**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**
**PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO**
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL DOUTORADO**

MAYLA ROSA GUIMARÃES

# DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE PÓS-PANDEMIA COVID-19: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

**TERESINA**
**2023**

MAYLA ROSA GUIMARÃES

# DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE PÓS-PANDEMIA COVID-19: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem daUniversidade Federal do Piauí para obtençãodo título de Doutora em Enfermagem.

**Área de concentração:** Enfermagem no Contexto Social Brasileiro

**Linha de Pesquisa:** Políticas e Práticas Socioeducativas em Enfermagem

**Orientadora:** Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes

**Coorientadora:** Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos

TERESINA
2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Piauí

Biblioteca Setorial do CCS

Divisão de Representação da Informação

G963d Guimarães, Mayla Rosa.

Depressão, ansiedade e estresse entre profissionais da saúde pós-pandemia COVID-19 : prevalência e fatores associados / Mayla Rosa Guimarães. – – Teresina, 2023.

101 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2023.

"Orientadora: Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes"

1. Pessoal de saúde - Estresse ocupacional. 2. Depressão. 3. Ansiedade. 4. Saúde do trabalhador. 5. COVID-19. I. Fernandes, Márcia Astrês. II. Título.

CDD 616.980 3

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

MAYLA ROSA GUIMARÃES

**DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE PÓS-PANDEMIA DE COVID-19: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**

Tese apresentado ao Programa de Pós- graduação em Enfermagem da UniversidadeFederal do Piauí para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em: Teresina-PI, 20 de dezembro de 2023.

**Banca Examinadora**

Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes – Presidente
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Sandra Cristina Pillon – 1ª Examinadora Externo
Universidade de São Paulo - USP

Profa. Dra. Maria José Quina Galdino – 2ª Examinadora Externo
Universidade Estadual do Norte do Paraná - UENP

Profa. Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva– 3ª Examinadora Interna
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Prof. Dr. Jefferson Abraão Caetano Lira – 4ª Examinadora Interna
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Prof. Dr. Francisco Gilberto Fernandes Pereira – 1ª Suplente
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Profa. Dra. Maria Zélia De Araújo Madeira – 2ª Suplente
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Aos meus pais, Francisco dos Santos Guimarães e Maria José Rosa Guimarães, pela educação exemplar e pelo inspirador exemplo de determinação, honestidade e humilde. Ao meu esposo e parceiro de vida, Laudemiro de Sousa Andrade Neto, dirijo meu agradecimento sincero pelo amor incondicional e dedicação a nós.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por me conceder firmeza, paciência e resiliência ao longo desta jornada.

À **Universidade Federal do Piauí** e ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, manifesto minha gratidão pela oportunidade de progredir mais um degrau em minha formação acadêmica.

À minha estimada orientadora, **Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes**, pela generosidade, compreensão e rica orientação que permearam todo o percurso deste estudo. Sua sabedoria, ensinamentos e a maneira atenciosa com que compartilhou seu conhecimento foram elementos essenciais que contribuíram significativamente para meu desenvolvimento acadêmico e profissional. Agradeço, em especial, por confiar em meu potencial e por caminhar ao meu lado nesta jornada desafiadora, partilhando sua expertise e tornando-se uma figura fundamental em minha trajetória.

À querida **Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos**, expresso meu agradecimento pelas minuciosas correções e valiosas contribuições na construção desta tese.

Aos membros da banca de defesa da tese, Professores **Dra. Sandra Cristina Pillon**, **Dra. Maria José Quina Galdino**, **Dr. Jefferson Abraão Caetano Lira**, **Dr. Francisco Gilberto Fernandes Pereira**, **Dra. Maria Zélia De Araújo Madeira**, agradeço a disposição em colaborar com o aprimoramento deste estudo, por meio de importantes reflexões e sugestões. Especial gratidão à **Profa. Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva**, cujo apoio e crença em meu potencial foram elementos fundamentais para o meu crescimento profissional e pessoal. Agradeço não apenas por sua contribuição significativa a este trabalho, mas também por ser uma fonte inesgotável de inspiração. A maneira como a Senhora compartilha seu conhecimento, dedicação e sabedoria tem sido motivadora.

À **Profa. Dra. Antônia Sylca de Jesus Sousa**, pela amizade construída e pelas contribuições neste trabalho e em muitos outros. Sua amizade é um tesouro que valorizo imensamente, e estou verdadeiramente grata por ter você como parte essencial desta jornada.

À minha querida amiga **Profa. Dra. Aline Raquel de Sousa Ibiapina**, expresso minha profunda gratidão por sua inestimável amizade, constante incentivo e valioso suporte ao longo desses anos de jornada acadêmica. Sua presença e apoio foram fundamentais para meu crescimento profissional, proporcionando não apenas momentos de aprendizado, mas também compartilhando experiências que enriqueceram meu percurso.

Aos docentes do **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI**, agradeço a colaboração neste processo de crescimento profissional, pelos conhecimentos compartilhados e pelas experiências vivenciadas.

Aos colegas do doutorado, pela convivência prazerosa e pela oportunidade de aprender e crescer com a experiência de cada um, especialmente a **Sylca Sousa**, **Inara Sena**, **Francidalma**, **Priscila Mendes** e **Ítalo Arão**.

Ao meu esposo **Laudemiro de Sousa Andrade Neto**, agradeço por embarcar junto nas minhas decisões e vibrar com as minhas conquistas. Sou eternamente grata por ter um companheiro tão

dedicado e incentivador ao meu lado. Obrigada por ser minha âncora e por tornar cada desafio mais fácil de enfrentar com sua parceria constante.

Aos meus amigos **Rávida Rocha**, **Mara Moura**, **Karoline Santos**, **Jainara Santos**, **Hiago Rafael**, **Felipe Lopes**, **Miguel Dehnin**, **Susy Erica**, **Inara Mariela** e **Thiago Pinheiro**, expresso minha gratidão por sempre me incentivarem e me ouvirem nos momentos de angústia.

Aos **profissionais de saúde**, que generosamente compartilharam parte do seu precioso tempo para participar ativamente desta pesquisa. A colaboração e participação de cada um de vocês foram essenciais para enriquecer o estudo, proporcionando *insights* valiosos e contribuições significativas.

A todos que não foram mencionados, mas contribuíram para esta conquista, meu muito obrigada!

Guimarães, Mayla Rosa. **Depressão, ansiedade e estresse entre profissionais da saúde pós-pandemia COVID-19: prevalência e fatores associados**. 2023. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, 2023

## RESUMO

**Introdução:** A COVID-19, causada pelo vírus Sars-CoV-2, é uma doença nova que se instalou em todo o mundo de forma devastadora, e tornou-se um desafio para todo o sistema mundial de saúde, especialmente para os profissionais da área, gerando preocupação com a saúde mental. **Objetivo:** Analisar a prevalência de ansiedade, depressão e estresse e suarelação com fatores associados entre profissionais da saúde pós-pandemia COVID-19. **Método:**Trata-se de um estudo transversal-analítico, realizado em um hospital público de referência para o gerenciamento de casos moderados e graves de COVID-19 em Teresina-PI, com 201 profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem), de ambos os sexos, que prestaram atendimento às pessoas infectadas, seja em modalidade hospitalar ou intensiva. A coleta de dadosfoi realizada no período de julho a setembro de 2023, por meio de um formulário sociodemográfico, ocupacionais e clínicos, além da utilização da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse. Um banco de dados foi elaborado no *software Microsoft Office Excel* e adotou-se a técnica de identificação e correção de erros por meio da digitação em planilha com dupla entrada. Subsequentemente, as informações foram transferidas para o programa *Statistical Package for the Social* Sciences, versão 26.0. Na análise estatística foram empregados os seguintes testes: *Kolmogorov-Smirnov*, o de *Qui-Quadrado* ($X^2$) de *Pearson*, o teste de comparação U de *Mann-Whitney* e a análise de regressão logística binária. As variáveis foram inseridas no modelo por meio do método *enter*, sendo considerada significativa a inclusão das variáveis independentes com um critério de $p<0,05$. Os *Odds Ratio* foram calculados com intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** Após análise dos dados, os resultadosforam divididos em três manuscritos. O primeiro: "Saúde mental pós-COVID-19 de profissionais da saúde em hospital universitário" evidenciou que, dos participantes da pesquisa, 56,3% apresentaram sinais de depressão, 76,6% de ansiedade e 42,7% de estresse, variando entre leve e extremamente severo. Além disso, observou-se que as variáveis "raça", "Em qual setor você trabalha(ou)?" e "Como você considera sua carga de trabalho no setor COVID-19?" foram fatores de proteção para o estresse. O segundo manuscrito refere-se a "Autopercepção de saúde de profissionaisda saúde pós-COVID-19 e fatores associados" mostrou que as variáveis associadas à autopercepção de saúde foram religião (p=0,023), setor que trabalhou durante a pandemia (p=0,014) e contrato de trabalho (p=0,050). Além disso, os dados mostraram que pertencer a religião Católica foi um fator protetor para melhor autopercepção de saúde (p=0,004; OR[IC95%]=0,174[0,053-0,572]); e trabalhar no setor enfermaria COVID-19 durante a pandemia representou uma razão de chance de 2,961 entre aqueles que apresentaram autopercepção de saúde regular (p=0,004; OR[IC95%]=2,961[1,402-6,255]). O terceiro: "Suporte social e percepção de saúde autorreferidos por profissionais da saúde no período pós-COVID-19: estudo analítico", mostrando que ter relacionamento bom (OR=0,122, IC95%= [0,101-0,455], p=0,018) e muito bom (OR=0,267, IC95%= [0,117-0,610], p= 0,002) com chefe/supervisor foram associados entre aqueles que tinham autopercepção melhor da sua saúde. **Conclusão:** A presença da COVID-19 exacerbou desafios já existentes noambiente profissional dos profissionais de saúde. Aspectos físicos, emocionais e estruturais, emconjunto com as mudanças na saúde devido à COVID-19, contribuíram para a deterioração dasaúde mental desses profissionais, especialmente problemas relacionados à ansiedade, depressão e fatores associados.

**Palavras-Chave:** pessoal de saúde; depressão; ansiedade; estresse ocupacional; saúde do trabalhador; COVID-19.

Guimarães, Mayla Rosa. **Depression, anxiety and stress among healthcare professionals post-COVID-19 pandemic: prevalence and associated factors**. 2023. Thesis (Doctorate in Nursing) – Federal University of Piauí, Teresina-PI, 2023.

## ABSTRACT

**Introduction:** COVID-19, caused by the Sars-CoV-2 virus, is a new disease that has spread across the world in a devastating way, and has become a challenge for the entire global health system, especially for healthcare professionals. area, generating concern about mental health. **Objective:** To analyze the prevalence of anxiety, depression and stress and their relationship with associated factors among healthcare professionals post-COVID-19 pandemic. **Method:** This is a cross-sectional-analytical study, carried out in a public reference hospital for the management of moderate and severe cases of COVID-19 in Teresina-PI, with 201 health professionals (doctors, nurses, physiotherapists and healthcare technicians). nursing), of both sexes, who provided care to infected people, whether in hospital or intensive care. Data collection was carried out from July to September 2023, using a sociodemographic, occupational and clinical form, in addition to using the Depression, Anxiety and Stress Scale. A database was created in Microsoft Office Excel software and the technique of identifying and correcting errors was adopted by typing in a double-entry spreadsheet. Subsequently, the information was transferred to the Statistical Package for the Social Sciences, version 26.0. In the statistical analysis, the following tests were used: Kolmogorov-Smirnov, Pearson's Chi-Square ($X^2$), the Mann-Whitney U comparison test and binary logistic regression analysis. The variables were inserted into the model using the enter method, with the inclusion of independent variables considered significant with a criterion of $p<0.05$. Odds Ratio were calculated with 95% confidence intervals. **Results:** After data analysis, the results were divided into three manuscripts. The first: "Post-COVID-19 mental health of healthcare professionals in a university hospital" showed that, of the research participants, 56.3% showed signs of depression, 76.6% of anxiety and 42.7% of stress, ranging from mild to extremely severe. Furthermore, it was observed that the variables "race", "In which sector do you work?" and "How do you consider your workload in the COVID-19 sector?" were protective factors for stress. The second manuscript refers to "Self-perceived health of healthcare professionals post-COVID-19 and associated factors" showed that the variables associated with self-perceived health were religion (p=0.023), sector in which they worked during the pandemic (p= 0.014) and employment contract (p=0.050). Furthermore, the data showed that belonging to the Catholic religion was a protective factor for better self-perceived health (p=0.004; OR[IC95%]=0.174[0.053-0.572]); and working in the COVID-19 nursing sector during the pandemic represented an odds ratio of 2.961 among those who presented regular self-perceived health (p=0.004; OR[95%CI]=2.961[1.402-6.255]). The third: "Social support and health perception self-reported by health professionals in the post-COVID-19 period: analytical study", showing that having a good relationship (OR=0.122, 95%CI= [0.101-0.455], p=0.018) and very good (OR=0.267, 95%CI= [0.117-0.610], p= 0.002) with boss/supervisor were associated among those who had a better self-perception of their health. **Conclusion:** The presence of COVID-19 exacerbated existing challenges in the professional environment of healthcare professionals. Physical, emotional and structural aspects, together with changes in health due to COVID-19, contributed to the deterioration of the mental health of these professionals, especially problems related to anxiety, depression and associated factors.

**Keywords:** health personnel; depression; anxiety; occupational stress; Worker's health; COVID-19.

Guimarães, Mayla Rosa. **Depresión, ansiedad y estrés entre profesionales de la salud post-pandemia COVID-19: prevalencia y factores asociados**. 2023. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Universidad Federal de Piauí, Teresina-PI, 2023.

## RESUMÉN

**Introducción:** La COVID-19, causada por el virus Sars-CoV-2, es una nueva enfermedad que se ha extendido por todo el mundo de forma devastadora, y se ha convertido en un desafío para todo el sistema sanitario global, especialmente para los profesionales sanitarios. generando preocupación por la salud mental. **Objetivo:** Analizar la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés y su relación con factores asociados entre los profesionales de la salud post-pandemia de COVID-19. **Método:** Se trata de un estudio analítico transversal, realizado en un hospital público de referencia para el manejo de casos moderados y graves de COVID-19 en Teresina-PI, con 201 profesionales de la salud (médicos, enfermeros, fisioterapeutas y técnicos sanitarios). .enfermería), de ambos sexos, que brindaron atención a personas infectadas, ya sea en el hospital o en cuidados intensivos. La recolección de datos se realizó de julio a septiembre de 2023, mediante un formulario sociodemográfico, ocupacional y clínico, además de utilizar la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés. Se creó una base de datos en el software Microsoft Office Excel y se adoptó la técnica de identificación y corrección de errores escribiendo en una hoja de cálculo de doble entrada. Posteriormente la información fue trasladada al Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, versión 26.0. En el análisis estadístico se utilizaron las siguientes pruebas: Kolmogorov-Smirnov, Chi-cuadrado de Pearson ($X^2$), prueba de comparación U de Mann-Whitney y análisis de regresión logística binaria. Las variables fueron insertadas en el modelo mediante el método enter, considerándose significativa la inclusión de variables independientes con un criterio de $p<0,05$. Los odds ratio se calcularon con intervalos de confianza del 95%. **Resultados:** Después del análisis de los datos, los resultados se dividieron en tres manuscritos. El primero: "Salud mental post-COVID-19 de los profesionales de la salud en un hospital universitario" mostró que, de los participantes de la investigación, el 56,3% presentaba signos de depresión, el 76,6% de ansiedad y el 42,7% de estrés, desde leves hasta extremadamente graves. . Además, se observó que las variables "raza", "¿En qué sector trabaja?" y "¿Cómo considera su carga de trabajo en el sector COVID-19?" fueron factores protectores del estrés. El segundo manuscrito hace referencia a "Salud autopercibida de los profesionales de la salud post-COVID-19 y factores asociados" mostró que las variables asociadas a la salud autopercibida fueron religión (p=0,023), sector en el que laboraron durante la pandemia (p = 0,014) y contrato de trabajo (p=0,050). Además, los datos mostraron que pertenecer a la religión católica fue un factor protector para una mejor autopercepción de salud (p=0,004; OR[IC95%]=0,174[0,053-0,572]); y trabajar en el sector de enfermería COVID-19 durante la pandemia representó un odds ratio de 2,961 entre quienes presentaron salud autopercibida regular (p=0,004; OR[IC95%]=2,961[1,402-6,255]). El tercero: "Apoyo social y percepción de salud autoreportada por profesionales de la salud en el período post-COVID-19: estudio analítico", demostrando que tener una buena relación (OR=0,122, IC95%= [0,101-0,455], p =0,018) y muy buena (OR=0,267, IC95%= [0,117-0,610], p= 0,002) con jefe/supervisor se asociaron entre quienes tenían una mejor autopercepción de su salud. **Conclusión:** La presencia de COVID-19 exacerbó los desafíos existentes en el entorno profesional de los profesionales de la salud. Aspectos físicos, emocionales y estructurales, junto con los cambios en la salud debido a la COVID-19, contribuyeron al deterioro de la salud mental de estos profesionales, especialmente problemas relacionados con la ansiedad, la depresión y factores asociados.

**Palabras clave:** personal de salud; depresión; ansiedad; estrés ocupacional; Salud del trabajador; COVID-19.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS


| | | |
|---|---|---|
| **Figura 1** | Mapa geográfico do local de Teresina no Piauí e no Brasil. Teresina, 2021 | 28 |
| **Quadro 1** | Amostra estratificada de profissionais da saúde por local e categoria profissional. Teresina, 2021 | 29 |
| **Quadro 2** | Descrição, categorização e classificação das variáveis sociodemográficas, ocupacionais e clínicas. Teresina, Piauí, Brasil, 2023. | 32 |
| **Tabela 1 (manuscrito 1)** | Caracterização da escala de Depressão, Ansiedade e Estresse de trabalhadores da saúde que atuaram/atuam na linha de frente paraо combate da pandemia da COVID-19 (n=201), Teresina, PI, Brasil, 2023. | 46 |
| **Tabela 2 (manuscrito 1)** | Análise de associação entre o perfil sociodemográfico e ocupacional e a classificação da escala de Depressão, Ansiedade e estresse, no período de COVID-19, por profissionais de saúde de um hospital de referência do Estado do Piauí (n=201). Teresina-PI. Brasil, 2023. | 46 |
| **Tabela 3 (manuscrito 1)** | Análise de associação entre o perfil sociodemográfico e ocupacional e a classificação da escala de Depressão, Ansiedade e estresse, no período de COVID-19, por profissionais de saúde de um hospital de referência do Estado do Piauí (n=201). Teresina-PI. Brasil, 2023. | 48 |
| **Tabela 1 (manuscrito 2)** | Variáveis sociodemográficas, profissionais e de autopercepção de saúde (n=201). Teresina, PI, Brasil, 2023. | 58 |
| **Tabela 2 (manuscrito 2)** | Variáveis associadas à autopercepção de saúde (n=201). Teresina, PI, Brasil, 2023. | 59 |
| **Tabela 3 (manuscrito 2)** | Etapa do modelo de regressão logística (n=201). Teresina, PI, Brasil, 2023. | 61 |
| **Tabela 1 (manuscrito 3)** | Variáveis sociodemográficas, profissionais, de suporte social e autopercepção de saúde (n=201). Teresina-PI. Brasil, 2023. | 70 |
| **Tabela 2 (manuscrito 3)** | Variáveis sobre suporte social associadas à autopercepção de saúde (n=201). Teresina-PI. Brasil, 2023. | 72 |
| **Tabela 3 (manuscrito 3)** | Etapa do modelo de regressão logística (n=201). Teresina-PI. Brasil, 2023. | 73 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CEP | Comitê de Ética e Pesquisa |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| DASS 21 | Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse 21 |
| EPI | Equipamento de Proteção Individual |
| GEPSAMT | Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Trabalho |
| HU | Hospital Universitário |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| *WHO* | *World Health Organization* |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OR | *Odds Ratio* |
| *RT-PCR* | *Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction* |
| *SPSS* | *Statistical Package for the Social Sciences* |
| *STROBE* | *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* |
| TC | Tomografia Computadorizada |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UFPI | Universidade Federal do Piauí |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |

**SUMÁRIO**


| | | |
|---|---|---|
| | **APRESENTAÇÃO** | 16 |
| **1** | **INTRODUÇÃO** | 17 |
| **1.1** | **Contextualização do problema** | 17 |
| **1.2** | **Questão de pesquisa** | 19 |
| **1.3** | **Hipóteses** | 19 |
| **2** | **OBJETIVOS** | 20 |
| **2.1** | **Geral** | 20 |
| **2.2** | **Específico** | 20 |
| **3** | **REFERÊNCIAL TEMÁTICO** | 21 |
| **3.1** | **A pandemia da COVID-19 e as implicações para a Saúde Mental dos profissionais da saúde** | 21 |
| **3.2** | **Sofrimento mental (ansiedade, depressão e estresse) entre os profissionais de saúde no contexto da COVID-19** | 25 |
| **4** | **MÉTODO** | 28 |
| **4.1** | **Delineamento do estudo** | 28 |
| **4.2** | **Local e período** | 28 |
| **4.3** | **População e amostra** | 29 |
| **4.4** | **Instrumentos de coleta de dados** | 30 |
| **4.4.1** | **Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse (DASS-21)** | 30 |
| **4.4.2** | **Formulário de informações sociodemográficas, ocupacionais e clínicas** | 31 |
| **4.5** | **Variáveis do estudo** | 32 |
| **4.6** | **Técnica de coleta de dados** | 34 |
| **4.7** | **Análise de dados** | 35 |
| **4.8** | **Procedimentos éticos** | 36 |
| **4.9** | **Riscos e benefícios** | 36 |
| **5** | **RESULTADOS E DISCUSSÃO** | 36 |
| **5.1** | **Manuscrito 1 – Saúde mental de profissionais da saúde em hospital universitário pós-COVID-19** | 37 |
| **5.2** | **Manuscrito 2 – Autopercepção de saúde de profissionais da linha de frente pós-pandemia COVID-19 e fatores associados** | 54 |
| **5.3** | **Manuscrito 3 – Suporte social e percepção de saúde autorreferidos por profissionaisda saúde no período pós-COVID-19: estudo analítico** | 67 |
| **6** | **CONCLUSÃO** | 77 |
| | **REFERÊNCIAS** | 78 |
| | **APÊNDICES** | 83 |
| | **APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais desaúde** | 84 |
| | **APÊNDICE B – Formulário sociodemográfico, ocupacional e clínico** | 87 |
| | **ANEXOS** | 92 |
| | **ANEXO A – Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS 21)** | 93 |
| | **ANEXO B – Aprovação do CEP** | 94 |
| | **ANEXO C – Protocolo de Revisão de Escopo Publicado** | 101 |
| | **ANEXO D – Artigo de Revisão Aceito para Publicação** | 102 |

# APRESENTAÇÃO

Investigar e analisar a presença de ansiedade, depressão e estresse entre os profissionais de saúde no contexto da COVID-19 e pós-COVID-19, especialmente aqueles na linha de frente do cuidado durante à pandemia, torna-se crucial, dada a evidência na literatura de que esses trabalhadores estão suscetíveis ao sofrimento psíquico, resultando em impactos significativos em suas vidas.

O interesse em conduzir este estudo surgiu a partir da minha imersão na temática, quando assumi o papel de residente em alta complexidade no Hospital Universitário, vinculado à Universidade Federal do Piauí (UFPI), no início de 2020, coincidindo com o surgimento da COVID-19 no Brasil. Além disso, faço parte do Grupo de Pesquisa de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Trabalho (GEPSAMT) fortalecendo minha conexão com esse campo de estudo.

Anteriormente, atuei como professora substituta na UFPI, Campus de Picos (PI). Ao longo de dois anos, ministrei aulas práticas nas disciplinas de Saúde Mental e Curricular II, acompanhando alunos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) AD e II. Essa experiência não apenas envolveu-me, mas também me motivou a abordar essa problemática, visando desenvolver ações voltadas para pessoas em situação de adoecimento mental, especialmente entre os profissionais de saúde. Diante da realidade imposta por uma pandemia avassaladora, decidi, durante o doutorado, explorar essa problemática, aprofundando o conhecimento e contribuindo para a identificação de sintomas de ansiedade, depressão, estresse e fatores associados.

Espera-se que o desenvolvimento do estudo seja de importância notória ao cenário da saúde pública, auxiliando na melhoria da atuação dos profissionais de saúde, principalmente aqueles na linha de frente do combate à COVID-19. Almejamos contribuir para a implementação de intervenções, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Além disso, pretendemos, por meio dos resultados obtidos, disseminar conhecimentoe estimular novas pesquisas que possam ampliar a compreensão sobre a temática.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização do problema

Em dezembro de 2019 iniciou-se, na província de Hubei em Wuhan (República Popular da China), um surto de infecção grave provocado pelo vírus SARS-CoV-2, causador da COVID-19, que se instalou em todo o mundo de forma devastadora. Em decorrência do elevado número de mortes, casos confirmados e mortalidade, no final de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) já declarava como emergência em Saúde Pública de Importância Internacional. Além disso, a pandemia tornou-se um desafio para todo o sistema mundial de saúde, especialmente para os profissionais de saúde (WHO, 2020; Ortiz, 2020).

A COVID-19 é uma doença nova que atinge, principalmente, o sistema respiratório e pode ser transmitida de humano para humano (transmissão direta) por meio do aperto de mão, tosse, espirro, gotículas de saliva e catarro. Além disso, a transmissão pode acontecer por meio deobjetos e/ou superfícies contaminadas (transmissão indireta). Ainda, seus principais sintomas são: febre, cansaço, coriza, dor de garganta, tosse, diarreia e dificuldades respiratórias, variando de um simples resfriado a uma pneumonia grave que pode levar à morte (Prado *et al*., 2020; Labegalini *et al*., 2021).

Nessa perspectiva, foram adotadas uma série de medidas governamentais no intuito de reduzir a transmissão pela COVID-19, entre elas, distanciamento social, fechamento de serviços não essenciais, distância mínima de pelo menos um metro e meio das outras pessoas e o uso de máscaras pela população em geral. Além disso, foi adotada a obrigatoriedade de quarentena para os suspeitos de infecção por até 14 dias (Brasil, 2020; Lima *et al*., 2020).

De acordo com dados constantes da *World Health Organization* (WHO), a COVID-19 já trazia profundo impacto global. Em 03 de dezembro de 2023, o mundo já contabilizava mais de 772.052,752 casos diagnosticados e 6.985,278 óbitos. O Brasil, situado na América Latina, éo país com o maior número de casos e de mortes do continente – já foram confirmados 38.078,411 casos da COVID-19 e 707.789 mortes. No estado do Piauí, até a mesma data, foram registrados 433.695 mil casos e 8.398 mortes (Who, 2020; Fegurson *et al*., 2020).

