UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES
RENATA ABDALA OLIVEIRA MERCALDI

A QUALIDADE DE VIDA DOS CIRURGIÕES DENTISTAS NO PERÍODO DA PANDEMIA DE COVID-19

Mogi das Cruzes, SP
2022

UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES
RENATA ABDALA OLIVEIRA MERCALDI

A QUALIDADE DE VIDA DOS CIRURGIÕES DENTISTAS NO PERÍODO DA PANDEMIA DE COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade de Mogi das Cruzes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre Profissional em Ciência e Tecnologia em Saúde.
Área de concentração: Gestão em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Wagner Alves de Souza Júdice

Mogi das Cruzes, SP
2022

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade de Mogi das Cruzes - Biblioteca Central

Mercaldi, Renata Abdala Oliveira

A qualidade de vida dos cirurgiões dentistas no período da Pandemia de COVID 19 / Renata Abdala Oliveira Mercaldi. – 2022.

76 f.

Dissertação (Mestrado em Ciência e Tecnologia em Saúde) - Universidade de Mogi das Cruzes, 2022.
Área de concentração: Gestão em Saúde
Orientador: Prof. Dr. Wagner Alves de Souza Júdice

1. Qualidade de vida 2. Cirurgião-dentista 3. Pandemia de COVID 19 4. Whocol- Bref I. Júdice, Wagner Alves de Souza

CDD 616.9

Elaborado por Rita de Cássia S. Leite Pereira - CRB-8/8889

UMC
UNIVERSIDADE

Tel.: (11) 4798-7000
0800 19 2001
www.umc.br

ATAS

ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE APRESENTAÇÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES

Às quatorze horas do dia trinta e um de maio de dois mil e vinte e dois, pela Universidade de Mogi das Cruzes, realizou-se a defesa de dissertação intitulada: "A QUALIDADE DE VIDA DOS CIRURGIÕES DENTISTAS NO PERÍODO DA PANDEMIA DE COVID-19" pelo(a) candidato(a) **Renata Abdala Oliveira Mercaldi**, para obtenção do grau de mestre profissional em ciência e tecnologia em saúde. Tendo sido o número de créditos alcançados pelo(a) mesmo(a) no total de 44 (quarenta e quatro), a saber: 24 unidades de crédito em disciplinas de pós-graduação e 20 unidades de crédito no preparo da dissertação, o(a) aluno(a) perfaz assim os requisitos para obtenção do grau de mestre profissional. A comissão examinadora estava constituída dos senhores professores Wagner Alves de Souza Júdice, e Katia Cristina Ugolini Mugnol, da Universidade de Mogi das Cruzes, e Luci Mendes de Melo Bonini, da Faculdade de Tecnologia de Mogi das Cruzes, sob a presidência do primeiro, como orientador da dissertação. A sessão pública da defesa foi aberta pelo senhor presidente da comissão, tendo em seguida o(a) candidato(a) realizado a apresentação da dissertação. Concluída a apresentação, tiveram início as arguições pelos membros da comissão examinadora. A seguir a comissão, em sessão secreta, conforme julgamento discriminado por cada membro, considerou o(a) candidato(a)

APROVADA (aprovado(a) /reprovado(a)) por UNANIMIDADE (unanimidade/maioria).

Mogi das Cruzes, 31 de maio de 2022.

Comissão Examinadora	Julgamento
Profª Drª Luci Mendes de Melo Bonini	APROVADA (provado(a)/reprovado(a))
Profª Drª Katia Cristina Ugolini Mugnol	APROVADA (aprovado(a)/reprovado(a))
Prof. Dr. Wagner Alves de Souza Júdice	APROVADA (aprovado(a)/reprovado(a))

“Faça o teu melhor, na condição que você tem, enquanto você não tem condições melhores, para fazer melhor ainda!”

Mário Sérgio Cortella

AGRADECIMENTOS

A Deus, por providenciar saúde e luz para permitir o término deste trabalho.

Aos meus amados pais, Nilton e Nádia, que me conduziram para as melhores escolhas da minha vida, com muito amor, sabedoria e empatia. Não teria concretizado esse estudo sem eles ao meu lado, pois sempre acreditaram na minha vitória.

Ao meu marido, Ricardo e meu filho Matheus por me apoiarem nessa trajetória, com muito amor e paciência.

Aos meus irmãos, Nilton Jr, Ricardo e Fernando, por torcerem, acreditarem e estarem ao meu lado em todos os momentos da minha vida.

Às minhas cunhadas, Débora, Tatiana e Karina, por nunca deixarem eu desistir dessa caminhada, com muito amor e sempre compreensivas.

À minha querida sogra, Silvana, por me apoiar no desenvolvimento deste trabalho, me trazendo muito conforto pela dedicação com o meu filho nos momentos da minha ausência.

Ao Prof. Dr Wagner Alves de Souza Júdice, por me orientar e ajudar nesta pesquisa desafiadora, e por acreditar neste trabalho.

À minha querida amiga, Graziele dos Santos, que permaneceu ao meu lado nos momentos difíceis e aflitos desse estudo, sempre me incentivando a não desistir da pesquisa.

Ao meu amigo Felipe Faria, por me ajudar a ser resiliente e ter tranquilidade para a concretização deste estudo.

Aos professores do Programa de Mestrado Profissional em Ciência e Tecnologia em Saúde, pelos ensinamentos adquiridos durante essa trajetória.

RESUMO

Com pandemia da COVID-19 uma nova realidade foi imposta com mudanças importantes na qualidade de vida da população, aflorando sentimentos de preocupação, medo, perda, ansiedade, estresse e depressão. Quando se trata dos profissionais da área da saúde, nota-se uma atenuação do limiar de qualidade de vida, pois passam a viver quase sempre no limite do esgotamento físico e mental, ou quase sempre em vigília e prontos para algum chamado de emergência. Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida dos cirurgiões dentistas em atendimento odontológico durante a Pandemia da COVID-19. Tratou-se de um estudo descritivo com corte transversal. O universo amostral foi composto por 105 cinco cirurgiões dentistas. Para avaliação foram utilizados três questionários: sociodemográfico, qualitativo e WHOQOL-bref. A faixa etária predominante na amostra foi entre 40 e 49 anos, com a maioria de mulheres casadas e que se graduou dentro de 11 a 30 anos. Os respondentes possuíam, na sua maioria consultórios particulares para atendimento, e atuavam em mais de um consultório, 77% atuavam em clínica geral e atendiam entre 7 e 10 pacientes por dia. A partir do WHOQOL-Bref verificou-se que o sono e repouso foi a faceta do domínio físico mais afetada, com menor média de escore. A mobilidade foi pouco afetada demonstrando que os profissionais estavam fisicamente bem sem problemas de deslocamentos. No domínio psicológico a faceta espiritualidade/religião/crenças pessoais apresentou média 85,4% de satisfação, mostrando que no auge do período pandêmico a fé naquilo que cada profissional de saúde bucal acreditava foi sempre mantida. Quanto as relações sociais, constatou-se que 77,8% dos respondentes estavam satisfeitos. A atividade sexual apresentou a menor média entre as três facetas, mostrando que 25% dos respondentes não estavam satisfeito, o que pode ser um reflexo da pandemia, sobretudo entre pessoas solteiras que encontraram dificuldades de arrumar pares durante este período. Entre todos os domínios avaliados. O domínio meio ambiente apresentou o menor escore apesar de ser também positivo. A faceta “recursos financeiros” apresentou um percentual de 69%, um resultado esperado visto que, durante a pandemia, os profissionais tiveram sua renda diminuída em alguns casos, sobretudo em função do fechamento compulsório dos consultórios e da insegurança dos pacientes em saírem de suas casas. Concluímos que a saúde mental e o equilíbrio emocional foram essenciais para que os cirurgiões dentistas mantivessem uma boa qualidade de vida e enfrentassem o cenário catastrófico frente à Pandemia de COVID-19.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Cirurgião-Dentista. Pandemia de Covid-19. WHOQOL-bref.

ABSTRACT

With a COVID-19 pandemic, a new reality was imposed with important changes in the quality of life of the population, resourcing feelings of concern, fear, loss, anxiety, stress and depression. When it comes to health professionals, there is an attenuation of the quality of life threshold, as they live almost always on the edge of physical and mental exhaustion, or almost always in wakefulness and ready for some emergency call. This study aimed to evaluate the quality of life of dentists in dental care during the COVID-19 Pandemic. This was a descriptive cross-sectional study. The sample universe consisted of 105 five dentists. Three questionnaires were used for evaluation: sociodemographic, qualitative and WHOQOL-bref. The predominant age group in the sample was between 40 and 49 years, with the majority of women married and graduating within 11 to 30 years. The respondents mostly had private practices for care, and worked in more than one office, 77% worked in a general clinic and attended between 7 and 10 patients per day. From the WHOQOL-Bref, it was verified that sleep and rest was the facet of the most affected physical domain, with the lowest mean score. Mobility was little affected, demonstrating that the professionals were physically well without travel problems. In the psychological domain, the spirituality/religion/personal beliefs facet presented an average of 85.4% satisfaction, showing that at the height of the pandemic period faith in what each oral health professional believed was always maintained. Regarding social relations, it was found that 77.8% of the respondents were satisfied. Sexual activity presented the lowest mean among the three facets, showing that 25% of the respondents were not satisfied, which may reflect the pandemic, especially among single people who found it difficult to find pairs during this period. Among all domains evaluated. The environment domain had the lowest score despite being also positive. The facet "financial resources" presented a percentage of 69%, an expected result since, during the pandemic, professionals had their income decreased in some cases, mainly due to the compulsory closure of the offices and the insecurity of patients to leave their homes. We concluded that mental health and emotional balance were essential for dentists to maintain a good quality of life and face the catastrophic scenario in the face of the COVID-19 pandemic.

Keywords: Quality of Life. Dental surgeon. Covid-19 pandemic. WHOQOL-bref.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Ilustração das possíveis rotas de transmissão do SARS-CoV-2 em consultórios odontológicos.....	33
Figura 2 -	Média dos escores dos domínios do WHOQOL-bref..	54
Figura 3 -	Média dos escores das facetas dos domínios do WHOQOL-bref……	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características dos 105 participantes (grupo amostral)	41
Tabela 2 -	Características da atuação profissional na pandemia.....	42
Tabela 3 -	Efeitos da pandemia na atuação profissional.....	43
Tabela 4 -	Análise do domínio físico.....	45
Tabela 5 -	Análise do domínio psicológico.....	47
Tabela 6 -	Análise do domínio relações sociais.....	49
Tabela 7 -	Análise do domínio meio ambiente.....	50
Tabela 8 -	Estatística descritiva referente aos domínios do WHOQOL-bref.....	52
Tabela 9 -	Estatística descritiva referente às facetas do WHOQOL-bref.....	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Escala Likert do WHOQOL-100..... 35

Quadro 2 - Perguntas relacionadas a qualidade de vida e a saúde..... 44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
EPC	Equipamento de Proteção Coletiva
EPI	Equipamento de Proteção Individual
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHOQOL	*World Health Organization Quality of Life*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **12**
1.1 QUALIDADE DE VIDA: DEFINIÇÃO, CONCEITO E ANÁLISE **12**
1.2 CONCEPÇÕES OBJETIVAS DE QUALIDADE DE VIDA **14**
1.3 CONCEPÇÕES SUBJETIVAS DE QUALIDADE DE VIDA **14**
1.4 RELAÇÃO ENTRE AS CONCEPÇÕES OBJETIVAS E SUBJETIVAS **15**
1.5 QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE **16**
1.6 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO **17**
1.7 QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO TRABALHO ... **18**
1.8 QUALIDADE DE VIDA DOS CIRURGIÕES DENTISTAS **22**
1.9 QUALIDADE DE VIDA ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE **23**
1.9.1 A espiritualidade relacionada a qualquer vida 25
1.9.2 A relação entre a síndrome de *Burnout* os profissionais da saúde 26
1.9.3 A síndrome de *burnout* e os cirurgiões - dentistas 28
1.10 PANDEMIA DE COVID-19 28
1.10.1 Profissionais da saúde durante a Pandemia Covid-19 31
1.10.2 Cirurgião dentista no período da Pandemia de Covid-19 32
1.11 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-100 34
1.11.1 Instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF 36
2 OBJETIVOS **38**
2. 1 GERAL 38
2.2 ESPECÍFICOS 38
3 METODOLOGIA **39**
3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA 39
3.1.1 Amostragem 39
3.1.2 Composição da pesquisa 39
3.1.3 Conceito de coeficiente de variação e seus resultados 40
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO **38**
5 CONCLUSÕES **57**
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **58**
ANEXOS **68**

1 INTRODUÇÃO

1.1 QUALIDADE DE VIDA: DEFINIÇÃO, CONCEITO E ANÁLISE

O entendimento sobre o termo “qualidade de vida” é multidisciplinar e muito abrangente, por isso está sempre em processo de transformação. No entanto, por ser um tema muito extenso, nem sempre são concordantes (ALMEIDA et al., 2012).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida pode ser definida como:

> “-Discernimento dos indivíduos sobre suas necessidades, se elas estão sendo satisfeitas ou não, se estão tendo oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas-“ (OMS, 1998).

A OMS também relata que qualidade de vida é como o indivíduo entende sua posição social, cultural e seus princípios morais e relaciona-os com seus objetivos, expectativas padrões e preocupações de modo geral (OMS, 1998). Nesse sentido, a qualidade de vida é entendida como não envolvendo somente a saúde física e mental (ZUBARAN et al., 2009), mas é como o olhar de um indivíduo para sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupação, até a dimensão ética e política (ALMEIDA, 2010).

O conceito de qualidade de vida demonstra-se, tanto de forma global, ressaltando a satisfação geral com a vida, como dividida em componentes, que, em conjunto, indicariam uma abrangência do conceito geral. A forma como é elaborada e os indicadores adotados estão intrinsecamente ligados aos interesses políticos e científicos, respectivamente, de cada estudo e área de investigação (PEREIRA et al., 2012).

Qualidade de vida é mais que simplesmente a ausência ou presença de saúde, abrangendo também a educação, o acesso a serviços de saúde, o saneamento básico, a satisfação e as condições de trabalho, além de outros aspectos (ROMANO, 1993). A expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que “os objetivos não

podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas" (FLECK et al., 1999).

Minayo, Hartz e Buss (2000) argumentam que a ideia de qualidade de vida contém uma noção básica: o aproveitamento das condições culturais e econômicas que determinada sociedade oferece para os seus indivíduos. Entretanto, tal aproveitamento pode ser considerado de várias maneiras, uma vez que existem determinantes históricas (em cada momento histórico mudam as concepções do que seja uma vida boa), culturais (cada cultura valoriza de modo diferente as práticas de vida) e sociais (cada camada da sociedade valoriza práticas distintas). A noção de qualidade de vida configura-se, então, como uma relação entre a qualidade das condições de vida disponíveis (fatores ambientais, sociais e econômicos) e a qualidade dos estilos de vida escolhidos (fatores comportamentais), de maneira que é a percepção individual desses elementos que os articula.

Segundo Fleck et al., (1999), a preocupação com o conceito de "qualidade de vida" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida. Qualidade de vida está intrinsecamente associada com a saúde ("*health-related quality of life*") e estado subjetivo de saúde ("*subjetive health status*"), todavia ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade de o indivíduo viver plenamente.

As aplicações de instrumentos de avaliação de qualidade de vida são amplas e incluem não somente a avaliação individual, mas também avaliam a efetividade de tratamentos e funcionamento de serviços de saúde (FLECK, 2000).

Todavia, demonstrar que a qualidade e condições de vida afetam a saúde do indivíduo, e que esta intervém fortemente sobre qualidade de vida, não é o único desafio. Embora excessivamente demonstradas, faltam muitas questões a serem elucidadas neste campo de investigação, inclusive no que diz respeito às intervenções que, a partir do setor saúde, possam ser mais eficazes podendo assim, influenciar de forma favorável a qualidade de vida (BUSS et al*.,* 2000).

A Qualidade de Vida se inter-relaciona com os aspectos físicos, psicológicos, sociais, intelectuais e econômicos, baseando-se em princípios fundamentais, dos quais se pode destacar: a capacidade funcional, o nível socioeconômico e a satisfação do indivíduo (LENTZ et al*.,* 2000).

1.2 CONCEPÇÕES OBJETIVAS DE QUALIDADE DE VIDA

A concepção objetiva de qualidade de vida lida com a garantia e satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, infraestrutura, trabalho, saúde e lazer (MINAYO et al*.,* 2000).

É correto afirmar que devemos ter precauções com a saúde, além disso vai muito além de apenas tratar o paciente quando ele está enfermo, mas também ter cautela com o estilo de vida do indivíduo, pois somente assim conseguiremos uma melhoria de fato na qualidade de vida de cada pessoa (HIGGINSON; CARR, 2001).

1.3 CONCEPÇÕES SUBJETIVAS DE QUALIDADE DE VIDA

Minayo et al. (2000) tratam a concepção subjetiva de qualidade de vida por meio da percepção com valores não materiais tais como: amor, felicidade, solidariedade e realização pessoal. Logo, como se trata de uma perspectiva subjetiva de ações, é sempre necessário considerar as infinitas possibilidades individuais de percepção, conceituação e valorização dessas variáveis imensuráveis objetivamente, como, por exemplo, o sentimento de prazer em diferentes situações do cotidiano, que se expressa de formas distintas entre as pessoas.

