

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

FRANCISCO DIÓGENES LIMA DE ASSIS

**EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA E PSICOLOGIA: OS SOFRIMENTOS DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-**

19

SÃO PAULO
2023

FRANCISCO DIÓGENES LIMA DE ASSIS

**EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA E PSICOLOGIA: OS SOFRIMENTOS DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-**

19

(VERSÃO CORRIGIDA)

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Andrés Eduardo Aguirre
Antúñez

SÃO PAULO
2023

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na Publicação
Biblioteca Dante Moreira
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Lima de Assis, Francisco Diógenes

Emergência em saúde pública e psicologia: os sofrimentos dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19 / Francisco Diógenes Lima de Assis; orientador Andrés Eduardo Aguirre Antúnez. -- São Paulo, 2023.
121 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.

1. Emergência em Saúde Pública. 2. Psicologia. 3. Saúde Mental. 4. Profissionais de Saúde. 5. Covid-19. I. Aguirre Antúnez, Andrés Eduardo, orient. II. Título.

Nome: Assis, Francisco Diógenes Lima de.

Título: Emergência em saúde pública e psicologia: os sofrimentos dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19

Orientador: Prof. Dr. Andrés Eduardo Aguirre Antúnez

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Queridos pais, gratidão pela vida, vocês são os certos pra mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus.

Ao professor Dr. Andrés Aguirre Antúnez, por me receber no programa de mestrado em Psicologia Clínica, muito obrigado pela confiança e acolhimento. A distância causada pela pandemia foi apenas um detalhe diante da grandeza dos seus ensinamentos. A você professor, toda a minha honra e reconhecimento, gratidão pela diferença que você faz na psicologia.

A todos os professores do Instituto de Psicologia que cursei suas disciplinas. Todos possuem a mesma importância em meu coração.

A minha amiga Cintia Paloma Lopes Lima, a qual tive o prazer e a alegria de conhecer durante o acolhimento dos recém-chegados no Instituto de Psicologia. Muito obrigado por nunca te soltado a minha mão, e mesmo distante, você sempre se fez presente. Querida Paloma, eu vejo você, Gratidão.

Aos amigos, Anna Luiza, Alfredo Mendes, Alessandra Della Giustina e Tatiana Ribeiro, vocês são presentes que o mestrado me trouxe.

Aos meu amigo Prof. Dr. Evânio, que me incentivou e me trouxe coragem para fazer o projeto e entrar na USP.

Ao grande amigo Prof. Dr. Ives Romero, com sua inteligência e generosidade me trouxe sempre hombridade e calma nos momentos mais difíceis. Gratidão por compartilhar todo o seu conhecimento comigo.

A Yuri Sores Cabral, que sempre me incentivou a fazer mestrado. E foi a segunda pessoa que liguei para noticiar que havia passado. É imensurável o seu grau de importância na minha vida, a escolha acontece todos os dias.

A minha Mãe Maria de Lourdes Lima de Assis e ao meu Pai Francisco de Assis, pelo apoio, suporte e companhia. Sem vocês certamente a caminhada seria mais difícil. Vocês são a minha

base, a minha simplicidade e a verdade. Através de vocês eu olho a alma do mundo e das pessoas.

Agradeço aos profissionais de Saúde do Hospital Regional do Cariri, a equipe do setor de Estudos.

Agradeço a Prof. Dr. Ana Godoy, você é especial e merece todo o reconhecimento do mundo. Gratidão por fazer diferença para a ciência.

“Só o imperfeito pode evoluir. O perfeito já se estagnou, cristalizou-se. Portanto, só o imperfeito tem futuro.” Bert Hellinger

Assis, Francisco Diógenes Lima. Gerenciamento de Crise e Psicologia: Emergência em saúde pública e psicologia: os sofrimentos dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2023.

RESUMO

A disseminação rápida do novo coronavírus (COVID-19) levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a considerar o mundo em estado de Pandemia. Este evento é considerado pela comunidade internacional a maior emergência em saúde pública das últimas décadas. Todos os países estavam voltados ao enfrentamento da pandemia e tiveram que dispor de recursos e planos de respostas. Os profissionais de saúde estiveram na linha de frente desde o início do decreto da OMS, nessa perspectiva, o aumento na jornada de trabalho, afastamento de familiares, amigos e estigmatização social, a falta de insumos, bem como, dúvidas sobre o manejo e tratamento da doença gerou diferentes consequências na saúde mental dos profissionais. Neste sentido, o objetivo desse estudo foi analisar os adoecimentos dos profissionais de saúde que atuam na Unidade de Terapia Intensiva – UTI (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas entre outros) do Hospital Regional do Cariri, Ceará, em termos de ansiedade, depressão e estresse diante da pandemia de COVID-19. Quanto à sua natureza, esta pesquisa é observacional, exploratória, quantitativa do tipo transversal analítica. A pesquisa contou com dois instrumentos validados: Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse, (DASS-21), e Self Report Questionnaire (SRQ 20). Além disso, um questionário foi elaborado pelos autores: Questionário de Identificação Pessoal e de Trabalho. Foi realizada análise estatística, descritiva e inferencial dos dados. Os resultados foram discutidos e apresentados em forma de tabelas. Dessa forma, como produtos da dissertação serão apresentados dois artigos: 1) Revisão Sistemática com metanálise, os artigos foram pesquisados em cinco bases de dados e no total foram avaliados trinta e nove estudos. Os desfechos estudados foram: ansiedade, depressão, estresse e transtorno de estresse pós-traumático – TEPT. A metanálise mostrou alta proporção de ansiedade, depressão e estresse entre os trabalhadores da saúde que atuaram na linha de frente da pandemia. Ações para o cuidado com a saúde mental é de extrema importância para os profissionais de saúde. 2) Artigo da pesquisa original que contou com a participação de vinte e três profissionais de saúde do Hospital Regional do Cariri – HRC que atuaram na linha de frente. Sendo assim, os resultados da pesquisa mostraram que a escala DASS-21 considerou um percentual para ansiedade de 9,70% para os níveis moderado ou grave. Cerca de 17,40% dos profissionais mostraram ter estresse de

leve a grave. Para depressão o percentual foi de 9,70% para leve e moderado conjuntamente. A avaliação por meio da SRQ-20, mostrou que 47,83% dos profissionais de saúde apresentaram sofrimento mental. Estudos dessa natureza são importantes para elucidar aspectos relacionados com a saúde mental de trabalhadores da saúde, especialmente em situações complexas como pandemias.

Palavras-chave: Emergência em Saúde Pública. Psicologia. Saúde Mental. Profissionais de Saúde. Covid-19.

Assis, Francisco Diógenes Lima. Gerenciamento de Crise e Psicologia: Emergência em saúde pública e psicologia: os sofrimentos dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2023.