Em decorrência do cenário atual, a pandemia COVID-19 gerou preocupação com a saúde mental em todo o mundo, principalmente a dos profissionais de saúde que estão na linha de frente no combate à pandemia. Problemas relacionados à saúde mental intensificaram-se, uma vez que a demanda pelos serviços de saúde, causada pela COVID-19, cresceram de maneira desordenada. Consequentemente, a sobrecarga pode ocasionar perturbações psicológicas e sociais e interferir na qualidade de vida dos profissionais (Faro *et al*., 2020).

Dentro desse contexto, a saúde mental é um componente fundamental para a saúde e primordial para nossa habilidade coletiva e individual, pois as pessoas pensam, emocionam-se, interagem entre si, ganham e desfrutam a vida. Deste modo, a promoção, proteção e restauração da saúde mental são consideradas vitais aos indivíduos, comunidades e sociedades ao redor do mundo (Who, 2018).

Nessa perspectiva, o trabalho não é definido somente como um meio de sobrevivência material, que faz parte do cotidiano das pessoas e, em muitos casos, pode oferecer impactos negativos psicossociais e psicossomáticos gerando a diminuição da produtividade e o aumento do índice de acidentes de trabalho e uma assistência ineficaz. Dessa forma, essa problemática tornou-se alvo de pesquisas nas áreas sociais e da saúde ao ser causadora de efeitos psicológicos e fisiológicos nocivos ao trabalhador (Rodriguez *et al*., 2018).

Diante disso, os profissionais vêm sendo desencorajados a interagir de maneirapróxima com outras pessoas, o que tende a aumentar o sentimento de isolamento. Além disso, têm lidado com mudanças frequentes nos protocolos de atendimento, em decorrência de novasdescobertas sobre a COVID-19 e, ainda, costumam despender um tempo significativo do seu dia para colocar e remover os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e cuidados preventivos, o que aumenta a exaustão relacionada ao trabalho (Zhang *et al*., 2020).

Desse modo, devido ao rápido crescimento do número de profissionais de saúde infectados pela COVID-19 e todo o estresse e pressão que têm sofrido, além de todas as medidas preventivas a serem tomadas dentro e fora do local de trabalho, a saúde mental desses profissionais tem sido apontada como uma grande preocupação.

Para além da população geral, profissionais de saúde costumam vivenciar estressores no contexto de pandemias, são eles: risco aumentado de ser infectado, adoecer, morrer, possibilidade de infectar outras pessoas, sobrecarga e fadiga; exposição a mortes em larga escala; frustração por não conseguir salvar vidas, apesar dos esforços; ameaças e agressões propriamente ditas, perpetradas por pessoas que buscam atendimento e não podem ser acolhidas pela limitação de recursos; e afastamento da família e dos amigos (Taylor, 2019).

Estudo desenvolvido por equipes de saúde mental na China observou sinais de sofrimento psicológico, irritabilidade aumentada e recusa a momentos de descanso por parte de profissionais da saúde que trabalhavam na linha de frente, demonstrando o impacto da COVID-19 entre estes (Chen *et al*., 2020). Além disso, muitos profissionais da saúde que atuam na linha de frente, expostos ao vírus diariamente, foram infectados em todo o mundo; na Itália, esse número chegou a 20% no final do mês de março de 2020, de forma que o acesso a equipamentos de proteção individual para profissionais da saúde é preocupação central (The Lancet, 2020).

No que tange a COVID-19, em especial, os desafios enfrentados pelos profissionais da saúde podem ser um gatilho para o desencadeamento ou a intensificação de sintomas de ansiedade, depressão e estresse (Bao *et al*., 2020), principalmente quando se trata daqueles que trabalham na chamada “linha de frente”, ou seja, em contato direto com pessoas que foi infectadas pelo vírus (Li *et al*., 2020).

Nesse sentido, percebe-se que a pandemia COVID-19 trouxe um problema a mais parao bem-estar de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem e demais profissionais da área. Em momentos de maior pressão, a exemplo da luta contra o novo coronavírus, esses trabalhadores esquecem-se da própria saúde. O bem-estar físico e mental desses indivíduos é afetado, acarretando, o surgimento de transtornos relacionados ao estresse, ansiedade (Rodrigues; Silva, 2020).

Portanto, faz-se necessário que estudos sejam realizados com essa temática e que possam contribuir para promoção da saúde mental e prevenção de impactos psicológicos negativos aos profissionais da saúde, uma vez que os resultados poderão oferecer suporte e orientação sobre como manejar algumas situações. Dentre os desafios relatados por profissionais da saúde, destaca-se atender pessoas que testaram positivo para o novo coronavírus e que não compreendem as recomendações ou se recusam a aderir ao tratamento (Chen *et al*., 2020), bem como lidar com a frustração por não conseguir salvar vidas, apesar de todos os esforços (Taylor, 2019).

## 1.2 Questão de pesquisa

Qual a prevalência e fatores associados à ansiedade, depressão e estresse entre os profissionais de saúde que atuam/atuaram na linha de frente Pós-COVID-19?

## 1.3 Hipóteses

### 1.3.1 Manuscrito 1

Hipótese alternativa (H1): atuar na linha de frente da COVID-19 contribui para o surgimento de sintomas de depressão, ansiedade, estresse e fatores associados entre os profissionais da saúde.

Hipótese nula (H0): atuar na linha de frente da COVID-19 não contribui para o surgimento de sintomas de depressão, ansiedade, estresse e fatores associados entre os profissionais da saúde.

### 1.3.2 Manuscrito 2

Hipótese alternativa (H1): Existe diferença significativa na autopercepção de saúde entre os profissionais da linha de frente no período pós-COVID-19, e há fatores sociodemográficos e profissionais associados a essa percepção.

Hipótese nula (H0): Não existe diferença significativa na autopercepção de saúde entre os profissionais da linha de frente no período pós-COVID-19, e não há fatores sociodemográficos e profissionais associados a essa percepção.

### 1.3.3 Manuscrito 3

Hipótese alternativa (H1): Existe diferença significativa entre o suporte social médio e a percepção de saúde autorreferidos por profissionais da saúde no período pós-COVID-19.

Hipótese nula (H0): Não existe diferença significativa entre o suporte social médio e a percepção de saúde autorreferidos por profissionais da saúde no período pós-COVID-19.

# OBJETIVOS

## 2.1 Geral

- ✓ Analisar a frequência de depressão, ansiedade e estresse e sua relação com fatores associados entre profissionais da saúde pós-pandemia COVID-19.

## 2.2 Específicos

- ✓ Caracterizar os participantes do estudo quanto as variáveis sociodemográficas, ocupacionais e clínicas;
- ✓ Associar as variáveis sociodemográficas e ocupacionais entre os profissionais de saúde com a ansiedade, depressão e estresse;
- ✓ Identificar os fatores sociodemográficos e profissionais associados à autopercepção de saúde em profissionais da saúde pós-COVID-19.
- ✓ Verificar o suporte social e percepção de saúde autorreferidos por profissionais da saúde no período pós-COVID-19.

# 3 REFERÊNCIAL TEMÁTICO

## 3.1 A pandemia COVID-19 e as implicações para a Saúde Mental dos profissionais da saúde

A história foi marcada pela ocorrência de pandemias com consequências catastróficas, sendo a última a pandemia COVID-19. Resultante da globalização, nos últimos anos, tem ocorrido uma maior propagação de agentes patológicos em todo o mundo. Mais recentemente, surtos de AIDS, *zika*, H1N1, SARS, MERS e ebola atraíram a atenção do planeta para a complexidade da contenção dessas infecções, que resultaram em grandes impactos econômicos, políticos e psicossociais, desafiando o sistema de saúde de todo o mundo (Nabuco; Oliveira; Afonso, 2020).

Como um dos maiores desafios globais deste século, a COVID-19, doença causada pelo agente etiológico SARS-CoV-2, segundo a classificação do Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus, foi identificada pela primeira vez em Wuhan na China em meados de dezembro de 2019, sendo caracterizada como um surto de pneumonia para uma Síndrome Respiratória Aguda grave e letal. Por causa de sua rápida disseminação para outros continentes, alcançando, até o início de março de 2020, mais de 180 países, a OMS elevou a doença ao status de pandemia (Faro *et al*., 2020; Monteiro; Souza, 2020).

O SARS-CoV-2, agente etiológico da doença, denominado no início de sua descoberta de novo coronavírus 2019 (2019-nCOV), configura-se em um vírus envelopado de RNA fita simples positiva, com 50 a 200 nm, e o mais novo coronavírus humano identificado (Chen *et al*., 2020; Gorbalenya *et al*., 2020; Wu *et al*., 2020). O SARS-CoV-2 apresenta quatro proteínas estruturais: a proteína do envelope (E), a proteína *spike* (S) (está irá determinar a interação com a célula hospedeira, permitindo a adesão e fusão do vírus com a sua membrana plasmática), a proteína do nucleocapsídeo (N) e a proteína de membrana (M), semelhante a outros coronavírus (Wu *et al*., 2020).

A transmissão da COVID-19 pode ocorrer principalmente por meio de gotículas respiratórias (5 a 10 μm) e aerossóis ($\leq$ 5 μm) produzidos por pessoas infectadas por meio conversas, tosses e espirros e, ainda, pelo contato próximo entre indivíduos (Prather; Wang; Schooley, 2020). Outra maneira de transmissão da COVID-19 se deu por meio do contato com superfícies contaminadas (Brasil, 2020).

Na maioria dos pacientes, o tempo de incubação, para indivíduos sintomáticos, foi em torno de cinco dias, mas pode variar de dois a 14 dias (Guan *et al*., 2020; Li *et al*., 2020). Ainda, a infecção sintomática pode ser leve, grave ou crítica, esta última caracterizou-se por choque

séptico, falha respiratória e falência múltipla de órgãos (Chan *et al*., 2020; Wu; Mcgoogan, 2020).

Observa-se, no entanto, que a maior parte dos casos confirmados da COVID-19 desenvolveram quadro leve ou sem complicações da doença, podendo ficar isolados em casa e suarecuperação pode ocorrer em torno de duas semanas. Dentre os casos, 14% desenvolvem doença grave, requerendo hospitalização e suporte de oxigênio, e 5% requerem admissão em unidade de tratamento intensivo. Em casos mais graves, a recuperação pode ocorrer de três a seis semanas (OMS, 2020).

As manifestações da COVID-19 diferem pela classificação do quadro. Por exemplo, comorbidades como: diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, pulmonares e renais crônicas, e câncer estão comumente associadas a quadros graves (Liang *et al*., 2020; Wu; Mcgoogan, 2020; Zhou *et al*., 2020). Vale ressaltar que indivíduos de qualquer idade podem desenvolver quadros graves da doença, entretanto, adultos com idade avançada ou com comorbidades médicas subjacentes costumam ser os mais afetados (Wu; Mcgoogan, 2020).

O quadro clínico da infecção varia desde quadros assintomáticos e sintomáticos, sendo que, nesse último caso, pode ocorrer coriza, dispnéia, tosse, febre, diarreia, e nos casos mais avançados pneumonia grave (Guan *et al*., 2020; Huang *et al*., 2020). Porém, em virtude de os sintomas serem semelhantes a outras infecções virais respiratórias, a doença não pode ser distinguida, de maneira confiável, apenas pelas características clínicas, uma vez que não são específicas.

O diagnóstico da COVID-19 é realizado por meio de várias técnicas. Pode ser feito, de forma preliminar, mediante avaliação dos sinais e sintomas e histórico do paciente. Aliadoa estes, teste sorológicos, no intuito de verificar anticorpos específicos contra a COVID-19, testes moleculares, como o RT-PCR (*Reverse transcription polymerase chain reaction*), considerado padrão-ouro para diagnóstico laboratorial, que faz a ampliação do RNA em temporeal e exames de imagem como radiografia e Tomografia Computadorizada (TC), bastante utilizadas para investigação da doença (Lima *et al*., 2020).

Na finalidade de ampliar o controle da pandemia, o Brasil adotou algumas estratégias no intuito de prevenir a transmissão pela COVID-19, são elas: lavar as mãos com frequência (com água e sabão, ou desinfetante à base de etanol a pelo menos 60% ou isopropanol a 70%); limpeza de superfícies com etanol (62 a 71%) e hipoclorito (0,1%), uso de máscaras faciais, etiqueta respiratória (cobertura do nariz e boca com o cotovelo dobrado ou um lenço de papel ao tossir ou espirrar), distanciamento físico entre as pessoas por meio de quarentenas, restrições

de viagem, fechamento de escolas e locais de aglomeração e isolamento voluntário (Souto, 2020; Kampf *et al*., 2020).

As intervenções realizadas para o controle e com o local da pandemia pela COVID-19 mostrou que podem variar as taxas de transmissão da COVID-19 a partir de indivíduos infectados sintomáticos. Vale ressaltar que indivíduos assintomáticos ou dentro do período de incubação similarmente podem transmitir a infecção, no entanto, o grau que ocorre ainda é incerto, variando de pessoa para pessoa (Rothe *et al*., 2020; Yu *et al*., 2020).

De modo geral, em tempos de pandemia, a saúde física das pessoas e o combate ao agente patogênico são os focos primários de atenção de gestores e profissionais da saúde, de forma que as implicações sobre a saúde mental tendem a ser negligenciadas ou subestimadas (Ornell, 2020). Contudo, medidas adotadas para reduzir os impactos psicológicos da pandemia não podem ser desprezadas nesse momento (Brooks *et al*., 2020; Xiao, 2020).

Se isso ocorre, geram-se hiatos importantes no enfrentamento dos desdobramentos negativos associados à doença, o que não é desejável, principalmente porque os impactos psicológicos podem ser mais duradouros e prevalentes que o próprio acometimentopela COVID-19, com ressonância em diferentes setores da sociedade (Ornell, 2020).

Nesse sentindo, as ações emergenciais devem considerar que os profissionais da saúde têm uma vulnerabilidade aumentada para o estresse pelas próprias características de suas profissões e dos ambientes onde a exercem. Ainda, o crescente número de casos suspeitos, confirmados e o grande número de mortes aumentam a tensão e a responsabilidade desses profissionais que não estão imunes a essa doença, mas, mesmo assim, precisaram dar continuidade aos serviços, vivenciando um cenário de pânico e estresse excessivo (Lai *et al*., 2020).

Ao vivenciar este cenário, os profissionais enfrentam aumento da carga horária de trabalho, exaustão física, ausência de equipamentos de proteção, alta transmissibilidade hospitalar e necessidade de tomadas de decisões eticamente difíceis sobre racionamento de cuidados que podem mitigar seu bem-estar físico e mental (Santos *et al*., 2021).

Isto posto, a pandemia da COVID-19 requer maior atenção aos profissionais de saúde, especialmente no que se refere à sua saúde mental. Sintomas de ansiedade, depressão, estresse, perda da qualidade do sono, aumento do uso de drogas, sintomas psicossomáticos e medo de infectar-se ou transmitir a doença aos membros da família tem sido relatado constantemente (Teixeira *et al*., 2020).

### 3.2 Depressão, ansiedade e estresse entre os profissionais de saúde no contexto da COVID-19

A sociedade tem vivenciado, nas últimas décadas, grandes transformações econômicas, sociais, políticas e, recentemente, uma pandemia, que resultou em mudanças noseu padrão de saúde. Dessa maneira, quando há um desequilíbrio dessas condições, é possível que seja desencadeado, portanto, sofrimento mental.

Enfrentar a pandemia COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, constitui-se um desafio de maior magnitude e emergente no gerenciamento de doenças infecciosas no mundo, levando o sistema de saúde à sobrecarga. No Brasil, foi possível observar escassez de recursos humanos, materiais e equipamentos e, ainda, gestões inadequadas, poucos recursos, superlotação de hospitais, falta de leitos pela alta demanda de pacientes infectados, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (Ávila *et al*., 2021). Em meio a tudo isso, os profissionais de saúde estão em risco aumentado e significativo de resultados adversos para a saúde mental (Nicolini, 2020).

Diante desse cenário, os profissionais da área da saúde, especialmente no contexto hospitalar, vêm enfrentando estresse e situações que geram transtornos mentais comuns, também denominados transtornos mentais não psicóticos ou sofrimento mental. Sintomas como sofrimento psíquico, insônia, cefaleia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, tristeza, depressão, ansiedade, estresse e sintomas somáticos, e que não atendem aos critérios estabelecidos pela Classificação Internacional de Doenças (CID) para doença mental (Trettene *et al*., 2018). Por ser um grupo de sintomas ausentes na CID, o sofrimento mental pode assumir diversas denominações.

Estudo desenvolvido por Santos e colaboradores (2021) revelou que os sintomas de sofrimento mental podem levar ao afastamento no trabalho. No entanto, outro estudo elaborado por Salari (2020) apontou que estar no trabalho, para a maioria dos indivíduos, é benéfico para a saúde mental, tornando visível a dicotomia prazer e sofrimento no trabalho.

As consequências do sofrimento mental provocam danos importantes aos trabalhadores, às instituições, à sociedade e ao Estado. Além disso, afetam negativamente a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho e, por serem incapacitantes, representam custos sociais e econômicos elevados, pois levam ao absenteísmo (Àvila *et al*., 2021)

Pesquisa realizada em Hospital Universitário (HU), na região sul do Brasil com 76 profissionais de saúde, utilizando a escala DASS-21, evidenciou que 53,8%apresentaram algum nível de ansiedade, 38,4 tiveram algum grau de depressão e 40,3% dos participantes manifestaram algum nível de estresse. Além de levar a altos índices de absenteísmo, problemas

relacionados à saúde mental podem gerar números elevados de atestados médicos psiquiátricos, necessidade de medicações psicotrópicas, dificuldade para dormir ou relaxar, além de risco para o suicídio.

O aumento das taxas de estresse, ansiedade e depressão tem sido influenciado pelo impacto significativo da COVID-19 na saúde mental. De forma que certos grupos, como idosos, indivíduos com condições específicas de saúde e, em especial, profissionais de saúde, têm sido os mais afetados por esses problemas (Marijanovic *et al*., 2021).

Sendo capaz de ser identificado em sua fase inicial, o estresse, com diversos sinais e sintomas psicossomáticos como gastrite, taquicardia, alterações cardiovasculares, insônia e outros, é considerado como um estado de tensão, com ruptura do equilíbrio interno do organismo. Ainda, o estresse é parte integral da vida humana e é talvez um dos problemas mais comuns da sociedade moderna (Salari *et al*., 2020).

Enquanto a ansiedade é conceituada como um sofrimento físico e psíquico de aflição, ânsia, nervosismo, angústia, agonia, com características de tensão ou desconforto derivado de antecipação do perigo, de algo desconhecido ou estranho (Dal´Bosco *et al*., 2020). Alguns autores definem a ansiedade como uma condição dos seres humanos, podendo passar a ser patológica quando é considerada excessiva, e que atinge o meio psicossocial da pessoa diante da situação (Rodriguez *et al*., 2018; Lana *et al*., 2020).

A depressão é caracterizada como um transtorno afetivo, acompanhada 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; Dal´Bosco *et al*., 2020).

Depressão, ansiedade, estresse, burnout e risco de suicídio, normalmente, são experimentados mais vezes por profissionais de saúde do que indivíduos com outras ocupações (Rodriguez-Rey; Guarrido-Hernansaiz; Bueno-Guerra, 2020). Nesse sentido, os profissionais de saúde, no contexto da pandemia COVID-19, estão enfrentando uma quantidade elevada de pressão, cargas de trabalho excessivas, incerteza, sobrecarga emocional, alta exposição ao vírus e pressão social para atender a demandas extraordinárias de saúde, e esses problemas podem afetar negativamente os resultados do trabalho desses profissionais e a qualidade da assistência ofertada aos usuários (Spoorthy, 2020).

Para além disso, o ambiente de trabalho desses profissionais de saúde, que estão na linha de frente no combate à pandemia da COVID-19, tem sido estressante e, nesse cenário de calamidade global, muito tem-se discutido sobre o estresse e situações que geram sofrimento

mental em profissionais de saúde no contexto hospitalar. Portanto, os níveis de esgotamento, depressão, estresse e ansiedade aumentaram dramaticamente (Rodriguez-Rey; Guarrido-Hernansaiz; Bueno-Guerra, 2020).

Ainda não se sabe o real impacto da atual pandemia sobre a saúde mental das populações, sobretudo dos profissionais de saúde, o que demandará tempo para um apropriado acúmulo de informações, no entanto, alguns estudos sobre esse tema já estão sendo realizados (Nabuco; Oliveira; Afonso, 2020). Alguns estudos evidenciaram depressão, ansiedade, angústia e problemas relacionados ao sono devido a COVID-19 em profissionais de saúde em diferentes áreas e cargos (Khanal *et al*., 2020; Shaukat; Ali; Razzak, 2020; Muller *et al*., 2020).

Apesar disso, a situação é mais ameaçadora para os profissionais que atuaram na linha de frente no combate a atual pandemia devido ao esforço físico e risco de infecções nosocomiais, extensa carga de trabalho, fato que pode ser exacerbado pela falta de contato social, risco de contrair o vírus, mudanças dramáticas e perturbadores em seu padrão de trabalho e doenças de amigos e parentes (Muller, *et al*., 2020; Vizheh *et al*., 2020; Lu; Chang; Wu *et al*., 2020; Pappa *et al*., 2020).

Nesse sentido, medidas poderão ser implementadas ao conhecer níveis de gravidade de ansiedade, depressão e estresse entre os profissionais de saúde, para que esse sofrimento seja amenizado. Além disso, a proteção da saúde mental deve integrar-se às demais medidas de saúde disponíveis, com a finalidade garantir saúde mental e evitar danos (Appel; Carvalho; Santos, 2021).

# 4 MÉTODO

Este estudo está vinculado ao desenvolvimento das atividades acadêmicas do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Trabalho (GEPSAMT), pertencente ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, daUniversidade Federal do Piauí (UFPI). Neste capítulo, será descrito o caminho metodológico aser percorrido durante a pesquisa.

## 4.1 Delineamento da pesquisa

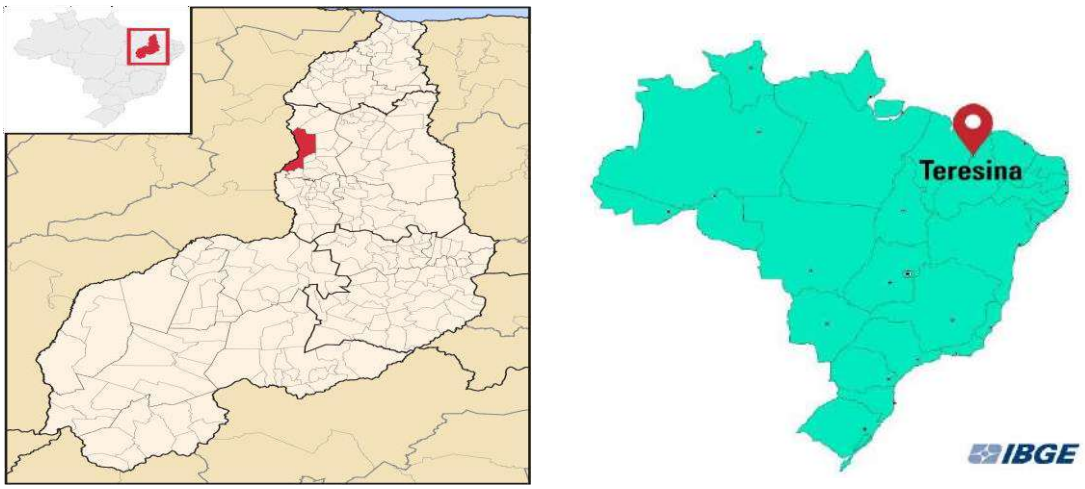
Trata-se de um estudo transversal-analítico, representando um recurso fundamental para fortalecer a prática baseada em evidências na áreada saúde. Essa metodologia, enraizada em uma perspectiva epidemiológica, permite a observação simultânea do fator e do efeito em um ponto específico da linha temporal. Além desua aplicação corrente na análise de prognósticos e desfechos relacionados à exposição a riscos.Ainda, destaca-se sua importância significativa na compreensão e interpretação de fenômenos de interesse em saúde (Polit; Beck, 2011).

## 4.2 Local e período

O estudo foi desenvolvido em um hospital público de referência para gerenciamento dos casos moderados e graves de COVID-19 na cidade de Teresina – Piauí, no período de julhoa setembro de 2023.

Teresina, a capital do Estado do Piauí, possui uma população estimada em 871.126 mil habitantes. Localiza-se no Centro-Norte Piauiense, divisa com a cidade de Timon no Maranhão, separada pelo Rio Parnaíba. É considerada a 21ª maior cidade do Brasil e a 17ª maiorcapital de Estado, sendo considerada também como a 7ª capital mais populosa e rica do Nordeste (Ibge, 2021) (Figura 1). A pesquisa será realizada no período de outubro de 2020 a outubro de 2023.

**Figura 1:** Mapa geográfico da localização de Teresina no Piauí e no Brasil. Teresina, 2021.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Ibge, 2021).

### 4.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por 248 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem), que atuaram na linha de frente de cuidados a pacientes com COVID-19 (quadro 1).

Para tanto, o tamanho da amostra (n) foi calculada pela equação de Amostragem Estratificada por Proporção para população finita:

$$n = \frac{N.Z^2.p.(1-p)}{Z^2.p.(1-p) + e^2.(N-1)}$$

De acordo com Oliveira Filho (2015), a equação é entendida da seguinte forma:

n – é o tamanho da amostra finita, ao passo que N é o tamanho da população. Z - refere-se a variável normalmente padronizada associada ao nível de confiança, "p" aborda a verdadeira probabilidade do evento e "e" o erro amostral.

Para fim de prevalência, por apresentar desvio padrão desconhecido, utilizou-se 0.5 a fim de obter a amostra máxima, considerando o nível de confiança de 95% e de significância de 5%.

Com base no cálculo amostral para população finita, observa-se amostra mínima 150,94 ≅ 151 profissionais de saúde, com a precisão de 95% e um erro de 5%. Durante nossa pesquisa, foram coletados 201 profissionais, reduzindo nosso erro para 3,02%.

Após calcular o tamanho da amostra, utilizou-se a técnica de amostragem probabilística estratificada, para seleção dos participantes, no qual a proporcionalidade do tamanho de cada estrato da população é mantida na amostra, objetivando originar resultados mais precisos que a amostragem aleatória simples (Torres; Magnanini; Luiz, 2011).

**Quadro 1.** Amostra estratificada de profissionais da saúde por local e categoria profissional. Teresina, Piauí, Brasil, 2023

| Local | Participantes | População | Amostra estratificada |
|---|---|---|---|
| Hospital de referência | Médicos | 40 | 28 |
| | Enfermeiros | 44 | 36 |
| | Fisioterapeutas | 29 | 15 |
| | Téc. De Enfermagem | 135 | 122 |
| | **Total** | **248** | **201** |

Os critérios de inclusão foram: profissionais de saúde, brasileiros, maiores de dezoito anos, de ambos os sexos, com carga horária semanal de trabalho igual ou superior a 24horas e que prestaram atendimento de no mínimo três meses às pessoas infectadas, seja em modalidade hospitalar ou intensiva. Como critério de exclusão ficou estabelecido: profissionaisafastados de suas funções laborais por férias ou qualquer tipo de licença no período da coleta dos dados, além de falhas no preenchimento dos instrumentos de pesquisa.