Isso está ligado à carga cultural do indivíduo, ao ambiente e local em que ele vive e às condições de desenvolvimento possíveis para sua vida. Direciona desde sua forma de ação na sociedade, como os meios de percepção e julgamento de sua vida, sempre relativos às expectativas e ao entendimento de bem-estar de seu grupo. “A subjetividade sobre o conceito de qualidade de vida diz respeito também às diferentes fases da vida do indivíduo, ou seja, conforme o indivíduo vai amadurecendo, ele vai fazendo uma autoavaliação da sua vida, assim sendo o significado muda em cada uma delas, para a mesma pessoa” (NAHAS et al., 2001).

Além disso, os interesses e as possibilidades das pessoas se alternam de acordo com sua classe social, com seus valores morais e com seus princípios. Esta concepção é um fator determinante tanto sobre o estilo de vida, quanto a percepção do sujeito sobre a vida. Isso ocorre devido ao fato de o indivíduo ter mais oportunidades de ação e de adoção de um estilo de vida mais saudável (BORDIEU, 1983).

1.4 RELAÇÃO ENTRE AS CONCEPÇÕES OBJETIVAS E SUBJETIVAS

A diferenciação entre padrões de entendimento e percepção se faz necessária para nortear as análises e organizar os conteúdos e abordagens. É preciso salientar que as concepções sobre qualidade de vida (objetiva e subjetiva) têm suas fronteiras muito tênues. Observa-se que autores que aderem definições sobre este termo, uma dessas formas de compreensão, por vezes, ainda utilizam conceitos e princípios de outra. O fato é que lidar com qualidade de vida implica em considerar inúmeras variáveis que a compõem e as relações entre elas (ALMEIDA et al*.,* 2012). Essa perspectiva lida com as influências do ambiente sobre a qualidade de vida das pessoas. Esse universo pode se expressar tanto física como socialmente. Independentemente dessa diferenciação, o meio em que se coloca o indivíduo delimita suas possibilidades de desejo, necessidade e realização. Busca-se, então, uma reflexão sobre essa relação. Os hábitos e as formas de se comportar das pessoas dependem de sua posição na sociedade. Ou seja, as diferenças entre os grupos sociais não ocorrem por meio da quantidade de bens de determinada classe, mas na forma como o grupo consome e utiliza esses bens (BOURDIEU, 1983).

Segundo Freitas (2005), através de pesquisa empírica, existe uma notável diferença entre o sentido, o significado e a percepção que classes sociais distintas avaliam os mesmos fenômenos. Essa autora dá o exemplo do futebol que, ainda que seja um fator de aproximação social e que produz excitação em todas as esferas sociais, se expressa com significados diferentes entre elas, assim sendo, descreve como uma forma de ocultar problemas sociais; é uma alternativa de trabalho para classes menos favorecidas e apenas hobby e distração para classes mais privilegiadas. Estilo de vida é o conjunto de ações cotidianas que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida dos indivíduos (NAHAS, 2001).

Acrescentando a contribuição de Bourdieu (1983) a essa afirmação, pode-se compreender que se trata das ações individuais que refletem os hábitos e a carga cultural do indivíduo e que interferem diretamente em sua vida. O uso do termo estilo de vida é muito comum e se faz de grande importância quando são focadas questões relativas à qualidade de vida, pois essa grande área diz respeito ao padrão de vida que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, e ao conjunto de políticas públicas que induzem e norteiam o desenvolvimento humano (MINAYO et al*.,* 2000).

Dessa forma, o papel dos órgãos responsáveis, muda num sentido de não proporcionar reais melhoras nas condições de vida, mas de divulgar formas de ações individuais que venham a colaborar para a adoção de estilos de vida saudáveis. Por exemplo, em vez de viabilizar política públicas que favoreçam ao indivíduo dedicar algumas horas de seu dia à atividade física, somente é consolidada a necessidade dessa prática, mas deixando a cargo do indivíduo as formas de realização. O mesmo ocorre no ambiente profissional privado. Em vez de a empresa criar alternativas para diminuir a ansiedade e a insatisfação do empregado com seu trabalho, ela simplesmente realiza campanhas antitabagismo ou antialcoolismo, desconsiderando as razões sociais que causam esses “vícios” e que podem estar ligadas, inclusive, à própria vida profissional do funcionário (FREITAS, 2005).

A condição de qualidade de vida está intimamente, mas não integralmente, ligada à área da saúde. As interferências que ocorrem têm como objetivo alterações e melhorias do estilo de vida das pessoas (MINAYO et al*.,* 2000).

1.5 QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

Independentemente da concepção adotada, do instrumento indicador utilizado ou do conceito adotado sobre qualidade de vida, existe uma íntima relação entre este campo de conhecimento, a área da saúde e a prática de atividade física (WEINECK, 2003).

De toda forma, essa relação se apresenta como o primeiro referencial de percepção. A saúde é determinada como “um estado de amplo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1998). Compreendida dessa forma, é um processo instável, sujeito a mudanças rápidas e fortemente influenciado por ações do sujeito e do ambiente. Não somente o estado físico, mas tem dimensão subjetiva, na qual abrange a parte individual, psíquica, mental e social (WEINECK, 2003).

A saúde é um resultado coletivo dos padrões de conforto e tolerância que uma determinada sociedade estabelece (MINAYO et al*.,* 2000). As necessidades de saúde, como uma das vertentes da qualidade de vida, não podem ser separadas dos movimentos sociais urbanos e nem da dimensão da cidadania (BARBOSA, 1998).

A adoção de hábitos saudáveis depende da atitude e da adequação do indivíduo a uma rotina apropriada, desde que suas condições de vida proporcionem sua opção de escolha. Por exemplo, é utópico falar em prática periódica e frequente

de atividade física sistematizada para um sujeito que mal consegue realizar três refeições diárias e não tem acesso a bons sistemas de atenção à saúde básica. Para ter um estilo de vida saudável é necessário ter acesso à informação, oportunidades para prática de atividade física e aos hábitos positivos, ao apoio socioeconômico e à atitude para mudança de comportamento (NAHAS, 2001).

1.6 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

A qualidade de vida no trabalho tem sido preocupação do homem desde o início de sua existência e sempre voltada para facilitar ou trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador (SCHMIDT; DANTAS, 2006)

Depreende-se que QV, por possuir diversas formas e facetas, insere-se em diversos âmbitos para verificar aspectos de indivíduos e coletividade. No que tange ao ambiente de trabalho, há o conceito de qualidade de vida no trabalho (QVT) que é uma compreensão abrangente e comprometida das condições de vida no ambiente laboral, incluindo aspectos de bem-estar, garantia da saúde, segurança física, mental, social e capacitação para realizar tarefas com segurança e bom uso de energia pessoal. A construção da QVT ocorre a partir do momento que se percebe a empresa e as pessoas como um todo, promovendo o bem-estar e segurança dos trabalhadores a fim de assegurar uma maior produtividade, qualidade no trabalho e maior satisfação na vida familiar e pessoal (AQUINO; FERNANDES, 2013).

A promoção da qualidade de vida no trabalho é um campo incipiente que privilegia o respeito e a valorização da vida individual e coletiva (SAUER; RODRIGUEZ, 2014).

Existem quatro ênfases nos estudos sobre qualidade de vida no trabalho: a preocupação com o bem-estar e satisfação do trabalhador aliado ao aumento da produtividade; o envolvimento dos trabalhadores nas decisões e problemas do trabalho; a humanização do trabalho; e a forma de pensar sobre pessoas, trabalho e organizações (TOLFO et al., 2009)

A qualidade de vida no trabalho é “a percepção de bem-estar pessoal no trabalho, composta de dimensões relativas às necessidades humanas, biológicas, psicológicas, sociais e organizacionais” (LIMONGI-FRANÇA, 2015, p. 550). Essa percepção pode ser alterada por meio de condições intrínsecas e extrínsecas. A primeira está relacionada a fatores pessoais como personalidade, história de vida e

autoestima, enquanto as condições extrínsecas referem-se à comparação com grupos e pares ocupacionais, fatores socioeconômicos e às políticas e práticas de gestão de pessoas utilizadas nas organizações (LIMONGI-FRANÇA, 2015).

1.7 QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO TRABALHO

Tudo está sujeito a mudanças ao longo do tempo, de forma global ou em algumas áreas. Quando se trata dos profissionais da área da saúde, nota-se uma atenuação do limiar de qualidade de vida, pois passam a viver quase sempre no limite do esgotamento físico e mental, ou quase sempre em vigília e prontos para algum chamado de emergência. Assim sendo, ocorrem alterações psicológicas, da autoestima, do desempenho e rendimento profissional, além disso, causa um prejuízo gradativo no sono com o passar dos anos. Permanecem, muitas vezes, em conflito entre exercer a profissão e a trivialização da própria saúde, fazendo usos de medicamentos nocivos (ARENSON-PANDIKOW et al*.,* 2012).

Em relação à qualidade de vida dos médicos, os cirurgiões tornam-se mais incisivos, interessados no contato interpessoal, mas em menor grau quando comparados aos clínicos, além de serem mais submetidos ao estresse extremo, podendo levá-los ao esgotamento, o que, consequentemente, acaba contribuindo para um desempenho técnico prejudicado, por erros médicos, problemas de saúde física e mental, e até um alto risco de suicídio. Os médicos clínicos são mais tranquilos, detalhistas e são mais interessados no contato intrapessoal e menos agressivos que os cirurgiões. Sendo assim, o médico que atua na área clínica possui uma melhor flexibilidade em relação a regras e rotina, o que acaba criando maiores oportunidades de exercer atividades que melhorem a qualidade de vida (KANG et al*.,* 2012).

Os médicos clínicos e os cirurgiões possuem características diferentes, entretanto vale ressaltar que ambos têm suas próprias personalidades e disponibilidade de tempo. Cada profissional escolhe uma determinada área médica em que irá atuar e, no decorrer da profissão, acaba desenvolvendo diferentes métodos de trabalho e de lazer. Separando assim especialidades clínicas e cirúrgicas, um estudo alemão voltado para os cirurgiões constatou que 39% dos clínicos trabalhavam mais de 60 horas semanais, enquanto 68% dos cirurgiões faziam essa média de horas. Foi relatado ainda, por parte de 74% dos cirurgiões, restrições à vida privada e

familiar devido à sobrecarga de trabalho, sendo 15% maior comparado aos médicos clínicos. Tendo em vista os resultados do estudo, os cirurgiões precisam se atentar mais para a própria qualidade de vida, pelo seu próprio bem e por ser uma questão central ao tratar seu próprio paciente (BOHRER et al*.,* 2011).

O hospital é um lugar que exige o máximo de seus funcionários tanto na parte física quanto na parte psicológica, visto que responde ao desafio da saúde com várias divisões de trabalho, transformando as emergências em rotina, no qual os profissionais da saúde experimentam uma vivência angustiante, na qual frequentemente a sociedade não dá a devida importância (OLIVEIRA et al*.,* 2002).

Um estudo realizado com trabalhadores da saúde no Brasil constatou uma associação entre condições de trabalho psicossociais adversas e má qualidade de vida de trabalhadores, necessitando de ações com o intuito de prosperar a saúde e a qualidade de vida no trabalho. O estudo mostrou que excesso de demanda de trabalho predispõe o aparecimento de sintomas físicos e psicológicos, como ansiedade, depressão, estresse e síndrome de *Burnout* (TELES et al*.,* 2014).

Os profissionais da área da saúde estão expostos, de certa forma cumulativa e progressiva, ao estresse, e essa situação é desencadeada por vários fatores tais como: ambiente de trabalho, sobrecarga de trabalho, relações interpessoais, trabalho noturno, tempo de serviço (intrínsecos) e condições pessoais e características da personalidade (extrínsecos) (COUTRIN et al.,2003).

Levando em consideração o estresse como um problema de ampla discussão atualmente, cresce o interesse por compreender melhor os fatores que se refletem na saúde do trabalhador. Desta forma, é imprescindível discorrer sobre os fatores de risco psicossociais e ambientais relacionados ao trabalho que podem ser causadores do estresse. Essas questões são percebidas nas relações sociais no trabalho, e estão atreladas à competitividade/produtividade e à qualidade do produto, e devem ser analisadas à luz da qualidade do trabalho e em defesa da vida e da saúde dos trabalhadores (AZEVEDO et al*.,* 2017).

Existem evidências na literatura internacional de que a depressão acarreta muitos prejuízos à qualidade de vida. As pesquisas demonstram que existe uma relação inversa entre entendimento de qualidade de vida e intensidade de sintomatologia depressiva, ou seja, a percepção de um baixo nível de qualidade de vida é expressa por pacientes com altos níveis de sintomas depressivos. Dessa forma,

a melhora ou redução sintomática ofereceria uma melhora direta na qualidade de vida dos indivíduos (LOPEZ et al., 2011).

A relevância sobre o discernimento desses causadores de estresse tem como foco uma abordagem sobre saúde preventiva, no qual o intuito é promover um ambiente de trabalho mais seguro, o que pode gerar uma motivação maior a fim de diminuir os riscos nos quais o grupo está exposto, apesar do convívio com o sofrimento (SAVOLDI, 2004).

Gomes et al., (2006) mensuram como causadores de esgotamento físico e mental a maneira como os setores são organizados, o rígido controle do tempo, conflitos entre os membros da equipe, o estado crítico de saúde do paciente, a falta de materiais e equipamentos adequados, a dupla jornada de trabalho (se dá pela má remuneração a que tanto homens como mulheres estão expostos), e trabalho nos finais de semana e feriados. Com intuito de reduzir essas condições/emoções negativas com relação ao exercício profissional, foi proposta a criação de espaços para discussões coletivas sobre a concepção do sofrimento emocional no trabalho, para que os profissionais de saúde se comprometessem com a melhoria do bem-estar ocupacional e a organização do trabalho (GOMES et al., 2006).

Em estudo descritivo realizado no Instituto Fernandes Figueira, no Rio de Janeiro, de 2002 a 2003, constatou-se que, entre os profissionais com faixa etária entre 20 e 50 anos, 90% sexo feminino, com predominância de jovens entre 20 e 29 anos, 60% tinham dupla e tripla jornada, com carga horária acima de 60 horas semanais e estilo de vida não-saudável em relação ao lazer, exercício físico, repouso e sono. Os riscos ocupacionais percebidos foram muitos, tais como: ritmo acelerado no trabalho, posturas inadequadas, esforço físico, trabalho isolado, temperatura inadequada, excesso de ruído, exposição à irradiação, risco de infecção e contaminação (SAVOLDI, 2004).

No âmbito da saúde, uma das profissões que está sendo amplamente estudadas é a enfermagem como um todo, por ser considerada de suma importância no contexto hospitalar, no qual acaba facilitando ou dificultando a relação entre paciente e sua patologia, assim como os profissionais e sua respectiva instituição (ERNEST et al., 2004).

O processo de trabalho da equipe de saúde da família encontra-se direcionado por dois aspectos: primeiro é a gestão, que exige efetivação de metas e produção; segunda é o usuário do SUS, que exige melhores condições nos cuidados de saúde

prestados. Todavia, a realidade encontrada nos serviços de saúde aponta para algo difícil de ser conquistado pelos profissionais, seguindo estes dois aspectos (MAISSIAT et al., 2019).

É fundamental, portanto, que esse profissional se encontre em condições físicas e psicológicas favoráveis para que assim possa exercer seu trabalho para com a população, e assim contribuir positivamente nesse sentido (MALAGRIS; FIORITO, 2006).

O estresse pode estar presente em qualquer profissão, assim sendo os psicólogos e os demais profissionais da área psiquiátrica tem como objetivo estudá-lo, pois o estresse ocupacional acaba acometendo boa parte dos trabalhadores (MALAGRIS; FIORITO, 2006).O estresse ocupacional se refere a um incômodo no estado emocional decorrente de inúmeros fatores presentes no ambiente de trabalho, caracterizado por diversos sintomas, tais como: tensão, ansiedade, sentimento de frustração, transtorno alimentar etc. podendo chegar até uma exaustão emocional. Além desses sintomas, vale ressaltar também o pessimismo, insatisfação crescente, falhas e ineficiência (MOREIRA; MELLO FILHO, 1992).

Se as carências, tanto particulares como corporativas, presentes no ambiente de trabalho forem frustradas, podem causar inúmeros problemas de adaptação, incluindo conflitos associados a necessidades opostas de ambos os lados (MALAGRIS; FIORITO, 2006). A falta de adaptação causa grande estresse no profissional, podendo vir a ocasionar o desligamento da empresa, perda de promoções ou o isolamento na carreira. Convém ressaltar que os conflitos relacionados à liderança autoritária ou falta de autoridade, incompatibilidades, limites não muito claros, desumanização no trabalho, mecanização e burocratização, pressões e excesso de expediente podem colaborar para dar início a insatisfações individuais e falta de realização pessoal e profissional (MALAGRIS; FIORITO, 2006).

Lipp (2004), em pesquisas realizadas no Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Estresse da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, indica que qualquer profissional da área da saúde pode sofrer uma degradação da disposição como um todo e consequentemente, queda da qualidade de vida da pessoa sujeita a um estado de estresse crônico. O indivíduo estressado demonstra irritação, agressividade, impaciência, inquietude, ocasionando assim uma dificuldade em relação ao seu convívio com outras pessoas, levando-o a uma dificuldade de

pensar em outros assuntos, que não sejam os relacionados a seu estressor (LIPP, 2004).