ABSTRACT

The rapid spread of the novel coronavirus (COVID-19) has led the World Health Organization (WHO) to consider the world in a state of pandemic. This event is considered by the international community to be the greatest public health emergency of recent decades. All countries were coping with the pandemic and had to have resources and response plans. Health professionals have been on the front line since the beginning of the WHO decree; in this perspective, the increase in working hours, distancing from family, friends and social stigmatization, the lack of inputs, as well as doubts about the management and treatment of the disease generated different consequences on the mental health of professionals. In this sense, the objective of this study was to analyze the illnesses of health professionals working in the Intensive Care Unit – ICU (doctors, nurses, nursing technicians, physiotherapists, pharmacists, and nutritionists, among others) of the Cariri Regional Hospital, Ceará, in terms of anxiety, depression, and stress in the face of the COVID-19 pandemic. Regarding its nature, this research is observational, exploratory, and quantitative in the analytical cross-sectional type. The research had two validated instruments: The depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) and Self Report Questionnaire (SRQ 20). In addition, a questionnaire was prepared by the authors: Personal and Work Identification Questionnaire. Statistical, descriptive, and inferential analysis of the data was performed. The results were discussed and presented in the form of tables. Thus, as products of the dissertation will be presented two articles: 1) Systematic Review with meta-analysis, the articles were searched in five databases, and in total, thirty-nine studies were evaluated. The outcomes studied were: anxiety, depression, stress, and post-traumatic stress disorder (PTSD). The meta-analysis showed a high proportion of anxiety, depression, and stress among health workers who worked on the front lines of the pandemic. Actions for mental health care are extremely important for health professionals. 2) Article of the original research that had the participation of twenty-three health professionals from the Cariri Regional Hospital – HRC who worked on the front line. Thus, the results of the research showed that the DASS-21 scale considered a percentage for anxiety of 9.70% for moderate or severe levels. About 17.40% of the professionals showed to have mild to severe stress. For depression, the

percentage was 9.70% for mild and moderate together. The evaluation through the SRQ-20 showed that 47.83% of the health professionals presented mental suffering. Studies of this nature are important to elucidate aspects related to the mental health of health workers, especially in complex situations such as pandemics.

Keywords: Public Health Emergency. Psychology. Mental health. Health Professionals. Covid-19.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos resgistros encontrados e selecionados.....	52
Figura 2 - Forest plot da metanálise com medida de frequência relativa e intervalos de confiança de 95% para ansiedade, de todos os estudos avaliados.....	53
Figura 3 - Forest plot da metanálise com medida de frequência relativa e intervalos de confiança de 95% para depressão de todos os estudos avaliados.....	54
Figura 4 - Forest plot da metanálise com medida de frequência relativa e intervalos de confiança de 95% para estresse, de todos os estudos avaliados.....	55
Figura 5 - Forest plot da metanálise com medida de frequência relativa e intervalos de confiança de 95% para TEPT, de todos os estudos avaliados.....	55
Figura 6 – Gráfico de funil para detectar viés de publicação da metanálise de frequência relativa para ansiedade de todos os estudos avaliados.....	98
Figura 7 – Gráfico de funil para detectar viés de publicação da metanálise de frequência relativa para depressão de todos os estudos avaliados.....	98
Figura 8 – Gráfico de funil para detectar viés de publicação da metanálise de frequência relativa para TEPT de todos os estudos avaliados.....	99
Figura 9 - Forest plot da metanálise com medida de associação e intervalos de confiança de 95% para ansiedade de todos os estudos avaliados.....	99
Figura 10 - Forest plot da metanálise com medida de associação e intervalos de confiança de 95% para ansiedade de todos os estudos avaliados.....	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas das participantes da pesquisa, Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.....	69
Tabela 2 – Aspectos de trabalho e saúde mental das participantes da pesquisa, Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.....	71
Tabela 3 – Variáveis de saúde, terapias e vacinação das participantes da pesquisa, Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.....	73
Tabela 4 – Escala DASS com respostas das participantes da pesquisa, Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.....	101
Tabela 5 – Escala SQR-20 com respostas das participantes da pesquisa, Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.....	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BVS Biblioteca Virtual em Saúde

CIEVS Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

CME Comitê de Monitoramento de Eventos

COE-nCoV Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo Coronavírus

DASS-21 Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse

DSM-5 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição

ESPII Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

GEI-ESPII Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

OPAS Organização Pan-americana de Saúde

OMPV Observatório Militar da Praia Vermelha

PRISMA Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis

PUBMED US National Library of Medicine National Institute of Health

RSI Regulamento Sanitário Internacional

SRQ 20 SELF REPORT QUESTIONNAIRE

SVM/MS Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TDM – Transtorno Depressivo Maior

TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1. INTRODUÇÃO	18
2. OBJETIVO	20
2.1 Objetivo Geral:	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 Conceitos e terminologias	21
3.2 Início de Pandemia de COVID-19: A China como alvo do mundo	22
3.3 A Emergência sanitária pelo mundo: países da Europa e Os Estados Unidos	24
3.4 A chegada da COVID-19 no Brasil e as medidas de enfrentamento	25
3.5 Pandemia de COVID-19, uma Emergência de Saúde Pública	28
3.6 A chegada da Vacina, incertezas e desencorajamento por parte do Presidente Jair Bolsonaro	30
3.7 A chegada da COVID-19 no Estado do Ceará, Brasil	32
3.8 Impactos Psicológicos da Pandemia de COVID-19 nos profissionais de Saúde	34
3.9 Depressão	36
3.10 Ansiedade	37
4 MÉTODO	39
4.2 Participantes	39
4.2.1 Critérios de Exclusão	39
4.2.2 Critérios de Inclusão	40
4.2.3 Instrumentos	40
4.2.4 Procedimentos de Coleta de Dados	41
4.5.1 Variáveis	41
4.5.1.1 Variáveis independentes	41
4.5.1.2 Variáveis dependentes	42
4.6 Procedimentos de análise de dados	43
4.7 Análise dos aspectos éticos	43
5 RESULTADOS	45
5.1 IMPACTOS PSICOLÓGICOS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUARAM NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA DE COVID-19: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA COM METANÁLISE	45

5.2 EMERGÊNCIA SANITÁRIA E PSICOLOGIA: OS SOFRIMENTOS CAUSADOS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DA PANDEMIA DE COVID-19	62
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS.....	80
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL E DE TRABALHO	87
APÊNDICE B– MATERIAL SUPLEMENTAR DA REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE	93
APÊNDICE C – TABELAS SUPLEMENTARES DO ESTUDO ORIGINAL.....	100
ANEXO A – DASS – 21 VERSÃO TRADUZIDA E VALIDADA PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL	105
ANEXO B - SELF REPORT QUESTIONNAIRE - SRQ 20	107
ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	110

APRESENTAÇÃO

As discussões a respeito da Psicologia em Gestão de Riscos e Desastres sempre me interessaram de maneira instigante, esse assunto vem fazendo parte da minha construção acadêmica desde a graduação com o trabalho de conclusão de curso sobre a atuação da psicologia nas emergências e desastres.

Sendo a pandemia de Covid-19 considerada como uma emergência em Saúde Pública, ela foi um propulsor que me levou a retornar o interesse em pesquisar as situações que geram sofrimentos extremos. Através da minha atuação como psicólogo clínico e por atender profissionais de saúde antes mesmo da Pandemia, foi possível observar o quanto as demandas giraram em torno do tema em questão.

Dessa forma, pude experienciar a mudança para os atendimentos remotos, bem como vivenciar através da escuta psicológica, a ansiedade, o estresse, as angústias e todos os sofrimentos causados aos profissionais de saúde durante o processo pandêmico.

Sendo assim, a escolha pelo programa de pós-graduação para o mestrado em psicologia clínica, a linha de pesquisa e o objeto de estudo, foram escolhidos pelo desejo de contribuir cientificamente com dados que pudessem representar o sofrimento psicológico causados aos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente da pandemia de Covid-19.