### 4.4 Instrumentos de coleta de dados

Para análise do levantamento de sintomas de depressão, ansiedade e estresse, utilizou-se o instrumento – Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) (ANEXO A). Dessa forma, é válido destacar que o instrumento utilizado neste estudo é de domínio público.

Informações sobre questões relativas aos aspectos sociodemográficos, ocupacionais e clínicos foram obtidas a partir da aplicação de um questionário estruturado e multidimensional, elaborado pelas autoras para a pesquisa (APÊNDICE B).

#### 4.4.1 Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse (DASS-21)

Para avaliar os sintomas de ansiedade, depressão e estresse nos trabalhadores da saúde, foi utilizada a versão brasileira da escala *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21). A DASS-21, desenvolvida por Lovibond & Lovibond (1995), foi originalmente criada em língua inglesa com 42 itens. Seu objetivo inicial era discriminar empiricamente ansiedade e depressão, a partir do modelo tripartite de Clark e Watson (1991). Entretanto, após análise fatorial, alguns itens que não discriminam nem um, nem outro, foram categorizados como estresse, conforme teorias de Selye das fases de estresse (Selye, 1956).

Tanto a escala de 42 itens, como a de 21 foram adaptadas e validadas para a língua portuguesa por Vignola e Tucci (Vignola, Tucci, 2014; Ribeiro, Honrado; Apóstolo *et al*., 2006; Alves *et al*., 1999), com suas propriedades psicométricas, semelhantes, mantidas.

A DASS-21 possui 21 itens com respostas em escala do tipo LIKERT de 0 a 3, sendo sete delas referentes a cada uma das subescalas, a saber: depressão, ansiedade eestresse. As opções de resposta são: (0) Não aconteceu comigo; (1) Aconteceu comigo algumas vezes; (2) Aconteceu comigo em boa parte do tempo; (3) Aconteceu comigo na maior parte do tempo.

A DASS-21 é autoaplicável, mas quando necessário, foi assistido ou lido pelo pesquisador. Os itens que compõem cada escala são os seguintes:

a. Subescala Estresse: 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18
b. Subescala Ansiedade: 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20

c. Subescala Depressão: 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21

Para obtenção da pontuação final, os valores de cada subescala foram somados e multiplicados por dois para corresponder à pontuação da escala original (DASS-42). A pontuação foi realizada para cada subescala, e a classificação do escore realizada em cinco níveis: normal, leve, moderado, severo e muito severo.

A classificação dos sintomas de estresse: 0-10 = normal; 11-18 = leve; 19-26 moderado; 27-34 = severo e 35-42 =extremamente severo.

A classificação dos sintomas de ansiedade para: 0-6 normais; 7-9 = leve; 10-14 = moderado; 15-19 = severo e 20-42 extremamente severo.

A classificação dos sintomas de depressão: 0-9 = normal; 10-12 = leve; 13-20 = moderada; 21-27 = severo e 28-42 = extremamente severo (Vignola, Tucci, 2014).

No presente estudo, foi utilizada a versão em português da DASS-21 proposta em 2014 por Vignola e Tucci (2014). Ainda, foi realizado um pré-teste com 33 profissionais da saúde para avaliação do instrumento quanto a apresentação, compreensão, tempo de preenchimento e adequação aos objetivos sugeridos.

Os dados sobre a fidedignidade e validade são estritamente satisfatórios em pesquisasjá realizadas. A DASS-21 foi selecionada para este estudo por ter sido evidenciada na literatura com bons resultados e por ser de fácil aplicação (Corrêa *et al*., 2020; Patias *et al*., 2016; Apóstolo; Mendes; Azeredo, 2006; Ribeiro, 2004).

### 4.4.2 Formulário de informações sociodemográficas, ocupacionais e clínicas.

Este formulário foi elaborado pela pesquisadora, está composto por 36 perguntas fechadas sobre as variáveis: (I – Condições sociodemográficas; II – Condições Laborais; III – Condições Clínicas).

I - As variáveis sociodemográficas referem a: sexo (masculino, feminino); idade (em anos completos); estado civil (casado(a), divorciado(a), solteiro(a), união estável e viúvo(a); possui filhos; com quem mora (pais, familiares, solteiro e sozinho); cor/raça (branca, preta, amarela, parda, indígena); religião (católica, evangélica ou outra); renda individual (em reais) e renda familiar (em reais).

II – As informações ocupacionais envolvem: perguntas relacionadas ao trabalho que desenvolve no setor da COVID-19 (UTI COVID-19, enfermaria COVID-19 ou Enfermaria pós-COVID-19). Além disso, foram coletados dados sobre as condições clínicas de saúde do participante.

III – As variáveis sobre condições clínicas são: perguntas relacionadas a existência ou

não de doença, classificação do estado de saúde atual, existência de associação do estado atual de saúde física e mental as condições e situações vivenciadas pela rotina no setor COVID-19 e quais os problemas de saúde ou sintomas relacionadas as atividades de trabalho.

### 4.5 Variáveis do estudo

Nesta investigação, foram consideradas variáveis dependentes as ocupacionais. As independentes foram expressas pela caracterização sociodemográfica e clínicas (Quadro 2).

**Quadro 2**. Descrição, categorização e classificação das variáveis sociodemográficas, ocupacionais e clínicas. Teresina, Piauí, Brasil, 2023.

| VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS | | | |
|---|---|---|---|
| Variável | Descrição | Categorias | Classificação |
| Sexo | Sexo | Masculino ou Feminino | Categórica nominal |
| Idade | Em anos | Data de nascimento e data daentrevista | Numérica contínua |
| Cor autorreferida | Cor | Branca, Negra, Amarela, Parda | Categórica nominal |
| Estado civil | Estado civil | Casado/União estável, Solteiro, Separado/ divorciado, Viúvo | Categórica Nominal |
| Possui filhos | Possui filhos | Sim ou não | Categórica Nominal |
| Com quemmora | Com quemmora | Familiares, companheiro(a) ou sozinho(a) | Categórica Nominal |
| Religião | Religião | Católico, Evangélico, Espírita,outro | Categórica nominal |
| Renda individual | Em reais | Renda individual em reais | Numérica contínua |
| Renda familiar | Em reais | Renda familiar em reais | Numérica discreta |
| VARIÁVEIS OCUPACIONAIS | | | |
| Categoria profissional | Categoria profissional | Técnico em Enfermagem, Enfermeiro, Médico ou Fisioterapeuta. | Categórica nominal |
| Tempo de trabalho na linha de frente da pandemia | Tempo detrabalho | De 3 a 6 meses, De 6 a 12 meses ouMais de 12 meses. | Categórica ordinal |
| Setor detrabalho | Setor detrabalho | UTI, Enfermeria COVID-19 ou Enfermaria pós-COVI-19. | Categórica nominal |
| Carga horária semanal | Em horas | 24 h, 36 h, 40 h ou Mais de 40hrs. | Numérica discreta |
| Turno detrabalho | Turno | Diurno, Noturno ouDiurno/Noturno | Categórica nominal |
| Escala detrabalho | Escala detrabalho | 12 X 36, 12 X 24, 24 X 36 ou 24 X 48 | Numérica discreta |
| Carga detrabalho | Craga detrabalho | Alta, Moderada ou Baixa | Categórica ordinal |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Contrato detrabalho | Contrato | Concurso público, Processo seletivo ou Contratação simples | Categórica nominal |
| Possui outro vínculo empregatício | Vínculo empregatício | Sim ou Não | Categórica nominal |
| Grau de exigência para quem está na linha de frente | Grau de exigência | Alto, Moderado ou Baixo | Categórica ordinal |
| Tipos de exgências | Física | Alto, Moderado ou Baixo | Categórica ordinal |
| | Mental | Alto, Moderado ou Baixo | Categórica ordinal |
| | Emocional | Alto, Moderado ou Baixo | Categórica ordinal |
| Valor da remuneração para trabalhar em setor da COVID-19 | Valor | Muito boa, Boa, Regular ou Ruim | Categórica ordinal |
| Condições físicas e estruturais do setor | Condiçõesfísicas e estruturais | Adequada, Regular ou inadequada | Categórica ordinal |
| Oferta de EPI | Oferta deEPI | Suficiente e boa qualidade, Baixae de regular qualidade ou Insuficiente e de má qualidade | Categórica nominal |
| Local de descanso e repouso | Repouso | Adequado, Regular ou Inadequado | Categórica ordinal |
| A instituição oferece cuidados com a saúde mental | Apoio parasaúde mental | Sim ou Não | Categórica nominal |
| Buscou tratamento psicológico | Tratamento psicológico | Sim, já manifestei vontade, mas não procurei ajuda; Sim, já manifestei e procurei ajuda; Não, nunca manifestei vontade. | Categórica nominal |
| Relacionamento com os colegas de trabalho | Relacionamento | Muito bom, Bom, Regular ouRuim | Categórica ordinal |
| Relacionamento com o chefe/supervisor | Relacionamento | Muito bom, Bom, Regular ouRuim | Categórica ordinal |
| | | Ansiedade; Medo; Dificuldades para dormir; Tristeza; Fadiga mental; Cansaçofísico; Pensamentos negativos; | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Sinais e sintomas | Sinais e sintomas | Estresse; Angústia; Nervosismo; Fadiga física; Desconforto; Sensação de desamparo; Culpa; Frustração; Sentimento de impotência; Alteração no padrão do sono;Sonolência ao longo do dia; Exaustão. | Categórica nominal |
| Fator de proteção | Fator de proteção | Apoio familiar; Apoio da sociedade; Apoio da instituição; Ser profissional dasaúde; Apoio da mídia e redes sociais; Por acreditar na ciência e pesquisa; Religião e Fé. | Categórica nominal |
| VARIÁVEIS CLÍNICAS | | | |
| Possui alguma doença | Doença | Sim ou Não | Categórica nominal |
| Classificação do estado atual de saúde | Estado de saúde | Muito bom, Bom, Regular ou Ruim | Categórica nominal |
| Classificação do estado de saúde antes da pandemia | Estado de saúde | Muito bom, Bom, Regular ou Ruim | Categórica nominal |
| Atribuição do estadode saúde à atuar na linha de frente | Atribuição do estado de saúde à atuar na linha de frente | Sim ou Não | Categórica nominal |
| Quais problemas de saúde relacionadas ao trabalho | Problema de saúde | Cansaço mental, Cansaço físico, Insônia, Ansiedade, Estresse, Fadiga, Sonolência, Irritação, Distúrbios gastrointestinais, Depressão, Distúrbios osteomusculares. | Categórica nominal |

### 4.6 Técnica de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu durante o período de julho a setembro de 2023, após a obtenção da aprovação ética e liberação da pesquisa. Uma equipe de pesquisa composta por oito membros, incluindo a coordenadora da pesquisa, residentes de enfermagemde um hospital universitário e enfer meiros recém-graduados, foi responsável por conduzir a coleta. Todos os membros da equipe passaram por um treinamento minucioso, ministrado pelapesquisadora principal, abrangendo abordagens aos participantes potenciais, informações sobreos objetivos da pesquisa, princípios de sigilo, privacidade e direitos dos participantes, bem como técnicas apropriadas de coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada nos três períodos de trabalho (manhã, tarde e noite) dos profissionais, a fim de garantir representatividade e abranger diversas condições de trabalho. Antes do início da coleta, foram estabelecidos contatos prévios com as instituições relevantes, os responsáveis técnicos de cada categoria profissional e os coordenadores locais. Esses

contatos tinham como objetivo apresentar o projeto de pesquisa e fornecer detalhes sobre a metodologia da coleta de dados.

A abordagem aos profissionais foi realizada de maneira colaborativa, envolvendo a parceria entre os responsáveis técnicos e a equipe de coleta de dados. Durante o horário de trabalho dos profissionais, foi solicitado e organizado um espaço reservado para a pesquisadora, assegurando a preservação do anonimato e sigilo das informações.

Ao estabelecer o contato inicial, a equipe enfatizou a justificativa da pesquisa, os objetivos do estudo, a relevância do tema, o cronograma de coleta de dados, os instrumentos a serem respondidos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) a ser assinado, em caso de aceite como participante.

Para o manejo de possíveis perdas amostrais, foram considerados como tais: os participantes que não devolveram os instrumentos e aqueles que não responderam após três tentativas consecutivas de contato. Diante dessas situações, novos participantes foram recrutados, seguindo os princípios da amostragem aleatória, garantindo assim a representatividade e validade dos resultados obtidos.

### 4.7 Análise de Dados

Para a elaboração do banco de dados, empregou-se o *software Microsoft Office Excel* e adotou-se a técnica de identificação e correção de erros por meio da digitação em planilha com dupla entrada. Subsequentemente, as informações foram transferidas para o programa *Statistical Package forthe Social Sciences* (SPSS), versão 26.0, com o propósito de realizar uma análise quantitativa fundamentada nos princípios da estatística descritiva e inferencial.

A análise descritiva contemplou medidas de posição, como média e mediana, e medidas de variabilidade, como desvio padrão, para as variáveis quantitativas. Já para as variáveis categóricas, foram utilizadas as frequências absoluta e relativa.

Para a análise inferencial, foi conduzido o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para verificar a normalidade da amostra. A associação entre variáveis qualitativas foi avaliada por meio do teste *Qui-Quadrado* ($X^2$) de *Pearson*. Para as variáveis quantitativas não paramétricas, foi empregado o teste de comparação U de *Mann-Whitney*. Posteriormente, utilizando o teste de *WALD*, realizou-se uma regressão logística binária. As variáveis foram inseridas no modelo por meio do método *enter*, sendo considerada significativa a inclusão das variáveis independentes com um critério de $p<0,05$. Os *Odds Ratio* (OR) foram calculados com intervalos de confiança de 95%.

### 4.8 Procedimentos Éticos

A pesquisa foi aprovada mediante o Parecer 5.637.826 e pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 62137922.0.0000.5214 (ANEXO B), aprovada pelo Comitêde Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, no qual se verificou a conformidade doestudo com as rigorosas exigências éticas e metodológicas estabelecidas. Ao longo da pesquisa, considerou-se os pressupostos da bioética, configurados na resolução: autonomia, não- maleficência, beneficência e justiça.

A participação no estudo foi voluntária e dependeu da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (consulte APÊNDICE B). Este procedimento aderiu estritamente às orientações delineadas no capítulo IV da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Por meio desse documento, assegurou-se a confidencialidade e o respeito à privacidade, garantindo que as informações não seriam utilizadas de maneira prejudicial às pessoas e/ou comunidades. Além disso, concedeu-se total liberdade aos participantes para recusarem-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer forma de penalização (Brasil, 2012).

Os participantes da pesquisa não foram identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Os dados serão guardados pela pesquisadora responsável por até cinco anos e, depois, serão destruídos. Os pesquisadores garantem a segurança das informações, embora se ressalte que não há possibilidade de identificação das participantes em nenhum momento.

### 4.9 Riscos e Benefícios

O dese nvolvimento deste estudo implicou em riscos mínimos como: constrangimento, desconforto emocional, tensão e medo perante a abordagem do tema da pesquisa. Nesse sentido, no intuito de oferecer assistência e minimização destes riscos aos participantes, foram esclarecidos os objetivos, a importância da pesquisa, garantindo a eles sigilo e anonimato, mas, se mesmo assim, os participantes se sentiram constrangidos ao respondê-lo, foi informado que poderiam desistir do estudo sem que isso acarretasse qualquer penalidade, e, foi salientado que nenhuma forma de identificação pessoal estaria vinculada às suas respostas.

Ademais, caso as participantes viessem a sofrer qualquer tipo de dano, desconforto, ou algo que caracterizasse como mal-estar psíquico em decorrência da participação neste estudo, previsto ou não no TCLE, poderiam entrar em contato com a pesquisadora responsável que, com a ajuda dos demais pesquisadores, se esforçaria para minimizar ou eliminar tais riscos, indicando serviços de Psicologia gratuitos próximos às suas localidades.

Para isso, os participantes poderiam entrar em contato por meio dos e-mails e dos telefones disponibilizados no TCLE (Contatos constantes no TCLE (E-mail e telefone). Como forma de retorno aos participantes da pesquisa e, caso eles desejassem, manifestando interesse através dos contatos disponíveis, os pesquisadores enviariam materiais com informações e/ou orientações que levassem benefícios diretos a elas, sem prejuízos de retorno à sociedade, através do envio de vídeos e outros materiais sobre o assunto.

O benefício relacionado à participação nesta pesquisa foi indireto, ou seja, os participantes contribuíram para a compreensão da temática deste projeto, visto que os resultados obtidos serão utilizados em divulgações e publicações científicas, oportunizando a produção de conhecimento relacionada ao impacto psicológico e comportamentos preventivos de profissionais da saúde durante a pandemia COVID-19, fomentando melhores práticas para a diminuição de suas vulnerabilidades, assim como estabelecer subsídios para maiores estudos desta realidade.

Vale ressaltar que os pesquisadores deste estudo tinham o compromisso de divulgar os resultados desta pesquisa em artigos científicos, relatórios, lives em mídia sociais e materiaisde divulgação dinâmica, como *folders*. Para acessar esses materiais, os participantes poderiam entrar em contato com os pesquisadores através dos e-mails e telefones disponibilizados.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados no formato de três manuscritos, conforme previsto nas Orientações para Elaboração de Teses e Dissertações do Programa de Pós- graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (Santos *et al*., 2021).

O primeiro artigo refere-se “Saúde mental pós-COVID-19 de profissionais da saúde em hospitaluniversitário”, que tem por obejtivo avaliar a frequência da depressão, ansiedade e estresse entre os profissionais desaúde.

O segundo intitulado “Autopercepção de saúde de profissionais da saúde pós-covid- 19 e fatores associados”, avalia os fatores sociodemográficos e profissionais associados à autopercepção de saúde em profissionais da saúde pós-COVID-19.

O terceiro está relacionado ao “Suporte sociale as percepções de saúde autorreferidos por profissionais da saúde no período pós-COVID-19: estudo analítico” que buscou avaliar as relações entre o suporte social e as percepções de saúde autorreferidos por profissionais da saúde no período pós-COVID-19.

## 5.1 Manuscrito 1

**Status:** em processo de submissão
**Periódico:** Revista Texto & Contexto
**Acesso:** aberto
**Qualis CAPES:** A3

# SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÓS-COVID-19

**RESUMO**

**Objetivo:** identificar a prevalência e fatores associados à ansiedade, depressão e estresse em profissionais de saúde em hospital universitário pós-pandemia COVID-19. **Método:** Estudo transversal que incluiu 201 profissionais de saúde que atuaram nos setores da Unidade de Terapia Intensiva e Enfermarias COVID-19. Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2023, por meio de dois instrumentos: questionário sociodemográfico e ocupacional e a versão brasileira da escala *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS- 21). **Resultados:** Dos participantes da pesquisa, 56,3% apresentaram sinais de depressão, 76,6% de ansiedade e 42,7% de estresse, variando entre leve e extremamente severo. Além disso, observou-se que as variáveis "Raça", "Setor de trabalho" e a "Carga de trabalho no setor COVID-19?" foram fatores de proteção para o estresse. **Conclusão:** Sintomasde depressão, ansiedade e estresse mostraram-se prevalentes entre os profissionais de saúde.

**Descritores:** Profissionais de saúde; Ansiedade; Depressão; Estresse ocupacional; Saúde mental; COVID-19.

**ABSTRACT**

**Objective:** to identify the prevalence and factors associated with anxiety, depression and stress in healthcare professionals post-COVID-19 pandemic in a university hospital. **Method:** Cross-sectional study that included 201 healthcare professionals who worked in the Intensive Care Unit and COVID-19 Ward sectors. Data was collected from February to May 2023, using two instruments: sociodemographic and occupational questionnaire and the Brazilian version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). **Results:** Of the research participants, 56.3% showed signs of depression, 76.6% of anxiety and 42.7% of stress, ranging from mild to extremely severe. Furthermore, it was observed that the variables "race", "In which sector do

you work?" and "How do you consider your workload in the COVID-19 sector?" were protective factors for stress. **Conclusion:** Symptoms of depression, anxiety and stress were prevalent among health professionals.

**Descriptors:** Health professionals; Anxiety; Depression; Occupational stress; Mental health; COVID-19.

**RESUMEN**

**Objetivo:** identificar la prevalencia y los factores asociados a la ansiedad, la depresión y el estrés en profesionales de la salud post-pandemia de COVID-19 en un hospital universitario. **Método:** Estudio transversal que incluyó a 201 profesionales de la salud que laboraban en los sectores de Unidad de Cuidados Intensivos y Sala COVID-19. Los datos fueron recolectados de febrero a mayo de 2023, mediante dos instrumentos: cuestionario sociodemográfico y ocupacional y la versión brasileña de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). **Resultados:** De los participantes de la investigación, el 56,3% presentó signos de depresión, el 76,6% de ansiedad y el 42,7% de estrés, desde leves hasta extremadamente severos. Además, se observó que las variables "raza", "¿En qué sector trabaja?" y "¿Cómo considera su carga de trabajo en el sector COVID-19?" fueron factores protectores del estrés. **Conclusión:** Los síntomas de depresión, ansiedad y estrés fueron prevalentes entre los profesionales de la salud.

**Descriptores:** Profesionales de la salud; Ansiedad; Depresión; Estrés ocupacional; Salud mental; COVID-19.

## INTRODUÇÃO

O trabalho desempenha um papel crucial na vida de um indivíduo, não apenas como fonte de subsistência, mas também na construção da identidade e na promoção da saúde. A saúde física e mental de uma pessoa está intrinsecamente ligada à sua atividade profissional e ao ambiente de trabalho. Essa conexão torna-se particularmente evidente em ambientes hospitalares, onde os profissionais de saúde enfrentam desafios complexos, exposição a fluidos corporais e preocupações ergonômicas (Dal´Bosco *et al*., 2020; Silva *et al*., 2022).

Adicionalmente, horários de trabalho irregulares podem ter impactos adversos no sono, resultando em complicações gastrointestinais, redução do apetite, azia, náuseas e ganho de peso. É importante notar que esses sintomas e os desafios estressantes inerentes ao campo da saúde tendem a se agravar em situações de crise, como a que temos vivenciado nos últimosanos, devido à instabilidade global causada pela pandemia COVID-19 (Silva *et al*., 2022).

A doença COVID-19 surgiu em dezembro de 2019, na China, causada pelo vírus SARS-

CoV-2, desencadeando uma situação que a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou como uma epidemia de emergência internacional em janeiro de 2020 (Lana *et al*., 2020). No Brasil, um Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo coronavírusfoi criado com o objetivo de conter a disseminação da doença, reduzir a gravidade dos casos e minimizar os óbitos. No entanto, persistia a preocupação quanto à possibilidade de sobrecarregaro Sistema Único de Saúde (SUS) e exaurir os profissionais de saúde (Oliveira *et al*., 2021).

Nos momentos de pico de doenças infecciosas, o bem-estar psicológico muitas vezesé relegado a segundo plano em comparação com a ameaça biológica e as estratégias de tratamento. Contudo, é imperativo não subestimar a relevância da saúde mental, dado que esses impactos podem afetar um amplo contingente de pessoas e persistir mesmo após a superação das epidemias (Moreira; Sousa; Nóbrega, 2020). É essencial reconhecer que esses desafios psicológicos podem ser atenuados e até mesmo prevenidos por meio do devido enfoque na saúde mental e da disponibilidade de serviços de psiquiatria (Xiang *et al*., 2020).

Pesquisas indicam que a pandemia acarretou repercussões adversas na saúde dos trabalhadores, manifestadas de diversas maneiras. Isso inclui a apreensão em relação à contaminação, perturbações nos padrões de vida, distúrbios do sono, mudanças no comportamento e na busca de informações públicas (Appel *et al*., 2022; Sampaio; Oliveira; Pires, 2020). Além disso, tem sido notável o aumento substancial de problemas de saúde mental, como ansiedade, depressão e estresse, associados ao excesso de carga de trabalho, sentimento de frustração, discriminação, isolamento, a falta de contato com entes queridos, pressões intensificadas e exaustão (Guilland *et al*., 2021; Bezerra *et al*., 2020).

A complexidade das responsabilidades assumidas pelos profissionais de saúde, somada aos desafios impostos pela pandemia, aumentou a probabilidade de enfrentarem níveiselevados de estresse, ansiedade e depressão (Ornell *et al*., 2020). Os índices de depressão, ansiedade e angústia psicológica afetaram profissionais da saúde na China foram significativos. Atuar na linha de frente do cuidado durante a pandemia COVID-19 é considerado um fator de risco independente para o agravamento das condições de saúde mental, intensificando ainda mais a situação (Zhang *et al*., 2020; Lai *et al*., 2020).

Os profissionais de saúde enfrentam diariamente condições de trabalho instáveis, caracterizadas pela falta de segurança, infraestrutura inadequada e riscos inerentes ao ambiente de trabalho. Esses fatores exercem um impacto significativo no nível de esgotamento profissional, desgaste físico e mental, qualidade de vida e na qualidade dos cuidados de saúde prestados. Esses desafios são particularmente acentuados para os profissionais que atuam na linha de frente do combate à COVID-19, devido às longas jornadas de trabalho e a preocupações

com a saúde dos pacientes (Bezerra *et al*., 2020).

Os níveis consideráveis de estresse representam uma ameaça significativa para a saúde mental dos profissionais da área da saúde, levando a um notável aumento nas taxas de ansiedade, depressão, transtorno de estresse ocupacional e comportamentos sociaisadversos. Essas consequências, por sua vez, têm o potencial de impactar negativamente a eficácia no desempenho de suas funções, com implicações diretas na qualidade dos cuidados prestados (Cosik *et al*., 2020).

Ademais, o presente estudo busca preencher a lacuna do conhecimento relacionada a falta de informações abrangentes e específicas sobre a prevalência de depressão, ansiedade e estresse em profissionais de saúde após o período da pandemia COVID-19 em um ambiente hospitalar universitário.

O ineditismo do estudo reside na combinação de elementos específicos que o diferenciam de pesquisas anteriores. Algumas características que podem conferir ineditismo ao estudo incluem: identificação de fatores associados à saúde mental dos profissionais de saúde, proporcionando uma visão mais completa dos determinantes que podem influenciar a depressão, ansiedade e estresse; reconhecimento de que os desafios e impactos psicológicos podem persistir além do período agudo da crise, além de informações valiosas não apenas para profissionais de saúde, mas também para gestores de hospitais universitários, instituições de ensino e pesquisadores.

Portanto, o objetivo deste estudo é identificar a prevalência e fatores associados a ansiedade, depressão e estresse em profissionais de saúde pós-pandemia COVID-19 em hospital universitário.

## MÉTODO

### Delineamento do estudo

Pesquisa do tipo transversal-analítico, norteado pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (Von Elm *et al*., 2007).