1.8 QUALIDADE DE VIDA DOS CIRURGIÕES DENTISTAS

Souza (1997), em seu estudo, elencou vários riscos presentes na rotina de trabalho do cirurgião dentista: físicos - ruído gerado pelas turbinas, micromotor e compressor; químicos - substâncias manipuladas, principalmente o mercúrio; biológicos – a cavidade oral é rica em microrganismos, não podendo esquecer a existência principalmente da hepatite e da Aids; mecânicos - lesões corporais ou perfurantes pelos instrumentos utilizados; sociais - trabalho que envolve tensão e estresse, principalmente por trabalhar com procedimentos irreversíveis; e ergonômicos - em função da postura de trabalho o profissional está sujeito a problemas de coluna, articulações do braço e varizes

Nunes e Freire (2006), avaliando a qualidade de vida de cirurgiões-dentistas, relataram que 36% da amostra trabalhavam nove horas ou mais por dia e que esta sobrecarga de trabalho poderia interferir na qualidade de vida dos profissionais. Este foi o primeiro estudo a utilizar o WHOQOL-Bref para avaliar a qualidade de vida de cirurgiões-dentistas. Trata-se de um questionário autoaplicável formulado pela Organização Mundial da Saúde com questões distribuídas em quatro domínios: físico (percepção do indivíduo sobre sua condição física); psicológico (percepção sobre sua condição afetiva e cognitiva); relações sociais (percepção sobre os relacionamentos sociais e os papéis adotados na vida social); e meio ambiente (percepção sobre aspectos relacionados ao ambiente onde vive).

Ruschel et al. (2005) avaliaram a perda auditiva de cirurgiões dentistas, com tempo de formado entre dois e cinco anos, provocada por ruídos. E observaram que 27% da amostra estudada apresentavam perda auditiva induzida por ruídos, e esse valor se agravava com o aumento da jornada de trabalho do cirurgião-dentista.

Na prática odontológica, os profissionais ficam expostos a riscos físicos, químicos, ergonômicos, mecânicos ou de acidente, os advindos da falta de conforto e higiene e os biológicos que podem resultar no surgimento de doenças ocupacionais. Em vista disso, para que o cirurgião-dentista possa desenvolver todas suas competências, minimizando os desgastes físicos e psicológicos, que possam

ocasionar doenças ocupacionais é necessário que o ambiente de trabalho seja adequado e condutas preventivas sejam incorporadas rotineiramente.

A literatura aponta o Cirurgião-Dentista como um profissional susceptível a riscos ocupacionais (GARBIN; SALIBA, 2006). Estudos como o de Oliveira (1996) têm demonstrado que profissionais da área da saúde queixam-se de doenças relacionadas ao estresse psicológico, como: aumento dos batimentos cardíacos e consequente elevação momentânea da pressão arterial, derrame cerebral, ruptura de aneurismas ou mesmo parada cardíaca, além de distúrbios posturais, dores na coluna cervical, enxaquecas constantes, depressão, fibromialgias, distúrbios da atividade sexual, agravamento de alergias, insuficiências respiratórias, envelhecimento precoce e até mesmo câncer (LIMA; FARIAS, 2005).

1.9 QUALIDADE DE VIDA ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

A atividade física é colocada na sociedade contemporânea como uma ponte segura para melhores situações de saúde, porém é utilizada de maneira generalizante, pois é possível que seja direcionada ao controle do estresse, assim como uma prática contra o sedentarismo, e para fins estéticos ou de melhora de performance atlética (LOVISOLO, 2011).

Com o intuito de apresentar uma definição acerca do termo atividade física, apontam-se para três opções, sendo que duas apontam para um sentido semântico de qualquer prática corporal que gaste mais energia do que o estado de repouso (NAHAS, 2001; CARVALHO, 2001), enquanto a terceira estabelece a necessidade de racionalização e sistematização da prática, sendo essa, a prática de exercício físico propriamente dito (LOVISOLO, 2011).

“A atividade física é determinada através de motivos e intenções de movimento ou conservação das capacidades físicas, no qual implica um plano de ações racionalizadas ou controladas e corrigidas por especialistas” (LOVISOLO 2011). Por outro lado, embora adote uma concepção diferenciada de atividade física, as reflexões, segundo Lovisolo (2011), denunciam a existência de mitos ou crenças ligadas à atividade física e saúde.

Carvalho (2001) relata um mito na sociedade contemporânea, no qual os principais meios de comunicação associam atividade física com a saúde. Assim sendo, temos a ideia de que atividade física está intrinsecamente associada com uma

boa saúde, e segundo a autora, isto é uma prática errônea no qual se cultua estereótipos de boa forma física e saúde na vida do indivíduo. Este conceito pode até ser comprovada por métodos científicos, porém é necessário levar em consideração que a saúde é um tema muito complexo, e são vários componentes que exercem influência determinante sobre o resultado.

Para Lovisolo (2011) é necessário que se faça certa reflexão: Qualquer tipo de atividade física é benéfico para a manutenção da saúde? A mesma forma de atividade física serve tanto para diminuir o estresse quanto para proporcionar melhoria de performance atlética? A ausência de sedentarismo é garantia de ter um bom quadro de saúde? A princípio, faz-se necessário definir os limites entre as fronteiras sobre sedentarismo. Nahas (2001) identifica que um indivíduo sedentário, é aquele que não produz gasto energético mínimo de 500 Kcal/semana, ou seja, que não pratica atividade física por 30 minutos, ou cinco vezes por semana. Esta explicação é fundamentada em valor energético, ou seja, a periodicidade da prática, pois conforme o próprio autor salienta, ao aderir essa concepção é preciso não ignorar as ações corporais dos sujeitos em seu dia a dia, inclusive em momento de trabalho.

Qualquer forma de movimento corporal é benéfica para a saúde, desde que compreenda 30 minutos do dia do sujeito, porém existem inúmeras práticas de atividade física, desde caminhadas leves, até trabalhos com peso ou um treinamento intenso, com efeitos diversos sobre o organismo, assim como seu benefício ou malefício à saúde (LOVISOLO, 2011).

Lovisolo (2011) atenta para o fato de que classes socialmente privilegiadas também apresentam altos índices de sedentarismo, mesmo com a divulgação de que um estilo de vida saudável e as condições de saúde são diretamente dependentes da prática de atividade física. O autor aponta para uma tese ligada ao aumento do avanço tecnológico, que, por um lado, é benéfico à qualidade de vida dos sujeitos, facilitando a comunicação e tornando a vida mais ágil e segura, no qual privilegia a substituição do esforço humano pelo da máquina. Essa ideia é compartilhada por outros autores, que denunciam um menor uso da força humana no decorrer do tempo na sociedade contemporânea.

Nahas (2001) chama atenção para uma variável que se relaciona com a prática de atividade física, a aptidão física, definida como “a capacidade que um indivíduo tem para realizar atividade física. Deriva da hereditariedade, estado de saúde, alimentação e prática regular de exercícios físicos”. Pode estar relacionada à melhoria de

performance, contribuindo para um bom desempenho em tarefas específicas, trabalho ou esporte; ou à saúde, lidando com prevenção de doenças e busca de maior disposição para atividades do dia a dia, exercendo influência sobre o bem-estar.

Sendo assim, a proposta de atividade física como uma forma de melhoria do bem-estar e da qualidade de vida exige atenção do profissional tanto em relação ao seu impacto sobre a saúde física, quanto social e emocional, pois a autonomia pessoal é fruto de uma boa condição de saúde, relacionamentos pessoais e capacidade de realização prática das expectativas individuais. Porém, o que se vincula na mídia é uma banalização deste tema, que se faz interessante para um mercado próprio sobre atividade física e saúde (CARVALHO, 2001).

É necessário ressaltar uma relação complexa entre qualidade de vida, saúde e atividade física, no qual objetivos, possibilidades, condições de vida e de realização do sujeito, se adapta à prática ao estilo de vida de forma crítica, consciente e positiva à saúde física, emocional e social (CARVALHO, 2001).

1.9.1 A espiritualidade relacionada à qualidade de vida

Os muros entre medicina e espiritualidade estão ruindo: médicos e demais profissionais de saúde têm descoberto a importância da prece, da espiritualidade e da participação religiosa na melhoria da saúde física e mental, bem como para responder a situações do cotidiano ou outras situações mais complexas que porventura ocorra (EPPERLY, 2000).

Neste contexto, o interesse no desenvolvimento de “bem-estar” e “qualidade de vida” tem tido notável crescimento e indícios de associação com espiritualidade/religiosidade têm sido encontradas (FLECK, 2000).

Ross (1995) definiu o plano espiritual como dependente de três elementos, revelando as necessidades de encontrar um significado, razão e preenchimento na vida; de ter esperança/vontade para viver; e de ter fé em si mesmo, nos outros ou em Deus. A primeira necessidade, destacada por Pargament (1997) como um dos objetivos-chave da religião, é considerada uma condição essencial à vida, pois quando um indivíduo se sente incapaz de encontrar um significado, ele sofre em função de seus sentimentos de vazio e desespero (ROSS, 1995).

1.9.2 A relação entre a Síndrome de B*urnout* e os profissionais da saúde

A Síndrome de *Burnout* prejudica principalmente profissionais assistenciais, profissionais de saúde, professores e policiais militares (CARVALHO; MALAGRIS, 2007). Segundo Benevides-Pereira (2002), a diferença fundamental entre o estresse ocupacional e a Síndrome de *Burnout* é que neste à relação interpessoal tem uma maior relevância, levando a um prejuízo incomensurável de seu trabalho. Desta forma, profissionais de quaisquer atividades podem sofrer de estresse ocupacional. Entretanto, somente os profissionais voltados ao cuidado do outro estão mais propensos ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

A concepção sociopsicológica proposta por Benevides-Pereira (2002) conceitua a Síndrome de *Burnout* como “um conjunto de sinais e sintomas em resposta ao estresse crônico, envolvendo três fatores principais: exaustão emocional, perda de personalidade e redução da realização pessoal”.

A exaustão emocional refere-se à falta de energia e recursos emocionais e físicos para lidar com as inúmeras situações de trabalho. Já no segundo fator, chamado perda de personalidade, ocorre uma verdadeira transformação negativa da relação do profissional com o usuário de seu serviço (paciente, cliente, aluno etc.). Sentimentos como indiferença, ironia e sarcasmo são desenvolvidos pelo trabalhador em relação ao outro indivíduo, criando assim uma dificuldade afetiva entre ambos. Terceiro e último fator é a redução da realização pessoal e profissional que diz respeito a uma insatisfação por parte do profissional no que se refere ao desempenho de suas atividades; nesse caso, o indivíduo não mais acreditando em sua capacidade de trabalho, apresenta sentimentos de baixa autoestima, desmotivação e inadequação, dentre outros (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

O profissional de saúde pública é um exemplo de categoria que parece estar submetida à influência de estressores, pois, além de conviver com inúmeros problemas estruturais, tais como: falta de infraestrutura e material básico para o trabalho, forte demanda imposta pelos órgãos competentes etc., precisam constantemente estar atentos a seus papéis e ao papel da instituição pública frente ao usuário, na tentativa de atender aos desafios decorrentes da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), como: universalização, regionalização, hierarquização dos serviços, dentre outros (BORGES et al., 2002).

Borges et al. (2002) alertam as organizações sobre os custos emocionais e as necessidades que envolvem a saúde mental dos trabalhadores da área da saúde. Ressalta que, para uma determinada instituição alcançar seus objetivos de ser referência e excelência no atendimento médico e qualidade nos serviços prestados, é necessário ter profissionais satisfeitos e que gozem de uma boa qualidade de vida. Os custos emocionais supracitados são considerados “não-econômicos” na avaliação de programas e tratamentos, ou seja, não podem ser mensurados perfeitamente através de valores monetários, porém trazem prejuízo às organizações.

Apesar dos profissionais da saúde compartilharem várias atividades, cada profissão tem suas peculiaridades, tanto na formação quanto no exercício profissional. Dessa forma, além das instabilidades inerentes à tarefa específica de cada profissão, as fases e as etapas em que o profissional se encontra podem produzir desgastes específicos. Nesta área da saúde, o conceito qualidade de vida tem chamado muita atenção, inclusive de inúmeras áreas do conhecimento nos últimos anos, além disso, mostra-se uma abordagem concebível, visto que associada à compreensão do sujeito, também proporciona uma análise de diferentes proporções da saúde, dentre elas a física, social e a psicológica (MOREIRA et al., 2019). Sabe-se que ter que realizar a comunicação de más notícias aos familiares, o constante contato com a dor e sofrimentos dos pacientes e a expectativas dos usuários também acabam culminando de forma negativa na qualidade de vida desses profissionais (SOUZA et al*.,* 2018).

Muitos outros fatores contribuem no desgaste físico e mental, tais como: condições de trabalho instáveis, altas jornadas e sobrecarga, exposição a vários fatores de riscos, desmotivação profissional, baixa remuneração e dupla jornada de serviços. Em conjunto, acabam ocasionando uma má qualidade de vida desses profissionais (SOUZA et al*.,* 2018).

Em fases avançadas de estresse, a pessoa já demonstra certo prejuízo na sua linha de pensamento e raciocínio, e com isso sua meta principal é apenas sobreviver para se livrar de tudo aquilo que lhe cause sofrimento. Diante deste quadro de letargia, se as fontes de esgotamento forem relacionadas ao ambiente de trabalho, pode-se considerar o desenvolvimento da Síndrome do *Burnout*. Os sintomas característicos deste quadro começam a aparecer em decorrência do desgaste causado pelo estresse crônico. Assim sendo, o profissional estressado encontra-se abatido, ou seja, está compenetrado em gastar energia contra seus agentes estressores, o que pode levá-lo a apresentar déficits em seu trabalho e, principalmente, em sua relação com o

outro, sendo este último fator essencial para o diagnóstico de *Burnout* (CARVALHO; MALAGRIS, 2007).

1.9.3 A Síndrome de *Burnout* e os cirurgiões-dentistas

Como citado anteriormente, a Síndrome de Burnout de caracteriza por uma grande exaustão emocional, grande despersonalização e pouca realização profissional. Esses, em conjunto, levam a um colapso físico e emocional. Devido essa Síndrome possuir maior incidência nas áreas que atuam com a vida de outras pessoas, o cirurgião dentista foi mencionado como um profissional com grande susceptibilidade a desenvolvê-la (CAMPOS et al., 2012)

A profissão de cirurgião dentista tem sido apontada como vulnerável a desenvolver esse distúrbio devido a exposição diária à riscos biológicos e químicos, ao alto grau de concentração exigido durante os atendimentos, às características financeiras peculiares, às altas jornadas de trabalho, atividades administrativas e organização do meio de trabalho (CAMPOS et al., 2012; BONAFÉ et al., 2012; PÕHLMANN et al., 2005; SOFOLA; JEBODA, 2006; TE BRAKE; BLOEMENDAL; HOOGSTRATEN, 2003; ZUCOLOTO; MAROCO; CAMPOS, 2012).

O desenvolvimento da SB nos CD pode acarretar consequências graves para o desempenho de suas funções e qualidade de vida, como a dificuldade de se manter no mercado de trabalho, elevados índices de faltas não justificadas, diminuição da qualidade do serviço prestado.

No período da pandemia de COVID-19, diante de todas as adaptações necessárias, implantação de novos protocolos de atendimentos odontológicos, os dentistas desencadearam muitos momentos de estresse contribuindo para o maior surgimento desta Síndrome (CASTRO et al., 2020).

1.10 PANDEMIA DE COVID-19

No final do ano de 2019, o mundo enfrenta uma crise após a descoberta de um novo vírus. Esse vírus foi detectado em Wuhan, China e é uma variação de um coronavírus preexistente, denominado novo coronavírus (SARS-CoV-2) que causa uma doença com manifestações predominantemente respiratórias. (HUANG et al., 2020). Denominada como COVID-19, é uma doença que apresenta alguns sinais e

sintomas principais como: febre, tosse seca, mialgia, apatia, obstrução nasal, cansaço, dor de garganta, diarreia, perda parcial ou total do olfato e alteração ou perda total do paladar. Além de insuficiência renal e doenças respiratórias com necessidade, muitas vezes, de ventilação mecânica (FRANCO; DE CAMARGO; PERES, 2020; SBI, 2020).

As vias de transmissão de COVID-19 compreendem a transmissão direta seja por meio de tosse, espirro e perdigotos (gotículas de saliva) ou ainda por contato com mucosa oral, nasal e ocular. Além disso, certificou-se de que o vírus pode ser transmitido de pessoa para pessoa por meio do contato direto ou indireto, de saliva e fluídos (TUNÃS et al., 2020). O período de incubação do vírus tem em média de 5 a 6 dias, entretanto os autores afirmam que poderá se prolongar por até 14 dias, assim sendo estamos considerando que indivíduos que estão com suspeita, ou com um quadro clínico mais grave ou de quarentena devido a exposição de indivíduos infectados (MENG, HUA, BIAN; 2020)

Após sua descoberta, o vírus se espalhou em proporções gigantescas por todo o mundo, em 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a propagação global do coronavírus uma pandemia, por não haver um tratamento comprovado para a doença, e como forma de prevenção, enfatizou a necessidade do isolamento social (BYRAREDDY et al., 2020; HILAN et al., 2020).

Algumas medidas de prevenção se destacam no controle da transmissibilidade, tais como: a higienização das mãos, com frequência, com água e sabão por pelo menos 30 segundos, e/ou a utilização do álcool etílico líquido ou em gel a 70%; evitar tocar nos olhos, nariz e boca; tossir ou espirrar no cotovelo ou tecido dobrado ou lenços descartáveis e depois eliminar imediatamente; usar uma máscara descartável se tiver problemas respiratórios ou sintomas e realizar a higienização das mãos após descarte da máscara e a manutenção da distância social de no mínimo 1 metro (WHO, 2020).