1. INTRODUÇÃO

A doença causada pelo novo coronavírus surgiu em Wuhan, China, no final de 2019. De maneira rápida e disseminada tem afetado milhões de pessoas em todo o planeta. Dessa forma, com a acelerada transmissão da doença, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considerou um contexto de pandemia global (WANG et al., 2020; XIAO, 2020).

Por ser um desastre de grande magnitude exige o envolvimento de diferentes áreas. Neste sentido a pandemia de Covid-19 trata-se de uma Emergência em Saúde Pública, tendo os profissionais de saúde como os principais atores envolvidos no enfrentamento da Emergência Sanitária (BARROS et al, 2020).

Em pesquisas realizadas em outras epidemias, como da Síndrome Respiratória Aguda Grave – MERS e Influenza H1N1, demonstraram que os profissionais de saúde, estão predispostos a desenvolverem sentimentos de medo, estigmatização e ansiedade. Estima-se que esses impactos emocionais permaneçam por pelo menos dois anos após a situação do desastre. (CHAN AO et al, 2003; MAUNDER RG, et al, 2006; CORLEY et al, 2009; GOULIA P, et al, 2010; KANG HS, et al, 2018).

Estudo de revisão sistemática realizado por Broks et al, 2020, sobre os impactos do novo Coronavírus, têm demonstrado a capacidade de afetar a saúde psicológica de muitos indivíduos, sobretudo pelo isolamento social, quarentena, mortes e luto (BROKS et al, 2020). Especificamente, no âmbito da pandemia de Covid-19, pesquisas realizadas na China têm analisado que grupos como os de profissionais da saúde estão mais sujeitos a desenvolver ansiedade, depressão, estresse e insônia (HUANG et al, 2020).

Dessa forma, esse estudo tem grande relevância não apenas para o cenário atual, tendo em vista que a pesquisa pode contribuir para as gerações futuras que por ventura venham enfrentar outras pandemias. Desenvolver pesquisas como esta enfatizam a importância do desenvolvimento do conhecimento científico, uma vez que atualizam e corroboram com pesquisas desenvolvidas anteriormente.

Com o intuito de fundamentar os principais desfechos da pesquisa, bem como mostrar os estudos relevantes sobre o tema, essa dissertação será composta por seis capítulos. O primeiro é composto por introdução e justificativa, o segundo engloba os objetivos e o problema. O terceiro apresenta o referencial teórico do estudo, sendo dividido em dez subcapítulos que discorrem sobre os efeitos da pandemia da COVID-19 nos diferentes contextos. No quarto capítulo é apresentado o método do estudo aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa. No quinto capítulo são apresentados dois artigos oriundos da dissertação: 1)

Revisão Sistemática com metanálise; 2) Artigo original; O último capítulo são as considerações finais.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral:

Analisar os sintomas de ansiedade, depressão e estresse dos profissionais de saúde que atuaram na Unidade de Terapia Intensiva – UTI, (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas entre outros) do Hospital Regional do Cariri, Ceará, em termos de ansiedade, depressão e estresse diante da pandemia de COVID-19, bem como conduzir uma revisão sistemática com metanálise acerca do tema.

2.2 Problema: A saúde mental dos profissionais de saúde da UTI de COVID-19 foi afetada pela pandemia?

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Conceitos e terminologias

É importante diferenciar algumas terminologias relacionadas ao enfrentamento da pandemia de Covid-19 antes de abordar o contexto deste evento relacionado com a saúde humana, pois muitos dos conceitos foram utilizados como sinônimos, quando na verdade tratam-se de questões diferentes.

Neste sentido, iniciaremos pelo conceito de desastre, que se trata da interrupção do funcionamento comunitário ou da sociedade, causando perdas humanas e/ou importantes danos materiais, econômicos ou ambientais. Nestes casos o que acontece é que própria comunidade ou sociedade afetada extrapolam as suas possibilidades de enfrentar o desastre com seus próprios recursos (UNISDR, 2009).

A terminologia Emergência em Saúde Pública, por sua vez, caracteriza-se por situações de risco de proliferação nacional e/ou internacional de doenças inclusive desenvolvidas por agentes infecciosos inesperados, também é possível ocorrer a reintrodução de doença já erradicada, dependendo da gravidade pode extrapolar a capacidade de resposta do nível estadual do SUS, exigindo de forma urgente a aplicação de medidas preventivas, tais como: o controlar e conter de riscos, prejuízos e agravamento à saúde pública, o que acaba ordenando resposta nacional e/ou coordenada. (BRASIL, 2022)

O Setor saúde é outro componente importante quando se trata de emergência em saúde pública, sendo este o primeiro a ser acionado para o enfrentamento, deste modo, abrange o grupo de organizações e processos que geram atividades, serviços, bens, oportunidades e conhecimentos que contribuem para a manutenção e melhoria da saúde individual e coletiva. O setor saúde também engloba ações econômicas e produtivas de diferentes setores que têm implicação a cerca da saúde, as deliberações políticas e as maneiras de expressão legal e administrativas, nesse sentido é importante que existam intervenções ambientais e educacionais que têm influência sobre os determinantes de saúde (OPAS, 2021).

Além das terminologias citadas acima, outras foram bastante utilizadas sendo que muitas destas não eram termos comuns usados pela população de um modo geral. O primeiro a ser destacado é o Distanciamento físico, que tem como objetivo realizar a redução da interação entre as pessoas de uma determinada localidade, ou seja, visa a diminuição da propagação de transmissão do vírus. É um método imprescindível quando já existem pessoas infectadas, mas

ainda assintomáticos ou oligossintomáticos, que não sabem se são portadores da doença e não estão em isolamento. Este procedimento deve ser aplicado principalmente em locais onde existe transmissão comunitária, como foi o caso do Brasil, quando a relação entre os casos já não pôde ser mais rastreada e o isolamento das pessoas expostas foi insuficiente para conter a transmissão (BRASIL, 2022).

O Isolamento é utilizado como uma maneira que objetiva separar as pessoas doentes, ou seja, que apresentem: (sintomas respiratórios, casos suspeitos ou confirmados de infecção por coronavírus), mas não doentes, o intuito é evitar a disseminação do vírus. O isolamento pode acontecer em domicílio ou no próprio ambiente hospitalar, a definição será de acordo com o estado clínico da pessoa (BRASIL, 2020).

A quarentena consiste em restringir as atividades ou separação de pessoas que foram supostamente expostas a uma doença contagiosa, podendo ser por duas razões: 1- não foram infectadas e 2- porque se encontram no período de incubação. A quarentena pode acontecer em caráter individual e coletivo, por exemplo: no caso de pessoas que estão em viagem internacional e chegam aos seus destinos ou para pessoas que tiveram contato com outros que estão em suspeita ou receberam a confirmação que estão com Covid-19. Na esfera coletiva, como por exemplo: quarentena de um navio, um bairro ou uma cidade, e geralmente envolve restrição ao domicílio ou outro local designado. A quarentena pode ser voluntária ou mandatória (WHO, 2020).

Quando todas essas medidas citadas se tornarem insuficientes, é possível realizar o bloqueio total da população (*lockdown*), mantendo o funcionamento apenas de serviços considerados essenciais, como mantimentos e remédios. Este tipo de intervenção pode ser aplicado a comunidade, cidade ou região, com a perspectiva de limitar a interação entre as pessoas e interromper qualquer atividade por um curto período de tempo. Durante a sua vigência ninguém tem autorização para entrar ou sair da área isolada (BRASIL,2020).