### Local do estudo

A pesquisa foi realizada em um hospital universitário regional de referência ao enfrentamento e gerenciamento dos casos moderados e graves de COVID-19, no estado do Piauí.

**População e amostra**

A população foi composta por 248 profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeutas, que atuaram nos setores da Unidade de Terapia Intensiva e Enfermarias COVID-19 no referido hospital. Para o cálculo amostral adotou-se a técnica para população finita por proporção, no qual N refere-se à população, n à amostra calculada, Z à variável padronizada associada ao nível de evidência, e ao erro amostral e p a verdadeira probabilidade do evento, considerando margem de erro de 5% (0,05) e nível de confiança de 95%. Sendo assim, a amostra foi calculada a partir da seguinte expressão:
Aproximação para o tamanho da amostra (n):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

$$n = 150{,}94$$

**n = 201 participantes**

Com base no cálculo amostral para população finita, observa-se amostra mínima 150,94 ≅ 151 profissionais de saúde, com a precisão de 95% e um erro de 5%. Durante nossa pesquisa, foram coletados 201 profissionais, reduzindo nosso erro para 3,02%.

Foram considerados como critérios de inclusão: profissionais de saúde, brasileiros, maiores de dezoito anos, que estavam trabalhando ou trabalharam na linha de frente da pandemia COVID-19. Foram excluídos trabalhadores que estavam em licença médica ou em férias, que estavam afastados e os que não quiseram participar do estudo.

**Período**

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de julho a setembro de 2023.

**Coleta de dados**

A coleta dos dados foi realizada por uma equipe de pesquisa composta por oito pessoas (coordenadora da pesquisa, residentes de enfermagem de um hospital universitário e enfermeiros recém graduados) devidamente treinada pela coordenadora da pesquisa. O treinamento incluiu: formas de abordar os possíveis participantes; informações sobre os objetivos da pesquisa, sigilo, privacidade e direitos do participante e como coletar os dados. A coleta ocorreu durante os três turnos (manhã/tarde/noite) de trabalho dos profissionais.

Um questionário foi elaborado, contendo perguntas fechadas e divididas em: a) Informações sociodemográficas: sexo, raça, estado civil, possui filhos, renda individual e familiar; b) Informações ocupacionais: categoriaprofissional, setor, carga horaria, turno, carga

de trabalho, tipos e grau de exigência, oferta/disposição de equipamentos de proteção individuais (EPIs), apoio especializado em saúde mental e necessidade de buscar apoio psicológico.

Para avaliar os sintomas de ansiedade, depressão e estresse nos trabalhadores da saúde, foi utilizada a versão brasileira da escala *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS- 21). A escala possui 21 itens, com respostas do tipo escala LIKERT de 0 a 3, sendo 7 delas referentes a cada uma dassubescalas, a saber: depressão, ansiedade e estresse. As opções de resposta eram: (0) Não aconteceu comigo; (1) Aconteceu comigo algumas vezes; (2) Aconteceu comigo em boa parte do tempo; (3) Aconteceu comigo na maior parte do tempo (Vignola; Tucci, 2014).

A pontuação foi realizada para cada subescala, e a classificação do escore em cinco níveis: normal, leve, moderado, severo e muito severo. A classificação dos sintomas de estresse foram: 0-10 = normal; 11-18 = leve; 19-26 moderado; 27-34 = severo e 35- 42 = extremamente severo. A classificação dos sintomas de ansiedade para: 0-6 normais; 7-9 = leve; 10-14 = moderado; 15-19 = severo e 20-42 extremamente Severo. A classificação dos sintomas de depressão foram: 0-9 = normal; 10-12 = leve; 13-20 = moderada; 21-17 = severo e 28-42 = extremamente severo (Vignola; Tucci, 2014).

O questionário elaborado pelos autores foi previamente submetido a uma avaliação por especialistas nas áreas da Saúde Mental e Saúde do Trabalhador, para validação de face e conteúdo, tornando-se adequado e confiável para responder aos objetivos propostos. Assim como, realizado pré-teste com 33 profissionais para avaliar o questionário e a escala DASS-21 quanto à sua apresentação, compreensão, tempo de preenchimento e adequação aos objetivos sugeridos, mediante essa análise, não foi necessário à realização de ajustes.

**Tratamento e análise dos dados**

Os dados coletados foram codificados e tabulados em planilha no programa Microsoft Excel® 2016, em dupla digitação, posteriormente, analisados no *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS), versão 22.0. Foi realizada análise descritiva expressa por medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão) para as variáveis quantitativas e pela frequência absoluta e relativa para as categóricas.Para avaliar a associação existente entre as variáveis qualitativas, foi utilizado o teste *Q*ui- Quadrado ($c^2$) de *Pearson* com correção de *Yates*. As variáveis que atingiram valores significativos nos testes da análise bivariada, foram utilizadas na Regressão Logística Binária, mensurando suas Razões de Chances (RC). Todas as análises foram realizadas ao nível de confiança de 95% e significância de 5% ($p<0,05$).

**Aspectos éticos**

A pesquisa segue os pressupostos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP/UFPI) com número de parecer 5.637.826, e anuência das duas instituições coparticipantes (Brasil, 2012). Os participantes foram informados quanto aos objetivos, implicações dos resultados da pesquisa para comunidade científica, sociedade em geral e campo laboral da saúde, assim como sua participação de natureza voluntária, que foi formalizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**RESULTADOS**

Os resultados apresentados referem-se à análise das variáveis obtidas por meio da investigação realizada com 201 profissionais da saúde de um hospital universitário do Piauí. Em avaliação ao perfil social dos participantes, observou-se que houve um predomínio do sexo feminino (79,6%), a idade média foi de 41 anos, com preodmínio e 40-59 anos (55,2%), 62,2% de cor parda , casados (55,2%), possuiam filhos (67,2%), moram com companheiros (48,3%), religião Católica (74,1%) e renda individual, média de R$ 7.906,97 (variando entre R$ 7.381,59-8.432,35), com desvio padrão de R$ 3.777,36. A renda famliar foi de R$ 15.784,79 (variando entre R$ 14.510,28-17.059,31) com desvio padrão de R$ 9.163,46.

Em relação à ocupacional profissional, 60,7% eram técnicos de enfermagem, 17,9% enfermeiras, 13,9% médicos e 7,5% fisioterapeuta. Deste, 61,7% trabalharam na linha de frente da COVID-19 há mais de 12 meses, 80,1% trabalham na UTI COVID-19, em jornada de trabalho de 36 horas/semanais (66,7%) em período diurno (85,1%), escala 12x36 (29,9%) e 24x48 (19,4%). Os profissionais consideraram que suas cargas de trabalho eram moderadas 51,7% e elevadas 48,3%, além disso, 54,7% possuiam outro vínculo de trabalho.

Na tabela 1, os dados mostram as pontuações e a classificação da escala DASS-21 dos profissionais de saúde. Nota-se que a prevalência foi de 56,3% para os sintomas de depressão, 76,6% de ansiedade e 42,7% de estresse, independentemente do seu nível de classificação. No domínio depressão, a média da pontuação foi de 11,67 (10,53-12,81) com desvio padrão de 8,19, da ansiedade, a média da pontuação foi de 8,68 (8,37-8,99) com desvio padrão de 2,23, e pôr fim, a do domínio estresse, a média foi de 15,43(14,20-16,67), com desvio padrão de 8,88.

Tabela 01- Caracterização da escala de Depressão, Ansiedade e Estresse de trabalhadores da saúde que atuaram/atuam na linha de frente para o combate da pandemia da COVID-19 (n=201), Teresina, PI, Brasil, 2023.

| | N(%) | IC-95% | Média (IC-95%) | Dp |
|---|---|---|---|---|
| **ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE** | | | | |
| **Depressão** | | | 11,67(10,53-12,81) | 8,19 |
| Normal | 88(43,8) | (37,1-50,7) | | |
| Leve | 38(18,9) | (14,0-24,7) | | |
| Moderado | 45(22,4) | (17,0-28,5) | | |
| Severo | 20(10,0) | (6,4-14,7) | | |
| Extremamente Severo | 10(5,0) | (2,6-8,6) | | |
| **Ansiedade** | | | 8,68(8,37-8,99) | 2,23 |
| Normal | 47(23,4) | (17,9-29,6) | | |
| Leve | 68(33,8) | (27,6-40,6) | | |
| Moderado | 85(42,3) | (35,6-49,2) | | |
| Severo | 1(0,5) | (0,1-2,3) | | |
| Extremamente Severo | 0(0,0) | | | |
| **Estresse** | | | 15,43(14,20-16,67) | 8,88 |
| Normal | 115(57,2) | (50,3-63,9) | | |
| Leve | 30(14,9) | (10,5-20,3) | | |
| Moderado | 25(12,4) | (8,4-17,5) | | |
| Severo | 21(10,4) | (6,8-15,2) | | |
| Extremamente Severo | 10(5,0) | (2,6-8,6) | | |

*N= número

Na comparação entre os domínios da escala DASS-21,o perfil sociodemográfico e ocupacional (tabela 2), nota-se associação apenas entre os sintomas de estresse e a raça/cor de pele: parda (p=0,034). Quanto às informações ocupacionais, nota-se que o estresse foi associado ao local de trabalho (p=0,036) e como considera a carga de trabalho no setor COVID-19 (p=0,002).

Tabela 2- Análise de associação entre o perfil sociodemográfico e ocupacional e a classificação da escala de Depressão, Ansiedade e estresse, no período de COVID-19, por profissionais de saúde de um hospital de referência do Estado do Piauí (n=201). Teresina-PI. Brasil, 2023.

| | **Depressão** | | | **Ansiedade** | | | **Estresse** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Afetado | Normal | | Afetado | Normal | | Afetado | Normal | |
| | n(%) | n(%) | P-valor | n(%) | n(%) | P-valor | n(%) | n(%) | P-valor |
| **DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS** | | | | | | | | | |
| **Raça** | | | 0,837 | | | 0,903 | | | **0,034** |
| Branca | 32(28,3) | 26(29,5) | | 43(27,9) | 15(31,9) | | 33(38,4) | 25(21,7) | |
| Negra | 10(8,8) | 7(8,0) | | 13(8,4) | 4(8,5) | | 5(5,8) | 12(10,4) | |
| Amarela | 1(0,9) | - | | 1(0,6) | - | | 1(1,2) | - | |
| Parda | 70(61,9) | 55(62,5) | | 97(63,0) | 28(59,6) | | 47(54,7) | 78(67,8) | |
| **Estado civil** | | | 0,524 | | | 0,193 | | | 0,380 |
| Casado(a) | 58(51,3) | 53(60,2) | | 80(51,9) | 31(66,0) | | 42(48,8) | 69(60,0) | |
| Divorciado(a) | 7(6,2) | 5(5,7) | | 8(5,2) | 4(8,5) | | 7(8,1) | 5(4,3) | |
| Solteiro(a) | 22(19,5) | 11(12,5) | | 28(18,2) | 5(10,6) | | 15(17,4) | 18(15,7) | |
| União estável | 26(23,0) | 19(21,6) | | 38(24,7) | 7(14,9) | | 22(25,6) | 23(20,0) | |
| Viúvo(a) | - | - | | - | - | | - | - | |
| **Possui filhos** | | | 0,566 | | | 0,116 | | | 0,593 |
| Sim | 74(65,5) | 61(69,3) | | 99(64,3) | 36(76,6) | | 56(65,1) | 79(68,7) | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Não | 39(34,5) | 27(30,7) | | 55(35,7) | 11(23,4) | | 30(34,9) | 36(31,3) | |
| **Morava** | | | 0,894 | | | 0,219 | | | 0,730 |
| Pais | 10(8,8) | 8(9,1) | | 14(9,1) | 4(8,5) | | 7(8,1) | 11(9,6) | |
| Familiares | 32(28,3) | 29(33,0) | | 48(31,2) | 13(27,7) | | 23(26,7) | 38(33,0) | |
| Companheiro(a) | 57(50,4) | 40(45,5) | | 77(50,0) | 20(42,6) | | 44(51,2) | 53(46,1) | |
| Sozinho(a) | 14(12,4) | 11(12,5) | | 15(9,7) | 10(21,3) | | 12(14,0) | 13(11,3) | |
| **Religião** | | | 0,558 | | | 0,907 | | | 0,530 |
| Católica | 86(76,1) | 63(71,6) | | 113(73,4) | 36(76,6) | | 62(72,1) | 87(75,7) | |
| Evangélica | 21(18,6) | 17(19,3) | | 30(19,5) | 8(17,0) | | 16(18,6) | 22(19,1) | |
| Outra | 6(5,3) | 8(9,1) | | 11(7,1) | 3(6,4) | | 8(9,3) | 6(5,2) | |
| **DADOS OCUPACIONAIS** | | | | | | | | | |
| **Categoria Profissional?** | | | 0,332 | | | 0,889 | | | 0,735 |
| Téc. De Enfer. | 66(58,4) | 56(63,6) | | 93(60,4) | 29(61,7) | | 49(57,0) | 73(63,5) | |
| Enfermeiro(a) | 25(22,1) | 11(12,5) | | 27(17,5) | 9(19,1) | | 17(19,8) | 19(16,5) | |
| Fisioterapeuta | 7(6,2) | 8(9,1) | | 11(7,1) | 4(8,5) | | 6(7,0) | 9(7,8) | |
| Médico(a) | 15(13,3) | 13(14,8) | | 23(14,9) | 5(10,6) | | 14(16,3) | 14(12,2) | |
| **Há quanto tempo você trabalha(ou) na linha de frente de combate à COVID-19** | | | 0,088 | | | 0,794 | | | 0,646 |
| 3 a 6 meses | 11(9,7) | 18(20,5) | | 21(13,6) | 8(17,0) | | 13(15,1) | 16(13,9) | |
| 6 a 12 meses | 27(23,9) | 21(23,9) | | 38(24,7) | 10(21,3) | | 23(26,7) | 25(21,7) | |
| Mais de 12 meses | 75(66,4) | 49(55,7) | | 95(61,7) | 29(61,7) | | 50(58,1) | 74(64,3) | |
| **Em qual setor você trabalha(ou)?** | | | 0,108 | | | 0,326 | | | **0,036** |
| UTI COVID-19 | 86(76,1) | 75(85,2) | | 121(78,6) | 40(85,1) | | 63(73,3) | 98(85,2) | |
| Enfermaria COVID-19 | 27(23,9) | 13(14,8) | | 33(21,4) | 7(14,9) | | 23(26,7) | 17(14,8) | |
| Enfermaria Pós-COVID-19 | - | - | | - | - | | - | - | |
| **Carga horária semanal de trabalho no setor COVID-19?** | | | 0,277 | | | 0,608 | | | 0,362 |
| 24h/semanais | 10(8,8) | 16(18,2) | | 21(13,6) | 5(10,6) | | 8(9,3) | 18(15,7) | |
| 30h/semanais | 12(10,6) | 9(10,2) | | 16(10,4) | 5(10,6) | | 8(9,3) | 13(11,3) | |
| 36h/semanais | 79(69,9) | 55(62,5) | | 104(67,5) | 30(63,8) | | 63(73,3) | 71(61,7) | |
| 40h/semanais | 12(10,6) | 8(9,1) | | 13(8,4) | 7(14,9) | | 7(8,1) | 13(11,3) | |
| Mais de 40h/semanais | - | - | | - | - | | - | - | |
| **Horário de trabalho no setor COVID-19?** | | | 0,300 | | | 0,167 | | | 0,506 |
| Diurno | 94(83,2) | 77(87,5) | | 127(82,5) | 44(93,6) | | 73(84,9) | 98(85,2) | |
| Noturno | - | 1(1,1) | | 1(0,6) | - | | 1(1,2) | - | |
| Diurno/Noturno | 19(16,8) | 10(11,4) | | 26(16,9) | 3(6,4) | | 12(14,0) | 17(14,8) | |
| **Escala de trabalho** | | | 0,391 | | | 0,832 | | | 0,877 |
| 12x36 | 36(31,9) | 24(27,3) | | 47(30,5) | 13(27,7) | | 25(29,1) | 35(30,4) | |
| 12x24 | 20(17,7) | 9(10,2) | | 23(14,9) | 6(12,8) | | 14(16,3) | 15(13,0) | |
| 24x36 | 19(16,8) | 17(19,3) | | 29(18,8) | 7(14,9) | | 13(15,1) | 23(20,0) | |
| 24x48 | 18(15,9) | 21(23,9) | | 29(18,8) | 10(21,3) | | 17(19,8) | 22(19,1) | |
| Outra | 20(17,7) | 17(19,3) | | 26(16,9) | 11(23,4) | | 17(19,8) | 20(17,4) | |
| **Como você considera sua carga de trabalho no setor COVID-19?** | | | 0,827 | | | 0,529 | | | **0,002** |
| Alto | 51(45,1) | 46(52,3) | | 75(48,7) | 22(46,8) | | 38(44,2) | 59(51,3) | |
| Moderado | 62(54,9) | 42(47,7) | | 79(51,3) | 25(53,2) | | 48(55,8) | 56(48,7) | |
| Baixo | - | - | | - | - | | - | - | |
| **Contrato de trabalho** | | | 0,810 | | | 0,152 | | | 0,244 |
| Concurso Público | 35(31,0) | 26(29,5) | | 45(29,2) | 16(34,0) | | 36(41,9) | 25(21,7) | |
| Processo seletivo | 78(69,0) | 62(70,5) | | 109(70,8) | 31(66,0) | | 50(58,1) | 90(78,3) | |
| Contratação simples | - | - | | - | - | | - | - | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Possui outro vínculo empregatício?** | | | | | | |
| Sim | 61(54,0) | 49(55,7) | 80(51,9) | 30(63,8) | 43(50,0) | 67(58,3) |
| Não | 52(46,0) | 39(44,3) | 74(48,1) | 17(36,2) | 43(50,0) | 48(41,7) |

[1]Teste Qui-quadrado, com correção de yates, com nível de 5%.

As razões de chance entre as pessoas de cor de pele branca foram duas vezes mais (OR=2,191) entre aqueles que apresentaram sintomas de estresse, quando comparados às pessoas pardas. Por outro lado, pessoas que se autodeclararam negras apresentaram baixas razões de chances (OR=0,691), ou seja, 30,9% menos chances de apresentar sintomas de estresse. Ao avaliar o setor que trabalha, profissionais da UTI COVID-19, apresentaram (OR=0,475) baixas razões de chances, ou seja, 52,5% a menos de chance de estar entre o grupo com sintomas de estresse. Por fim, pessoas que consideram sua carga de trabalho elevada apresentaram (OR=0,751), ou seja, 24,9% menos chances de apresentar estresse que pessoas que classificaram a carga de trabalho moderada (tabela 3).

Tabela 3- Análise de associação entre o perfil sociodemográfico e ocupacional e o estresse no período de COVID-19, por profissionais de saúde de um hospital de referência do Estado do Piauí (n=201). Teresina-PI. Brasil, 2023.

| | B | P-valor | OR | IC-95% | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Raça** | | | | | |
| Branca | 0,784 | 0,015 | 2,191 | 1,163 | 4,127 |
| Negra | -0,369 | 0,513 | 0,691 | 0,229 | 2,086 |
| Amarela | 21,709 | 1,000 | - | - | - |
| Parda | | | b | | |
| **Em qual setor você trabalha(ou)?** | | | | | |
| UTI COVID-19 | -0,744 | 0,038 | 0,475 | 0,235 | 0,959 |
| Enfermaria COVID-19 | | | b | | |
| Como você considera sua carga de trabalho no setor COVID-19? | | | | | |
| Alto | -0,286 | 0,318 | 0,751 | 0,429 | 1,317 |
| Moderado | | | b | | |

[1]Razão de Chance, por meio da regressão logística binária
Ref. Afetado

## DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, os níveis de frequência de ansiedade (76,6%), depressão (56,3%) e estresse (42,7%) entre os profissionais de saúde que atuam/atuaram na linha de frente no cuidado à COVID-19 foram significativamente alterados, consequentemente, com destaque para ansiedade e depressão. Além disso, o presente estudo identificou que não houve fatores associados à ansiedade, depresão e estresse entre profissionais da saúde pós-pandemia COVID-19. Entretanto, a "raça", "setor que trabalha(ou)" e "percepção sobre a carga de trabalho no setor COVID-19" foram fatores protetivos para o estresse.

Os sintomas da ansiedade manisfestam-se por meio de preocupações frequentes em

relação ao futuro, irritabilidade, tensão muscular, diarreia e cefaleia. Além disso, a ansiedade pode incluir ataques de pânico, episódios intensos de perda de controle, medo de morte ou enlouquecimento, e sintomas físicos diversos, como dor no peito e falta de ar. Por outro lado, a depressão se caracteriza pela presença de tristeza profunda e ausência de prazer nas atividades diárias. Geralmente, o indivíduo experimenta alterações significativas no sono, apetite e pensamentos, o que pode predispor à ideação suicida ou, em situações extremas, ao suicídio (Pappa *et al*., 2020).

Pesquisas conduzidas em vários países apontam para um crescimento na incidência de sintomas de ansiedade (com variação entre 18% e 37%), depressão (entre 14% e27%) e estresse (entre 11% e 33%). Esses padrões são identificados tanto entre os profissionaisque estiveram na linha de frente do combate à pandemia quanto na população em geral (Du *et al*., 2020; Verma e Mishra, 2020; Riaz, Abid e Bano, 2021). Essas conclusões ressaltam a necessidade premente de uma abordagem abrangente para apoiar a saúde mental dessesprofissionais, reconhecendo os desafios psicológicos enfrentados no contexto da pandemia.

Profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, enfrentaram uma série de desafios que tiveram impactos adversos em sua saúde mental, incluindo ansiedade, estresse e depressão. Alguns dos elementos mais prevalentes na avaliação da saúde mental abrangem a taxa de contágio, a gravidade da doença, a falta de conhecimento sobre a evolução do quadro, a escassez de equipamentos, a dificuldade em fornecer assistência e tratamento adequados, as mudanças nas recomendações das entidades governamentais, as alterações na rotina de trabalho e vida pessoal, o receio de contaminar familiares ou de contrair a doença, o distanciamento dos entes queridos e a carga excessiva de trabalho (El-Hage *et al*., 2020).

Um estudo realizado com 831 profissionais de saúde no Distrito Federal e Mato Grosso do Sul revelou uma ampla gama de sintomas de ansiedade, depressão e estresse em diferentes intensidades, por meio da escala DASS-21. Em relação à ansiedade, 33,8% dos participantes apresentaram sintomas extremamente severos, enquanto 11,4% manifestaram sintomas leves (Fundação Oswaldo Cruz, *et al*., 2022).

Quanto à depressão, 21,4% foram classificados com sintomas extremamente severos, totalizando 61,5% em diversas intensidades. No contexto do estresse, 20,6% indicaram níveis severos, e 19,5% foram classificados como extremamente severos, totalizando 40,1%. Estes resultados ressaltam a urgência de implementar estratégias específicas e oferecer suporte direcionado para promover a saúde mental desses profissionais diante dos desafios enfrentados (Fiocruz, 2022).

Estudo realizado em cinco grandes hospitais em Cingapura e na Índia com profissionais da saúde, também encontraram níveis preponderantes de ansiedade entre profissionais de saúde, durante a pandemia COVID-19. Todavia, os níveis de depressão foram maiores que os do estresse, assemelhando-se a presente investigação (Chew *et al*., 2020).

É imperativo investigar minuciosamente as condições de saúde mental dos profissionais de saúde que desempenharam papéis cruciais durante a emergência em saúde pública da COVID-19. Dados de pesquisas realizadas em ambientes hospitalares demonstram indícios de que os profissionais de saúde, diante dos desafios impostos pela pandemia de COVID-19, enfrentam um aumento significativo no risco de desenvolverem ansiedade, depressão, burnout, dependência química e transtorno de estresse pós-traumático (El-Hage *et al*., 2020; Santamaria *et al*., 2021).

Esta crise de saúde deve contribuir para uma compreensão mais aprofundada da vulnerabilidade dos profissionais de saúde diante do sofrimento psicológico. O propósito é fortalecer estratégias de prevenção primária e proporcionar treinamento especializado nas áreas de cuidados, relacionamentos e gestão de situações de crise na saúde (El-Hage *et al*., 2020). É recomendável oferecer suporte psicológico para atenuar o impacto emocional resultante da COVID-19, garantindo não apenas a saúde mental desses profissionais, mas também a excelência no atendimento que prestam (Santamaría *et al*., 2021).

Outro aspecto crucial é o ambiente de trabalho, que, conforme revelado neste estudo, ter sobrecarga de trabalho alta é fator preditivo para o estresse. Os resultados vão ao encontro dos estudos realizados com profissionais da saúde, os quais enfatizam uma maior sobrecarga de trabalho como um fator impactante na saúde psicológica, especialmente ao lidar com pacientes com COVID-19, demandando horas extensas de dedicação e turnos mais prolongados (Souza *et al*., 2023; Ornell *et al*., 2020).

Estudo realizado por Barbosa e colaboradores (2020) também evidenciou resultados divergentes do presente estudo, revelando que os profissionais de saúde são descritos como a categoria populacional mais afetada psicologicamente, tendo em vista que experimentam fatores estressores adicionais, tais como aumento da carga de trabalho. Portanto, é essencial que as instituições ofereçam oportunidades efetivas de suporte psicológico aos seus colaboradores, buscando diminuir o risco de iatrogenias originadas pelo estresse. Essa abordagem preventiva tem como objetivo preservar a qualidade do atendimento aos usuários, atenuando possíveis efeitos adversos decorrentes do estresse nos profissionais de saúde.

O adoecimento de muitos profissionais, levando-os ao afastamento, sobrecarregou aqueles encarregados da substituição. Destaca-se, assim, a importância da criação de redes de

apoio à saúde dos profissionais, incorporando suporte emocional, visando a prevenção do adoecimento desses profissionais.

É imperativo detectar os prejuízos psicológicos experimentados pelos profissionais de saúde, buscando desenvolver iniciativas educacionais e abordagens clínicas que possam possibilitar um rastreamento precoce, fornece diretrizes e assegurar suporte emocional. O intuito é prevenir a cronificação desses danos, considerando que as consequências adversas podem perdurar por meses ou até mesmo anos. Essa abordagem visa à implementação de medidas preventivas eficazes, contribuindo para o bem-estar a longo prazo desses trabalhadores essenciais.

O presente estudo adotou um delineamento transversal, o que limitou a capacidade de estabelecer relações causais entre as variáveis observadas. Contudo, acredita-se que os dados apresentados terão um impacto significativo no enriquecimento da literatura brasileira sobre a saúde mental dos profissionais de saúde diante da COVID-19. Além disso, espera-se que essas evidências impulsionem a implementação de práticas mais efetivas na prevenção e tratamento de manifestações psicológicas, como ansiedade, estresse e depressão, com ênfase na promoção da saúde mental no ambiente de trabalho.

## CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde neste estudo apresentaram, predominantemente, níveis de ansiedade, depressão e estresse considerados alterados, variando de leve a extremamente severo, conforme a *Depression, Anxiety, Stress Scales* (DASS-21). No entanto, notou-se que a "raça", o "setor de trabalho" e a "percepção da carga de trabalho no setor COVID-19" exerceram um efeito protetivo em relação ao estresse. Portanto, é crucial compreender que a pandemia da COVID-19 deixará marcas duradouras, e antecipar essa compreensão faz toda a diferença na mitigação dos impactos futuros.

## REFERÊNCIAS

APPEL, A.P. et al. Ansiedade, depressão e estresse entre profissionais de enfermagem frente apandemia por coronavírus. **Rev Enferm Atual In Derme**, v. 96, n. 39, p. e-021303, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.31011/reaid-2022.

ASSARI S, HABIBZADEH P. The COVID-19 Emergency Response Should Include a Mental Health Component. **Archives OfIranian Medicine**, v. 23, n. 4, p. 281-282, 2020. Disponível em: http://www.aimjournal.ir/Article/aim-15550.

BEZERRA, G.D. et al. O impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais da saúde: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 93, n.

Edição especial, p. e-020012, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.93-n.0-art.758.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humano. **Resolução 466 /2012**. Brasília, DF, 2012.

COSIC, K. et al. Impact of human disasters and COVID-19 pandemic on mental health: potential of digital psychiatry: potential of digital psychiatry. **Psychiatria Danubina**, v. 32, n. 1, p. 25-31, 2020. Disponível em: http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol32_no1/dnb_vol32_no1_25.pdf.

DAL`BOSCO, E.B. et al. A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. Suppl 2, p. e20200434, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0434.

DU, J. et al. Mental health burden in different professions during the final stage of the COVID-19 lockdown in China: cross-sectional survey study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 22, n. 12, e24240, 2020. Disponível em: 10.2196/24240.

EL-HAGE, W. et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale? **L'Encephale**, v. 46, n. 3, p. 73-80, 2020. Disponível em: 10.1016/j.encep.2020.04.008.

GUILLAND, R. et al. Prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em trabalhadores durante a pandemia da COVID-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. e00186169, 2021. Disponível em: 10.1590/1981- 7746-ojs00186.

LAI, J. et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA**, v.3, n.3, p. e203976, 2020. Disponível em: 10.1001/jamannetworkopen.2020.3976.

LANA, R.M. et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cad Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. e00019620, 2020. Disponível em: 10.1590/0102-311X00019620.

MOREIRA, W.C; SOUSA, AR; NÓBREGA, MPSS. Adoecimento mental na população geral e em profissionais de saúde durante a COVID-19: scoping review. **Texto Contexto Enferm**, v. 29, p. e20200215, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0215.

OLIVEIRA, C.M.C. et al. Auriculoterapia em profissionais de enfermagem na pandemia do coronavírus: estudo de casos múltiplos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 23, p. e65678, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.5216/ree.v23.65678.

ORNELL, F. et al. Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Debates em psiquiatria**, p.12-17, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-10-2-2.

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 Behav Immun**,

v. 8, n. 88, p. 901-907, 2020. Disponível em: 10.1016/j.bbi.2020.05.026.

RIAZ, M.; ABID, M.; BANO, Z. Psychological problems in general population during COVID-19 pandemic in Pakistan: role of cognitive emotion regulation. **Annals of Medicine**, v. 53, n. 1, p. 189-196, 2021. Disponível em: 10.1080/07853890.2020.1853216.

SAMPAIO, L. R.; OLIVEIRA, L. C. D, Y.; PIRES, M. F. D. N. Empatia, depressão, ansiedade e estresse em Profissionais de Saúde Brasileiros. **Ciencias Psicológicas**, v.14, n. 2, p. e-2215, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.22235/cp.v14i2.2215.

SANTAMARÍA, M.D. et al. Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish health professionals. **Rev Psiquiatr Salud Ment**, v. 14, n. 2, p. 106-112, 2021. Disponível em: 10.1016/j.rpsm.2020.05.004.

SILVA, R.M. et al. Avaliação do sono e fatores associados em trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Texto Contexto Enferm**, v. 31, p. e20220277, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0277pt.

SOUZA, L.R. et al. Prevalência e fatores preditores de estresse nos técnicos de enfermagem do estado de Sergipe no período da pandemia de COVID-19. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 6, n. 13, 2023. Disponível em: https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/646/644.

VERMA, S.; MISHRA, A. Depression, anxiety, and stress and socio-demographic correlates among general Indian public during COVID-19. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 66, n. 8, p. 756-762, 2020. Disponível em: 10.1177/0020764020934508.

VIGNOLA, R.C.B.; TUCCI, A.M. Adaptation and validation of the depression, axiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, v. 155, p. 104-109, 2014.

VON ELM, E. et al. Iniciativa STROBE Declaração de Fortalecimento do Relatório de Estudos Observacionais em Epidemiologia (STROBE): diretrizes para relatar estudos observacionais. **Ann Interna Médica**, v. 147, n. 8, p. 573-577, 2007. Disponível em: 10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010.

XIANG, Y.T. et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. **Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 3, p. 228-229, 2020. Disponível em: https://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8.

ZHANG, W.R. et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. **Psychother Psychosom**, v. 89, p. 242-250, 2020. Disponível em: https://dx.doi.org/10.1159/000507639.9.

**Manuscrito 2**

**Status:** em processo de submissão

**Periódico:** Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - REEUSP

**Acesso:** aberto

**Qualis CAPES**: A1

# AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DE PROFISSIONAIS DA LINHA DE FRENTE PÓS-PANDEMIA COVID-19 E FATORES ASSOCIADOS

Resumo

**Objetivo:** avaliar a autopercepção de saúde dos profissionais da saúde pós-COVID-19 e identificar os fatores sociodemográficos e profissionais associados**. Método:** Estudo transversal realizado em um hospital universitário de Teresina-PI, incluindo 201 profissionais da saúde, A associação entre as variáveis sociais e profissionais e a autopercepção de saúde foi avaliada pelo teste do qui-quadrado de Pearson, sendo considerado estatisticamente significativo o valor de $p<0,05$, a força dessa associação pelo cálculo do Odds Ratio (OR) e regressão logística. **Resultados:** a análise revelou que ser da religião católica era um fator protetor para melhor autopercepção de saúde (OR=0.174, IC95%=[0.053-0.572], p=0.0004) e trabalhar na enfermaria COVID-19 aumentou a chance de autopercepção de saúde regular (OR=2.961, IC95%=[1.402-6.255], p=0.0004). Conclusão: o estudo destaca a influência de fatores como religião e ambiente de trabalho na autopercepção de saúde dos profissionais da saúde pós-pandemia, sugerindo a necessidade de abordagens de apoio personalizadas.

**Palavras-chave:** Profissionais de saúde; Ansiedade; Depressão; Estresse ocupacional; Saúde mental; COVID-19.

## INTRODUÇÃO

A pandemia COVID-19 trouxe à tona desafios sem precedentes para os profissionaisde saúde, um grupo que se viu na linha de frente de uma crise global. Enfrentando um aumento substancial na carga de trabalho, esses profissionais se viram imersos em um cenário de intensa pressão, caracterizado por horas extras e relações paciente-enfermeiro prejudicadas. Esta realidade, documentada por estudos recentes, destaca a gravidade da situação que esses trabalhadores enfrentaram (Doleman, De Leo & Bloxsome, 2022).

Além disso, a saúde mental desses indivíduos tornou-se uma questão primordial, com um aumento alarmante nos relatos de ansiedade, depressão e estresse. A crise de saúde pública não apenas testou suas capacidades físicas, mas também impôs desafios psicológicos significativos, uma preocupação amplamente reconhecida na literatura científica (Liu, He, Jiang & Zhou, 2020).

Este estudo propõe-se a explorar a autopercepção de saúde dos profissionais da saúde no período pós-pandemia. Ao analisar a interseção entre a carga de trabalho aumentada e o

bem-estar mental, busca-se entender como a pandemia remodelou a percepção desses profissionais sobre sua própria saúde. A investigação do papel do suporte social na construção de resiliência é igualmente crucial, pois é um fator chave para mitigar os impactos negativos da pandemia.

A importância deste estudo transcende o mero entendimento acadêmico; ele tem implicações significativas para o desenvolvimento de políticas de saúde pública e estratégias de suporte a esses profissionais vitais. Num mundo que continua a lidar com as repercussões da COVID-19, compreender e abordar as necessidades desses trabalhadores é essencial para fortalecer a resiliência e a eficácia dos sistemas de saúde diante de futuras crises (Journal of Global Health, 2021).

Portanto, este estudo não é apenas uma investigação acadêmica; é um passo em direção ao aprimoramento da saúde e bem-estar de uma comunidade que tem sido a espinha dorsal no combate a esta pandemia global. Ao aprofundar nosso entendimento sobre a autopercepção de saúde desses profissionais, podemos pavimentar o caminho para um futuro mais resiliente e preparado no campo da saúde pública.

Esta pesquisa busca preencher o *gap* ao concentrar-se no período pós-infecção ou pós-pandemia, explorando como os profissionais percebem e experimentam sua saúde após esse evento significativo, além de fornecer uma compreensão mais holística e individualizada da saúde, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções e apoio específicos destinados a melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos profissionais da saúde.

Este estudo apresentou como objetivo avaliar a autopercepção de saúde dos profissionais da saúde pós-COVID-19 e identificar os fatores sociodemográficos e profissionais associados.

## MÉTODO

Este estudo é vinculado ao do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Trabalho (GEPSAMT), pertencente ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Neste capítulo será descrito o caminho metodológico a ser percorrido durante a pesquisa em suas duas fases.

### Tipo de estudo

Estudo transversal-analítico, realizado por meio de inquérito de vigilância biológico-comportamental com profissionais de saúde da linha de frente que atuaram na COVID-19. Todas as recomendações da iniciativa Internacional *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) foram seguidas (Von Elm *et al*., 2007).

**População e amostra do estudo**

A população contou com a participação de 248 profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeutas, que desempenharam suas funções nas áreas de Unidade de Terapia Intensiva e Enfermarias dedicadas ao tratamento da COVID-19. Para garantir uma amostra representativa, utilizou-se a técnica de proporção para populações finitas. Nesse contexto, onde N refere-se à população, n à amostra calculada, Z à variável padronizada associada ao nível de evidência, e p à verdadeira probabilidade do evento, considerando uma margem de erro de 5% (0,05) e um nível de confiança de 95%. Dessa maneira, o cálculo da amostra foi realizado com base na seguinte expressão:

Aproximação para o tamanho da amostra (n):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

$$n = 150{,}94$$

**n = 201 participantes**

Com base no cálculo amostral para população finita, observa-se amostra mínima 150,94 ≅ 151 profissionais de saúde, com a precisão de 95% e um erro de 5%. Durante nossa pesquisa, foram coletados 201 profissionais, reduzindo nosso erro para 3,02%.

Foram considerados como critérios de inclusão: profissionais de saúde, brasileiros, maiores de dezoito anos, que estavam trabalhando ou trabalharam na linha de frente da pandemia COVID-19. Foram excluídos trabalhadores que estavam em licença médica ou em férias, que estavam afastados e os que não quiseram participar do estudo.

**Instrumentos**

Para análise do levantamento de sintomas de depressão, ansiedade e estresse, utilizou-se o instrumento – Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21). Dessa forma, é válido destacar que o instrumento utilizado neste estudo é de domínio público.

Informações sobre questões relativas aos aspectos sociodemográficos, ocupacional e clínico foram obtidas a partir da aplicação de um questionário estruturado e multidimensional, elaborado pela pesquisadora para o estudo.

**Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse (DASS-21)**

Para avaliar os sintomas de ansiedade, depressão e estresse, nos trabalhadores da saúde,

foi utilizada a versão brasileira da escala *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS- 21). A DASS 21 foi originalmente criada em língua inglesa, desenvolvida por Lovibond & Lovibond (1995) com 42 itens. Seu objetivo inicial era discriminar empiricamente ansiedade e depressão, a partir do modelo tripartite de Clark e Watson (1991).

**Questionário sociodemográfico, ocupacional e clínico.**

O questionário, elaborado pela pesquisadora, é composto por 36 perguntas fechadas sobre as variáveis: (I – Condições sociodemográficas; II – Condições Laborais; III – Condições Clínicas).

**Técnica de coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2023, por uma equipe de pesquisa composta por oito pessoas (coordenadora da pesquisa, residentes de enfermagem de um hospital universitário e enfermeiros recém graduados) que foram previamente treinadas pela coordenadora da pesquisa.

**Análise de Dados**

Para armazenamento, processamento e análise estatística dos dados, foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 23.0. As variáveis categóricas foram resumidas por estatísticas descritivas de frequências (absolutas e relativas). A associação entre as variáveis sociais e profissionais e a autopercepção de saúde foi avaliada pelo teste do qui-quadrado de Pearson, sendo considerado estatisticamente significativo o valor de $p<0,05$, a força dessa associação pelo cálculo do Odds Ratio (OR) e regressão logística pelo método backward: wald para ajuste do modelo. Para entrada das variáveis no modelo, foi considerado o $p<0,20$ e para a sua permanência o $p<0,05$.

**Procedimentos Éticos**

O estudo teve autorização para sua realização pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI, sob o parecer nº. 5.637.826. O estudo seguiu os preceitos da Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012).

**RESULTADOS**

Dentre os participantes da pesquisa (Tabela 1), a maioria era do sexo feminino (180;

79,6%), com idade entre 20 e 59 anos (40,5±7,6 anos), pardos (125; 62,2%), casados(as) (111;55,2%), com filhos (135; 67,2%), católicos (149; 74,1%), residindo com companheiro(a) (97; 48,3%), com renda individual média de R$7.984,66 (DP=3.751,55) e familiar de R$13.979,99(10.982,25-23.461,00).

Sobre as variáveis profissionais, na categoria profissional observou-se o predomínio de técnicos de enfermagem (122; 60,7%), que relataram mais de 12 meses de tempo de trabalho na linha de frente de combate à COVID-19 (124; 61,7%), no setor UTI COVID-19 (161; 80,1%), com carga horária semanal de 36 horas (134; 66,7%), em turnos diurnos (171; 85,1%) e escala de trabalho variada, sendo a 12x36 a de maior frequência (59; 29,4%); quanto aos contratos, 140 (69,7%) eram por processo seletivo e 110 (54,7%) possuíam outro vínculo empregatício. Os participantes refeririam possuir moderada carga de trabalho no setor COVID-19 (104; 51,7%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica, profissional e de autopercepção de saúde de profissionais da linha de frente (n=201). Teresina, PI, Brasil, 2023.

| **Variáveis** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| **Sociodemográficas** | | |
| **Sexo** | | |
| Feminino | 160 | 79,6 |
| Masculino | 41 | 20,4 |
| **Idade** | 40,5 ± 7,6 anos | |
| **Raça autorreferida** | | |
| Parda | 125 | 62,2 |
| Negra | 17 | 8,5 |
| Branca | 58 | 28,9 |
| Amarela | 01 | 0,5 |
| **Estado civil** | | |
| Casado(a) | 111 | 55,2 |
| Divorciado(a) | 12 | 6,0 |
| Solteiro(a) | 33 | 16,4 |
| União estável | 45 | 22,4 |
| **Filhos** | | |
| Sim | 135 | 67,2 |
| Não | 66 | 32,8 |
| **Reside** | | |
| Sozinho | 25 | 12,4 |
| Familiares | 61 | 30,3 |
| Companheiro(a) | 97 | 48,3 |
| Pais | 18 | 9,0 |
| **Religião** | | |
| Católica | 149 | 74,1 |
| Evangélica | 38 | 18,9 |
| Outra | 14 | 7,0 |
| **Profissionais** | | |

| | | |
|---|---|---|
| **Categoria profissional** | | |
| Enfermagem | 36 | 17,9 |
| Fisioterapia | 15 | 7,5 |
| Medicina | 28 | 13,9 |
| Técnico de enfermagem | 122 | 60,7 |
| **Tempo que trabalhou na linha de frente de combate à COVID-19** | | |
| De 3 a 6 meses | 29 | 14,4 |
| De 7 a 12 meses | 48 | 23,9 |
| Mais de 12 meses | 124 | 61,7 |
| **Setor que trabalhou durante a pandemia** | | |
| Enfermaria COVID-19 | 40 | 19,9 |
| UTI COVID-19 | 161 | 80,1 |
| **Carga horária semanal de trabalho no setor da COVID-19** | | |
| 24hs/semanais | 26 | 12,9 |
| 30hs/semanais | 21 | 10,4 |
| 36hs/semanais | 134 | 66,7 |
| 40hs/semanais | 20 | 10,0 |
| **Turno de trabalho no setor da COVID-19** | | |
| Diurno | 171 | 85,1 |
| Noturno | 01 | 0,5 |
| Diurno/noturno | 29 | 14,4 |
| **Escala de trabalho** | | |
| 12x24 | 29 | 14,4 |
| 12x36 | 59 | 29,4 |
| 24x36 | 37 | 18,4 |
| 24x48 | 39 | 19,4 |
| Outra | 37 | 18,4 |
| **Autopercepção da carga de trabalho no setor COVID-19** | | |
| Alta | 97 | 48,3 |
| Moderada | 104 | 51,7 |
| **Contrato de trabalho** | | |
| Concurso público | 61 | 30,3 |
| Processo seletivo | 140 | 69,7 |
| **Possui outro vínculo empregatício** | | |
| Sim | 110 | 54,7 |
| Não | 91 | 45,3 |
| **Autopercepção de saúde** | | |
| Boa | 138 | 68,7 |
| Regular | 63 | 31,3 |

A Tabela 2 mostrou que as variáveis associadas a autopercepção de saúde foram religião (p=0,023), setor que trabalhou durante a pandemia (p=0,014) e contrato de trabalho (p=0,050).

Tabela 2. Variáveis associadas à autopercepção de saúde (n=201). Teresina, PI, Brasil, 2023.

| | **Autopercepção de saúde** | | | |
|---|---|---|---|---|
| Variáveis | Regular n(%) | Boa n(%) | p-valor | OR(IC95%) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Sexo** | | | 0,955[a] | |
| Feminino | 50(31,3) | 110(68,8) | | - |
| Masculino | 13(31,7) | 28(68,3) | | |
| **Raça** | | | 0,729[b] | |
| Amarela | - | 1 | | - |
| Branca | 21(36,2) | 37(63,8) | | |
| Negra | 05(29,4) | 12(70,6) | | |
| Parda | 37(29,6) | 88(70,4) | | |
| **Estado Civil** | | | 0,854[b] | |
| Casado(a) | 34(30,6) | 77(69,4) | | - |
| Divorciado(a) | 05(41,7) | 07(58,3) | | |
| Solteiro(a) | 11(33,3) | 22(66,7) | | |
| União estável | 13(28,9) | 32(71,1) | | |
| **Filhos** | | | 0,824[a] | |
| Sim | 43(31,9) | 92(68,1) | | - |
| Não | 20(30,3) | 46(69,7) | | |
| **Reside** | | | 0,913[a] | |
| Companheiro(a) | 29(29,9) | 68(70,1) | | - |
| Familiares | 21(34,4) | 40(65,6) | | |
| Pais | 06(33,3) | 12(66,7) | | |
| Sozinho(a) | 07(28,0) | 05(72,0) | | |
| **Religião** | | | 0,023[b] | |
| Católica | 41(27,5) | 108(72,5) | | 0,174(0,053-0,572) |
| Evangélica | 13(34,2) | 25(65,8) | | |
| Outra | 09(64,3) | 05(35,7) | | |
| **Categoria profissional** | | | 0,630[a] | |
| Enfermagem | 11(30,6) | 25(69,4) | | - |
| Fisioterapia | 03(20,0) | 12(80,0) | | |
| Medicina | 11(39,3) | 17(60,7) | | |
| Técnico de Enfermagem | 38(31,1) | 84(68,9) | | |
| **Tempo de trabalho na linha de frente de combate à COVID-19** | | | 0,329[a] | |
| 3 a 6 meses | 09(31,0) | 20(69,0) | | - |
| 6 a 12 meses | 11(22,9) | 37(77,1) | | |
| Mais de 12 meses | 43(34,7) | 81(65,3) | | |
| **Setor que trabalha(ou) durante a pandemia** | | | 0,014[a] | |
| Enfermaria COVID-19 | 19(47,5) | 21(52,5) | | 0,416(0,294-0,846) |
| UTI COVID-19 | 44(27,3) | 117(72,7) | | |
| **Carga horária semanal de trabalho no setor COVID-19** | | | 0,633[a] | |
| 24h/semanais | 07(26,9) | 19(73,1) | | - |
| 30h/semanais | 05(23,8) | 16(76,2) | | |
| 36h/semanais | 46(34,4) | 88(65,7) | | |
| 40h/semanais | 05(25,0) | 15(75,0) | | |
| **Turno de trabalho no setor COVID-19** | | | 0,368[a] | |
| Diurno | 51(29,8) | 120(70,2) | | |
| Diurno/noturno | 12(41,4) | 17(58,6) | | |
| Noturno | - | 01(100,0) | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Escala de trabalho** | | | 0,592 | |
| 12x24 | 12(41,4) | 17(58,6) | | |
| 12x36 | 17(28,8) | 42(71,2) | | |
| 24x36 | 09(24,3) | 28(75,7) | | |
| 24x48 | 14(35,9) | 25(64,1) | | |
| Outra | 11(29,7) | 26(70,3) | | |
| **Carga de trabalho autorreferida** | | | 0,902 | |
| Alta | 30(30,9) | 67(69,1) | | - |
| Moderada | 33(31,7) | 71(68,3) | | |
| **Contrato de trabalho** | | | 0,050 | |
| Concurso público | 25(41,0) | 36(59,0) | | 0,536(0,285-1,009) |
| Processo seletivo | 38(27,1) | 102(72,9) | | |
| **Possui outro vínculo empregatício** | | | 0,282 | |
| Sim | 38(34,5) | 72(65,5) | | - |
| Não | 25(27,5) | 66(72,5) | | |

n: frequência absoluta; %: porcentagem; OR: Razão de Chances; IC95%: intervalo de confiança de 95%; a: Teste do Qui-Quadrado; b: Razão de Verossimilhança.

Na Tabela 3, encontram-se os modelos de regressão logística da autopercepção de saúde, considerando as variáveis sociodemográficas e profissionais, considerando p<0,20. Permaneceram no modelo final da regressão religião (católica) e setor de trabalho durante a pandemia (enfermaria COVID-19). Essa evidência mostra que ser da religião católica foi um fator protetor para melhor autopercepção de saúde (p=0,004; OR[IC95%]=0,174[0,053-0,572]); e trabalhar no setor enfermaria COVID-19 durante a pandemia aumentou em 2,961 para autopercepção de saúde regular (p=0,004; OR[IC95%]=2,961[1,402-6,255]).

Tabela 3. Etapa do modelo de regressão logística (n=201). Teresina, PI, Brasil, 2023.

| **Etapa** | **B (erro padrão)** | ***Oddsratio* ajustado** | **Intervalo de Confiança a 95%** | | **p- valor** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | **Inferior** | **Superior** | |
| **1ª etapa** | | | | | |
| Constante | 0,922 (0,609) | 2,515 | | | 0,130 |
| Religião católica | -1,751 (0,608) | 0,174 | 0,053 | 0,572 | 0,004 |
| Religião evangélica | -1,229 (0,672) | 0,292 | 0,078 | 1,092 | 0,067 |
| Setor enfermaria COVID-19 | 1,086 (0,382) | 2,961 | 1,402 | 6,255 | 0,004 |
| Concurso público | -0,650 (0,609) | 0,522 | 0,268 | 1,018 | 0,130 |

$R^2$ = 0,090 (Cox e Snell); R2 = 0,127 (Nagelkerke); x2 do modelo = 0,713; p<0,001.

## DISCUSSÃO

Nesta jornada de descoberta e análise, os resultados do estudo revelaram nuances profundas sobre a autopercepção de saúde dos profissionais da saúde no cenário pós-COVID-19. Essa análise não é apenas um exercício acadêmico; ela toca na essência do bem-estar

humano e na resiliência. Ao desvendar as camadas de experiências, desafios e adaptações desses profissionais, emergem insights cruciais não apenas para a comunidade médica, mas também para a sociedade como um todo. A discussão a seguir visa não apenas interpretar os dados, mas também contextualizá-los de uma maneira que honre as experiências vividas por esses indivíduos incansáveis e dedicados.

A análise dos resultados deste estudo destaca aspectos fundamentais da autopercepção de saúde dos profissionais da saúde no período pós-COVID-19. A predominância de participantes do sexo feminino alinha-se com as tendências da força de trabalho na saúde e ressalta a necessidade de abordar questões específicas de gênero na saúde ocupacional, como destacado por Smith, Alaa, Sasco, Bagkeris e El-Osta (2023) em seu estudo sobre estresse ocupacional em profissionais de saúde.

A interação entre características sociodemográficas, como etnia, estado civil e parentalidade, e a saúde mental dos profissionais é complexa. Silva, Santos, Araújo, Galvão, Barros, Silva, Souza e Barroso (2023) ressaltam que a dinâmica familiar e as responsabilidades podem ter um impacto significativo na saúde mental dos trabalhadores da saúde, especialmente em tempos de crise.

A religião, particularmente o catolicismo, mostrou-se um fator relevante. Estudos de Behere, das Yadav e Behere (2013) indicam que a fé pode servir como um mecanismo de enfrentamento eficaz, influenciando positivamente a saúde mental e a percepção de bem-estar. No que tange às variáveis profissionais, a predominância de técnicos de enfermagem noestudo destaca a importância deste grupo na linha de frente. Horta *et al* (2021) discutem como diferentes profissões na área da saúde experienciam níveis variados de estresse e satisfação no trabalho, afetando a autopercepção de saúde.

O tempo de trabalho em UTI COVID-19 é um fator crítico. Silva, Santos, Araújo, Galvão, Barros, Silva, Souza e Barroso (2023) apontam que a exposição a ambientes de alta tensão pode ter efeitos negativos na saúde mental dos profissionais de saúde, o que se alinha com os achados deste estudo.

A carga horária semanal e os turnos de trabalho são fatores importantes. Pereira, Fehér, Tibold, Monteiro, Costa e Esgalhado (2021) destacam que longas jornadas e turnos noturnos estão associados ao desgaste físico e mental, afetando a saúde dos profissionais.

Os achados sobre a relação entre a religião e o ambiente de trabalho na autopercepção de saúde são inovadores. Huang, Du, Lin, Lin e Kuo (2021) sugerem que a interação entre crenças pessoais e condições de trabalho pode ter implicações profundas na saúde mental dos trabalhadores.

A natureza do contrato de trabalho dos profissionais de saúde, seja temporário ou permanente, pode influenciar a percepção de estabilidade e segurança no trabalho, afetando sua saúde mental. Estudos de Pereira, Souza, Lucca e Iguti (2020) mostram que a insegurança no emprego pode levar a um aumento do estresse e a uma pior autopercepção de saúde.