Os sistemas de saúde de uma forma global passam por uma situação de pandemia causada pelo vírus Sars-CoV-2, um vírus da família dos coronavírus e que causa a doença COVID-19. Não há nenhum medicamento específico para essa doença, exceto a vacinação. Portanto, foi necessário aplicar as medidas clássicas de saúde pública para que fosse possível retardar a propagação da doença, isolando as pessoas para interromper a transmissão, de uma forma massiva, e sem precedentes no mundo de hoje (WILDER-SMITH; FREDMAN, 2020).

Seguindo a declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) do estado pandêmico, em 11 de março de 2020, foi demonstrado em várias publicações e artigos científicos que a infecção mantém um alto nível de contágio de pessoa para pessoa, por meio do contato com secreções respiratórias, de modo que o isolamento de pacientes que sofrem com a doença era uma prioridade. Dentro desta estrutura, a gestão dos hospitais exigiu muitas modificações importantes nos quadros organizacionais e estruturais, a fim de responder as necessidades de isolamento de pessoas hospitalizadas e a de manter proteção de seus profissionais (PATEL et al*.,* 2020).

À medida que a doença avança entre os países, tem influenciado o cotidiano de bilhões de pessoas no planeta (TEIXEIRA et al*.,* 2020). Os profissionais de saúde estão intrinsecamente envolvidos no enfrentamento a pandemia, assim sendo, estão expostos diariamente ao risco de se infectar pelo coronavírus. Existem várias formas de trabalho que determinam diferentes tipos de exposição, tanto ao risco de contaminação quanto aos fatores relacionados às condições de trabalho. Os cuidados aos profissionais de saúde são fundamentais para evitar a transmissão de COVID-19 nos hospitais, clínicas, postos de saúde, sendo necessário adotar protocolos de controle de infecções e a disponibilização de equipamento de proteção individual (EPI) equipamento de proteção coletiva (EPC) máscaras N95, aventais, óculos e luvas. Além disso, deve-se proteger a saúde mental dos profissionais e trabalhadores de saúde, por conta do estresse que estão submetidos (TEIXEIRA et al*.,* 2020).

As circunstâncias da pandemia requerem uma maior atenção ao trabalhador de saúde, também no que se refere aos cuidados dele. Recentemente, no período da pandemia, é notório o aparecimento dos sintomas como ansiedade, depressão, perda da qualidade do sono, aumento do uso de drogas e medo de se infectar ou transmitir a infecção aos membros da família (FIOCRUZ - MS, 2020).

Segundo apresentado pelo Centro de Recursos Coronavírus da Universidade Johns Hopkins (*Coronavirus Resource Center of Johns Hopkins University*), foram identificados em todos o mundo no dia 21/10/2021 às 18:00hs, o universo de 242.403.265 casos registrados de COVID-19, que geraram 4.927.975 mortes.

1.10.1 Profissionais da saúde durante a pandemia de covid-19

Estudo realizado com médicos de Wuhan mostrou que os profissionais da saúde enfrentaram uma enorme pressão, incluindo um alto risco de infecção e proteção inadequada contra contaminação, excesso de trabalho, frustração, discriminação, isolamento, assistência a pacientes com emoções negativas, falta de contato com a família e exaustão. Esta situação causou inúmeros problemas de saúde mental, tais como: estresse, ansiedade, ocorrência de sintomas depressivos, insônia, negação, raiva e medo, problemas que não apenas afetam a atenção, o entendimento e a capacidade de tomada de decisões dos médicos, mas também podem ter um efeito duradouro em seu bem-estar geral. De acordo com o estudo citado acima, entre 994 funcionários médicos e de enfermagem, 36,9% apresentaram distúrbios de saúde mental abaixo do limiar, 34,4% apresentaram distúrbios leves, 22,4% apresentaram distúrbios moderados e 6. 2% apresentaram distúrbios graves, imediatamente após a epidemia viral (KANG et al*.,* 2020).

Os altos níveis de estresse demonstram uma ameaça à saúde mental dos profissionais de saúde, assim sendo elevam as taxas de ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e comportamentos sociais negativos (COSIC et al*.,* 2020).

Com o avanço da pandemia, o acesso aos EPIs e EPCs para os profissionais de saúde está cada vez mais preocupante, devido à possibilidade de escassez dos materiais e insumos hospitalares nos locais com uma alta demanda de atendimento. Em um cenário como este, o abastecimento para as equipes de saúde deve ser priorizado, além disso, deve se estabelecer o uso racional dos insumos, para evitar a impossibilidade de prestar cuidados aos pacientes, não somente pelo risco iminente de causar danos à saúde do trabalhador por contaminação subsequente da exposição desprotegida (WHO, 2020).

Cabe destacar que a OMS recomendou o afastamento da realização das atividades que envolvam ameaça de contato com o novo coronavírus, justificando assim o remanejamento para ambientes livres de perigos, aqueles profissionais de saúde pertencentes aos grupos de risco, tais como: ter idade superior a 60 anos, diagnóstico de imunossupressão ou doenças crônicas que levem à predisposição para pior resposta à COVID-19, e também as gestantes, pois ainda são escassas as informações sobre o impacto deste na condição obstétrica (OMS, 2020)

A quantidade de profissionais de saúde enfermos tem aumentado durante a pandemia (OMS, 2020). Portanto, a autoavaliação deve ser uma orientação regular para todos os profissionais de saúde expostos ao risco, buscando observar a ocorrência de sintomas nos quais podem ser um sinal de alerta quanto à COVID-19 (RAN et al., 2020).

Os dirigentes dos serviços de saúde devem ter um plano de ação a ser elaborado após ter conhecimento do adoecimento dos seus profissionais, determinando assim um fluxo de condutas. É essencial a restrição ao trabalho para que, por meio disso, possa impedir a transmissão para pacientes e/ou colegas de trabalho e manter uma quarentena de 14 dias após o último dia de exposição a um paciente com diagnóstico confirmado de COVID-19 (CDC, 2020).

O desenvolvimento de COVID-19 por meio da exposição ao vírus durante o exercício do trabalho nos serviços de saúde do setor privado justifica a notificação previdenciária e trabalhista por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Quanto aos servidores públicos, há de se observar as legislações que regem o vínculo profissional (CDC, 2000).

1.10.2 Cirurgião Dentista no período da pandemia de covid-19

Os atendimentos odontológicos no período da Pandemia de COVID19, por exigirem um contato direto da face do paciente com o dentista, necessitaram de algumas mudanças para conter a propagação da doença (MENG; HUA; BIAN, 2020; ROCHA et al., 2020).

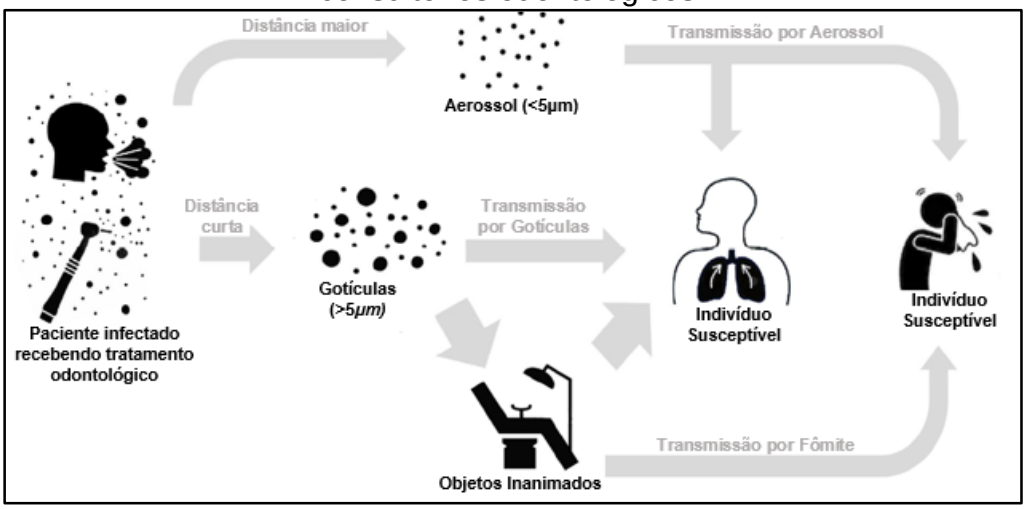
Essas mudanças e adaptações se tornam obrigatórias porque os profissionais da área da saúde são os que estão mais expostos ao risco de infecção pelo novo coronavírus. Em especial, profissionais que desempenham a prática clínica através do contato direto com os pacientes, como por exemplo, os profissionais da Odontologia, visto que o profissional está exposto a partículas de aerossol emitidas pelo paciente através das suas vias aéreas superiores, o que pode resultar em uma propagação da doença. Além disso, o profissional é bastante exposto a material biológico no qual podem conter uma alta carga viral (ROCHA et al*.,* 2020).

Os procedimentos clínicos realizados pelo cirurgião dentista produzem aerossóis. Os aerossóis são considerados partículas líquidas ou sólidas suspensas no ar que podem causar possíveis infecções cruzadas. A exalação dos aerossóis no

decorrer do tratamento clínico odontológico é tida como o principal fator de contaminação, por causa das partículas virais que são aerossolizadas, ao longo do procedimento e por secreções do paciente (tosse ou espirro), que podem alcançar até 6 metros de distância. Logo, não somente há risco para o profissional, como também de infecção cruzada entre pacientes, desde a recepção à chegada ao consultório (GIORDANO et al., 2020).

Devido a tais características únicas da prática odontológica, as medidas de biossegurança padrão deve ser revisadas e reforçadas para impedir a propagação de COVID-19. De acordo com a FIGURA 1, gotículas, aerossol e fômites (objetos inanimados que transportam micro organismos patogênicos podendo, assim, servir como fonte de infecção, por exemplo: vestuário, tecido de papel, escova de cabelos e utensílios de alimentação (GE et al., 2020).

Figura 1 - Ilustração das possíveis rotas de transmissão do SARS-CoV-2 em consultórios odontológicos.



Fonte: GE et al., 2020.

A lavagem das mãos é primordial na equipe odontológica como medida de prevenção e combate as doenças transmissíveis ou infecções cruzadas. Quando não há disposição de tais itens, aconselha-se o uso de álcool 70% na assepsia das mãos, mantendo sempre a atenção na observação da higiene, pois caso haja sujeira visível, preconiza-se a lavar com água e sabão (COELHO, 2020).

No que se refere à utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), há recomendação de que, além da utilização de EPI comuns na prática odontológica (luvas, óculos de proteção, gorro e máscara), deve adicionar uso de protetor facial, jaleco/avental de polipropileno com mangas longas, punhos com elástico e gola tipo

colarinho, proteção para os pés, além de máscaras específicas, pois são indispensáveis no controle de infecção e prevenção da disseminação do SARS-CoV-2 dentro do consultório odontológico, além disso as máscaras N-95, PFF2 e PFF3 são recomendadas para a proteção do cirurgião dentista e sua equipe (COELHO, 2020).

Os dentistas precisaram reaver os protocolos de conduta para com seus pacientes, principalmente dos que tratam os pertencentes a grupos de risco, como por exemplo pacientes com comorbidades (ROCHA et al*.,* 2020). As comorbidades ocorrem quando existe a associação entre duas ou mais doenças, ao mesmo tempo, em um paciente. No caso do coronavírus, doenças preexistentes como, asma, diabetes, hipertensão, pacientes imunossuprimidos e idosos estão entre as principais que podem agravar a saúde dos pacientes com maior probabilidade de complicações, podendo levar ao óbito (SALES; SALES; DA HORA SALES, 2020).

Nos casos de atendimentos em pacientes com comorbidades, as avaliações de risco para pessoas em diferentes condições devem ser fundamentais para o tratamento clínico (DZIEDZIC et al., 2020). Os pacientes que possuem comorbidades existentes correm maior risco de desenvolver complicações bucais se não receberem atendimento por um longo período, sendo uma obrigação ética e moral dos cirurgiões-dentistas fornecer os cuidados a esses pacientes, no entanto, devido às comorbidades presentes, esses pacientes se tornam mais vulneráveis ao desenvolvimento de COVID-19 e neste caso é essencial evitar sua exposição à doença. Assim, a tele odontologia pode ser uma ferramenta eficiente no fornecimento de atividades domiciliares pelo computador, sendo uma alternativa para as consultas presenciais durante a pandemia. A tele odontologia permite um contato com o paciente afim de proporcionar um atendimento básico e resolutivo para o momento, sendo, o diagnóstico de condições bucais, prescrição de analgésicos para alívio da dor e fornecimento de cuidados bucais para alívio de apoio em casa (YADAV et al., 2020).

1.11 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-100

O WHOQOL-100 é um instrumento que avalia a qualidade de vida e é desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde, possuindo como foco esclarecer, através de um questionário, qual é a concepção que as pessoas têm referente a qualidade de vida e outras áreas de sua vida. Este questionário pede para o

respondente ter em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações (WHOQOL, 1998).

Através de respostas que seguem a Escala Likert (QUADRO 1), investiga-se como o respondente se sente em relação a algumas situações da sua vida. A escala determina que as questões aplicadas são individualmente pontuadas, onde 1 indica percepções baixas e negativas e 5 indica percepções altas e positiva. Por exemplo, uma questão na faceta Sentimentos Positivos pergunta “o quanto você aproveita a vida” e as respostas disponíveis são: 1 (nada), 2 (muito pouco), 3 (mais ou menos), 4 (bastante) e 5 (extremamente). Desta forma, os escores dos domínios e das facetas estão dispostos em um sentido positivo, onde pontuações mais altas denotam melhor qualidade de vida. Algumas facetas (Dor e Desconforto, Sentimentos Negativos, Dependência de Medicação, Morte e Morrer) não estão formuladas em uma direção positiva, significando que para estas facetas pontuações mais altas não denotam melhor qualidade de vida. Estas facetas precisam ser recodificadas para que pontuações altas reflitam melhor qualidade de vida. As questões estão organizadas por escala de resposta (capacidade, frequência, intensidade ou satisfação. A pontuação se: resultados entre 1 até 2,9 indicam a necessidade de melhorar; de 3,0 a 3,9 apontam regularidade; de 4,0 a 4,9 significam boa e 5,0 muito boa qualidade de vida (FLECK et al., 2000)

Quadro 1: Escala Likert do WHOQOL-100

1	2	3	4	5
NADA	MUITO POUCO	MAIS OU MENOS	BASTANTE	EXTREMAMENTE

Fonte: WHOQOL, 1998.

Embora existam lacunas referentes ao conceito do que realmente é “qualidade de vida”, um grupo de estudiosos apresentou alguns elementos fundamentais para o desenvolvimento do que seria a “qualidade de vida”: subjetividade, multidimensionalidade, presença de dimensões positivas (exemplo: mobilidade) e negativa (exemplo: dor) e que a partir disso, definiu-se como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1997). Esta definição deixa implícita a ideia do conceito subjetivo, multidimensional e inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos (FLECK et al., 1999;

WHOQOL, 1995). Também reflete a subjetividade inserida no contexto cultural, social e do meio ambiente (FLECK, 2000).

O WHOQOL-100 é composto por cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Esses domínios são divididos em 24 facetas, compostas por quatro perguntas cada. Além disso, existe uma 25ª faceta, com questões gerais sobre qualidade de vida (FLECK, 2000).

O WHOQOL-100 tem escalas de respostas referentes a quatro tipos básicos de questões: intensidade, capacidade, frequência e avaliação (FLECK et al*.,* 1999). Também existe uma versão simplificada desse instrumento, WHOQOL-bref composto por 26 questões, sendo duas gerais sobre qualidade de vida e uma para cada faceta da versão em maior escala. Este questionário se caracteriza como a interpretação dos resultados obtidos por meio de sua realidade histórica, social, econômica e do bem-estar.

1.11.1 Instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF

A necessidade de utilizar instrumentos curtos que demandassem pouco tempo para o seu preenchimento, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL- Bref (WHOQOL, 1998)

O WHOQOL-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (Tabela 1). Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão.

Os domínios e facetas que constituem esse instrumento são:

<u>Domínio 1 - Domínio físico</u>

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos

12. Capacidade de trabalho

Domínio 2 - Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Domínio 3 - Relações sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual

Domínio 4 - Meio ambiente

16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Oportunidades de recreação/ lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

A numeração das facetas corresponde ao número da questão do questionário WHOQOL -Bref.

2 OBJETIVOS

2. 1 GERAL

Avaliar a qualidade de vida dos cirurgiões dentistas em atendimento odontológico durante a Pandemia de COVI-19.

2.2 ESPECÍFICOS

- Avaliar os aspectos responsáveis para obter uma boa qualidade de vida;
- Verificar se houve prejuízos em atendimentos odontológicos durante a Pandemia de COVID-19;
- Avaliar se o cirurgião dentista possuía meios para obter uma boa qualidade de vida, e;
- Verificar se existiu diminuição da qualidade de vida relacionada ao estresse.

3 METODOLOGIA

3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Foi realizado um estudo descritivo com corte transversal, que é uma pesquisa que possui como característica principal a observação das variáveis, quer se trate de casos, de indivíduos ou de outros tipos de dados, é realizada em um único momento (KRAMER, 1988; KATZ, 2006). A vantagem é a observação direta pelo pesquisador, a de realizar coleta de informações em um curto espaço de tempo, sem necessidade de acompanhamento dos participantes (KRAMER, 1988). Esse trabalho foi conduzido aos cirurgiões dentistas cadastrados no CRO, com a aplicação de um questionário socioeconômico objetivando classificar a população dos participantes por meio da aplicação da versão abreviada do questionário *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL).

Esse estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Mogi das Cruzes sob protocolo CAAE número 38652820.1.0000.5497 e aprovado com parecer número 4.387.531.

