



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PRÓ REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS**

IGOR HUMBERTO FERREIRA AMORIM

**IMPACTOS PSICOSSOCIAIS NOS MÉDICOS QUE ATUARAM EM
UNIDADES DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

PETROLINA-PE

2023

IGOR HUMBERTO FERREIRA AMORIM

**IMPACTOS PSICOSSOCIAIS NOS MÉDICOS QUE ATUARAM EM
UNIDADES DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Campus Petrolina, durante o exame de defesa de Dissertação; como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências, com ênfase na linha de pesquisa Saúde, Sociedade e Ambiente.

Orientadora: Prof.^a Dra. Márcia Bento Moreira
Co-orientador: Prof. Dr. Rodrigo Feliciano do Carmo

PETROLINA-PE

2023

A524i Amorim, Igor Humberto Ferreira
Impactos psicossociais nos médicos que atuaram em unidades de saúde durante a pandemia da COVID-19 / Igor Humberto Ferreira Amorim. – Petrolina, 2023.
xi, 85 f. : il. 29 cm.

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

Orientador (a): Profa. Dra. Márcia Bento Moreira.
Co-Orientador Prof. Dr. Rodrigo Feliciano do Carmo.

1. Saúde mental. 2. Médicos - Impactos psicossociais. 3. Pandemia - COVID-19. 4. Esgotamento psicológico. I. Título II. Moreira, Márcia Bento. 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

IGOR HUMBERTO FERREIRA AMORIM

**IMPACTOS PSICOSSOCIAIS NOS MÉDICOS QUE ATUARAM EM UNIDADES DE
SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19**

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

Aprovada em: 25 de agosto de 2023

Banca Examinadora



Márcia Bento Moreira, Doutora
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf



Lucia Marisy Souza Ribeiro de Oliveira, 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

Este trabalho tem um sabor especial e muito pessoal pois faço parte do escopo de profissionais que sofreu consequências psicológicas pelos momentos de enfrentamento da COVID-19, além de ser meu grande passo para uma bela carreira de professor (sonho antigo de infância). Chegar ao final desse processo árduo como discente, ter passado pela pandemia como ser humano, médico e paciente com saúde e resiliência, podendo dizer “eu venci” são motivos de uma gratidão inenarrável.

Na tentativa de expressar em palavras esse sentimento gigante que habita em mim neste momento, começo dedicando toda minha gratidão, toda honra e toda glória a Deus. Nos momentos que mais desacreditei em mim, Ele me deu forças e é o lugar onde os medos não me dominam e onde posso descansar.

A minha mãe Elizabete, deixo meu agradecimento não só por este momento, mas por sempre ter me impulsionado a crescer na vida, ser fonte de amor incondicional e ser o meu maior exemplo de força nas situações mais desfavoráveis possíveis. Ao meu pai Humberto e minhas irmãs, por sempre estarem na torcida para me ver bem, celebrando todas as minhas vitórias. A minha tia Evanete, professora, meu maior exemplo na educação, minha segunda mãe, por todo o apoio de sempre. A minha avó Maria, mesmo semi-analfabeta consegue ser a pessoa que mais valoriza os estudos e com todo orgulho que sente por mim se torna minha maior inspiração para seguir. A minha avó Hermita e avô José, os quais sempre valorizaram e me deram suporte para uma boa educação. Aos amigos apoiadores fieis, minha segunda família.

À CAPES; à Univasf e ao PPGCSB, obrigado por contribuírem com minha formação.

A minha orientadora Marcia Bento, querida que teve tanta paciência comigo, tanto me ensinou e não me deixou desistir nos momentos mais difíceis. Ao meu amigo Bruno Cezar, por ter sido o principal incentivador para eu fazer o mestrado e grande suporte durante todo o processo. Às professoras Lúcia Marisy e Margaret Olinda por toda orientação, ajuda e compreensão nesse período. Ao professor Hugo Colombarolli pelo suporte estatístico e apoio nas tabelas.

Às dificuldades por me fazerem crescer mais forte e mais resiliente.

Obrigado.

*“Quem querer passar além do Bojador,
Tem que passar além da dor. Deus ao mar o perigo e o abismo deu,
Mas nele é que espelhou o céu”*

Fernando Pessoa

RESUMO

A chegada do SARS-CoV-2 (percursor da COVID-19) e a obrigatoriedade do distanciamento físico entre pessoas, gerou desafios cujos enfrentamentos precisaram ser aprendidos dado o desconhecimento de como fazê-lo. Tais fatores trouxeram implicações tanto na saúde geral como na saúde mental e comportamental dos profissionais de saúde, o que justificou esse estudo, cujo objetivo foi avaliar a dimensão de tais impactos junto aos médicos que estiveram na linha de frente no atendimento aos pacientes atingidos pela pandemia, nos hospitais de Petrolina – PE e Juazeiro – BA. Trata-se de estudo descritivo retrospectivo, cujo instrumento de coleta foi questionário contendo perguntas relacionadas às manifestações relacionadas a depressão, ansiedade e síndrome de *Burnout*, enviadas aos profissionais selecionados aleatoriamente como amostra no universo mencionado, a fim de ser respondido sem identificação e devolvido para análise. Os dados absolutos e relativos dos formulários foram tabulados em planilha eletrônica para análises descritiva. As comparações foram realizadas por meio do teste de qui-quadrado considerando 5% como máxima tolerância ao erro do tipo I. Tais dados foram analisados por meio do software estatístico R a fim de averiguar as correlações entre os níveis de sintomas de depressão, ansiedade e *“Burnout”*. Tal análise serve de embasamento para confecção de um manual com orientação de boas práticas, a fim de refletir as condições de trabalho e reduzir efeitos danosos à saúde mental em ambiente hospitalar de alto estresse.

Descritores: Médicos; Pandemia; COVID-19; Saúde mental; Esgotamento psicológico.

ABSTRACT

The arrival of SARS-CoV-2 (precursor of COVID-19) and the mandatory physical distance between people, generated challenges whose confrontations had to be learned given the lack of knowledge on how to do it. Such factors had an impact both on the general health and on the mental and behavioral health of health professionals, which justified this study, whose objective was to evaluate the extent of such effects with the doctors who supplied the front line in the care of patients affected by the pandemic, in the hospitals of Petrolina – PE and Juazeiro – BA. This is a retrospective descriptive study, whose collection instrument was a sample containing questions related to manifestations related to depression, anxiety and Burnout syndrome, sent to professionals randomly selected as a sample in the mentioned universe, in order to be answered without identification and returned to analysis. The absolute and relative data of the forms were tabulated in an electronic spreadsheet for absolute and relative descriptive analysis. Comparisons were performed using the chi-square test, considering 5% as the maximum tolerance for type I error. Such data were analyzed using the statistical software R in order to verify the correlations between the levels of depression symptoms, depression and "Burnout" anxiety. This analysis serves as the basis for the preparation of a manual with guidance on good practices, in order to reflect working conditions and reduce the harmful effects on mental health in a high-stress hospital environment.

Descriptors: Physicians; Pandemic; COVID-19; Mental health; Psychological exhaustion.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma metodológico da amostragem

37

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

| | | |
|------------|--|----|
| Tabela 1. | Variáveis sociodemográficas dos médicos da pesquisa (n=72) | 38 |
| Tabela 2. | Variáveis laborativas dos médicos atuantes da linha de frente no combate a pandemia da pesquisa (n=72) | 40 |
| Tabela 3. | Hábitos de vida dos médicos participantes da pesquisa (n=72) | 42 |
| Tabela 4. | Autopercepção e avaliação dos participantes do estudo sobre as mudanças de vida ocasionadas pela pandemia. | 44 |
| Gráfico 1. | Frequência dos sentimentos de ansiedade e de depressão | 46 |
| Tabela 5. | Frequência de sintomas depressivos e ansiosos na população estudada | 46 |
| Tabela 6. | Associação de fatores investigados e sintomas depressivos | 48 |
| Tabela 7. | Associação de fatores investigados e sintomas ansiosos | 49 |
| Gráfico 2. | Sintomas de <i>Burnout</i> e problemas enfrentados no ambiente de trabalho | 51 |
| Tabela 8. | Frequência de sintomas da Síndrome de Burnout na população estudada | 51 |
| Tabela 9. | Locais de atuação durante a pandemia dos 72 profissionais entrevistados | 51 |
| Tabela 10. | Associação de Fatores estudados e Síndrome de Burnout | 54 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACLS – Suporte Avançado à Vida (em inglês)

CEDEP - Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas

CEP – Comissão de Ética e Pesquisa

COVID-19 – *Corona Virus Disease 19*

OMS – Organização Mundial da Saúde

SARS – Síndrome Respiratória Aguda Grave

SARS-CoV-2 – vírus da família dos coronavírus que, ao infectar humanos, causa uma doença chamada COVID-19

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVASF – Universidade Federal do Vale do São Francisco

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 OBJETIVOS | 15 |
| 2.1 Geral | 15 |
| 2.2 Específicos | 15 |
| 3 JUSTIFICATIVA | 16 |
| 4 REFERENCIAL TEÓRICO | 17 |
| 5 MATERIAL E MÉTODOS | 31 |
| 5.1 Considerações Éticas da Pesquisa | 31 |
| 5.2 Delineamento da pesquisa, período e local de estudo | 33 |
| 5.3 População amostral; critérios de exclusão | 33 |
| 5.4 Protocolo do estudo | 34 |
| 5.5 Análise e Tratamento dos Dados | 35 |
| 5.6 Possíveis Fatores Dificultadores | 35 |
| 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 37 |
| 7 CONCLUSÃO | 56 |
| REFERÊNCIAS | 60 |
| APÊNDICE | 75 |

1 INTRODUÇÃO

A doença causada pelo ‘novo coronavírus’ afetou a saúde mental de muitas pessoas, independentemente de sua atuação profissional estar ou não relacionada ao seu enfrentamento. Estudos como os de Chatzittofis *et al* (2021) mostram aumento de sentimentos como angústia, ansiedade e depressão, especialmente entre os profissionais de saúde que atuam na linha de frente ao combate da COVID-19, com consequências que vão desde o aumento de violência, transtornos por consumo de álcool e outras drogas psicoativas, sentimento de perda e de solidão, que tornam-se fatores importantes tais como, indução ao suicídio e isolamento social, independente do grau de instrução ou poder aquisitivo.

A chegada do SARS-CoV-2 (percursor da COVID-19) e a obrigatoriedade do distanciamento físico entre as pessoas, gerou desafios importantes a serem aprendidos e enfrentados pelos profissionais da saúde em todos os aspectos: físico, mental, comportamental, impactando o seu “modus vivendi” nas relações interpessoais familiares, sociais e profissionais. No intuito de auxiliar os profissionais da saúde que lidaram diretamente com situações que geraram conflitos socioemocionais, a presente pesquisa avaliou a dimensão desses impactos na saúde mental dos médicos que atuaram nesse período.

Lana *et al* (2020), definem a ansiedade como um estado emocional que atinge componentes psicológicos, sociais e fisiológicos, sendo esta uma condição dos seres humanos, podendo passar a ser patológica quando é considerada excessiva e atinge o meio psicossocial da pessoa diante da situação, afetando questões sociais, de convívio familiar, atuação no trabalho, entre outros. Já a depressão, é caracterizada por lentificação dos processos psíquicos, 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 (TRETTENE *et al.*, 2018).

A literatura cita que os profissionais da saúde podem estar mais expostos aos fatores que desencadeiam a ansiedade e a depressão, uma vez que em sua grande maioria encontram-se relacionados aos processos de trabalho, tais como o turno e a carga horária do plantão, o número de plantões extras, o relacionamento entre profissional-paciente, profissional-família e profissional-profissional, a sobrecarga de

trabalho, o desgaste físico e mental, a ausência de suporte social, o conflito de interesses e das estratégias de enfrentamento desenvolvidas e disponíveis (SILVA et al., 2015; TRETTENE et al., 2018).

Esses autores, citam ainda que esses fatores podem gerar uma reação do organismo às mínimas agressões externas com tendência a serem exacerbadas, principalmente, diante de um cenário caótico como o que está sendo vivido neste período pandêmico ocasionado pelo novo coronavírus. Neste período tem sido comum a identificação de sintomas de ansiedade e/ou depressão em profissionais da saúde que sejam convidados ou já estejam atuando na linha de frente do enfrentamento da COVID-19. O maior problema do surgimento desses sintomas é que podem gerar um grande impacto negativo ao bem-estar e as atividades diárias desses profissionais, gerando um reflexo direto em sua própria saúde mental e física com reflexos diretos em sua atuação laboral (SILVA et al., 2015; TRETTENE et al., 2018). Ademais, Lima et al. (2005) afirmam que “*Burnout*” vem do termo “*to burn out*” do inglês, cujo significado é “queima após desgaste”. Definido como um processo de esgotamento, a expressão vem sendo utilizada metaforicamente com finalidade de refletir o sofrimento do profissional no âmbito do trabalho, relacionado com uma redução de motivação e elevado grau de insatisfação, advindos do intenso estresse profissional.

Diante do exposto, eis que surge a seguinte hipótese/pergunta a ser respondida nessa pesquisa: *quais os impactos da pandemia na saúde mental dos profissionais da saúde a frente do combate a COVID-19, considerando o isolamento social a que foram submetidos?*

Após os resultados obtidos, a proposta foi elaborado – após defesa de dissertação – um manual descritivo de boas práticas em ambiente hospitalar, indicando procedimentos capazes de amenizar as condições estressantes decorrentes de situações pandêmicas.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar impactos da pandemia da COVID-19 no equilíbrio físico, mental e psicoemocional dos médicos que atuaram nas unidades de saúde referências nos municípios de Petrolina – PE e Juazeiro – BA.

2.2 Específicos

- Identificar sintomas relacionados à ansiedade, depressão e síndrome de *Burnout* em profissionais médicos que atuaram em unidades hospitalares de referência durante o enfrentamento à COVID-19.
- Analisar se tais sintomas detectados nesses profissionais foram decorrentes do ambiente de trabalho estabelecido na época.
- Elaborar – após defesa de dissertação - um manual descritivo de boas práticas baseado nos dados analisados, indicando medidas que possibilitem a esses profissionais amenizar os efeitos deletérios durante o exercício laboral.

3 JUSTIFICATIVA

Em períodos de grandes epidemias de doenças infecciosas, os agravos à saúde mental geralmente são deixados em segundo plano em relação aos danos biológicos e as medidas de tratamento. Contudo, as sequelas mentais atingem mais pessoas e tendem a perdurar além do fim das epidemias. Tais impactos psíquicos podem, porém, ser atenuados e até mesmo prevenidos se receberem a devida atenção. A obrigação desses cuidados foi necessária em surtos epidemiológicos anteriores e atualmente consolidada perante o contexto da COVID-19 (MOREIRA; SOUSA; NÓBREGA, 2020).

Uma revisão de literatura sobre surtos anteriores demonstra uma história de sobrecarga mental para os profissionais de saúde em períodos semelhantes. Vários estudos realizados durante a síndrome respiratória aguda grave (SARS) de 2003 e crises de Ebola de 2014 usaram pesquisas e entrevistas detalhadas para demonstrar o aumento dos sintomas de estresse, ansiedade, depressão, insônia e angústia entre os profissionais de saúde (CIVANTOS et al., 2020)

Avaliações anteriores exploraram a prevalência e os fatores associados a resultados psicológicos em profissionais de saúde durante surtos de doenças infecciosas anteriores. No entanto, até o momento, o impacto da crise atual sem precedentes no bem-estar psicológico da equipe médica e de enfermagem ainda não foi estabelecido (PAPPA et al., 2020).

Por estes motivos, pela falta de estudos na literatura sobre essa temática de tamanha importância para atualidade e no intuito de tentar contribuir com o bem-estar, prezar pela qualidade de vida e da saúde mental deste grupo populacional é que esta pesquisa está sendo realizada.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Pandemia da COVID-19 e efeitos na saúde mental de profissionais de saúde

As pandemias são definidas como epidemias de doenças que se dissipam rapidamente por vários países e afetam um número elevado de pessoas e que, de forma geral, geram consequências do nível micro ao macrossistêmico, fazendo criarem-se, pelo tempo em que permanecem ativas, novas regras e hábitos sociais para a população mundial e mobilizações de variadas naturezas para sua resolução. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a pandemia causada pela COVID-19 teve início na China em dezembro de 2019 e, desde então tem devastado vários locais e diversas populações (DUARTE et al., 2020b).

Ademais, as afecções psiquiátricas caracterizam uma parcela considerável de patologias globais, sendo responsáveis por um terço total das morbidades no mundo. Os transtornos mentais são doenças que atingem diretamente os âmbitos cognitivo, físico, emocional e comportamental, causando prejuízo nas atividades cotidianas, como o trabalho e as interações sociais (DA SILVA et al., 2019).

Assim, alguns estudos realizados na China onde adotou-se a quarentena e o isolamento social antes dos demais países como medidas de proteção à disseminação do novo coronavírus, revelam possíveis consequências psicológicas desse confinamento em larga escala. Os resultados refletem um maior índice de ansiedade, depressão, uso abusivo de álcool e menor bem-estar mental do que os índices populacionais usuais. De maneira geral, pacientes confirmados ou com suspeita da COVID-19 podem sentir aflição diante das possíveis consequências da infecção – potencialmente fatal, e os que estão em quarentena podem sentir-se entediados, solitários e com raiva (DUARTE et al., 2020b).

Na área da saúde, essa circunstância é tão profunda que a pandemia COVID-19 exigiu a adoção da linguagem da guerra. Fala-se de realocação de médicos e demais profissionais da saúde para a linha de frente e estatísticas sofisticadas rastreiam as causas diárias enquanto hospitais temporários de estilo militar são construídos. A CNN – Cable News Network, ou Rede de Notícias a Cabo, comparou o impacto da epidemia em nossa civilização ao da Segunda Guerra Mundial (RESTAURI; SHERIDAN, 2020).

Um estudo recente em 41 países mostrou altos níveis de estresse na população geral durante a pandemia da COVID-19, semelhante a aqueles relatados durante a síndrome respiratória aguda grave (SARS) epidemia em 2003. Sintomas depressivos aumentados de 8,5% antes do COVID-19 para 27,8% durante a COVID-19 em um estudo dos EUA. Estudos têm mostrado um quadro semelhante para a Europa. Um estudo italiano concluiu que sair de casa para trabalhar era associado ao aumento do estresse, que pode ser devido ao medo de ficar infectado. Em um estudo da Espanha durante o bloqueio, cerca de 34% e 21% dos participantes relataram depressão e ansiedade moderadas a extremamente graves, respectivamente. Outro estudo do Reino Unido relatou alto sofrimento mental durante o *lockdown*. A primeira parte de um estudo francês em março de 2020 descobriu que a prevalência de ansiedade entre a população em geral era duas vezes maior que relatado em um estudo antes da COVID-19 (HUMMEL et al., 2021).