A pandemia introduziu o desafio do trabalho remoto para muitos profissionais de saúde, especialmente em funções administrativas. Como indicado por Thompson e Walter (2020), a transição para o trabalho remoto trouxe desafios únicos em termos de equilíbrio entre vida profissional e pessoal, que podem impactar a saúde mental.

A pandemia exigiu que os profissionais de saúde se adaptassem rapidamente a novos protocolos e procedimentos. A falta de treinamento adequado, discutida por Miranda, Santos, Almeida Neto, Raponi e Scalia (2023), pode aumentar a ansiedade e o estresse, afetando negativamente a autopercepção de saúde.

Olhando para o futuro, é essencial que as organizações de saúde se concentrem no desenvolvimento de estratégias para lidar com as repercussões da pandemia na saúde mental dos profissionais. Uma abordagem proativa para a saúde mental no local de trabalho é crucial para a recuperação e o bem-estar a longo prazo dos profissionais de saúde (Miranda; Santos; Almeida Neto; Raponi; Scalia, 2023).

A necessidade de políticas de saúde pública e estratégias de suporte focadas na saúde mental e bem-estar dos profissionais de saúde é urgente, conforme discutido por Martins e igotti, Zamarioli, Prado, Pereira e Gimenes (2022). Estratégias que abordem o estresse ocupacional e promovam equilíbrio entre vida pessoal e profissional são essenciais.

O suporte social e a resiliência emergem como fatores chave para melhorar a autopercepção de saúde. Lee (2019) enfatiza que o suporte social pode atuar como um amortecedor contra os efeitos negativos do estresse ocupacional.

Finalmente, a análise estatística utilizada neste estudo fornece uma compreensão aprofundada dos fatores associados à autopercepção de saúde. Estudos denotam a importância de métodos estatísticos robustos para a compreensão de fenômenos complexos na saúde ocupacional.

Ao considerar os resultados deste estudo, é crucial reconhecer suas limitações. Primeiramente, a natureza da amostra pode não refletir a diversidade completa dos profissionais de saúde, limitando assim a generalização dos resultados. Além disso, o desenho do estudo, predominantemente transversal, restringe nossa capacidade de estabelecer relações causais entre as variáveis. Outro aspecto importante é a dependência da autopercepção para avaliar a saúde, sujeita a viés subjetivo. Adicionalmente, a possibilidade de variáveis não avaliadas

influenciarem os resultados não pode ser descartada. Reconhecer essas limitações é fundamental para interpretar os achados com a devida cautela e compreensão.

## CONCLUSÃO

Ao explorar e identificar os fatores que influenciam a percepção de saúde entre esses profissionais. Os resultados revelaram que variáveis sociodemográficas e profissionais, incluindo gênero, etnia, religião, e aspectos específicos do ambiente de trabalho, desempenham um papel significativo na autopercepção de saúde. Estes achados fornecem insights valiosos para o desenvolvimento de políticas e estratégias de suporte mais efetivas, direcionadas às necessidades desses profissionais cruciais no período pós-pandêmico. O estudo destaca a complexidade da experiência dos profissionais da saúde e reforça a importância de abordagens integradas e sensíveis para promover o bem-estar nesse grupo essencial.

Os resultados deste estudo oferecem uma visão abrangente sobre como os profissionais da saúde percebem sua saúde após experiências desafiadoras durante a pandemia da COVID-19. Fica claro que fatores como identidade de gênero, etnia, religiosidade e as condições específicas do ambiente de trabalho são cruciais nessa percepção. Estes achados sublinham a necessidade de uma abordagem holística e personalizada no cuidado aos profissionais da saúde, abrindo caminho para intervenções mais eficazes e políticas de apoio bem-informadas no cenário pós-pandêmico.

## REFERÊNCIAS

BEHERE, Prakashb; DAS, Anweshak; YADAV, Richa; BEHERE, Aniruddhp. Religion and mental health. Indian Journal Of Psychiatry, [S.L.], v. 55, n. 6, p. 187, 2013. Medknow. http://dx.doi.org/10.4103/0019-5545.105526.

D'AMELIO, Anna Carole; CATALDI, Sarah; DALLAGIACOMA, Giulia; GENTILE,Leandro; ODONE, Anna; SIGNORELLI, Carlo. Promoting societal resilience during the COVID-19 pandemic: a multi-country analysis of public health strategies. Acta Biomedica Atenei Parmensis, [S.L.], v. 94, n. 3, p. 81-87, 30 ago. 2023. Mattioli 1885 srl. http://dx.doi.org/10.23750/abm.v94iS3.14562.

DOLEMAN, Gemma; DE€ LEO, Annemarie; BLOXSOME, Dianne. The impact of pandemics on healthcare providers' workloads: a scoping review. Journal Of Advanced Nursing, [S.L.], v. 79, n. 12, p. 4434-4454, 18 maio 2023. Wiley. http://dx.doi.org/10.1111/jan.15690.

HORTA, Rogério Lessa; CAMARGO, Eduardo Guimarães; BARBOSA, Marcus Levi Lopes; LANTIN, Pedro José Sartorelli; SETTE, Talia Greici; LUCINI, Thaís Caroline Guedes; SILVEIRA, Aline Faria; ZANINI, Lizziê; LUTZKY, Bibiana Andrade. O estresse e a saúde mental de profissionais da linha de frente da COVID-19 em hospital geral. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, [S.L.], v. 70, n. 1, p. 30-38, mar. 2021. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000316.

HUANG, Ing-Chung; DU, Pey-Lan; LIN, Long-Sheng; LIN, Tsai-Fei; KUO, Shu-Chun. Factors beyond Workplace Matter: the effect of family support and religious attendance on sustaining well-being of high-technology employees. Healthcare, [S.L.], v. 9, n. 5, p. 602, 18 maio 2021. MDPI AG. http://dx.doi.org/10.3390/healthcare9050602.

LEE, Jong-Sun. Perceived social support functions as a resilience in buffering the impact of trauma exposure on PTSD symptoms via intrusive rumination and entrapment in firefighters. Plos One, [S.L.], v. 14, n. 8, p. 0220454, 2 ago. 2019. Public Library of Science (PLoS). http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0220454.

MIRANDA, Kamila Silva de; SANTOS, Leonardo Daniel Reis; ALMEIDA NETO, Omar Pereira de; RAPONI, Maria Beatriz Guimarães; SCALIA, Luana Araújo Macedo. Impacto do perfil ocupacional, saúde mental e religiosidade sobre depressão, ansiedade e estresse de profissionais de saúde na pandemia de COVID-19. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, [S.L.], v. 72, n. 4, p. 239-246, 2023. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000433.

PEREIRA, Henrique; FEHÉR, Gergely; TIBOLD, Antal; MONTEIRO, Samuel; COSTA, Vítor; ESGALHADO, Graça. The Impact of Shift Work on Occupational Health Indicators among Professionally Active Adults: a comparative study. International Journal Of Environmental Research And Public Health, [S.L.], v. 18, n. 21, p. 11290, 27 out. 2021. MDPI AG. http://dx.doi.org/10.3390/ijerph182111290.

PEREIRA, Ana Carolina Lemos; SOUZA, Heloisa Aparecida; LUCCA, Sergio Roberto de; IGUTI, Aparecida Mari. Fatores de riscos psicossociais no trabalho: limitações para uma abordagem integral da saúde mental relacionada ao trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, [S.L.], v. 45, p. 1, 2020. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000035118.

SMITH, Peter Samuel; ALAA, Aos; SASCO, Eva Riboli; BAGKERIS, Emmanouil; EL-OSTA, Austen. How has COVID-19 changed healthcare professionals' attitudes to self-care? A mixed methods research study. Plos One, [S.L.], v. 18, n. 7, p. 0289067, 24 jul. 2023. Public Library of Science (PLoS). http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0289067.

SILVA, Mariane Alexandra Xavier da; SANTOS, Mairana Maria Angélica; ARAðJO, Angélica Barros; GALVÃO, Cláudia Regina Cabral; BARROS, Márcia Maria Mont'alverne de; SILVA, Ana Cristina de Oliveira e; SOUZA, Marina Batista Chaves Azevedo de; BARROSO, Bárbara Iansã de Lima. Fatores de risco à saúde mental dos profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19: revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 28, n. 10, p. 3033-3044, out. 2023. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320232810.12102023.

RIGOTTI, Ariane Ranzani; ZAMARIOLI, Cristina Mara; PRADO, Patrícia Rezende do;

PEREIRA, Flávia Helena; GIMENES, Fernanda Raphael Escobar. Resilience of Healthcare Systems in the face of COVID-19: an experience report. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [S.L.], v. 56, p. 1, 2022. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0210en.

GHALEB, Yasser; LAMI, Faris; NSOUR, Mohannad Al; RASHAK, Hiba Abdulrahman; SAMY, Sahar; KHADER, Yousef s; SEROURI, Abdulwahed Al; BAHAAELDIN, Hala; AFIFI, Salma; ELFADUL, Maisa. Mental health impacts of COVID-19 on healthcare workersin the Eastern Mediterranean Region: a multi-country study. Journal Of Public Health, [S.L.], v. 43, n. 3, p. 34-42, 11 out. 2021. Oxford University Press (OUP). http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdab321.

## 5.3 Manuscrito 3

**Status:** em processo de submissão

**Periódico:** Revista Psicologia & Sociedade

**Acesso:** aberto

**Qualis CAPES:** A3

# SUPORTE SOCIAL E PERCEPÇÃO DE SAÚDE AUTORREFERIDOS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO PERÍODO PÓS-COVID-19: ESTUDO ANALÍTICO

**Resumo**

**Objetivo:** avaliar o suporte social e percepção de saúde autorreferidos por profissionais da saúde no período pós-COVID-19. **Método:** estudo transversal realizado em um hospital universitário de Teresina-PI, incluindo 201 profissionais da saúde. A associação entre as variáveis socioprofissionais e a autopercepção de saúde foi avaliada por regressão logística. **Resultados:** a análise da regressão logística revelou que ter um relacionamento bom com o chefe/supervisor foi associado a uma melhor autopercepção de saúde (OR=0.122, IC95%=[0.101-0.455], p=0.018) e ter um relacionamento muito bom apresentou ainda maior associação (OR=0.267, IC95%=[0.117-0.610], p=0.002). **Conclusão:** o estudo destaca a importância das relações interpessoais no local de trabalho, especialmente com supervisores, na saúde percebida dos profissionais de saúde pós-pandemia, sugerindo a necessidade de estratégias de apoio focadas no fortalecimento dessas relações para melhorar o bem-estar destes profissionais.

**Palavras-chave:** Pessoal de Saúde; Apoio social; Saúde Mental; Estresse Ocupacional; COVID-19.

## INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19, causada pelo SARS-CoV-2, representou um desafio sem precedentes para os sistemas de saúde em todo o mundo. Essa crise global destacou a importância de examinar o impacto do estresse pandêmico sobre os profissionais de saúde, que estiveram na linha de frente desta luta (World Health Organization, 2020).

Profissionais de saúde em todo o mundo enfrentaram riscos elevados de infecção e estresse intenso, trazendo à tona preocupações vitais sobre seu bem-estar físico e mental. A sobrecarga de trabalho e a exposição contínua a ambientes de alta pressão evidenciaram a necessidade de estratégias eficazes para apoiar esses profissionais (Greenberg *et al*., 2020).

Neste contexto, o suporte social emergiu como um fator crucial para a resiliência e bem-estar dos profissionais de saúde. Estudos mostraram que o apoio de colegas, supervisores e das próprias instituições de saúde é vital para ajudar estes profissionais a lidar com as demandas da pandemia (Pfefferbaum e North, 2020).

A literatura científica ressalta uma forte correlação entre suporte social e percepção de saúde. Em ambientes onde o suporte social é abundante, os profissionais de saúde tendem a ter

uma melhor percepção de sua saúde e bem-estar, além de relatarem menor incidência de problemas psicológicos (Kawachi e Berkman, 2001).

Apesar da reconhecida importância do suporte social, há uma lacuna significativa na pesquisa sobre como este suporte afeta a saúde percebida dos profissionais de saúde, particularmente no período pós-pandêmico. A maioria dos estudos focou no auge da crise, deixando um vácuo sobre as consequências em longo prazo e as necessidades contínuas de apoio (Uchino, 2006).

Além disso, a dinâmica das relações interpessoais no ambiente de trabalho e seu impacto na saúde percebido dos profissionais de saúde requerem uma análise mais aprofundada. O período pós-pandêmico oferece um contexto único para explorar estas relações e seus efeitos na saúde mental e física.

Este estudo pretende preencher essa lacuna, ao avaliar o suporte social e percepção de saúde autorreferidos por profissionais da saúde no período pós-COVID-19. O foco será na influência das relações interpessoais no ambiente de trabalho e o suporte institucional recebido, elementos-chave para entender a saúde e bem-estar destes profissionais(Cohen e Wills, 1985).

## MÉTODO

Este estudo, realizado no âmbito do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Trabalho (GEPSAMT), pertencente ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

### Tipo de estudo

Trata-se de um transversal, envolvendo um inquérito biológico-comportamental com profissionais de saúde que atuaram na linha de frente durante a pandemia de COVID-19. Seguindo as recomendações da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

### População e amostra do estudo

Compuseram a população 248 profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeutas, que que atuaram nos setores da Unidade de Terapia Intensiva e Enfermarias COVID-19. Para amostra representativa, adotou-se a técnica para população finita por proporção, no qual N refere-se à população, n à amostra calculada, Z à variável padronizada associada ao nível de evidência, e ao erro amostral e p a verdadeira probabilidade do evento, considerando margem de erro de 5% (0,05) e nível de confiança de

95%. Sendo assim, a amostra foi calculada a partir da seguinte expressão:
Aproximação para o tamanho da amostra (n):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

$n = 150{,}94$

**n = 201 participantes**

Com base no cálculo amostral para população finita, observa-se amostra mínima 150,94 ≅ 151 profissionais de saúde, com a precisão de 95% e um erro de 5%. Durante nossa pesquisa, foram coletados 201 profissionais, reduzindo nosso erro para 3,02%.

Foram considerados como critérios de inclusão: profissionais de saúde, brasileiros, maiores de dezoito anos, que estavam trabalhando ou trabalharam na linha de frente da pandemia COVID-19. Foram excluídos trabalhadores que estavam em licença médica ou em férias, que estavam afastados e os que não quiseram participar do estudo.

**Instrumentos**

Para análise do levantamento de sintomas de depressão, ansiedade e estresse, utilizou-se o instrumento – Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21). Dessa forma, é válido destacar que o instrumento utilizado neste estudo é de domínio público.

Informações sobre questões relativas aos aspectos sociodemográficos, ocupacional e clínico foram obtidas a partir da aplicação de um questionário estruturado e multidimensional, elaborado pelas autoras para a pesquisa

**Questionário sociodemográfico, ocupacional e clínico.**

O questionário, elaborado pela pesquisadora, é composto por 36 perguntas fechadas sobre as variáveis: (I – Condições sociodemográficas; II – Condições Laborais; III – Condições Clínicas).

**Técnica de coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2023, pela pesquisadora e por alunos da pós-graduação que fazem parte do GEPSAMT, do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Os mesmos receberam treinamento para a realização da coleta de dados.

**Análise de Dados**

Para o processamento e análise estatística dos dados, foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 23.0. As variáveis categóricas foram resumidas por estatísticas descritivas de frequências (absolutas e relativas). A associação entre as variáveis de suporte social e percepção de saúde autorreferidos foi avaliada pelo teste do qui-quadrado de Pearson, sendo considerado estatisticamente significativo o valor de $p<0,05$, a força dessa associação pelo cálculo das razões de chances (*Odds Ratio* - OR) e regressão logística pelo método *backward* para ajuste do modelo. Para entrada das variáveis no modelo, foi considerado o $p<0,20$ e para a sua permanência o $p<0,05$.

## RESULTADOS

A Tabela 1 traz os dados relativos às variáveis sociais, profissionais, de suporte social autopercebido e autopercepção de saúde dos participantes da pesquisa. Houve predominância de participantes do sexo feminino (180; 79,6%), com idade entre 26 e 52 anos (40,5±7,6 anos), casados(as) (111; 55,2%), com filhos (135; 67,2%) e residindo com companheiro(a) (97; 48,3%).

Quanto às variáveis profissionais, a maioria era composta por técnicos de enfermagem (122; 60,7%), que relataram mais de 12 meses de tempo de trabalho na linha de frente de combate à COVID-19 (124; 61,7%), no setor UTI COVID-19 (161; 80,1%). Os participantes referiram que o grau de exigência para quem estava na linha de frente do combate à COVID-19 no setor foi alto (111; 55,2%), sendo física (99; 49,3%), mental/intelectual (97; 48,3%) e emocional (111; 55,2%).

Sobre as variáveis de suporte social autopercebido, verificou-se que, durante a atuação nos setores da COVID-19, os profissionais necessitaram de ajuda e/ou tratamento psicológico (71; 35,3%) e referiram que a instituição não oferecia apoio especializado para cuidados com a saúde mental (102; 50,7%). Os relacionamentos foram classificados muito bons entre o participante e os colegas de trabalho (105; 52,2%) e com o chefe/supervisor (68; 33,8%). A maioria dos participantes referiu não receber apoio familiar (115; 57,2%), da sociedade (112; 55,7%), da instituição de saúde (116; 57,7%) e da mídia e redes sociais (201; 100%). A autopercepção de saúde foi considerada boa pela maioria (138; 68,7%).

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas, profissionais, de suporte social e autopercepção de saúde (n=201). Teresina-PI. Brasil, 2023.

| | N | % |
|---|---|---|
| **Variáveis Sociais** | | |
| **Sexo** | | |
| Feminino | 160 | 79,6 |

| | | |
|---|---|---|
| Masculino | 41 | 20,4 |
| **Idade** | 40,5±7,6 anos | |
| **Estado Civil** | | |
| Casado(a) | 111 | 55,2 |
| Divorciado(a) | 12 | 6,0 |
| Solteiro(a) | 33 | 16,4 |
| União Estável | 45 | 22,4 |
| **Filhos** | | |
| Sim | 135 | 67,2 |
| Não | 66 | 32,8 |
| **Reside** | | |
| Sozinho(a) | 25 | 12,4 |
| Familiares | 61 | 30,3 |
| Companheiro(a) | 97 | 48,3 |
| Pais | 18 | 9,0 |
| **Variáveis Profissionais** | | |
| **Categoria Profissional** | | |
| Enfermagem | 36 | 17,9 |
| Fisioterapia | 15 | 7,5 |
| Medicina | 28 | 13,9 |
| Técnico de Enfermagem | 122 | 60,7 |
| **Tempo que trabalha(ou) na linha de frente de combate à COVID-19** | | |
| 3 a 6 meses | 29 | 14,4 |
| 7 a 12 meses | 48 | 23,9 |
| Mais de 12 meses | 124 | 61,7 |
| **Setor que trabalha(ou) durante a pandemia COVID-19** | | |
| Enfermaria COVID-19 | 40 | 19,9 |
| UTI COVID-19 | 161 | 80,1 |
| **Grau de exigência para quem está na linha de frente do combate à COVID-19 no setor** | | |
| Alta | 111 | 55,2 |
| Moderada | 90 | 44,8 |
| **Exigência física** | | |
| Alta | 99 | 49,3 |
| Moderada | 102 | 50,7 |
| **Exigência mental/intelectual** | | |
| Alta | 97 | 48,3 |
| Moderada | 104 | 51,7 |
| **Exigência emocional** | | |
| Alta | 111 | 55,2 |
| Moderada | 90 | 44,8 |
| **Variável Suporte Social Autopercebido** | | |
| **Durante sua atuação no setor COVID-19, buscou ou necessitou de ajuda e/ou tratamento psicológico?** | | |
| Sim, procurei ajuda | 71 | 35,3 |
| Sim, mas não procurei ajuda | 61 | 30,3 |
| Não | 69 | 34,3 |
| **A instituição oferece apoio especializado para cuidados com a saúde mental dos profissionais?** | | |

| | | |
|---|---|---|
| Sim | 99 | 49,3 |
| Não | 102 | 50,7 |
| **Como é o relacionamento entre você e seus colegas de trabalho?** | | |
| Bom | 96 | 47,8 |
| Muito bom | 105 | 52,2 |
| **Como é o relacionamento entre você e seu chefe/supervisor?** | | |
| Bom | 49 | 24,4 |
| Muito bom | 68 | 33,8 |
| Regular | 37 | 18,4 |
| Ruim | 47 | 23,4 |
| **Recebeu apoio familiar?** | | |
| Sim | 86 | 42,8 |
| Não | 115 | 57,2 |
| **Recebeu apoio da sociedade?** | | |
| Sim | 89 | 44,3 |
| Não | 112 | 55,7 |
| **Recebeu apoio da instituição?** | | |
| Sim | 84 | 41,8 |
| Não | 116 | 57,7 |
| **Recebeu apoio da mídia e redes sociais?** | | |
| Não | 201 | 100,00 |
| **Variável Auttopercepção de Saúde** | | |
| Boa | 138 | 68,7 |
| Regular | 63 | 31,3 |

n: frequência absoluta; %: frequência relativa.

Em análise à Tabela 2, percebeu-se que a variável sobre o relacionamento entre o participante da pesquisa e o seu chefe/supervisor foi a única que apresentou associação significativa com a autopercepção de saúde (p=0,015).

Tabela 2. Variáveis sobre suporte social associadas à autopercepção de saúde (n=201).

| **Variáveis** | **Autopercepção de Saúde** | | |
|---|---|---|---|
| | Regular n(%) | Boa n(%) | p-valor |
| **Relacionamento entre você e seus colegas de trabalho** | | | 0,213[a] |
| Bom | 26(27,1) | 70(72,9) | |
| Muito bom | 37(35,2) | 68(64,8) | |
| **Relacionamento entre você e seu chefe/supervisor** | | | 0,015[a] |
| Bom | 23(46,9) | 26(53,1) | |
| Muito bom | 13(19,1) | 55(80,9) | |
| Regular | 11(29,7) | 26(70,3) | |
| Ruim | 16(34,0) | 31(66,0) | |
| **Recebeu apoio familiar** | | | 0,224[a] |
| Sim | 23(26,7) | 63(73,3) | |
| Não | 40(34,8) | 75(65,2) | |
| **Recebeu apoio da sociedade** | | | 0,519[a] |
| Sim | 30(33,7) | 59(66,3) | |
| Não | 33(29,5) | 79(70,5) | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Recebeu apoio da instituição** | | | 0,255[b] |
| Sim | 25(29,4) | 60(70,6) | |
| Não | 38(32,8) | 78(67,2) | |

n: frequência absoluta; %: porcentagem; a: Teste do Qui-quadrado; b: Razão de Verossimilhança.

A Tabela 3 mostra os resultados referentes ao modelo de regressão logística da autopercepção de saúde, considerando o suporte social autorreferido. Constatou-se que ter um relacionamento bom (p=0,018; OR[IC95%]=0,122[0,101-0,455]) e muito bom (p=0,002; OR[IC95%]=0,267[0,117-0,610]) com o chefe/supervisor foi fator de proteção para melhor autopercepção de saúde.

Tabela 3. Etapa do modelo de regressão logística (n=201). Teresina-PI. Brasil, 2023.

| **Etapa** | **B (erro padrão)** | ***Oddsratio* ajustado** | **Intervalo de Confiança a 95%** | | **p- valor** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | **Inferior** | **Superior** | |
| **1ª etapa** | | | | | |
| Constante | -0,123 (0,286) | 0,885 | | | 0,668 |
| Relacionamento com o chefe/supervisor: bom | -1,453 (0,430) | 0,122 | 0,101 | 0,455 | 0,018 |
| Relacionamento com o chefe/supervisor: muito bom | -1,320 (0,421) | 0,267 | 0,117 | 0,610 | 0,002 |
| Relacionamento com o chefe/supervisor: regular | -0,738 (0,460) | 0,478 | 0,194 | 1,117 | 0,109 |
| Relacionamento com o chefe/supervisor: ruim | -0,539 (0,420) | 0,583 | 0,256 | 1,330 | 0,200 |

$R^2$ = 0,051 (Cox e Snell); R2 = 0,072 (Nagelkerke); x2 do modelo = 0,419; p<0,001.

## DISCUSSÃO

Ao adentrar no universo dos profissionais de saúde no período pós-COVID-19, este estudo nos convida a explorar um terreno complexo e profundamente humano. Aqui, não estamos apenas analisando dados e tendências; estamos mergulhando na realidade vivida por indivíduos que estiveram na linha de frente de uma crise global. Cada número, cada estatística, reflete uma história, uma luta, uma conquista. À medida que desvendamos os resultados, nossa discussão busca não apenas interpretar os fatos, mas também entender e valorizar as experiências e resiliências destes heróis silenciosos. É uma jornada de descoberta, compreensão e, acima de tudo, de profunda humanidade.

A pandemia COVID-19 representou um desafio sem precedentes para os profissionais de saúde, intensificando o estresse e a exposição a riscos de saúde. Greenberg et al. (2020)

ressaltaram a importância de estratégias robustas de suporte para garantir o bem-estardestes profissionais. Este contexto sublinha a necessidade de focar no suporte psicológico e emocional, bem como na segurança física, para aqueles na linha de frente.

A importância do suporte social é evidenciada no estudo, alinhando-se com as descobertas de Kawachi e Berkman (2001). O suporte dos colegas e supervisores, bem como das próprias instituições de saúde, mostrou ser crucial para a resiliência e bem-estar dos profissionais de saúde. Este suporte atua como um amortecedor contra o estresse e melhora a percepção geral de saúde.

Uchino (2006) destacou uma lacuna significativa na pesquisa sobre como o suporte social afeta a saúde percebida no período pós-pandêmico. A maioria dos estudos focou no auge da crise, deixando um vácuo sobre as consequências a longo prazo e as necessidades contínuas de apoio. Este estudo busca preencher essa lacuna, explorando as relações interpessoais e seu impacto na saúde mental e física.

As relações interpessoais no ambiente de trabalho, especialmente com chefes e supervisores, são fundamentais para a saúde mental dos profissionais de saúde, conforme discutido por Cohen e Wills (1985). Um bom relacionamento com supervisores pode atuar como um fator de proteção significativo, influenciando positivamente a saúde percebida e o bem-estar geral.

A predominância de técnicos de enfermagem do sexo feminino no estudo ressalta a necessidade de abordar questões específicas de gênero na saúde ocupacional. Esta observação aponta para a importância de entender como os diferentes gêneros experimentam o ambiente de trabalho e como isso afeta sua saúde mental e física (Habib; Halwani; Mikati; Hneiny, 2020).

A interação entre características sociodemográficas, como estado civil e parentalidade, e a saúde mental é complexa. Pesquisas indicam que a dinâmica familiar e as responsabilidades podem impactar significativamente a saúde mental dos trabalhadores da saúde, especialmente em tempos de crise (Salviano *et al*., 2020).