3.1.1 Amostragem

Cento e cinco cirurgiões dentistas participaram da pesquisa no período de 03 de dezembro de 2020 a 14 de julho de 2021. Os profissionais preencheram o questionário socioeconômico demográfico, identificando-se através de seu número de registro no CRO (Conselho Regional de Odontologia) ativo. O questionário foi aplicado de forma remota, enviado por e-mail ou comunicadores instantâneos, utilizando o *software*/plataforma *Google Forms*®. Os critérios de inclusão foram estar legalmente habilitado e atuar no país, desde que aceitasse os termos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), também disponibilizado na plataforma *Google Forms®.* Somente após confirmação do aceite, o participante teve acesso aos questionários. Havendo rejeição de participação, a pesquisa se encerrava automaticamente.

3.1.2 Composição da pesquisa

Os profissionais foram submetidos a um questionário subdivido em 3 (três) etapas. Primeiro, foi aplicado o questionário socioeconômico e demográfico (ANEXO

I) que auxiliou no processo de identificação geral dos participantes. Um segundo questionário (ANEXO II) foi aplicado como forma de investigação qualitativa acerca da percepção da atual situação da qualidade de vida do respondente, sendo a primeira e a segunda perguntas obrigatórias e a terceira condicionada a segunda, sendo somente necessário respondê-la se a anterior tiver resposta negativa. Por fim, o instrumento mais importante deste trabalho e no qual toda análise está baseada, o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) foi aplicado (ANEXO III), composto de 26 (vinte e seis) questões.

3.1.3 Conceito de coeficiente de variação e seus resultados

A obtenção dos resultados se baseia na média dos escores das facetas analisadas. O coeficiente de variação é uma medida relativa que indica a variabilidade. Ele é independente da unidade de medida utilizada, porém a unidade dos dados observados pode ser diferente que seu valor não será alterado.

O coeficiente de variação fornece a variação dos dados que são obtidos em relação à média. Deste modo, quanto menor for o seu valor, mais homogêneos serão os dados. O coeficiente de variação é considerado baixo (apontando um conjunto de dados mais homogêneos) quando for menor ou igual a 25%. Como o coeficiente de variação é dado em valor relativo, é possível comparar séries de valores que apresentam unidades de medida distintas.

O coeficiente de variação é a relação entre o valor médio do escore de uma faceta em relação ao valor médio de todas as facetas, quando ocorrer do valor do escore médio de uma faceta for aproximado do valor médio de todas as facetas, menor será o coeficiente de variação (FLECK et al., 2020).

O WHOQOL-bref demonstrou boa consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo, confiabilidade de teste, utilizando amostras heterogênea de 105 participantes ao redor do Brasil. Por meio do WHOQOL-bref podemos fazer uma média dos escores das facetas e teremos um resultado do valor total.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio de um questionário sociodemográfico e econômico, foi possível verificar o perfil dos 105 (cento e cinco) participantes. Os resultados obtidos são apresentados na **TABELA 1**, Como resultado, nosso grupo amostral foi composto por, em sua maioria, de mulheres (70,5%) e com relação ao o estado civil, a maior parte se declarou como casados (67,6%). A faixa etária predominante foi de 40 e 49 anos (53,4%). Com relação ao perfil profissional, a graduação em Odontologia foi concluída entre 11 e 20 anos para 34,3% dos respondentes e 37,2% entre 21 e 30 anos. Portanto, 71,5% dos profissionais que formou nosso grupo amostral se graduou entre 11 e 30 anos (TABELA 1).

Tabela 1 – Características dos 105 participantes (grupo amostral)

Sexo	**N**	**%**
Homens	31	29,5
Mulheres	74	70,5
Estado civil		
Casado	71	67,6
Divorciado	6	5,8
Solteiro	20	19,0
União estável	7	6,7
Viúva/viúvo	1	0,9
Faixa etária		
20-29	12	11,4
30-39	12	11,4
40-49	56	53,4
50-59	20	19,0
60-75	5	4,8
Tempo graduação (anos)		
Menos de 5	12	11,4
5 a 10	8	7,6
11 a 20	36	34,3
21 a 30	39	37,2
Mais de 30	10	9,5

Fonte: Os autores (2022)

O perfil do grupo amostral também foi analisado no que diz respeito às características da atuação profissional durante a pandemia (entre 03 de dezembro de 2020 a 14 de julho de 2021). Os respondentes possuíam, na sua maioria (59%) consultórios particulares para atendimento, e atuavam em mais de um consultório (51,4%). Eles residiam longe do trabalho (53,4%), mas não considerava essa distância

um problema (74,3%). Um percentual de 43,8% possuía auxiliar no consultório, os quais também foram impactados pela diminuição de atendimentos. Setenta e sete por cento dos respondentes atuavam em clínica geral e atendiam entre 7 e 10 pacientes por dia (34,3%) (TABELA 2).

Tabela 2 - Características da atuação profissional na pandemia

Consultório	**n**	**%**
Particular	62	59,0
Público	19	18,1
Ambos	18	17,2
Não se aplica	6	5,7
Atua em mais de um consultório		
Sim	54	51,4
Não	41	39,0
Às vezes	10	9,5
Mora longe do trabalho		
Não	56	53,4
Às vezes	22	20,9
Sim	27	25,7
Distância é problema		
Sim	8	7,6
Não	78	74,3
Às vezes	19	18,1
Possui auxiliar no consultório		
Sim	46	43,8
Não	40	38,1
Às vezes	19	18,1
Atua em clínica geral		
Sim	81	77,1
Não	13	12,4
Às vezes	11	10,5
Pacientes atendidos por dia		
Menos de 3	10	9,5
3 a 6	30	28,6
7 a 10	36	34,3
11 a 15	15	14,3
Mais de 15	14	13,3

Fonte: Os autores (2022)

Para permitir a análise dos efeitos da pandemia na atuação profissional, algumas questões foram formuladas (Tabela 3). Os participantes responderam que

pararam suas atividades na pandemia (78,2%) por cerca de 3 meses (33,3%). Atenderam urgência 55,2% e se mantiveram com capital financeiro suficiente (70,5%), apesar da redução de renda (58,1%), o que demonstrou que a renda dos cirurgiões dentistas foi capaz de mantê-los mesmo em tempos dificultosos. Para finalizar, 86,7% dos respondentes tiveram redução de pacientes em mais da metade (32,4%) (TABELA 3).

Tabela 3 - Efeitos da pandemia na atuação profissional

Parou na pandemia	**n**	**%**
Sim	82	78,2
Não	22	20,9
Não se aplica	1	0,9
Tempo parado		
menos de 10 dias	5	4,8
11 a 20 dias	6	5,7
21 a 30 dias	13	12,4
2 meses	16	15,2
3 meses	35	33,3
Não se aplica	30	28,6
Atendeu urgências		
Sim	58	55,2
Não	28	26,7
Às vezes	19	18,1
Dinheiro suficiente		
Sim	74	70,5
Não	19	18,1
Às vezes	12	11,4
Redução renda		
Sim	61	58,1
Não	36	34,3
Às vezes	8	7,6
Redução pacientes		
Não se aplica	8	7,6
Não	6	5,7
Sim	91	86,7
Limite redução (%)		
10-20	14	13,3
21-30	8	7,6
31-40	10	9,5
41-50	22	21,0
+50	34	32,4
Não se aplica	17	16,2

Fonte: Os autores (2022)

Em relação à avaliação da qualidade de vida, as perguntas 1 e 2 do WHOQOL-Bref são referentes a percepção do participante em relação à sua qualidade de vida bem como à sua saúde (QUADRO 10).

Quadro 2 – Perguntas relacionadas a qualidade de vida e a saúde

Q1 – relacionada a qualidade de vida	Como você avaliaria sua qualidade de vida?
Q2 – relacionada a saúde	Quão satisfeito (a) está com sua saúde?

Fonte: WHOQOL-bref (1998)

É importante que se analisem os domínios com a média das respostas, entre outros dados estatísticos, para que possamos dar uma direção acerca das facetas que mais ou menos preocupam, sendo que ao final da análise de todos domínios também foi possível mensurar aqueles que sofreram maior impacto no período pandêmico em função de menor grau de qualidade de vida. Entende o número que antecede “Q” como a posição da pergunta dentro do instrumento WHOQOL-Bref. A **TABELA 4** apresenta os dados analisados para o domínio físico.

Através das respostas obtidas por meio do “domínio físico” avaliado pelo instrumento WHOQOL-Bref, observou-se que o sono e o repouso foram fatores com a menor média durante o período pandêmico, sendo uma faceta que de acordo com a literatura, são relevantes na percepção da qualidade de vida:

> A qualidade de vida, a saúde e a longevidade podem depender de boas noites de sono, porque nesse período as proteínas são sintetizadas com o objetivo de manter ou expandir as redes neuronais ligadas à memória e ao aprendizado. No cérebro, acontece o comando da produção e liberação de hormônios que interferem no bem-estar e são responsáveis por um sono tranquilo (VALLE et al., 2008).

Dessa forma, percebeu-se que o sono e repouso foi a faceta do domínio físico mais afetada neste período, com menor média de escore, talvez pelas preocupações e aflições destinadas ao período da Pandemia de COVID-19.

É necessário que se compreenda que os transtornos do sono prejudicam o desenvolvimento e produção profissional diária dos indivíduos.

Diante disso, a nova realidade de vida trouxe uma explosão de emoções e sentimentos, como medo da doença, síndrome de Burnout, pânico, ansiedades, distúrbios do sono e outros transtornos mentais. Para muitos, estes impactos

emocionais nocivos tornaram-se companheiros diários nesta longa jornada de pandemia (BRYANT-GENEVIER et al., 2021; MAUNDER. 2004).

Tabela 4 – Análise do domínio físico

Domínio	Faceta	Pergunta	Média das respostas
Físico	Q3 – Dor e desconforto	Em que medida você acha que sua dor (física) impede de fazer o que você precisa?	4,18
	Q4 - Dependência de medicação ou de tratamentos	Quanto você precisa de um tratamento médico para levar sua vida diária?	4,03
	Q10 – Energia e fadiga	Você tem energia o suficiente para o seu dia-a-dia?	3,55
	Q15 – Mobilidade	Quão bem você é capaz de se locomover?	4,47
	Q16 – Sono e repouso	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	3,34
	Q17 – Atividades do dia-a-dia	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3,78
	Q18 - Capacidade de trabalho	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	3,89
TOTAL			27,24/7 = **3,89**

Fonte: Os autores (2022)

O sono é uma atividade tranquilizadora, por isso é essencial para a continuidade e a qualidade de vida (SILVA; LIMA; GONÇALVES, 2017). Uma má qualidade do sono contribui para que o indivíduo tenha uma diminuição do desempenho profissional e consequentemente a produtividade (CORRÊA et al., 2017).

Alguns autores concordam com essa afirmativa e acrescentam outros resultados para os transtornos do sono, como: déficit cognitivo e memória, aumento na incidência de transtornos psiquiátricos, fadiga, irritabilidade, disfunção autônoma (CHATTU et al., 2018; PURIM et al., 2016).

O período do sono é essencial para a manutenção da saúde física, mental e cognitiva. É fundamental na consolidação da memória e termorregulação. Importante

na restauração e preservação de energia e na regulação do metabolismo energético cerebral (BERTOLAZZI, 2008; MOREIRA et al., 2016; REIMÃO, 1996)

Alguns autores correlacionam transtornos do sono com a Síndrome de Burnout (SB), e consideram a privação do sono como um grande fator de risco para o desenvolvimento do SB (KANCHERLA et al., 2020; MAREK et al., 2019).

Essa Síndrome, além do distúrbio do sono, apresenta outros sintomas, como: cansaço extremo, irritabilidade, agressividade, ansiedade, depressão, entre outras citadas anteriormente.

A resiliência psicológica é algo necessário para que esse profissional tenha vida saudável e possa enfrentar de maneira mais leve as dificuldades e os desafios do dia a dia (DANTAS, 2021)

Na contramão desta preocupação, verificou-se como aspecto de menor preocupação a mobilidade dos respondentes, demonstrando que estavam fisicamente bem e conseguiam realizar seus deslocamentos sem maiores problemas. A média final de 3,89 corresponde dizer que 77,8% dos respondentes estavam satisfeitos com as questões do domínio físico.

A faceta mobilidade apresentou a maior média de escore do domínio físico. Essa análise positiva pode ter ocorrido devido os cirurgiões dentistas não apresentarem limitações físicas nem dores que interferissem no deslocamento para as suas atividades no período da pandemia de COVID-19. Não houve prejuízos deste deslocamento e, segundo Morris et al. (1979), a mobilidade é interpretada como sendo a capacidade do indivíduo de se locomover de um lugar ao outro e dependente principalmente da disponibilidade dos diferentes tipos de modos de transporte, inclusive a pé. Para Tagore e Sikdar (1995), este conceito é interpretado como a capacidade do indivíduo de se mover de um lugar a outro dependendo da performance do sistema de transporte e características do indivíduo.

A TABELA 5 apresenta os resultados da analisa o domínio psicológico através das médias das respostas.

Tabela 5 – Análise do domínio psicológico

Domínio	Faceta	Pergunta	Média das respostas
Psicológico	Q5 – Sentimentos positivos	O quanto você aproveita a sua vida?	3,46
	Q6 – Espiritualidade/religião/ crenças pessoais	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	4,27
	Q7 – Pensar, aprender, memória e concentração	O quanto você consegue se concentrar?	3,63
	Q11 – Imagem corporal e aparência	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	3,88
	Q19 – Autoestima	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	3,89
	Q26 – Sentimentos negativos	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como: mau humor, desespero, ansiedade e depressão?	3,70
TOTAL			22.83/6 = **3,80**

Fonte: Os autores (2022)

Um dado significativo e importante no que tange ao domínio psicológico foi a espiritualidade/religião/crenças pessoais com média de 4,27, ou seja, 85,4% de satisfação (TABELA 5), mostrando que no auge do período pandêmico a fé naquilo que cada profissional de saúde bucal acreditava foi sempre mantida. Na concepção de Guillory (2000, p.43) a espiritualidade é a energia vital que alimenta uma pessoa em busca de seus objetivos. Para ele “Espiritualidade é a nossa consciência interior. É a fonte de inspiração, criatividade e sabedoria. O que é espiritual vem de dentro e transcende nossas crenças e valores programados”.

Nesse cenário, segundo Tavares (2020), o profissional de saúde ao desenvolver sua espiritualidade em prol da comunidade, poderá reduzir aflições e pânicos inerentes desse momento e que interferem no entendimento das medidas preventivas/protetivas e na adesão aos cuidados estabelecidos. Além disso, a espiritualidade tende a aumentar no profissional, a atenção e valorização da pessoa, e, consequentemente, com o abandono de vaidades e pretensões individuais, absorve todo sentido de solidariedade, cooperação e do seu juramento profissional a partir da premissa que “amará o teu próximo como a ti mesmo”.

Embora o profissional não consiga atravessar todas essas etapas do cuidado ileso de algum tipo de sofrimento/adoecimento, a manifestação da espiritualidade voltada às forças que abraçam a positividade e a proteção do bem comum favorece o respeito à pessoa e família, e redimensiona os sentimentos de desolação com empatia e doação de si (TAVARES, 2020)

Na atualidade, diante da pandemia, a espiritualidade aponta para o sentido da esperança, o poder da resiliência, a reflexão sobre o processamento da notícia de testagem positiva e a disposição dos meios internos para esse enfrentamento, a percepção de reencontro das relações interpessoais – família e outros, o reconhecimento da fragilidade e vulnerabilidade individual e coletiva, a reaproximação de culturas, crenças e da própria religião (TAVARES, 2020).

Com 69,2% e/ou média 3,46 verificou-se um grau bem aceitável de respostas no que diz respeito a faceta de sentimentos positivos, quando se questiona se as pessoas estão aproveitando suas vidas. É um número bem compreensível, sobretudo pelas restrições que foram vividas durante a pandemia e que impossibilitaram o acesso a certos lazeres.

Quando se analisou o domínio Relações Sociais verificou-se os resultados da TABELA 6.

A média final de 3,89 corresponde dizer que 77,8% dos respondentes estavam satisfeitos com as questões do domínio relações sociais. A atividade sexual apresentou a menor média entre as 3 (três) facetas, com 3,75; mostrando que 75% das pessoas estavam satisfeitas com sua vida sexual (TABELA 6). No entanto, 1 em cada 4 (quatro) respondentes não estava satisfeito, o que pode ser um reflexo da pandemia, sobretudo entre pessoas solteiras que encontraram dificuldades de arrumar pares durante este período.

Uma possível explicação para isso se encontra na constatação de que o isolamento social gerou impactos na saúde física, psicológica e sexual dos indivíduos (ALPALHAO; FILIPE, 2020; LOPES et al., 2020).

Pouco se sabe sobre o real papel e impacto que relações sexuais com parceiros casuais apresentaram na pandêmica de COVID-19. Estudos (BRENNAN et al., 2020; SANCHES et al., 2020) mostram que o estado continuo de distanciamento parcial pode tornar as pessoas mais propensas a negligenciar o isolamento em busca de interação ou prazer sexual.

Tabela 6 – Análise do domínio relações sociais

Domínio	Faceta	Pergunta	Média das respostas
Relações Sociais	Q20 – Relações pessoais	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	3,92
	Q21 – Suporte Apoio Social	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe dos seus amigos?	4,01
	Q22 – Atividade sexual	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	3,75
TOTAL			11,68/3 = **3,89**

Fonte: Os autores (2022)

Relações sexuais casuais com um ou múltiplos parceiros podem se configurar em um importante via de contaminação e transmissão do vírus causador de COVID-19, uma vez que implicam a reunião de duas ou mais pessoas por um tempo considerável em local fechado (SOUSA et al., 2020).