Os profissionais de saúde da linha de frente (e os dos bastidores) no combate da pandemia são expostos diariamente ao risco de adoecimento pelo coronavírus, sendo que os diferentes níveis de campos de ação no enfrentamento da pandemia refletem maneiras variadas de exposição, tanto ao risco de contaminação quanto aos aspectos relacionados às condições de trabalho. Situações como cansaço físico e mental, falta de equipamentos de proteção individual, displicência relacionada às medidas de cuidado à saúde dos profissionais, assim, não atingem de maneira igual as variadas classes de trabalhadores, sendo preciso olhar com atenção para as particularidades de cada uma, evitando a minimização da capacidade de trabalho e da efetividade da atenção prestada aos pacientes (TEIXEIRA et al., 2020).

Durante a pandemia, os médicos que tiveram contato direto com pacientes infectados expressaram maior sofrimento mental, mais estigmatização e mais preocupação em infectar suas famílias. Isso foi confirmado durante a pandemia COVID-19 na Itália, onde os profissionais de saúde da linha de frente relataram sintomas de estresse pós-traumático. Milhares de profissionais médicos foram colocados em quarentena após contrair COVID-19 na Itália, França e Espanha. O fato de terem chegado tão perto da doença colocava sua saúde mental em maior risco do que a população em geral. Os desafios psicológicos da pandemia foram descritos para enfermeiras e médicos na Europa. Efeitos mais fortes sobre a saúde mental de profissionais de saúde médicos em comparação com profissionais de saúde não

médicos e uma alta prevalência de sintomas de saúde mental entre médicos e outras equipes médicas também foram relatados na China (HUMMEL et al., 2021).

Ademais, um estudo com 1.257 médicos e enfermeiros, envolvidos no combate ao novo coronavírus, mostrou uma parcela relevante de sintomas de depressão (50,4%), ansiedade (44,6%), insônia (34,0%) e angústia (71,5%). Já em outro com 230 médicos e enfermeiros, apresentou uma incidência de ansiedade de 23,04%, classificada entre severa (2,17%) e moderada (4,78%). As enfermeiras da linha de frente afirmaram níveis mais intensos desses sintomas. Perante tais colocações, torna-se primordial medidas que foquem na minimização dos danos à saúde mental de tais profissionais (MOREIRA; DE SOUSA; NÓBREGA, 2020).

Estudos relatam que em Hong Kong, a equipe médica e de enfermagem foi considerada vulnerável ao esgotamento, ansiedade e exaustão mental e na Alemanha, os médicos relataram altos níveis de sintomas ansiosos e depressivos. Além disso, o impacto psicológico da crise não é sentido apenas por médicos e enfermeiras respiratórios e de terapia intensiva da linha de frente, mas também por profissionais de saúde de outras especialidades, incluindo, por exemplo, cirurgiões e anestesiológicos (PAPPA et al., 2020).

Outro estudo demonstrou que um número considerável de profissionais de saúde relatou sintomas clínicos depressivos e de transtorno de estresse pós-traumático, revelando a necessidade de medidas preventivas e de suporte em relação a esses profissionais, mesmo em países com uma carga relativa de SARS-CoV-2, como a República de Chipre (CHATZITTOFIS et al., 2021).

Hummel et al. (2021) relata que a incerteza sobre quando a epidemia estará sob controle associada a preocupação em contaminar suas famílias estavam no topo da lista quando os profissionais médicos foram questionados sobre as coisas mais estressantes em sua vida cotidiana ou no trabalho durante a pandemia. A possível infecção da família é uma grande preocupação que foi relatada várias vezes antes, por exemplo, no Reino Unido ou anteriormente entre enfermeiras taiwanesas durante o surto de SARS e trabalhadores de saúde chineses durante COVID-19. Os resultados do estudo confirmam o dilema já visto durante a SARS: os profissionais de saúde fazem seu trabalho ajudando os outros, mas ao mesmo tempo se sentem ansiosos com medo de serem infectados ou infectar suas famílias. A maioria dos participantes do estudo estavam menos preocupados em serem infectados do que infectar suas famílias com COVID-19.

4.2 Entendendo as doenças analisadas no estudo.

4.2.1 Ansiedade

Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Às vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2014).

As síndromes ansiosas representam os transtornos mentais mais frequentes e apresentam, mundo afora, prevalência na vida em torno de até 17 a 30% e, no último ano, em torno de até 11 a 18%. No Brasil, estudos epidemiológicos nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro revelaram pelo menos algum transtorno de ansiedade e/ou fobias, nos últimos 12 meses, em 18,8 a 20,8% da população e pelo menos uma vez na vida em 27,7 a 30,8% (DALGALARRONDO, 2019).

Nesses quadros, são frequentes sintomas como insônia, dificuldade em relaxar, angústia constante, irritabilidade aumentada e dificuldade em concentrar-se. São também comuns sintomas físicos como cefaleias, dores musculares, dores ou queimação no estômago, taquicardia, tontura, formigamento e sudorese fria. Para se fazer o diagnóstico de uma síndrome ansiosa, também é necessário verificar se os sintomas ansiosos causam sofrimento clinicamente significativo e prejudicam a vida pessoal, social e ocupacional do indivíduo. (DALGALARRONDO, 2019)

Critérios diagnósticos ansiedade DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2014):

- A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).
- B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.
- C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses). Nota: Apenas um item é exigido para crianças.

1. Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele.
 2. Fatigabilidade.
 3. Dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente.
 4. Irritabilidade.
 5. Tensão muscular.
 6. Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).
- D. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo).
- F. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., ansiedade ou preocupação quanto a ter ataques de pânico no transtorno de pânico, avaliação negativa no transtorno de ansiedade social [fobia social], contaminação ou outras obsessões no transtorno obsessivo-compulsivo, separação das figuras de apego no transtorno de ansiedade de separação, lembranças de eventos traumáticos no transtorno de estresse pós-traumático, ganho de peso na anorexia nervosa, queixas físicas no transtorno de sintomas somáticos, percepção de problemas na aparência no transtorno dismórfico corporal, ter uma doença séria no transtorno de ansiedade de doença ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou transtorno delirante).

4.2.2 Depressão

O humor pode ser definido como uma emoção ou um tom de sentimento difuso e persistente que influencia o comportamento de uma pessoa e colore sua percepção de ser no mundo. Os transtornos do humor – às vezes chamados de transtornos afetivos – constituem uma categoria importante de doença psiquiátrica, consistindo em transtorno depressivo, transtorno bipolar e outros transtornos, os quais são discutidos nesta seção e na seguinte. O transtorno depressivo maior representa a condição clássica desse grupo de transtornos. Ele é caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure um tempo consideravelmente maior) envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas.

O diagnóstico baseado em um único episódio é possível, embora o transtorno seja recorrente na maioria dos casos. Os sintomas dos critérios para transtorno depressivo maior devem estar presentes quase todos os dias para serem considerados presentes, com exceção de alteração do peso e ideação suicida. Humor deprimido deve estar presente na maior parte do dia, além de estar presente quase todos os dias. Insônia ou fadiga frequentemente são a queixa principal apresentada, e a falha em detectar sintomas depressivos associados resultará em subdiagnóstico. A tristeza pode ser negada inicialmente, mas pode ser revelada por meio de entrevista

ou inferida pela expressão facial e por atitudes. Com os indivíduos que focam em uma queixa somática, os clínicos devem determinar se o sofrimento por essa queixa está associado a sintomas depressivos específicos. Fadiga e perturbação do sono estão presentes em alta proporção de casos; perturbações psicomotoras são muito menos comuns, mas são indicativas de maior gravidade geral, assim como a presença de culpa delirante ou quase delirante. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2014)

Estudos epidemiológicos indicam que 15 a 40% das pessoas com depressão maior já tentaram alguma vez o suicídio. Estudos de suicídios completos revelam que 60% de todos eles são realizados por pessoas com depressão. Ter a doença aumenta em 20 vezes o risco de suicídio. Do ponto de vista psicopatológico, as síndromes depressivas têm como elementos mais salientes o humor triste e, na esfera volitiva, o desânimo, mais ou menos marcantes. Tal tristeza e desânimo são, na depressão, desproporcionalmente mais intensos e duradouros do que nas respostas normais de tristeza que ocorrem ao longo da vida (DALGALARRONDO, 2019).

No Brasil, um estudo na cidade de São Paulo, com 1.464 pessoas, com mais de 18 anos de idade, em 2002, revelou prevalência de depressão na vida de 17% (Andrade et al., 2002). Outro estudo, que utilizou o instrumento *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), com amostra das cidades de Rio de Janeiro e São Paulo, somando 3.744 pessoas, entre 15 e 75 anos, em 2007 e 2008, encontrou prevalência de depressão na vida, no Rio de Janeiro, de 17,4% e, em São Paulo, de 19,9% (DALGALARRONDO, 2019).

Critérios diagnósticos de acordo com o DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2014):

Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)

2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).

3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)

4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.

5. *Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).*
 6. *Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.*
 7. *Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecreminação ou culpa por estar doente).*
 8. *Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).*
 9. *Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.*
- B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.*
- C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.*

4.2.3 Síndrome de Burnout

O Ministério da Saúde (2002) define a síndrome de Burnout, ou síndrome do esgotamento profissional, como um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no ambiente de trabalho e a incluiu na relação de doenças ocupacionais, classificando-a como um transtorno mental e do comportamento relacionado ao trabalho, por meio do Código Internacional de Doenças.

Os sintomas do *Burnout* podem ser de cunho psicossomático, psicológico e comportamental e geralmente produzem consequências negativas nos níveis individual, profissional e social. Em geral, os indivíduos apresentam-se emocional e fisicamente exaustos, estão frequentemente irritados, ansiosos ou tristes. Além disso, as frustrações emocionais podem desencadear úlceras, insônia, dores de cabeça e hipertensão, além de abuso no uso do álcool e medicamentos, promovendo problemas familiares e conflitos sociais. Entre as consequências para as instituições, destacam-se elevado índice de absenteísmo, acidentes de trabalho, licença saúde, diminuição da qualidade de vida no trabalho e aumento de conflitos interpessoais (FERRARI CARDOSO et al., 2017).

A síndrome pode afetar diferentes profissionais e de qualquer faixa etária. Algumas atividades profissionais são mais propensas ao seu desenvolvimento, como área de assistencialismo, professores e profissionais da saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2002), os profissionais que estão mais sujeitos são, principalmente, aqueles da área de serviços ou cuidadores, quando em contato direto com os

usuários, como os trabalhadores da educação, da saúde, policiais, assistentes sociais e agentes penitenciários (FERRARI CARDOSO et al., 2017).

4.2.4 Coexistência de transtornos

Nos transtornos de ansiedade, o DSM-5 observa a existência de transtorno misto de ansiedade e depressão. Sintomas significativos de ansiedade podem e costumam coexistir com sintomas significativos de depressão. Ainda não foi esclarecido se os pacientes que exibem ambas as condições são afetados por dois processos diferentes de doença ou por um processo único que produz os dois conjuntos de sintomas. Pacientes de ambos os tipos podem constituir o grupo de pessoas com transtorno misto de ansiedade e depressão(SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A ansiedade é, de modo geral, um componente frequente e importante nos quadros depressivos. O DSM-5 e a CID-11 propõem que se distinga uma forma de depressão, geralmente moderada ou grave, com marcante componente de ansiedade, tensão e inquietação psicomotora, chamada depressão ansiosa ou depressão agitada. O paciente se queixa de angústia ou ansiedade acentuada associada aos sintomas depressivos; sente-se nervoso, tenso, não para quieto; apresenta-se insone; irritado; anda de um lado para outro, desesperado. Pode ter, ainda, dificuldade para se concentrar devido a muitas preocupações; tem medo de que algo horrível possa ou irá acontecer. Também pode ter o sentimento de perda do controle de si mesmo. Na depressão ansiosa, há risco ainda maior de suicídio (DALGALARRONDO, 2019).

As taxas de comorbidade com transtorno depressivo maior relatadas durante a vida variam de forma considerável, podendo ser de 10 a 65% em indivíduos com transtorno de pânico. Em aproximadamente um terço das pessoas com os dois transtornos, a depressão precede o início do transtorno de pânico. Nos dois terços restantes, a depressão ocorre ao mesmo tempo ou após o início do transtorno de pânico. Um subgrupo de indivíduos com transtorno de pânico desenvolve um transtorno relacionado a substância, o que para alguns representa uma tentativa de tratar sua ansiedade com álcool ou medicamentos. A comorbidade com outros transtornos de ansiedade e transtorno de ansiedade de doença também é comum.(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2014)

4.3 Ambientes de trabalho em saúde e as relações com a saúde mental dos profissionais que neles atuam.

4.3.1 O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Devido à expectativa constante de situações de emergência, alta complexidade tecnológica e concentração de pacientes críticos sujeitos a mudanças bruscas em seu estado geral, o ambiente de trabalho torna-se estressante e gera um ambiente emocionalmente pesado, tanto para os profissionais quanto para os pacientes e seus familiares. Além disso, há variáveis que também interferem na atuação dos profissionais de UTI, como: ambiente extremamente seco, refrigerado, fechado e com iluminação artificial; ruído interno contínuo e intermitente; Interação constante entre as mesmas pessoas da equipe durante todo o plantão e cobrança excessiva de segurança, respeito e responsabilidade com os pacientes, sofrimento, dor e morte iminente para garantir a qualidade da assistência. Esses indicadores levam claramente a um ambiente de trabalho cansativo e tenso, levando à desmotivação, conflitos entre os membros da equipe e estresse para o grupo de trabalho e principalmente para o trabalhador individualmente (PRETO; PEDRÃO, 2009).

Outros estressores nas UTI incluem a dificuldade em aceitar a morte, a escassez de recursos físicos (leitos e equipamentos) e humanos e o amplo julgamento de decisões na seleção de pacientes para cuidar. Esses são alguns dos dilemas éticos e profissionais que a equipe multiprofissional que atua na UTI enfrenta diariamente (LEITE; VILA, 2005).

4.3.2 O ambiente de emergência hospitalar.

Os profissionais que atuam nos setores de urgência e emergência precisam ser capazes de tomar decisões em tempo hábil e distinguirem quais as prioridades a serem implementadas, avaliando o paciente de forma eficiente. No entanto, no setor de urgência e emergência devido à dinâmica intensa de atendimento, há a exigência de que esses os profissionais sejam ágeis e objetivos, salientando que o paciente em estado grave não pode suportar longo tempo de espera por tomadas de decisões ou até falhas de conduta. Além da existência de outros fatores estressores tais como, o número reduzido de profissionais, excesso de trabalho, relações interpessoais complexas entre outros, fazendo com que o profissional de emergência tenha uma carga de trabalho muito desgastante, levando-os a uma situação com inúmeros

pontos de tensão. Os profissionais de saúde se desgastam não só pela alta demanda de carga de trabalho como, também, pelas tarefas árduas que tem que desempenhar, principalmente nas unidades de emergência, que se caracterizam por receber pacientes com cuidados mais específicos (VIEIRA DE MELO et al., 2013).

4.4 O efeito “*Burnout*”

Em suma, os aspectos causadores do sofrimento psíquicos dos mais variados profissionais da saúde ou outros profissionais que atuaram diretamente em unidades de saúde referências para os pacientes com COVID-19 foram e são: empenho emocional e esgotamento físico ao prestar assistência a inúmeros pacientes com afecções agudas de variadas as idades, o que possuem altas chances de piora rapidamente progressiva; ver seus semelhantes, colegas de trabalho, em situação de gravidade e ter que cuidar deles; falta de equipamentos de proteção individual que maximizam o risco de contaminação, gerando medo e ansiedade; aflição em ser vetor de contaminação dos seus familiares e amigos, principalmente os idosos, com doenças crônicas ou imunocomprometidos; pouca quantidade de respiradores e outros equipamentos médicos essenciais para o cuidado efetivo os pacientes mais graves; tensão em assumir cargos novos e cargas de trabalho exaustivas no atendimento a pacientes com COVID-19; dificuldade de acesso a serviços de saúde mental para manejar esses sintomas psicológicos.

Dessa maneira, a pandemia da Covid-19 está causando enfermidades mentais na população geral e nos profissionais de saúde, evidenciando quadros de ansiedade, depressão, estresse e Transtorno de Estresse Pós-Traumático. As mulheres, estudantes e os enfermeiros são os mais atingidos por essas sequelas psicológicas (TEIXEIRA et al., 2020).

A medida em que a pandemia continua atingindo a saúde física de inúmeras pessoas, as sequelas ligadas à saúde mental se mostram presentes e podem causar efeitos deletérios no longo prazo, expondo, assim, a necessidade de ações imediatas e medidas estratégicas individuais, além de atos de promoção a saúde para a comunidade, os quais diminuam os danos emocionais e agravos psicológicos na população em geral e nos profissionais da linha de frente do combate à pandemia da COVID-19 (MOREIRA; DE SOUSA; NÓBREGA, 2020).

4.5 Repercussões da Vacinação contra a COVID-19 e as novas variantes.

Como fator protetor em relação ao sofrimento psíquico, as vacinas se mostraram grandes aliadas, como mostra um estudo em que pessoas que foram vacinadas entre dezembro de 2020 e março de 2021 relataram diminuição dos níveis de sofrimento mental nas pesquisas realizadas após receber a primeira dose (PEREZ-ARCE et al., 2021). Ainda assim, existe uma hesitação vacinal, caracterizada pela incerteza e ambivalência sobre a vacinação, ressaltando a falha ou a falta de mensagens eficazes de saúde pública. Tais pessoas que hesitam ainda podem estar convencidas da segurança, eficácia e necessidade das vacinas. Os motivos mais comuns para hesitação são preocupações com os efeitos colaterais e os efeitos a longo prazo na saúde, a falta de confiança nas vacinas, e alguns capitalizaram essas preocupações para espalhar desinformação (MILLS et al., 2020; RAZAI et al., 2021).

A imunidade viral é mediada pela memória imunológica que se desenvolve após uma resposta imune primária ter sido eliciada a um antígeno viral. A imunidade natural ao SARS-CoV-2 pode se desenvolver a partir de infecção prévia; isso resultará em uma resposta imune rápida e eficaz, protegendo assim o hospedeiro. No entanto, a presença e a duração das células de memória imunológica específicas do SARS-CoV-2 que conferem imunidade protetora confiável em indivíduos com infecção passada permanecem pouco compreendidas. Informações sobre essas respostas podem ajudar a determinar se a imunidade naturalmente adquirida contribuirá efetivamente para o desenvolvimento da imunidade coletiva. Além disso, o surgimento de variantes SARS-CoV-2 limita ainda mais o sucesso das vacinas e a imunidade natural, pois contêm alterações genômicas, particularmente nas regiões codificadoras de proteínas S, que aumentam sua aptidão em comparação com cepas anteriormente circulantes (MISTRY et al., 2022).

O surgimento da variante Omicron da síndrome respiratória aguda grave altamente mutada do coronavírus 2 (SARS-CoV-2), inaugurou respostas de pânico em todo o mundo devido às suas mutações contagiosas e de fuga da vacina. Esta variante foi designada como uma variante preocupante (VOC) pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Desde janeiro de 2021, várias variantes de vírus surgiram e se tornaram dominantes em muitos países. O surgimento dessas variantes (Alpha, Beta, Gama e Delta) foi responsável por novas ondas de infecções em todo o mundo (VOLZ et al., 2021). A variante Delta foi relatada como tendo aumento da

transmissibilidade, maior carga viral e altas taxas de reinfecção (VAN KAMPEN et al., 2021). Devido à sua capacidade de escapar da imunidade natural, tornou-se a variante globalmente dominante (TOWNSEND et al., 2021). O surgimento da Omicron como uma nova VOC transformou a noção do final do jogo da COVID-19 e criou uma nova discussão sobre a eficácia da vacinação e a campanha de reforço em andamento em um mundo já cansado da COVID-19 (KHAN; AL-THANI; EL-MENYAR, 2022).

