



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS

HORTENCIA RODRIGUES DE ALMEIDA SOUZA

SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID -

19

PETROLINA – PE

2023

HORTENCIA RODRIGUES DE ALMEIDA SOUZA

SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID -

19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde e Biológicas da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Campus Petrolina, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Ivani Brys

Co-orientador: Prof. Dr. Daniel Tenório da Silva

PETROLINA – PE

2023

S729s Souza, Hortencia Rodrigues de Almeida
Saúde mental de profissionais de saúde durante a pandemia de COVID -19 / Hortencia Rodrigues de Almeida Souza. – Petrolina, 2023.
x, 86 f. : il. ; 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde e Biológicas) - Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina, Petrolina-PE, 2023

Orientadora: Prof. Dra. Ivani Brys.

1. Saúde Mental. 2. Profissionais de Saúde. 3. Pandemia - COVID -19. I. Título. II. Brys, Ivani. III. Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 362.20981

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS

FOLHA DE APROVAÇÃO

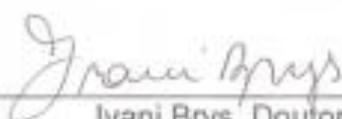
HORTENCIA RODRIGUES DE ALMEIDA SOUZA

SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE
COVID-19

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase na linha de pesquisa: Fundamentação Conceitual e Metodologias Inovadoras Integradoras em Ambiente, Tecnologia e Saúde, pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Aprovada em: 31 de agosto de 2023

Banca Examinadora



Ivani Brys, Doutora

Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf



Júnnia Maria Moreira, Doutora

Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf



Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira, Doutora

Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer a Deus, meu refúgio e minha fortaleza nesses anos de muitas lutas e conquistas.

Agradeço à minha orientadora Ivani Brys por toda atenção, compreensão e ensinamentos. Muito obrigada por me ter orientado sempre com muita motivação. Agradeço aos funcionários da Universidade Federal do Vale do São Francisco, que sempre foram solícitos e atenciosos, em especial Paulina, que faz um trabalho com tanta destreza, atenção e cuidado.

Agradeço à minha família pelo apoio em todas as vezes que precisei me ausentar, pelos cuidados com Heitor. A minha rede de apoio foi fundamental para concretização desse sonho. Agradeço ao Heitor, meu filho amado, que com apenas dois anos é um dos sentidos para realização deste trabalho. Agradeço a minha mãe (Luzinete) e meu pai (Elias) por todo amor, força, apoio e por sempre acreditarem em mim. Agradeço ao meu esposo (Sérgio) por todo incentivo, amor e carinho. Agradeço aos amigos Gladston, Kellen, Carla, Andreza, Emanuely, Geane, Roselane e Ilka pelo apoio e carinho.

Agradeço às minhas colegas/amigas de turma Raquel, Gervane, Jucélia Almeida e Raniery por sempre estarem presentes nas dificuldades e nas alegrias, aos colegas do grupo neurovale, em especial Samara, Ítalo e Laiany pelo apoio em vários momentos.

Agradeço aos profissionais que trabalham comigo, por terem sido tão solícitos para realização desta pesquisa.

Agradeço imensamente à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); à Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e ao Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde e Biológicas (PPGCSB).

RESUMO

O contexto mundial foi transformado com o surgimento da COVID-19, que pela alta capacidade de contágio, atingiu altos níveis de transmissão coletiva, e provocou uma pandemia anunciada pela Organização Mundial de Saúde. Devido às intensas jornadas de trabalho, escassez de equipamentos de proteção individual, condições de trabalho inadequadas e por serem os primeiros contatos com pacientes infectados, os profissionais de saúde tiveram especial risco para desenvolver problemas de saúde mental nesse contexto. Este estudo teve como objetivo identificar impactos da pandemia pelo novo coronavírus na ansiedade e no humor dos profissionais de saúde do Nordeste do Brasil. Participaram 172 profissionais que responderam ao questionário sociodemográfico, ao Inventário de Depressão Beck e ao Inventário de Ansiedade Beck no formato online. Os resultados revelaram que não houve diferenças significativas entre os quatro grupos no que diz respeito aos níveis de depressão e ansiedade. A maior parte dos participantes está no menor nível de depressão e ansiedade, porém 37 participantes (21,5%) apresentaram níveis moderados ou graves de depressão e 43 (25%) apresentaram níveis moderados ou severos de ansiedade. Além disso, os testes de Spearman apontaram uma correlação significativa positiva e forte ($\rho = 0,799$, $p < 0,001$) entre as escalas de depressão e ansiedade. Os resultados demonstraram que a maioria dos participantes (93,6%) não perdeu nenhum familiar com quem residia durante a pandemia. Em relação à mudança de domicílio, a maioria dos participantes (86%) não precisou se mudar para garantir a segurança dos familiares. Foi constatado ainda que a maior parte dos participantes (91,9%) não encerrou relações amorosas durante a pandemia. Quanto ao regime de trabalho, a formação e a renda dos profissionais participantes, os resultados demonstraram que os profissionais que trabalhavam em regime plantonista e diarista, que possuíam formação técnica e superior e que recebiam de um a mais de oito salários-mínimos, tinham escores de ansiedade e depressão semelhantes. Estudos futuros devem investigar quais aspectos estão associados à depressão e ansiedade de profissionais da saúde, especialmente no grupo que apresentou níveis moderados e severos nas escalas usadas.

Palavras-chave: Infecções por Coronavírus. Saúde Mental. Profissionais de Saúde. Pandemias.

ABSTRACT

The global context was transformed with the emergence of COVID-19, which, due to its high contagion capacity, reached high levels of collective transmission, and caused a pandemic announced by the World Health Organization. Due to intense working hours, a shortage of protective equipment individual, inadequate working conditions and because they were the first contacts with infected patients, health professionals were at particular risk of developing mental health problems in this context. This study aimed to identify the impacts of the new coronavirus pandemic on the anxiety and mood of health professionals in Northeast Brazil. 172 professionals participated and responded to the sociodemographic questionnaire, the Beck Depression Inventory and the Beck Anxiety Inventory in online format. The results revealed that there were no significant differences between the four groups with regard to levels of depression and anxiety. Most participants are at the lowest level of depression and anxiety, however 37 participants (21.5%) had moderate or severe levels of depression and 43 (25%) had moderate or severe levels of anxiety. Furthermore, Spearman's tests showed a significant positive and strong correlation ($\rho = 0.799$, $p < 0.001$) between the depression and anxiety scales. The results demonstrated that the majority of participants (93.6%) did not lose any family member with whom they lived during the pandemic. Regarding changing residence, the majority of participants (86%) did not need to move to ensure the safety of their family members. It was also found that the majority of participants (91.9%) did not end romantic relationships during the pandemic. Regarding the work regime, training and income of the participating professionals, the results demonstrated that professionals who worked on-call and day labor, who had technical and higher education and who received from one to more than eight minimum wages, had scores of similar anxiety and depression. Future studies should investigate which aspects are associated with depression and anxiety among healthcare professionals, especially in the group that presented moderate and severe levels on the scales used.

Keywords: Coronavirus infections. Mental health. Health professionals. Pandemics.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características demográficas dos participantes.....	32
Tabela 2 – Frequência de todos os participantes e de cada grupo nos níveis das escalas de depressão.....	34
Tabela 3 – Frequência de todos os participantes e de cada grupo nos níveis das escalas de ansiedade.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Atenção Primária
CES-D	Centro de Estudos Epidemiológicos
CID-11	Classificação Internacional de Doenças
COFEN	Conselho Federal da Enfermagem
DASS-21	Depression Anxiety Stress Scales–21
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EDEP	Escala de Depressão
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1 A PANDEMIA POR COVID-19.....	18
3.2 DEPRESSÃO.....	21
3.3 ANSIEDADE.....	24
3.4 SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES DA SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19.....	27
4 MÉTODO	31
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	31
4.2 ASPECTOS ÉTICOS CONFORME AS RESOLUÇÕES 466/12 E 510/2016 DO CNS	31
4.3 PARTICIPANTES	31
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA.....	32
4.4.1 Questionário Sociodemográfico e sobre o diagnóstico de COVID-19 (APÊNDICE B)	32
4.4.2 Inventário de depressão de Beck (ANEXO B)	32
4.4.3 Inventário de Ansiedade de Beck (ANEXO C)	32
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	32
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	33
5 RESULTADOS	34
6 DISCUSSÃO	44
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICES	63
APÊNDICE A – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	63
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	66
APÊNDICE C – CRONOGRAMA	68
APÊNDICE D – PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA	69
ANEXOS	70

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	70
ANEXO B – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO BECK - BDI.....	78
ANEXO C – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO DE BECK.....	80

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação, intitulada “Saúde Mental de Profissionais de Saúde durante a Pandemia de COVID-19”, teve como objetivo auxiliar na compreensão dos impactos da pandemia por COVID-19 na saúde mental de profissionais de saúde que atuaram na assistência direta aos pacientes com COVID-19 na região Nordeste do Brasil.

Faz-se necessário investigar o estado de saúde mental desses profissionais considerando a exaustiva rotina de trabalho, a intensificação dos cuidados em virtude da pandemia, as vulnerabilidades regionais do Nordeste e o aporte inadequado de insumos médicos de proteção individual.

Assim, a problemática proposta neste estudo pauta-se nas mudanças assistenciais determinantes para o adoecimento dos profissionais da saúde no período pandêmico. Estes, ao ficarem vulneráveis à contaminação pelo vírus, sofreram com o aumento das atividades laborais, com a escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e com as limitações do sistema de saúde brasileiro.

Este estudo busca contextualizar a problemática da exposição dos profissionais de saúde à contaminação por COVID-19, uma vez que o isolamento preventivo era impossível, além de discorrer sobre as implicações psíquicas oriundas dessa exposição. Sequencialmente, estrutura-se uma fundamentação teórica que embasa, à luz da literatura existente, os aspectos referentes à pandemia por COVID-19, depressão, ansiedade e à saúde mental de trabalhadores da saúde na pandemia. Espera-se trazer novas perspectivas acerca do tópico estudado, contribuindo com o campo de pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 produziu números expressivos de infectados e de óbitos no mundo. O Brasil aparece como um dos países com maior índice de transmissão do vírus, o que influenciou, diretamente, o modo de vida de milhões de brasileiros. Mesmo após o início da vacinação, o distanciamento social continuou sendo uma importante ferramenta de controle da COVID-19. No entanto, não foi possível para os profissionais de saúde cumprir esse isolamento, o que os tornou um grupo vulnerável, por terem estado em contato direto com os pacientes infectados, além de terem atuado em locais de trabalho com maior risco de receber carga viral (TEIXEIRA et al., 2020).

Os profissionais de saúde possuem um risco três vezes maior de contrair o vírus quando comparados ao risco habitual da população no geral. Dados do Ministério da Saúde (2020) apontam que entre os 199.768 profissionais investigados com notificação suspeita de COVID-19, 15,9% tiveram diagnóstico positivo, 26,9% tiveram diagnóstico negativo e 57,2% mantiveram-se inconclusivos. Ademais, em mapeamento feito no Brasil por Barroso et al. (2020), constatou-se que tanto na China quanto no território brasileiro, os primeiros óbitos por COVID-19 foram em trabalhadores em exercício de suas funções profissionais, contaminados durante o trabalho.

Estudos têm evidenciado que, para profissionais de saúde, o risco para morbidade associada à COVID-19 é maior diante de quadros de estresse psicológico, ansiedade e depressão (KHAN et al., 2020). A ansiedade é conceituada como um sentimento desconfortável de medo e apreensão derivado de antecipação do perigo, de algo desconhecido ou estranho. A ansiedade é um estado emocional que se relaciona aos componentes psicossociais e fisiológicos, sendo uma circunstância natural dos seres humanos, porém patológica quando excessiva, afetando questões sociais, convívio familiar, atuação no trabalho, entre outros (CASTILLO, RECONDO, ASBAHR, MANFRO, 2000).

A depressão, por sua vez, é caracterizada por lentificação psíquica, humor depressivo e/ou irritável, redução da energia, incapacidade parcial ou total de sentir alegria ou prazer, desinteresse, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração, pensamento de cunho negativo, com perda da capacidade de planejamento e alteração do juízo da verdade (SCHMIDT, DANTAS, MARZIALE, 2011). Existem diversos fatores desencadeantes associados à depressão, tais como, desequilíbrios químicos cerebrais, características de personalidade, vulnerabilidade genética e eventos situacionais.

Acerca dos efeitos sobre o estado da saúde mental, estudos realizados em Londres e no

Brasil por Pappa et al. (2020), Prado et al. (2020) e Saidel et al. (2020), com profissionais de saúde que atuaram na linha de frente da pandemia da COVID-19, apontaram para situações dentro do ambiente de trabalho que podem desencadear ansiedade e depressão. Isso ocorre por conta da condição de vulnerabilidade ao ficar exposto ao vírus, do contato constante com a morte, da distância da família e amigos, do aumento da responsabilidade no ato de cuidar, além de ter que lidar com seus sentimentos de impotência, fracasso, estresse pelas condições, sobrecarga de trabalho e incertezas sobre a doença e o tratamento.

Corroborando com tais achados, estudo realizado na China constatou que as equipes médicas que atuaram nos departamentos de doenças respiratórias, pronto-socorro, unidade de terapia intensiva e no departamento de doenças infecciosas apresentaram mais distúrbios psicológicos e maiores riscos de desenvolver ansiedade e depressão do que os profissionais da área administrativa – provavelmente devido ao contato direto na lida com pacientes com COVID-19 (LU, WANG, LIN, LI, 2020). Ademais, as mulheres parecem constituir o grupo mais acometido por problemas de saúde mental, uma vez que representam a grande maioria do pessoal da saúde e que, em muitos casos, conciliam a vida profissional com atividades domésticas e cuidados com os filhos (KHAN et al., 2020).

Outra investigação proposta por Lai et al. (2020), em Wuhan, na China, afirma que dentre 1.257 profissionais trabalhando em 34 hospitais (39% médico (a)s e 61% enfermeiro (a)s), cerca de 50% apresentaram sintomas de depressão, 45% de ansiedade, 34% de insônia e 72% de angústia. As enfermeiras e os demais profissionais que prestavam cuidados diretos aos pacientes com COVID-19 apresentaram os sintomas mais graves (LAI et al., 2020).

Na França e no Reino Unido, foi realizado um estudo transversal *online* durante a onda de casos da COVID-19 no final de maio de 2020, investigando dados demográficos e a exposição dos profissionais de saúde à COVID-19, no trabalho ou não. A saúde mental também foi avaliada através da *Depression Anxiety Stress Scales-21* (DASS-21), evidenciando que os participantes (189 médicos, 165 enfermeiras e 255 profissionais não médicos) experimentaram depressão severa/extremamente severa, ansiedade e estresse com mais frequência em comparação com os profissionais de outros países (HUMMEL et al., 2021).

No estudo supracitado, entre os profissionais médicos, nenhuma associação significativa foi relatada pelo contato direto de pacientes com o coronavírus no trabalho, sem relatos de ansiedade, depressão ou estresse. Entretanto, profissionais não médicos tiveram pontuações significativamente mais altas para depressão e ansiedade. “A incerteza sobre

quando a epidemia estará sob controle” causou a maior quantidade de estresse para os profissionais de saúde, enquanto “tomar medidas de proteção” foi a estratégia de enfrentamento frequentemente usada entre todos os participantes (HUMMEL et al., 2021).

No âmbito brasileiro, recentemente foi realizado um estudo com 46 profissionais da equipe de saúde, sendo 11 enfermeiros, 20 técnicos em enfermagem, 10 médicos e cinco fisioterapeutas, para analisar suas reações e sentimentos, no atendimento a pacientes internados com suspeita da COVID-19. Os resultados mostraram reações e sentimentos em toda equipe de saúde, apresentando ambivalência nos aspectos de reclusão e temor no enfrentamento da COVID-19, considerando, ainda, que vivenciaram sentimentos de tristeza, medo da morte, ansiedade, dentre outros (PAULA et al., 2021).

Outro estudo realizado no estado do Rio Grande do Norte, de método seccional e do tipo *web-survey*, investigou a saúde mental de 490 profissionais da equipe de enfermagem que atuaram nos serviços de saúde de média e alta complexidade durante a pandemia. Foi utilizada a versão brasileira do *Patient Health Questionnaire* para verificar a prevalência de sintomas de depressão e o *General Anxiety Disorder* para mensuração de sintomas de ansiedade. Os dados revelaram que 30,4% dos respondentes tiveram diagnóstico de algum transtorno mental nos últimos 12 meses, 39,6% apresentaram sintomas de ansiedade moderadamente severa ou severa, 38% apresentaram sintomas de depressão moderadamente severa ou severa e sintomas da Síndrome de Burnout estiveram presentes em 62,4% dos profissionais (SANTOS et al., 2021).

Ainda no Brasil, em análise realizada por Sousa et al., (2022) foram observados prejuízos psicológicos na equipe de saúde que atuou na linha de frente durante a pandemia da COVID-19 em um hospital público da cidade de Teresina-PI. A pesquisa baseou-se nas atividades desenvolvidas por 29 profissionais de saúde, sendo que 55% revelaram sintomas de ansiedade e 45% de depressão. Por conta disso, os autores afirmam que todos os participantes apresentaram sintomas de ansiedade ou depressão.

Pesquisa observacional transversal realizada na região sul do Brasil investigou fatores associados à ansiedade e à depressão em 88 profissionais da enfermagem frente à pandemia da COVID-19. Os resultados mostraram ocorrência de ansiedade (48.9%) e depressão (25%) nos profissionais do sexo feminino, com mais de 40 anos, casadas ou em união estável, de cor branca, com ensino superior ou pós-graduação, com renda superior a R\$3.000,00, concursadas, com regime de trabalho de 40 horas semanais e tempo de atuação no hospital de um a cinco anos (DAL’BOSCO et al., 2020).

Em se tratando dos fatores associados, na Inglaterra – país que também apresentou grande índice de casos da COVID-19 – foi realizado um estudo com 558 profissionais de saúde utilizando uma escala de classificação do tipo Likert *online*, para rastrear os níveis de ansiedade autopercebidos antes e durante a segunda onda da pandemia no país. Os resultados mostraram que o risco de contágio com SARS-CoV-2 e a deficiência de material de proteção individual adequado foram os fatores causadores da ansiedade. Além disso, somente 41% dos participantes demonstraram que houve suporte adequado, dentre os quais, liderança eficaz e apoio de pares (SIDDIQI et al., 2021).

Assim, é notório que os fatores associados ao surgimento de ansiedade e depressão em profissionais de saúde podem estar relacionados com fatores internos ao ambiente e ao processo de trabalho (setores de atuação profissional, sobrecarga de serviço e estratégias de enfrentamento desenvolvidas) e a fatores externos ao trabalho (sexo, idade, carga de trabalho doméstico, suporte e renda familiar, estado de saúde geral do trabalhador e características individuais) (SCHMIDT et al., 2011). Esses fatores internos e externos podem comprometer a funcionalidade no trabalho, e assim, resultar em redução da capacidade de atuação e da qualidade da atenção prestada aos pacientes (TEIXEIRA et al., 2020).

É evidente que a pandemia trouxe efeitos devastadores para a vida dos profissionais de saúde que nela se inseriram, na perspectiva de vítima ou de trabalhador. Não só no Brasil, mas em outros países do continente Europeu e Asiático, a contaminação por COVID-19 não só deprimiu o organismo humano, mas também a mente e suas funções cotidianas. Estes efeitos foram agravados pelas más condições de trabalho fornecidas aos profissionais de saúde, adicionados, ainda, às suas características sociodemográficas que por si só já configuravam um maior risco para o adoecimento mental.

Nessa perspectiva, o presente estudo foi realizado com profissionais de saúde da linha de frente de cidades da região Nordeste durante a pandemia da COVID-19, tendo em vista que esses profissionais, além das novas rotinas de trabalho e cuidados intensificados, vivem numa região marcada por desfavorecimento socioeconômico e demográfico, acentuados pelas condições de pandemia. Um exemplo claro desse desfavorecimento é que, mesmo com o aumento da circulação de infectados de origem estrangeira, que chegaram pelos aeroportos em algumas das cidades nordestinas, não houve melhora na acessibilidade a equipamentos de proteção individual, tornando esses profissionais de saúde mais suscetíveis ao desenvolvimento de alterações na saúde mental.