A pandemia influenciou a qualidade da vida sexual (CITO et al., 2021; FUCHS et al., 2020; SCHIAVI et al., 2020). Entre os indivíduos em distanciamento social, 39,9% da amostra estudada relatou manter atividade sexual pelo menos semanalmente.

Um estudo italiano identificou, em população de 6.821 indivíduos, que metade deles (50,3%) interrompeu a atividade sexual durante a quarentena, na maioria indivíduos sem parceria, vivendo sós ou com parentes, sendo que apenas 18,6% deles não mantinham atividade sexual anteriormente, confirmando o efeito da ausência de parceria para a interrupção da vida sexual na pandemia (MOLLAIOLI et al., 2021)

Apesar de mais tempo disponível, a maioria dos casais em quarentena reduziu a atividade sexual pela falta de privacidade e de estímulo psicológico (CITO et al., 2021). A diminuição da satisfação sexual está associada às alterações provocadas pela pandemia para todos, porém é mais acentuada em mulheres, por terem apresentado mais sintomas de ansiedade e depressão (OMAR et al., 2021)

A atividade sexual influi positivamente na resposta imunológica, saúde psicológica, função cognitiva e pode diminuir os estressores psicológicos (PENNANEM et al., 2020). Indivíduos que mantiveram vida sexual ativa durante a

quarentena apresentaram risco menor para ansiedade e depressão, com aumento nos índices de saúde relacional e sexual (MOLLAIOLI et al., 2021).

Por fim, ao analisar as médias das respostas relacionadas ao domínio meio ambiente, o maior de todos, totalizando 8 (oito) facetas, temos os resultados apresentados na TABELA 7.

Tabela 7 – Análise do domínio meio ambiente

Domínio	**Faceta**	**Pergunta**	**Média das respostas**
Meio ambiente	Q8 – Segurança física e proteção	Quão seguro você se sente em sua vida diária?	3,54
	Q9 – Ambiente físico (poluição, trânsito, ruído e clima)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3,49
	Q12 – Recursos financeiros	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	3,45
	Q13 – Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	Quão disponível estão para você as informações que precisa no seu dia-a-dia?	4,00
	Q14 – Oportunidades de recreação e lazer	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	3,11
	Q23 – Ambiente no lar	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	4,25
	Q24 – Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso a serviços de saúde?	3,74
	Q25 – Transporte	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	4,19
TOTAL			29,77/8 = **3,72**

Fonte: O autor (2022)

Entre todos os domínios avaliados, o domínio meio ambiente foi aquele que apresentou o resultado menor, apesar de ser também positivo. Com média de 3,72 pode ser dito que 74,4% dos respondentes estão com uma percepção positiva acerca deste domínio (TABELA 7). A faceta “recursos financeiros” apresentou um percentual de 69%, um resultado esperado visto que, durante a pandemia, os profissionais

tiveram sua renda diminuída em alguns casos, sobretudo em função do fechamento compulsório dos consultórios e da insegurança dos pacientes em saírem de suas casas. Ainda houve a queda de renda abrupta das pessoas em função do desemprego, o que impacta diretamente em sua procura por profissionais de saúde bucal. A taxa de participação das pessoas no mercado de trabalho caiu de forma inédita, sendo que 57,2% das pessoas desistiram de procurar trabalho na pandemia (OIT, 2021).

O choque, que as infecções por Sars-CoV-2, trouxe a toda à sociedade, principalmente por seus aspectos atrelados a um potencial de infectividade e letalidade (devido ao curso incerto), impactou a realidade profissional em vários níveis, estendendo-se desde aspectos de preservação da vida, psicológicos, até fatores de impacto econômico-sociais de relevante importância.

No Brasil, foi estabelecido o isolamento social desde março de 2019 inclusive com o fechamento de muitos serviços de atendimento odontológico, contudo, apesar dessa situação, a busca por serviços de urgência e clínicas gerais se manteve (MACHADO et al., 2020).

Na Argentina, no Chile e Brasil a suspensão de atendimentos eletivos também ocorreu (CARRER et al., 2020; SANTOS- LOPEZ; CATRIAN-FERNANDEZ, 2020), sendo que no Brasil o Ministério da Saúde (MS) suspendeu vários serviços eletivos no Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo consultas e procedimentos odontológicos.

Em março de 2020, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) solicitou ao MS a suspensão dos atendimentos eletivos na rede pública. Para os serviços da rede privada, a entidade solicitou maior rigor no controle de protocolos de prevenção e desinfecção para evitar a transmissão (CFO, 2020). Entretanto, verificou-se que a abertura e fechamento desses serviços nas diferentes regiões do país acompanharam as decisões dos governos estaduais e municipais.

A orientação dada pelos órgãos responsáveis foi que os atendimentos eletivos deveriam ser suspensos, optando apenas pelos atendimentos de urgência e emergência. Foi notório que com o avanço da pandemia e as recomendações do isolamento social, os pacientes evitassem a busca por atendimento odontológico eletivo, procurando apenas em casos extremos, com isso houve a redução do número de atendimentos odontológicos, impactando negativamente os dados epidemiológicos de saúde bucal no Brasil (GONÇALVES, 2021)

Em relação ao domínio “meio ambiente”, percebeu-se que a faceta com a menor média de escore foi a “oportunidade de lazer e recreação”. Este resultado pode ter ocorrido devido ao fechamento de parques, academias, centros culturais entre outros estabelecimentos que de alguma forma proporcionavam momentos de lazer ao profissional e sua família.

As atividades ligadas ao lazer foram as mais afetadas, pois os decretos implicaram no fechamento de museus, universidades, comércios, academias, shoppings, bares, restaurantes, parques, cinemas, teatros, balneários, cancelamentos de eventos e casa de shows (MÁXIMO, 2020; TOSTES; MELO FILHO, 2020).

Segundo Marcellino (2006) e Camargo (2017), lazer é o conjunto de atividades culturais praticadas no tempo livre do indivíduo, voluntariamente e sem interesse lucrativo, que proporciona relaxamento, divertimento, prazer, desenvolvimento social, pessoal e ainda benefícios à saúde. Essas atividades são classificadas em: física, manual, artística, intelectual, associativa, turística e virtual.

Uma das atividades de lazer que sofreu impacto com a pandemia foi a prática de exercícios físicos, contudo, elas foram essenciais nesse momento, as quais poderiam trazer benefícios relacionados ao aumento da imunidade, alívio do estresse, melhora do humor, combate a insônia, controle da ansiedade, e além disso, por ofertar mudança de foco e distração sobre a atual situação (PITANGA; BECK; PITANGA, 2020).

Ao prosseguir com as análises, foi criado o mapa de QV (qualidade de vida), baseado no método padrão do WHOQOL-bref para melhor visualização dos dados (TABELA 8).

Tabela 8 - Estatística descritiva referente aos domínios do WHOQOL-bref

DOMÍNIO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	COEFICIENTE DE VARIAÇÃO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	AMPLITUDE
Físico	13,04	1,68	12,92	8,57	16,57	8,00
Psicológico	14,27	1,30	9,13	10,67	17,33	6,67
Relações Sociais	15,58	2,59	16,63	6,67	20,00	13,33
Meio Ambiente	14,89	1,83	12,31	10,00	18,50	8,50
Autoavaliação da QV	15,73	2,63	16,73	6,00	20,00	14,00
TOTAL	14,39	1,34	9,30	10,62	17,23	6,62

Fonte: O autor (2022)

Os escores de QV dos profissionais analisados e mostrados na Tabela 8 mostram que a porcentagem foi baixa, sempre menor que 50%, apresentando dados homogêneos. Os domínios Autoavaliação da QV e Relações Sociais apresentaram pontuação máxima, com escore 20 (TABELA 8).

"O coeficiente de variação fornece a variação dos dados obtidos em relação à média. Quanto menor for o seu valor, mais homogêneos serão os dados. O coeficiente de variação é considerado baixo (apontando um conjunto de dados bem homogêneos) quando for menor ou igual a 25%. O fato de o coeficiente de variação ser dado em valor relativo nos permite comparar séries de valores que apresentam unidades de medida distintas" (RIGONATTO, 2022).

Em relação as facetas do WHOQOL-bref temos TABELA 9 a qual apresenta a estatística descritiva.

Tabela 9 - Estatística descritiva referente às facetas do WHOQOL-bref

QUESTÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	COEFICIENTE DE VARIAÇÃO (%)	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	AMPLITUDE
Q1	4,15	0,69	16,62	2	5	3
Q2	3,71	0,93	24,97	1	5	4
Q3	4,18	0,87	20,92	2	5	3
Q4	4,03	0,93	23,21	2	5	3
Q5	3,46	0,72	20,85	2	5	3
Q6	4,27	0,58	13,51	3	5	2
Q7	3,63	0,70	19,21	2	5	3
Q8	3,54	0,77	21,80	2	5	3
Q9	3,49	0,74	21,09	2	5	3
Q10	3,55	0,78	22,08	2	5	3
Q11	3,88	0,82	21,07	2	5	3
Q12	3,45	0,82	23,79	2	5	3
Q13	4,00	0,68	16,98	2	5	3
Q14	3,11	0,89	28,62	1	5	4
Q15	4,47	0,77	17,30	1	5	4
Q16	3,34	1,17	34,91	1	5	4
Q17	3,78	0,89	23,48	1	5	4
Q18	3,89	0,89	22,94	2	5	3
Q19	3,89	0,76	19,65	2	5	3
Q20	3,92	0,83	21,12	2	5	3
Q21	3,75	0,91	24,17	1	5	4
Q22	4,01	0,84	20,89	1	5	4
Q23	4,25	0,86	20,33	1	5	4
Q24	3,74	0,93	24,86	1	5	4
Q25	4,19	0,90	21,47	1	5	4
Q26	3,70	0,84	22,75	1	5	4

Fonte: Os autores (2022)

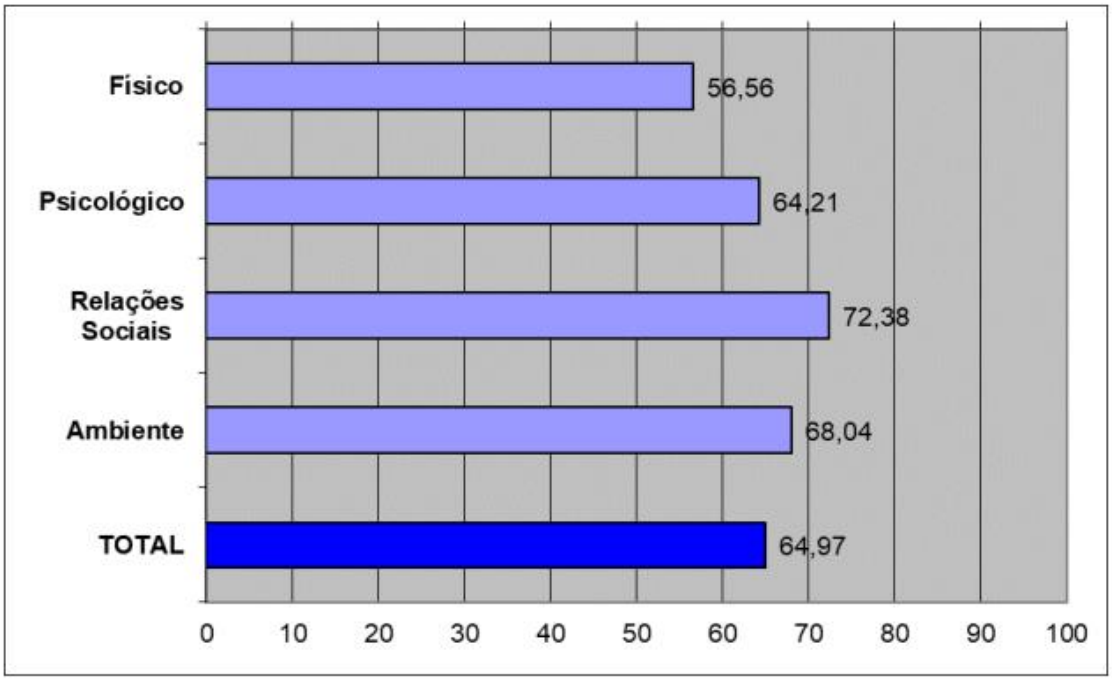
A média de variação das respostas foi de 21,86% (SOMA Q1+Q2+...+Q25+Q26 / 26). As maiores variações se deram em Q16 (34,91%), Q14 (28,62%) e Q2 (24,97%).

A questão Q16 é uma faceta relacionada ao sono e repouso, Q14 é uma faceta que analisa as oportunidades de recreação e lazer e Q2 verifica quão satisfeito o respondente está com sua saúde.

As menores variações foram relacionadas com espiritualidade/religião/crenças pessoais (Q6=13,51%), autoavaliação da qualidade de vida do respondente (Q1=16,62%) e oportunidades de adquirir novas informações e habilidades (Q13=16,98%) (TABELA 9).

Analisando a FIGURA 2, que apresenta a média dos escores dos domínios, percebe-se que o domínio físico apresentou a menor média (56,56%), ao passo que os domínios QV Total (64,97%), Ambiente (68,04%) e psicológico (64,21%) mostraram resultados semelhantes. O domínio relações sociais apresentou uma média maior, com 72,38%.

Figura 2 - Média dos escores dos domínios do WHOQOL-bref.



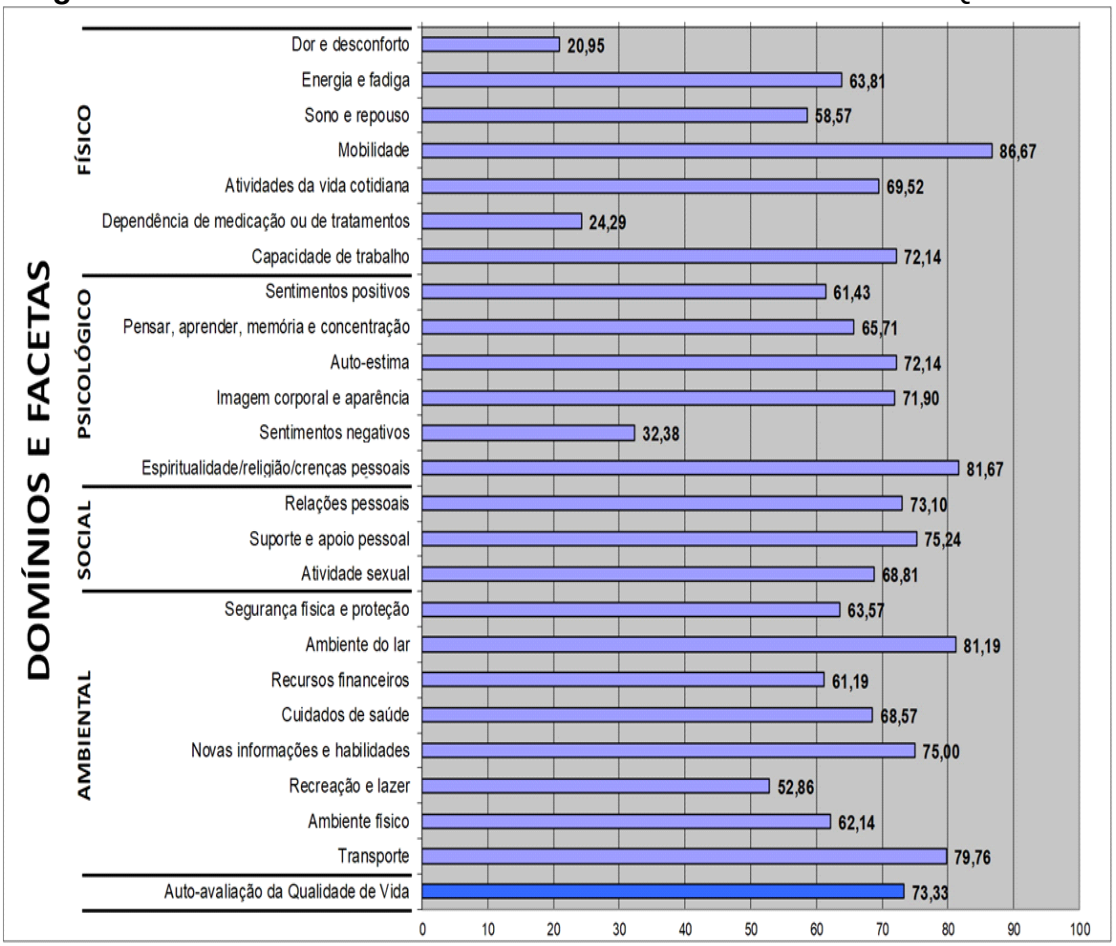
Fonte: Os autores (2022)

A FIGURA 3 demonstra a média de escore das facetas correspondentes a cada domínio. Algumas facetas apresentaram médias de escore baixas, como é o caso de duas do domínio físico: dor e desconforto (20,95%); dependência de medicação ou de tratamentos (24,29%). As médias baixas no domínio psicológico se resumem a faceta sentimentos negativos (32,38%) (FIGURA 3). Esses escores baixos mostram, ao contrário do que possa parecer, bons indicativos, pois querem dizer que os

respondentes perceberam ter pouca dor e desconforto em suas atividades, não necessitaram fazer uso de medicamentos durante a pandemia e nem tiveram canalizados em seus pensamentos sentimentos negativos.

A definição de dor internacionalmente aceita é a da *International Association for the Study of Pain* (IASP) em que “dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal lesão”. A dor é sempre subjetiva e requer muitas vezes o uso de medicação (MERSKEY, 1979).