Nessa realidade, surtos atuais de Influenza, com atenção à cepa A/H3N2 no Brasil, uma doença infecciosa respiratória, que tem padrões sazonais que a maioria dos casos ocorreu no outono e inverno, no entanto, estamos observando um cenário completamente diferente surgindo no final da primavera e início da temporada de verão no país. A variante Ômicron do SARS-CoV2, que é considerada mais transmissível, combinada com a baixa cobertura vacinal para Influenza, cuja cepa H3N2 ainda não faz parte da vacina atual, representam condições para o surgimento e crescimento de casos de coinfeção em vários estados (FUJITA et al., 2022).

4.6 Relações entre hábitos de vida e transtornos mentais

Associações prospectivas entre comportamento sedentário e depressão descobriu que indivíduos mais sedentários estavam em risco significativamente maior de depressão ao longo do tempo (determinado por meio de registros de diagnóstico ou entrevistas clínicas) em comparação com contrapartes menos sedentárias. Estudos apontam as relações longitudinais da atividade física com diferentes medidas de ansiedade indicou benefícios protetores de altos níveis de atividade física para cada medida, incluindo sintomas de ansiedade elevados diagnóstico de transtorno de ansiedade (FIRTH et al., 2020).

Em estudos transversais, o tabagismo foi associado a um risco quase duas vezes maior de depressão em relação a nunca fumantes e ex-fumantes. No conjunto menor de estudos prospectivos, as chances de depressão subsequente também foram maiores para fumantes atuais do que nunca. Atestando sua robustez, a relação entre tabagismo e depressão foi exibida em vários moderadores (LUGER; SULS; VANDER WEG, 2014).

O consumo de álcool está associado a várias complicações da saúde física e mental e contribui substancialmente para a carga global da doença. Em contraste, o efeito do consumo leve ou moderado de álcool na saúde é menos claro. arte dessa

inconsistência pode ser atribuída ao possível papel de fatores de confusão, como as várias variáveis sociodemográficas (BELLOS et al., 2013).

Estudos divergem com relação ao álcool a relação entre álcool e depressão é ambígua. As causas e consequências do consumo de álcool baixo a moderado são radicalmente diferentes das do abuso de álcool, o que não é o caso de outras drogas. O fato de que o consumo limitado de álcool pode proteger contra a depressão pode ser explicado por fatores sociais. Nos países ocidentais, onde o álcool é amplamente distribuído e socialmente aceito, o uso médio pode implicar um bom ajuste social até certo ponto (GUTIÉRREZ-ROJAS et al., 2020). O estudo confirma que o consumo excessivo de álcool está associado a uma maior prevalência de depressão, mas também aumenta a possibilidade de que o consumo leve/moderado possa estar associado a uma redução da prevalência de depressão e ansiedade. Qualquer interpretação causal dessa associação é difícil no contexto deste estudo transversal e mais estudos longitudinais são necessários (GUTIÉRREZ-ROJAS et al., 2020).

A dependência de álcool com frequência coexiste com transtornos do humor. Pacientes com transtorno depressivo maior, assim como aqueles com transtorno bipolar I, têm probabilidade de satisfazer os critérios diagnósticos de um transtorno por uso de álcool. Os dados disponíveis indicam que a dependência tem mais forte ligação com um diagnóstico coexistente de depressão em mulheres do que em homens. Em contraste, dados genéticos e familiares de homens que têm tanto transtorno do humor quanto dependência de álcool revelam, que eles tendem a ter dois processos de doença geneticamente distintos (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

4.7 Gênero e saúde mental

Uma observação quase universal, independentemente de país ou cultura, é a prevalência duas vezes maior de transtorno depressivo maior em mulheres do que em homens. As hipóteses das razões para essa disparidade envolvem diferenças hormonais, os efeitos do parto, estressores psicossociais diferentes para mulheres e para homens e modelos comportamentais de impotência aprendida. Em contraste com o transtorno depressivo maior, o transtorno bipolar I tem uma prevalência igual entre homens e mulheres. Episódios maníacos são mais comuns em homens, e episódios depressivos são mais comuns em mulheres. Quando episódios maníacos ocorrem em mulheres, elas têm mais probabilidade do que os homens de apresentar um quadro misto (p. ex., mania e depressão). As mulheres também têm uma taxa mais

alta de ciclagem rápida, definida como quatro ou mais episódios maníacos no período de um ano. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017)

Embora o achado mais reproduzível na epidemiologia do transtorno depressivo maior tenha sido uma prevalência maior no sexo feminino, não existem diferenças claras entre os gêneros em sintomas, curso, resposta ao tratamento ou consequências funcionais. Em mulheres, o risco de tentativas de suicídio é mais alto, e o risco de suicídio completo, mais baixo. A disparidade na taxa de suicídio por gênero não é tão grande entre aqueles com transtornos depressivos quanto na população como um todo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2014).

Em contextos clínicos, o transtorno de ansiedade generalizada é diagnosticado com frequência um pouco maior no sexo feminino do que no masculino (cerca de 55 a 60% dos indivíduos que se apresentam com o transtorno são do sexo feminino). Em estudos epidemiológicos, aproximadamente dois terços são do sexo feminino. Os indivíduos de ambos os sexos que experimentam o transtorno de ansiedade generalizada parecem ter sintomas similares, mas demonstram padrões diferentes de comorbidade compatíveis com as diferenças de gênero na prevalência dos transtornos. No sexo feminino, a comorbidade está em grande parte confinada a transtornos de ansiedade e depressão unipolar, enquanto, no masculino, a comorbidade tem mais probabilidade de também se estender aos transtornos por uso de substâncias.(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2014)

4.8 Estado civil e saúde mental

O transtorno depressivo maior ocorre mais frequentemente em pessoas sem relacionamentos interpessoais íntimos e naquelas que são divorciadas ou separadas. O transtorno bipolar I é mais comum em pessoas divorciadas e solteiras do que entre as casadas, mas essa diferença pode refletir o início precoce e a discórdia conjugal resultante característica do transtorno (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Considerações Éticas da Pesquisa

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão da Universidade Federal de Pernambuco, para análise e foi aprovado na data de 14/06/2022 sob CAAE nº 57031722.2.0000.9430; uma vez que respeita os princípios éticos presentes na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013).

Todos os voluntários da pesquisa foram esclarecidos sobre o propósito do projeto, caráter metodológico e estão sendo convidados a participar espontaneamente do estudo; ao aceitarem participar, leram e foram convidados a assinar espontaneamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE foi enviado por e-mail, com possibilidade de ser assinado com assinatura digital via certificado digital (por exemplo pelo gov.br) ou ser impresso, assinado e devolvido digitalizado no formato PDF. A presente pesquisa foi regida pela Carta Circular CONEP/CNS/MS nº. 001/21 para pesquisas virtuais. Os pesquisadores em questão assumiram a responsabilidade frente à privacidade e à confidencialidade dos relatos apresentados, preservando integralmente o anonimato dos sujeitos da pesquisa (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

Os participantes da pesquisa puderam desistir a qualquer momento da participação, apenas precisavam comunicar por e-mail esse desejo ou informar na plataforma dos questionários a sua desistência. Todas as informações desta pesquisa foram confidenciais e somente serão divulgadas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados para realização desta pesquisa, durante a fase de coleta, foram armazenados em pastas de arquivo sob a responsabilidade do pesquisador principal no computador pessoal e na nuvem, especificamente, no Google Drive; permanecendo sob a tutoria deste pesquisador durante o período mínimo de 05 (cinco) anos. Após o término da coleta dos dados, estes foram extraídos da plataforma digital ou da "nuvem" e armazenados foram da nuvem; em computador e pendrive, evitando o risco de violação de dados em ambiente virtual com base na Carta Circular no. 001/21 CONEP/CNS/MS.

Esta pesquisa não infringiu as normas legais e éticas, contudo poderiam ter ocorrido alguns riscos e desconfortos. Risco de divulgação de dados confidenciais ou

identificação pessoal, de condutas profissionais inadequadas ou mesmo que fugiriam da alçada ética-profissional, de cansaço ou aborrecimento ao responder questionários, alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre prática anterior. Risco de produzir estados negativos ou comportamento alterado, incluindo ansiedade, culpa, sentimentos de choque de inutilidade ou medo. Risco de danos sociais que poderiam gerar alteração em seus relacionamentos e que poderiam envolver estigmatização, vergonha ou perda de respeito. Alguns dos riscos foram minimizados através de medidas de segurança digital, utilizando-se de autenticadores de senhas nos computadores e nuvem (utilizados na pesquisa), além de apenas o pesquisador principal ter acesso aos dados brutos da presente pesquisa. Outros riscos foram sendo alertados desde o TCLE a fim de não evocar memórias negativas nos participantes, dando-os liberdade de não aceitar participar da pesquisa.

Aos benefícios da pesquisa incluiu-se um grande retorno social (de maneira indireta), ao trazer à comunidade acadêmico-social a reflexão sobre o estado da saúde mental dos profissionais da saúde que atuaram na linha de frente desde o início da pandemia nos municípios de Petrolina-PE e Juazeiro-BA. Dar base científica sobre a temática, servindo de fonte para estudos futuros sobre saúde mental de profissionais da saúde, além da elaboração e publicação de um guia de boas práticas hospitalares que visam mitigar danos psicolaborais, podendo ser utilizado por setores de gestão em saúde e pelos profissionais da saúde permitindo, de forma direta, uma autorreflexão sobre a própria saúde mental. Proporcionando assim, que o/a participante identificado com algum fator de risco para adoecimento mental ou alguma alteração psíquica, seja acompanhado/a profissionalmente.

Todas as despesas que fossem geradas decorrente da participação na pesquisa, que viessem a interferir negativamente ao pesquisado, foram ressarcidas pelo pesquisador principal. Foi garantido ainda, a assistência integral através de encaminhamento do/a participante ao Centro de Práticas e Estudos em Psicologia (CEPPSI), quando houvesse necessidade explícita ou fossem identificados sinais relacionados a depressão, ansiedade e síndrome de Burnout; além de sido mantido o direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, respeitando a liberdade de recusarem e/ou de continuarem participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo.

Foi garantido o acesso aos participantes, quando solicitado, aos resultados individuais. Foi minimizado o desconforto, garantindo a liberdade de não responder questões que lhe causassem constrangimento. Os participantes não foram remunerados nessa pesquisa.

5.2 Delineamento da pesquisa, período e local de estudo

Este foi um estudo observacional transversal, o qual trata-se de um estudo epidemiológico normalmente utilizado para analisar situação de doença com base em um momento histórico, levantamento de dados para a análise da prevalência de doenças em dado espaço, também útil em estudos descritivos de manifestações clínicas, sendo realizado com profissionais da saúde de todos os sexos, incluindo docentes dos cursos de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco, que atuaram em unidades de saúde e de referência ao enfrentamento da COVID-19. O local de estudo compreendeu duas cidades pertencentes a região do submédio São Francisco, que são os municípios de Petrolina-PE e Juazeiro-BA, com população estimada de 354.317 e 218.162 em 2020, respectivamente (IBGE, 2020). Considerando os serviços de saúde, estes municípios possuem 13 (treze) unidades referências de atendimento no enfrentamento da COVID-19; sendo 11 (onze) hospitais e 02 (duas) Unidades de Pronto Atendimento – UPA. (CNES, 2022)

A abordagem aos participantes foi realizada de forma online, através de redes sociais (Instagram, Facebook, LinkedIn) e Google, buscando um primeiro contato, convidando-os a participarem através de mensagem eletrônica (e-mail), apresentando o TCLE e os objetivos da pesquisa. A partir desta apresentação, os participantes que aceitavam participar da pesquisa foram convidados a preencher o formulário eletrônico, durante o período de 15/06/2022 a 27/06/2023.

5.3 População amostral; critérios de exclusão

A população amostral dessa pesquisa foi da classe medica, selecionada por conveniência, a fim de obter-se um levantamento da situação desses profissionais da saúde que atuaram em unidades hospitalares de referência ao enfrentamento da COVID-19 nos municípios de Petrolina-PE e Juazeiro-BA. Para quantificação dos profissionais de saúde nessas unidades foi considerado o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, disponível em janeiro de 2022, totalizando 272 (duzentos e setenta e dois) profissionais médicos. Foram utilizados os filtros de tipo

de estabelecimento (“hospital geral”) e consulta de profissionais (CBO – “225125 - Médico clínico”) na base de dados para essa quantificação e excluídos os nomes repetidos.

Após esta seleção, seguida do cálculo amostral, estabeleceu-se quantitativo total de 72 (setenta e dois) participantes, com grau de confiabilidade de 95%. Para tanto, foi utilizada a fórmula proposta por Jack Levin (1987), apresentada abaixo:

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha/2} \cdot \sigma}{E} \right)^2$$

onde:

N = Número de indivíduos na amostra (272 médicos)

Z/a/2 = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado

δ = Desvio padrão populacional da variável estudada

E = Margem máxima de erro

Foram incluídos no presente estudo os profissionais da saúde (médicos) de todos os gêneros, que tenham atuado pelo menos três meses em uma unidade hospitalar de referência ao enfrentamento da COVID-19. Foram utilizados como critérios de exclusão o fato dos profissionais da saúde estarem de licença médica, em férias e/ou afastado(a)s de suas funções e de não preencherem os formulários por completo.

5.4 Protocolo do estudo

Para realização do presente estudo foi desenvolvidos dois formulários eletrônicos; visto que o início da pesquisa estava em consonância com os protocolos e atualizações sobre prevenção e manejo da COVID-19. O primeiro formulário foi estruturado para a obtenção dos dados relacionadas às características sociodemográficas dos profissionais (ANEXO I); o segundo para coleta das informações sobre a atuação profissional e categorização profissional, por meio das variáveis a saber: sexo, idade, estado civil, raça/cor; peso; altura; renda; cargo e setor que trabalha; tipo de vínculo; tempo de atuação profissional e presença de outro

vínculo empregatício; bem como uma última parte com perguntas relacionadas as questões de saúde mental de caráter quantitativo (ANEXO II).

Antes do envio dos formulários para a coleta de dados, os participantes da pesquisa receberam todas as informações acerca da pesquisa (os objetivos, como seria a coleta de dados, a análise dos resultados e das informações) via e-mail e/ou redes sociais. Dessa maneira o(a)s profissionais que espontaneamente concordaram em participar da pesquisa, assinaram o TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE A) que foi desenvolvido também em formato de formulário eletrônico e enviado juntamente com as informações sobre a pesquisa. Após o recebimento do preenchimento do TCLE eletronicamente, iniciou-se a coleta de dados com o envio dos formulários eletrônicos confeccionados para esse fim, via e-mail e/ou redes sociais que os próprios participantes recomendaram.

5.5 Análise e Tratamento dos Dados

Os dados foram coletados via formulário eletrônico (Google Forms) e catalogados em tabelas contendo as perguntas e respostas em um banco de dados no formato, inicialmente, Google Planilhas e, posteriormente com o termino do período de coleta, foi convertido em planilha EXCEL, versão 2019. Os dados absolutos e relativos foram apresentados na forma de tabelas e gráficos, acompanhando análise descritiva; assim como, foram analisados por meio do software estatístico R a fim de averiguar as correlações entre os níveis de sintomas de depressão, ansiedade e “*Burnout*” dos médicos atuantes na linha de frente do combate à Covid-19. As comparações foram realizadas por meio do teste de Qui-quadrado, considerando 5% como máxima tolerância de significância do teste.

5.6 Fatores Dificultadores

Como possíveis fatores dificultadores na pesquisa foram identificados os itens: a) não aceite de um número considerável de profissionais pelas questões próprias de sobrecarga de trabalho; b) falta de tempo para participar e para o preenchimento do **formulário on-line**; c) afastamentos dos profissionais médicos seja por perícia médica ou por adoecimento decorrente da pandemia da COVID-19 durante a realização do presente estudo.

5.7. Fatores Facilitadores

Como possíveis fatores facilitadores da pesquisa foram identificados os itens: a) público-alvo ser profissional da saúde; b) pesquisador principal ser médico e ter interesse pela temática, bem como ter atuado na linha de frente para o enfrentamento da COVID-19; c) a pesquisa gerar um material de aplicabilidade prática e de interesse para o âmbito hospitalar; c) necessidade de maiores estudos voltado a saúde mental dos profissionais de saúde em situações de extremo estresse, como foi e é o caso da COVID-19.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O formulário on-line foi enviado para 271 (duzentas e setenta e uma) pessoas no total; desses, 52 (cinquenta e duas) não aceitaram participar de imediato; 144 (cento e quarenta e quatro) deram início as respostas, mas não finalizaram; 04 (quatro) não preencheram critérios de inclusão e a amostra final da pesquisa foi composta por 71 participantes que aceitaram participar, preencheram os critérios de inclusão, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam o formulário até o final (Figura 1).

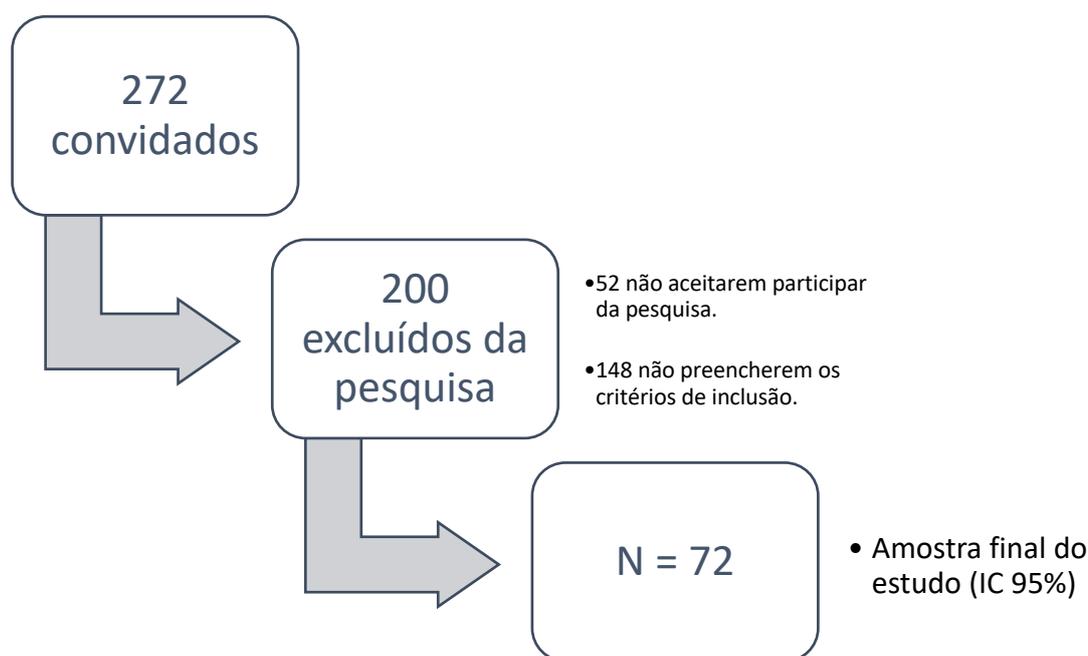


Figura 1 – Fluxograma metodológico da amostragem. Fonte: própria autoria.