Nesse sentido, o aumento do risco de contaminação dos profissionais nas atividades

laborais, o crescimento do número de casos de COVID-19, a escassez de EPI e a falta de leitos nos hospitais foram alguns problemas enfrentados por trabalhadores da saúde durante a pandemia, principalmente em países subdesenvolvidos e em regiões brasileiras demarcadas pelos prejuízos socioeconômicos. Devido a essas mudanças assistenciais, os profissionais de saúde ficaram expostos a contrair o vírus e conseqüentemente desenvolver problemas de saúde mental, entre eles depressão e ansiedade.

Diante deste cenário, o presente estudo teve o objetivo de investigar níveis de ansiedade e depressão de profissionais de saúde que atuavam na linha de frente prestando assistência direta aos pacientes com COVID-19 na região Nordeste do Brasil. Foram investigados também fatores socioeconômicos que poderiam estar associados aos mesmos. Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à prevenção e cuidado aos profissionais de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar os níveis de ansiedade e depressão de profissionais de saúde que atuaram na linha de frente prestando assistência direta aos pacientes com COVID-19 na região Nordeste do Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar profissionais de saúde da linha de frente da COVID-19 da região Nordeste no que diz respeito a aspectos sociodemográficos e de regime de trabalho;
- Avaliar níveis de depressão de profissionais de saúde da linha de frente da COVID-19 da região Nordeste;
- Avaliar níveis de ansiedade de profissionais de saúde da linha de frente da COVID-19 da região Nordeste;
- Comparar os níveis de ansiedade e depressão de profissionais que atuaram na linha de frente da pandemia com aqueles que não atuaram;
- Comparar os níveis de ansiedade e depressão de profissionais que foram infectados e aqueles que não foram.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A PANDEMIA POR COVID-19

Em março de 2020, menos de quatro meses depois de diagnosticado o primeiro caso, a epidemia de SARS-CoV-2 tem seu status elevado para o nível de pandemia. O alto nível de contágio e a alta taxa de mortalidade fizeram com que o SARS-CoV-2, popularmente chamado de Coronavírus, fosse considerado o maior causador de surto de pneumonia atípica desde a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), em 2003 (NEBEHAY, 2020).

As principais características do Coronavírus, como a facilidade de contaminação por meio de gotículas e a alta transmissibilidade, tornaram essenciais as medidas para evitar a disseminação comunitária. As principais medidas adotadas para frear o processo de contaminação comunitária e o consequente agravamento da emergência pública foram protocolos adequados de higiene e de distanciamento social. O distanciamento social instituído promoveu alterações significativas nas rotinas pré-estabelecidas, causando um forte impacto negativo e imprevisível no comportamento humano, que antes estava habituado ao convívio social (PFEFFERBAUM, NORTH, 2020).

Mais de 700.000 casos de COVID-19 foram reportados no mundo até março de 2020, além de mais de 33.000 mortes. Os Estados Unidos, a Espanha e a Itália eram os países com o maior número de confirmação de casos naquele período, seguidos por Alemanha, Irã, França e Reino Unido, estando o Brasil na 19ª posição (NETTO, CORRÊA, 2020). Nos primeiros dez dias de maio de 2020, haviam sido reportados um total de 4.006.555 casos confirmados e 275.755 óbitos pela COVID-19, dados obtidos através dos boletins epidemiológicos dos dez países com maior número de casos do mundo (SOUSA et al., 2020).

Segundo Sousa et al. (2020), a Espanha liderava o quantitativo de mortalidade por 1.000.000 de habitantes, seguida da Itália e do Reino Unido. Acerca da letalidade, o Reino Unido, a Itália e a Espanha também protagonizaram os maiores percentuais entre os outros países. O Brasil, nesta época, passou a ocupar o oitavo lugar entre os países com maiores números de casos confirmados, com cerca de 145.328 casos, tendo 9.897 destes evoluído para óbito. Assim, o Brasil possuía 6,8% de letalidade (medida da gravidade da doença) e 46,6% de mortalidade (razão entre número de óbitos pela população em risco) nos períodos iniciais da pandemia.

Apesar de o Brasil ter sido o primeiro país da América do Sul a registrar um caso confirmado de COVID-19, este ocorreu muito depois da maioria dos países do hemisfério

Norte registrar os seus primeiros casos. No Brasil, a quarentena foi decretada a partir do dia 06 de fevereiro de 2020, através da Lei 13.979/2020. O primeiro caso foi registrado no dia 26 de fevereiro de 2020, e se tratava de um indivíduo de 61 anos, residente da cidade de São Paulo/SP, que esteve na região norte da Itália (CAVALCANTE et al., 2020; VASCONCELOS et al., 2020; NETTO, CORRÊA, 2020).

Cerca de 20 dias após a confirmação do primeiro caso, no dia 17 de março de 2020, foi registrado o primeiro óbito pela doença, também no estado de São Paulo. O paciente tratava-se de um idoso, porém não havia realizado viagem internacional. Dentre os estados brasileiros, o Tocantins foi o último a registrar o primeiro óbito por COVID-19, 29 dias após a confirmação da primeira morte pela doença. Assim, no dia 20 de março de 2020, foi decretada a transmissão comunitária em todo o âmbito brasileiro (CAVALCANTE et al., 2020).

Até março de 2020 foram contabilizados 3.904 casos de COVID-19 e 114 mortes no âmbito brasileiro, valores que representavam baixa letalidade. No comparativo entre regiões, o Sudeste abrigava 57% dos casos confirmados do país, seguido pela região Nordeste, com 16%, Sul com 13%, Centro-oeste com 9% e Norte com 5% (NETTO, CORRÊA, 2020). Entre as semanas epidemiológicas 1 e 18 de 2020 (de 04/01/2020 a 02/05/2020), foram registrados 27.086 (25%) casos de COVID-19, e destes, 7.514 (28%) evoluíram para óbito (SOUSA et al., 2020).

No final da semana epidemiológica 20 (de 10/05/2020 a 16/05/2020), o número de casos já havia subido para 233.142, acompanhado pelo aumento do número de óbitos, que chegou a 15.633. Contrariando as semanas anteriores, a taxa de incidência da região Norte superou as taxas da região Sudeste, com incidência de 2.358,3 por milhão e mortalidade de 156,6 por milhão. Ao final da vigésima semana, a região Nordeste possuía a taxa de incidência acima da taxa nacional, ocupando também a terceira posição entre as maiores taxas de mortalidade do país (CAVALCANTE et al., 2020).

A rota exata de transmissão do SARS-CoV-2 ainda não foi totalmente esclarecida, porém, especula-se que o vírus tenha conseguido fazer sua transição de animais para humanos no mercado de frutos do mar em Wuhan, na China. A origem do vírus tem sido atribuída a morcegos, com base na sua similaridade genética com outros dois tipos de coronavírus análogos ao vírus causador da SARS (NETTO, CORRÊA, 2020).

Após a infecção, o período de incubação do SARS-CoV-2 é de até 14 dias, com uma média de 4 a 6 dias, podendo estender-se até 24 dias. Aproximadamente 80% dos indivíduos infectados não apresentam sintomas, ou apresentam sintomas leves de síndromes gripais,

como febre, tosse, congestão nasal, fadiga e outros sinais de infecções do trato respiratório superior. Os sintomas gastrointestinais também foram relatados, a exemplo da náusea, vômito e diarreia (NETTO, CORRÊA, 2020; SOUSA et al., 2020).

Os outros 20% dos indivíduos seriam acometidos pelo agravamento da doença, considerando a manifestação de dificuldade respiratória. Cerca de 5% dos casos graves da doença experimentariam níveis mais graves da infecção pelo coronavírus, evoluindo com dispneia, pneumonia e insuficiência respiratória, principalmente se pacientes idosos (NETTO, CORRÊA, 2020; SOUSA et al., 2020). Para além destes sintomas, a COVID-19 também pode cursar sintomatologia atípica, como conjuntivite, anosmia, manifestações dermatológicas e renais, afetando também a gestantes e crianças (MONTE et al., 2020).

De acordo com Sousa e colaboradores (2020), o aumento da gravidade e da mortalidade pela COVID-19 está relacionado ao acometimento de pacientes com riscos cardiovasculares pré-existentes. A presença de comorbidades, como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e a hipertensão arterial, é fator de risco para o agravamento da doença e para óbito, bem como ser idoso e imunossuprimido. As comorbidades supracitadas foram relatadas em parcelas significativas dos pacientes infectados, o que pode justificar apresentações atípicas e o rápido agravamento da doença nos períodos iniciais da pandemia (ISER et al., 2020).

Ademais, acredita-se que a COVID-19 possui particularidades clínicas semelhantes à patogenia de doenças autoimunes, uma vez que ambas as condições compartilham uma gama considerável de reações imunes relacionadas ao curso da infecção. Além disso, o SARS-CoV-2 pode modificar a autotolerância, gerando respostas autoimunes através de reações cruzadas entre células (FIGUEIREDO et al., 2021).

Quanto aos malefícios em longo prazo, as sequelas pulmonares, cardiovasculares, neurológicas e metabólicas podem ser esperadas na fisiopatologia da COVID-19. Sequelas de longo prazo causadas pela COVID-19 são aquelas que se desenvolvem após seis semanas da infecção e persistem além das seis semanas iniciais da infecção, excluindo os sintomas típicos da fase aguda da doença. Além das alterações no sistema cardiopulmonar, outros distúrbios são considerados, tais como a ansiedade, depressão, alterações no metabolismo da glicose, desregulação do metabolismo lipídico, hiperlipidemia, transtornos de estresse pós-traumático e capacidade pulmonar reduzida (GRENDENE et al., 2021).

Conforme destaca Cruz et al., (2020), o cenário econômico e social mundial alterou-se de maneira rápida devido às mudanças estabelecidas ao redor do mundo, porém, os impactos

causados pelo vírus e o conjunto de medidas que os acompanharam foram sentidos de maneira ainda mais direta pelos profissionais da saúde. O número crescente de casos suspeitos e confirmados, o aumento da carga horária de trabalho, a falta de equipamentos de proteção individual, a falta de medicamentos e o absenteísmo dos profissionais geraram sobrecarga mental.

Os impactos provocados pela COVID-19 ultrapassaram os seus efeitos clínicos, pois, implicaram em impactos significativos na saúde mental dos indivíduos em geral e, em especial, dos trabalhadores da saúde (ESTRELA et al., 2021). A rápida progressão da pandemia e a avalanche de informações foi uma ferramenta facilitadora para o adoecimento psicológico. Ademais, o pânico social mundial e as estratégias de isolamento despertaram medo, insegurança e angústia na população, que perduraram até o período pós-pandêmico (VASCONCELOS et al., 2020).

Deste modo, a crise epidemiológica da COVID-19 se insere nos âmbitos físicos, sociais, psicológicos e espirituais do ser humano, considerando as transições emocionais e comportamentais que ganharam destaque neste período marcante. Salienta-se, portanto, a presença dos profissionais de saúde, principalmente os que trabalharam na linha de frente, que lidaram com desgastes físicos e emocionais durante toda a pandemia. Além de estarem expostos à infecção e submetidos às suas angústias pessoais, estes profissionais forneciam alívio físico e conforto psicológico e emocional para os pacientes e também seus familiares (ESTRELA et al., 2021).

3.2 DEPRESSÃO

A depressão é um problema crescente de saúde pública que possui amplo significado clínico, sendo considerada como uma das principais causas de incapacidade no mundo (BARROSO, OLIVEIRA, ANDRADE, 2019). A depressão, caracterizada como um transtorno multifatorial ou como uma psicopatologia de etiologia complexa, contribui para o aumento da carga global de doenças relacionadas à saúde mental, além de elevar os riscos para comportamentos autodestrutivos, como o suicídio (PARK, ZARATE, 2019; MARTINS et al., 2019).

Os sintomas depressivos envolvem diminuição da autoestima, ausência da capacidade de sentir prazer em atividades agradáveis e perda do significado atribuído à vida (MARTINS et al., 2019). Ademais, a profunda tristeza, as recorrentes alterações de humor, a insônia, os sentimentos de culpa e a perda ou o aumento do apetite são outros sintomas fortemente

associados à doença. Além das características supracitadas, os critérios de diagnósticos para a depressão envolvem outros diversos fatores, tais como: dificuldade de concentração, fadiga, alterações psicomotoras e ideias recorrentes de morte ou suicídio (GONÇALVES et al., 2018).

Através do quantitativo de sintomas relatados pelo paciente, a depressão é classificada de três diferentes formas: depressão menor, com dois a quatro sintomas por duas ou mais semanas; distímia, com três ou quatro sintomas e depressão maior, com cinco ou mais sintomas por duas semanas ou mais. (GONÇALVES et al., 2018). O transtorno depressivo pode desenvolver-se a partir de vários gatilhos, seja a perda de um ente querido, o uso de determinados medicamentos ou alterações hormonais. É um transtorno que afeta não somente a saúde mental, mas a saúde física e ambiental do indivíduo (LELIS, BRITO, PINHO, 2020).

A depressão, transtorno dispendioso e incapacitante, relaciona-se à queda do desempenho de papéis e da qualidade de vida, além de exacerbar comorbidades médicas e índices de mortalidade no mundo (CUJIPERS, QUERO, DOWRICK, ARROLL, 2019). A doença pode ocorrer em qualquer idade, porém, apresenta-se mais vezes por volta dos 20 anos de idade, ocorrendo um segundo pico aos 50 anos. Alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento da depressão envolvem ser do sexo feminino, ter apresentado episódios anteriores do transtorno, níveis elevados de estresse, antecedentes traumáticos e ser divorciado/separado (PARK, ZARATE, 2019).

A fisiopatologia da depressão ainda é incompreendida. Especula-se que a doença esteja relacionada à diminuição do funcionamento de neurotransmissores monoaminérgicos no cérebro, como a serotonina, dopamina e norepinefrina. As terapias antidepressivas que corrigem esses déficits demonstram-se pelo menos em parte eficazes, sendo tradicionalmente aplicadas na prática clínica. A compreensão da depressão também inclui mudanças funcionais e estruturais, não apenas em nível cerebral, mas relacionadas às respostas ao ambiente e experiências vividas. Assim, os mecanismos supracitados, aliados às mudanças celulares e moleculares são capazes de mediar emoções humanas, e, por isso, são citados como possíveis causas da depressão (PARK, ZARATE, 2019).

Quanto à epidemiologia, a depressão é altamente prevalente. Dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estimam que a doença acomete cerca de 300 milhões de pessoas no mundo, sendo considerada o segundo maior problema de saúde pública mundial. Em 2015, a depressão foi considerada a terceira maior causa de incapacidade no mundo. Nos Estados Unidos, por exemplo, os riscos para o desenvolvimento de um transtorno depressivo

durante a vida aproximam-se de 30%, bem como se percebe um aumento da incidência do suicídio, comportamento associado a um quadro depressivo em 50% das causas (PARK, ZARATE, 2019).

Não obstante, estudo aponta que a doença é ainda mais preocupante entre os profissionais de saúde, que agrupam, respectivamente, percentuais de 30,1% e 90% para depressão e síndrome de burnout entre seus participantes, havendo uma correlação positiva entre a depressão e os níveis de exaustão emocional (DENEVA, IANAKIEV, 2021).

Já na China, observou-se um aumento de 22,6% dos sintomas depressivos na população jovem, relatado, também, em escolas primárias, com aumento de 17,2%. Especula-se que tais dados estejam relacionados à restrição e ao isolamento social imposto pela pandemia de COVID-19 (NICOLINI, 2020). Vale salientar que, enquanto sintoma, a depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos, incluindo transtorno do estresse pós-traumático, circunstâncias sociais e econômicas adversas. Enquanto doença, a depressão possui critérios diagnósticos específicos, tais como: sintomas psíquicos, fisiológicos e evidências comportamentais, que reduzem a capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e reduzem o interesse pelo ambiente (DEL PORTO, 1999).

Ademais, a sobreposição entre depressão e ansiedade é bem relacionada, pois mais da metade dos indivíduos com depressão sofrem com ansiedade significativa, e estes, possuem maior refratariedade aos tratamentos do que indivíduos com depressão e sem ansiedade (PARK, ZARATE, 2019). Em países de baixa e média renda, por exemplo, a prevalência dos transtornos mentais está aumentando, principalmente de pessoas que experimentam simultaneamente a depressão e a ansiedade (MINAYO, MIRANDA, TELHADO, 2021).

Dado o exposto, considerando as graves consequências oriundas da depressão, estratégias de rastreio são importantes para a prevenção da instauração do transtorno (BARROSO, OLIVEIRA, ANDRADE, 2019). O âmbito brasileiro, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é líder mundial nos índices de prevalência dos transtornos de ansiedade, ocupando também o quinto lugar nas taxas de depressão. Estima-se que 11,5 milhões de brasileiros, cerca de 5,8% da população, convivam com a doença (MINAYO, MIRANDA, TELHADO, 2021).

O componente brasileiro do estudo mundial de saúde mental (world mental health survey), realizado entre os anos de 2005 a 2007, identificou taxas de 16,9% para a prevalência de depressão ao longo da vida e 9,4% para prevalência da depressão nos últimos 12 meses

anteriores à entrevista. O estudo foi realizado com adultos residentes na região metropolitana de São Paulo (BRITO et al., 2022).

Ainda no Brasil, para pessoas com 18 anos ou mais, a prevalência de depressão é de 7,6%, sendo que 3,9% desse total corresponde à faixa etária de 18 a 29 anos. Em estudo que avaliou a prevalência da depressão em 18 países, incluindo o Brasil, constatou-se que a prevalência pontual da doença no país é de 10,4%, enquanto que a prevalência ao longo da vida é de 18,4%, índices que, possivelmente, estejam minimizados devido ao subdiagnóstico da depressão e despreocupação na atenção com os problemas de saúde de ordem psíquica (BARROSO, OLIVEIRA, ANDRADE, 2019).

Gonçalves e colaboradores (2018) afirmam que no Brasil, no ano de 2013, a prevalência de depressão foi mais expressiva entre mulheres que viviam em áreas urbanas, com comorbidades crônicas e baixos níveis escolares. Dados do mesmo estudo demonstraram que o tratamento para depressão era inadequado, pois 78,8% dos brasileiros diagnosticados não eram tratados, evidenciando iniquidades no acesso aos cuidados em saúde mental. Coincidentemente, em pesquisa comparativa realizada entre o Brasil e outros três países em relação aos indivíduos já diagnosticados, o território brasileiro exibiu prevalência considerável (40%) de níveis de depressão resistente ao tratamento, fato que evidencia a problemática dessa doença no país (TENG et al., 2021).

3.3 ANSIEDADE

A ansiedade é um transtorno amplamente discutido na literatura especializada. Ela é caracterizada por quadros de preocupação e expectativa exagerados, uma vez que o indivíduo tende a se preocupar com o cotidiano repetidas vezes, gerando desgaste físico e mental (NECHITA, NECHITA, MOTORGA, 2018; MATIAS, LIMA, 2022). Na Classificação Internacional de Doenças (CID-11), a ansiedade é considerada um estado de antecipação ou apreensão diante de eventos futuros desfavoráveis, acompanhada de desconforto, preocupação e sinais de tensão (FROTA et al., 2022).

Assim como o medo, a ansiedade é considerada uma reação adaptativa e defensiva frente às ameaças entre as espécies. Entretanto, quando alcança níveis duradouros de apreensão, quando acontece sem um motivo prévio ou é desproporcional à situação que a desencadeia, torna-se patológica, impactando na qualidade de vida do indivíduo. O medo oriundo da ansiedade é difuso e incerto, geralmente acompanhado de sintomas autonômicos (taquicardia, falta de ar, tontura e tremores), afeto negativo (raiva ou culpa), vigilância

constante e esquivada passiva, representada quando o indivíduo é passivo propositalmente a fim de evitar desfechos desagradáveis (ROBINSON, PIKE, GRILLON, 2019).