Figura 3 - Média dos escores das facetas dos domínios do WHOQOL-bref.



Fonte: Os autores (2022)

A dor causa várias repercussões no individuo: imobilidade e consequente desuso do sistema musculo esquelético; depressão imunológica e susceptibilidade a mais doenças; alteração do sono; alteração do apetite e estado nutricional; uso de vários medicamentos (poli farmácia); maior dependência dos familiares e cuidadores; utilização frequente e inapropriada do sistema de saúde; baixo desempenho ou incapacidade para as atividades de vida diária; isolamento da família e sociedade;

ansiedade e medo; mau humor, frustração, depressão e suicídio (BREIVIK; BOND, 2004).

De acordo com Amestoy (2020), no cenário da pandemia, cultivar pensamentos positivos e otimismo, poderia minimizar sentimentos negativos que possam gerar medo, angústia e até mesmo depressão. O autor sugeriu o distanciamento de informações, excessivas, a chamada intoxicação, que abordavam notícias trágicas. Além disso, era importante determinar a frequência e a qualidade dos canais de comunicação.

5 CONCLUSÕES

O período pandêmico, em seu auge, despertou medos profundos na população como um todo e sobretudo em profissionais da saúde, que muitas vezes por responsabilidade e amor ao trabalho que desempenham, estiveram na linha de frente da batalha contra a COVID-19. Observou-se que a saúde mental e o equilíbrio emocional foram essenciais para que os cirurgiões dentistas mantivessem uma boa qualidade de vida e enfrentassem o cenário catastrófico frente à Pandemia de COVID-19. Além disso, o autocuidado, buscar realizar atividades que lhe trouxessem prazer; aceitar as novas condições de trabalho com resiliência contribuiu para um bem estar geral.

O medo da diminuição da renda financeira, de perder entes queridos, a visão do cenário global e as incertezas criaram desconfianças e tensões no cirurgião-dentista levando-o muitas vezes a desenvolver doenças psíquicas como, por exemplo, a Síndrome de Burnout.

Em relação aos tratamentos odontológicos, notou-se um prejuízo, principalmente no primeiro trimestre da pandemia, uma vez que muitos consultórios ficaram fechados aos atendimentos eletivos, mantendo somente consultas de urgências.

É recomendável que haja mais pesquisas que abordem esse tema, visando um maior conhecimento acerca do momento pandêmico enfrentado pelos profissionais de saúde bucal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de Vida**: Discussões contemporâneas. *In*: VILARTA, R.; GUTIERREZ, G. L.; MONTEIRO, M. I. **Qualidade de Vida**: Evolução dos Conceitos e Práticas no Século XXI. Campinas: IPES editorial, 2010.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de Vida**: Definição, conceitos e interfaces com outras áreas de Pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades EACH/USP, 2012.

ALPALHAO, M.; FILIPE, P. ***The impacts of isolation measures against SARS-CoV-2: infection on sexual health***. AIDS Behav. 24(8):2258-9, 2020.

AMESTOY, S. C. **Inteligência emocional**: habilidade relacional para o enfermeiro-líder na linha de frente contra o novo Coronavírus. J. nurs. health. 10(4): E20104016 2020.

AQUINO, A. S., FERNANDES, A. C. P. ***Quality of life and work***. J Health Sci Inst [Internet], 2013. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/01_janmar/V31_n1_2013_p53a58.pdf> Acesso em: 11 mar. 2022.

ARENSON-PANDIKOW, H. M.; OLIVEIRA, L. T.; BORTOLOZZO, C. R. ***Perception of Quality of Life Among Anesthesiologists and Non-Anesthesiologists***. Revista Brasileira de Anestesiologia. 62(1): pag. 48-55, 2012.

ATHER A, Patel B, Repare NB, Diogenes A, Hargreaves KM. **Coronavirus Disease 19 (COVID-19): Implications for Clinical Dental Care.** JOE.2020:46(5):584-595.

BARBOSA, S. R. C. S. **Qualidade de vida e saúde mental**. Caderno Terapia Ocupacional, UFSCar, Vol.07, N°02, pag. 77-87, 1998.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. ***Burnout*****:** quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BERTOLAZZI, A. N. **Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono**: escala de sonolência de Epworth e índice de qualidade de sono de Pittsburgh [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

BETTI, M.; ZULIANI, L. R. **Educação Física Escolar**: Uma proposta de diretrizes pedagógicas. Revista Mackenzie da Educação Física e Esporte, Vol.01, N°01, pag. 73- 81, São Paulo, 2002.

BOHRER, T.; KOLLER, M.; SCHLLIT, H. J.; BAUER, H. ***Quality of Life of German Surgeons****: Results of a Survey of 3,652 Attendees of the Annual Meetings of the German Surgical Societies*. Deutsche Medizin Wochenschr. 136(42): pag. 04-2140, 2011.

BONAFÉ, F. S. S. et al. **Síndrome de *Burnout* em dentistas do serviço público.** Psychology, Community & Health, 1(1), 56-67, 2012.

BORDIEU, P. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BREIVIK, H.; BOND, M. J. ***Why pain control matters in a world full of killer diseases***. Pain: Clinical Updates, 2004.

BRENNAN, D. J. et al. ***How might social distancing impact gay, bisexual, queer, trans and two-spirit men in Canada?*** AIDS Behav.30:1–3, 2020.

BRYANT-GENEVIER, J. et al. 2021. ***Symptoms of depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, and suicidal ideation among state, tribal, local, and territorial public health workers during the covid-19 pandemic***. United States, March – April 2021: 70 (26): 947–52, 2021.

BULLINGER, M.; ANDERSON, R.; CELLA, D. ***Developing and Evaluating Cross-Cultural Instruments from Minimum Requirements to Optimal Models***. *Quality Life Res*. Vol.02, pag. 09-451, 1993.

BUSS, P. M. **Promoção da Saúde e Qualidade de Vida**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 5(1) pag. 163-177, Rio de Janeiro, 2000.

BYRAREDDY, S. et al. ***The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak*****.** Journal of Autoimmunity, [s. l.], v. 109, 2020. DOI https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0896841120300469?via%3Dihub#!>. Acesso em: 23 mar. 2021.

CAMARGO, L. O. L. **O que é lazer**. Brasiliense: Brasília, 2017

CAMPOS, J. A. D. B. et al. ***Burnout*** **em dentistas do serviço público: ter ou não ter, eis a questão!** Revista de Odontologia da UNESP, 39(2), 109-114, 2020.

CAMPOS, J. A. D. B. et al. **Síndrome de *Burnout* em graduandos de Odontologia**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 15, n. 1, p. 155–165, 2012.

CARRER, F. C. A. et al. **A COVID-19 na América Latina e suas repercussões para odontologia**. Ver. Panam. Salud Publica, ed.44, 2020,

CARVALHO, L.; MALAGRIS, L. E. N. **Avaliação do nível de estresse em profissionais de saúde.** Estudos e Pesquisas em Psicologia, Vol. 07, N°03, pag. 570-582, 2007.

CARVALHO, Y. M. **O Mito da Atividade Física e Saúde**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

CASTRO, C. S. A. A. et al. ***Burnout syndrome and engagement among critical care providers: a cross-sectional study***. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 32, n. 3, p. 381-390, 2020

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Coronavirus Disease 2019**: Pregnancy and Breastfeeding. 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prepare/pregnancy-reastfeeding.html.> Acesso em: 10 dez. 2022.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. **Estatísticas, Notícias e Publicações**. Agosto, 2020.

CHATTU, V. K. et al. ***The global problem of insufficient sleep and its serious public health implications***. Healthcare, v.7, n.1, p.1-16, 2018.

CITO, G. et al. ***The impact of the covid-19 quarantines on sexual life in Italy***. Urology, 147:37-42, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.urology.2020.06.101>. Acesso em: 25 fev. 2022.

COELHO, M. G. ***Impacto del COVID-19 (SARS-CoV-2) a nivel mundial, implicancias y medidas preventivas en la práctica dental y sus consecuencias psicológicas en los pacientes*.** Int. J. Odontostomat. 14(3):271-278; 2020.

CORRÊA, C. C. et al. **Qualidade de sono em estudantes de medicina**: comparação das diferentes fases do curso. J.bras. Pneumol. [Internet]. 43(4): 285-289, 2017.

COSIC, K. et al. **Impact of Human Disasters and Covid-19 Pandemic on Mental Health**: Potential of Digital Psychiatry. Potential of Digital Psychiatry. Psychiatria Danubina [Internet]. 2020; 32 (1): 25-31. Disponível em: <http://www.psychiatriadanubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol32_no1/dnb_vol32_no1_25.pdf.> Acesso em: 7 set. 2021.

COUTRIN, R. M. G. S.; FREUA, P. R.; GUIMARÃES, C. M. **Estresse em Enfermagem**: Uma Análise do Conhecimento Produzido na Literatura Brasileira no Período de 1982 a 2001. Texto & Contexto Enfermagem N°12 pag. 94-486, 2003.

DANTAS, E. S. O. **Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200203>.Acesso em: 18 mar. 2022.

DAVIS, M.C. ***The rehabilitation nurse's role in spiritual care***. RehabilNurs. 19(5):298-301, 1994.

DZIEDZIC, A. et al. ***Dental care provision during coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: The importance of continuous support for vulnerable patients*.** Medicine (Lithuania), 56(6), 1–10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicina56060294> Acesso em: 11 fev. 2022.

EPPERLY, B.G. ***Prayer, process, and the future of medicine***. Journal of Religion and Health 39(1):23-37, 2000.

ERNEST, M. E., MESSMER, P. R., FRANCO, M., & GONZALEZ, J. L. ***Nurses' job satisfaction, stress and recognition in a pediatric setting***. Pediatric Nursing*, 30* (3), 219-227, 2004.

FARIA, K. S. B.; SILVA, S. C. **Covid-19 e mudanças trabalhistas as implicações da pandemia nas relações de trabalho**. Revista Processus de Políticas Públicas e Desenvolvimento Social, [S.l.], v. 2, n. 4, p. 115-125, nov. 2020. ISSN 2675-0236. Disponível em: <http://periodicos.processus.com.br/index.php/ppds/article/view/268>. Acesso em: 06 fev. 2022. doi: https://doi.org/10.5281/zenodo.4242324.

FLECK, M. P. A. et al. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref**. Rev. Saúde Pública, 34 (2): 178-83, 2000.FREITAS, L.C. **Qualidade Negociada: avaliação e contra regulação Na Escola Pública**. Revista Educação Social, Campinas, Vol. 26, N°92, pag. 911-933, 2005.

FLECK, M. P. A. et al. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)**. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol.21, n.1, pag.19-28. São Paulo, 1999.

FLECK, M. P. A. **O Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100)**: Características e perspectivas. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Vol. 05, N°01, pag. 33-38, Rio de Janeiro, 2000.

FRANCO, J. B.; DE CAMARGO, A. R.; PERES, M. P. S. M. **Cuidados odontológicos na era do COVID-19: recomendações para procedimentos odontológicos e profissionais.** Rev Assoc Paul Cir Dent, v. 74, n. 01, pag. 18-21, 2020.

FRYBACK, P.B.; REINERT, B. ***Spirituality and people with potentially fatal diagnoses***. Nursing Forum 34:13-22, 1999.

FUCHS, A. et al. ***The impact of Covid-19 on female sexual health***. Int J Environ Res Public Health, 17(19):7152, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17197152> Acesso em: 10 mar. 2022.

GARBIN, C. A. S.; SALIBA, O.; GONÇALVES, P. E. **Síndrome de *Burnout*:** o estresse do cirurgião-dentista moderno. Rev Assoc Paul Cir Dent. 60(2):131-3, 2006.

GE, Z. Y. et al. **Possível transmissão aerossol de COVID-19 e precauções especiais na odontologia**. J Zhejiang Univ Sci B, maio;21(5):361-368, 2020.

GIORDANO, C. E. et al. **Sedação inalatória com óxido nitroso para assistência odontológica durante a pandemia de Covid-19.** Revista Faipe, v. 10, n. 1, p. 69-84, 2020.

GOMES, G. C.; LUNARDI FILHO, W. D.; ERDMANN, A. L. **O Sofrimento Psíquico em Trabalhadores de UTI Interferindo no seu modo de viver a Enfermagem**. Revista Enfermagem UERJ. Vol.14 pag. 09-93, 2006.

GONÇALVES, S. S. **Covid-19**: repercussões na odontologia e saúde bucal. Repositório de Trabalhos de Conclusão de Curso, 2021.

GUILLORY, W. A. **A empresa viva**: espiritualidade no local de trabalho. São Paulo: Cultrix, 2000.

HIGGINSON, I. J.; CARR, A. J. ***Measuring Quality of Life****: Using Quality of Life Measures in the Clinical Setting*. BMJ, Vol. 322. pag. 1297-1300, 2001.

HILAN, E. G. L. et al. **Acesso em saúde bucal na atenção básica antes e após o início da pandemia de COVID-19 no Brasil.** Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, [s. l.], 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/819/1126>. Acesso em: 23 mar. 2021.

HUANG, C.; et al. ***Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan***. Lancet: China, 2020.

JOHNS HOPKINKS UNIVERSITY. *Coronavirus resource center***. *Covid-19 dashboard by the center for systems science and engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)***. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 21 out 2021.

JUNIOR, E.; TRINDADE, J. L. A. **Avaliação da Qualidade de Vida de Idosos em um Município do Sul do Brasil**. Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia, Rio de Janeiro, 16(3) pag. 473-479, 2013.

KANCHERLA, B. S. et al. ***Sleep, fatigue and burnout among physicians***: an American Academy of Sleep Medicine position statement. Journal of Clinical Sleep Medicine**,** v. 16, n. 5, p. 803-805, 2020.

KANG, L. et al. ***The Mental Health of Medical Workers in Wuhan, China Dealing with the 2019 Novel Coronavírus. Lancet Psychiatry***. [Internet]. 2020. Disponível em: <**Erro! A referência de hiperlink não é válida.**> Acesso em: 3 nov. 2021.

KANG, S.H.; BOO, Y. J.; LEE, J. S.; HAN, H.J.; JUNG, C. W.; KIM, C. S. ***High Occupational Stress and Low Career Satisfaction of Korean Surgeons***. J Korean Med Sci. 30(2): pag.09-133, 2015.

KATZ, M. H. ***Study Design and Statistical Analysis***. New York: Cambridge University Press, 2006.

KRAMER, M. S. ***Clinical Epidemiology and Biostatistics***. Berlin: Springer-Verlag, 1988.

LENTZ, R. A.; COSTENARO, R. G. S.; GONÇALVES, L. H. T.; NASSAR, S. N. **O Profissional de Enfermagem e a Qualidade de Vida**: Uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, Vol. 08, N° 04, pag. 07-14, 2000.

LEVIN, J.S. ***Religion and health***: *is there an association, is it valid, and is it causal?* Soc Sci Med 38(11):1475-482, 1994.

LIKERT, R. ***A technique for the measurement of attitudes***. Archives of Psychology. v. 22, n. 140, p. 44-53, 1932.

LIMA, A. D. F.; FARIAS, F. L. R. **O trabalho do cirurgião-dentista e o estresse**: considerações teóricas. Rev Bras Promoç Saúde. 18(1):50-4, 2005.

LIMA, A. S.; FARAH, B. F.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. **Análise da Prevalência da Síndrome de *Burnout* em Profissionais da Atenção Primária em Saúde**. Trabalho educacional em saúde, 16(1) pag. 283- 303, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tes/ v16n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00099.pdf. Acesso em: 14 fev. 2019.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Qualidade de vida no trabalho**. *In*: P. F. Bendassoli; J. E. Borges-Andrade (Orgs.). Dicionário de Psicologia do Trabalho e das Organizações. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

LIPP, M. E. N. ***stress* no trabalho**: implicações para a pessoa e para a empresa. In: NUNES SOBRINHO, F. P.; NASSARALLA, I. (Eds.). Pedagogia Institucional - Fatores Humanos nas Organizações. Rio de Janeiro: ZIT Editores, 2004. p. 214-236.

LOPES, G. P. et al. ***COVID-19 and sexuality***: *reinventing intimacy*. Arch Sex Behav, 21:1–4, 2020.

LOPEZ, M. R. A.; RIBEIRO, J. P.; ORES, L. C.; JANSEN, K.; SOUZA, L. D. M.; PINHEIRO, R. T.; DA SILVA, R. A. **Depressão e Qualidade de Vida em Jovens de 18 a 24 anos no Sul do Brasil**. Revista Psiquiátrica Rio Grande do Sul, 33(2) pag. 103-108, 2011.

LOVISOLO, H. R. **Jornalismo e Esporte**: Linguagem e Emoções. Corpus et Scientia, Vol. 07, N° 02, pag. 91-99, 2011.

MACHADO, R. A. et al. ***Social media and telemedicine for oral diagnosis and counselling in the COVID-19 era***. Oral Oncol., 105:1-2, 2020.

MAISSIAT, G. S.; LAUTERT, L.; PAI, D. D. et al. **Contexto de Trabalho, Prazer e Sofrimento na Atenção Básica em Saúde**. Revista Gaúcha Enfermagem,36(2) pag. 42-49, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n2/pt_1983-1447- rgenf-36-02-00042.pdf. Acesso em: 19 out. 2021.

MALAGRIS, L. E. N.; FIORITO, A. C. C. **Avaliação do Nível de Stress de Técnicos da Área de Saúde**. Estudos de Psicologia I Campinas I 23(4) pag. 391-398, 2006.