A religião, particularmente o catolicismo, mostrou-se um fator relevante. Estudos indicam que a fé pode servir como um mecanismo de enfrentamento eficaz, influenciando positivamente a saúde mental e a percepção de bem-estar.

O estudo sublinha a importância de um ambiente de trabalho positivo e suporte institucional para o bem-estar dos profissionais de saúde. O suporte institucional adequado pode ajudar a mitigar os efeitos negativos do estresse relacionado ao trabalho e melhorar a percepção de saúde.

Os resultados do estudo oferecem *insights* valiosos sobre a complexa interação entre

suporte social, ambiente de trabalho, características sociodemográficas e saúde percebida. Eles destacam a necessidade de estratégias integradas para abordar as diversas necessidades dos profissionais de saúde.

Em conclusão, este estudo fornece uma compreensão aprofundada dos fatores associados à saúde percebida dos profissionais de saúde no período pós-COVID-19. Ele destaca a importância do suporte social e institucional e sublinha a necessidade de políticas e práticas que priorizem o bem-estar mental e físico destes profissionais.

A medida que concluímos nossa jornada de análise e reflexão sobre este estudo, é crucial reconhecer suas limitações. A natureza da amostra pode não refletir a diversidade completa dos profissionais de saúde, limitando a generalização dos resultados. Além disso, o desenho transversal do estudo restringe a capacidade de estabelecer relações causais. A dependência da autopercepção para avaliar a saúde, sujeita a viés subjetivo, e a possibilidade de variáveis não avaliadas influenciarem os resultados também são aspectos importantes. Reconhecer essas limitações é fundamental para uma interpretação cuidadosa e contextualizada dos achados, abrindo caminho para pesquisas futuras mais abrangentes.

## CONCLUSÃO

Os resultados demonstram que o suporte social, tanto no ambiente de trabalho quanto em esferas pessoais e institucionais, desempenha um papel crucial na saúde percebida destes profissionais. Este estudo não apenas destaca a importância de um suporte social robusto durante tempos desafiadores, mas também aponta para a necessidade de abordagens integradas e holísticas no cuidado e suporte aos profissionais de saúde, especialmente em períodos pós-crise.

Este estudo ilumina aspectos cruciais da saúde percebida e do suporte social entre profissionais de saúde no período pós-COVID-19. Revela a complexidade das experiências humanas desses indivíduos, destacando a importância do suporte social, das relações interpessoais no ambiente de trabalho e da resiliência individual. Ao mesmo tempo, as limitações identificadas apontam para a necessidade de pesquisas futuras mais abrangentes e diversificadas. Esta análise é um passo valioso para entender melhor o impacto duradouro da pandemia no bem-estar dos profissionais de saúde, guiando o desenvolvimento de políticas e práticas de suporte mais efetivas.

## REFERÊNCIAS

World Health Organization. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the

COVID-19 outbreak. Retrieved from https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf

Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during COVID-19 pandemic. BMJ, 368, m1211. doi: https://10.1136/bmj.m1211

Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the COVID-19 pandemic. New England Journal of Medicine, 383(6), 510-512. doi: https://10.1056/NEJMp2008017

Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. Journal of Urban Health, 78(3), 458-467. doi: https://10.1093/jurban/78.3.458

Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. Journal of Behavioral Medicine, 29(4), 377-387. doi: https://10.1007/s10865-006-9056-5

Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. BMJ, 368, m1211. DOI: 10.1136/bmj.m1211.

Kawachi, I., & Berkman, L.F. (2001). Social ties and mental health. Journal of Urban Health, 78, 458–467. DOI: https://10.1093/jurban/78.3.458.

Uchino, B.N. (2006). Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. Journal of Behavioral Medicine, 29, 377–387. DOI: https://10.1007/s10865-006-9056-5.

Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. Psychological Bulletin, 98(2), 310-357. DOI: https://10.1037/0033-2909.98.2.310.

HABIB, Rima R.; HALWANI, Dana A.; MIKATI, Diana; HNEINY, Layal. Sex and Gender in Research on Healthcare Workers in Conflict Settings: a scoping review. International Journal Of Environmental Research And Public Health, [S.L.], v. 17, n. 12, p. 4331, 17 jun. 2020. MDPI AG. http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17124331.

SALVIANO, Isabel Cristina de Barros; CASTRO, Martha Moreira Cavalcante; MATOS, Marcos Antônio Almeida; AGUIAR, Carolina Villa Nova. Desenvolvimento de Instrumento em Doenças Raras: acesso à saúde e ao suporte social. Revista Psicologia e Saúde, [S.L.], p. 3-18, 8 dez. 2020. Universidade Catolica Dom Bosco. http://dx.doi.org/10.20435/pssa.vi.1065.

## 6 CONCLUSÃO

É inegável dizer que a presença da COVID-19 exacerbou desafios já presentes no ambiente profissional dos profissionais de saúde. Aspectos físicos, emocionais e estruturais, em conjunto com as mudanças na saúde devido à COVID-19, contribuíram para a deterioração da saúde mental desses profissionais, especialmente problemas relacionados a ansiedade, seguindo da depressão, bem como de fatores associados.

Além disso, a falta de iniciativas de promoção e prevenção da saúde física e mental por parte das instituições responsáveis pelo cuidado dos pacientes com COVID-19 destaca a necessidade de ações e medidas urgentes. Tanto o poder público quanto a comunidade científica devem colaborar no desenvolvimento de novos planos, programas e tecnologias direcionados ao ambiente de trabalho em saúde. Essas abordagens devem identificar, gerenciar e orientar medidas de prevenção, promoção e condutas para reduzir os riscos e danos causados pelas alterações à saúde dos profissionais de saúde. Isso se torna crucial, especialmente diante de possíveis crises sanitárias futuras, semelhantes à enfrentada durante a pandemia de COVID-19.

## REFERÊNCIAS

ÀVILA, F. M. V. P. et al. Sintomas de depressão em profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, n. e76442, 2021.

APÓSTOLO, J. L. A.; MENDES, A. C.; AZEVEDO, Z. A. Adaptação para a língua portuguesa da depression, anxiety and stress scale (dass). **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 6, 2006.

APPEL, A. P.; CARVALHO, A. R.S.; SANTOS, R. P. Prevalência e fatores associados à ansiedade, depressão e estresse numa equipe de enfermagem COVID-19. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 42, n. esp, p. e20200403, 2021.

BAO, Y. et al. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. **The Lancet**, v.395, n.10224, p. 37-38, 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humano. **Resolução 466 /2012.** Brasília, DF, 2012.

BROOKS, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v.395, n. 10227, p. 912-920, 2020.

CHAN, J. F.W. et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. **TheLancet**, v. 395, n. 10223, p. 514-523, 2020.

CHEN, Q. et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. **The Lancet**, v. 7, n. 4, p. 15-16, 2020.

CHEN, N. et al. Epidemiological and clinical characteristics of cases coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p.507-513, 2020.

DAL-BOSCO, E. B. et al. A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19em um hospital universitário regional. **Rev Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. e20200434, 2020.

FARO, A. et al. COVID-19 e saúde mental: **A emergência do cuidado**. p.3-19, 2020.

FERGUSON, N. et al. Report 9: impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and **healthcare demand**, 2020.

GORBALENYA, A. E. et al. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. **Nature Microbiology**, v.5, n. 4, p. 536-544, 2020.

GUAN, W. et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. **N. England J. Med**, v. 382, n. 18, p. 1708-1720, 2020.

HUANG, C. et al. Características clínicas de pacientes infectados com o novo coronavírus de 2019 em Wuhan, China**. Lancet**, v. 15, n. 395, p. 497-506, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Área territorial brasileira 2020.** Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

KAMPF, G. et al. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. **Journal of Hospital Infection**, 104, n. 3, p. 246-251, 2020.

KHANAL, P. et al. Mental health impacts among health workers during COVID-19 in a low resource setting: a cross-sectional survey from Nepal. **Global Health**, 2020.

LABEGALINI, C. M. G. et al. O processo de enfrentamento da pandemia de COVID-19 na perspectiva de profissionais da Enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1,e5410111252, 2021.

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

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, e00019620, 2020.

LI, W. et al. Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. **Int. J. Biol. Sci,** v.16, p.1732-1738, 2020.

LIANG, W. et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. **The Lancet Oncology**, 21, n. 3, p. 335-337, 2020.

LIMA, C. K. T. et al. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). **Psychiatry Research**, v. 287, p. 2915-2916, 2020.

LOVIBOND, S. H.; LOVIBOND, P. F. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sydney: Psychology Foundation, 1995.

LU, Y. C.; CHANG, Y. Y.; SHU, B. C. Mental symptoms in different health professionals during the SARS attack: a follow-up study. **Psychiatr Quart**, 2020.

MARIJANOVIC, I. et al. Use of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) Questionnaire to Assess Levels of Depression, Anxiety, and Stress in Healthcare and Administrative Staff in 5 Oncology Institutions in Bosnia and Herzegovina During the 2020 COVID-19 Pandemic. **Med Sci Monit**, v. 27, n. e930812, 2021.

MONTEIRO, B. M. M.; SOUZA, J. C. Saúde mental e condições de trabalho docente universitário na pandemia da COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, e468997660, 2020.

MULLER, A. E. et al. The mental health impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: a rapid systematic review. **Psychiatr Res**, 2020.

NABUCO, G.; OLIVEIRA, M. H. P. P.; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde? **Rev Bras Med**

**Fam Comunidade**, v.15, n. 42, p. 2532, 2020.

NICOLINI, H. Depresíon y ansiedaden los tiempos de la pandemia de COVID-19. **Cir Cir.**, v. 88, n. 5, p. 542-547, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil confirma primeiro caso da doença. https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus (acessado 25/abr/2020).

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel coronavírus. Atualizada em 24 de julho de2020. https://covid.saude.gov.br/ (acessado 24/jul/2020).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humano. **Resolução 466 /2012.** Brasília, DF, 2012.

ORTIZ, P.A. Teaching in the time of COVID-19. **Biochemistry and Molecular Biology Education**, 2020.

ORNELL, F. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. e00063520, 2020.

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, 2020.

POLIT D. F.; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre (RS): Editora Artmed, 2011. 669p.

PRADO, A. D.; PEIXOTO, B. C.; SILVA, A. M. B.; SCALIA, L. A. M. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **REAS**, v. 46, n. e4128, 2020.

PRATHER, K. A.; WANG, C. C.; SCHOOLEY, R. T. Reducing transmission of SARS-CoV-2. **Science**, p. eabc6197, 2020.

RIBEIRO, J. L. P.; HONRADO, A. A. J. D.; LEAL, I. P. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e estresse (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. **Psicologia, Saúde & Doenças**, p. 2229- 2239, 2006.

RODRIGUES, N.H.; SILVA, L.G.A. Gestão da pandemia Coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional. **J. Nurs. Health,** v.10, n.4, p.1-5, 2020.

RODRIGUEZ, E.O.L. et al. Estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. **Revistade Enfermagem UERJ,** Rio de Janeiro, v.26, p. 1-5, 2018.

RODRÍGUEZ-REY, R.; GARRIDO-HERNANSAIZ, H.; BUENO-GUERRA, N. Working in the Times of COVID-19. Psychological Impact of the Pandemic in Frontline Workers in Spain. **Res. Public Health**, v. 17, n. 8149, 2020.

ROTHE, C. et al. Transmission of 2019-nCoV Ifection from an Asymptomatic Contact in Germany. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 10, p. 970-971, 2020.

SALARI, N. et al. The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. **Hum Resour Health**, v. 18, n. 100, 2020.

SANTOS, A. S.; *et al*. Tecnologia educacional baseada em Nola Pender: promoção da saúde do adolescente. **Rev enferm UFPE On line,** v. 12, n. 2, p: 582-588, 2021.

SANTOS, K. M. R. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19. **Esc Anna Nery**, v. 25, n. spe, p. e20200370, 2021.

SILVA, A. Sobre a possibilidade de interrupção da epidemia pelo coronavírus (COVID-19) com base nas melhores evidências científicas disponíveis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020.

SOUTO, X. M. COVID-19: aspectos gerais e implicações globais. **RECITAL - Revista de Educação, Ciência e Tecnologia de Almenara**, v. 2, n. 1, p. 12-36, 2020.

SHAUKAT, N.; ALI, D. M.; RAZZAK, J. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. **Int J Emerg Med**, 2020.

SPOORTHY, M. S.; PRATAPA, S. K.; MAHANT, S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic-A review. **Asian J Psychiatr**, v.51, 2020.

SPOORTHY, M. S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic-a review. **Asian J Psychiatr**, 2020.

TAYLOR, S. The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing. 2019.

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

TRETTENE, A. S. et al. Estresse: realidade vivenciada por enfermeiros atuantes em um Centro de Terapia Intensiva. **Rev Enferm UERJ**, v. 26, n. e17523, 2018.

THE LANCET. COVID-19: protecting health-care workers (Editorial). **The Lancet**, v.395, n. 10228, p. 922, 2020.

VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, axiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, v. 155, p. 104-109, 2014.

VIZHEH, M. et al. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: a systematic review. **J Diabetes Metabolic Disord**, 2020.

WU, A. et al. Genome Composition and Divergence of the Novel Coronavirus (2019-nCoV) Originating in China. **Cell Host & Microbe**, v. 27, n. 3, p. 325-328, 2020.

WU, C. et al. Analysis of therapeutic targets for SARS-CoV-2 and discovery of potential drugs by computational methods. **Acta Pharmaceutica Sinica B**, 2020.

WU, Z.; MCGOOGAN, J. M. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. **JAMA**, v. 323, n. 13, p. 1239-1242, 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (COVID-19) outbreak**. Geneva: World Health Organization; 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. ***Mental health: strengthening our response***. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Decade of healthy ageing baseline report**. 2021.

XIAO, C. A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: structured letter therapy. **Psychiatry Investigation**, v.17, n.2, p. 175-176, 2020.

XIAO, H. et al. Social capital and sleep quality in individuals who selfisolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19). **Med Sci Monit**, v. 26, n. e923921, 2020.

YU, P. et al. A Familial Cluster of Infection Associated With the 2019 Novel Coronavirus

Indicating Possible Person-to-Person Transmission During the Incubation Period. **The Journal of Infectious Diseases**, 2020.

ZHANG, L. 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, 2020.

ZHOU, F. et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The Lancet**, v. 395, n. 10229, p. 1054-1062, 2020.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL DOUTORADO**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do projeto:** "Depressão, ansiedade e estresse entre profissionais da saúde pós-pandemia COVID-19: prevalência e fatores associados"
**Pesquisador responsável:** Drª Márcia Astrês Fernandes
**Co-pesquisador:** Me. Mayla Rosa Guimarães
**Instituição:** Universidade Federal do Piauí - UFPI
**Departamento:** Departamento de Enfermagem
**Telefone para contato:** (86) 99908-5658/ (89) 99423-4992
**Local de coleta de dados:** Hospital Universitário – HU
**E-mail:** m_aylaguimaraes@hotmail.com; maylaguimaraes@gmail.com

Prezado (a) Senhor (a),

O Sr.(a) está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada "**Depressão, ansiedade e estresse entre profissionais da saúde pós-pandemia de covid-19: prevalência e fatores associados**". O Sr.(a) precisa decidir se quer participar ou não. Depois de esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias. Umas delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, o Sr. (a) tem direito de retirar o seu consentimento de participação na pesquisa, mesmo em sua etapa final, sem ônus ou prejuízos.

**Justificativa:** No cenário da pandemia de covid-19, diversos elementos profissionais, como carga de trabalho excessiva, jornadas prolongadas, e a elevada incidência de mortalidade entre os profissionais de saúde, surgem como indicadores cruciais de aflição mental. Esses fatores ampliam substancialmente as probabilidades de desafios relacionados à saúde mental, resultando no aumento ou intensificação dos níveis de estresse, ansiedade, depressão, medo, insônia e angústia. Assim sendo, a justificativa para este estudo reside nos impactos potenciais que o contexto pandêmico e pós-pandêmico pode exercer nas diversas dimensões da saúde ocupacional. Adicionalmente, há uma urgência em identificar os fatores associados e predisponentes que contribuem para situações de maior vulnerabilidade e risco. Pesquisas desta natureza têm o potencial de subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas fundamentadas em evidências, visando a implementação de estratégias eficazes para o monitoramento, prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores que enfrentam circunstâncias de vulnerabilidade.

**Objetivo do estudo:** Analisar a prevalência de depressão, ansiedade e estresse e sua relação com fatores associados entre profissionais da saúde pós-pandemia COVID-19.

**Procedimento:** A fase que você participará se refere à coleta de dados, onde serão colhidas informações pessoais e sobre fatores de risco para depressão, ansiedade e estresse durante a pandemia COVID-19.
Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Gostaria de informá-lo que:

- ✓ A sua participação é voluntária e não trará nenhum mal a você.
- ✓ Você terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quandoassim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como à continuidade daassistência.
- ✓ As informações obtidas serão avaliadas em conjunto com os outros participantes, não sendo divulgado a sua identidade (seu nome), bem como qualquer informação que possa identificá- lo.
- ✓ Você tem o direito de ser mantido atualizado acerca das informações relacionadas à pesquisa.
- ✓ Você não terá nenhuma despesa pessoal ao participar da pesquisa, também não haverá ganhofinanceiro decorrente de sua participação.
- ✓ Comprometo-me em utilizar os dados coletados unicamente para fins acadêmicos, a fim de atender os objetivos da pesquisa.
- ✓ Você será recompensado caso lhe acontece algum dano durante sua participação na pesquisa.

**Riscos:** Riscos mínimos, como constrangimento, desconforto emocional, tensão e medo perante a abordagem do tema da pesquisa. Nesse sentindo, e no intuito de oferecer assistência e minimização destes riscos, serão esclarecidos os objetivos, a importância da pesquisa, garantido aos participantes o sigilo e anonimato, bem como sua retirada da pesquisa a qualquer momento durante a coleta de dados.

**Benefícios:** Os participantes contribuirão para a compreensão da temática deste projeto, visto que os resultados obtidos serão utilizados em divulgações e publicações científicas, oportunizando a produção de conhecimento relacionada ao impacto psicológico de profissionais da saúde durante a pandemia da COVID-19, fomentando melhores práticas para a diminuição de suas vulnerabilidades, assim como estabelecer subsídios para maiores estudos desta realidade. Vale ressaltar que os pesquisadores deste estudo têm o compromisso de divulgar os resultados desta pesquisa em artigos científicos, relatórios, *lives* em mídia sociais e materiais de divulgação dinâmica, como folders. Para acessar esses materiais, as participantes poderão entrar em contato com os pesquisadores através dos e-mails e telefones disponibilizados.

**Sigilo:** As informações fornecidas pelo(a) senhor(a) terão privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. O(a) senhor(a) não será identificado(a) em nenhum momento. Os resultados obtidos no estudo têm fins científicos (divulgação em revistas, congressos e eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e o anonimato da sua identidade, como estabelece a Resolução 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Consentimento da participação:
Eu,_____,
RG nº_____e CPF nº_____, li o texto acima e compreendi o

estudo no qual fui convidado(a) a participar. Entendi que sou livre para interromper a minha participação a qualquer momento independente de justificativa e sem penalidades. 2-2 Concordo voluntariamente em participar deste estudo. Desta forma, assino esteconsentimento em duas vias ficando com a posse de uma delas.

_____

Assinatura do Participante Pesquisado

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante da pesquisa.

Teresina-PI, _____de _____de 2023.

_____

Profa. Dr.ª Márcia Astrês Fernandes
(pesquisadora responsável)

_____

Doutoranda Mayla Rosa Guimarães
(co-pesquisador)

Considerações ou dúvidas sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI/Campus Universitário Ministro Petrônio Portella. Pró-Reitoria de Pesquisa - PROPESQ - Bairro Ininga - CEP: 64.049-550 – Teresina – PI, tel.: (86) 3237-2332, E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

## APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados

| **FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, OCUPACIONAL E CLÍNICO** |
|---|
| **ATENÇÃO!** |
| A princípio, esclarecemos que todos os dados e informações colhidos por este formulário serão garantidos a **CONFIDENCIALIDADE E O ANONIMATO**, ou seja, não serão correlacionados com o nome ou características que o identifique;<br>Este formulário é dividido em 2 momentos. O primeiro momento é composto por 36 perguntas sobre: (I – Condições sociodemográficas; II – Condições Laborais; III – Condições Clínicas). O segundo momento é composto por 21 perguntas sobre depressão, ansiedade e estresse.<br>Sua **sinceridade** em cada resposta é imprescindível para esse estudo;<br>É importante o preenchimento correto e total desse questionário, para tanto, é necessário que **leia com atenção** todas as perguntas e marque uma ou mais alternativas que se adeque melhora sua resposta;<br>Sua participação nesse estudo é de **extrema importância**, pois garantirá a fidelidade dos resultados, desvelando informações importantes que poderão implicar em futuras e novas pesquisas sobre a temática;<br>As respostas serão **confidenciais**, preservando o total **anonimato dos participantes.**<br><br>Desde já, agradecemos pela sua colaboração. |
| **FORMULÁRIO Nº (  )** |
| **INSTITUIÇÃO:** |
| |
| **I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS** |
| **1 – Qual seu sexo?** |
| Feminino (  ) |
| Masculino (  ) |
| **2 - Qual sua idade?  anos** |
| **3 – Cor autorreferida?** |
| Branca |
| Negra |
| Amarela |
| Parda |
| **4 – Estado civil?** |
| Casado (a) (  ) |
| Divorciado (a) (  ) |
| Solteiro (a) (  ) |
| União estável (  ) |
| Viúvo (a) (  ) |
| **5 – Possui filhos?** |
| Sim  Quantos? (  ) |
| Não |
| **6 – Com quem mora?** |
| Pais |
| Familiares |
| Companheiro (a) |

| |
|---|
| Sozinho (a) |

| |
|---|
| **7 – Sua religião?** |
| Católica ( ) |
| Evangélica ( ) |
| Outra ( ) Qual? |
| **8 – Qual sua renda individual?** |
| |
| **9 – Qual sua renda familiar?** |
| |
| **II – DADOS OCUPACIONAIS** |
| **10- Qual sua categoria profissional?** |
| Técnico em Enfermagem ( ) |
| Enfermeiro ( ) |
| Fisioterapia ( ) |
| Medicina ( ) |
| **11 – Há quanto tempo você trabalha(ou) na linha de frente de combate à COVID-19?** |
| De 3 a 6 meses ( ) |
| De 6 a 12 meses ( ) |
| Mais de 12 meses ( ) |
| **12 – Em qual setor você trabalha(ou)?** |
| UTI COVID-19 ( ) |
| Enfermaria COVID-19 ( ) |
| Enfermaria Pós-COVID-19( ) |
| **13- Qual sua carga horária semanal de trabalho no setor da COVID-19?** |
| 24 horas/semanais ( ) |
| 30 horas/semanais ( ) |
| 36 horas/semanais ( ) |
| 40 horas/semanais ( ) |
| Mais de 40 horas/semanais ( ) |
| **14 – Qual seu turno de trabalho no setor da COVID-19?** |
| Diurno ( ) (2) Noturno ( ) (3) Diurno/Noturno ( ) |
| **15 – Qual sua escala de trabalho?** |
| (1) 12 X 36 ( ) (2) 12 X 24 ( ) (3) 24 X 36 ( ) (4) 24 X 48 ( )<br><br>(5) Outra ( ) Qual?. |
| **16 – Como você considera sua carga de trabalho no setor COVID-19?** |
| Alto ( ) |
| Moderado ( ) |
| Baixo () |
| **17 – Contrato de Trabalho** |
| Concurso Público ( ) |
| Processo Seletivo ( ) |
| Contratação Simples () |
| **18 – Atualmente, além desse emprego, você possui outro vínculo empregatício?** |
| (1) Sim, ( ) Quantos? . (2) Não. ( ) |
| **19 – Como você classificaria o grau de exigência para quem está na linha de frente do combate à COVID-19 no seu setor?** |

| |
|---|
| Alto ( ) (2) Moderado ( ) (3) Baixo ( ) |
| **20 – Que tipos de exigências e qual grau sua rotina laboral no setor da COVID-19 exige de você?** |

| |
|---|
| Sugestão: Que tipo de esforço é exigido durante suas atividades de trabalho (físico, mental ouemocional) e como você considera esse esforço (alto, moderado ou baixo)?<br>( ) **Físico** (exigência de esforço físico, movimentos repetitivos, manter-se parado em uma determinada posição por muito tempo):<br>Alto ( )<br>Moderado ( )(3)Baixo ( ) |
| ( ) **Mental/Intelectual** (exigência de memorizar dados, informações, de compreender e de conhecimento para realizar suas atividades):<br>Alto ( )<br>Moderado ( )<br>Baixo ( ) |
| ( ) **Emocional** (por exemplo: necessidade de manter-se equilibrado em situações de emergência,de controlar conflitos interpessoais, de vivenciar tensões relativas ao trabalho):<br>Alto ( )<br>Moderado ( )<br>Baixo ( ) |
| **21 – Quanto ao valor da sua remuneração para trabalhar no setor da COVID-19, como você a classifica?** |
| ( ) Muito boa (2) ( ) Boa (3) ( ) Regular (4) ( ) Ruim |
| **22 – Levando em consideração as especificidades da COVID-19, como você classificaas condições físicas e estruturais no setor em que você trabalha?** |
| ( ) Adequadas (obedece protocolos específicos para situação)<br>( ) Regular (obedece parcialmente as necessidades para situação)( ) Inadequadas (não obedecem protocolos específicos para situação) |
| **23 – Quanto à oferta/disposição e qualidade dos Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs) no setor da COVID-19, como você classifica?**<br>( ) Oferta/disposição suficiente e de boa qualidade<br>( ) Oferta/disposição baixa e de regular qualidade<br>(1) ( ) Oferta/disposição insuficiente e de má qualidade |
| **24 – Quanto ao local de descanso/repouso para os trabalhadores do setor da COVID-19, como você o classifica?**<br>( ) Adequado para descansar/repousar<br>( ) Regular para descansar/repousar( ) Inadequado para descansar/repousar |
| **25 – Na instituição em que você trabalha oferece algum tipo de apoio especializado para cuidados com a saúde mental dos profissionais?**<br><br>(1)Sim, existe ( ) (2) Não ( ) |
| **26 – Em algum momento durante sua atuação no setor da COVID-19 sentiu necessidade ou buscou ajuda e tratamento psicológico?**<br><br>( ) Sim, já manifestei vontade, mas não procurei ajuda<br>( ) Sim, já manifestei e procurei ajuda( ) Não, nunca manifestei vontade |
| **27 – Como é o relacionamento entre você e seus colegas de trabalho?** |

| |
|---|
| Muito bom ( ) |
| Bom ( ) |
| Regular ( ) |
| Ruim ( ) |
| **28 – Como é o relacionamento entre você e seu chefe/supervisor?** |

| |
|---|
| Muito bom ( ) |
| Bom ( ) |
| Regular ( ) |
| Ruim ( ) |
| **29 – Durante o período em que você está/esteve trabalhando no setor da COVID-19 você chegou a apresentar algum dos sinais ou sintomas enumerados abaixo?**<br><br>(2) ( ) Ansiedade (2) ( ) Medo (3) ( ) Dificuldades para dormir (4) ( ) Tristeza<br>(1) ( ) Fadiga mental (6) ( ) Cansaço mental (7) ( ) Cansaço físico (8) ( ) Pensamentos negativos constantes sobre a pandemia (9) ( ) Estresse (10) ( ) Angústia (11) ( ) Nervosismo<br>(12) ( ) Fadiga física (13) ( ) Desconforto (14) ( ) Sensação de desamparo<br>(15) ( ) Culpa (16) ( ) Frustração (17) ( ) Sentimento de impotência (18) Alteração no padrão do sono ( ) 19 ( ) Sonolência ao longo do dia 20 ( ) Exaustão |
| **30 – Você relaciona algum dos sinais e sintomas da questão "29" a alguma das situações abaixo?**<br>( ) Falta de apoio familiar<br>( ) Ausência de apoio da instituição<br>( ) Medo de se infectar<br>( ) Medo de se infectar e infectar algum membro da família<br>( ) Falta de apoio da sociedade na questão das medidas de combate a pandemia<br>( ) Pouco conhecimento acerca da COVID-19<br>( ) Escassez de equipamentos de proteção individual (EPIs)<br>( ) Medo de morrer<br>( ) Falta de confiança na pesquisa e ciência(10)( ) Ser filho único<br>(11)( ) Pouco tempo de descanso no trabalho<br>( ) Falta de conhecimento e preparo para assistência ao paciente com COVID-19<br>( ) Alta carga de trabalho<br>( ) Críticas e preconceito de familiares, amigos ou de outras pessoas, por estar na linhade frente no combate à COVID-19 |
| **31 – Se você nunca manifestou algum dos sinais e sintomas apresentados na questão "29", qual ou quais questões abaixo, você atribui como fator forte de proteção para isso?**<br>( ) Apoio familiar<br>( ) Apoio da sociedade<br>( ) Apoio da instituição<br>( ) Ser profissional da saúde<br>( ) Apoio da mídia e redes sociais<br>( ) Por acreditar na ciência e pesquisa<br>( ) Religião e Fé |
| **III – DADOS CLÍNICOS** |
| **32 – Você possui alguma doença?** |
| Sim ( ) Qual ? (2) Não |

| **33 – Como você classifica seu atual estado de saúde?** |
|---|
| Muito bom ( ) |
| Bom ( ) |
| Regular ( ) |
| Ruim ( ) |
| **34 – Como você classifica seu estado de saúde antes de exercer sua atual função laboral?** |

| |
|---|
| Muito bom ( ) |
| Bom ( ) |
| Regular ( ) |
| Ruim ( ) |
| **35 – Você atribui seu atual estado de saúde física e mental as condições e situações vivenciadas pela rotina atual no setor da COVID-19?** |
| Sim ( ) |
| Não ( ) |
| **36 – Caso tenha marcado a opção "SIM" na questão "35", que problemas de saúde ou sintomas você relaciona com suas atividades de trabalho/ao seu trabalho?** |
| Cansaço mental ( ) |
| Cansaço físico ( ) |
| Insônia ( ) |
| Ansiedade ( ) |
| Estresse ( ) |
| Fadiga ( ) |
| Sonolência ( ) |
| Irritação ( ) |
| Distúrbios gastrointestinais ( ) |
| (10) Depressão ( ) |
| (11) Distúrbios osteomusculares ( ) |
| (12) Outros ( ) |
| Quais? |