3.2 Início de Pandemia de COVID-19: A China como alvo do mundo

Em meados de novembro de 2019, surgiram rumores na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República popular da China, de uma infecção semelhante a uma pneumonia. Febre, tosse seca, cansaço e falta de ar eram os sintomas mais comuns (OPAS, 2021).

Em 31 de dezembro de 2019, a doença foi notificada a Organização Mundial de Saúde (OMS), e em janeiro de 2020, o sequenciamento do RNA do vírus, já estava sendo estudado

por diversos cientistas em diferentes lugares do mundo, inclusive pelos pesquisadores da Rede Zika Ciências Sociais, que foi criada durante o surto de Zika que afetou o Brasil nos anos de 2015/2016, (BUENO et al., 2020).

Como conclusão dessa investigação, tinha-se a descoberta de um novo vírus da família coronavírus, denominado de SARS-CoV-2, conseqüentemente a doença por ele provocada, chamada de COVID-19 (RODRIGUES, et al., 2020).

É importante destacar que existem sete tipos de coronavírus humanos (HCoV), sendo estes: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV (que causa síndrome respiratória aguda grave), MERS-COV (que causa síndrome respiratória do Oriente Médio), e por último, o novo coronavírus, nomeado de 2019-nCoV2 (OPAS, 2021).

Ainda no início de dezembro de 2019, havia sido confirmado o primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus em Wuhan, na China, e em 11 de janeiro de 2020, foi registrada a primeira morte em decorrência da COVID-19, no mesmo país. No dia 27 de janeiro de 2020, a OMS, alterou o risco Global da COVID-19, de moderado para alto, pois havia sido confirmada de que a doença poderia ser transmitida de maneira rápida e sustentada entre seres humanos (RODRIGUES, et al., 2020).

No dia 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII. De acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), a ESPII é considerada um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido à disseminação internacional de doenças; e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata (OPAS, 2021). Sendo assim, a declaração de uma ESPII, alertava sobre a possibilidade de aumento da doença por mais países e territórios (BUENO et al., 2021).

Dessa forma, no dia 11 de março de 2020, a acelerada disseminação da doença fez a OMS considerar a transmissão generalizada um contexto de pandemia global, ou seja, um tipo de epidemia incontrolável com capacidade de expansão mundial (WANG et al., 2020; XIAO, 2020). Neste sentido, a declaração da OMS, era um alerta a todos os Estados para que preparassem seus mecanismos a fim de gerenciar a resposta a tal desastre (RODRIGUES, et al., 2020).

O termo pandemia é utilizado para se referir à distribuição geográfica de determinada doença, e não a sua gravidade (OPAS, 2021). Concomitantemente, a OMS divulgou que no mês de abril de 2020, o número de casos confirmados no mundo ultrapassava a marca de dois milhões e o número de mortos chegava a 130 mil. Neste mesmo período, observa-se que o Brasil registrava 30 mil casos confirmados e cerca de 2 mil mortes, ou seja, já era possível

apontar a velocidade de transmissão e os efeitos letais na população mundial, causados pelo novo coronavírus (BRASIL, 2021).

Em seguida, é possível estabelecer um panorama geral e breve da forma como ocorreu a transmissão da COVID-19 em outros países no ano de 2020. A ideia é apenas evidenciar os efeitos devastadores da pandemia em outros lugares do mundo. Tendo em vista que as ondas de transmissão, bem como o aumento de casos não aconteceram de forma igual em todos os continentes do planeta. Sendo assim, países como Itália, Espanha e Estados Unidos, foram verdadeiros epicentros da pandemia durante alguns meses de 2020. E embora esse não seja o foco principal desse estudo, considera-se a importância em relatar as complicações causadas pela pandemia em outros países dada a sua magnitude.

3.3 A Emergência sanitária pelo mundo: países da Europa e Os Estados Unidos

A intenção em escrever sobre esse tópico é apenas para despontar um panorama geral de como a pandemia afetou alguns países da Europa e os Estados Unidos. Embora o trabalho não busque abarcar a forma como a pandemia produziu impactos em todo o planeta, essa é uma maneira de registrar como a grave emergência afetou esses territórios.

A Itália e a Espanha começaram a registrar seus primeiros casos no fim de janeiro de 2020, e ambos experimentaram o pico da pandemia no mês de abril. A Itália, por exemplo, teve mais de vinte mil mortos ainda no final da primeira quinzena de abril de 2020 (FARO, et. al, 2020).

Dessa forma, a Itália determinou que no dia 25 de março de 2020, medidas de segurança para a população de um modo geral, tais como: quarentena; uso de máscara e aplicação de multa, em casos de desobediência. Vale ressaltar que a alta taxa de mortalidade parecia estar associada a faixa etária da sua população, uma vez que um quarto dela possui 65 anos ou mais, como é o caso da região da Lombardia, na qual concentrou cerca da metade das mortes ocorridas no país (FARO, et. al, 2020).

A Espanha decretou estado de alerta em 14 de março de 2020, o intuito era conter a disseminação da doença. O Decreto 463/2020, tinha como objetivo proteger a saúde e a segurança da população, bem como fortalecer o sistema público de saúde. Limitação da circulação de pessoas, suspensão das atividades educativas presenciais, entre outros, foram algumas medidas estabelecidas pelo decreto. Ressalta-se que a adesão tardia de medidas mais rígidas para contenção e contágio é apontada como um dos motivos pelos quais a Espanha, teve sua situação em relação à COVID-19 avaliada como grave (FARO, et. al, 2020).

Nos Estados Unidos, a propagação do vírus aconteceu de forma muito rápida, ainda que seu início tenha sido no final de março de 2020. Até o final da primeira quinzena de abril de 2020, os EUA registravam quase 600 mil casos e 25 mil mortes, especialmente na cidade de Nova Iorque. Apesar das recomendações terem sido feitas pelas autoridades de saúde, tais como; a permanência em casa, evitar aglomerações e o respeito pelo distanciamento social, entre outros, não evitou que o país assumisse o maior número de casos confirmados e de óbitos no mundo. Somado a isso, têm-se a mesma problemática da Espanha, tendo em vista que os Estados Unidos demoraram a tomar medidas de proteção e contenção do vírus, o resultado foi à transmissão descontrolada da doença (FARO, et. al, 2020).

3.4 A chegada da COVID-19 no Brasil e as medidas de enfrentamento

De acordo com Rodrigues (2020), o Brasil estava realizando o acompanhamento da evolução da doença na China, desde 12 de dezembro de 2019, neste período ainda não estava claro se as pneumonias registradas em Wuhan seriam resultado de uma doença desconhecida.

No dia 03 de janeiro de 2020, o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), solicitou que fosse verificada sobre os “rumores” da doença na China. Esse é primeiro passo de preparação para ativação de uma resposta a um desastre em saúde, é importante ressaltar, que esse dia também marca o início do funcionamento da fase de preparação em relação a gestão de desastre em saúde no Brasil (RODRIGUES, et al., 2020).

Em 10 de janeiro de 2020, após a confirmação que se tratava de um novo vírus, o Comitê de Monitoramento de Eventos (CME), foi ativado para monitorar o surto de Covid-19 na China. A Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde (SVM/MS) seis dias depois divulgou o primeiro boletim epidemiológico trazendo informações a respeito da nova pneumonia. Esse momento é importante, pois a partir dele, todos os casos confirmados da COVID-19 no Brasil precisariam ser notificados ao CIEVS, o objetivo era de acompanhar os casos de evolução da doença no país (RODRIGUES, et al., 2020).