É notório que dentre os transtornos psiquiátricos mais prevalentes, a ansiedade se destaca, desencadeando uma série de condições clínicas e neurológicas. Assim, ela é responsável por gerar um alto custo financeiro aos serviços de saúde, considerando que as taxas de eficácia dos tratamentos farmacológicos e terapêuticos de primeira linha são irrisórias (menos de 50%), com a maioria dos pacientes não respondendo aos mesmos (ROBINSON, PIKE, GRILLON, 2019).

A ansiedade não é tida como um fenômeno único, pois sua manifestação pode ser diferente a depender dos contextos que produzem o medo, a expectativa ou comportamento de esquivada (COSTA et al., 2019; ROBINSON, PIKE, GRILLON, 2019). Frequentemente, é diagnosticada em associação a distúrbios do sono e transtornos depressivos. Os sintomas incluem, convencionalmente, aspectos subjetivos e objetivos. Dentre os subjetivos, pode-se citar o temor, as alterações emocionais e a despersonalização. Já os sintomas objetivos, ou somáticos, são as dores abdominais, náuseas, vertigens, boca seca e palpitações (NICOLINI, 2020; FROTA et al., 2022).

Ademais, a ansiedade influencia negativamente na capacidade de aprendizagem, no foco, nos processos cognitivos, no desempenho acadêmico e profissional. Ainda possui forte influência sobre a pressão arterial, sobre os níveis de estresse, sobre o limiar de resistência à dor e sobre o desempenho do sistema imunológico, além de ser considerada preditora da depressão. Em longo prazo, os sintomas de ansiedade são correlacionados às crises de enxaqueca e condições de pele, como a dermatite e a psoríase (NECHITA, NECHITA, MOTORGA, 2018).

Os níveis de ansiedade parecem ser influenciados pelo meio social, cultural e também através de mecanismos defensivos. Entretanto, apesar da heterogeneidade dos sintomas, não existem marcadores para elucidar e diferenciar os transtornos que apresentam ansiedade, considerando, ainda, que os sintomas são comumente sobrepostos (ROBINSON, PIKE, GRILLON, 2019).

Segundo a OMS, a prevalência do transtorno de ansiedade no mundo é de 3,6% (FERNANDES et al., 2018). De 1990 a 2000, estudos apontaram que a ansiedade afetava cerca de 26,9 milhões de pessoas apenas nos Estados Unidos, já no continente Europeu, a prevalência da ansiedade chegava a 13,6%, sendo as mulheres e a população juvenil as mais afetadas (NECHITA, NECHITA, MOTORGA, 2018). Atualmente, conforme estudos

populacionais, a prevalência de transtornos de ansiedade durante a vida é de 13,6% a 28,8% para a população em geral na América e na Europa (DENEVA, IANAKIEV, 2021).

Nos países de alta renda salarial, a ansiedade manteve-se estável, ocupando a 17ª e 18ª posição no ranking mundial, quando comparada com todas as doenças físicas e psicológicas nos últimos 25 anos. Entretanto, nos países de média renda, percebeu-se um crescimento da ansiedade, que variava da 25ª para a 29ª posição (MANGOLINI, ANDRADE, PANG-WANG, 2019).

Matias e Lima (2022) afirmam que as pessoas adultas são as mais afetadas pela ansiedade, tendo em vista que apresentam sintomas comuns que fazem parte do cotidiano das mesmas. A prevalência do surgimento da ansiedade em adultos durante a vida é de 12,5%, enquanto que durante o ano é de 7,6% (MATIAS, LIMA, 2022). Na China, constatou-se que há uma prevalência de 18,9% dos transtornos de ansiedade entre os estudantes, sendo este público considerado um público jovem (NICOLINI, 2020).

Dada a prevalência global de transtornos de ansiedade, estudos constataram que as taxas podem ter um aumento em até três vezes durante o surto de COVID-19. Na mesma pesquisa, os níveis de ansiedade foram mais altos em mulheres e em pessoas jovens, coadunando com outros achados (SANTABÁRBARA et al., 2020). Em estudo realizado na Bulgária, níveis de ansiedade moderados e altos foram observados em profissionais de saúde, com percentuais de 68,9% e 11,1% respectivamente (DENEVA, IANAKIEV, 2021). Quanto à relação da pandemia de COVID-19 e ansiedade na população mundial, estudo aponta que os sintomas de ansiedade aumentaram consideravelmente nos estágios iniciais de crises epidemiológicas, ao passo que a depressão e estresse pós-traumático aumentaram e persistiram após os estágios posteriores (TRUMELLO et al., 2020).

O perfil epidemiológico da ansiedade no Brasil – um país emergente de média renda – tende a se assemelhar ao dos países desenvolvidos. Entretanto, na América Latina e no Brasil, as taxas de prevalência de ansiedade são maiores do que a média mundial, com o Brasil ocupando a quarta posição entre os países que apresentam maiores níveis de ansiedade ao redor do mundo (MANGOLINI, ANDRADE, PANG-WANG, 2019). No continente americano, o transtorno de ansiedade atinge cerca de 5,6% da população, e no Brasil, alcança 9,3% da população (FERNANDES et al., 2018). Em estudo realizado com pessoas adultas da região sul do Brasil, entre os anos de 2011 e 2014, os dados estimados para a prevalência da ansiedade superaram os dados fornecidos pela OMS, estando o país com um percentual de 27,4% (COSTA et al., 2019).

Em pesquisas regionais realizadas em São Paulo e no Rio de Janeiro, a prevalência da ansiedade foi de 12,9%, enquanto que 24,9% dos casos de ansiedade estavam associados a transtornos depressivos. No mesmo estudo, alguns fatores sociodemográficos também foram associados à ansiedade na região de São Paulo, como o sexo feminino e as faixas etárias mais jovens – uma constante em outros achados (MANGOLINI, ANDRADE, PANG-WANG, 2019).

Já na capital Vitória, Espírito Santo, estudo revelou prevalência de 6,34% de transtornos ansioso-depressivos. Na região do Rio Grande do Sul, os transtornos ansiosos e de ansiedade generalizada também foram tidos como prevalentes. Tais alterações produzem malefícios em nível social para os indivíduos acometidos, e dentre estes, cabe citar o afastamento ou a ausência no trabalho. Pesquisas brasileiras consideram os transtornos de ansiedade como uma das principais causas de afastamentos laborais, quando comparados a outros transtornos mentais. No sul e sudeste do Brasil, a média de afastamento por causa dos transtornos de ansiedade é de 24 dias por ano, representando também a segunda maior causa (18,18%) de afastamento do trabalho (FERNANDES et al., 2018).

As taxas de absenteísmo causadas pelos transtornos de ansiedade podem ultrapassar o afastamento do trabalho por conta de condições de saúde crônicas, como a diabetes, por exemplo. Este fato corrobora com o aumento do custo social que esses transtornos trazem aos serviços públicos, além de elevar os gastos do sistema público de saúde do Brasil, principalmente com o tratamento medicamentoso (MANGOLINI, ANDRADE, PANG-WANG, 2019).

3.4 SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES DA SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19

No início da pandemia da COVID-19, os impactos na saúde psicológica da população ainda eram desconhecidos de maneira completa, de modo que, seria necessário compreender esses impactos para evitar o agravamento do quadro geral. Os primeiros estudos realizados na China sugeriram reflexos da pandemia na saúde psicológica da população como um todo. Havia necessidade também de compreender o impacto da pandemia na saúde psicológica dos profissionais de saúde da linha de frente no combate ao Coronavírus (ORNELL et al., 2020).

Os estudos preliminares ao redor do mundo destacaram que, de fato, haveria um forte impacto na saúde mental dos trabalhadores da saúde. De acordo com a OMS, os casos de depressão na Etiópia foram mais predominantes durante a pandemia da COVID-19

comparados às estimativas deste país em anos anteriores. Na China foram observadas elevadas taxas de depressão (50%), ansiedade (45%) e insônia (34%) em profissionais de saúde; e no Canadá, 47% dos profissionais de saúde reportaram a necessidade de uma maior atenção e cuidado neste aspecto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Lai et al. (2020) também conduziram pesquisa sobre a saúde mental dos trabalhadores da área da saúde na pandemia, demonstrando que um número considerável de participantes apresentou quadros de depressão e ansiedade, sendo mais severos em enfermeiras e profissionais da saúde que estavam na linha de frente. As implicações para a saúde mental das categorias da saúde podem durar mais tempo e ter maior prevalência que a própria pandemia e os impactos na saúde física e econômica.

Consoante com os estudos ao redor do mundo, os dados coletados no Brasil também apontavam para um alto nível de desgaste na saúde mental de trabalhadores da saúde, dos 45.161 respondentes, 40,4% sentiram-se frequentemente deprimidos, 52,6% ansiosos, 43,5% relataram início de problemas de sono e 48% problemas de sono preexistentes e agravados. Além disso, estar na linha de frente do combate ao coronavírus, em um ambiente inseguro e com falta de infraestrutura, estar infectado e apresentar doenças crônicas, também foram fatores associados a um risco aumentado de sintomas de ansiedade (BARROS et al., 2020).

As pesquisas realizadas durante a pandemia dirigidas por Kavoor et al. (2020) demonstraram prevalência de depressão e ansiedade durante o período de pandemia em profissionais da saúde atuantes na linha de frente. A pesquisa também apresentou como fator de aumento de estresse desses profissionais a tomada de decisão quanto ao processo de combate a COVID-19, tendo que diariamente informar aos familiares o estado de saúde dos infectados sob seus cuidados. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado na China. DU et al., (2020) realizaram uma pesquisa com profissionais de saúde da linha de frente de dois hospitais em Wuhan e os resultados mostraram uma prevalência elevada de depressão e sintomas de ansiedade em profissionais médicos e enfermeiras que tiveram contato com pacientes que estavam com quadro agudo da COVID-19.

A situação de terror psicológico ao qual os trabalhadores médicos da linha de frente foram expostos, atrelada ao grande desgaste físico foram fatores estressores, resultado da carga horária excessiva de trabalho, o que contribuiu para o surgimento ou agravamento dos problemas na saúde mental desses profissionais. Os principais transtornos observados foram aqueles relacionados à ansiedade, além disso, o estudo destaca que o Brasil lidera o cenário

mundial em termos de prevalência de impacto psicológico nos trabalhadores médicos da linha de frente durante a pandemia da COVID-19.

Uma pesquisa realizada por Souza et al. (2020) apontou que o Brasil foi um país com taxa de transmissibilidade e mortalidade de profissionais de saúde elevada durante o período pandêmico, o que resultou na redução significativa da força de trabalho nos serviços de saúde. Tais casos afetaram em sua maioria os profissionais de enfermagem e foram mais significativos na região Nordeste. Esses aspectos são caracterizados por falhas no autocuidado no que se refere à COVID-19, longas jornadas de trabalho, informações exageradas e imprecisas da mídia e falta de treinamento.

Dados divulgados pelo Ministério da Saúde em setembro de 2020, a partir de resultados de pesquisas preliminares direcionadas à saúde mental dos trabalhadores da saúde da linha de frente de combate à COVID-19, demonstraram altas taxas de ansiedade em 86,5%, dos trabalhadores, sendo que destes, 16% estavam com depressão em sua forma mais severa. Segundo Dal' Bosco et al., (2020) esses números são reflexo da relação do processo de atendimento, com o turno de atuação, relações multidisciplinares, sobrecarga de trabalho, suporte social e estratégias ineficazes de enfrentamento ao coronavírus.

Os resultados das pesquisas conduzidas por Prado et al. (2020) mostraram que a pandemia pelo Coronavírus impactou a saúde mental dos profissionais de saúde, sobretudo decorrente de fatores que ocasionam estresse, como o distanciamento social, o risco de contágio e da transmissão para a família, recursos humanos e materiais insuficientes e estrutura física inadequada. Esses estudos realizados na fase inicial da pandemia demonstraram que os impactos na saúde mental dos profissionais da saúde seriam de fato elevados.

Estudos realizados por Kang et al. (2020), com 994 equipes médicas e de enfermagem que trabalhavam em Wuhan, capital da China, apresentaram resultados divergentes dos supracitados. Esses autores mostraram que a pandemia não causou impacto na saúde mental dos profissionais da área de saúde da linha de frente. A pesquisa foi realizada com 994 profissionais de saúde da linha de frente, sendo eles 183 médicos e 811 profissionais de enfermagem; dos quais 36% apresentaram distúrbios abaixo do limiar, 34,4% possuíam distúrbios leves, 22,4% possuíam distúrbios moderados e 6,2% apresentavam distúrbios graves. Embora esses trabalhadores estivessem mais expostos, às hipóteses explicativas para esses resultados foram que esses profissionais têm maior conhecimento sobre os cuidados de

prevenção, capacitação, seus fatores de risco, e estratégias de autocuidado voltadas para COVID-19.

Seguindo essa mesma linha, observou-se na pesquisa de Huang e Zhao (2020), menor impacto em relação aos estudos anteriores. Tal estudo contou com 2.250 participantes profissionais de saúde da linha de frente da pandemia de COVID-19, dos quais apresentaram uma prevalência de 35,1% de ansiedade, 20,1% de sintomas depressivos e 18,2% apresentaram distúrbios na qualidade do sono. Esses dados sugerem que a formulação de critérios de segurança sobre o manejo de pacientes, elaboração de novos protocolos contra o risco de contaminação e o treinamento técnico adequado foram determinantes para dar maior confiança durante a atuação desses profissionais e preservar a saúde mental dos mesmos.

Corroborando com as observações reportadas por outros estudos, Zerbini (2020), demonstrou que a pandemia apenas desencadeou os sintomas de ansiedade e depressão, principalmente para aqueles que trabalharam na linha de frente. Assim, o cenário pandêmico foi um fator motivador de problemas na saúde mental de trabalhadores da saúde, independente destes profissionais já terem histórico clínico de ansiedade ou depressão. No entanto, para os profissionais, as estratégias de capacitação voltadas para realização de procedimentos, a política do autocuidado e o acesso a informações adequadas sobre a COVID-19 podem ter sido determinantes para a segurança de todas as categorias.

Em estudo de Mattila et al. (2021), realizado com trabalhadores de um hospital finlandês de atendimento médico especializado, demonstrou-se que os profissionais de saúde tinham níveis normais e leves de ansiedade em toda sua amostra, independentemente de estar continuamente no cuidado de pacientes infectados com COVID-19. Esse resultado pode ser explicado devido a disponibilidade suficiente de EPIs para realização das atividades e uma relevante colaboração dos colegas da equipe, ou seja, a interação positiva entre as categorias que atuaram na linha de frente durante a pandemia foi crucial para preservar a saúde mental de todos.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Esta é uma pesquisa quase experimental. O delineamento quase experimental é semelhante a um experimento, mas não há a manipulação da variável independente, por conta disso, se tem menos controle experimental (COZBY, 2003). No caso do presente estudo, as variáveis independentes principais são a atuação profissional, se atuou ou não na linha de frente e a contaminação por COVID-19.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS CONFORME AS RESOLUÇÕES 466/12 E 510/2016 DO CNS

O presente estudo seguiu os procedimentos recomendados para a realização de pesquisas com seres humanos no país. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Integração do Sertão (CAAE: 48346621.4.0000.8267) (ANEXO A). Os participantes avaliados foram orientados sobre os objetivos do estudo, procedimentos, seus riscos e benefícios. Foi respeitada a autonomia do participante da pesquisa, assegurando o seu anonimato como regem as resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

4.3 PARTICIPANTES

A pesquisa foi desenvolvida com profissionais de saúde de cidades da região Nordeste. Os (a)s participantes foram recrutados (as) através do modelo de amostra por conveniência, e a divulgação da pesquisa foi realizada por meio das redes sociais (Whatsapp®, Facebook© e Instagram®). Os participantes da pesquisa foram distribuídos em quatro grupos: A+ que atuou na linha de frente e teve COVID-19, A- que atuou na linha de frente e não teve COVID-19, NA+ que não atuou na linha de frente e teve COVID-19 e o NA- que não atuou na linha de frente e não teve COVID-19. Os critérios de elegibilidade foram: a) ser profissional de saúde e estar ativo na função exercida durante a coleta; b) apresentar idade entre 18 e 50 anos; c) aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) d) morar e atuar no Nordeste. Os critérios de exclusão foram: a) trabalhadores que estiveram de licença médica ou em férias ou que estiveram afastados no momento da pesquisa.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA

4.4.1 Questionário Sociodemográfico e sobre o diagnóstico de COVID-19 (APÊNDICE B)

O questionário sociodemográfico teve como objetivo traçar o perfil dos participantes, em especial as rotinas de trabalho e relações familiares vividas durante o período da pandemia.

4.4.2 Inventário de depressão de Beck (ANEXO B)

É uma escala de rastreio que tem como objetivo avaliar o índice de humor depressivo do participante. Conta com 21 itens com resultados de uma escala que fornece indicativo para o desenvolvimento da depressão (ARGIMON, TERROSO, BARBOSA, LOPES, 2013).

O instrumento foi desenvolvido para pacientes acima dos 13 anos e é constituído de itens relacionados aos sintomas depressivos, desesperança, irritabilidade e cognição; como por exemplo: sentimento de culpa e/ou punição. Além disso, analisa sintomas físicos como fadiga, perda de peso e diminuição da libido. Segundo Cunha (2001), a classificação do inventário de depressão apresenta os seguintes escores: nível mínimo = 0 a 11, nível médio = 12 a 19, nível moderado: 20 a 35 e nível grave: 36 a 63.

4.4.3 Inventário de Ansiedade de Beck (ANEXO C)

Este é um instrumento de avaliação que foi utilizado com o objetivo de identificar o nível de ansiedade dos participantes. Composto por 21 itens que avaliam manifestações somáticas (cognitivas, afetivas e características de ansiedade), avalia a intensidade da ansiedade clínica com pontuações que variam de 0 (zero) a 63 (sessenta e três). Os escores variam de acordo com o grau de comprometimento: de 0 a 9 (grau de ansiedade normal), de 10 a 18 (grau leve a moderada de ansiedade), de 19 a 29 (nível moderado a severo de ansiedade) e de 30 a 63 (ansiedade severa) (LACERDA, CIRELLI, BARROS, LOPES, 2017).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada totalmente *online*. Os sujeitos tiveram acesso ao link da pesquisa através das redes sociais. Através deste link, tiveram acesso aos formulários eletrônicos no Google forms, contendo o questionário sociodemográfico, o Inventário de Depressão de Beck (versão *online*), o Inventário de Ansiedade de Beck (versão *online*), que foram respondidos de uma só vez. Estima-se que cada participante precisou de cerca de 15

minutos para realizar toda a pesquisa. A coleta foi realizada no período de outubro de 2021 a março de 2022.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Foi verificado através do teste *Kolmogorov-Smirnov* que os dados não apresentam distribuição normal, que seria uma distribuição na qual a média não representa o grupo estudado (FIELD et al.,2011). Foram calculadas, portanto, a frequência e a mediana. Além disso, foram utilizados dois testes não paramétricos, um aplicado para duas amostras independentes e outro para testar a possibilidade das amostras se originarem da mesma distribuição, sendo, respectivamente, Teste de Mann-Whitney e Teste de Kruskal-Wallis. A correlação de Spearman foi utilizada para avaliar a relação entre o escore do inventário de depressão, o escore do inventário de ansiedade, o tempo de serviço, quantidade de horas semanais trabalhadas e a idade. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

Foram alcançadas 189 pessoas, das quais 17 foram desconsideradas por se adequarem aos critérios de exclusão. Portanto, apenas 172 pessoas participaram do estudo e tiveram suas respostas analisadas. A amostra analisada é constituída por profissionais de saúde de mais de vinte e quatro profissões, sendo a maioria enfermeiros (37,8%). Além disso, a grande maioria dos participantes trabalha no serviço público (80,2%), é negra (62,8%), tem ensino superior (73,3%), tem vínculo empregatício com apenas uma instituição (60,5%), trabalha em regime diarista (62,2%), recebe de 1 a 3 salários-mínimos (36%) e trabalha na cidade em que reside (91,3%). O gênero não foi uma variável investigada. A Tabela 1 mostra a frequência dos participantes de cada grupo nas variáveis demográficas.