MARCELLINO, N. C. **Lazer e educação física**. Campinas: Papirus, 2006.

MAREK, A. P. et al. ***The association between objectively-measured activity, sleep, call responsibilities, and burnout in a resident cohort.*** BMC medical education**,** v. 19, n. 1, p. 158, 2019.

MAUNDER, R. ***The experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline healthcare workers in Toronto***: Lessons Learned. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences 359 (1447): 1117–25, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1483>. Acesso em: 17 mai. 2022.

MÁXIMO, W. **Lazer, hotéis e escritórios são os setores mais afetados por pandemia**. Site Agência Brasil**,** 10 mai. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/ economia/noticia/2020-05/lazer-hoteis-e-escritorios-sao-os-setores-mais-afetados-por-pandemia>. Acesso em: 16 jun. 2021.

MENG, L.; HUA, F.; BIAN, Z**. *Coronavirus disease 2019 (COVID-19)*:** *emerging and future challenges for dental and oral medicine***.** Journal of Dental Research, v. 99, n. 5, pag. 481-487, 2020.

MERSKEY, H. ***Pain terms.*** International Association for the Study of Pain. Pain, 249-252, 1979.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. **Qualidade de Vida e Saúde**: um debate necessário. Revista Ciência& Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Vol. 05, N°01, pag. 07-18, 2000.

MOLLAIOLI, D. et al. ***Benefits of sexual activity on psychological, relational, and sexual health during the Covid-19 breakout***. J Sex Med., 18(1):35- 49, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j. jsxm.2020.10.008>. Acesso em: 11 jan. 2022.

MOREIRA, A. P. F. et al. **Avaliação da qualidade de vida, sono e Síndrome de Burnout dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde**. Medicina (Ribeirão Preto. Online), v.49, n.5, p.393–402, 2016.

MOREIRA, M. D.; MELLO FILHO, J. **Psicoimunologia hoje**. In: ____. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MOREIRA, N. B.; MAZZARDO, O.; VAGETTI, G. C.; OLIVEIRA, V.; CAMPOS, W. **Qualidade de vida**: comparação entre sexos e índice de massa corporal em atletas do basquetebol master brasileiro. *Revista Brasileira De Educação Física e Esporte*, *33*(1), 107-114, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/1807-5509201900010107> Acesso em: 29 mar. 2022.

MORRIS, J.M. et al. ***Accessibility indicators for transport planning***. Transportation Research, Part A, v.13, n.2, p.91-109, 1979.

NAHAS, M. V.; Barros, M. V. G.; FRANCALACCI, V. L. **O Pentáculo do Bem-Estar**: Base Conceitual para Avaliação do Estilo de Vida de Indivíduos ou Grupos. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, Vol. 05, N°02, pag.48-59, 2001.

NEVES, G. S. M. L.; MACEDO, P.; GOMES, M. M. **Transtornos do sono**: atualização. Revista Brasileira de Neurologia. Rev Bras Neurol. 53(3):19-30, 2017.

NUNES, M. F.; FREIRE, M. C. M. **Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público**. Rev Saúde Pública. 2006; 40:1019-26.

OIT. **Organização Internacional do Trabalho**. Disponível em: <https://www.ilo.org/brasilia/lang--es/index.htm>. Acesso em: 07 mar. 2022.

OLIVEIRA, M. A. V. **Administrando o *stress***: com técnicas de programação neurolinguística. São Paulo: Gente; 1996.

OMAR, S. S. et al. ***Psychological and sexual health during the Covid-19 pandemic in Egypt***: Are women suffering more? Sex Med., 9(1):100295, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.100295>. Acesso em: 5 mai. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. ***Coronavirus Disease 2019 - Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report. 2020.*** Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019> Acesso em: 13 mar. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Promoção da Saúde**: Glossário. Genebra: OMS, 1998.

PARGAMENT, K.I. ***The psychology of religion and coping: theory, research, practice***. Guilford Press, New York, 548p., 1997.

PATEL, P. et al. ***A Baseline Analysis of Regulatory Review Timelines for ANVISA: 2013–2016.*** Therapeutic Innovation and Regulatory Science, 54(6), 2020. Disponível em: <DOI:10.1007/s43441-020-00169-5> Acesso em: 9 jan. 2022.

PENNANEN, C. et al. ***Sexual health implications of Covid-19 pandemic***. Sex Med Rev., 9(1):3-14, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j. sxmr.2020.10.004>. Acesso em: 1 mai. 2022.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; DOS SANTOS, A. **Qualidade de Vida**: Abordagens, conceitos e avaliação. Revista Brasileira Educação Física Esporte, vol.26, n. 2, pag. 241-250.São Paulo, 2012.

PITANGA, F. J. G.; BECK, C. C.; PITANGA, C. P. S. **Atividade física e redução do comportamento sedentário durante a pandemia do Coronavírus**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, n. AHEAD, 2020.

PÖHLMANN, K. et al***. Stress, burnout and health in the clinical period of dental education***. European Journal of Dental Education, 9(2), 78-84, 2005.

PURIM, K. S. et al. ***Sleep deprivation and drowsiness of medical residents and medical students***. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**,** v. 43, n. 6, p. 438-444, 2016.

REIMÃO, R. **Sono**: estudo abrangente. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 1996.

RIGONATTO, M. "**Coeficiente de variação**"; *Brasil Escola*. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/matematica/coeficiente-variacao.htm>. Acesso em: 19 mai. 2022.

ROCHA, et al. **Odontologia no contexto da pandemia por COVID-19: uma visão crítica.** Brazilian Journal of Health Review, 2020.

ROMANO, B. W. **Qualidade de Vida**: Teoria e prática. Ver. Soc. Cardiol. Est., vol.3, n.6, pag. 06-09. São Paulo 1993.

ROSS, L. ***The spiritual dimension***: *its importance to patients health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice*. International Journal of Nurse Studies, 32:457-468, 1995.

RUSCHEL, C. V.; ZIEMBOWICZ, L. A. B.; SLEIFER, P.; MATTOS, A. P. **Perda auditiva induzida pelo ruído em cirurgiões dentistas**. Rev Bras Odontol. 62:25-7, 2005.

SALES, P. H.; SALES, P. L.; DA HORA SALES, M. L. ***COVID-2019: How to decrease the risk of infection in dental practice?*** Minerva Stomatologica, 2020.

SANCHEZ, T. H. et al. ***Characterizing the impact of covid-19 on men who have sex with men across the United States in April, 2020***. AIDS Behav., 24(7):2024-32, 2020,

SANTOS-LOPEZ, M.; CATRIAN-FERNANDEZ, H. ***Covid-19 y el nuevo rol del odontólogo en el equipo de salud***. Int. J. Odontostomat., 14 (3), 296-298, 2020. Disponível em: <dx.doi.org/10.4067/S0718-381X202000030029>. Acesso em: 25 jan. 022.

SAUER, G. C.; RODRIGUEZ, S. Y. S. (2014). **Da qualidade de vida à qualidade de vida no trabalho**: Um resgate histórico e prático. Revista de Psicologia da IMED, 6(2), 98-106, 2014. Disponível em: <http:// dx.doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v6n2p98-106> Acesso em: 13 mai. 2022.

SAVOLDI, N. A. M. **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores de enfermagem da UTI pediátrica**. Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

SCHIAVI, M. C. et al. ***Love in the time of Covid-19***: *sexual function and quality of life analysis during the social distancing measures in a group of Italian reproductive-age women*. J Sex Med., 17(8):1407-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.06.006>. Acesso em: 18 fev. 2022.

SCHMIDT, D. R. C., DANTAS, R. A. S. **Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades de bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação**. Rev Latinoam Enfermagem. 2006;14:54-60.

SCHMUTLER, K. M. R.S. **O sono no período neonatal**. *In:* Reimão, R. (Ed). Sono normal de doenças do sono. São Paulo: Associação paulista de medicina, p. 41-45, 2004.

SHIN, D.C.; JOHNSON, D.M. ***Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life***.*Social Indicators Research*, vol.5, n.4, pag. 475-492, Prince George, 1978.

SILVA, A. E.; LIMA, P. K. M.; OLIVEIRA, C. **Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem nível médio em Unidade de Terapia Intensiva**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 6, n. 3, 2016.

SILVA, K. K. M.; LIMA, G. A. F.; GONÇALVES, R. G. **Alterações do sono e a interferência na qualidade de vida no envelhecimento**. Revista de enfermagem, UFPE Recife; 422-8201, 2017.

SOFOLA, O. O.; JEBODA, S. O. ***Perceived sources of stress in Nigerian dental students***. European Journal of Dental Education, 10(1), 20-23, 2006.

SOUSA, A. F. L. et al. ***Casual sex among MSM during the period of social isolation in the COVID-19 pandemic***: *Nationwide study in Brazil and Portugal*. medRxiv. 2020.

SOUZA, H. M. M. R. **Ruído, o inimigo invisível**: visão do cirurgião-dentista. Rev Bras Odontol. 1997; 54:97-101.

SOUZA, V. S. S. et al. **Qualidade de Vida dos Profissionais de Enfermagem Atuantes em Setores Críticos**. Revista Cuidarte, 9(2), 2018.

TAGORE, M. R.; SIKDAR, P. K. ***A new accessibility measure accounting mobility parameters***. *In*: Proceedings of the VII World Conference on Transport Research. Sydney, Australia: University of New South Wales, 1995.

TAVARES, C. Q. **Tanatologia**: a ciência da ressignificação da vida. *In*: Corradi-Perini C, Esperandio MRG, Souza W. Biohcs: Bioética e Tanatologia**.** Série Bioética. Curitiba: CRV; 2020.

TE BRAKE, H.; BLOEMENDAL, E., & HOOGSTRATEN, J. ***Gender differences in burnout among Dutch dentists***. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 31(5), 321-327, 2003.

TEIXEIRA, C. F. S. et al. **A Saúde dos Profissionais de Saúde no Enfrentamento da Pandemia de Covid-19.** Ciência & Saúde Coletiva, 25(9):3465-3474, 2020.

TELES, M. A. B.; BARBOSA, M. R.; VARGAS, A. M. D. et. al. ***Psychosocial Work Conditions and Quality of Life Among Primary Health Care Employees***: *a Cross Sectional Study.* Health and Quality of Life Outcomes*.* Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-72>. Acesso em: 21 jan. 2022.

TOLFO, S. T.; SILVA, N.; LUNA, I. N. **Cultura organizacional, identidade e qualidade de vida no trabalho**: articulações e sugestões de pesquisas em organizações. Pesquisas e Práticas Psicossociais, 4(1), 2009.

TOSTES, A.; MELO FILHO, H. **Quarentena**: reflexões sobre a pandemia e depois. Canal 6 Editora: São Paulo, 2020.

VALLE, L. E. L. R. **Estresse e distúrbios do sono em professores**: saúde mental no trabalho. 209f. Tese (Doutorado- Programa de pós-graduação em psicologia. Área de concentração psicologia social) Instituto de psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

VALLE, L. E. L. R. et al. **Sono e aprendizagem***. In*: Segredos do sono. REIMÃO, R., ROSSINI, S.; VALLE, L. E. L.; RIBEIRO DO VALLE, M. Ribeirão Preto: Tecmedd Editora; 2008.

WANG L, WANG Y, YE D, LIU Q. **Review of the 2019 novel coronavirus (SARSCoV2) based on current evidence.** Int. J Antimicrob Agents. 2020; 55:105948.

WEINECK, J. **Atividade Física e Esporte - Para quê?** São Paulo: Editora Manole, 2003.

WHO b. **Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19).** Interim guidance, 27 February, 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 27 de março de 20.

WHO. World Health Organization. ***Rational use of Personal Protective Equipment (PPE) for Coronavirus Disease (COVID-19***). 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331498/WHO-2019-nCoV-IPCPPE_use2020.2-eng.pdf.> Acesso em: 14 dez. 2022.

WHOQOL. *World Health Organization.* ***Development of the World Health Organization WHOQOL-bref***. Quality of Life Assesment. *Psychol Med.*; 28:551-8, 1998.

WHOQOL. *World Health Organization.* ***Quality of Life Assessment (WHOQOL)****: position paper from the World Health Organization. Social Science and medicine*, Vol. 41, N°10, pág. 403-409, 1995.

WHOQOL. *World Health Organization.* ***WHOQOL****: measuring quality of life*. Geneva: WHO; 1997.

WILDER-SMITH, A.; FREEDMAN, D. O. ***Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak***. Journal of Travel Medicine, Hamilton, v. 27, n. 2, Mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020.> Acesso em: 11 mar. 2022.

YADAV, V. et al. ***Palliative dental care:*** *Ignored dimension of dentistry amidst COVID-19 pandemic****.*** *In*: Special Care in Dentistry, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scd.1251> Acesso em: 15 mai. 2022.

YIN, Z. ***Covid-19***: *Should Sexual Practices be Discouraged During The Pandemic?* JAAD Online, v. 83, n.2, p.149, August, 2020. Disponível em: doi:https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.04.140. Acesso em: 25 de fevereiro de 2021.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K.; THORELL, M. R.; FRANCESCHINI, P. R.; HOMERO W. ***Portuguese version of the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire****: a validation study*. Rev Panam Salud Publica; 25(5):443–8. 2009.

ZUCOLOTO, M. L.; MAROCO, J.; CAMPOS, J. A. D. B. ***Dentistry teachers and the Burnout syndrome***. Brazilian Dental Science, 15(1), 61-67, 2012.

ANEXOS

ANEXO I - Questionário socioeconômico-demográfico dos profissionais dentistas durante a pandemia do COVID 19

Nome: Data de nasc:

Estado civil: Casado: sim ( ) não ( ) sexo: F ( ) M ( )

Possui filhos? Sim ( ) Quantos_____ não ( )

Cidade: Estado: País:

Número do CRO:

1- Possui quantos anos de formado?

a) até 5 anos

b) de 6 a 10 anos

c) de 11 a 20 anos

d) de 21 a 30 anos

e) acima de 30 anos

2- Você possui alguma limitação física?

Sim ( ) Não ( )

2.1- Se sim, você tem alguma dificuldade para exercer sua profissão?

Sim ( ) Não ( )

3- Trabalha em consultório?

Particular ( ) Público ( ) Ambos ( )

4 - Se você trabalha em algum emprego público, como é sua relação com o seu chefe?

Péssima ( ) Ruim ( ) Boa ( ) Ótima ( )

5 - Atende em mais de um consultório?

Sim ( ) Não ( )

6- Você mora distante do trabalho?

Sim ( ) Não ( )

Se sim, essa distância é um problema para você?

Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( )

7- Você possui meio de transporte próprio?

Sim ( ) Não ( )

8- Possui auxiliar de consultório odontológico?

Sim ( ) Não ( )

9- Atende alguma especialidade específica?

Sim ( ) Qual:_____ Não ( )

10- Faz clínica geral?

Sim ( ) Não ( )

11- Realiza atendimentos quais dias da semana?

Segunda feira ( ); Terça feira ( ); Quarta feira ( ); Quinta feira ( ); Sexta feira ( )

Sábado ( )

12- Quantos pacientes atende por dia?

a) até 3 pacientes

b) de 4 a 6 pacientes

c) de 7 a 10 pacientes

d) de 11 a 15 pacientes

e) Acima de 15 pacientes

13 - Suspendeu atendimentos aos pacientes em tratamento no período da Pandemia do COVID 19?

Sim ( ) não ( )

14 - Se sim, por quanto tempo em dias/meses

Até 10 dias ( )

De 11 a 20 dias ( )

De 21 a 30 dias ( )

2 meses ( )

3 meses ( )

15- Fez ou faz atendimentos somente de urgência odontológica neste período?

Sim ( ) Não ( )

16 - Em relação aos atendimentos realizados no período da Pandemia, houve diminuição no número de pacientes?

Pouca ( ) Muita ( ) razoável ( )

17 - Alguém te ajuda nos serviços domésticos?

Sim ( ) Não ( )

18 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades nesse período?

Sim ( ) Não ( ) Pouco ( )

19 - Você sentiu alguma diminuição na renda familiar no período da pandemia?

Sim ( ) Não ( )

20 - Se sim, quanto diminuiu?

De 10 a 20%( )

De 21 a 30%( )

De 31 a 40%( )

De 41 a 50%( )

Acima de 50%( )

21 - Você está satisfeito com a sua vida pessoal?

Muito ( ) pouco ( ) não estou ( )

ANEXO II - Questionário Qualitativo

1) O que é qualidade de vida para você?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

2) Como você avalia sua qualidade de vida?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Na hipótese da resposta dada à segunda pergunta for negativa será feita uma terceira questão:

3) O que precisaria ocorrer para melhorar isso?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ANEXO III - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Versão em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – ABREVIADO) 1998.

Este questionário é como o senhor (a) se sente em relação a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida nas duas últimas semanas.

Q1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

Q2 – Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

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

Q3 – Em que medida você acha que sua dor (física) impede de fazer o que você precisa?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Q4 – Quanto você precisa de um tratamento médico para levar sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Q5 – O quanto você aproveita a sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Q6 – Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Q7 – O quanto você consegue se concentrar?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Q8 – Quão seguro você se sente em sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Q9 – Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

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

Q10 – Você tem energia o suficiente para o seu dia a dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Q11 – Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Q12 – Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Q13 – Quão disponível estão para você as informações que precisa no seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Q14 – Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

Q15 – Quão bem você é capaz de se locomover?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5

Q16 – Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q17 – Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q18 – Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q19 – Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q20 – Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q21 – Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q22 – Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe dos seus amigos?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q23 – Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q24 – Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso a serviços de saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q25 – Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

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

Q26 – Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como, mau humor, desespero, ansiedade e depressão?

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5