No dia 22 de janeiro de 2020, o Brasil ativou o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo Coronavírus (COE-nCoV), em nível de alerta I. A ativação era em decorrência do anúncio realizado pela OMS um dia antes, no qual alterava o risco global para moderado da COVID-19 (RODRIGUES, et al., 2020).

O primeiro caso registrado de COVID-19 no Brasil aconteceu no dia 26 de fevereiro de 2020, tratava-se de um homem branco, de 61 anos de idade que havia desembarcado na cidade de São Paulo, após uma viagem à Itália (BUENO et. al, 2021).

Esse registro fez com que o COE-nCoV, alterasse o alerta nacional de nível I para nível II (PRESP, 2014; Croda et al., 2020). Em 27 de Janeiro de 2020, a Portaria nº 74 da (Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Anvisa], 2020) criou o Grupo de Emergência em Saúde Pública para a condução de ações sobre o novo coronavírus (RODRIGUES, et al., 2020). Ainda como medida em detrimento do primeiro caso confirmado, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), começou a distribuir kits de testagem rápida, tendo em vista que essa era uma forma de acompanhar os casos em diferentes lugares do país (OMPV, 2020).

No dia 30 de janeiro de 2020, foi criado o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (GEI-ESPII). No dia 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde constituiu a ESPIN, de acordo com a Portaria nº 188, de 2020, e pôs em vigor o Decreto nº 7.616, de 2011, e a Portaria nº 2.952, também de 2011. Conseqüentemente, o COE-nCoV alterou para III o nível de alerta nacional em concordância com o PRESP (2014). No mesmo dia, o Decreto nº 10.212 promulgou o Artigo 4º do RSI, indicando a ativação da SVS/MS como o PFN-RSI no Brasil. Neste sentido, o maior objetivo seria representar e notificar à OMS os eventos relacionados à pandemia (RODRIGUES, et al., 2020).

Em 29 de fevereiro de 2020, o Brasil apresentava apenas transmissão local do vírus, dessa forma medidas de restrições foram tomadas, tais como: restrição do espaço aéreo, e fechamento parcial das fronteiras nacionais, embora essas medidas tenham sido tomadas, não impediu que a transmissão acontecesse entre os outros Estados brasileiros (OMPV, 2020f).

A primeira morte registrada no país foi de uma mulher de 57 anos de idade, que se encontrava internada no Hospital Municipal da capital paulista, em 12 de março de 2020 (BUENO et. al, 2021).

No dia 16 de março, foi estruturado pelo Governo Federal o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19, o objetivo deste, era operacionalizar as demandas oriundas da pandemia, como: “utilização do Fundo Nacional de Segurança Pública; chamamento público para a aquisição de equipamentos médicos considerados estratégicos; e simplificação do processo para declaração de CP no território nacional (Decreto nº 10.277, de 2020)” (RODRIGUES, et al., 2020).

A partir das confirmações das primeiras mortes no Brasil a câmara dos deputados aprovou no dia 18 de março, um decreto legislativo, no qual reconhecia estado de calamidade pública no país, autorizando assim, os gastos no enfrentamento da pandemia (BUENO et. al, 2021).

No dia 20 de março de 2020, a publicação da Portaria nº 454 (2020), declarava estado de transmissão comunitária da COVID-19 no Brasil. Essa é uma data importante, pois ela demarca o momento do fechamento das instituições de ensino, como escolas, universidades, creches e os serviços não essenciais. Neste mesmo dia, o Decreto Legislativo nº 6 (2020), aprovado pelo Senado Federal, que havia sido encaminhado ao Congresso pela Presidência da República, decretava estado de Calamidade Pública em todo território nacional. Vale dizer, que essa ação foi à única medida tomada em consonância nacional por parte da presidência da república (RODRIGUES, et al., 2020).

Depois de decretada CP, o Centro de Operações Conjuntas para o emprego das Forças Armadas no combate à COVID-19 foi ativado. E em 31 de março, o então ministro da Justiça, Sérgio Moro, autorizou o uso da Força Nacional no combate à pandemia no país (OMPV, 2020).

No mesmo dia em que o Brasil declarava transmissão comunitária do vírus, em 29 de fevereiro, em pronunciamento em cadeia nacional, o Presidente da República Jair Bolsonaro minimizava os possíveis impactos da COVID-19. A declaração marca o início do desencontro entre as recomendações internacionais e a compreensão da burocracia técnica nacional, por um lado, e aquele que passaria a ser o entendimento presidencial, por outro, quanto à gravidade do tema (OMPV, 2020).

Em 12 de abril de 2020, aproximadamente, 46,2% da população do Brasil havia aderido à quarentena, em comparação a março do mesmo ano tinha o número de 69,3%, levando em consideração que o recomendado é 70,0% (Mapa Brasileiro da Covid-19, 2020).

É importante mencionar que após esse período observou-se uma queda na adesão, especificamente no mês de abril, ou seja, uma parte da população passou a não atender integralmente as orientações a respeito da quarentena. Acredita-se que esse fenômeno pode ter ganhado força a partir das declarações e informações ambíguas ou falsas em relação à COVID-19, sendo possível perceber isso por parte do próprio governo federal (FARO, et. al, 2020).

O desgaste gerado entre o governo federal também refletiu nas manifestações dos prefeitos e governadores de diferentes Estados brasileiros, pois muitos estavam de acordo com as recomendações internacionais de saúde, ou seja, buscavam o tratamento adequado que a pandemia demandava, tanto em relação às orientações de cuidados, como em relação as tratamento mais indicados. No Poder Executivo, as discordâncias geraram a demissão do então Ministro da Saúde, Luís Henrique Mandetta, em 17 de abril de 2020. Seu substituto foi o médico oncologista Nelson Teich, com vasta experiência no setor privado de saúde. Esse período marca a descontinuidade do trabalho que estava sendo realizado no enfrentamento da pandemia (RODRIGUES, et al., 2020).

O então Ministro Nelson Teich, assim como o anterior Henrique Mandetta, se recusou a assinar o protocolo do uso de hidroxiquina, medicamento que não possui comprovação científica no tratamento de casos de COVID-19, e cerca de um mês depois Nelson Teich deixou o cargo. As sucessivas trocas de ministros em meio a uma pandemia não parece ser um ponto positivo para o seu enfrentamento. Todas essas mudanças geraram na população de um modo geral muitas incertezas quanto às atitudes e condutas que seriam tomadas, tendo em vista, o permanente desencontro com as orientações internacionais de saúde (BUENO et. al, 2021).

No dia 16 de maio de 2020, Eduardo Pazuello foi nomeado como ministro interino. Pazuello é general da ativa especialista em logística e atuou na Operação Acolhida a imigrantes venezuelanos no norte do país e já atuava como secretário executivo do Ministério da Saúde. Dias depois de assumir a pasta, o ministério emitiu nota na qual recomendava o uso de hidroxiquina para casos leves, a prescrição médica dependia de Termo de Consentimento por parte do paciente (BUENO et. al, 2021).

As coletivas de imprensa do MS diminuíram e parte do quadro técnico que inclusive já havia atuado em outras emergências importantes como a da Zika, deixou a pasta. No dia 16 de setembro de 2020, Eduardo Pazuello foi efetivado como ministro. Ele permaneceu no cargo até março de 2021, sua atuação foi marcada pelo apoio ao uso de medicação sem comprovação científica quando se trata do coronavírus, pelo recorde de mortes no país, crise no abastecimento de oxigênio e medicamentos. Vale lembrar, que Pazuello foi o terceiro ministro dos quatro ministros da Saúde nomeados pelo presidente Jair Bolsonaro durante a pandemia de COVID-19 iniciada em 2020. Eduardo Pazuello, foi substituído pelo atual ministro da Saúde o médico Marcelo Queiroga (BUENO et. al, 2021).