Tabela 1 - Características demográficas dos participantes

Variável Demográfica	Geral n = 172 (%)	A+ n = 53 (%)	A- n = 38 (%)	NA+ n = 44 (%)	NA- n = 37 (%)
Serviço que atua					
Público	138 (80,2%)	41 (77,4%)	30 (78,9%)	32 (72,7%)	35 (94,6%)
Privado	10 (5,8%)	2 (3,8%)	2 (5,3%)	6 (13,6%)	
Ambos	24 (14%)	10 (18,9%)	6 (15,8%)	6 (13,6%)	2 (5,4%)
Raça					
Pardo	90 (52,3%)	29 (54,7%)	21 (55,3%)	19 (43,2%)	21 (56,8%)
Branco	62 (36%)	19 (35,8%)	12 (31,6%)	19 (43,2%)	12 (32,4%)
Preto	18 (10,5%)	5 (9,4%)	5 (13,2%)	4 (9,1%)	4 (10,8%)
Amarelo	2 (1,2%)			2 (4,5%)	
Formação					
Superior	126 (73,3%)	39 (73,6%)	28 (73,7%)	33 (75%)	26 (70,3%)

Técnico	46 (26,7%)	14 (26,4%)	10 (26,3%)	11 (25%)	11 (29,7%)
Regime de trabalho					
Plantão	65 (37,8%)	24 (45,3%)	18 (47,4%)	11 (25%)	12 (32,4%)
Diarista	107 (62,2%)	29 (54,7%)	20 (52,6%)	33 (75%)	25 (67,6%)
Renda Familiar					
1 a 3 salários- mínimos	62 (36%)	14 (26,4%)	16 (42,1%)	16 (36,4%)	16 (43,2%)
3 a 6 salários- mínimos	57 (33,1%)	23 (43,4%)	10 (26,3%)	15 (34,1%)	9 (24,3%)
6 a 8 salários- mínimos	27 (15,7%)	6 (11,3%)	9 (23,7%)	8 (18,2%)	4 (10,8%)
8 a 10 salários- mínimos	14 (8,1%)	5 (9,4%)	3 (7,9%)	4 (9,1%)	2 (5,4%)
Mais de 10 salários- mínimos	12 (7%)	5 (9,4%)		1 (2,3%)	6 (16,2%)

Fonte: a autora

Nota 1: Ausência de valores significa que não teve participantes com essa característica na amostra.

Nota 2: O significado da sigla de cada grupo, A+ são participantes que atuaram na linha de frente e testaram positivo para COVID-19, A- são participantes que atuaram na linha de frente e não testaram positivo para COVID-19, NA+ são participantes que não atuaram na linha de frente e que testaram positivo para COVID-19, NA - são participantes que não atuaram na linha de frente e que não testaram positivo para COVID-19.

Além disso, 161 participantes (93,6%) não relataram perda de nenhum familiar com quem residiam durante a pandemia, sendo que 11 participantes (6,4%) experimentaram tal perda. Outrossim, 148 (86%) participantes não precisaram se mudar para garantir a segurança dos familiares, em contrapartida, 24 (14%) participantes vivenciaram tal mudança em prol da

segurança dos familiares. A maior parte dos participantes (158; 91,9%) não encerraram relações amorosas durante a pandemia.

Os participantes foram avaliados a partir dos Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck. A frequência dos participantes de cada um dos grupos em cada nível das escalas está descrita nas Tabelas 2 e 3. As tabelas mostram que a maior parte dos participantes está no menor nível de depressão e ansiedade, entretanto, existem 37 participantes (21,5%) que apresentaram níveis moderados ou graves de depressão, e 43 (25%) que apresentaram níveis moderados ou severos de ansiedade. Além disso, foi realizado o teste de Kruskal-Wallis para verificar se existia diferença entre brancos, pardos e pretos e foi encontrado que não há diferença significativa ($p < 0,05$) entre os grupos para nenhuma das escalas, amarelos foram excluídos dessa análise por conta que tinha apenas dois participantes desse grupo.

Tabela 2 - Frequência de todos os participantes e de cada grupo nos níveis das escalas de depressão

Inventário de Depressão de Beck					
Grupos	Geral n = 172(%)	A+ n = 53 (%)	A- n = 38 (%)	NA+ n = 44 (%)	NA- n = 37 (%)
Nível mínimo = 0 a 11	102 (59,3%)	34 (64,2%)	21 (55,3%)	22 (50%)	25 (67,6%)
Nível médio = 12 a 19	33 (19,2%)	9 (17%)	7 (18,4%)	13 (29,5%)	4 (10,8%)
Nível moderado = 20 a 35	35 (20,3%)	9 (17%)	10 (26,3%)	9 (20,5%)	7 (18,9%)
Nível grave = 36 a 63	2 (1,2%)	1 (1,9%)	0	0	1 (2,7%)

Fonte: a autora

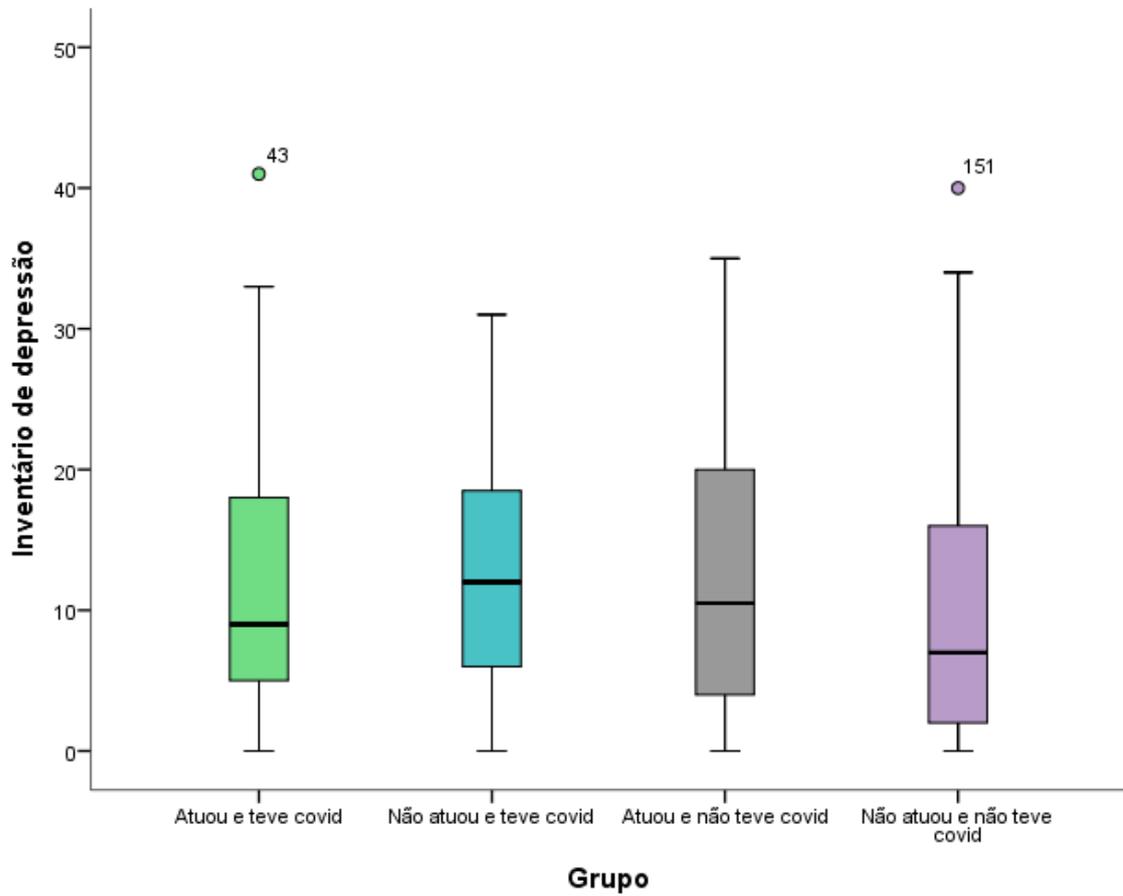
Tabela 3 - Frequência de todos os participantes e de cada grupo nos níveis das escalas de ansiedade

Inventário de Ansiedade de Beck					
Grupos	Geral n = 172 (%)	A+ n = 53 (%)	A- n = 38 (%)	NA+ n = 44 (%)	NA- n = 37 (%)
Grau de ansiedade normal = 0 a 9	83 (48,3%)	27 (50,9%)	16 (42,1%)	19 (43,2%)	21 (56,8%)
Grau leve a moderado de ansiedade = 10 a 18	46 (26,7%)	15 (28,3%)	11 (28,9%)	15 (34,1%)	5 (13,5%)
Grau moderado a severo de ansiedade = 19 a 29	27 (15,7%)	9 (17%)	9 (23,7%)	3 (6,8%)	6 (16,2%)
Grau severo de ansiedade = 30 a 63	16 (9,3%)	2 (3,8%)	2 (5,3%)	7 (15,9%)	5 (13,5%)

Fonte: a autora

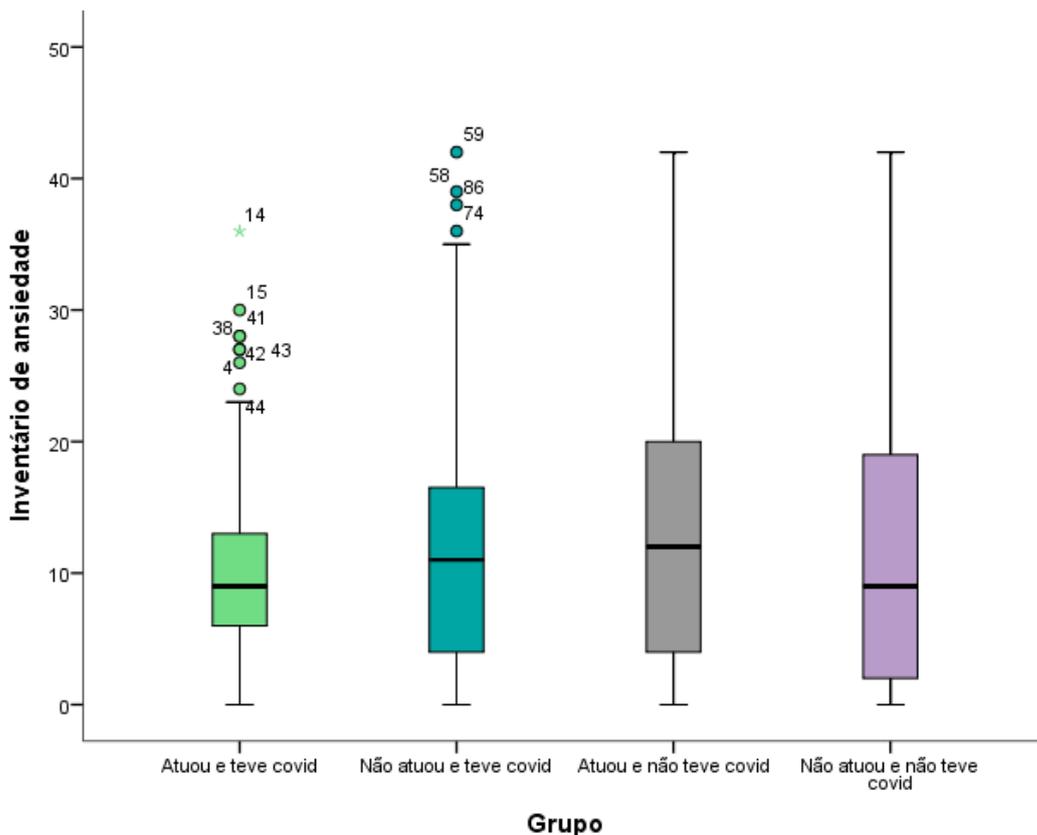
Para verificar a existência de diferença entre os grupos, foram realizadas comparações utilizando o teste de Kruskal-Wallis. Os resultados revelaram que os quatro grupos são semelhantes no escore dos inventários de depressão [$X^2 = 1,912$, $p = 0,590$] e ansiedade [$X^2 = 1,873$, $p = 0,616$]. Considerando o resultado dos testes, não é possível assumir que os grupos possuem diferenças entre si. Este fato também fica evidente nas Figuras 1 e 2, pois nelas é possível perceber que as medianas de todos os grupos estão próximas em ambos os inventários.

Figura 1 - Distribuição de cada grupo na pontuação do inventário de depressão. Cada caixa representa um grupo de participantes diferentes, a mediana dos grupos está próxima, possível razão de não ter sido encontrada diferença significativa entre os grupos no inventário de depressão



Fonte: a autora

Figura 2 - Distribuição de cada grupo no inventário de ansiedade. Cada caixa representa um grupo de participantes diferentes, a mediana dos grupos está próxima, possível razão de não ter sido encontrada diferença significativa entre os grupos no inventário de ansiedade. Os círculos acima da linha do boxplot são outliers, dados que se distanciam da tendência geral da amostra



Fonte: a autora

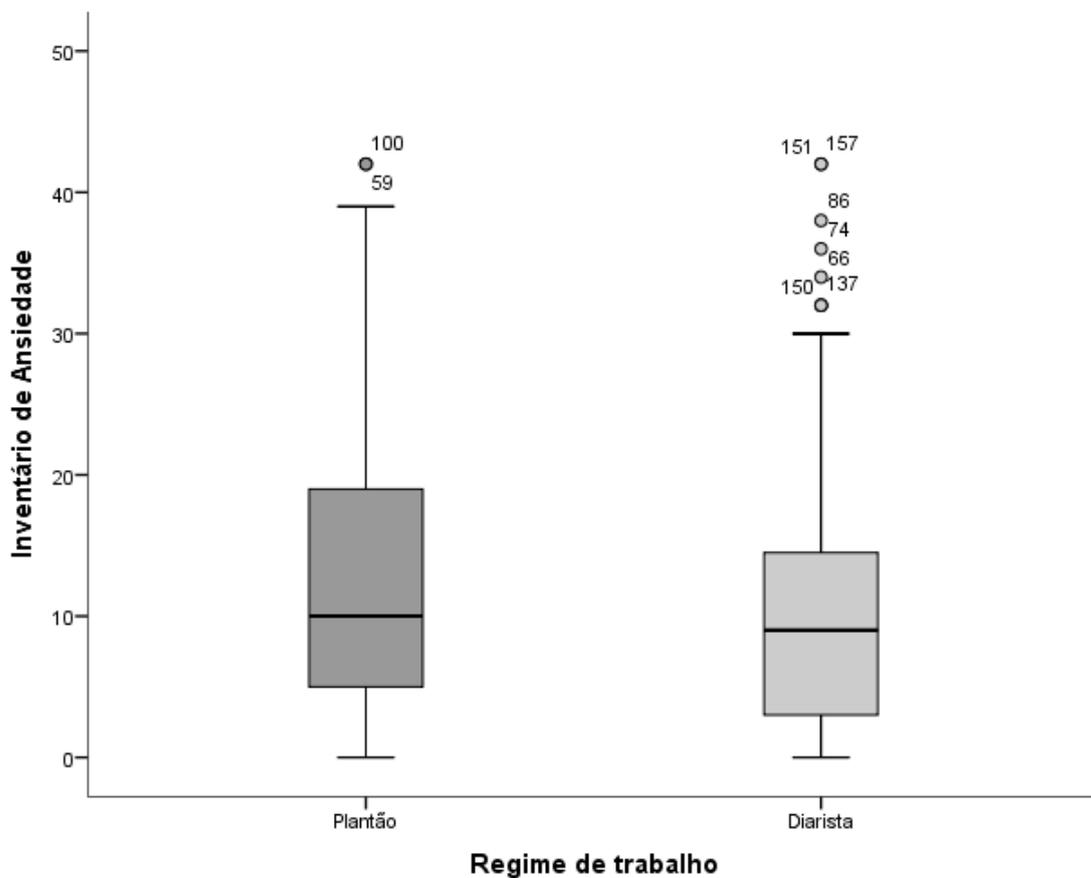
Nossas análises revelaram que os profissionais de saúde que atuaram na linha de frente durante a pandemia, tendo ou não sido contaminados, apresentaram escores semelhantes nos inventários de depressão e ansiedade àqueles que não atuaram. No entanto, observou-se que alguns deles apresentavam níveis de depressão (21,5%) e ansiedade (25%) considerados moderados a grave. Em função disso, novas análises foram realizadas de forma a investigar se outras variáveis associadas ao trabalho poderiam estar associadas a estes níveis.

Profissionais que trabalhavam em plantão e diarista tiveram escores semelhantes de ansiedade [$U = 2898$, $p = 0,067$, ver figura 3] e depressão [$U = 3074$, $p = 0,202$, ver figura 4]. Também tiveram níveis semelhantes de ansiedade [$U = 2618$, $p = 0,332$, ver figura 5] e

depressão [$U = 2580$, $p = 0,271$, ver figura 6] os participantes com formação técnica e superior.

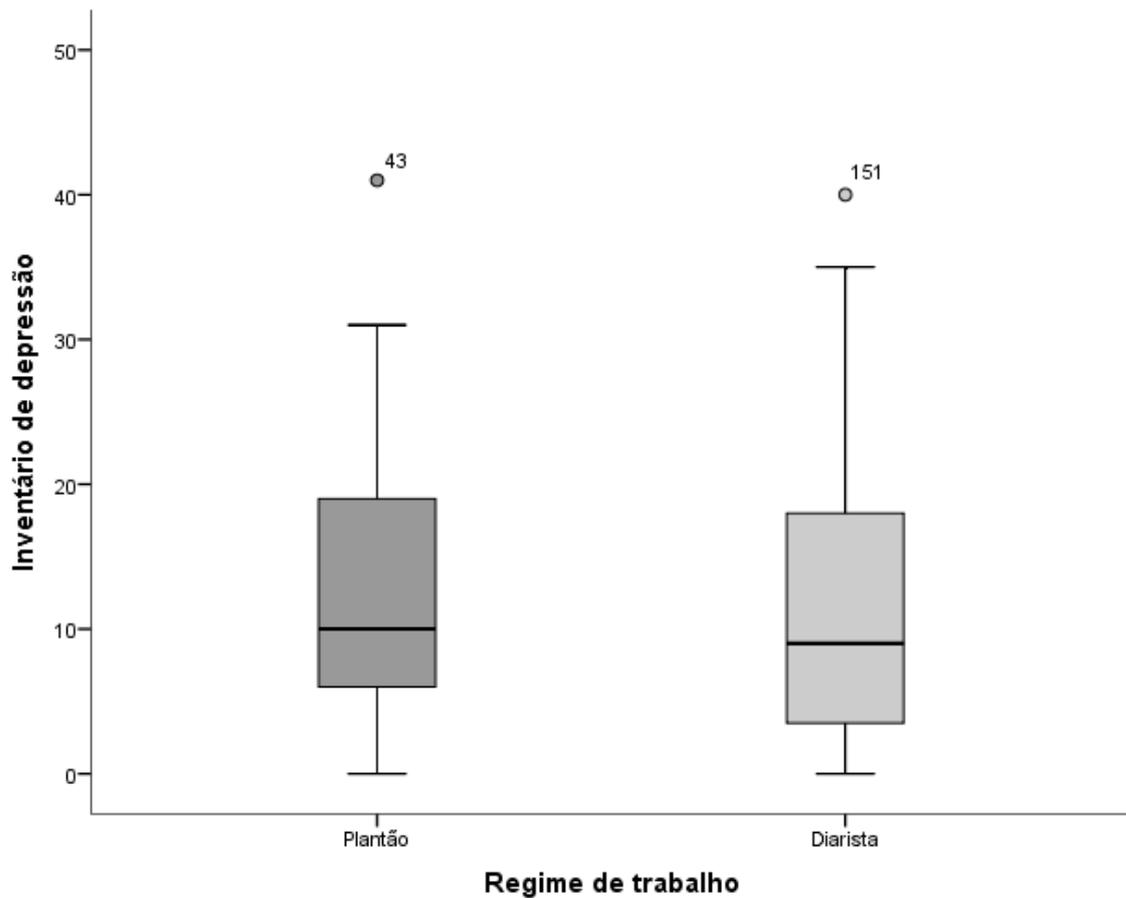
Outrossim, os grupos que recebiam 1 a 3 salários-mínimos, 3 a 6 salários-mínimos, 6 a 8 salários-mínimos e mais de oito salários-mínimos também apresentaram níveis similares de ansiedade e depressão. Não foram feitas análises comparativas acerca destas variáveis, salvo a descrição das características demográficas dos participantes.