O baixo número de participantes que aceitaram participar da pesquisa diante do quantitativo contatado, corrobora com os dados de muitos pesquisadores que têm se aprofundado na temática que envolve o uso de formulários e/ou questionários enviados pela internet para coleta de dados em pesquisas e que vinculam essa baixa adesão ao fato do entrevistado associar à realização dessa atividade a responder a uma pesquisa de marketing pela internet (EVANS; MATHUR, 2005; WILSON; LASKEY, 2003; ILIEVA; BARON; HEALEY, 2002; SCHONLAU; FRICKER JR.; ELLIOT, 2001). Porém, acredito que essas constatações precisam ser analisadas mais a fundo.

Porém também pode ser justificado devido a outros fatores lógicos e contextuais que influenciam a disponibilidade e o interesse desses profissionais em responder aos formulários eletrônicos, tais como: a) carga de trabalho e exaustão, provocada pelo enfrentamento na linha de frente do combate à COVID-19 que gerou uma carga de trabalho intensa e exaustiva durante a pandemia. O tempo dedicado ao atendimento, diagnóstico e tratamento dos pacientes, muitas vezes em condições de alta pressão, pode ter deixado esses profissionais com pouco tempo e energia para se engajar em atividades adicionais, como responder a questionários longos.

Além disso, o tempo ficou mais limitado devido a mudança drástica na rotina que exigia deles respostas imediatas à crise de saúde pública. Houve uma priorização de tarefas essenciais com natureza urgente e a demanda por atendimento médico eficaz podem ter levado muitos médicos a priorizar suas responsabilidades clínicas sobre outras atividades, inclusive a participação em pesquisas científicas. Sem esquecer que podem ter havido experiências pessoais traumáticas e emocionalmente desafiadoras, o que pode tê-los levado a um possível desejo de evitar relembrar essas experiências ao responder a perguntas sobre saúde mental e bem-estar.

Outros fatores que devem ser levados em consideração são os relacionados a confidencialidade e a privacidade, pontos esses que alguns dos respondentes podem ter ficado preocupados em relação à suas respostas, especialmente por conta do formulário de exigir informações pessoais ou sensíveis sobre sua saúde mental. Uma vez que o tema da 'saúde mental' pode ser delicado, e os respondentes podem ter se sentido relutantes em compartilhar suas experiências emocionais, mesmo em um ambiente anônimo e por esse motivo não finalizaram suas respostas.

Diante do exposto, torna-se compreensível o fato de que o número de respondentes e/ou de participantes tenha sido relativamente baixo, uma vez que existem as limitações e desafios enfrentados pelos profissionais da saúde que estiveram na linha de frente da luta contra a COVID-19.

6.1 Perfil sociodemográfico e profissional dos médicos participantes da pesquisa

Em relação ao gênero, a participação de mulheres e homens foi equilibrada, sendo 51,38% mulheres e 48,61% homens, o mesmo ocorrendo com a idade, onde 92,88% dos respondentes encontram-se na faixa etária de 25 a 37 anos. Quanto ao

estado civil, 63,89% mantem relação de convivência, dentre os quais 83,33%, não possuem filhos, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas dos médicos atuantes da linha de frente no combate a pandemia da pesquisa (N=72).

| VARIÁVEIS | | N (%) |
|---------------------|-----------------------------------|------------|
| Gênero | Feminino | 37 (51.38) |
| | Masculino | 35 (48.61) |
| Idade | Entre 25 e 37 | 67 (92.88) |
| | Maior que 37 | 05 (6.92) |
| Estado civil | Em alguma forma de relacionamento | 46 (63,89) |
| | Solteiro | 26 (36,11) |
| Filhos | Sim | 12 (16,66) |
| | Não | 60 (83,33) |
| Religião | Agnóstica | 01 (1.38) |
| | Católica | 30(41.66) |
| | Cristã | 01 (1.38) |
| | Espirita | 06 (8.33) |
| | Evangélica | 07 (9.72) |
| | Nenhuma | 27 (37.49) |
| Escolaridade | Curso superior | 39 (54.92) |
| | Residencial médica | 20 (28.16) |
| | Especialização | 12 (16.90) |

Fonte: própria autoria, 2023.

Os dados aqui apresentados em relação à categoria gênero, confirmam a estatística nacional, onde a diferença entre mulheres e homens na profissão da medicina é cada vez menor. Em 1990, as mulheres eram 30,8%, já em 2015 cresceram 11,7%. Em 2020, os homens formavam 53,4% da população de médicos e as mulheres, 46,6%, entretanto, entre a população mais jovens de até 29 anos, as mulheres são maioria, representando 58,5% e, 55,3% na faixa etária de 30 a 34 anos. No grupo com idade entre 35 e 39 anos, há um equilíbrio entre os gêneros, com 49,7% de mulheres. (SCHEFFER et al., 2020).

No âmbito regional, dois estados serviram de local de pesquisa (Bahia e Pernambuco) e este estudo apresenta maior coerência no estado de Pernambuco, onde há uma diferença mínima entre gêneros (50,2% de mulheres e 49,8% de homens), mas com maioria feminina. Já o estado da Bahia, apresenta também uma pequena diferença demográfica de gêneros, tendo homens em sua maioria com 52,7% e mulheres 47,3% (SCHEFFER et al., 2020).

Refletindo acerca da maioria (63,89%) dos participantes do estudo estar em relacionamento estável durante a pandemia, Prime, Wade & Browne (2020), explicam que em momentos de desastres sociais, incluindo pandemias, os parceiros tendem a confiar ainda mais uns nos outros, mesmo tendo conhecimento que vulnerabilidades preexistentes ou traços de personalidade podem ser exacerbados durante períodos de estresse, incluindo a expressão de ansiedade, hostilidade, dominância, teimosia ou rigidez, o que requer cuidados especiais.

Grande parte dos(as) médicos(as) do estudo praticam alguma religião e ela se mostra como um fator protetor no quesito da saúde mental quando se pensa no contexto da pandemia, tornando mais amena a passagem por situações mais árduas, além de muitas religiões servirem como rede de apoio em situações do dia-a-dia e principalmente em situação pandêmica.

Ademais, cerca de 40% dos(as) médicos(as) brasileiros não são especialistas, já que não concluíram Residência Médica, nem obtiveram título em uma sociedade de especialidade médica, número similar à porcentagem referente a profissionais especializados participantes da pesquisa. O estudo da demografia médica nacional ainda traz ideias de um perfil de profissionais cada vez mais preocupados nas escolhas e motivações relacionadas a vínculos, jornadas e conciliação mais equilibrada entre vida pessoal e profissional, com uma medicina cada vez mais jovem, média de 45 anos, e esta pesquisa reflete tais perspectivas (SCHEFFER et al., 2020).

A amostra apresentou prevalência da faixa etária menor que 37 anos, perfil etário semelhante ao das equipes de unidades de terapia intensiva do país (SOUZA et al., 2021).

6.2 Perfil de atividade laborativa dos médicos participantes do estudo durante a pandemia da COVID-19

Em relação as cidades de atuação dos profissionais durante a pandemia, Petrolina-PE representou a maioria dos participantes da pesquisa quando se soma os 29 médicos que atuaram só nela com os 39 que atuaram nela e em Juazeiro-BA, concentrando mais de 90% da totalidade de participantes.

Grande parte dos participantes trabalhou pelo menos um ano durante a pandemia, o que melhora o corte temporal do estudo, além de destacar as horas semanais de trabalho, se receberam algum treinamento para atuar nas unidades de referência ao enfrentamento da COVID-19, avaliando se esse treinamento foi

adequado ou não, além dos locais de atuação durante a pandemia, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2. Variáveis laborativas dos médicos atuantes da linha de frente no combate a pandemia da pesquisa (n=72).

| VARIÁVEIS | N (%) | |
|---|--------------------------------------|------------|
| Cidade de atuação durante a pandemia | Petrolina-PE | 29 (40,27) |
| | Juazeiro-BA | 4 (5,55) |
| | Ambas | 39 (54,16) |
| Tempo de atuação no enfrentamento da COVID-19 | Menos que 6 meses | 3 (4,15) |
| | Entre 6 e 12 meses | 1 (1,18) |
| | Entre 12 e 24 meses | 25 (33,3) |
| | Entre 24 e 36 meses | 44 (61,08) |
| Horas de trabalho por semana durante enfrentamento da COVID-19 | 12 horas | 3 (4,16) |
| | 24 horas | 3 (4,16) |
| | Entre 24 e 48 horas | 17 (19,62) |
| | 48 horas | 10 (13,88) |
| | Maior que 48 horas | 40 (55,4) |
| Locais de atuação durante período da pandemia | Emergência | 61 (84,72) |
| | Unidade de Terapia Intensiva - Geral | 14 (19,44) |
| | Unidade de Terapia Intensiva - COVID | 36 (50,00) |
| | Enfermaria - COVID | 25 (34,72) |
| | Estratégia de saúde da família | 22 (30,55) |
| | Atendimento Particular | 4 (5,55) |
| | Universidade/Preceptoria | 2 (2,77) |
| | Enfermaria - Geral | 14 (19,44) |
| Houve algum treinamento para atuação no enfrentamento da pandemia COVID-19 | ACLS | 5 (6,94) |
| | Curso de aperfeiçoamento | 18 (25) |
| | Não | 49 (68,05) |
| Avaliação desse treinamento no período | Adequado | 16 (22,22) |
| | Inadequado | 8 (11,11) |
| | Muito adequado | 2 (2,77) |
| | Muito inadequado | 15 (20,83) |
| | Não se aplica | 22 (30,55) |
| | Neutro | 9 (12,50) |

*Fonte: própria autoria, 2023.

Como pode ser observado, a maioria (69,28%) dos médicos trabalhou pelo menos 48 horas por semana durante a pandemia, corroborado por outro estudo que discorre sobre a transformação nas rotinas causada pela superlotação de hospitais com pouca quantidade de respiradores mecânicos e leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI), principalmente no início da doença, levando a um aumento na carga horária de trabalho (MATOS et al., 2022).

Tal aumento na carga horária de trabalho, apesar da sobrecarga física e emocional que possa vir a gerar no profissional, fora apontado em um estudo como ponto positivo a melhoria nas relações multiprofissionais, visto que o tempo de trabalho de uma equipe associado ao compartilhamento do mesmo espaço físico foi importante para o fortalecimento da sociabilidade, da integração no trabalho em equipe e na colaboração interprofissional (CANEPPELE et al., 2020).

A maioria dos médicos revelou não ter recebido treinamento ou ter recebido treinamento parcial/genérico para emergências gerais (como o Suporte Avançado de Vida Cardiovascular – ACLS), para atuar com COVID-19, além de muitos médicos terem achado inadequado (11,11%), ou muito inadequado (20,83%), o treinamento que receberam nesse processo. Tal aspecto é condizente com outros estudos do período pandêmico, nos quais grande parte dos profissionais afirmam não ter recebido treinamento para atuarem na linha de frente do combate ao vírus SARS-COV-2.

Ademais, vale destacar alguns dos pontos que podem ter influenciado nesse déficit de treinamento, tais como, falta de conhecimento adequado da comunidade científica sobre o comportamento do vírus, da doença causada por ele e de um tratamento eficaz, visto o patógeno ser novidade no meio.

A síndrome causada pelo COVID-19 teve variação em sintomas, prognóstico, infectividade e tratamento durante toda a pandemia. Além das diversas mutações sofridas, comorbidades associadas, inúmeros fármacos em teste, com alguns mostrando bons resultados iniciais em testes in vitro, mas sem efeito clínico real. Pode-se, ainda, interrogar as inúmeras mudanças de protocolos de tratamento e medidas de proteção individuais e coletivas geradas pelo exponencial surgimento de novidades diárias em relação ao coronavírus, dificultando treinamentos mais adequados e coesos (KHAN; AL-THANI; EL-MENYAR, 2022; MARINELLI; LAYANA PACHÊCO DE ARAÚJO ALBUQUERQUE; ISAURA DANIELLI BORGES DE SOUSA, 2020).

Essa falta de capacitação adequada pode também ter motivado situações estressantes enfrentadas pelos profissionais, com impacto negativo na saúde mental, pois o sentimento de não ter preparo suficiente para enfrentar as necessidades emocionais dos pacientes e familiares; lidar com mortes recorrente; sobrecarga no trabalho; divergência com a gestão hospitalar; atrelados a dificuldade de manejar pressões ou demandas do trabalho, geraram entraves entre a equipe de trabalho. Quando exagerado, o estresse resulta na insatisfação de quem trabalha, no

comprometimento de suas atividades e, eventualmente, em manifestações psicopatológicas diversas. Vale ressaltar que tais problemas não afetam da mesma maneira cada profissional (HORTA et al., 2022).

6.3 Hábitos de vida da população em estudo

Foram coletadas informações referentes à hábitos de vida dos participantes envolvendo acompanhamento psicológico, atividade física, consumo de álcool, tabaco e medicações psicotrópicas demonstradas abaixo (tabela 3):

Tabela 3. Hábitos de vida dos médicos participantes da pesquisa (n=72).

| VARIÁVEIS | | N (%) |
|---|-------------------------|------------|
| Faz tratamento/acompanhamento psicológico | Sim | 47 (65.27) |
| | Não | 25 (34.72) |
| Prática de atividade físicas (dias por semana) | 2 dias | 7 (9.72) |
| | 3 dias | 20 (27.77) |
| | 4 dias | 10 (13.88) |
| | Mais que 5 dias | 23 (31.93) |
| | Não | 12 (16.66) |
| Utilização de medicação psicotrópica | Sim | 17 (23.61) |
| | Não | 55 (76.38) |
| Consumo de álcool | Mais 2 vezes por semana | 18 (25) |
| | Mais 4 vezes por semana | 1 (1.38) |
| | Esporadicamente | 41 (56.94) |
| | Não consome | 12 (16.66) |
| Consumo de tabaco (cigarro, cigarrilha, vapes...) | Mais 2 vezes por semana | 1 (1.38) |
| | Esporadicamente | 5 (6.94) |
| | Diariamente | 3 (4.16) |
| | Não fuma | 63 (87.50) |

*Fonte: Própria autoria, 2023.

O presente estudo demonstra que médicos(as) estão buscando cuidar melhor de si. Dentre os respondentes, 65,27% fazem acompanhamento psicológico, na perspectiva de preservar a saúde mental e prevenir efeitos negativos nas suas condutas junto aos pacientes e familiares, mas principalmente no apoio às suas frustrações quando não conseguem salvar vidas sob os seus cuidados (CHEN et al.,

2020). Vale aqui ressaltar a dificuldade da falta de tempo alegada por muitos dos respondentes em buscar esse apoio psicológico, dado a sobrecarga de atividades e o cansaço dela decorrente, o que agrava a situação de estresse (LI et al., 2020a).

A respeito do consumo exagerado de álcool por médicos apontado em vários estudos (VAYR et al., 2019), nesta pesquisa a maioria dos participantes faz uso esporádico dessa bebida, fator considerado muito positivo. Sobre o assunto, é importante destacar a questão cultural. Na Nigéria, 75% dos médicos(as) entrevistados(as) não consumiam álcool, já no Japão, o consumo é maior entre a população médica do que entre a população em geral (OHIDA et al., 2018). Na Dinamarca, 18,8% dos(as) médicos(as) preencheram os critérios para uso de risco de álcool, entre 1.943 pesquisados(as) (PEDERSEN et al., 2016).

Outro estudo mostra o comportamento de uso abusivo de álcool encontrado em 99 (56,5%) médicos(as), dos quais 61 (61,6%) eram do sexo masculino. Tendo em conta as especialidades, nas não cirúrgicas, 71 (55 %) e nas cirúrgicas 28 (60,8%), consomem álcool. Em relação ao horário de trabalho, 64 (64,6%) dos médicos(as), com horário de trabalho noturno e 55 (56,2%) com horário diurno consomem álcool (AQUINO BÉCKER; MONTIEL; ORTIZ GALEANO, 2022).

A frequência de médicos(as) fumantes deste estudo diverge das estatísticas globais da Organização Mundial de Saúde (OMS), nas quais mostram o tabaco como uma das maiores ameaças à saúde pública que o mundo teve de enfrentar. Mais de 8 milhões de pessoas morrem por ano, das quais mais de 7 milhões são consumidores diretos de fumo e cerca de 890.000 são não fumantes expostos à fumaça alheia (REYES--RÍOS et al., 2018).

Em outro estudo sobre tabagismo foi relatado uso de tabaco por 18 (10,2%) médicos, com maior frequência em homens 11 (61,1%). De acordo com a especialidade, 7 (15,2%) das especialidades cirúrgicas e 11 (8,5%) das especialidades não cirúrgicas fumam tabaco; 12 (66,6%) (AQUINO BÉCKER; MONTIEL; ORTIZ GALEANO, 2022)

No âmbito da prática de atividade física, estima-se que 28% dos adultos maiores de 18 anos e 81% dos adolescentes treinam abaixo das recomendações mínimas de atividade física da Organização Mundial da Saúde (OMS) – 150 minutos de atividades físicas de intensidade moderada por semana. Nos países da América Latina, a prevalência de sedentarismo é de 39,1% (GUTHOLD et al., 2018). Isso mostra que os participantes da pesquisa apresentam uma rotina de atividade física

melhor que os parâmetros latinos, visto que apenas 16,6% vivem em condições de sedentarismo.

Em outra análise, o comportamento sedentário foi encontrado em 96 (56,5%) médicos, mais frequentemente em mulheres 50 (52%); observou-se que em médicos da especialidade cirúrgica foi de 52 (54,4%) e, naqueles médicos com duplo turno de trabalho 64 (67,2%), com média de 63 horas de trabalho semanal (AQUINO BÉCKER; MONTIEL; ORTIZ GALEANO, 2022).

6.4 Autopercepção e avaliação dos participantes do estudo sobre as mudanças ocasionadas pela pandemia

O período da pandemia causou percepções diferentes em cada indivíduo, dessa maneira, os participantes do estudo fizeram uma autoanálise do quanto foram afetados pelas mudanças ocorridas na época, principalmente pelo isolamento social decorrente do “lockdown” e o quanto tais mudanças influenciaram no dia-a-dia, como apresenta a tabela 04 subsequente.