Outros acontecimentos importantes serão mencionados nos tópicos seguintes deste estudo, optou-se por essa separação devido ao grande número de informações que permeiam a chegada da pandemia no Brasil e dos vastos efeitos que a falta de governança gerou no país.

3.5 Pandemia de COVID-19, uma Emergência de Saúde Pública

Surtos virais tem sido cada vez mais frequentes em diferentes lugares do mundo, nem todas as infecções virais necessariamente atingem todos os continentes do planeta, observa-se em muitas situações transmissões que ocorrem em determinadas regiões e apesar de altos indicadores conseguem ser tratadas na própria região de origem.

Contudo, pandemias como as de COVID-19 podem ser caracterizadas como desastres, isto é, situações atípicas de grande magnitude, que comprometem e geram esgotamento das

capacidades de cada governo em responder a ocorrência (KIRUTU, 2014). Ou seja, os impactos de uma pandemia podem gerar problemas, na saúde, educação e nos diferentes segmentos da sociedade, isso devido a sua grande capacidade de gerar efeitos adversos. Sendo assim, dada as grandes proporções de um evento desse tipo, podemos também adotar o conceito de Sindemia, pois trata-se de um termo no qual engloba os diferentes impactos causados.

As discussões a respeito desse tipo de desastre não são recentes, as ideias giravam mais em torno de quando aconteceria do que se algum dia aconteceria. Uma forte evidência dessa perspectiva são as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) que desde 2005, quando ocorreu o surto da Síndrome Respiratória Aguda Grave, alertava e recomendava que os países pudessem se preparar para um evento deste tipo, ou seja, uma possível pandemia (RODRIGUES, et. al, 2020).

O relatório elaborado em 2005, pela OMS, intitulado: *Strengthening pandemic influenza preparedness and response*, afirmava que o evento ocorrido em 2005 devido à infecção do vírus (SARS-CoV), foi o maior já vivido e o que mais se aproximou de uma pandemia desde o ano de 1968, ano no qual o mundo enfrentou a gripe aviária. Sendo assim, o relatório era uma indicação para que todos os governos elaborassem planos nacionais voltados para o ciclo de gestão de desastres tendo como base um pensamento lógico e estratégico, o que inclui assegurar a capacidade produtiva de vacinas, garantirem a produção de insumos e avaliar a formação de capital humano (RODRIGUES, et. al, 2020).

O Escritório das Nações Unidas para a Redução dos Riscos e Desastres (UNISDR), durante a Terceira Conferência Mundial sobre Riscos e Desastres, realizada em 2015 em Sendai, Miyagi, no Japão, elaborou o documento intitulado: Marco Sendai para a Redução de Risco e Desastres 2015-2030, no qual estabelece prioridades gerais para o enfrentamento de desastres, incluindo os desastres pandêmicos. O documento sobretudo trata de quatro prioridades fundamentais de orientação aos Estados no enfrentamento de uma crise: 1 – compreensão dos riscos do desastre, 2 – fortalecimento da governança do risco de desastre para gerenciar o risco de desastres, 3 - Investir na redução do risco de desastres para a resiliência e 4 - Aumentar a preparação para desastres para uma resposta eficaz e para "Reconstruir Melhor" em recuperação, reabilitação e reconstrução. O documento busca direcionar os países para o enfrentamento de possíveis desastres, e a depender do seu tipo, as ações prioritárias podem mudar (UNISDR, 2015).

De acordo com a OMS, existem quatro tipos de desastres: naturais, biológicos, tecnológicos e sociais. A partir dessa classificação a Pandemia de COVID-19 é considerada um desastre biológico. É importante ressaltar que existe ainda a possibilidade de associação

entre os tipos de desastres, ou seja, por se tratar de um evento de grande magnitude a tecnologia utilizada como meio de informação da população em geral, pode ser empregada como forma de desinformação também, gerando um série de problemas para o enfrentamento da crise, as chamadas “*fake news*”, que consistem em disseminar informações falsas, no caso da pandemia de COVID-19, observou-se o aumento deste tipo de “informação”, as notícias giravam em torno do negacionismo, tratamentos inadequados de saúde, o que ocasiona uma amplificação da tragédia. Ressalta-se que não necessariamente todos os países experenciam da mesma forma esse tipo de tragédia, isto vai depender muito da governança de cada país, bem como nas medidas de enfrentamento de cada um (RODRIGUES, et al., 2020).

3.6 A chegada da Vacina, incertezas e desencorajamento por parte do Presidente Jair Bolsonaro

As incertezas e resistências em torno das vacinas não é algo novo para os cientistas, epidemiologistas e historiadores (COUTO, et al, 2020). A resistência contemporânea em torno das vacinas se inicia na Europa, especialmente em países mais ricos. A publicação de um artigo fraudulento de Wakefield em 1998, no qual divulgava a associação entre autismo e a vacina contra sarampo é um verdadeiro marco no fortalecimento dos movimentos antivacinas (GODLEE; SMITH; MARCOVITCH, 2011).

No Brasil, desde a década de 1960 às campanhas de vacinação contra varíola, levou o país a uma verdadeira ascensão da chamada cultura da imunização (HOCHMAN, 2011), isso se deve ao Plano Nacional de Imunização (PNI), em 1975. O PNI é responsável pela organização e definição das ações de imunizações do país, padronizando a oferta gratuita e universal para toda a população brasileira. Foi a partir do PNI que o Brasil estabeleceu o calendário vacinal e ganhou grande aderência da população, gradualmente o país alcançou ampla cobertura das taxas de vacinas.

Desde 2016, é possível perceber uma queda na cobertura vacinal do Brasil, como consequência, houve o surgimento com maior intensidade de doenças que antes já estavam controladas, como é o caso do sarampo, que havia sido erradicada no país em 2016. Em 2018, a OMS registrou um substancial aumento dos casos de sarampo desde 2006, já em 2019 os números ultrapassaram a marca de 400.000 casos reportados. E em plena crise de COVID-19, o Brasil, registrou nas primeiras 15 semanas de 2020, 2.369 casos de sarampo e 4 mortes.

Essa contextualização em torno da adesão por vacinas é de extrema importância para compreender as problemáticas encontradas em torno da pandemia de COVID-19, tendo em

vista as repercussões ocasionadas em âmbito mundial sobre a eficiência de um imunizante produzido em “pouco tempo de pesquisa”. Dando continuidade ao contexto da pandemia, discute-se o caminho da chegada da vacina contra o novo coronavírus.

Em abril de 2020, a partir de uma grande junção através do “Mecanismo COVAX, um esforço global da Coalizão para Promoção de Inovações em prol da Preparação para Epidemias (CEPI), da Aliança Mundial para Vacinas e Imunização (Gavi), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde”, foi possível realizar a distribuição equitativa da vacina em todo o mundo (OPAS, 2021). E embora fosse esperado a entrada do Brasil para compor o grupo, isso aconteceu tardiamente, apenas em setembro do mesmo ano (BRASIL, 2020).