Figura 3 - Distribuição de cada grupo no inventário de ansiedade. Cada caixa representa um grupo de participantes diferentes, a mediana dos grupos está próxima, possível razão de não ter sido encontrada diferença significativa entre os grupos no inventário de ansiedade. Os círculos acima da linha do boxplot são outliers, dados que se distanciam da tendência



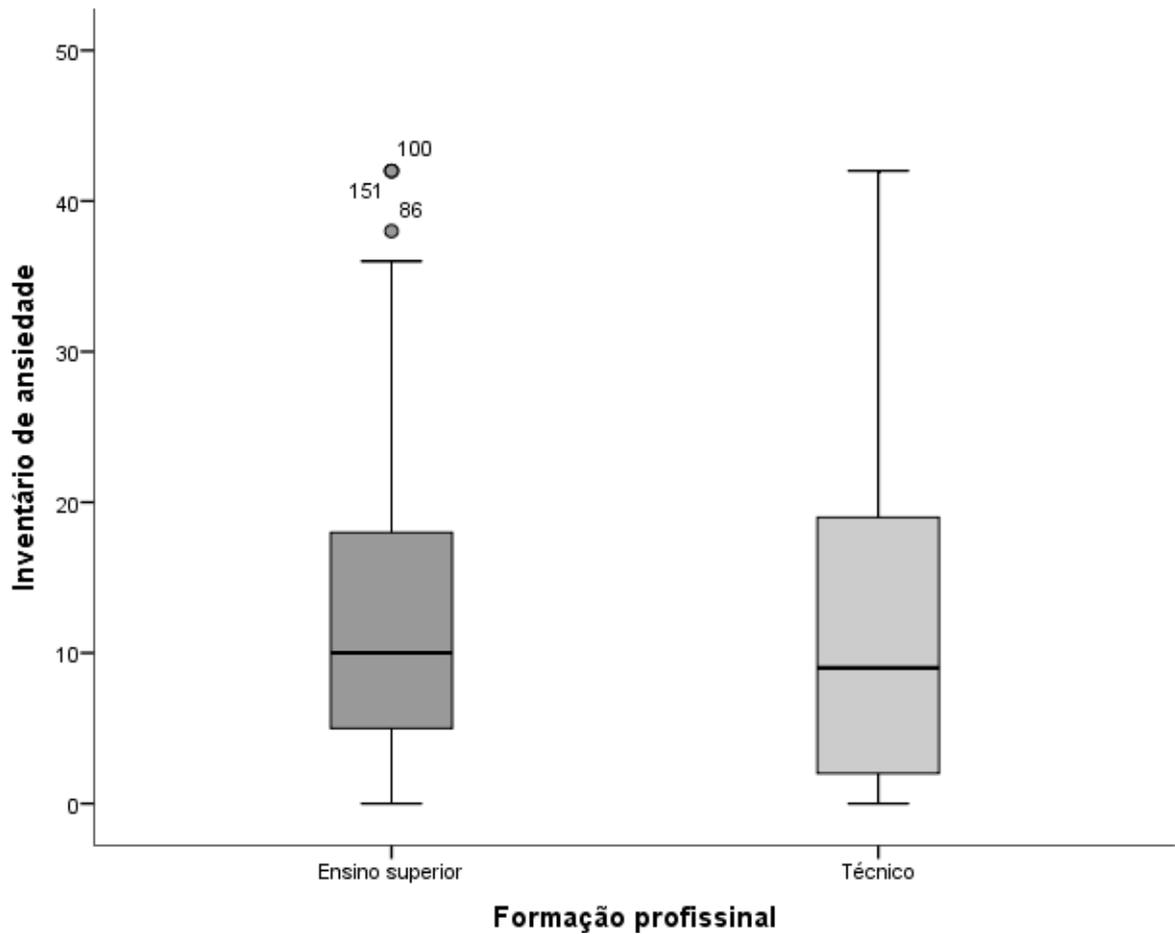
Fonte: a autora

Figura 4 - Distribuição de cada grupo no inventário de depressão. Cada caixa representa um grupo de participantes diferentes, a mediana dos grupos está próxima, possível razão de não ter sido encontrada diferença significativa entre os grupos no inventário de depressão. Os círculos acima da linha do boxplot são outliers, dados que se distanciam da tendência geral da amostra



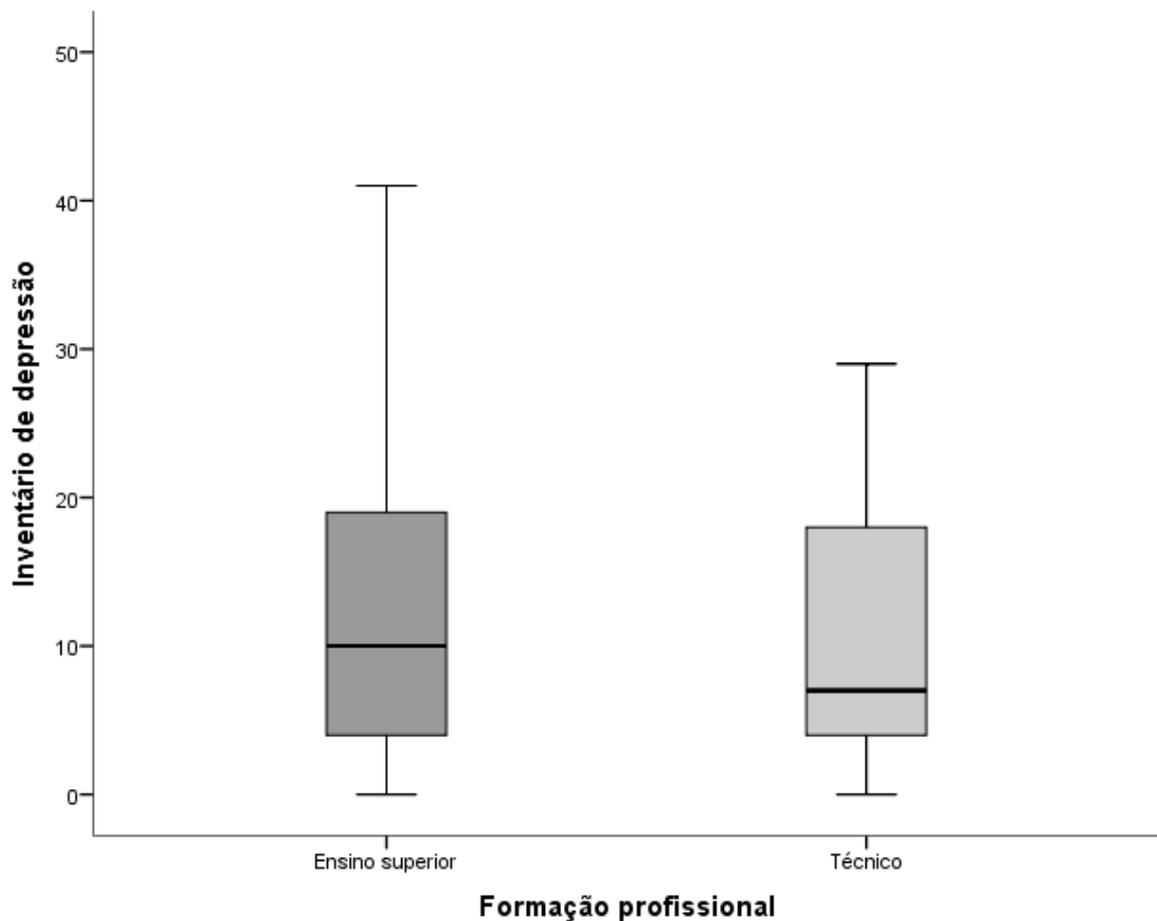
Fonte: a autora

Figura 5 - Distribuição de cada grupo no inventário de ansiedade. Cada caixa representa um grupo de participantes diferentes, a mediana dos grupos está próxima, possível razão de não ter sido encontrada diferença significativa entre os grupos no inventário de ansiedade. Os círculos acima da linha do boxplot são outliers, dados que se distanciam da tendência geral da amostra



Fonte: a autora

Figura 6 - Distribuição de cada grupo no inventário de depressão. Cada caixa representa um grupo de participantes diferentes, a mediana dos grupos está próxima, possível razão de não ter sido encontrada diferença significativa entre os grupos no inventário de depressão. Os círculos acima da linha do boxplot são outliers, dados que se distanciam da tendência geral da amostra



Fonte: a autora

Além disso, para investigar a relação entre as variáveis coletadas, foi realizado o teste de correlação de Spearman, que apontou uma correlação significativa ($p < 0,001$), positiva e forte ($\rho = 0,799$) entre as escalas de depressão e ansiedade, indicando que há uma forte relação entre os escores dos dois inventários. No que diz respeito às demais variáveis, não foram encontradas correlações significativas ($p > 0,05$) ao avaliar a relação entre o tempo de serviço, as horas semanais de trabalho, a idade e o escore do inventário de depressão ou do inventário de ansiedade. Assim, conclui-se que o escore dos inventários não tem relação com o tempo de serviço, quantidade de horas semanais trabalhadas ou a idade.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo investigou impactos da pandemia de COVID-19 na saúde mental de profissionais de saúde que atuaram na linha de frente dela. Foram analisados aspectos referentes aos dados sociodemográficos, níveis de depressão e ansiedade de 172 participantes. No que diz respeito aos níveis de depressão e ansiedade na população estudada, foi identificado que a maioria dos participantes possuía o menor nível de depressão e ansiedade.

Ainda neste estudo, níveis moderados e severos de depressão e ansiedade também estiveram presentes entre os participantes, com percentuais de 21,5% (37) e 25% (43), respectivamente. Coadunando com tais achados, estudo anterior (DAGNEL et al., 2021) sugere que é comum que durante as crises epidemiológicas, como a da COVID-19, os profissionais da saúde se dediquem totalmente aos cuidados preventivos e tratamento das doenças, abandonando, assim, os cuidados dispensados à sua saúde mental, sofrendo as consequências psicológicas oriundas das pandemias. Logo, é esperado que experimentem um aumento da carga de doenças mentais, bem como prejuízos nos mecanismos de enfrentamento destas doenças.

Os percentuais de depressão e ansiedade deste estudo se assemelham aos de outras pesquisas realizadas ao redor do mundo, pois, o impacto psicológico nos profissionais de saúde já é explorado em epidemias virais anteriores, ganhando destaque na pandemia da COVID-19. O estudo de Sahebi e colaboradores (2021) afirma que, durante a pandemia de COVID-19, a prevalência de depressão e ansiedade entre os profissionais de saúde foi de 24,83%, e 24,94% respectivamente. Em metanálise, estudos apontaram que os índices de ansiedade (independente do grau de severidade) entre profissionais de saúde, durante a pandemia, estavam em torno de 26%, enquanto que os de depressão estavam em torno de 25%. Outros achados demonstraram que a prevalência de depressão e ansiedade foi 24% e 21% respectivamente (LIU et al., 2021).

As análises deste estudo ainda revelaram que, independentemente de terem sido ou não contaminados, os profissionais que atuaram na linha de frente durante a pandemia apresentaram pontuações semelhantes nos inventários de depressão e ansiedade, quando comparados àqueles que não atuaram. Corroborando tais achados, pesquisa mostra que, em se tratando da COVID-19, indivíduos no geral - e não apenas aqueles que foram contaminados ou que atuaram no cenário da COVID-19 - apresentam respostas desfavoráveis ao estresse e ao medo de contrair o vírus, fato que pode justificar os níveis de ansiedade e depressão semelhantes nos grupos que já foram contaminados ou não. Entretanto, não é imperativo que

os profissionais que enfrentam situações de crise desenvolvam sintomas ansiosos e depressivos, pois muitos deles podem encontrar na resiliência uma estratégia de enfrentamento e um fator de proteção (LUCENÑO-MORENO et al., 2020). De tal modo, a oferta adequada de EPIs e o relacionamento interpessoal no trabalho também podem ser fatores protetores aos profissionais de saúde expostos à COVID-19 com risco de adoecimento mental.

Acerca das características da população investigada neste estudo, a categoria profissional predominante foi a de enfermeiros (37,8%), maior força de trabalho nos serviços de saúde, representando uma categoria marcada pelo aumento do número de casos e óbitos por COVID-19 durante a pandemia (VENTURA-SILVA et al., 2020).

O protagonismo da participação de enfermeiros neste estudo justifica-se pela maior atuação desses profissionais na linha de frente durante a pandemia, já que realizavam o primeiro contato através da triagem dos usuários suspeitos de contaminação pela COVID-19 e coordenavam equipes que atuavam na linha de frente. Garcia e colaboradores (2022) afirmaram que, na pandemia, os principais profissionais de saúde da linha de frente de combate ao vírus eram os profissionais de enfermagem, ao tempo em que Lai e colaboradores (2020) relataram que a categoria de enfermeiros era predominante durante a pandemia, representando 60,8%, enquanto a de médicos era de 39,2%. Em estudos semelhantes observou-se que a maioria dos participantes eram enfermeiros (81,6%), seguidos por médicos (18,4%) (KANG et al. 2020).

Considerando a marcante presença dos profissionais de enfermagem, pondera-se que o desgaste emocional enfrentado pelos enfermeiros foi exacerbado, tornando-os vulneráveis ao esgotamento emocional, estresse, transtornos depressivos e ansiosos, aspectos que comprometem a qualidade de vida destes profissionais (SHARMA et al., 2021). Em estudo realizado por Liu et al. (2021), com profissionais que trabalhavam na província de Jiangxi na pandemia, os enfermeiros foram os mais predominantes, com 59,4%, além de também representarem as maiores proporções de sintomas de ansiedade e depressão autorrelatados.

Neste estudo, não foram encontradas diferenças entre os grupos após as comparações estatísticas. Os quatro grupos de profissionais possuíam escores semelhantes nos inventários de depressão e ansiedade. Assim, não foi possível assumir que os grupos possuem diferenças entre si, pois, profissionais atuantes na linha de frente durante a pandemia e que foram contaminados pela COVID-19 poderiam apresentar o mesmo nível de ansiedade e/ou depressão de profissionais que não atuaram e não foram contaminados.

Considerando o supracitado, os resultados deste estudo permitem inferir que apenas a exposição à COVID-19 através da contaminação ou do trabalho não são fatores preditores para o surgimento dos transtornos ansiosos e depressivos, podendo haver outros fatores que contribuem para o seu agravamento. Neste sentido, estudos semelhantes sugerem que a pandemia foi apenas um fator desencadeante para o surgimento de sintomas de depressão e ansiedade de intensidade moderada a grave em profissionais de saúde, demonstrando que as doenças mentais são prevalentes entre os sujeitos da pesquisa mesmo antes da pandemia por COVID-19 (ALI et al, 2020).

Do mesmo modo, a pesquisa de Depolli et al. (2021) demonstrou que a pandemia não foi fator predominante para o desenvolvimento de doenças emocionais, apenas as desencadearam, aumentando a atenção a respeito da temática. O estudo de Sampaio, Oliveira e Pires (2020), evidenciou que, durante a pandemia, prevaleceu menor concentração nos níveis de ansiedade e depressão em profissionais de saúde, com uma amostra de 200 participantes avaliados por meio dos mesmos instrumentos, com classificação de ansiedade leve (23%), moderada (8%) e grave (3%). O percentual restante dos participantes apresentou pontuação correspondente ao grau mínimo de ansiedade; quanto à depressão 23% apresentaram nível leve e 7,5%, moderado. Não se constatou nenhum caso grave de depressão.

De forma similar, Mello et al. (2022) reiteram que não se pode atribuir o aumento dos níveis de depressão e de ansiedade à pandemia, mas que esta veio como alerta para um olhar mais cuidadoso para com os profissionais de saúde. Contudo, não exime a responsabilidade dos altos níveis de estresse em decorrência da pandemia, mas define como um processo de reavaliação dos cuidados desses profissionais. Esse resultado corrobora com a discussão de Pereira et al. (2020) que afirmam a pré-existência de sintomas de ansiedade e de depressão nos profissionais da linha de frente e que a pandemia desencadeou o adoecimento dos participantes.

Teo e colaboradores (2021) também encontraram variações na quantidade de profissionais afetados pela ansiedade produzida pela pandemia. Os profissionais que apresentavam algum nível de ansiedade antes da pandemia não experimentaram um aumento no transtorno após as estratégias de bloqueio da pandemia, ao contrário dos níveis de estresse, que aumentaram. Apesar de serem exacerbadas pela COVID-19, as manifestações de ansiedade e depressão também podem referir-se às projeções do passado, presente e futuro, como reconhece a teoria da orientação temporal, onde muitos fatores podem causar maior

suscetibilidade cerebral a agentes estressores na infância, adolescência e na idade adulta. (GARCIA et al., 2022).

Quanto à associação entre os níveis de depressão e ansiedade e as variáveis regime de trabalho, formação e renda, foi constatado que profissionais com diferentes turnos de trabalho (diarista e plantonista), com formações diferentes (técnica e superior) e com rendas diferentes (um a três salários-mínimos a mais de oito salários-mínimos), apresentaram escores semelhantes. Contrapondo os resultados deste estudo, em outra pesquisa foi constatado que profissionais de saúde que representavam categorias inferiores em hierarquias, apresentaram mais sintomas de estresse pós-traumático, enquanto que profissionais que atuavam em jornadas de trabalho mais longas, trabalhando mais horas por semana, apresentavam mais sintomas depressivos (LUCENÑO-MORENO et al., 2020).

O fato de não haver investigação da variável sexo pode ter interferido na relação ansiedade/depressão e regime de trabalho, uma vez que, além das mulheres representarem maior número entre profissionais de saúde, também apresentam mais sintomas ansiosos e/ou depressivos por experimentarem a sobrecarga de horas de trabalho fora de casa e dentro de casa. A quantidade de vínculos empregatícios também foi outra variável não explorada, que pode justificar os níveis de ansiedade e depressão semelhantes. Logo, considera-se como importante o respeito às horas de descanso desses profissionais.

Em se tratando das variáveis horas semanais de trabalho, tempo de serviço e idade, não houve associação significativa entre os escores dos inventários de ansiedade e depressão utilizados neste estudo. Em concordância com tais achados, em estudo prévio, o efeito da idade sobre os níveis de ansiedade e depressão não foi conclusivo, porém, o gênero e a categoria profissional estiveram associados a maior prevalência de sintomas psíquicos, destacando-se as mulheres e enfermeiros e/ou equipe de enfermagem como os que mais sofreram com ansiedade e depressão (DANET, 2021). Esta é uma variável constante em outros estudos. A pesquisa que investigou a prevalência de ansiedade e depressão em profissionais de saúde de quatro hospitais terciários em Cingapura demonstrou que 81% da amostra foi composta por mulheres e 60% enfermeiras (TEO et al., 2021).

Vale salientar que há fortes evidências de que a idade e o gênero têm representação significativa nos índices de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático, porém tais variáveis não foram investigadas nesse estudo, trazendo perspectivas para associações futuras. Ademais, outros fatores podem estar associados com os níveis de ansiedade e depressão, sendo estes: trabalhar em turno fixo no período vespertino e noturno, jornadas exaustivas de

trabalho, local de trabalho de alto risco, falta de experiência clínica e histórico de distúrbios psicológicos (LUCENÑO-MORENO et al., 2020; SAHEBI et al., 2021).

No que diz respeito às correlações entre jornada de trabalho e os escores dos inventários, há contraposições na literatura correlata, pois os fatores relacionados às condições de trabalho às quais os profissionais são submetidos, como os horários irregulares e as longas jornadas, têm contribuído para o surgimento de sintomas psicológicos (SILVA, NETO, 2021). Ademais, estudo realizado na Bélgica com enfermeiros e médicos, constatou que ser enfermeiro, ser jovem, permanecer isolado e ter tido aumento na carga horária semanal elevaram o risco para piores desfechos em saúde mental, como a ansiedade e síndrome de burnout (GARCIA et al., 2022). No entanto, no presente estudo, não foi possível observar correlação significativa entre os escores dos inventários de ansiedade e depressão e a variável horas semanais trabalhadas. O fato da maioria dos participantes serem diaristas (62,2%) e, portanto, cumprirem apenas oito horas de trabalho por dia, pode ter influenciado tal resultado, assim como o fato de não precisar trabalhar durante a noite e madrugada.

