbox"/> Cerveja <input type="checkbox"/> Vinho <input type="checkbox"/> Uísque <input type="checkbox"/> Aguardente (Cachaça) <input type="checkbox"/> Outros destilados (Vodca, Gin...) <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Cerveja <input type="checkbox"/> Vinho <input type="checkbox"/> Uísque <input type="checkbox"/> Aguardente (Cachaça) <input type="checkbox"/> Outros destilados (Vodca, Gin...) <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores <input type="checkbox"/> Não se aplica

Agora faremos algumas perguntas acerca do tabagismo / consumo de cigarro e semelhantes.

Pergunta	Antes da pandemia	Durante a pandemia
Usualmente você utilizou/utiliza derivados do tabaco (cigarro, cigarro eletrônico, charuto, cachimbo, fumo de corda)?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
Em média, quantos cigarros você fumou/fuma por dia?	<input type="checkbox"/> Menos que 1 <input type="checkbox"/> De 1 a 9 cigarros <input type="checkbox"/> De 10 a 19 cigarros <input type="checkbox"/> De 20 a 29 cigarros <input type="checkbox"/> 30 cigarros ou mais <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Menos que 1 <input type="checkbox"/> De 1 a 9 cigarros <input type="checkbox"/> De 10 a 19 cigarros <input type="checkbox"/> De 20 a 29 cigarros <input type="checkbox"/> 30 cigarros ou mais <input type="checkbox"/> Não se aplica

Você costumava/costuma utilizar maconha, skank e/ou haxixe?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
Você costumava/costuma utilizar drogas ilícitas (cocaína, crack, anfetaminas, ecstasy, opióides sem prescrição médica, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
Algum morador fumava/fuma dentro do domicílio?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Neste momento, faremos alguns questionamentos acerca da sua prática de atividade física.

Pergunta	Antes da pandemia	Durante a pandemia
Você costumava/costuma praticar alguma atividade física?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
Quantos dias por semana você praticava/pratica algum tipo de exercício físico ou esporte? (não considere fisioterapia)	<input type="checkbox"/> Menos de 1 dia por semana <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias ou mais	<input type="checkbox"/> Menos de 1 dia por semana <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias ou mais
Quanto tempo durava/dura esta atividade física?	<input type="checkbox"/> Menos que 30 minutos <input type="checkbox"/> 30 a 45 minutos <input type="checkbox"/> 45 a 60 minutos <input type="checkbox"/> Uma hora ou mais	<input type="checkbox"/> Menos que 30 minutos <input type="checkbox"/> 30 a 45 minutos <input type="checkbox"/> 45 a 60 minutos <input type="checkbox"/> Uma hora ou mais
Qual o exercício físico ou esporte que você costumava/costuma praticar?	<input type="checkbox"/> Caminhada (não vale para o trabalho) <input type="checkbox"/> Corrida <input type="checkbox"/> Musculação <input type="checkbox"/> Artes Marciais e Luta <input type="checkbox"/> Natação <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Futebol <input type="checkbox"/> Dança <input type="checkbox"/> Basquetebol <input type="checkbox"/> Voleibol <input type="checkbox"/> Tênis <input type="checkbox"/> Pilates <input type="checkbox"/> Hidroginástica <input type="checkbox"/> Ginástica em geral <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Caminhada (não vale para o trabalho) <input type="checkbox"/> Corrida <input type="checkbox"/> Musculação <input type="checkbox"/> Artes Marciais e Luta <input type="checkbox"/> Natação <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Futebol <input type="checkbox"/> Dança <input type="checkbox"/> Basquetebol <input type="checkbox"/> Voleibol <input type="checkbox"/> Tênis <input type="checkbox"/> Pilates <input type="checkbox"/> Hidroginástica <input type="checkbox"/> Ginástica em geral <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Nenhum

Quantas horas por dia você costumava/costuma assistir televisão?	<input type="checkbox"/> Não assistia televisão <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> Entre 1 e 2 horas <input type="checkbox"/> Entre 2 e 3 horas <input type="checkbox"/> Entre 3 e 4 horas <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas	<input type="checkbox"/> Não assistia televisão <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> Entre 1 e 2 horas <input type="checkbox"/> Entre 2 e 3 horas <input type="checkbox"/> Entre 3 e 4 horas <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas
Quantas horas por dia você costumava/costuma usar computador ou tablet?	<input type="checkbox"/> Não usa computador ou tablet <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> Entre 1 e 2 horas <input type="checkbox"/> Entre 2 e 3 horas <input type="checkbox"/> Entre 3 e 4 horas <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas	<input type="checkbox"/> Não usa computador ou tablet <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> Entre 1 e 2 horas <input type="checkbox"/> Entre 2 e 3 horas <input type="checkbox"/> Entre 3 e 4 horas <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas

Pergunta	Resposta
Para ir ou voltar do trabalho, o(a) sr(a) faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?	<input type="checkbox"/> Sim, todo o trajeto <input type="checkbox"/> Sim, parte do trajeto <input type="checkbox"/> Não
Quanto tempo dura seu trajeto a pé até o trabalho?	<input type="checkbox"/> 0 min – 10 min <input type="checkbox"/> 10min – 30 min <input type="checkbox"/> 30min – 1 hora <input type="checkbox"/> Mais de 1 hora <input type="checkbox"/> Prefiro não responder <input type="checkbox"/> Não se aplica

Agora faremos algumas perguntas acerca do seu padrão de sono e repouso.