Com a entrada tardia do Brasil, esse período foi marcado por verdadeiros escândalos no Governo Federal. No que se refere ao atraso na compra do imunizante, como também, no superfaturamento da compra. Como consequência desse ato, vidas foram perdidas, tendo em vista, que o atual presidente, Jair Bolsonaro, por diversas vezes em rede nacional minimizou a eficácia da vacina, inclusive desencorajou a população em não tomar as doses recomendadas pela OMS e pelos cientistas, fazendo “piadas” referentes a mesma, como é possível perceber em seu próprio discurso no final de 2020: “Lá no contrato da Pfizer, está bem claro nós (a Pfizer) não nos responsabilizamos por qualquer efeito colateral. Se você virar um jacaré, é problema seu”. No momento desse discurso, durante uma coletiva de imprensa, o Brasil contabilizava quase 185 mil mortes (*Bolsonaro sobre vacina da Pfizer: “Se você virar um jacaré, é problema seu” - ISTOÉ Independente, [s.d.]*).

De acordo com Bueno et al., (2020) em dezembro de 2020 após muitos esforços de diferentes cientistas em todo mundo, a vacina da Pfizer/BioNTech foi liberada, e o início da imunização no Reino Unido, EUA, China e Rússia, começaram. Este foi um período que gerou expectativas nos outros países, no Brasil, o clima era de dúvidas sobre tomar ou não a vacina, tendo em vista o grande crescimento de grupos antivacinas em diferentes regiões do país. Esse movimento acabou ganhando força devido as informações distorcidas em sua grande parte por motivações políticas e ideológicas, e pelo discurso do Presidente Jair Bolsonaro que endossa o descrédito nas evidências científicas (BUENO et al., 2021).

A falta de planejamento na distribuição das vacinas marcou o início de sucessivos erros por parte do governo federal, os pesquisadores envolvidos no planejamento não foram comunicados sobre o início da distribuição das vacinas entres os Estados e municípios. O ano de 2020 finalizou marcado pelas incertezas de quais vacinas iriam compor o plano de vacinação,

como seria a priorização dos grupos populacionais e como seria realizada a aquisição das vacinas por parte dos governos estaduais, (BUENO et al., 2021).

Sendo assim, um ano após o início da pandemia de COVID-19, em 21 de março de 2021, o Brasil recebe o primeiro lote de vacinas. O total era de 1.022.400 doses. Como dito anteriormente, o recebimento se deve a junção de diferentes órgãos mundiais para acelerar a distribuição do imunizante entre os países. Esse primeiro lote continha imunizantes da AstraZeneca e Sinovac. De acordo com a (OPAS, 2021), “a vacina AstraZeneca fabricada pelo SK Bioscience, da Coreia do Sul, é da mesma plataforma (tipo) que a fabricada em solo brasileiro pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), é um produto seguro e de qualidade”, e tem aprovação da OMS para o uso emergencial.

Como pode ser percebido o cenário brasileiro não foi um dos melhores, e embora todas essas questões tenham surgido, foi elaborado o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a Covid-19, este é um documento elaborado pelo Ministério da Saúde/MS, como medida adicional no enfrentamento a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) gerada pela pandemia, garantindo o envolvimento dos três níveis de gestão. Vale lembrar, que o referido plano está na sua 12ª edição, e as informações contidas nesse estudo, corroboram com as ideias publicadas no mesmo. De acordo com o plano, o PNI atende a população brasileira, que atualmente é estimada em 213,3 milhões de pessoas (BRASIL, 2022).

Até fechamento da edição do plano, existiam quatro vacinas autorizadas pela ANVISA, para o uso emergencial na população brasileira, sendo elas: (Sinovac/Butantan e Janssen) e duas com registro definitivo (AstraZeneca/Fiocruz e Pfizer/Wyeth), as vacinas da AstraZeca e Sinovac, estão em uso desde o início da campanha de vacinação contra a covid-19 no país (BRASIL, 2022).

Atualmente, em fevereiro de 2022, o Brasil já distribuiu mais de 407 milhões de doses, 352 milhões de imunizantes foram aplicados, 91,6% da população recebeu a primeira dose e 84,8% estão completamente vacinadas (BRASIL, 2021).

3.7 A chegada da COVID-19 no Estado do Ceará, Brasil

De acordo com Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPCE). O Ceará, está localizado na região Nordeste do Brasil, possui uma área de 148.886,3 km², equivalente a 9,58% da área pertencente à região Nordeste e 1,75% da área do Brasil. Sendo assim, é o 4º maior estado da região Nordeste, ficando em 17º lugar entre os Estados brasileiros em extensão

territorial. No que se refere a divisão Político-administrativa, o Ceará possui 184 municípios, divididos em 14 regiões, possui ainda duas regiões metropolitanas, Fortaleza e Cariri, essas regiões são formadas a partir dos aspectos físicos, geográficos e de estrutura produtiva (IPCE, 2022).

No que diz respeito a sua população, em 2019, o Ceará, tinha 9.166.913 habitantes, dos quais 45,7%, o equivalente a 4.186.221, estavam localizados na região de Fortaleza. Na região do Cariri, possui mais de 1 milhão de habitantes, equivalendo a 11,2% do total. Levando isso em consideração, observa-se a magnitude do Estado do Ceará, quando se fala em território e população, adicionado a isso o Ceará é um lugar turístico, sendo visitado por pessoas de diferentes lugares durante todo o ano (IPCE, 2021).

De acordo com Lima (2020), o Ceará é um lugar que frequentemente é acometido por surtos de Dengue, Zika e Chikungunya. Historicamente possui relatos de viver epidemias, quando relacionamos a transitoriedade de pessoas com a possível chegada de um vírus de rápida transmissibilidade, medidas de controle precisam ser tomadas, como foi o caso do coronavírus.

Com o avanço da transmissão de COVID-19 pelos outros Estados brasileiros, o governo do estado do Ceará, por meio do decreto Nº 33.510, de 16 de março de 2020, informou estado de emergência em saúde em todo Estado do Ceará. O mesmo documento também tratava de medidas de enfrentamento que seriam tomadas em detrimento do novo coronavírus (BRASIL, 2020).

Três dias após o primeiro decreto, o governo do estado resolve emitir um novo documento, o decreto de Nº 33.519, de 19 de março de 2020, que resolve estabelecer medidas mais duras para a contenção do coronavírus, o texto traz o fechamento por um período de dez dias de bares, restaurantes, academias, museus, igrejas, entre outros segmentos sociais. Essa era uma medida de isolamento social com o intuito de conter a propagação do vírus (BRASIL, 2020).

No período do decreto, o Ceará contabilizava vinte casos confirmados de COVID-19, sendo o estado da Região Nordeste com maior número de casos e o quarto lugar entre todos os Estados brasileiros. Em 26 de março de 2020, os casos subiram para 235 confirmados e 3 mortes, o Ceará passou a ocupar o terceiro lugar de maior número confirmados no país naquele período (LIMA, et, al. 2020).

O ano de 2020 foi marcado por uma sucessiva emissão de decretos, nos quais prorrogavam o isolamento social, bem como a permanência do fechamento das instituições: creches, escolas, universidades públicas e privadas, shoppings, lojas, o funcionamento reduzido de postos de combustíveis, bares, restaurantes, bem como, toque de recolher. Os Decretos

recomendavam ainda, o isolamento social, a obrigatoriedade do uso de máscara facial e álcool gel 70°.