Tabela 4. Autopercepção e avaliação dos participantes do estudo sobre as mudanças de vida ocasionadas pela pandemia.

| VARIÁVEIS | | N (%) |
|---|--------------------|------------|
| Houve mudanças na rotina pessoal? | Sim | 71 (98.61) |
| | Não | 1 (1.38) |
| Houve mudanças na rotina de trabalho? | Sim | 70 (97.22) |
| | Não | 2 (2.77) |
| “Lockdown” afetou rotina pessoal? | Sim | 71 (98.61) |
| | Não | 1 (1.38) |
| “Lockdown” gerou sintomas ansiosos? | Sim | 66 (91.66) |
| | Não | 6 (8.33) |
| “Lockdown” gerou sintomas depressivos? | Sim | 48 (67.60) |
| | Não | 23 (32.39) |
| A prática de exercícios físicos durante a pandemia | Aumentou | 7 (9.72) |
| | Diminuiu | 51 (70.83) |
| | Começou a praticar | 6 (8.33) |
| | Não praticou | 8 (11.11) |

Fonte: própria autoria, 2023.

Corroborando com os achados deste estudo, uma análise de dados de uma pesquisa realizada no Tocantins referentes à opinião de cada médico(a) sobre

autopercepção, mostrou que 80% dos(as) entrevistados(as), consideraram impactantes os efeitos da pandemia em sua rotina de trabalho; mais de 53% dos(as) médicos(as) informaram que tiveram sua saúde mental afetada pelos efeitos da Covid-19 (MACHADO et al., 2022).

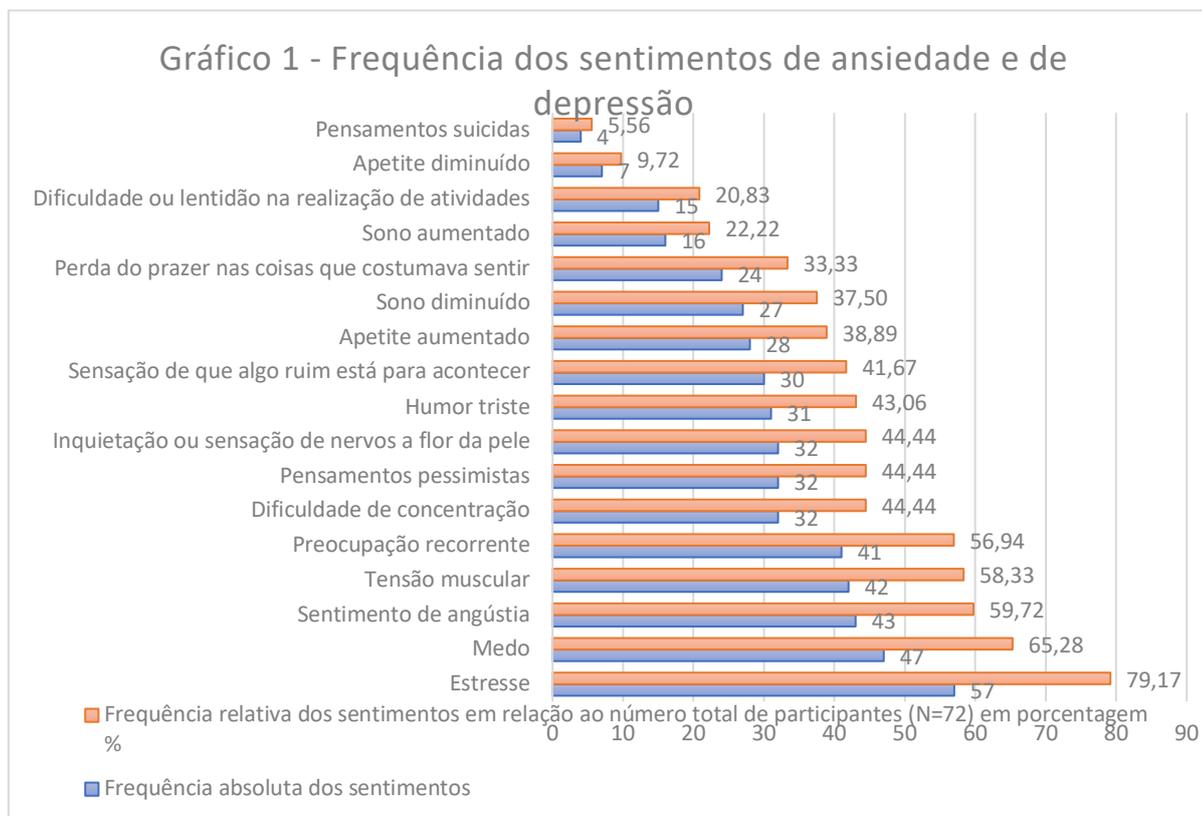
Os achados desta pesquisa estão em consonância com outros estudos no que se refere a mudanças de hábitos, como mostram Facciolla Kertzman et al. (2021), em uma pesquisa com médicos(as) brasileiros(as), nos quais 65% praticavam musculação antes da pandemia, diminuindo este índice para 36% durante a Covid 19, revelando uma queda importante no fortalecimento muscular com o fechamento das academias de ginástica. Já os corredores aeróbicos diminuíram de 43% para 37%. Além disso, durante a pandemia, 30% afirmam ter aumentado de peso, enquanto 20% perderam peso e 50% mantiveram o mesmo peso. Quanto aos aspectos emocionais, 55% referem ter aumentado a sensação de ansiedade e 34% afirmam que houve piora do sono.

Outros estudos corroboram os dados deste, quando demonstram que os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde podem ser um gatilho para o desencadeamento de sintomas de ansiedade, depressão e estresse (BAO et al., 2020), principalmente aqueles que atuaram na “linha de frente”, ou seja, em contato direto com pessoas infectadas pelo vírus. Outro fator negativo foi o fato desses profissionais terem sido desencorajados a interagir de perto com outras pessoas, sobretudo nos períodos de isolamento social, aumentando a sensação de isolamento (LI et al., 2020b).

Dos(as) médicos (as) respondentes desta pesquisa, 67,6% relataram um aumento de sintomas depressivos em relação ao “lockdown” e isso acende um alerta de possível prevalência para depressão que essa população apresenta em relação à população geral (DUARTE et al., 2020a). Além disso, deve-se levar em consideração a inatividade física de 84% entre os(as) médicos(as) brasileiros(as) durante a pandemia, fator que contribuiu ainda mais para a piora dos sintomas depressivos (FACCIOLLA KERTZMAN et al., 2021).

6.5. Avaliação dos sintomas depressivos e ansiosos na população em estudo

Os dados da pesquisa confirmam que a pandemia afetou psicologicamente os participantes, trazendo luz sentimentos sugestivos de transtornos ansiosos e depressivos como mostram o Gráfico 1 e a Tabela 05.



*Fonte: própria autoria, 2023.

Tabela 5. Frequência de sintomas depressivos e ansiosos na população estudada

| | N | Frequência |
|-----------------------------|----|------------|
| Sintomas depressivos | | |
| Ausente | 22 | 31,42857 |
| Leve | 18 | 25,71429 |
| moderado | 20 | 28,57143 |
| Intenso | 12 | 17,14286 |
| Sintomas ansiosos | | |
| Ausente | 8 | 11,42857 |
| Leve | 18 | 25,71429 |
| moderado | 30 | 42,85714 |
| Intenso | 16 | 22,85714 |

*Fonte: própria autoria, 2023.

Tais dados são reforçados por diversas pesquisas, uma delas com 395 profissionais da saúde realizada na Espanha, em que se estudou ansiedade e depressão nesses profissionais frente à pandemia do SARS-COV 2, identificando uma

proporção significativa de trabalhadores que apresentaram sintomas de ansiedade (31,4%) e depressão (12,2%) (ERQUICIA et al., 2020).

A pesquisa de Civantos et al (2020), traz resultados proporcionais similares que reforçam os achados deste estudo, em que vários participantes demonstraram sintomas de ansiedade (45,5%), sendo 25,8% na faixa leve, 11,7% na moderada e 8,0% na grave. Da mesma forma, Zhang et al (2020b), realizou uma pesquisa na China comparando 927 profissionais de saúde (680 médicos e médicas e 247 enfermeiros e enfermeiras), com 1.255 profissionais de saúde não médicos. Os achados revelam que profissionais de saúde apresentaram taxas de prevalência mais altas de insônia (38,4 vs. 30,5%, $p < 0,01$), ansiedade (13,0 vs. 8,5%, $p < 0,01$), depressão (12,2 vs. 9,5%; $p = 0,04$), somatização (1,6 vs. 0,4%; $p < 0,01$) e sintomas obsessivo-compulsivos (5,3 vs. 2,2%; $p < 0,01$) do que trabalhadores de saúde não médicos(as).

Em outro estudo com 1.563 médicos em hospitais de diferentes cidades chinesas, foi observada uma prevalência de sintomas de estresse em 73,4% dos entrevistados, depressão em 50,7%, ansiedade em 44,7% e insônia em 36,1%. No que diz respeito ao estresse e à insônia em particular, é provável que se desenvolva um círculo vicioso, com problemas de sono aumentando o estresse e vice-versa (ZHANG et al., 2020).

Uma revisão sistemática com metá-análise realizada por SILVA et al., (2021), reitera a elevada prevalência de ansiedade nos profissionais da saúde durante a pandemia da COVID-19, evidenciando a necessidade de medidas que visem prevenir este transtorno e que resultem em melhorias na qualidade de vida e na saúde psicológica destes trabalhadores.

Neste cenário clínico, os estudos realizados por Lai et al. (2020) e Zhang et al. (2020), apresentam riscos estatisticamente significativos mais altos de uma sintomatologia psiquiátrica associada à depressão, ansiedade, angústia e insônia em profissionais de saúde que trabalham com pacientes afetados pela COVID-19 em Wuhan, China. Além disso, mais um estudo demonstra consonância com os dados desta pesquisa, trazendo uma frequência significativa dos profissionais de saúde ($n=554$), que apresentam sintomas de ansiedade (40,61%) e depressão (25,99%).

Dos fatores associados a sintomas mais graves, destacam-se alterações ao agregado familiar (HADS-Ansiedade $p < 0,001$; HADS-Depressão $p = 0,015$; IES-6

p=0,002); e menor satisfação com apoio de familiares e amigos (HADS-Ansiedade e HADS-Depressão, p<0,001) (URZAL et al., 2021).

| | | | | | | p-valor |
|--|---------------------------------------|------------|------------|------------|------------|---------|
| | | Ausente | Leve | Moderado | Forte | |
| Horas trabalhadas por semana durante a pandemia | Até 12 horas | 1 (1.39) | 2 (2.78) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 0.0055 |
| | 12 à 24 horas | 1 (1.39) | 0 (0.00) | 1 (1.39) | 1 (1.39) | |
| | 24 à 48 horas | 5 (6.94) | 13 (18.05) | 4 (5.55) | 3 (4.17) | |
| | Mais que 48 horas | 15 (20.83) | 3 (4.17) | 15 (20.83) | 8 (11.11) | |
| Treinamento pré-atuação nos setores COVID | ACLS | 3 (4.17) | 0 (0.00) | 1 (1.39) | 1 (1.39) | 0.3723 |
| | Cursos de aperfeiçoamento/atualização | 7 (9.72) | 2 (2.78) | 6 (8.33) | 3 (4.17) | |
| | Não | 12 (16.67) | 16 (22.22) | 13 (18.06) | 8 (11.11) | |
| Cidade de atuação durante a pandemia | Ambas | 12 (16.67) | 10 (13.89) | 9 (12.50) | 8 (11.11) | 0.4443 |
| | Juazeiro – BA | 3 (4.17) | 0 (0.00) | 1 (1.39) | 0 (0.00) | |
| | Petrolina – PE | 7 (9.72) | 8 (11.11) | 10 (13.89) | 4 (5.55) | |
| Tempo Atuação no enfrentamento a pandemia | Menos que 6 meses | 1 (1.39) | 2 (2.78) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 0.0054 |
| | Entre 6 e 12 meses | 10 (13.89) | 6 (8.33) | 3 (4.17) | 0 (0.00) | |
| | Entre 12 e 24 meses | 5 (6.94) | 8 (11.11) | 10 (13.89) | 11 (15.28) | |
| | Maior que 24 meses | 6 (8.33) | 2 (2.78) | 7 (9.72) | 1 (1.39) | |
| Avaliação do treinamento pré-atuação nos setores COVID | Adequado | 5 (6.94) | 2 (2.78) | 6 (8.33) | 3 (4.17) | 0.7651 |
| | Inadequado | 3 (4.17) | 3 (4.17) | 1 (1.39) | 1 (1.39) | |
| | Muito Adequado | 1 (1.39) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 1 (1.39) | |
| | Muito inadequado | 7 (9.72) | 3 (4.17) | 2 (2.78) | 3 (4.17) | |
| | Não se aplica | 4 (5.55) | 7 (9.72) | 8 (11.11) | 3 (4.17) | |
| | Neutro | 2 (2.78) | 3 (4.17) | 3 (4.17) | 1 (1.39) | |

*Fonte: própria autoria, 2023.

Na análise comparativa de fatores investigados e sintomas depressivos (tabela 6), apenas horas trabalhadas por semana e tempo de atuação no enfrentamento a pandemia vs intensidade de sintomas depressivos apresentou relevância estatística (p<0,05). A cidade de atuação e o treinamento recebido para enfrentamento da COVID-19 não tiveram significância na associação com sintomas depressivos.

A pesquisa de Urzzal et al. (2021), apresenta como resultados que o trabalho em regime presencial no contexto da pandemia dos profissionais de saúde associa-se a níveis mais elevados de sintomas de depressão (p=0,001), além de chance maior de contaminação e dos seus contatos de risco associarem-se a sintomas de depressão (p=0,019), fazendo um paralelo com o tempo de contato com o agente causador da pandemia e isso justificar os achados do presente estudo.

Essa relação de carga horária e transtornos depressivos é um fator importante prejudicial à saúde mental, uma vez que tal elevação da carga de trabalho exige mais forças físicas e mentais, diminuindo a qualidade de vida do trabalhador; reduzindo o tempo dedicado à família e ao lazer. Assim, tal sofrimento psíquico traz prejuízos a vida familiar, social, pessoal, laboral, aos estudos, a compreensão de si mesmo e dos outros, a capacidade de autocrítica, a aceitação dos problemas e a possibilidade de ter prazer na vida em geral (FERNANDES; SOARES; SILVA, 2018).

Ademais, para além das análises de sintomatologia psiquiátrica, algumas medidas intervencionistas podem contribuir para reduzir o estresse sofrido pelos profissionais de saúde e promover a melhoria da saúde mental, mesmo durante a pandemia. A princípio, é importante reconhecer emoções violentas, nessas circunstâncias, incluindo raiva, irritabilidade ou alterações de humor. Eles devem ser vistos como reações de estresse regulares e compreensíveis e, portanto, não devem ser processados como culpados. Garantir que as necessidades básicas sejam devidamente atendidas também é especialmente importante, além de ter pausas suficientes, manter uma dieta saudável e permanecer fisicamente ativo (DA SILVA; NETO, 2021).

| Tabela 7 - Associação de fatores investigados e sintomas ansiosos | | | | | | p-valor |
|---|---------------------------------------|----------|------------|------------|------------|---------|
| | | Ausente | Leve | Moderado | Forte | |
| Horas trabalhadas por semana durante a pandemia | Até 12 horas | 0 (0.00) | 1 (1.39) | 1 (1.39) | 1 (1.39) | 0.9075 |
| | 12 à 24 horas | 1 (1.39) | 0 (0.00) | 2 (2.78) | 0 (0.00) | |
| | 24 à 48 horas | 2 (2.78) | 6 (8.33) | 12 (16.67) | 5 (6.94) | |
| | Mais que 48 horas | 5 (6.94) | 11 (15.28) | 15 (20.83) | 10 (13.89) | |
| Treinamento pré-atuação nos setores COVID | ACLS | 1 (1.39) | 2 (2.78) | 2 (2.78) | 0 (0.00) | 0.0865 |
| | Cursos de aperfeiçoamento/atualização | 5 (6.94) | 5 (6.94) | 6 (8.33) | 2 (2.78) | |
| | Não | 2 (2.78) | 11 (15.28) | 22 (30.55) | 14 (19.44) | |
| Cidade de atuação durante a pandemia | Ambas | 5 (6.94) | 9 (12.50) | 16 (22.22) | 9 (12.50) | 0.8856 |
| | Juazeiro – BA | 0 (0.00) | 1 (1.39) | 3 (4.17) | 0 (0.00) | |
| | Petrolina – PE | 3 (4.17) | 8 (11.11) | 11 (15.28) | 7 (9.72) | |
| Tempo Atuação no enfrentamento a pandemia | Menos que 6 meses | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 1 (1.39) | 2 (2.78) | 0.6137 |
| | Entre 6 e 12 meses | 3 (4.17) | 4 (5.55) | 10 (13.89) | 2 (2.78) | |
| | Entre 12 e 24 meses | 4 (5.55) | 10 (13.89) | 13 (18.06) | 7 (9.72) | |
| | Maior que 24 meses | 1 (1.39) | 4 (5.55) | 6 (8.33) | 5 (6.94) | |
| Avaliação do treinamento pré-atuação nos setores COVID | Adequado | 4 (5.55) | 4 (5.55) | 6 (8.33) | 2 (2.78) | 0.1504 |
| | Inadequado | 0 (0.00) | 3 (4.17) | 4 (5.55) | 1 (1.39) | |
| | Muito Adequado | 1 (1.39) | 1 (1.39) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | |
| | Muito inadequado | 2 (2.78) | 3 (4.17) | 8 (11.11) | 2 (2.78) | |
| | Não se aplica | 0 (0.00) | 5 (6.94) | 7 (9.72) | 10 (13.89) | |

| | | | | | | |
|--|--------|----------|----------|----------|----------|--|
| | Neutro | 1 (1.39) | 2 (2.78) | 5 (6.94) | 1 (1.39) | |
|--|--------|----------|----------|----------|----------|--|

*Fonte: própria autoria, 2023.

Na análise da associação entre fatores investigados e sintomas ansiosos (tabela 7), não houve relevância estatística. Entende-se tais resultados devido as frequências de sintomas ansiosos não possuírem muitas diferenças entre a amostra da pesquisa, o que reduz a significância do teste Qui-quadrado.

6.6 Síndrome de *Burnout* e os problemas enfrentados no ambiente de trabalho

No âmbito laboral durante a pandemia, evidenciou-se problemas idiossincráticos de ambientes hospitalares (tais locais de atuação estão descritos na Tabela 9) e de profissionais da saúde, além de sentimentos relacionados a síndrome de *Burnout*, os quais estão expressos através das percepções dos participantes do estudo no Gráfico 2, além da tabela 8 que expressa a frequência dos locais de atuação dos participantes durante o período da pandemia.