Apesar de ser comprovada a correlação significativa, positiva e forte entre as escalas de depressão e ansiedade utilizadas neste estudo, os achados de Schmidt et al. (2020) são diferentes, pois demonstraram não haver relação entre as escalas de ansiedade e depressão em profissionais de saúde, evidenciando ainda diferença estatística significativa para o evento de ansiedade em relação ao vínculo empregatício e o tempo de serviço. De forma semelhante, para Evanoff et al. (2020), o tempo de serviço, as horas semanais trabalhadas, o escore de depressão, o escore de ansiedade e a idade são fatores independentes dos impactos do novo coronavírus.

Em contrapartida, há estudos que afirmam correlações muito próximas entre os instrumentos que avaliam sintomas de ansiedade e depressão, independentemente dos instrumentos utilizados (BAPTISTA, CARNEIRO, 2011). Em relação ao inventário de ansiedade de Beck, os achados de Baptista e Carneiro (2011) sugeriram que há evidências de validade deste instrumento relacionado à utilização de outras escalas para a depressão, a exemplo da Escala de Depressão (EDEP). A correlação entre as duas supracitadas foi considerada como moderada positiva, pois quanto maior a ansiedade dos participantes envolvidos, maiores seriam os sintomas depressivos.

Quanto ao inventário de depressão de Beck utilizado neste estudo, este foi utilizado com o intuito de rastrear e avaliar o índice de humor depressivo de cada participante, bem como o seu desenvolvimento. Argimon et al. (2016) afirma que esta ferramenta se demonstra

adequada para a sinalização de sintomas depressivos na população, principalmente nos idosos, sendo uma ferramenta importante para fins diagnósticos e planejamento de intervenções. O desempenho da escala de sintoma depressivo de Beck foi correlacionado junto à escala de rastreamento populacional para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), afirmando-se que as duas ferramentas são capazes de identificar a diminuição da sintomatologia depressiva na população estudada (MALUF, 2002).

Há estudos que objetivam identificar a confiabilidade e a validade de instrumentos psicométricos que avaliem a ocorrência de depressão e/ou ansiedade em profissionais de saúde ou para seu uso clínico em saúde mental, como é o caso da pesquisa de Anunciação, Caregnato e Silva (2019), que apresentou evidências psicométricas do inventário de depressão de Beck e de uma versão deste instrumento especialmente desenvolvida para aplicação em profissionais em Atenção Primária (AP). Justifica-se, portanto, a utilização de tais instrumentos para a mensuração dos níveis de depressão e ansiedade em profissionais de saúde, pois quando testados em profissionais da AP, demonstraram-se seguros para a identificação de determinadas variáveis psicológicas em uma população que diariamente lida com fatores estressores, sem enviesar seus resultados.

De acordo com Anunciação, Caregnato e Silva (2019), o inventário de depressão de Beck é uma das ferramentas mais utilizadas para a avaliação da sua gravidade e intensidade, pois, por ser padronizado, permite acessar sintomas típicos da depressão, além de unir brevidade na aplicação e utilidade nos resultados a serem alcançados. Assim, sendo o inventário suficientemente unidimensional, ele pode acessar uma dimensão geral da depressão, contribuindo para a área da avaliação psicológica em profissionais de saúde como um todo, incluindo àqueles que atuam ou não na linha de frente, como é o caso dos participantes desta pesquisa.

Acerca da formação dos profissionais de saúde, os escores daqueles com formação superior ou técnica foram semelhantes nos inventários de ansiedade e depressão, não havendo diferença entre os grupos, e com mediana muito próxima entre os mesmos. No sentido oposto deste achado, em estudo realizado por Griep et al. (2022), com 2.996 participantes que atuavam em unidades de saúde, foi constatado que técnicos, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e outros profissionais de saúde de nível superior formavam os grupos mais frequentes da amostra. Desses, mais de 60% possuíam carga horária semanal de até 40 horas antes ou durante a pandemia, e mais de 80% referiram problemas com insônia durante a pandemia, passando a utilizar medicamentos para auxílio do sono ou aumentando a dose

daqueles que já utilizavam anteriormente. No mesmo estudo foi apontada diferença estatisticamente significativa quanto à escolaridade e a idade dos participantes no que se refere às alterações do sono, sendo que a maioria possuía ensino superior e ocupava a faixa dos 40 aos 42 anos (GRIEP et al., 2022).

Entretanto, ratificando os resultados do presente estudo, em outra pesquisa realizada com profissionais da saúde, as profissões mais frequentes foram técnicos ou auxiliares de enfermagem (27,9%), enfermeiros (23,1%), médicos (7,4%) e outros profissionais de saúde de nível superior (23,1%), e nestes, os sintomas de depressão severa e moderada foram percebidos em 18,5% e 17,1% dos participantes, enquanto que ansiedade severa e moderada foi percebida em 29,6% e 17,9% dos participantes, sem distinção entre as suas formações acadêmicas e profissionais (SILVA-COSTA et al., 2022).

A ocupação profissional também pode ser citada como um preditor dos transtornos ansiosos e depressivos, como afirma estudo de Teo e colaboradores (2021), no qual enfermeiros relataram maiores níveis de estresse psicológico quando comparados a médicos. Para além do contato frequente com a COVID-19, a escassez de recursos pessoais, como EPIs, o aumento dos plantões noturnos e o aumento da carga horária do trabalho estavam fortemente associados ao esgotamento emocional entre profissionais de saúde, variáveis que não foram investigadas neste estudo e podem ser melhor abordadas em pesquisas futuras.

No presente estudo, a variável regime de trabalho não alterou os níveis de ansiedade e depressão entre os grupos estudados, mantendo-se semelhantes entre profissionais plantonistas e diaristas. Entretanto, é sabido que a rotina dos profissionais de saúde é desgastante, considerando a carga horária excessiva, os turnos de plantões, a vivência em ambientes com carga de sofrimento, constante comunicação de más notícias, e, na pandemia da COVID-19, o mais agravante: o risco de contaminação (MACHADO, ROSSO, 2020). Assim, é notório que as condições de trabalho de milhares de pessoas foram afetadas pela pandemia da COVID-19. Além do aumento do desemprego, para aqueles que continuaram trabalhando, houve precarização e uma intensa flexibilização das relações laborais, fato que afetou sumariamente a saúde mental destes indivíduos (LOPES, 2020).

Todos estes fatores coadunam para tornar a rotina de trabalho do profissional de saúde ainda mais exaustiva, afetando diretamente a qualidade de vida do trabalhador (MACHADO, ROSSO, 2020). Em estudo anterior foi constatado que durante a pandemia, os profissionais de saúde sentiram-se mais tensos, sobrecarregados e estressados por conta das condições de trabalho (FERNANDEZ et al., 2021). Em pesquisa realizada por Silva-Costa e colaboradores

(2022), observaram-se níveis crescentes de depressão (leve para severa), ansiedade e estresse em participantes que trabalhavam mais de 40 horas por semana durante a pandemia. Ademais, o estudo de Silva e colaboradores (2022), afirma que os profissionais de saúde da linha frente de combate à COVID-19 pertencem ao grupo de risco para suicídio durante a pandemia, fato atrelado às intensas e desgastantes jornadas de trabalho.

A renda dos participantes do presente estudo foi outra variável que não esteve associada ao adoecimento mental no presente estudo. Entretanto, o estudo de Silva e colaboradores (2022) demonstra que a remuneração, apesar de não ser o primeiro fator a ser considerado, contribuiu para o adoecimento mental durante a pandemia da COVID-19. A renda (baixos salários), quando associada à insalubridade dos ambientes de trabalho, às jornadas de trabalho que excedem a carga horária suportável, ao acúmulo de funções e à falta de equipamento de proteção individual, contribui notoriamente para mudança no perfil epidemiológico do adoecimento dos profissionais de saúde. Neste contexto, as funções desempenhadas no ambiente de trabalho e a renda dos profissionais podem determinar as formas com que estes respondem à precarização das condições de trabalho durante a pandemia (LOPES, 2020).

Uma importante limitação do presente estudo diz respeito ao sexo, uma vez que o instrumento de coleta de dados não apresentava esta variável, o que inviabilizou a sua associação com as demais variáveis. Estudos apontam que em grupos com altas taxas de ansiedade e depressão, as mulheres se destacam quando comparadas aos homens, apresentando escores significativamente mais altos (FERNÁNDEZ-ARANA et al., 2022).

Neste contexto, salienta-se a importância de incluir a perspectiva de gênero nas atuais discussões do impacto psicológico da COVID-19, uma vez que há maior risco de desenvolvimento de transtornos mentais entre mulheres, não só na pandemia; além de ser elevado o grau de feminização do setor de saúde no mundo ocidental. Assim, o planejamento de medidas de apoio e o desenho de intervenções voltadas para esse público devem ser priorizados (DANET, 2021).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando avaliados através dos Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck, a maioria dos participantes ocupou o menor nível para ambas as doenças. Porém, foram identificados participantes com níveis moderados ou graves de depressão, representados por 21,5% da população do estudo, e com níveis moderados ou severos de ansiedade, representados por 25% dos participantes do estudo. Os quatro grupos estudados (A+, A-, NA+ e NA-) demonstraram-se semelhantes nas pontuações dos escores dos inventários de depressão e ansiedade.

Assim, constatou-se que os profissionais de saúde atuantes na linha de frente durante a pandemia por COVID-19, que foram ou não contaminados, possuíam escores semelhantes nos inventários de depressão e ansiedade quando comparados àqueles que não atuaram na linha de frente. Ademais, foi identificada forte relação entre os escores dos dois inventários, uma vez que houve correlação significativa, positiva e forte entre as duas escalas. Não houve correlações significativas entre as variáveis tempo de serviço, horas semanais de trabalho, idade e os escores dos inventários de depressão ou ansiedade.

Reitera-se que estudos futuros devem investigar a relação entre variáveis sociodemográficas e os níveis de ansiedade e depressão presentes em profissionais de saúde, discorrendo também sobre as questões de gênero. O presente estudo colabora para demonstrar a necessidade de investimento em ferramentas de cuidado à saúde mental dos profissionais de saúde da sociedade, tendo em vista que estes trabalhadores estão em vulnerabilidade quando se considera as perigosas linhas de frente em resposta a variados surtos e doenças. Estudos futuros são necessários para investigar quais fatores contribuem para que parcela considerável de profissionais de saúde (25%) tenham questões de ansiedade e depressão. Portanto, além de oferecer intervenções viáveis e flexíveis, os empregadores devem comprometer-se a acompanhar a saúde mental dos profissionais que atuaram no combate à COVID-19, mesmo após o término da pandemia.

REFERÊNCIAS

ALI, S.; MAGUIRE, S.; MARKS, E.; DOYLE, M.; SHEEHY, C. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers at acute hospital settings in the South-East of Ireland: an observational cohort multicentre study. **Bmj Open**, v. 10, n. 12, p. e042930, 2020. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/12/e042930.full.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2022.

ANUNCIACÃO, L.; CAREGNATO, M.; SILVA, F.S.C. Aspectos psicométricos do Inventário Beck de Depressão-II e do Beck Atenção Primária em usuários do Facebook. **J. bras. psiquiatr.**, v. 68, n. 2, p.1-9, Abr-Jun 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000231>. Acesso em: 30 abr. 2023.

ARGIMON, I.I.L.; PALOSKI, L.H.; FARINA, M.; IRIGARAY, T.Q. Aplicabilidade do Inventário de Depressão de Beck-II em idosos: uma revisão sistemática. **Aval. psicol.**, v.15, ago. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712016000300003. Acesso em: 07 abr. 2023.

ARGIMON, I. I. L.; TERROSO, L. B.; BARBOSA, A.S.; LOPES, R. M. F. Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, v. 33, n. 85, p. 354-372, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2013000200010&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 11 jul. 2022.

BAPTISTA, M.N.; CARNEIRO, A.M. Validade da escala de depressão: relação com ansiedade e stress laboral. **Estudos de Psicologia Campinas**, v.28, n.3, p.345-352, julho - setembro 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000300006>. Acesso em: 07 abr. 2023.

BARROS, B. A. et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, e2020427, 2020. DOI: 10.1590/s1679-9742020000400018. » <https://doi.org/10.1590/s1679-9742020000400018>.

BARROSO, B. I.L.; SOUZA, M. B. C. A.; BREGALDA, M. M.; LANCMAN, S.; COSTA, V. B. B. Saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, João Pessoa, v. 28, n. 3, p. 1093-1102, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2091>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BARROSO, S.M.; OLIVEIRA, N.R.; ANDRADE, V.S. Solidão e Depressão: Relações com Características Pessoais e Hábitos de Vida em Universitários. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v.35, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e35427>. Acesso em: 28 dez. 2022.

BONI, R. B.; BALANZÁ-MARTÍNEZ, V.; MOTA, J. C.; CARDOSO, T. A.; BALLESTER, P.; ATIENZA-CARBONELL, B.; BASTOS, F. I.; KAPCZINKI, F. Depression, anxiety, and lifestyle among essential workers: a web survey from Brazil and Spain during the COVID-19 pandemic. **JMIR Publications**, v. 22, n. 10, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/22835>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRITO, V.C.A. et al. Prevalência de depressão autor referida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.31, n.1, p. 1-13, 2022. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200006.especial>. Acesso em: 28 dez. 2022.

CASTILLO, A. R. G. L.; RECONDO, R.; ASBAHR, F. R.; MANFRO, G. G. Transtornos de ansiedade. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, n. 2, p. 20-23, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>. Acesso em: 29 jun. 2022.

CAVALCANTE, J.R. et al. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.29, n.4, p. 1-13, 2020. Disponível em: doi: 10.5123/S1679-49742020000400010. Acesso em: 29 dez. 2022.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DA ENFERMAGEM. **Enfermagem em números - Quantitativo de profissionais por regional**. [Internet]. 2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 02 jul. 2022.

COSTA, C.O. et al. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **J. bras. psiquiatr.**, v. 68, n.2, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>. Acesso em: 28 dez. 2022.

COZBY, Paul. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

CRUZ, R.M. et al. COVID-19: emergência e impactos na saúde e no trabalho. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. I-III, 2020. DOI: 10.17652/rpot/2020.2.editorial. » <https://doi.org/10.17652/rpot/2020.2.editorial>

CUJIPERS, P.; QUERO, S.; DOWRICK, C.; ARROLL, B. Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. **Curr Psychiatry Rep**, v.21, n.12, p.129, 2019. Disponível em: doi: 10.1007/s11920-019-1117-x. Acesso em: 29 dez. 2022.

CUNHA, J. A. **Escalas Beck**. São Paulo: Casa Psicólogo, 2001.

DAGNE, H. et al. Anxiety and associated factors among Ethiopian health professionals at early stage of COVID-19 pandemic in Ethiopia. **PLoS ONE**, v.16, n.6, p.1-11, e0252664, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252664>. Acesso em: 14 jan 2023.

DAL'BOSCO, E. B.; FLORIANO, L. S. M.; SKUPIEN, S. V.; ARCARO, G.; MARTINS, A. R.; ANSELMO, A. C. C. Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. e20200434, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0434>. Acesso em: 10 mar. 2021.

DANET, A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. **Med Clin (Barc)**, v. 156, n.9, p. 449-458, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>. Acesso em: 14 jan 2023.

DEL PORTO, J.A. Conceito e diagnóstico. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 21, n.1, p. 1-6, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>. Acesso em: 24 set 2023.

DEPOLLI, G.T. et al. Ansiedade e depressão em atendimento presencial e telessaúde durante a pandemia de Covid-19: um estudo comparativo. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021, e00317149. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00317.

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

DU, J., MAYER, G.; HUMMEL, S.; OETJEN, N.; GRONWOLD, N.; ZAFAR, A.; SCHULTZ, J. H. Mental health burden in different professions during the final stage of the COVID-19 lockdown in China: cross-sectional survey study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 22, n. 12, p. e24240, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/24240>. Acesso em: 29 jun. 2022.

ELAMIN, M. M.; HAMZA, S. B.; ABDALLA, Y. A.; MOHAMMED MUSTAFA, A. A.; ALTAYEB, M. A.; MOHAMMED, M. A.; ALHUSSEINI, R. T.; ABASS, M. F. M. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on health professionals in Sudan 2020. **Sudan Journal of Medical Sciences**, v. 15, n. 2, p. 54-70, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18502/sjms.v15i5.7136>. Acesso em: 21 mar. 2021.

ESTRELA, M.C.A. COVID-19: sequelas fisiopatológicas e psicológicas nos pacientes e na equipe profissional multidisciplinar. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.6, p. 59138-59152, 2021. Disponível em: DOI:10.34117/bjdv7n6-349. Acesso em: 28 dez. 2022.

EVANOFF, B. A.; STRICKLAND, J.R.; DALE, A. M.; HAYIBOR, L.; PAGE, E.; DUNCAN, J. G.; KANNAMPALLIL, T.; GRAY, D. L. Work-related and personal factors associated with mental well-being During the COVID-19 Response: Survey of health care and other workers. **Journal of Medical Internet Research**, v. 22, n. 8, p. e21366, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7470175/>. Acesso em: 21 mar. 2021.

FERNANDES, M.A. et al. Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores. **Rev Bras Enferm**, v.71, n.5, p. 2344-51, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0953>. Acesso em: 28 dez. 2022.

FERNANDEZ, M. et al. Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à COVID-19 no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.30, n.4, e201011, 2021. Disponível em: 10.1590/S0104-12902021201011. Acesso em: 27 jan 2023.

FERNÁNDEZ-ARANA, A. et al. Depression and anxiety symptoms and perceived stress in health professionals in the context of COVID-19: Do adverse childhood experiences have a modulating effect?. **Brain Behav.**, v.12, n.1, e2452, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002%2Fbrb3.2452>. Acesso em: 14 jan 2023.

FIGUEIREDO, B.T. et al. Tempestade de citocinas e desenvolvimento de doenças autoimunes como sequela da COVID-19. **Research, Society and Development**, v.10, n.11, p.1-8, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19385>. Acesso em: 29 dez. 2022.

FROTA, I.J. et al. Transtornos de ansiedade: histórico, aspectos clínicos e classificações atuais. **J. Health Biol Sci.**, v.10, n.1, p.1-8, 2022. Disponível em: doi: 10.12662/2317-3206jhbs.v10i1.3971.p1-8.2022. Acesso em: 28 dez. 2022.

GARCIA, G.P.A. et al. Depression, Anxiety and Stress in Health Professionals in the COVID-19 Context. **Int J Environ Res Public Health.**, v.19, n.7, p.4402, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390%2Fijerph19074402>. Acesso em: 14 jan 2023.

GONÇALVES, A.M.C. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr.**, v.67, n.2, p. 101-9, 2018. Disponível em: DOI: 10.1590/0047-2085000000192. Acesso em: 28 dez. 2022.

GRENDENE, C.S. et al. CORONAVÍRUS (COVID-19): HISTÓRIA, CONHECIMENTO ATUAL E SEQUELAS DE LONGO PRAZO. **Revista Corpus Hippocraticum**, v.1, n.1, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/451>. Acesso em: 28 dez. 2022.

GRIEP, R.H. et al. Percepção de risco de adoecimento por COVID-19 entre trabalhadores de unidades de saúde. **Rev Bras Saude Ocup**, v.47, p. 1-11, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/18721pt2022v47ecov4>. Acesso em: 27 jan 2023.

HUANG, Y.; ZHAO, N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms, and sleep quality during COVID - 19 outbreak in China: a Web - based cross sectional survey. **Psychiatry Research**, v.288, n.0, p.1-6, 2020.

HUMMEL, S. et al. Evaluation of Anxiety, Depression, and Biological Markers in Health Professionals with Burnout Syndrome. **Folia Medica**, v.63, n.1, p.122-8. Disponível em: 10.3897/folmed.63.e55151. Acesso em: 27 dez. 2022.