# ANEXOS

# ANEXO A – Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS 21)

**DASS – 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil**
**Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M.**

**Instruções**
Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0,1,2 ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

0 Não se aplicou de maneira alguma
1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Achei difícil me acalmar | 0 1 2 3 |
| 2 | Senti minha boca seca | 0 1 2 3 |
| 3 | Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo | 0 1 2 3 |
| 4 | Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico) | 0 1 2 3 |
| 5 | Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas | 0 1 2 3 |
| 6 | Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações | 0 1 2 3 |
| 7 | Senti tremores (ex. nas mãos) | 0 1 2 3 |
| 8 | Senti que estava sempre nervoso | 0 1 2 3 |
| 9 | Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a) | 0 1 2 3 |
| 10 | Senti que não tinha nada a desejar | 0 1 2 3 |
| 11 | Senti-me agitado | 0 1 2 3 |
| 12 | Achei difícil relaxar | 0 1 2 3 |
| 13 | Senti-me depressivo (a) e sem ânimo | 0 1 2 3 |
| 14 | Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo | 0 1 2 3 |
| 15 | Senti que ia entrar em pânico | 0 1 2 3 |
| 16 | Não consegui me entusiasmar com nada | 0 1 2 3 |
| 17 | Senti que não tinha valor como pessoa | 0 1 2 3 |
| 18 | Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais | 0 1 2 3 |
| 19 | Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca) | 0 1 2 3 |
| 20 | Senti medo sem motivo | 0 1 2 3 |
| 21 | Senti que a vida não tinha sentido | 0 1 2 3 |

# ANEXO B – Aprovação do CEP

UFPI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS MINISTRO PETRÔNIO

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** SOFRIMENTO MENTAL ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO COMBATE A PANDEMIA DA COVID-19: PREVALÊNCIA E ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS

**Pesquisador:** MÁRCIA ASTRES FERNANDES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 62137922.0.0000.5214

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Piauí - UFPI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.637.826

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO: SOFRIMENTO MENTAL ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO COMBATE A PANDEMIA DA COVID-19: PREVALÊNCIA E ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS, de 22/08/2022 - RESUMO, HIPOTESE E METODOLOGIA).

Resumo: Introdução: A Covid-19, causada pelo vírus Sars-CoV-2, é uma doença nova que se instalou em todo o mundo, de forma devastadora e tornou-se um desafio para todo o sistema mundial de saúde, especialmente para os profissionais de saúde, gerando preocupação com a saúde mental. Além disso, os desafios enfrentados pelos profissionais da saúde, da linha de frente, podem ser um gatilho para o desencadeamento ou a intensificação de sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Objetivo: Avaliar o sofrimento mental entre os profissionais de saúde no combate a pandemia da Covid-19. Método: Trata-se de um estudo misto que se dará em duas fases. Na primeira fase será desenvolvida uma pesquisa do tipo observacional, transversal de abordagem quantitativa e será seguida as recomendações da iniciativa Internacional Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). O estudo será realizado em instituições de saúde de alta complexidade e referência no atendimento a Covid-19, no período de dezembro de 2021 à fevereiro de 2022. A amostra foi constituída por 244 trabalhadores da saúde

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550
**UF:** PI **Município:** TERESINA
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

de diferentes categorias profissionais. Na segunda fase será desenvolvida a abordagem metodológica, com o escopo de descrever a construção e validação de uma tecnologia educacional (Podcast) para profissionais da saúde, para esta etapa, será seguida as recomendações da iniciativa Internacional Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS). Ocorrerá a pesquisa de campo com os profissionais de saúde, bem como, o levantamento bibliográfico da literatura existente sobre o assunto; para na próxima etapa, ter início a elaboração do Podcast. Por fim, contando com as contribuições de especialistas, o material será validado quanto ao conteúdo, organização, aparência, adequabilidade e motivação. Os dados serão coletados por meio de questionário sociodemográfico, ocupacional e clínico, além da utilização da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS 21). Os dados serão analisados mediante estatística descritiva e inferencial. O estudo obedecerá às exigências da Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e o parecer favorável à sua realização foi emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí.

Hipótese: 1. A pandemia da Covid-19 intensificou o sofrimento mental (ansiedade, depressão e estresse) entre os profissionais de saúde que atuam na linha de frente no combate a esta doença. 2. O Podcast, como tecnologia educativa, para profissionais de saúde no combate a Covid-19 é considerado válido por experts em saúde mental e informática.

Metodologia de Análise de Dados: A digitação será realizada em um banco de dados no aplicativo Microsoft Excel® mediante dupla entrada. Em seguida, os dados serão exportados para o programa Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS), versão 22.0, para proceder-se às análises estatísticas. Serão utilizadas estatísticas descritivas (média, desvio padrão, mediana, mínimos e máximos) e inferenciais. Na estatística inferencial, aplicar-se-á testes de hipóteses bivariados e multivariados. O teste bivariado de associação entre as variáveis qualitativas utilizado será a Regressão Logística Simples (Odds não-ajustado), cujo objetivo será o de selecionar os possíveis fatores que podem explicar as prevalências encontradas (HOSMER; LEMESHOW, 2000). As variáveis serão submetidas ao modelo multivariado, através de regressão logística múltipla (Odds ajustado). Será usado o nível de significância de 0,05 para rejeição da hipótese nula. As informações profissionais sobre os juízes e os dados sócio demográficos e clínicos dos profissionais serão organizados por meio do software Excel 8.0, sendo feita a análise descritiva através do cálculo de frequências absolutas e relativas, além das medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartil). Quanto à validação do

conteúdo do Podcast pelos juízes de conteúdo e técnicos, será realizado o cálculo da porcentagem de escores obtidos, por meio da soma total dos valores assinalados divido pelo total de escores constantes no instrumento. Para que o material seja considerado adequado, o resultado do cálculo deverá ser igual ou superior a 60% (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). Na validação do Podcast pelos juízes especialistas em design, será empregado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) preconizado por Waltz; Bausell (1981), que vem sendo amplamente aplicado nesse tipo de pesquisa. Tal método mede o grau de concordância dos especialistas sobre os aspectos do material; para tanto, basta dividir o número de respostas marcadas com os valores "3" e "4" (concordo e concordo totalmente) pelo número total de 36 perguntas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). O ponto de corte empregado para o IVC será de 0,78, tanto para cada item respondido quanto para o questionário como um todo, conforme recomenda Lynn (1986). Segundo Matos (2014), para que a avaliação seja considerada de boa qualidade, precisa apresentar dois requisitos básicos: confiabilidade (medida da consistência entre avaliadores) e concordância (grau em que dois ou mais avaliadores fornecem igual classificação). Nesse sentido, a confiabilidade dos instrumentos mensurados em forma de escala será analisada por meio do Alpha de Cronbach e a concordância entre os juízes através do Coeficiente de Correlação Intraclasse, ao nível de significância de 5%. Ambos os testes estatísticos são apresentados em forma de escala variada entre 0 e 1; nesse caso, sendo aceitável valores acima de 0,8 (FIELD, 2009). Estes dados serão calculados com auxílio do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0. As sugestões e opiniões emitidas pelos participantes ao final da resolução de cada questionário serão compiladas e apresentadas em quadros, sendo que os sujeitos serão identificados com a letra "C" (de conteúdo), "T" (técnico) e "D" (design), seguida do número de ordem em que eles participarão do estudo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar o sofrimento mental entre os profissionais de saúde no combate a pandemia da Covid-19.

Objetivo Secundário:

Caracterizar a amostra do estudo quanto às variáveis sociodemográficas, ocupacionais e clínicas;

Identificar o impacto emocional, sintomas de ansiedade, depressão e estresse nos profissionais de saúde;

Associar os níveis de gravidade de depressão, ansiedade e depressão entre os profissionais de saúde;

Verificar a relação dos níveis de gravidade de ansiedade, depressão e estresse com as variáveis sociodemográficas e clínicas dos profissionais de saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios**:

Riscos:

O desenvolvimento deste estudo implicará em riscos mínimos como: constrangimento, desconforto emocional, tensão e medo perante a abordagem do tema da pesquisa. Nesse sentindo, no intuito de oferecer assistência e minimização destes riscos aos participantes, foram esclarecidos os objetivos, a importância da pesquisa, garantindo a eles sigilo e anonimato, mas, se mesmo assim, os participantes se sentirem constrangidos ao respondê-lo, será informado que poderão desistir do estudo sem que isso acarrete qualquer penalidade e, será salientado que nenhuma forma de identificação pessoal estará vinculada às suas respostas. Ademais, caso as participantes vierem sofrer qualquer tipo de dano, desconforto, ou algo que caracterize como mal-estar psíquico em decorrência
da participação neste estudo, previsto ou não no TCLE, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável que, com a ajuda dos demais pesquisadores, se esforçarão para minimizar ou eliminar tais riscos, indicando serviços de Psicologia gratuitos próximos às suas localidades. Para isso, as participantes poderão entrar em contato através dos e-mails e dos telefones disponibilizados no TCLE (Contatos constantes no TCLE (E-mail e telefone). Como forma de retorno aos participantes da pesquisa e, caso eles desejem, manifestando interesse através dos contatos disponíveis, os pesquisadores enviarão materiais com informações e/ou orientações que levem benefícios diretos a elas, sem prejuízos de retorno à sociedade, através do envio de vídeos e outros materiais sobre o assunto.

Benefícios:

O benefício relacionado à participação nesta pesquisa será indireto, ou seja, os participantes contribuirão para a compreensão da temática deste projeto, visto que os resultados obtidos serão utilizados em divulgações e publicações científicas, oportunizando a produção de conhecimento relacionada ao impacto psicológico e comportamentos preventivos de profissionais da saúde

durante a pandemia da Covid-19, fomentando melhores práticas para a diminuição de suas vulnerabilidades, assim como estabelecer subsídios para maiores estudos desta realidade. Vale ressaltar que os pesquisadores deste estudo têm o compromisso de divulgar os resultados desta pesquisa em artigos científicos, relatórios, lives em mídia sociais e materiais de divulgação dinâmica, como folders. Para acessar esses materiais, os participantes poderão entrar em contato com os pesquisadores através dos e-mails e telefones disponibilizados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

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

**Recomendações:**

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

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012, apto para ser desenvolvido, parecer de aprovado.

Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/UFPI (https://www.ufpi.br).

**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 nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação protocolo de pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

UFPI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS MINISTRO PETRÔNIO

Continuação do Parecer: 5.637.826

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1951638.pdf | 22/08/2022 10:02:43 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoTese1.pdf | 22/08/2022 10:02:14 | MAYLA ROSA GUIMARAES | Aceito |
| Outros | CartaDeEncaminhamento1.pdf | 22/08/2022 09:59:50 | MAYLA ROSA GUIMARAES | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEMAYLAR.pdf | 12/07/2022 19:33:25 | MAYLA ROSA GUIMARAES | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhadeRostoSofrimentoMental.pdf | 12/07/2022 19:29:59 | MAYLA ROSA GUIMARAES | Aceito |
| Outros | TermodeConfidenciaSofrimentoMental.pdf | 06/07/2022 11:43:51 | MAYLA ROSA GUIMARAES | Aceito |
| Outros | ConviteparaparticipacaoSofrimentoMental.pdf | 06/07/2022 11:41:06 | MAYLA ROSA GUIMARAES | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | DECLARACAOMAYLAFMS.pdf | 06/07/2022 11:40:04 | MAYLA ROSA GUIMARAES | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | CartadeanuenciaHUUFPIMaylaGuimaraes.pdf | 06/07/2022 11:39:49 | MAYLA ROSA GUIMARAES | Aceito |
| Outros | CurriculoMayla.pdf | 06/07/2022 11:39:03 | MAYLA ROSA GUIMARAES | Aceito |
| Outros | CurriculoMarcia.pdf | 06/07/2022 11:38:33 | MAYLA ROSA GUIMARAES | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DeclaracaoSofrimentoMental.pdf | 06/07/2022 11:37:11 | MAYLA ROSA GUIMARAES | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | CartadeAnuenciaHU.pdf | 25/06/2022 12:13:50 | MAYLA ROSA GUIMARAES | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTODAPESQUISA.pdf | 25/06/2022 12:07:07 | MAYLA ROSA GUIMARAES | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DeclaracaodosPesquisadores.pdf | 25/06/2022 12:05:38 | MAYLA ROSA GUIMARAES | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMATESE.pdf | 25/06/2022 12:03:21 | MAYLA ROSA GUIMARAES | Aceito |

**Situação do Parecer:**
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**
Não

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550
**UF:** PI **Município:** TERESINA
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

TERESINA, 13 de Setembro de 2022

**Assinado por:**
**Emidio Marques de Matos Neto**
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550
**UF:** PI **Município:** TERESINA
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

# ANEXO C – Protocolo de Revisão de Escopo Publicado

PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO

REVISTA ENFERMAGEM ATUAL IN DERME

## TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS DIGITAIS SOBRE SAÚDE MENTAL PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PANDEMIA COVID-19: PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO

## *DIGITAL EDUCATIONAL TECHNOLOGIES ON MENTAL HEALTH FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS IN THE COVID-19 PANDEMIC: SCOPE REVIEW PROTOCOL*

## *TECNOLOGÍAS EDUCATIVAS DIGITALES EN SALUD MENTAL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA PANDEMIA COVID-19: PROTOCOLO DE REVISIÓN DE ALCANCE*

**Mayla Rosa Guimarães**[1]
**Ítalo Arão Pereira Ribeiro**[2]
**Aline Raquel de Sousa Ibiapina**[3]
**Eukalia Pereira da Rocha**[4]
**Ana Roberta Vilarouca da Silva**[5]
**Márcia Astrês Fernandes**[6]

[1] Enfermeira. Mestre em Ciências e Saúde. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: maylaguimaraes@gmail.com. ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-6501-7853
[2] Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: italoaarao@hotmail.com. ORCID ID: https://orcid.org/0000-0003-0778-1447
[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: alineraquel8@ufpi.edu.br. ORCID ID: https://orcid.org/0000-0003-1373-3564
[4] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: eukaliarocha@yahoo.com.br. ORCID ID: https://orcid.org/0000-0003-2588-2639
[5] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: robertavilarouca@yahoo.com.br. ORCID ID: https://orcid.org/0000-0001-5087-4310
[6] Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: m.astres@ufpi.edu.br. ORCID ID: https://orcid.org/0000-0001-9781-0752

**Autor correspondente**
**Mayla Rosa Guimarães**
Endereço: Avenida Stephan Houat, Jardim Marco Zero, Brasil. CEP: 68903-193. Telefone: +55(89) 99423-4992. E-mail: maylaguimaraes@gmail.com

**Submissão:** 05-10-2023
**Aprovado:** 19-10-2023

**RESUMO**

**Objetivo:** Mapear as tecnologias educacionais digitais sobre saúde mental para profissionais de saúde da assistência hospitalar no contexto da COVID-19. **Método:** Trata-se de um Protocolo de revisão de escopo orientada no manual *Joanna Briggs Institute* (JBI) e apresentada segundo o *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR). A estratégia de busca será aplicada e adaptada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), BDENF, Coleciona SUS e IBECS do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); MEDLINE via Pubmed. No Portal de Periódicos da Capes foram pesquisadas as bases Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Academic Search Premier (ASP) da EBSCO; Scopus e Embase da Elsevier, Web of Science da Clarivate Analytics, Psycinfo (American Psychological Association) e ERIC - *Educational Resources Information Centre*. A seleção e a extração dos documentos serão realizadas por dois revisores independentes e um terceiro revisor solucionará as divergências de acordo com os critérios de elegibilidade. O total de referências recuperadas serão importadas no gerenciador de referências *EndNote* para identificação de duplicações e após remoção exportadas para o *Rayyan* sistema *web* gratuito, totalmente financiado pela *Qatar Foundation*. O software *Rayyan* será utilizado no gerenciamento da seleção na primeira triagem por título e resumo e segunda triagem leitura do texto completo. Os resultados serão apresentados de forma descritiva, em quadro, fluxograma e discussão narrativa.

**Palavras-chave**: Pessoal de Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Saúde Mental; Estresse Ocupacional; Tecnologia Educacional.

**ABSTRACT**

**Objective:** To map digital educational technologies on mental health for healthcare professionals in hospital care in the context of COVID-19. **Method:** This is a scope review protocol guided by the Joanna Briggs Institute (JBI) manual and presented according to the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR). The search strategy will be applied and adapted in the following databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), BDENF, Coleciona SUS and IBECS of the Regional Portal of the Virtual Health Library (VHL); MEDLINE via Pubmed. On the Capes Journal Portal, the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Academic Search Premier (ASP) from EBSCO were searched; Scopus and Embase from Elsevier, Web of Science from Clarivate Analytics, Psycinfo (American Psychological Association) and ERIC - Educational Resources Information Center. The selection and extraction of documents will be carried out by two independent reviewers and a third reviewer will resolve any discrepancies according to the eligibility criteria. The total number of references retrieved will be imported into the EndNote reference manager to identify duplications and, after removal, exported to Rayyan (14), a free web system, fully funded by the Qatar Foundation. The Rayyan software will be used to manage the selection in the first screening by title and abstract and the second screening by reading the full text. The results will be presented in a descriptive way, in a table, flowchart and narrative discussion.

**Keywords:** Health Personnel; Patient Assistance Team; Mental Health; Occupational Stress; Educational Technology.

**RESUMEN**

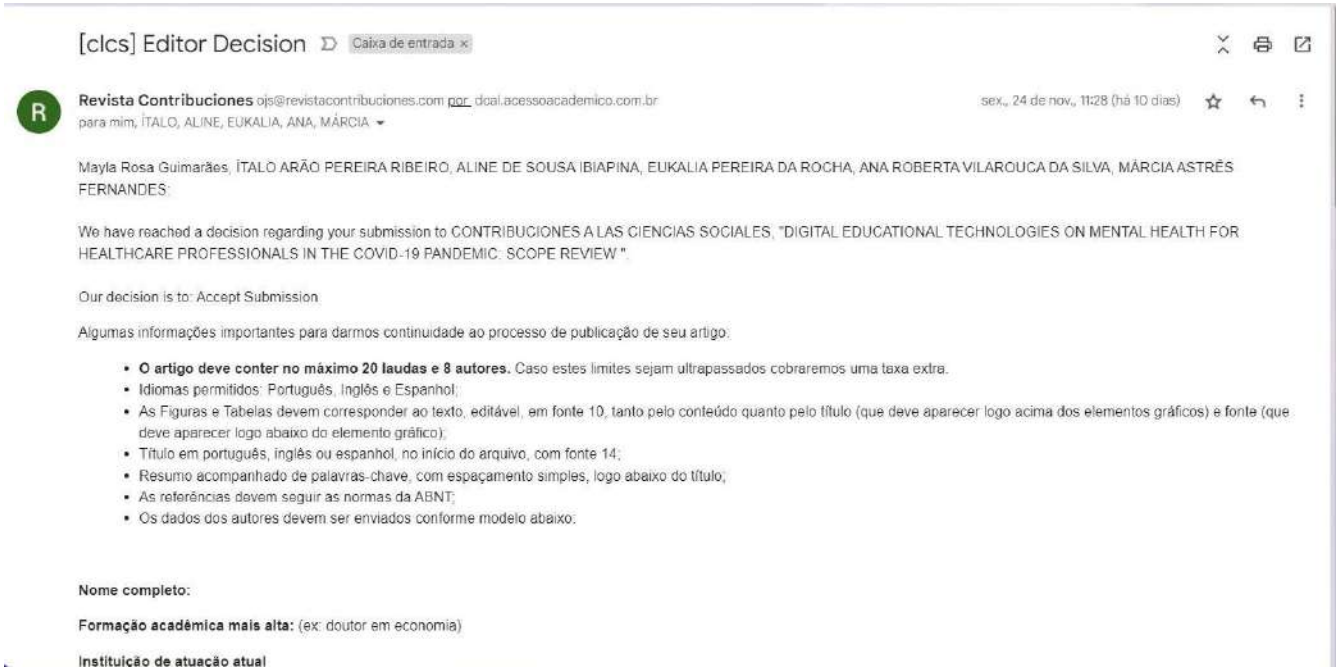
**Objetivo:** Mapear tecnologías educativas digitales sobre salud mental para profesionales de la salud en atención hospitalaria en el contexto de COVID-19. **Método:** Este es un protocolo de revisión del alcance guiado por el manual del Instituto Joanna Briggs (JBI) y presentado de acuerdo con los elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y la extensión de metanálisis para revisiones de alcance (PRISMA-ScR). La estrategia de búsqueda será aplicada y adaptada en las siguientes bases de datos: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), BDENF, Coleciona SUS e IBECS del Portal Regional de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS); MEDLINE vía Pubmed. En el Capes Journal Portal, se realizaron búsquedas en el Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Academic Search Premier (ASP) de EBSCO, Scopus y Embase de Elsevier, Web of Science de Clarivate Analytics, Psycinfo (Asociación Estadounidense de Psicología) y ERIC - Centro de información de recursos educativos. La selección y extracción de documentos será realizada por dos revisores independientes y un tercer revisor resolverá las discrepancias según los criterios de elegibilidad. El número total de referencias recuperadas se importará al administrador de referencias de EndNote para identificar duplicaciones y, después de eliminarlas, se exportará a Rayyan (14), un sistema web gratuito, financiado en su totalidad por la Fundación Qatar. Se utilizará el software Rayyan para gestionar la selección en la primera proyección por título y resumen y en la segunda proyección mediante la lectura del texto completo. Los resultados se presentarán de forma descriptiva, en tabla, diagrama de flujo y discusión narrativa.

**Palabras clave:** Personal de Salud; Equipo de Asistencia al Paciente; Salud Mental; Estrés Laboral; Tecnología Educacional.



CC BY

# ANEXO D – Artigo de revisão aceito para publicação



[clcs] Editor Decision  Caixa de entrada ×

**Revista Contribuciones** ojs@revistacontribuciones.com por doal.acessoacademico.com.br  sex., 24 de nov., 11:28 (há 10 dias)
para mim, ÍTALO, ALINE, EUKALIA, ANA, MÁRCIA

Mayla Rosa Guimarães, ÍTALO ARÃO PEREIRA RIBEIRO, ALINE DE SOUSA IBIAPINA, EUKALIA PEREIRA DA ROCHA, ANA ROBERTA VILAROUCA DA SILVA, MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES:

We have reached a decision regarding your submission to CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES, "DIGITAL EDUCATIONAL TECHNOLOGIES ON MENTAL HEALTH FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS IN THE COVID-19 PANDEMIC: SCOPE REVIEW ".

Our decision is to: Accept Submission

Algumas informações importantes para darmos continuidade ao processo de publicação de seu artigo:

- **O artigo deve conter no máximo 20 laudas e 8 autores.** Caso estes limites sejam ultrapassados cobraremos uma taxa extra.
- Idiomas permitidos: Português, Inglês e Espanhol;
- As Figuras e Tabelas devem corresponder ao texto, editável, em fonte 10, tanto pelo conteúdo quanto pelo título (que deve aparecer logo acima dos elementos gráficos) e fonte (que deve aparecer logo abaixo do elemento gráfico);
- Título em português, inglês ou espanhol, no início do arquivo, com fonte 14;
- Resumo acompanhado de palavras-chave, com espaçamento simples, logo abaixo do título;
- As referências devem seguir as normas da ABNT;
- Os dados dos autores devem ser enviados conforme modelo abaixo:

**Nome completo:**

**Formação acadêmica mais alta:** (ex: doutor em economia)

**Instituição de atuação atual**