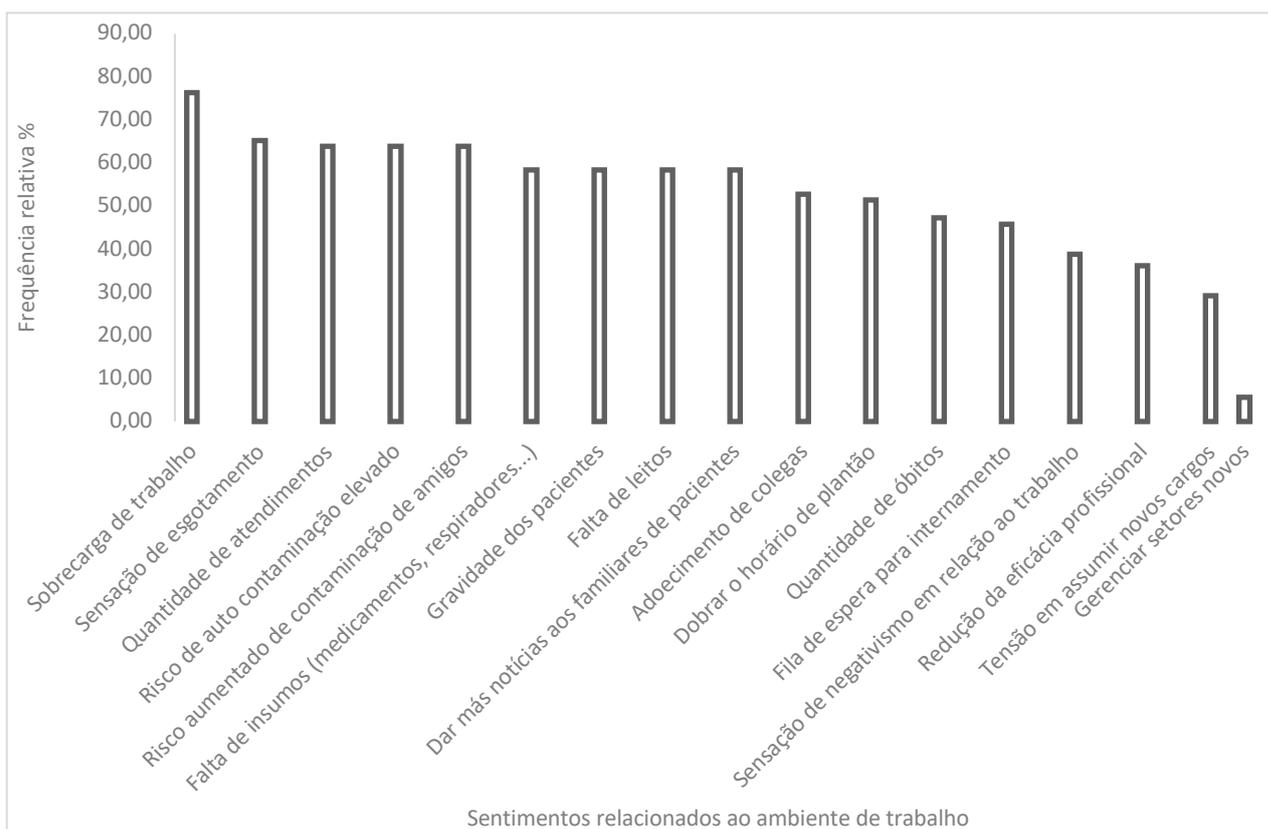


Gráfico 2 – sintomas de *Burnout* e problemas enfrentados no ambiente de trabalho

Fonte: própria autoria, 2023.

Tabela 8. Frequência de sintomas da Síndrome de Burnout na população estudada

| | N | Frequência |
|--|----|------------|
| Sintomas da Síndrome de Burnout | | |
| Ausente | 1 | 1,38888 |
| Leve | 5 | 6,944444 |
| moderado | 14 | 19,44444 |
| Intenso | 52 | 72,22222 |

Fonte: própria autoria, 2023.

Tabela 9. – Locais de atuação durante a pandemia dos 72 profissionais entrevistados

| | | N | % |
|--------------------------------------|--------------------------|----|-------|
| Local de trabalho durante a pandemia | Emergência | 61 | 84.72 |
| | UTI Geral | 14 | 19.44 |
| | UTI – COVID | 36 | 50.00 |
| | Enfermaria - COVID | 25 | 34.72 |
| | Unidade básica de saúde | 22 | 30.55 |
| | Consultório particular | 4 | 5.55 |
| | Universidade/preceptoria | 2 | 2.77 |
| | Enfermaria Geral | 14 | 19.44 |

Fonte: própria autoria, 2023.

Os principais problemas no trabalho enfrentados pelos(as) médicos(as) desta pesquisa são relatados em outro estudo, o qual afirma que os sintomas de estresse e Burnout são decorrentes das dificuldades enfrentadas pelos sistemas de saúde como a falta de profissionais capacitados, bem como, a falta de EPI e de leitos de UTI, o que certamente sobrecarregou emocionalmente os(as) profissionais atuantes no enfrentamento da pandemia (BHATTI et al., 2021).

A intensificação da incerteza das condições e processos de trabalho em saúde durante a pandemia trouxe relato dos trabalhadores da saúde, participantes de um estudo realizado por (RIBEIRO; GIONGO; PEREZ, 2021), evidenciando sinais claros de desgaste mental ao expor seus sentimentos e vivências neste cenário. Nesse sentido, os principais termos que emergiram foram: “tristeza”, “exaustão”, “cansaço”,

“desesperança”, “dificuldade em planejar o futuro”, “preocupação”. Tais relatos condizem com os achados nesta pesquisa.

O ambiente de trabalho foi um local estressor para os médicos desta pesquisa e os problemas apresentados por eles são corroborados por diversos outros estudos, como o realizado por Schmidt et al., (2020), que traz o relato dos principais problemas profissionais de saúde: aumento do risco de autoinfecção; doença e morte; possibilidade de contaminação de outras pessoas; excesso de trabalho e fadiga; quantidade de óbitos; frustração pelas mortes apesar de todo o esforço; alta demanda de atendimentos e recursos limitados; e afastamento da família e amigos.

Além da carga horária exaustiva, esses profissionais ainda sofrem com o estigma e o medo da sociedade e dos familiares, pois mantiveram contato direto com o vírus diariamente, levando a fatores sentimentais como emoções misturadas ou ambivalentes, estresse e até sentimento de culpa por não conseguir realizar tarefas domésticas e profissionais normais, nem parentais durante o curso da pandemia (BEZERRA et al., 2020).

Nesse sentido, o presente estudo é reiterado quando dados de uma pesquisa realizada em um grande hospital chinês por meio de entrevistas com médicos, descobrem que tais profissionais estavam preocupados com a falta de equipamentos de proteção, tinham dificuldade em lidar com pessoas que testaram positivo para o novo coronavírus e não conseguiam atendimento médico. Ou se sentem inseguros sobre como manter o tratamento (por exemplo, quarentena hospitalar), sentem-se inadequados em casos graves e temem por contaminar suas famílias após o trabalho. Além disso, reforça que as equipes de saúde mental China observaram sinais de estresse elevado e aumento da irritabilidade dos profissionais de saúde da linha de frente (CHEN et al., 2020).

Também, os achados desta pesquisa são reafirmados quando se analisa o estudo de Da Silva e Neto (2021), o qual pontua que turnos prolongados, o risco de infecção com uma doença altamente contagiosa, aliado à falta de medidas de proteção biológica adequadas, aumenta o sofrimento psíquico dos profissionais de saúde, levando a diversos transtornos mentais. Tais pensamentos são corroborados por Pappa et al. (2020), os quais mostraram a pandemia de COVID-19 como causadora de efeitos dramáticos sobre o bem-estar físico e mental dos profissionais de saúde, devido ao aumento da carga de trabalho, exaustão física e discussões éticas diárias no ambiente de trabalho.

Nessa perspectiva, um estudo realizado no Brasil, no estado de Sergipe, traz números similares ao presente estudo, em que 59,8% dos entrevistados apresentaram sintomas de Burnout, com predomínio da alta exaustão emocional (42,5%), baixo cinismo (71,3%) e baixa eficácia no trabalho (58,6%), além da síndrome ser positiva em 68,2% dos que exercem o ofício em rede pública e não sendo determinante nos médicos que trabalham em rede particular (LIMA et al., 2022).

Outro estudo segue corroborando os dados supracitados, esse realizado antes da pandemia e em médicos de unidades de terapia intensiva em Salvador-BA, tendo identificado uma prevalência da síndrome de Burnout, a qual já era alta, por corresponder a 63,4% dos médicos analisados, além de trazer a exaustão emocional, despersonalização e baixa realização como os principais sentimentos associados (TIRONI et al., 2009).

A prevalência da síndrome de Burnout em médicos segue alarmante, quando se observa a pesquisa realizada com médicos residentes de ortopedia no contexto de vigência da pandemia, em que 84,6% dos residentes preencheram os critérios para a síndrome de Burnout, e a forma grave da síndrome estava presente em 30,7% (BARRETO et al., 2022).

| Tabela 10 – Associação de Fatores estudados e Síndrome de Burnout | | | | | | p-valor |
|---|-----|----------|----------|------------|------------|---------|
| | | Ausente | Leve | Moderado | Forte | |
| Falta de insumos | Sim | 0 (0.00) | 2 (2.78) | 7 (9.72) | 35 (48.61) | 0.274 |
| | Não | 1 (1.39) | 3 (4.17) | 7 (9.72) | 17 (23.61) | |
| Dar más notícias aos familiares de pacientes | Sim | 1 (1.39) | 5 (6.94) | 5 (6.94) | 18 (25.00) | 0.011 |
| | Não | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 9 (12.50) | 34 (47.22) | |
| Risco de auto contaminação elevado | Sim | 0 (0.00) | 4 (5.56) | 8 (11.11) | 36 (50.00) | 0.434 |
| | Não | 1 (1.39) | 1 (1.39) | 6 (8.33) | 16 (22.22) | |
| Sensação de esgotamento | Sim | 0 (0.00) | 3 (4.17) | 13 (18.06) | 34 (47.22) | 0.075 |
| | Não | 1 (1.39) | 2 (2.78) | 1 (1.39) | 18 (25.00) | |
| Redução da eficácia profissional | Sim | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 5 (6.94) | 21 (29.17) | 0.280 |
| | Não | 1 (1.39) | 5 (6.94) | 9 (12.50) | 31 (43.06) | |
| Sentimento de negativismo em relação ao trabalho | Sim | 0 (0.00) | 1 (1.39) | 6 (8.33) | 24 (33.33) | 0.672 |
| | Não | 1 (1.39) | 4 (5.56) | 8 (11.11) | 28 (38.89) | |
| Falta de leitos | Sim | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 7 (9.72) | 39 (54.17) | 0.001 |
| | Não | 1 (1.39) | 5 (6.94) | 7 (9.72) | 13 (18.06) | |
| Fila de espera para internamento | Sim | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 6 (8.33) | 32 (44.44) | 0.014 |
| | Não | 1 (1.39) | 5 (6.94) | 8 (11.11) | 20 (27.78) | |
| Sobrecarga de trabalho | Sim | 0 (0.00) | 3 (4.17) | 13 (18.06) | 44 (61.11) | 0.061 |
| | Não | 1 (1.39) | 2 (2.78) | 1 (1.39) | 8 (11.11) | |
| Adoecimento de colegas | Sim | 0 (0.00) | 2 (2.78) | 6 (8.33) | 35 (48.61) | 0.119 |
| | Não | 1 (1.39) | 3 (4.17) | 8 (11.11) | 17 (23.61) | |
| Dobrar o horário de plantão | Sim | 0 (0.00) | 1 (1.39) | 8 (11.11) | 31 (43.06) | 0.266 |

| | | | | | | |
|---|-----|----------|----------|------------|------------|-------|
| | Não | 1 (1.39) | 4 (5.56) | 6 (8.33) | 21 (29.17) | |
| Quantidade de atendimentos | Sim | 0 (0.00) | 2 (2.78) | 12 (16.67) | 37 (51.39) | 0.092 |
| | Não | 1 (1.39) | 3 (4.17) | 2 (2.78) | 15 (20.83) | |
| Quantidade de óbitos | Sim | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 7 (9.72) | 32 (44.44) | 0.025 |
| | Não | 1 (1.39) | 5 (6.94) | 7 (9.72) | 20 (27.78) | |
| Risco aumentado de contaminação de amigos e familiares externos ao trabalho | Sim | 0 (0.00) | 2 (2.78) | 10 (13.89) | 39 (54.17) | 0.144 |
| | Não | 1 (1.39) | 3 (4.17) | 4 (5.56) | 13 (18.06) | |
| Gravidade dos pacientes | Sim | 0 (0.00) | 1 (1.39) | 8 (11.11) | 38 (52.78) | 0.023 |
| | Não | 1 (1.39) | 4 (5.56) | 6 (8.33) | 14 (19.44) | |
| Tensão em assumir novos cargos | Sim | 0 (0.00) | 1 (1.39) | 5 (6.94) | 20 (27.78) | 0.851 |
| | Não | 1 (1.39) | 4 (5.56) | 9 (12.50) | 32 (44.44) | |
| Gerenciar setores novos | Sim | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 1 (1.39) | 3 (4.17) | 0.999 |
| | Não | 1 (1.39) | 5 (6.94) | 13 (18.06) | 49 (68.06) | |

Fonte: própria autoria, 2023.

Na análise da associação entre fatores investigados e a síndrome de Burnout (Tabela 10), observa-se relevância estatística ($p < 0,05$), na comparação da síndrome com gravidade dos pacientes, quantidade de óbitos, falta de leitos, fila de espera para internamentos e dar más notícias aos familiares dos pacientes internados. Os demais fatores comparativos não obtiveram relevância clínica.

Tais achados ratificam as reflexões de Borges et al., (2021), sobre a exposição a morte em escala elevada; a convivência diária com perda de pacientes e frustração por essas perdas, são fatores de estresse e causam exaustão emocional e problemas psicológicos, além desse grande número de mortes aumentarem a tensão e a responsabilidade dos médicos que estão sujeitos a COVID-19 e, ainda assim, precisarem dar continuidade aos serviços, num ambiente estressor excessivo e cenário de pânico, relacionando-se com os sintomas da síndrome de Burnout.

Outrossim, o estresse causado pela falta de leitos é reflexo da estruturação deles pelo país, em que há 15,6 leitos de UTI por 100 mil habitantes, sendo a média no SUS de 7,1, sendo que, em 72% das regiões, o número de leitos de UTI pelo SUS é inferior ao considerado adequado em um ano típico, sem a influência da COVID-19, além de 30% das regiões de saúde do país serem particularmente vulneráveis (RACHE et al., 2020)

Assim, tais achados são corroborados por um estudo realizado em hospital de referência em Teresina-PI, onde no ambiente de trabalho o estressor mais prevalente foi a morte de pacientes por COVID-19 e, na avaliação dos estressores relacionados às diretrizes e políticas nacionais, a escassez de insumos e leitos foi o problema mais relatado (SOUSA et al., 2022).

7 CONCLUSÃO

A pretensão dessa pesquisa foi alcançada, considerando que os dados dela resultantes permitem ampliar o debate sobre a visibilidade do trabalho dos profissionais de saúde, revelando os impactos da pandemia na vida pessoal e profissional de médicos(as), enfermeiros(as), maqueiros, auxiliares, responsáveis pela higiene do (da) paciente e do ambiente, bem como, os(as) demais agentes do cuidado que se dedicam à saúde e ao bem-estar da população em estado de internação hospitalar. As narrativas expressas pelos participantes da pesquisa, evidenciam os dilemas cotidianos por eles(as) enfrentados no âmbito de gestão e de cuidado, materializados na sobrecarga de trabalho, na exaustão física e emocional, na insegurança e na exposição excessiva aos riscos biológicos. Os resultados da presente pesquisa permitiram identificar sintomas relacionados à ansiedade, depressão e síndrome de *Burnout* nos participantes, além de possibilitar uma análise de correlação desses sinais e sintomas vinculados ao ambiente e a rotina de trabalho estabelecido na época.

Ao valorizar as expressões, os sentimentos e as experiências vividas pelos profissionais de saúde no lócus da pesquisa durante o enfrentamento da pandemia, foi possível ressignificar a importância social do processo de trabalho da medicina, da enfermagem e de todos e todas que atuam nessas áreas, diante das deficiências laborais do setor quanto a condições seguras no trabalho e a proteção da vida desses profissionais.

A doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19), doença infecciosa causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), surgiu em dezembro de 2019, na China. No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em fevereiro de 2020. Em março do mesmo ano a Organização Mundial da Saúde (OMS), caracterizou a nova doença como pandemia e recomendou medidas de prevenção, por ser ela considerada emergência de saúde pública de interesse internacional, com risco de se espalhar ao redor do mundo.

A falta de conhecimento sobre a COVID-19 no começo foi um caos, com informações desencontradas, pânico de contaminação, medo, insegurança, estresse, ansiedade e exaustão, comprometendo a realização das atividades e estimulando a busca permanente para conhecer mais sobre a doença na literatura. Trabalhar com uma patologia desconhecida gerou desmotivação e tristeza, pelo resultado do esforço

ser quase inexistente, daí a categoria de profissionais da saúde passar a ser objeto de estudos tanto no nível nacional, quanto no internacional, cujos resultados, foram aqui explicitados. Mostraram as pesquisas e esta em particular, que a vida pessoal e profissional dos profissionais da saúde em atuação na linha de frente no atendimento aos infectados, foi impactada pelo receio de infectar a família, com rebatimento na qualidade do sono, na redução da atividade física e no conseqüente aumento de peso.

No âmbito social, os participantes tiveram que aprender a manter o distanciamento dos amigos, mudando totalmente o comportamento. No ambiente de trabalho, houve alteração na rotina da instituição com restrição de permanência nos ambientes, reuniões em caráter virtual e uso de novos Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Medidas institucionais foram tomadas, como orientações quanto ao uso correto dos EPI; ofertas de capacitações rápidas em serviço para prevenir contaminações e escutas por psicólogos dos que vivenciavam lutos pessoais pela perda de entes queridos.

A pandemia gerou necessidades, provocando mudança de hábitos, de higiene e convivência, o que exigiu dos profissionais adaptações para dominar as dificuldades cotidianas, cada um a seu modo, sua história de vida e as particularidades do local onde vive. Entre os participantes desta pesquisa, as conseqüências da pandemia relatadas, eram assim manifestadas:

- Medo de ficar doente e não poder trabalhar.
- Sentimentos de desesperança, tédio, solidão e depressão devido ao isolamento.
- Raiva, frustração e irritabilidade pela perda de autonomia e liberdade pessoal.
- Medo de ser socialmente excluído.

- Preocupação com a possibilidade de membros de sua família contraírem a Covid-19.
- Receio pelas crianças em casa não receberem cuidados adequados em caso de necessidade de isolamento.
- Medo de ser separado da família por quarentena ou isolamento.
- Risco de deterioração de doenças clínicas e de transtornos mentais prévios ou, ainda, do desencadeamento de transtornos mentais.

- Sentimento de impotência para proteger pessoas sob os seus cuidados.

A despeito desses impactos negativos, a pandemia causou impactos positivos na vida dos profissionais da saúde, como a aquisição de conhecimentos e habilidades para enfrentar situações novas; a criatividade e a resiliência para enfrentar problemas até então desconhecidos; união das equipes para romper paradigmas institucionalizados, que colocavam em risco a vida dos profissionais e o mais importante, o reconhecimento social da profissão, com homenagens em todo o país, pelo esforço emocional e a exaustão física ao cuidar de um número cada vez mais crescente de pacientes de todas as idades com doenças agudas.