HUMMEL, S. et al. Mental health among medical professionals during the COVID-19 pandemic in eight european countries: cross-sectional survey study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 23, n. 1, p. e24983, 2021. Disponível em: <https://www.jmir.org/2021/1/e24983/>. Acesso em: 29 mar. 2021.

ISER, B.P.M. et al. Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n.3, p. 1-11, 2020. Disponível em: doi: 10.5123/S1679-49742020000300018. Acesso em: 29 dez. 2022.

KANG, L.; MA, S.; CHEN, M.; YANG, J.; WANG, Y.; LI, R.; YAO, R.; BAI, H.; CAI, Z.; YANG, B. X.; HU, S.; ZHANG, K.; WANG, G.; MA, C.; LIU, Z. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. **Brain, Behavior, and Immunity**, v. 87, p. 11-17, 2020. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120303482>. Acesso em: 23 jun. 2020.

KANG, L. et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. **The Lancet Psychiatry**, China, 2020. Disponível em: 10.1016/S2215-0366(20)30047-X.

KAVOOR, A.R. et al. Remote consultations in the era of COVID-19 pandemic: Preliminary experience in a regional Australian public mental health care setting. **Asian J Psychiatr**, v.51, n.0, p.2-3, 2020.

KHAN, S.; SIDDIQUE, R.; ALI, A.; BAI, Q.; LI, Z.; LI, H.; SHEREEN, M. A.; XUE, M.; NABI, G. The spread of novel coronavirus has created an alarming situation worldwide. **Journal of Infection and Public Health**, v. 13, n. 4, p. 469–471, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.03.005>. Acesso em: 27 jul. 2020.

LACERDA, M. S.; CIRELLI, M. A.; BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J.L. Ansiedade, estresse e depressão de familiares de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03211, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016018903211>. Acesso em: 27 jul. 2020.

LAI, J. et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA Network Open**, v.3, n.3, p. 1-12, 2020.

LAI, J.; MA, S.; WANG, Y.; CAI, Z.; HU, J.; WAI, N.; WU, J.; DU, H.; CHEN, T.; LI, R.; TAN, H.; KANG, L.; YAO, L.; HUANG, M.; WANG, H.; WANG, G.; LIU, Z.; HU, S. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. **JAMA Network Open**, v. 3, n. 3, p. e203976, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229>. Acesso em: 30 jun. 2020.

LELIS, K.C.; BRITO, R.V.; PINHO, S.; PINHO, L. SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E USO DE MEDICAMENTOS EM UNIVERSITÁRIOS. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v.23, p. 09-14, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0267>. Acesso em: 28 dez. 2022.

LIU, Y. et al. Anxiety and depression symptoms of medical staff under COVID-19 epidemic in China. **Journal of Affective Disorders**, v. 278, p. 144-148, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.004>. Acesso em: 14 jan 2023.

LOPES, E.A.B. Vivências de sofrimento e adoecimento em ambiente de trabalho: uma análise do cotidiano profissional de enfermeiras e enfermeiros num contexto pandêmico em dois centros de referência no atendimento a pacientes de COVID-19. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 23, n. 2, p.218-235, 2020. Disponível em: DOI: 10.11606/issn.1981-0490.v23i2p218-235. Acesso em: 27 jan 2023.

LU, W.; WANG, H.; LIN, Y.; LI, L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. **Psychiatry Research**, v. 288, p. 112936,

2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>. Acesso em: 02 jul. 2022.

LUCENÑO-MORENO, L. et al. Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, p. 1-25, 2020. Disponível em: doi:10.3390/ijerph17155514. Acesso em: 14 jan 2023.

MACHADO, B.A.; ROSSO, M.L. **ATUAÇÃO PROFISSIONAL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA NUMA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**. Trabalho de Conclusão de Curso na graduação em Psicologia, como requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo (a) pela Universidade do Sul de Santa Catarina, 2020. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/21588/4/Artigo%20B.pdf>. Acesso em: 27 jan 2023.

MAKINO, M.; KANIE, A.; NAKAJIMA, A.; TAKEBAYASHI, Y. Mental health crisis of Japanese health care workers under COVID-19. **Psychological Trauma: theory, research, practice and policy**, v. 12, n. S1, p. S136–S137, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/tra0000819>. Acesso em: 02 jul. 2022.

MALUF, T.P.G. **Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos**. Tese (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo, p.1-68, 2002. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/318.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2023.

MANGOLINI, V.I.; ANDRADE, L.H.; WANG, Y.P. Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: uma revisão de literatura. **Rev Med (São Paulo)**, v.98, n.6, p. 415-22, 2019. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v98i6p415-422>. Acesso em: 28 dez. 2022.

MARTINS, B.G. et al. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. **J Bras Psiquiatr.**, v.68, n.1, p. 32-41, 2019. Disponível em: DOI: 10.1590/0047-2085000000222. Acesso em: 28 dez. 2022.

MATIAS, B.S.; LIMA, E.S. Os transtornos de ansiedade durante a pandemia no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, e35911730028, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30028>. Acesso em: 27 dez. 2022.

MATTILA, E. et al. COVID-19: anxiety among hospital staff and associated factors. **Annals of medicine**, v. 53, n. 1, p. 237-246, 2021. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07853890.2020.1862905>. Acesso em: 04 nov. 2022.

MELLO, F.A.N. et al. A saúde mental dos profissionais da saúde durante a pandemia da Covid-19: revisão integrativa / Mental health of health professionals during the Covid-19

pandemic: an integrative review. *Brazilian Journal of Development*, v.8, n.1, p. 3757–3778. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-247>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/42705>. Acesso em: 11 jan 2023.

MINAYO, M.S.; MIRANDA, I.; TELHADO, R.S. Revisão sistemática sobre os efeitos dos probióticos na depressão e ansiedade: terapêutica alternativa? *Ciência & Saúde Coletiva*, v.26, n.9, p.4087-4099, 2021. Disponível em: 10.1590/1413-81232021269.21342020. Acesso em: 28 dez. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2020. In: Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. **Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Brasília - DF: Boletim Epidemiológico.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. COVID-19 no Brasil. **Coronavírus, COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso: 22 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). In: Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, **Boletim Epidemiológico** (COE, n. 2). Brasília: Secretária de Vigilância em Saúde, 2020.

MONTE, L.M. et al. Complicações atípicas e características clínico-epidemiológicas do COVID-19: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 46, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3699.20>. Acesso em: 29 dez. 2022.

NEBEHAY, Stephanie. **Who chief hopes coronavirus pandemic will last less than two years**, 2020. Disponível em: <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-who-end-idUKKBN25H294>. Acesso em: 24 Out. 2022.

NECHITA, D.; NECHITA, F.; MOTORGA, R. A review of the influence the anxiety exerts on human life. *Rom J Morphol Embriol.*, v.59, n.4, p.1045–1051, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30845283/>. Acesso em: 27 dez. 2022.

NETTO, R.G.F.; CORRÊA, J.W.N. EPIDEMIOLOGIA DO SURTO DE DOENÇA POR CORONAVÍRUS (COVID-19). *Revista Desafios*, v.7, n.19, p. 1-8, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20873/uftsuple2020-8710>. Acesso em: 29 dez. 2022.

NICOLINI, H. Depression and anxiety during COVID-19 pandemic. *Cir Cir*, v.88, n.5, p. 542-547, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.24875/CIRU.M20000067>. Acesso em: 27 dez. 2022.

ORNELL, F. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, e00063520, 2020a. DOI: 10.1590/0102-311X00063520. » <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063520>

PAPPA, S.; NTELLA, V.; GIANNAKAS, T.; GIANNAKOULIS, V. G.; PAPOUTSI, E.; KATSAOUNOU, P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare

workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Brain, behavior, and immunity**, v. 88, p. 901–907, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>. Acesso em: 02 jul. 2022.

PARK, L.T.; ZARATE, C.A. Depression in the Primary Care Setting. **N Engl J Med**, v.380, n.6, p. 559-568, 2019. Disponível em: doi: 10.1056/NEJMcp1712493. Acesso em: 27 dez. 2022.

PAULA, A. C. R.; CARLETOO, A. G. D.; LOPES, D.; FERREIRA, J. C.; TONINI, N. S.; TRECOSSI, S. P. C. Reações e sentimentos dos profissionais de saúde no cuidado de pacientes hospitalizados com suspeita COVID-19. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, p. e20200160, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200160>. Acesso em: 02. jul. 2022.

PEREIRA, L. S. A evolução da COVID-19 no Brasil: o caso de Corumbá – MS. **Revista Ensaios de Geografia**, v. 5, n. 9, p. 100-105, 2020. Disponível em: https://periodicos.uff.br/ensaios_posgeo/article/view/42608. Acesso em: 02 jun. 2022.

PFEFFERBAUM, B.; NORTH, C. S. Mental health and the COVID-19 pandemic. **New England Journal of Medicine**, England, v. 383, n. 6, p. 510-512, 2020. DOI: 10.1056/nejmp2008017. » <https://doi.org/10.1056/nejmp2008017>

PRADO, A. D.; PEIXOTO, B. C.; SILVA, A. M. B. DA; SCALIA, L. A. M. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 46, p. e4128, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020>. Acesso em: 02 jul. 2022.

ROBINSON, O.J.; PIKE, A.C.; GRILLON, B.C.C. The translational neural circuitry of anxiety. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**. v. 90, p.1353–1360, 2019. Disponível em: doi:10.1136/jnnp-2019-321400. Acesso em: 27 dez. 2022.

SAHEBI, A. et al. The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. **Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry**, v. 107, p.1-8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110247>. Acesso em: 14 jan 2023.

SAIDEL, M. G. B.; LIMA, M. H. de M.; CAMPOS, C. J. G.; LOYOLA, C. M. D.; ESPIRIDIANO, E.; RODRIGUES, J. Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente à pandemia de Coronavírus. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 28, p. e49923, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49923>. Acesso em: 21 mar. 2020.

SAMPAIO, L. R.; OLIVEIRA, L. C.; PIRES, M. F. D. N. Empatia, depressão, ansiedade e estresse em Profissionais de Saúde Brasileiros. **Revista Ciências Psicológicas**, v. 14, n. 2, p. 2215, 2020. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212020000210204&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 02 jul. 2022.

- SANTABÁRBARA, J. et al. Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. **Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry**, v.109, n.110207, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110207>. Acesso em: 27 dez. 2022.
- SANTOS, K. M. R.; GALVÃO, M. H. R.; GOMES, S. M., SOUZA, T. A.; MEDEIROS, A. de A.; BARBOSA, I. R. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19. **Revista Escola Anna Nery**, v. 25, p. e20200370, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0370>. Acesso em: 29 jun. 2022.
- SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 487-493, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200026>. Acesso em: 27 jun. 2022.
- SHARMA, S.K. et al. Anxiety, depression and quality of life (QOL) related to COVID-19 among frontline health care professionals: A multicentric cross-sectional survey. **J Family Med Prim Care.**, v.10, n.3, p. 1383-1389, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.4103%2Fjfmpe.jfmpe_2129_20. Acesso em: 14 jan 2023.
- SIDDIQUI, I.; AURELIO, M.; GUPTA, A.; BLYTHE, J.; KHANJI, M. Y. COVID-19: Causes of anxiety and wellbeing support needs of healthcare professionals in the UK: A cross-sectional survey. **Clinical Medicine**, London, England, v. 21, n. 1, p. 66–72, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0502>. Acesso em: 29 jun. 2022.
- SILVA, F.C.T.; NETO, M.L.R. Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: A systematic review with meta-analysis. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.**, v.104, 110057, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016%2Fj.pnpbp.2020.110057>. Acesso em: 14 jan 2023.
- SILVA, J.R.C.; BUENO, A.L.M.; MULLER, A.S.; SCHERER, J.S. ADOECIMENTO MENTAL: INTERFACES COM O AMBIENTE DE TRABALHO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. **Revista Práxis**, v.19, n. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25112/rpr.v1.2574>. Acesso em: 27 jan 2023.
- SILVA-COSTA, A.; GRIEP, R.H.; ROTENBERG, L. Percepção de risco de adoecimento por COVID-19 e depressão, ansiedade e estresse entre trabalhadores de unidades de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n.3, 2022. DOI: 10.1590/0102-311X00198321. Acesso em: 27 jan 2023.
- SOUSA, G.O. et al. Evolução epidemiológica da COVID-19 no Brasil e no mundo. **Research, Society and Development**, v.9, n.7, p. 1-13, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4653>. Acesso em: 29 dez. 2022.
- TEIXEIRA, C. F. S.; SOARES, C. M.; SOUZA, E. A.; LISBOA, E. S.; PINTO, I. C. de M.; ANDRADE, L. R.; ESPIRIDIANO, M. A. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3465-3474,

2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em: 21 mar. 2020.

TENG, C.T. et al. Epidemiologia e ônus da depressão resistente ao tratamento no Brasil: análise do subgrupo brasileiro do estudo de observação multicêntrico TRAL. **J Bras Econ Saúde**, v.13, n.3, p. 310-21, 2021. Disponível em: DOI: 10.21115/JBES.v13.n3.p310-21. Acesso em: 29 dez. 2022.

TEO, I. et al. Healthcare worker stress, anxiety and burnout during the COVID-19 pandemic in Singapore: A 6-month multi-centre prospective study. **PLoS ONE**, v.16, n.10, p.1-14, e0258866, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258866>. Acesso em: 14 jan 2023.

TRUMELLO, C. et al. Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.17, n.8358, p. 1-13. Disponível em: doi:10.3390/ijerph17228358. Acesso em: 27 dez. 2022.

VASCONCELOS, C.S.S. et al. O NOVO CORONAVÍRUS E OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA QUARENTENA. **Revista Desafios**, v.7, n.12, p. 1-6, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1517-869220162203142486>. Acesso em: 28 dez. 2022.

VENTURA-SILVA, J. M. A.; RIBEIRO, O. M. P. L.; TRINDADE, L. L.; NOGUEIRA, M. A. A.; MONTEIRO, M. A. J. Ano internacional da enfermagem e a pandemia da COVID-19: a expressão na mídia. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 19, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/55546>. Acesso em: 02 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Substantial investment needed to avert mental health crisis**, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis> Acesso em: 23 Out. 2022.

ZHU, Z.; XU, S.; WANG, H. COVID-19 in Wuhan: Immediate Psychological Impact on 5062 Health Workers. **EClinicalMedicine**, 2020. DOI: 10.1016/j.eclinm.2020.100443.

APÊNDICES

APÊNDICE A – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: EFEITOS DA PANDEMIA POR COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

CAEE No:

Nome do (a) Pesquisador (a) responsável: Hortencia Rodrigues de Almeida Souza

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que visa avaliar os efeitos do coronavírus na saúde mental em profissionais de saúde durante a pandemia. A COVID-19 é uma doença causada pela síndrome respiratória aguda grave coronavírus (SARS-CoV-2), na qual o quadro clínico varia de infecção assintomática, manifestações extremamente graves e até a morte. Sua participação é importante, porém, você não deve aceitar participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça, se desejar, qualquer pergunta para esclarecimento antes de concordar.

Envolvimento na pesquisa: a pesquisa será realizada com profissionais de saúde da região Nordeste do Brasil de forma *online* para maior segurança dos participantes e pesquisadora.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução N°. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e as normas da resolução N°. 510/2016 aplicáveis às ciências humanas e sociais.

Riscos, desconfortos e benefícios: a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, contudo poderá ocorrer algum desconforto para o participante ao responder o questionário e as escalas. Caso você sinta qualquer desconforto, a pesquisa poderá ser interrompida de imediato, e a pesquisadora estará disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida através do e-mail de contato. Caso ocorra outra intercorrência, o participante tem direito à assistência integral, imediata e pelo tempo necessário, sendo responsabilidade do pesquisador assegurar o acesso ao serviço pelo tempo que for necessário. Este estudo oferece o benefício da avaliação da saúde mental através de escalas específicas voltadas a avaliar a depressão e ansiedade em profissionais de saúde durante a pandemia. Indiretamente, espera-se que a pesquisa possa contribuir como base para novos estudos a respeito do tema para profissionais de saúde e comunidade acadêmica, a fim de apresentar novos modelos de prevenção da saúde mental.

Garantias éticas: Todas as despesas que venham a ocorrer com a pesquisa serão ressarcidas. É garantido ainda o seu direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Você tem liberdade para se recusar a participar, e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Você terá acesso aos resultados individuais da sua participação nesta pesquisa mediante solicitação através do e-mail da pesquisadora responsável. Os resultados finais deste estudo serão divulgados na dissertação de mestrado do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde e Biológicas da UNIVASF elaborada pela pesquisadora responsável, e através de artigos científicos.

Confidencialidade: é garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, mesmo após o término da pesquisa. Somente o(s) pesquisador (es) terão conhecimento de sua identidade, comprometendo-se a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados do estudo em periódicos e/ou em eventos científicos nacionais e/ou internacionais. E garantido, ainda, que você tenha acesso aos resultados com o(s) pesquisador (es). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa com o(s) pesquisador (es) do projeto e, para quaisquer dúvidas éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. Os contatos estão descritos no final deste documento.

Pagamento: Não está previsto qualquer pagamento, despesa ou dano para o (a) Sr.(a) participante durante a realização da pesquisa. Porém, caso surjam quaisquer despesas decorrente da participação nesta pesquisa, todas as despesas que venham a ocorrer com a pesquisa serão ressarcidas. É garantido ainda o seu direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Este documento foi elaborado em duas vias de igual teor, que serão assinadas e rubricadas em todas as páginas, uma das quais ficará com o(a) senhor (a) e a outra com o(s) pesquisador(es). Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Obs: Não assine esse documento se ainda tiver dúvida a respeito.

Petrolina, 02 de Agosto de 2021

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador responsável pela aplicação do RCLE

Pesquisadora Responsável: Hortencia Rodrigues de Almeida Souza

Endereço: Avenida José de Sá Maniçoba - Centro, Petrolina - PE, 53304-917. Telefone: (89)99066665

Demais pesquisadores da equipe de pesquisa:

Ivani Brys– Av. José de Sá Maniçoba, S/N – Centro - Petrolina/PE – E-mail:Ivani.brys@univasf.edu.br

Italo Ramon Rodrigues Menezes– Av. José de Sá Maniçoba, S/N – Centro - Petrolina/PE – E-mail:italo.ramon@discente.univasf.edu.br

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Italo Ramon Rodrigues Menezes E-mail:italo.ramon@discente.univasf.edu.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIVASF UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF Av. Jose de Sá Maniçoba, S/N – Centro - Petrolina/PE – Prédio da Reitoria – 2o andar Telefone do Comitê: 87 2101-6896 - E-mail:cep@univasf.edu.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNIVASF) é um órgão colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, que visa defender e proteger o bem-estar dos indivíduos que participam de pesquisas científicas.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Qual a sua profissão? () Enfermeira () Médica () Téc. Em Enfermagem () Outro
 2. _____ qual?
 3. Trabalha no serviço? Público () Privado () Ambos ()
 4. Qual a sua idade? Responder apenas com número, por exemplo, 00.
 5. Há quanto tempo atua nessa profissão? Responder apenas com número, por exemplo, 00.
 6. Como se identifica? () Preta () Branca () Parda () Amarela () Indígena
 7. Qual seu nível de formação profissional: () Técnico () Superior
 8. Quantas horas trabalha por semana? Escala crescente de 10 a 60, com um aumento de 5 a cada opção e uma opção outro.
 9. Trabalha em quantas instituições? Escala crescente de 1 a 5.
 10. Trabalha em qual regime? Plantão ou Diarista
 11. Renda familiar: () 1 a 3 Salários Mínimos () 4 a 6 Salários Mínimos () 6 a 8 salários mínimos () 8 a 10 salários mínimos () + 10 salários mínimos
 12. Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo
 13. Trabalha na cidade que reside? () Sim () Não
 14. Trabalha em mais de uma cidade? () Sim () Não
 15. Atualmente reside com quantas pessoas? Escala crescente de 0 a 10
 16. Antes da pandemia residia com quantas pessoas? Escala crescente de 0 a 10
- Nota: as próximas perguntas são sobre a alteração no número de pessoas, caso não tenha tido alteração ou caso a alteração não seja pelo motivo apresentado marque NA que é não se aplica.
17. Caso tenha acontecido uma alteração no número de pessoas, foi para não expor seus familiares ao coronavírus? () Sim () Não () NA
 18. Caso tenha acontecido uma alteração no número de pessoas, foi por conta de um término ou rompimento de relação? () Sim () Não () NA

19. Caso tenha acontecido uma alteração no número de pessoas, foi por conta de um falecimento? Sim Não NA
20. Você realizou teste para COVID-19? Sim Não NA
21. O resultado foi: Positivo Negativo
22. Marque as alternativas que melhor descrevem o seu quadro: Assintomático Sintomas leves Sintomas graves Hospitalizado e precisou de oxigênio Hospitalizado e não precisou de oxigênio Teve complicações Deixou sequelas

APÊNDICE C – CRONOGRAMA

ATIVIDADE / TEMPO	Levantamento bibliográfico	Revisão bibliográfica	Coleta de dados	Análise dos dados	Redação dos dados	Defesa da dissertação	Escrita e publicação de artigos científicos
07/2021	X	X					
08/2021	X	X					
09/2021	X	X					
10/2021	X	X					
11/2021	X	X					
12/2021	X	X	X				
01/2022	X	X	X				
02/2022	X	X	X				
03/2022	X	X	X				
04/2022	X	X	X				
05/2022	X	X	X	X			
06/2022	X	X	X	X			
07/2022	X	X	X	X			
12/2022				X	X		
01/2023					X		
07/2023					X	X	
10/2023							X

APÊNDICE D – PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

TÍTULO DO PROJETO: EFEITOS DA PANDEMIA POR COVID-19 NA
SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Hortencia Rodrigues de Almeida Souza

Fonte(s) dos recursos (Instituição ou pessoa): Hortencia Rodrigues de Almeida Souza

MATERIAL	VALOR EM R\$
Material Permanente	EXISTENTE
Papel A4	R\$ 50,00
Caneta	R\$ 20,00
Outros	R\$ 100,00
Total	R\$ 170,00

Obs: Ressalto que o orçamento é de responsabilidade do pesquisador.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE DE INTEGRAÇÃO
DO SERTÃO - FIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITOS DA PANDEMIA POR COVID - 19 NA SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisador: HORTENCIA RODRIGUES DE ALMEIDA SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48346621.4.0000.8267

Instituição Proponente: UNIVASF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.917.082

Apresentação do Projeto:

Título do estudo: Efeitos da pandemia por covid - 19 na saúde mental de profissionais de saúde.