Pergunta	Resposta
Você acha que dorme o suficiente?	<input type="checkbox"/> Sim, definitivamente o suficiente <input type="checkbox"/> Sim, perto do suficiente <input type="checkbox"/> Não, muito pouco <input type="checkbox"/> Não, claramente pouco <input type="checkbox"/> Não, muito longe do suficiente

Pergunta	Antes da pandemia	Durante a pandemia
Você costumava/costuma apresentar problemas para dormir?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
Você costumava/costuma apresentar dificuldades para acordar?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder

<p>Você acordava/acorda diversas vezes devido à dificuldade de voltar a dormir?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder</p>	<p><input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder</p>
<p>Você roncava/ronca alto, segundo relatos de outras pessoas?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder</p>	<p><input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder</p>
<p>Você tinha/tem sonos curtos e fragmentados?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder</p>	<p><input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder</p>
<p>Você costumava/costuma ter pesadelos?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder</p>	<p><input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder</p>
<p>Você costumava/ costuma sentir-se cansado/sonolento durante o trabalho ou no período de lazer?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder</p>	<p><input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder</p>
<p>No decorrer do seu dia, você costumava/costuma sentir-se irritado e com os olhos pesados?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder</p>	<p><input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder</p>
<p>Você costumava/costuma cochilar durante o trabalho?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder</p>	<p><input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder</p>

Você costumava/costuma cochilar durante o lazer?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
Você costumava/costuma sentir-se descansado com o número de horas dormidas?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
Você mantinha/mantém regularidade em relação aos horários de sono?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
A que horas normalmente você costumava/costuma ir para a cama?		
A que horas você costumava/costuma levantar		
Quanto tempo você levava/leva para cair no sono?		
O quanto você precisava/precisa dormir? (em horas)		
Você costumava/costuma ficar no computador ou smartphone na hora imediatamente anterior a ir dormir?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	
Fala-se em pessoas matutinas e vespertinas (as primeiras gostam de acordar cedo e dormir cedo, as segundas de acordar tarde e dormir tarde). Com qual desses tipos você se identificava/identifica?	<input type="checkbox"/> Tipo matutino <input type="checkbox"/> Mais matutino que vespertino <input type="checkbox"/> Tipo vespertino <input type="checkbox"/> Mais vespertino que matutino <input type="checkbox"/> Nenhum dos dois	<input type="checkbox"/> Tipo matutino <input type="checkbox"/> Mais matutino que vespertino <input type="checkbox"/> Tipo vespertino <input type="checkbox"/> Mais vespertino que matutino <input type="checkbox"/> Nenhum dos dois

Agora precisamos saber de algumas informações acerca do seu estado geral e ânimo antes e durante a pandemia da COVID-19.

Pergunta	Antes da pandemia	Durante a pandemia
Como você avaliava/avalia seu estado geral de saúde?	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo
Você sentia/sente alguma dificuldade para realizar atividades de rotina?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder

Você se sentiu/sente isolado(a) dos seus familiares ou amigos próximos?	() Nunca () Poucas vezes () Muitas vezes () Sempre	() Nunca () Poucas vezes () Muitas vezes () Sempre
Com que frequência você se sentiu/sente triste ou deprimido(a)?	() Nunca () Poucas vezes () Muitas vezes () Sempre	() Nunca () Poucas vezes () Muitas vezes () Sempre
Com que frequência você se sentiu/sente ansioso(a) ou nervoso(a)?	() Nunca () Poucas vezes () Muitas vezes () Sempre	() Nunca () Poucas vezes () Muitas vezes () Sempre
Com que frequência você preocupou-se/preocupa-se muito com coisas diferentes?	() Nenhum dia () Menos de uma semana () Uma semana ou mais () Quase todos os dias () Prefiro não responder	() Nenhum dia () Menos de uma semana () Uma semana ou mais () Quase todos os dias () Prefiro não responder
Com que frequência você teve/tem problemas para relaxar?	() Nenhum dia () Menos de uma semana () Uma semana ou mais () Quase todos os dias () Prefiro não responder	() Nenhum dia () Menos de uma semana () Uma semana ou mais () Quase todos os dias () Prefiro não responder
Com que frequência você esteve/está tão inquieto que foi/é difícil ficar parado?	() Nenhum dia () Menos de uma semana () Uma semana ou mais () Quase todos os dias () Prefiro não responder	() Nenhum dia () Menos de uma semana () Uma semana ou mais () Quase todos os dias () Prefiro não responder
Você usou/usa estratégias alternativas (como acupuntura) ou suporte psicológico para lidar com o estresse (ex.: meditação, mindfulness e psicoterapia)?	() Sempre () Frequentemente () Eventualmente () Nunca () Prefiro não responder	() Sempre () Frequentemente () Eventualmente () Nunca () Prefiro não responder
Você usou/usa de estratégias físicas para lidar com o estresse (por ex.: yoga, tai-chi, exercício físico)?	() Sempre () Frequentemente () Eventualmente () Nunca () Prefiro não responder	() Sempre () Frequentemente () Eventualmente () Nunca () Prefiro não responder
Com que frequência você tem se tornado/se torna facilmente aborrecido ou irritado?	() Nenhum dia () Menos de uma semana () Uma semana ou mais () Quase todos os dias () Prefiro não responder	() Nenhum dia () Menos de uma semana () Uma semana ou mais () Quase todos os dias () Prefiro não responder

Com que frequência você sentiu/sente medo, como se algo terrível pudesse acontecer?	<input type="checkbox"/> Nenhum dia <input type="checkbox"/> Menos de uma semana <input type="checkbox"/> Uma semana ou mais <input type="checkbox"/> Quase todos os dias <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Nenhum dia <input type="checkbox"/> Menos de uma semana <input type="checkbox"/> Uma semana ou mais <input type="checkbox"/> Quase todos os dias <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
Você praticou/pratica alguma crença, religião ou espiritualidade?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Eventualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiro não responder

Fim do formulário.