Expostos cotidianamente ao risco de contaminação, submetidos a condições de trabalho muitas vezes precarizadas face à sobrecarga de trabalho e dramaticidade do sofrimento e morte dos pacientes e angústia de seus familiares, o enorme contingente de profissionais e trabalhadores de saúde envolvidos no combate ao COVID-19, incluindo pessoal de serviços gerais, pessoal de limpeza, transporte e alimentação etc., constituem o “nó crítico” a ser desatado para se garantir um mínimo de eficiência e efetividade no enfrentamento da pandemia no país e na região de Juazeiro – Bahia e Petrolina – Pernambuco.

Os direitos humanos, intrínsecos a todos os indivíduos, foram postos em xeque diante da situação calamitosa vivenciada e as prerrogativas positivadas no ordenamento jurídico brasileiro, mormente quanto às inscritas no Art. 5º, da Constituição Federal, ressaltam o cenário antagônico vivenciado, sendo o poder estatal responsável pela gestão de suas consequências. O Coronavírus nos faz lembrar que o outro, seja qual língua fale, a qual religião ore ou a qual cultura se alicerce, é humano e, como as demais doenças, trata-se de uma intercessão entre o biológico e o social, um atributo não apenas de indivíduos doentes, mas de uma formação social.

Nesse sentido, a pandemia trouxe uma chance de reinventar a saúde pública nacional e global, abrindo novas frentes para as crises sanitárias da sociedade, apontando as incertezas e indefinições, nos confrontos com as certezas, inclusive nos cursos de medicina, onde a teoria e a prática devem ser discutidas numa lógica dialética cada vez mais necessária diante do inesperado.

Assim, foi possível obter subsídios suficientes para a confecção de um manual de boas práticas em ambientes de saúde, o qual poderá auxiliar aos profissionais da saúde na mitigação de efeitos fisiológicos e psicossociais deletérios que possam ser gerados durante a execução das atividades laborais e/ou em situações de extremo estresse.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 - 5ª Edição**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AQUINO BÉCKER, E. J.; MONTIEL, C. R.; ORTIZ GALEANO, I. Frequency of cardiovascular risk factors in young physicians of the Hospital de Clínicas. **Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna**, v. 9, n. 2, p. 25–34, 30 set. 2022.
- BAO, Y. et al. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. **The Lancet**, v. 395, n. 10224, p. e37–e38, fev. 2020.
- BARRETO, T. M. et al. Impacto da pandemia COVID-19 na prevalência de burnout entre residentes em ortopedia. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 57, n. 01, p. 159–166, 11 fev. 2022.
- BELLOS, S. et al. Cross-cultural patterns of the association between varying levels of alcohol consumption and the common mental disorders of depression and anxiety: Secondary analysis of the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 133, n. 3, p. 825–831, dez. 2013.
- BEZERRA, G. D. et al. impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 93, 4 set. 2020.
- BHATTI, O. A. et al. Violence against Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic: A Review of Incidents from a Lower-Middle-Income Country. **Annals of Global Health**, v. 87, n. 1, p. 41, 23 abr. 2021.
- BORGES, F. E. DE S. et al. Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 33, 13 jan. 2021.
- CANEPPELE, A. H. et al. Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na pandemia da Covid-19. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. spe, 2020.
- CHATZITTOFIS, A. et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 4, p. 1–8, 2 fev. 2021.
- CHEN, Q. et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 4, p. e15–e16, abr. 2020.

CIVANTOS, A. M. et al. Mental health among otolaryngology resident and attending physicians during the COVID-19 pandemic: National study. **Head and Neck**, v. 42, n. 7, p. 1597–1609, 1 jul. 2020.

DA SILVA, A. C. et al. Prevalência e fatores associados ao transtorno mental comum em assentados rurais. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 15, n. 1, 2019.

DA 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. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 104, p. 110057, jan. 2021.

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

DUARTE, D. et al. Male and Female Physician Suicidality. **JAMA Psychiatry**, v. 77, n. 6, p. 587, 1 jun. 2020a.

DUARTE, M. DE Q. et al. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, 2020b.

ERQUICIA, J. et al. Emotional impact of the Covid-19 pandemic on healthcare workers in one of the most important infection outbreaks in Europe. **Medicina Clínica (English Edition)**, v. 155, n. 10, p. 434–440, nov. 2020.

FACCIOLLA KERTZMAN, P. et al. Analysis on the practice of physical activities performed by Brazilian doctors and the impact of social isolation during the pandemic caused by COVID-19. **Diagn. tratamento**, v. 26, n. 3, p. 118–124, 2021.

FERNANDES, M. A.; SOARES, L. M. D.; SILVA, J. S. E. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 2, p. 218–224, 2018.

FERRARI CARDOSO, H. et al. Síndrome de burnout: Análise da literatura nacional entre 2006 e 2015. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 17, n. 2, p. 121–128, 2017.

FIRTH, J. et al. A meta-review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. **World Psychiatry**, v. 19, n. 3, p. 360–380, 15 out. 2020.

FUJITA, D. M. et al. **COVID-19 and Influenza coinfection: The rise of Ómicron and H3N2 in Brazil – 2022**. **Travel Medicine and Infectious Disease** Bellwether Publishing, Ltd., , 2022.

GUTHOLD, R. et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. **The Lancet Global Health**, v. 6, n. 10, p. e1077–e1086, out. 2018.

GUTIÉRREZ-ROJAS, L. et al. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 6, p. 657–672, dez. 2020.

HORTA, R. L. et al. “Pegar” ou “passar ”: medos entre profissionais da linha de frente da COVID-19. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 71, n. 1, p. 24–31, mar. 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, 1 jan. 2021.

KHAN, N. A.; AL-THANI, H.; EL-MENYAR, A. The emergence of new SARS-CoV-2 variant (Omicron) and increasing calls for COVID-19 vaccine boosters-The debate continues. **Travel Medicine and Infectious Disease**, v. 45, p. 102246, jan. 2022.

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

LEITE, M. A.; VILA, V. DA S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 145–150, abr. 2005.

LEVIN, JACK. **Estatística Aplicada a Ciências Humanas**. . Editora Harbra Ltda ed. São Paulo. : [s.n.]. v. 2ª edição.

LI, W. et al. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. **International Journal of Biological Sciences**, v. 16, n. 10, p. 1732–1738, 2020a.

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

LIMA, B. J. S. et al. SÍNDROME DE BURNOUT: UMA ANÁLISE DOS MÉDICOS NA LINHA DE FRENTE DA COVID-19 EM SERGIPE. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 26, p. 102073, jan. 2022.

LIMA, F. D. et al. Burnout Syndrome in Residents of the Federal University of Uberlândia – 2004. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, v. 29, n. 2, p. 137–146, 2005.

LUGER, T. M.; SULS, J.; VANDER WEG, M. W. How robust is the association between smoking and depression in adults? A meta-analysis using linear mixed-effects models. **Addictive Behaviors**, v. 39, n. 10, p. 1418–1429, out. 2014.

MACHADO, M. A. L. et al. Percepção dos médicos sobre as mudanças na prática médica no contexto de pandemia Covid-19. **Revista Científica Do Tocantins**, v. 2, n. 2, p. 1–11, 2022.

MARINELLI, N. P.; LAYANA PACHÊCO DE ARAÚJO ALBUQUERQUE; ISAURA DANIELLI BORGES DE SOUSA. Protocolo de gestão clínica de COVID-19: ¿por qué tantos cambios? **Revista Cuidarte**, v. 11, n. 2, 1 maio 2020.

MATOS, L. F. F. et al. Análise do impacto da pandemia na saúde mental dos profissionais médicos da linha de frente no combate à COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, p. e529111133979, 1 set. 2022.

MILLS, M. et al. **COVID-19 vaccine deployment: behaviour, ethics, misinformation and policy strategies**. [s.l.: s.n.].

MISTRY, P. et al. SARS-CoV-2 Variants, Vaccines, and Host Immunity. **Frontiers in Immunology**, v. 12, 3 jan. 2022.

MOREIRA, W. C.; DE SOUSA, A. R.; NÓBREGA, M. D. P. S. DE S. Mental illness in the general population and health professionals during COVID-19: A scoping review. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 29, p. 1–17, 2020.

MOREIRA, W. C.; SOUSA, A. R.; NÓBREGA, M. DO P. S. DE S. Adoecimento mental na população geral e em profissionais de saúde durante a COVID-19: scoping review. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29, n. 1, 2020.

OHIDA, N. et al. Factors Related to Alcohol Consumption Among Japanese Physicians. **Asia Pacific Journal of Public Health**, v. 30, n. 3, p. 296–306, 18 abr. 2018.

PAPPA, S. et al. 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, 1 ago. 2020.

PEDERSEN, A. F. et al. Risky alcohol use in Danish physicians: Associated with alexithymia and burnout? **Drug and Alcohol Dependence**, v. 160, p. 119–126, mar. 2016.

PEREZ-ARCE, F. et al. COVID-19 vaccines and mental distress. **PLoS ONE**, v. 16, n. 9 September, 1 set. 2021.

PRETO, V. A.; PEDRÃO, L. J. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 841–848, dez. 2009.

PRIME, H.; WADE, M.; BROWNE, D. T. Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. **American Psychologist**, v. 75, n. 5, p. 631–643, jul. 2020.

RACHE, B. et al. Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo ao COVID- 19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar. **Notas Técnicas. Rio de Janeiro.**, p. 5, 2020.

RAZAI, M. S. et al. **Covid-19 vaccine hesitancy among ethnic minority groups. The BMJBMJ Publishing Group**, , 26 fev. 2021.

RESTAURI, N.; SHERIDAN, A. D. Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions. **Journal of the American College of Radiology**, v. 17, n. 7, 2020.

REYES--RÍOS, L. et al. Diferencias en el consumo de tabaco en estudiantes según el sexo universitarios. . **Revista Cubana de Enfermería** , v. 34, n. 3, 2018.

RIBEIRO, B. C.; GIONGO, C. R.; PEREZ, K. V. “Não somos máquinas!”: Saúde Mental de Trabalhadores de Saúde no contexto da pandemia covid-19. **Política & Sociedade**, v. 20, n. 48, p. 78–100, 31 dez. 2021.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria**. [s.l: s.n.].

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2020. **Conselho Federal de Medicina.** , 2020.

SILVA, D. DOS S. D. et al. Depression and suicide risk among nursing professionals: An integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 49, n. 6, 2015.

SILVA, D. F. O. et al. Prevalence of anxiety among health professionals in times of COVID-19: a systematic review with meta-analysis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 693–710, fev. 2021.

SOUSA, C. A. et al. O impacto da pandemia do Covid-19 na saúde mental dos profissionais médicos de um hospital referência para tratamento do Covid-19 em uma capital do nordeste. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e1311124580, 1 jan. 2022.

SOUZA, P. E. et al. Caracterização dos profissionais intensivistas em unidade de internação de pacientes com COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 7, p. e8370, 22 jul. 2021.

- TEIXEIRA, C. F. DE S. et al. The health of healthcare professionals coping with the covid-19 pandemic. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, 2020.
- TIRONI, M. O. S. et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 6, p. 656–662, 2009.
- TOWNSEND, J. P. et al. The durability of immunity against reinfection by SARS-CoV-2: a comparative evolutionary study. **The Lancet Microbe**, v. 2, n. 12, p. e666–e675, 1 dez. 2021.
- TRETTENE, A. D. S. et al. Estresse – realidade vivenciada por enfermeiros atuantes em um Centro de Terapia Intensiva [Stress – realities experienced by nurses working in an Intensive Care Unit] [Estrés - realidad vivida por enfermeros que trabajan en una Unidad de Terapia Intensiva]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, 2018.
- URZAL, M. et al. Prevalence and associated factors of symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. **Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online**, v. 11, p. 1–23, 2021.
- VAN KAMPEN, J. J. A. et al. Duration and key determinants of infectious virus shedding in hospitalized patients with coronavirus disease-2019 (COVID-19). **Nature Communications**, v. 12, n. 1, 1 dez. 2021.
- VIEIRA DE MELO, M. et al. ESTRESSE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS UNIDADES HOSPITALARES DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Facipe**, v. 1, n. 2, 2013.
- VOLZ, E. et al. Assessing transmissibility of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 in England. **Nature**, v. 593, n. 7858, p. 266–269, 13 maio 2021.
- ZHANG, C. et al. Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, 14 abr. 2020a.
- ZHANG, W. et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 89, n. 4, p. 242–250, 2020b.

ANEXOS

ANEXO I

FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

- 1- Qual é o seu sexo (gênero)? Feminino Masculino Outro
- 2- Qual é a sua idade? ____ anos
- 3- Qual é o seu estado civil? Não possui companheiro(a) /cônjuge Possui companheiro(a) /cônjuge
- 4- Você é praticante de alguma religião? Não Sim. Qual? _____
- 5- Qual é o seu peso atual em quilos? _____
- 6- Qual é a sua altura atual em metros? _____
- 7- Qual é a escolaridade máxima que você chegou a concluir? Curso Superior Pós-Graduação Especialização Residência Médica
- 8- Quantas pessoas moram em sua casa, contando com você? _____ número de pessoa(s)
- 9- Quantos cômodos sua moradia possui? (conte todos os cômodos) _____ número de cômodos
- 10- Você possui filho (a)s? Não Sim. Quantos? _____ número de filho(a)s
- 11- Qual é aproximadamente a sua renda familiar no mês? (considerando toda a renda de sua casa em reais) R\$ _____
- 12- Além da medicina, você exerce outra profissão? Se sim, qual? _____
- 13- Quanto tempo faz que você exerce sua profissão? ____ anos e ____ meses
- 14- Em qual local você trabalha atualmente? (marque mais de uma opção, caso necessário) Saúde da Família (PSF/UBS) Emergência UTI geral UTI COVID Universidade (docente/preceptor) Consultório particular Outro. Qual? _____
- 15- Há quanto tempo você trabalha em seu Emprego Atual?
- 16- Quantas horas por semana você trabalha no seu Emprego Atual? _____ HORAS POR SEMANA
- 17- Você já recebeu algum treinamento para atuar no seu Emprego Atual? Não Sim. Qual? _____
- 18- Como você avalia o treinamento que recebeu para trabalhar no seu Emprego Atual? Muito Inadequado Inadequado Neutro Adequado Muito Adequado
- 19- Como você se considera com relação a sua satisfação no trabalho? Muito insatisfeito Insatisfeito Neutro Satisfeito Muito Satisfeito
- 20- Qual é o tipo de vínculo empregatício que você possui no seu trabalho? CLT (carteira assinada) Concursado estatutário (sem carteira assinada) Contrato de curta duração Outro. Qual? _____
- 21- Como você utiliza o tempo em que não está trabalhando no seu serviço? (caso necessário, marque mais de uma alternativa) Realizo tarefas domésticas Trabalho em outro local Leio jornais, revistas, livros Assisto televisão Estudo Realizo alguma atividade física outro. Qual? _____
- 22- Considerando todas as suas atividades, quantas horas você trabalha por semana (considere todas suas atividades, inclusive domésticas)? _____ HORAS POR SEMANA
- 23- Você faz acompanhamento psicológico? Não Sim.
- 24- Você se atualiza com que frequência para exercer sua profissão? Diariamente Semanalmente Mensalmente Anualmente
- 25- Você pratica atividades físicas? Não Sim. Com que frequência? _____ dias por semana.
- 26- Faz uso de algum remédio tranquilizante, "calmante" ou "remédio para dormir"? Não Sim
- 27- Você fuma tabaco diariamente? (cigarros, charuto ou cachimbo) Não Sim
- 27- Você consome bebida alcoólica com que frequência? diariamente mais de duas vezes por semana mais de quatro vezes por semana esporadicamente

ANEXO II

SEGUNDO FORMULÁRIO

1. Quais foram as principais mudanças em sua rotina pessoal (saúde, exercício físico, consumo de álcool/tabaco/outras drogas) e no trabalho após o início da pandemia e as dificuldades decorrentes dessas mudanças?

Houve mudanças em sua rotina pessoal durante a pandemia? Sim/não

Houve mudanças na sua rotina de trabalho? Sim/não

Tais mudanças causaram algumas dessas sensações: (marque mais de uma opção)

Medo / Humor triste / Dificuldade de concentração / Estresse / Sono aumentado / Sono diminuído / Apetite diminuído / Dificuldade ou lentidão na realização de atividades rotineiras / Perda do prazer nas coisas que costumava sentir / Pensamentos pessimistas / Pensamentos suicidas / Preocupação recorrente / Sensação de que algo ruim está para acontecer / Inquietação ou sensação de nervos a flor da pele / Tensão muscular / Sentimento de angústia /

Com que frequência esses sentimentos te afetaram nos últimos meses?

Constantemente / muitas vezes / algumas vezes / raras vezes / não afetaram

O “lockdown” influenciou sua rotina? Sim/Não

Você acredita que o “lockdown”, com privação de viagens e momentos de lazer, te gerou sintomas ansiosos? Sim/Não

Você acredita que o “lockdown”, com privação de viagens e momentos de lazer, te gerou sintomas depressivos? Sim/Não

Sobre exercícios físicos, o que mudou?

Não praticava / diminuí a quantidade de vezes na semana / aumentei a quantidade de vezes na semana

Em relação ao uso de álcool/tabaco (cigarro, cigarrilha, vapes)/outras drogas

Não utilizava álcool / aumentei o uso de álcool / diminuí o uso de álcool

Não utilizava tabaco / aumentei o uso de tabaco / diminuí o uso de tabaco

Não utilizava outras drogas / aumentei o uso de outras drogas / diminuí o uso de outras drogas

2. Você precisou lidar com morte de pacientes, de familiares e/ou conhecidos e de colegas de profissão decorrentes da COVID-19? (marque mais de uma opção, se necessário)

Sim, perdi colegas de profissão / Sim, perdi familiares/conhecidos / Sim, perdi pacientes / Não precisei lidar com morte próximas a mim / Não precisei lidar com morte de pacientes

Como você avalia o impacto dessas mortes em sua saúde mental?

Não me afetou / Fui pouco afetado / Fui relativamente afetado / Fui muito afetado / Não se aplica

Com relação a perda de pacientes, houve algum desses sentimentos?

Impotência / Dúvidas se fez tudo que poderia ser feito pelo paciente naquele momento / Dificuldade em dar a notícia da morte aos familiares / sobrecarga no trabalho devido a quantidade de óbitos / Não houve nenhum dos sentimentos anteriores

3. Como você descreveria sua saúde mental, seu ânimo e suas perspectivas para o futuro no início da pandemia e agora após quase dois anos nessa situação?

Como você classificaria sua saúde mental no início da pandemia?

Muito boa / boa / normal / ruim / muito ruim

Como você classificaria suas perspectivas para o futuro no início da pandemia?