Introdução:

A pandemia da Covid-19 tem produzido números expressivos de infectados e de óbitos no mundo. O Brasil aparece como um dos países com maior índice de transmissão do vírus, influenciando, diretamente, o modo de vida de milhões de brasileiros. Diante da incipiente vacinação, o distanciamento social continua sendo a mais importante ferramenta de controle da Covid-19. No entanto, não é possível para os profissionais de saúde realizar esse isolamento, tornando-os um grupo vulnerável, pois estão em contato direto com os pacientes infectados, além de estarem em locais de trabalho com maior risco de receber carga viral (TEIXEIRA et al., 2020). Estudos entre profissionais de saúde que estão atuando na linha de frente à pandemia da COVID-19 apontaram situações dentro do ambiente de trabalho que podem provocar ansiedade e depressão, e que envolvem a condição de vulnerabilidade em ficar exposto ao vírus, o contato constante com a morte, a distância da família e amigos, o aumento da responsabilidade no ato de cuidar, além de ter que lidar com seus sentimentos de impotência, fracasso, estresse pelas condições e sobrecarga de trabalho, incertezas sobre a doença e tratamento (PAPPA et al, 2020; PRADO et al., 2020; SAIDEL et al., 2020).

A ansiedade é conceituada como um sentimento desconfortável de medo e apreensão derivada de

Endereço: Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves

Bairro: TANCREDO NEVES

CEP: 56.909-205

UF: PE

Município: SERRA TALHADA

Telefone: (87)3831-1749

E-mail: cepfis@fis.edu.br

FACULDADE DE INTEGRAÇÃO
DO SERTÃO - FIS



Continuação do Parecer: 4.917.082

antecipação do perigo, de algo desconhecido ou estranho. A ansiedade como um estado emocional está relacionada aos componentes psicossociais e fisiológicos, e é uma circunstância natural dos seres humanos, podendo passar a ser patológica quando excessiva, afetando questões sociais, convívio familiar, atuação no trabalho, entre outros (CASTILLO et al., 2000). A depressão, por sua vez, é caracterizada por lentificação psíquica, humor depressivo e/ou irritável, redução da energia, incapacidade parcial ou total de sentir alegria ou prazer, desinteresse, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração, pensamento de cunho negativo, com perda da capacidade de planejamento e alteração do juízo da verdade (SCHMIDT et al., 2011). Existem diversos fatores desencadeantes associados à depressão, tais como, desequilíbrios químicos cerebrais, características de personalidade, vulnerabilidade genética e eventos situacionais. Entre os profissionais de saúde, a literatura mostra que os fatores desencadeantes associados à depressão podem estar relacionados com fatores internos ao ambiente e ao processo de trabalho, tais como: os setores de atuação profissional, a sobrecarga de serviço, e as estratégias de enfrentamento desenvolvidas; e a fatores externos ao trabalho, como o sexo, a idade, a carga de trabalho doméstico, ao suporte e renda familiar, ao estado de saúde geral do trabalhador, e às características individuais (SCHMIDT et al., 2011). Esses fatores internos e externos podem comprometer a funcionalidade no trabalho, e assim, apresentar uma redução da capacidade de atuação e da qualidade da atenção prestada aos pacientes (TEIXEIRA et al., 2020). Um estudo publicado na China demonstrou que vários profissionais de saúde que estavam à frente do cuidado direto de pacientes com COVID-19 apresentaram sintomas relacionados à saúde mental. De um total de 1257 profissionais trabalhando em 34 hospitais (39% médicos e 61% enfermeiros), cerca de 50% estavam com sintomas de depressão, 45% de ansiedade, 34% insônia e 72% de angústia. Os sintomas foram maiores em enfermeiras, e em profissionais que prestavam cuidados diretos aos pacientes com COVID-19 (JIANBO et al., 2020). Outra investigação, que consistiu em um estudo transversal online durante a onda de casos COVID-19 no final de maio de 2020, em oito, investigou dados demográficos e indagou se os participantes foram expostos à COVID-19, no trabalho ou não. A saúde mental foi avaliada por meio do Depression Anxiety Stress Scales–21 (DASS-21). A amostra (N = 609) consistiu de 189 médicos, 165 enfermeiras e 255 profissionais não médicos. Participantes da França e do Reino Unido relataram ter experimentado depressão severa / extremamente severa, ansiedade e estresse com mais frequência em comparação com os pacientes de outros países. Profissionais não médicos tiveram pontuações significativamente mais altas para depressão e ansiedade. Entre os profissionais médicos, nenhuma ligação significativa foi relatada pelo contato direto de pacientes com o coronavírus no trabalho, sem relatos de

Endereço: Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves
Bairro: TANCREDO NEVES **CEP:** 56.909-205
UF: PE **Município:** SERRA TALHADA
Telefone: (87)3831-1749 **E-mail:** cepfis@fis.edu.br

FACULDADE DE INTEGRAÇÃO DO SERTÃO - FIS



Continuação do Parecer: 4.917.082

ansiedade, depressão ou estresse. "A incerteza sobre quando a epidemia estará sob controle" causou a maior quantidade de estresse para os profissionais de saúde, enquanto "tomar medidas de proteção" foi a estratégia de enfrentamento mais frequentemente usada entre todos os participantes (HUMMEL et al., 2021). Na Inglaterra, país que também apresentou grande índice de casos da COVID-19, foi realizado um estudo com 558 profissionais da saúde utilizando uma escala de classificação do tipo Likert online durante 5 semanas para rastrear os níveis de ansiedade auto percebidos antes e durante a segunda onda da COVID-19 no país. Os principais motivos foram as preocupações com a exposição ao SARS-CoV-2 e a falta de equipamento de proteção individual. Além disso, apenas 41% dos entrevistados sentiram que havia suporte adequado e falta de liderança eficaz (SIDDIQUI et al., 2021). No Brasil, alguns estudos têm sido realizados desde o início da pandemia, e evidenciado os prejuízos que a mesma tem ocasionado para a saúde mental dos profissionais de saúde. Um estudo observacional transversal realizado na região sul do Brasil investigou fatores associados à ansiedade e à depressão em 88 profissionais da enfermagem frente à pandemia da COVID-19, através da Escala de Medida de Ansiedade e Depressão aplicada por meio da plataforma Google Forms. Os resultados mostraram que houve a prevalência de ansiedade (48.9 %) e de depressão (25 %) nos profissionais (DAL'BOSCO, et al., 2020) . Outro estudo seccional, do tipo web-survey, realizado no estado do Rio Grande do Norte investigou a saúde mental de 490 profissionais da equipe de enfermagem que atuam nos serviços de saúde de média e alta complexidade durante a pandemia. Foi utilizada a versão brasileira do Patient Health Questionnaire para verificar prevalência de sintomas de depressão, e o General Anxiety Disorder para mensuração de sintomas de ansiedade. Os dados revelaram que 30.4 % dos respondentes teve diagnóstico de algum transtorno mental nos últimos 12 meses; 39.6 % apresentaram sintomas de ansiedade moderadamente severa ou severa; 38 % apresentaram sintomas de depressão moderadamente severa ou severa; e sintomas da Síndrome de Burnout estiveram presentes em 62.4 % dos profissionais (SANTOS et al., 2021). Recentemente, foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, utilizou entrevistas semiestruturadas para analisar as reações e sentimentos de profissionais da linha de frente, no atendimento a pacientes internados com suspeita da COVID-19. Os resultados revelaram doze temas significativos de análise: motivação, vontade de contribuir, sentimento de medo, ansiedade, obrigação, preocupação com a morte, tristeza, discriminação, isolamento, preconceito, incerteza e dúvidas em relação ao futuro (DE PAULA et al., 2021). Diante deste cenário, o objetivo do presente projeto é investigar os impactos da pandemia por Covid-19 na saúde mental de profissionais de saúde que prestam assistência direta aos pacientes com COVID-19 na região Nordeste. Serão

Endereço: Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves
Bairro: TANCREDO NEVES **CEP:** 56.909-205
UF: PE **Município:** SERRA TALHADA
Telefone: (87)3831-1749 **E-mail:** cepfis@fis.edu.br

FACULDADE DE INTEGRAÇÃO DO SERTÃO - FIS



Continuação do Parecer: 4.917.082

Esclarecido (RCLE); b) trabalhadores que estejam em licença médica ou em férias ou que estejam afastados; c) trabalhadores da saúde que não atuaram na linha de frente e testaram positivo para Covid-19.

Crítérios de amostragem:

Os participantes serão recrutados através do modelo de amostra por conveniência, e a divulgação da pesquisa por meio das redes sociais (Whatsapp®, Facebook® e Instagram®).

Procedimentos para coleta de dados:

A pesquisa será realizada totalmente online. Os sujeitos terão acesso ao link da pesquisa através das redes sociais.. Através deste link, terão acesso aos formulários eletrônicos no Google forms, contendo o questionário sociodemográfico, o Inventário de Depressão de Beck (versão online), o Inventário de Ansiedade de Beck (versão online), que deverão ser respondidos de uma só vez. Estima-se que cada participante precise de cerca de 15 minutos para realizar toda a pesquisa.

Análise dos dados:

Nas análises, o teste Kolmogorov-smirnov será utilizado para verificar a normalidade dos dados. Será utilizada a média, desvio padrão, coeficiente de variação ou mediana para análise estatística descritiva dependendo da normalidade dos dados. Já a análise da estatística inferencial ocorrerá com a utilização do test t, caso os dados sejam distribuídos com normalidade, ou o teste de mann-whitney, caso a distribuição seja não normal. O nível de significância adotado será $p < 0.05$.

Aspectos Éticos Conforme as Resoluções 466/12 e 510/2016 do CNS. O presente estudo seguirá os procedimentos adotados para a realização de pesquisas com seres humanos. Será encaminhado através da Plataforma Brasil para apreciação. Os participantes avaliados serão orientados sobre os objetivos do estudo, procedimentos, seus riscos e benefícios. Será respeitada a autonomia do participante da pesquisa, garantido o seu anonimato, assegurando sua privacidade quanto aos dados confidenciais, como regem as resoluções 466/12 e 510/16, do Conselho Nacional de Saúde. Para sua realização, o estudo aguardará o parecer do CEP. Em relação aos dados coletados: serão mantidos em sigilo mesmo após o encerramento da pesquisa e a qualquer momento os

Endereço: Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves
Bairro: TANCREDO NEVES **CEP:** 56.909-205
UF: PE **Município:** SERRA TALHADA
Telefone: (87)3831-1749 **E-mail:** cepfis@fis.edu.br

FACULDADE DE INTEGRAÇÃO
DO SERTÃO - FIS



Continuação do Parecer: 4.917.082

avaliados sintomas de depressão e ansiedade nestes profissionais, e esperamos que esses dados possam contribuir para o desenvolvimento de intervenções de prevenção, promoção e recuperação da saúde mental.

Metodologia:

É uma pesquisa quase-experimental. A coleta de dados terá duração de cerca de seis meses e só será iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa a que este projeto for direcionado através da Plataforma Brasil. Os questionários serão preenchidos por meio de formulários eletrônicos no Google forms, divulgados através das redes sociais.

O estudo será realizado de forma online com profissionais de saúde da região Nordeste do Brasil. Participarão da pesquisa 200 profissionais de saúde, com idades entre 18 e 50 anos, de ambos os sexos, sendo, 50 profissionais de saúde que trabalharam na linha de frente da pandemia e foram acometidos pelo coronavírus, 50 profissionais de saúde que trabalharam na linha de frente da pandemia e que não foram acometidos pelo coronavírus; 50 profissionais de saúde que não trabalharam na linha de frente da pandemia e não foram acometidos pelo coronavírus; e 50 profissionais de saúde que não trabalharam na linha de frente da pandemia e foram acometidos pelo coronavírus.

Para o cálculo amostral foi utilizado o software G* Power 3.1.0. foi considerado poder de 0.80, nível de significância de 5%; tamanho de efeito de 0.4. Esta análise foi realizada para reduzir a probabilidade de erro do tipo II e para determinar o número mínimo de indivíduos necessários para esta investigação.

Critérios de Inclusão:

Os critérios de elegibilidade serão: a) ser profissional de saúde e estar ativo na função exercida; b) apresentar idade entre 18 e 50 anos; c) aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de exclusão:

Os critérios de exclusão serão: a) que se recusem assinar o Registro de Consentimento Livre e

Endereço: Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves
Bairro: TANCREDO NEVES **CEP:** 56.909-205
UF: PE **Município:** SERRA TALHADA
Telefone: (87)3831-1749 **E-mail:** cepfis@fis.edu.br

FACULDADE DE INTEGRAÇÃO
DO SERTÃO - FIS



Continuação do Parecer: 4.917.082

participantes voluntários da pesquisa poderão retirar seu consentimento sem qualquer ônus. Mediante a compreensão dos termos, os responsáveis deverão aceitar o RCLE.

Registro de Consentimento Livre e Esclarecido:

A participação ocorrerá de maneira voluntária após o participante ler, compreender e aceitar o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido versão online (APÊNDICE A) que receberá através dos formulários eletrônicos no Google forms.

R. esperados:

Espera-se que, com a pesquisa, seja possível identificar os impactos da pandemia por Covid-19 na ansiedade e no humor dos profissionais de saúde da linha de frente.

Espera-se que a pesquisa sirva como base para novos estudos a respeito do tema, para profissionais de saúde e comunidade acadêmica, a fim de apresentar novos modelos de prevenção da saúde mental. Esperamos ainda que nossos resultados possam contribuir para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e/ou restauração da saúde mental dos profissionais impactados pela pandemia por Covid-19.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Investigar os efeitos da pandemia por Covid-19 na saúde mental de profissionais de saúde que atuaram na linha de frente;

Objetivos Específicos:

- Avaliar sintomas de depressão em profissionais de saúde da linha de frente da pandemia pelo coronavírus;
- Avaliar sintomas de ansiedade em profissionais de saúde da linha de frente da pandemia pelo coronavírus;

Endereço: Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves

Bairro: TANCREDO NEVES **CEP:** 56.909-205

UF: PE **Município:** SERRA TALHADA

Telefone: (87)3831-1749

E-mail: cepfis@fis.edu.br

FACULDADE DE INTEGRAÇÃO DO SERTÃO - FIS



Continuação do Parecer: 4.917.082

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão de acordo com as resoluções vigentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de grande importância para o meio acadêmico, abordando a realidade que vivenciamos com os danos do Covid-19 aos profissionais de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão em acordo com a norma operacional 001/13.

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciados pelo no CEP, conforme Norma Operacional 001/2013, item XI.2.d.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1768289.pdf	02/08/2021 09:51:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_Completa.docx	02/08/2021 09:48:04	HORTENCIA RODRIGUES DE ALMEIDA SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	REGISTRO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	02/08/2021 09:46:50	HORTENCIA RODRIGUES DE ALMEIDA SOUZA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	22/06/2021 08:25:28	HORTENCIA RODRIGUES DE ALMEIDA SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto_CEP_Assinada_Rodrigo.pdf	22/06/2021 08:24:03	HORTENCIA RODRIGUES DE ALMEIDA SOUZA	Aceito
Outros	2.pdf	14/06/2021 09:39:50	HORTENCIA RODRIGUES DE ALMEIDA SOUZA	Aceito

Endereço: Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves
Bairro: TANCREDO NEVES **CEP:** 56.909-205
UF: PE **Município:** SERRA TALHADA
Telefone: (87)3831-1749

E-mail: cepfis@fis.edu.br

FACULDADE DE INTEGRAÇÃO
DO SERTÃO - FIS



Continuação do Parecer: 4.917.082

Orçamento	4.pdf	14/06/2021 09:38:50	HORTENCIA RODRIGUES DE ALMEIDA SOUZA	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	1.pdf	14/06/2021 09:38:01	HORTENCIA RODRIGUES DE ALMEIDA SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SERRA TALHADA, 19 de Agosto de 2021

Assinado por:
Lídia Pinheiro da Nóbrega
(Coordenador(a))

Endereço: Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves

Bairro: TANCREDO NEVES

CEP: 56.909-205

UF: PE

Município: SERRA TALHADA

Telefone: (87)3831-1749

E-mail: cepfis@fis.edu.br

ANEXO B – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO BECK - BDI

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	10	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o quera
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

	3 Eu me sinto sempre culpado		3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	12	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
13	0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões	18	0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite
14	0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio	19	0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____
15	0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho	20	0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
16	0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não	21	0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

	consigo voltar a dormir		
17	0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa		

ANEXO C – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO DE BECK

BAI (INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK)				
Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.				
	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento	0	1	2	3
2. Sensação de calor	0	1	2	3
3. Tremores nas pernas	0	1	2	3
4. Incapaz de relaxar	0	1	2	3
5. Medo que aconteça o pior	0	1	2	3
6. Atordoado ou tonto	0	1	2	3
7. Palpitação ou aceleração do coração	0	1	2	3
8. Sem equilíbrio	0	1	2	3
9. Aterrorizado	0	1	2	3
10. Nervoso	0	1	2	3
11. Sensação de sufocação	0	1	2	3
12. Tremores nas mãos	0	1	2	3
13. Trêmulo	0	1	2	3
14. Medo de perder o controle	0	1	2	3
15. Dificuldade de respirar	0	1	2	3
16. Medo de morrer	0	1	2	3
17. Assustado	0	1	2	3

18. Indigestão ou desconforto no abdômen	0	1	2	3
19. Sensação de desmaio	0	1	2	3
20. Rosto afogueado	0	1	2	3
21. Suor (não devido ao calor)	0	1	2	3
TOTAL:				
Interpretação do Escore Total do BAI				
Escore Total	Gravidade da ansiedade			
0-7	Grau mínimo de ansiedade			
8-15	Ansiedade leve			
16-25	Ansiedade moderada			
26-63	Ansiedade grave			