Muito boas / boas / normais / ruim / muito ruim / sem perspectiva

4. Quais os principais problemas enfrentados no ambiente de trabalho que você avaliou como danosos para sua saúde mental? (marque mais de uma opção, caso julgue necessário)

Falta de leitos / Fila de espera para internamento / Sobrecarga de trabalho / Adoecimento de colegas / Dobrar o horário de plantão / Falta de insumos (medicamentos, respiradores, equipamentos de proteção individual) / Dar más notícias aos familiares de pacientes / Quantidade de atendimentos / Quantidade de óbitos / Risco de auto contaminação elevado / Risco aumentado de contaminação de amigos e familiares externos ao trabalho / Gravidade dos pacientes / Sensação de esgotamento / Redução da eficácia profissional / Sentimento de negativismo em relação ao trabalho / Tensão em assumir novos cargos / Gerenciar setores novos

Você acredita que faltou suporte psicológico para os profissionais da saúde no período da pandemia? Sim/Não

Você acredita ser essencial o acompanhamento psicológico dos profissionais da saúde no período da pandemia? Sim/Não

Você acredita ser essencial o acompanhamento psicológico dos profissionais da saúde em qualquer período? Sim/Não

Qual foi sua maior preocupação com relação a infecção?

Ser infectado / Ser vetor de contaminação para familiares e amigos / Ser infectado e ser vetor de contaminação tiveram impacto igual na minha preocupação / Não me sentia preocupado com esse aspecto.

5. Após a chegada das vacinas contra o vírus SARS-COV-2, quais mudanças ocorreram na sua percepção e na forma como lidou com a pandemia? (marque mais de uma opção, caso julgue necessário)

Não acreditei no potencial das vacinas / Aumentou a expectativa de que a vida voltaria ao normal / Diminuiu a gravidade e óbitos pela doença / Diminuição da fila de espera para internamento / Trouxe esperança para a população / Acredito que apesar das vacinas, os cuidados no enfrentamento da pandemia devam permanecer os mesmos / Não mudou minha percepção / Continuei lidando da mesma forma de antes da vacina

Você tomou pelo menos uma dose de qualquer vacina contra o SARS-COV-2?

Sim/Não

6. Como classifica o processo de aprendizagem e estudos durante a pandemia (através da leitura de artigos, cursos de atualização) ? (marque apenas uma opção)

Muito satisfatório / Satisfatório / Neutro / Insatisfatório / Muito insatisfatório

Houve dificuldades em filtrar boas evidências científicas? Sim / Não

Se sim, quais as principais dificuldades percebidas em filtrar boas evidências científicas?

Alta quantidade de estudos novos a cada dia / Déficit na formação em metodologia científica / Metodologias não muito claras ou não confiáveis / Influência das mídias e/ou de leigos na divulgação de qualquer estudo / Dificuldade em encontrar estudos aplicáveis na prática clínica

7 .O avanço de novas variantes como o ‘ômicon’ e a epidemia de influenza influenciou de que maneira o enfretamento da COVID-19? Isso causou algum efeito na sua saúde mental? (marque mais de uma opção caso julgue necessário)

O aumento do número de casos / A dificuldade de se realizar diagnóstico diferencial / Superlotação nos atendimentos de UBS e emergência / Não houve influência no setor que trabalho / Percepção de eficácia prática das vacinas / Medo de uma nova variante não ser coberta pela vacinação atual / Persistência de casos graves / Despertou gatilhos mentais do início da pandemia / Não senti piora da minha saúde mental em geral / Não mudou minha percepção em relação a pandemia.

Você sente medo ou preocupação diante das possibilidades de surgimento de novas pandemias (através da disseminação da monkeypox – varíola dos macacos, por exemplo)? Sim/ Não

Você acredita que estaria mais preparado (do ponto de vista técnico) para enfrentar uma nova pandemia? Sim/Não

Você acredita que estaria mais preparado (do ponto de vista psicológico) para enfrentar uma nova pandemia? Sim/Não

O que você acredita que aspectos poderiam ser melhorados (pessoais e coletivos) no caso de uma nova pandemia? Descreva em resposta curta

8. Para os médicos docentes, como classificaria o processo de adaptação ao ensino remoto/on-line?(marque mais de uma opção caso julgue necessário)

Não se aplica/ Dificuldade na utilização das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TIDC) / Facilidade na utilização das TIDC / Neutralidade na utilização das TIDC / Mudanças positivas na relação aluno e professor / Mudanças negativas na relação aluno e professor / Não houve mudanças na relação aluno professor / Déficit na capacitação para utilizar as TIDC / Boa capacitação para utilizar as TIDC / Falta de domínio da tecnologia.

Em relação à preceptoría, houve mudanças com a pandemia? (marque mais de uma opção caso julgue necessário)

Não se aplica / Não houve impacto com relação ao ensino remoto / As atividades seguiram normalmente / Houve adaptação de horários / Houve aumento na demanda / Houve queda na demanda / Houve mudança no perfil dos pacientes / Houve mudança na abordagem dos pacientes / Houve mudança com relação a quantidade de alunos

Como você avalia o retorno das aulas presenciais?

Não se aplica / Deve ocorrer de maneira gradual e híbrida (alternando entre presencial e remoto / Necessário retorno 100% presencial para efetividade do ensino / Precisa manter medidas de segurança como utilização de mascarar e distanciamento social / Não precisa manter medidas de segurança como utilização de mascarar e distanciamento social ao retornar / Algumas atividades se beneficiavam do ensino remoto / Não sinto falta das atividades remotas /

9. Você continua trabalhando na linha de frente no combate à pandemia?

Sim/Não

-Você acredita que a pandemia da COVID-19 já acabou? Sim/Não

Você acredita que houve melhora dos serviços de saúde após a pandemia?

Sim/Não

Como você classificaria sua saúde mental atualmente?

Muito boa / boa / normal / ruim / muito ruim

Como você classificaria suas perspectivas para o futuro atualmente?

Muito boas / boas / normais / ruim / muito ruim / sem perspectiva

ANEXO III

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – APROVAÇÃO DO PROJETO

UFPE - CENTRO ACADÊMICO
DE VITÓRIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO - CAV/UFPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DA SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS MÉDICOS QUE ATUARAM EM UNIDADES HOSPITALARES DE REFERÊNCIA AO ENFRENTAMENTO DA COVID-

Pesquisador: IGOR HUMBERTO FERREIRA AMORIM

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57031722.2.0000.9430

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.469.849

Apresentação do Projeto:

informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações básicas da pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1892581.pdf) ou e/ou Projeto detalhado (20/05/22).

Resumo:

A chegada do SARS-CoV-2 (COVID-19) e a obrigatoriedade do distanciamento físico gerou grandes desafios aos seres vivos de nosso planeta; seja no âmbito da saúde geral como no quesito saúde mental e, principalmente, no que diz respeito a pesquisa em saúde mental e comportamental; uma vez que a maior parte desse tipo de pesquisa requer avaliação pessoal, detalhada e entrevistas clínicas. O presente estudo buscará identificar a prevalência e fatores associados à ansiedade, depressão e síndrome de burnout em profissionais médicos que atuaram em unidades hospitalares de referência para o enfrentamento da COVID-19, relacionando e avaliando esses profissionais nas unidades hospitalares dos municípios de Petrolina-PE e Juazeiro-BA, a fim de elaborar um manual descritivo de boas práticas baseado nos dados analisados e indicando medidas que possibilitem a esses profissionais amenizar os efeitos deletérios do exercício laboral. Este estudo possuirá caráter descritivo e retrospectivo de abordagem qualitativa com profissionais médicos, utilizando um questionário online, buscando identificar ansiedade, depressão e síndrome de burnout nesses profissionais. Com a presente

Endereço: Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista

Bairro: Matriz

CEP: 55.612-440

UF: PE

Município: VITORIA DE SANTO ANTAO

Telefone: (81)3114-4152

E-mail: cep.cav@ufpe.br

UFPE - CENTRO ACADÊMICO
DE VITÓRIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO - CAV/UFPE



Continuação do Parecer: 5.469.849

SITUAÇÃO: ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

É obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatório parcial das atividades desenvolvidas no período de seis meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1892581.pdf | 20/05/2022 17:05:11 | | Aceito |
| Outros | Carta_resposta_pendencias.pdf | 20/05/2022 17:04:43 | IGOR HUMBERTO FERREIRA AMORIM | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_novo.docx | 20/05/2022 17:03:26 | IGOR HUMBERTO FERREIRA AMORIM | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_NOVO.doc | 20/05/2022 17:03:11 | IGOR HUMBERTO FERREIRA AMORIM | Aceito |
| Outros | Anuencia_novo.pdf | 17/05/2022 16:51:53 | IGOR HUMBERTO FERREIRA AMORIM | Aceito |

Endereço: Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista

Bairro: Matriz

CEP: 55.612-440

UF: PE

Município: VITORIA DE SANTO ANTAO

Telefone: (81)3114-4152

E-mail: cep.cav@ufpe.br

UFPE - CENTRO ACADÊMICO
DE VITÓRIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO - CAV/UFPE



Continuação do Parecer: 5.469.849

| | | | | |
|----------------|-------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------|
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto_2.pdf | 17/05/2022 16:43:13 | IGOR HUMBERTO FERREIRA AMORIM | Aceito |
| Outros | vinculo.pdf | 10/03/2022 15:33:34 | IGOR HUMBERTO FERREIRA AMORIM | Aceito |
| Outros | Lattes_Rodrigo.pdf | 10/03/2022 15:30:33 | IGOR HUMBERTO FERREIRA AMORIM | Aceito |
| Outros | Lattes_Marcia.pdf | 10/03/2022 15:30:07 | IGOR HUMBERTO FERREIRA AMORIM | Aceito |
| Outros | Lattes_Igor.pdf | 10/03/2022 15:29:45 | IGOR HUMBERTO FERREIRA AMORIM | Aceito |
| Outros | Compromisso_confidencialidade.pdf | 10/03/2022 13:56:26 | IGOR HUMBERTO FERREIRA AMORIM | Aceito |
| Outros | Nomeacao_Vice_reitor_Daniel_DOU.pdf | 08/02/2022 18:18:44 | IGOR HUMBERTO FERREIRA AMORIM | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA DE SANTO ANTAO, 14 de Junho de 2022

Assinado por:
ERIKA MARIA SILVA FREITAS
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista

Bairro: Matriz

CEP: 55.612-440

UF: PE

Município: VITORIA DE SANTO ANTAO

Telefone: (81)3114-4152

E-mail: cep.cav@ufpe.br

APÊNDICE

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**Av. José de Sá de Maniçoba, s/n, centro,
Petrolina – PE. CEP 56304-917. www.univasf.edu.br**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa ESTUDO DA SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS MÉDICOS QUE ATUARAM EM UNIDADES HOSPITALARES DE REFERÊNCIA AO ENFRENTAMENTO DA COVID-19, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Igor Humberto Ferreira Amorim, Rua do Cravo, 627, Dom Avelar, Petrolina – PE, CEP 56322-230, telefone (87) 9 9991-7134, e-mail igorh.fa@hotmail.com.

Também participam desta pesquisa os pesquisadores orientador e co-orientador, sob a orientação de: Marcia Bento Moreira, Telefone: (87) 9 9974-9378, e-mail marcia.moreira@univasf.edu.br e sob a co-orientação de: Rodrigo Feliciano do Carmo, telefone: (81) 9 9873-9554, e-mail: rodrigo.carmo@univasf.edu.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Este TCLE está sendo enviado por e-mail, com possibilidade de ser assinado com assinatura digital via certificado digital ou poderá ser impresso, assinado e devolvido digitalizado.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade. Os participantes da pesquisa poderão desistir a qualquer momento da pesquisa, devendo comunicar por e-mail desse desejo ou informar na plataforma dos questionários sua desistência.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, a qual buscará identificar a prevalência e fatores associados à ansiedade, depressão e síndrome de *Burnout* em profissionais médicos que atuaram em unidades hospitalares de referência para o enfrentamento da COVID-19, relacionando e avaliando esses profissionais nas unidades hospitalares dos municípios de Petrolina-PE e Juazeiro-BA, auxiliando, assim, na análise e criação da documentação do impacto na saúde mental do(a)s profissionais médico(a)s pelo fato de estarem exercendo sua atividade laboral em um ambiente de alto risco e nível elevado de estresse, além de confeccionar um manual descritivo de boas práticas baseado nos dados analisados e indicando medidas que possibilitem a esses profissionais amenizar os efeitos deletérios do trabalho durante a pandemia.

Sua participação é importante, porém, você não deve aceitar participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e caso possua alguma dúvida ou deseje realizar alguma pergunta sobre o estudo, poderá entrar em contato através do contato: (87) 99991-7134, você irá falar com Igor Amorim, o pesquisador responsável por este estudo.

A pesquisa será realizada por meio de um formulário aplicado de forma online, através uma plataforma digital, aplicado uma única vez, onde você responderá 27 questões objetivas de caráter sociodemográfico e 9 questões abertas que abordarão sua percepção de situações durante a pandemia e como elas influenciaram sua saúde mental. Você levará em torno de 30 minutos para responder todas as perguntas. Você terá o direito de não responder qualquer questão (ainda que ela conste como obrigatória na plataforma), sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento. Você não será remunerado pela participação na pesquisa. Você possui o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados) antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada e só terá acesso às perguntas somente depois que tenha dado o seu consentimento. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução 466/2012. A presente pesquisa será regida pela Carta Circular CONEP/CNS/MS no. 001/21 para pesquisas virtuais.

A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, contudo podem ocorrer alguns riscos e desconfortos. Risco de divulgação de dados confidenciais ou identificação pessoal, de condutas profissionais inadequadas ou mesmo que fujam do respeito ético profissional, de cansaço ou aborrecimento ao responder questionários, alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre prática anterior. Risco de produzir estados negativos ou comportamento alterado, incluindo ansiedade, culpa, sentimentos de choque de inutilidade ou medo. Risco de danos sociais que pode gerar alteração nos seus relacionamentos com outras pessoas e podem envolver estigmatização, vergonha ou perda de respeito. Alguns dos riscos serão minimizados através de medidas de segurança digital, utilizando-se de autenticadores de senhas nos computadores e nuvem utilizados na pesquisa, além de apenas o pesquisador principal ter acesso aos dados brutos da presente pesquisa. Outros riscos estão sendo alertados desde o TCLE a fim de não evocar memórias negativas nos participantes, dando-os liberdade de não aceitar participar da pesquisa.

Aos benefícios da pesquisa incluem, trazer a comunidade acadêmico-social a reflexão sobre o estado da saúde mental dos profissionais médicos de Petrolina-PE e Juazeiro-BA. Dar base científica sobre a temática, servindo de fonte para estudos futuros sobre saúde mental de profissionais da saúde. Permitirá, também uma auto reflexão acerca da própria saúde mental, permitindo que o participante, caso identificado com algum fator de risco para adoecimento mental ou alguma alteração psíquica, seja acompanhado profissionalmente.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações de áudio e textos da plataforma do *Google Forms*) ficarão armazenados em pastas de arquivo no computador pessoal e nuvem, sob a responsabilidade do pesquisador principal, Igor Humberto Ferreira Amorim, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos. Os dados coletados serão retirados de plataforma digital ou "nuvem" e armazenados em computador ou pendrive para evitar o risco violação de dados em ambiente virtual com base na Carta Circular no. 001/21 CONEP/CNS/MS

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos,

comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista, Vitória de Santo Antão-PE, CEP: 55.612-440, Tel.: (81) 3114-4152– e-mail: cep.cav@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo ESTUDO DA SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS MÉDICOS QUE ATUARAM EM UNIDADES HOSPITALARES DE REFERÊNCIA AO ENFRENTAMENTO DA COVID-19, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa

e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

| | |
|-------------|-------------|
| Nome: | Nome: |
| Assinatura: | Assinatura: |

APÊNDICE B – CARTA DE DISPENSA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



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

CARTA DE ANUÊNCIA

Ao PPGCSB,

Considerando que o projeto de pesquisa intitulado como “ESTUDO DA SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS MÉDICOS QUE ATUARAM EM UNIDADES HOSPITALARES DE REFERÊNCIA AO ENFRENTAMENTO DA COVID-19” terá como estratégia de obtenção dos dados, a consulta por formulários coletados através das Redes Sociais de trabalhadores de saúde. Dispensando, assim o uso da infraestrutura física para o seu desenvolvimento, o que isenta a pesquisa de eventuais problemas relacionados a essa infraestrutura e dispensa a concordância de uma instituição e/ou organização para autorização de realização de pesquisa. Como pesquisador responsável pelo projeto, eu, Igor Humberto Ferreira Amorim, solicito ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde e Biológicas a anuência para realização da pesquisa.

Petrolina, 03 de maio de 2022

A handwritten signature in blue ink that reads "Igor Humberto Ferreira Amorim". The signature is written in a cursive style and is contained within a thin blue rectangular border.

Igor Humberto Ferreira Amorim
Pesquisador responsável

A handwritten signature in blue ink that reads "Alônis Roberto Melo Araújo". The signature is written in a cursive style.

Coordenação Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Biológica

APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS PESQUISADORES



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

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: ESTUDO DA SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS MÉDICOS QUE ATUARAM EM UNIDADES HOSPITALARES DE REFERÊNCIA AO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Pesquisador responsável: Igor Humberto Ferreira Amorim

Campus/Curso: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Biológicas - UNIVASF
campus: Petrolina

Telefone para contato: 87 9 99917134

Local da coleta de dados: online

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos cujos dados serão coletados via formulários do Google forms, formulário online divulgado em redes sociais, que abordará a temática estudada. Concorda-se, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas preservando o anonimato dos sujeitos e serão mantidas em poder do responsável pela pesquisa, Pesquisador(a) IGOR HUMBERTO FERREIRA AMORIM, por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Petrolina, 31 de janeiro de 2022

A handwritten signature in blue ink that reads "Igor Humberto Ferreira Amorim". The signature is written in a cursive style and is contained within a rectangular box.

Igor Humberto Ferreira Amorim

Pesquisador responsável

APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS PESQUISADORES



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

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: ESTUDO DA SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS MÉDICOS QUE ATUARAM EM UNIDADES HOSPITALARES DE REFERÊNCIA AO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Pesquisador responsável: Igor Humberto Ferreira Amorim

Campus/Curso: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Biológicas - UNIVASF
campus: Petrolina

Telefone para contato: 87 9 99917134

Local da coleta de dados: online

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos cujos dados serão coletados via formulários do Google forms, formulário online divulgado em redes sociais, que abordará a temática estudada. Concorda-se, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas preservando o anonimato dos sujeitos e serão mantidas em poder do responsável pela pesquisa, Pesquisador(a) IGOR HUMBERTO FERREIRA AMORIM, por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Petrolina, 31 de janeiro de 2022

Márcia Bento Moreira
Pesquisador secundário – orientadora

APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS PESQUISADORES



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

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: ESTUDO DA SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS MÉDICOS QUE ATUARAM EM UNIDADES HOSPITALARES DE REFERÊNCIA AO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Pesquisador responsável: Igor Humberto Ferreira Amorim

Campus/Curso: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Biológicas - UNIVASF
campus: Petrolina

Telefone para contato: 87 9 99917134

Local da coleta de dados: online

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos cujos dados serão coletados via formulários do Google forms, formulário online divulgado em redes sociais, que abordará a temática estudada. Concorde-se, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas preservando o anonimato dos sujeitos e serão mantidas em poder do responsável pela pesquisa, Pesquisador(a) IGOR HUMBERTO FERREIRA AMORIM, por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Petrolina, 31 de janeiro de 2022

Rodrigo Feliciano Carmo
Pesquisador secundário - coorientador