O Brasil recebeu seu primeiro lote da vacina, um ano após o início da pandemia de COVID-19. Somente em 2021, praticamente com um ano após o início da pandemia, com o decreto Nº 33.510 de 10 de abril de 2021, no qual resolve manter o isolamento social rígido com a liberação das atividades econômicas. Esse era um possível indício de retorno do funcionamento de alguns estabelecimentos.

3.8 Impactos Psicológicos da Pandemia de COVID-19 nos profissionais de Saúde

Uma vez que a pandemia de COVID-19 é considerada uma Emergência em Saúde Pública, os profissionais de saúde são os principais atores envolvidos no seu enfrentamento, ou seja, por se tratar de um problema de saúde pública, a área de saúde é primariamente acionada para responder a um desastre dessa ordem. Na medida que, se vai realizando o diagnóstico da situação, outros atores vão sendo incorporados no enfrentamento do desastre e o planejamento vai se desenvolvendo com o intuito de mitigar os efeitos sociais, econômicos e culturais (RODRIGUES et al., 2020).

Desde o início da Pandemia de COVID-19, a área da saúde tem gerado importantes discussões na comunidade internacional e nacional, ou seja, a emergência sanitária ao redor do mundo e os milhares de mortes causadas alertaram todos os países a discutirem seus papéis no enfrentamento da crise (WERNECK; CARVALHO, 2020).

No caso do Brasil, com a alta disseminação do vírus o país tem apresentado lacunas que contribuem para o agravamento dos problemas já existentes no Sistema Único de Saúde – SUS (LIMA, PEREIRA e MACHADO, 2020). Durante um longo período o Brasil foi o epicentro da pandemia, o grandioso número de mortes e transmissão do vírus, fez com que a Fiocruz declarasse que o país vivia o “maior colapso sanitário e hospitalar da história”. Especificamente em março de 2021, o país apresentou 66 mil mortes, e quase 100% da capacidade dos leitos em diferentes Estados (FIOCRUZ, 2021).

O ano de 2020 finalizou com a falta de profissionais de saúde, insumos, máscaras, aventais, tocas, entre outros, ocasionaram um verdadeiro problema no enfrentamento da crise do novo coronavírus.

Em um estudo realizado pela Fundação Getúlio Vargas em parceria com a Fiocruz, em 2021, sobre “A pandemia de Covid-19 e os (as) profissionais de saúde pública no Brasil – 4ª fase,” foi encontrado alguns dados importantes sobre o panorama geral da pandemia no país.

Por exemplo, a pesquisa contou com a participação de 1.829 participantes de diferentes regiões do Brasil, entre as profissões estavam presentes, Agente Comunitário de Saúde – ACS, Agente Comunitário de Endemias – ACE, Enfermeiras (os), Médicos (os) e outros profissionais, (LOTTA, et, al. 2021).

A pesquisa apontou que 87,6% da população dos profissionais de saúde sente medo da COVID-19, dos 96,6% dos respondentes afirmaram que conhecem algum colega de trabalho que testou positivo para Covid-19 ou teve suspeita, e 31,12% já tiveram a doença. No que diz respeito a saúde mental, 80,2% responderam que sua saúde mental foi afetada negativamente pela pandemia e apenas 19% receberam algum tipo de apoio para sua saúde mental. Quando perguntados especificamente sobre os sintomas que mais experimentaram na pandemia, os profissionais responderam que sentiram: estresse/ansiedade (67,8%), medo (58,8%), cansaço (57,7%) e tristeza (50,6%). Os sentimentos positivos apareceram em menor frequência, sendo a esperança (54,1%) e a empatia (29,5%). Outro dado importante da pesquisa, é que a alta exposição da linha frente requer cuidados específicos e apoio quando se fala em saúde mental, sendo assim, 69,9% dos profissionais responderam o quanto se sentem despreparados para lidar com a crise (LOTTA, et, al. 2021).

Outro estudo realizado pela professora Flávia de Lima Osório e colaboradores, da Faculdade de Medicina da Ribeirão Preto (FMRP), com 916 profissionais de saúde de diferentes áreas: 41% são da enfermagem, 30% são médicos e 29% são de outras profissões, como: fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, dentistas e terapeutas ocupacionais. A pesquisa encontrou que 36% dos 916 profissionais, que atuam na linha de frente da pandemia apresentam pelo menos algum tipo de problema na sua saúde mental, ansiedade 43%, depressão 40%, insônia 61% e estresse pós-traumático 36%. Deste modo, observa-se que reações, sintomas e transtornos perpassam pelo medo de se contrair o vírus e contaminar os familiares, sobre esta pergunta 98,8% das enfermeiras apresentaram a maior taxa em contaminar os familiares, seguidos por 93,5% dos médicos (as), e 97,4% dos outros profissionais de saúde (OSÓRIO, et al, 2021).

As duas pesquisas citadas apontam para o grave problema de saúde mental ocasionado pela pandemia de Covid-19 e, embora já tenha passado três anos da maior crise emergencial em saúde pública dos últimos 100 anos, os efeitos nas esferas, sociais, econômicas,

educacionais, têm sido significativos para toda população brasileira, tendo em vista que a pandemia continua de forma devastadora.

Outra pesquisa realizada por Cristiano Boccolini (2021), do Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), constatou que em 2020 o número de mortes por covid-19 foram de 230.452 e não 194.949, como havia sido informado anteriormente pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, esses dados não são considerados errados, pois leva certo tempo do registro dos óbitos, bem como sua reclassificação da causa da morte, em cada uma das esferas, Federal, Estadual e Municipal. Os dados são resultados de uma pesquisa inédita realizada pela Fiocruz, no qual Boccolini é o coordenador.

A pesquisa ainda trouxe um dado importante sobre os óbitos por ocupação e encontrou que apenas 2% do número de mortes por Covid-19 em 2020 é de médicos. Os outros óbitos são das pessoas que trabalham nos serviços considerados essenciais, ou seja, indústrias (22%), comércio (19%) e agropecuário que inclui atividades florestais e pesca (18%). Os dados da pesquisa mostraram ainda que o número de mortes por Covid-19 em pessoas menores de 18 anos foram de 1.207 e quase metade (45%) tinha até 2 anos de idade, um terço até 1 ano e 9% eram recém-nascidos (BOCCOLINI, 2021).

O estudo: “Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations”, realizou uma análise narrativa de pesquisas realizadas em diferentes países e constatou que os profissionais de saúde da linha de frente, que são os mais propensos a correrem riscos físicos, de contaminação, estigmatização social e altas demandas de trabalho foram altamente impactados pela pandemia (TAUSH, et. al, 2022).

De acordo com a organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, em maio de 2021, na América Latina e no Caribe, o número de profissionais de saúde infectados pela COVID-19, ultrapassou 1,8 milhões, e 9.000 morreram do vírus. Adicionalmente, nos EUA houve relato de trabalhadores de saúde pública, que apresentaram pelo menos um sintoma, como: depressão (32,0%), ansiedade (30,3%), PTSD (36,8%) e ideação suicida (8,4%), (OPAS, 2021). Em outros países, como Argentina, Chile, México, Trinidd e Tobago, encontraram altos índices de depressão, ansiedade, estresse e insônia entre os profissionais de saúde (TAUSH, et. al, 2022).

3.9 Depressão

De acordo com o DSM-5, os transtornos depressivos são divididos em: transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo

persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado (APA, 2013).

O Transtorno Depressivo Maior (TDM), é o transtorno mais comum entre as depressões, de acordo com o DSM-5, ele é caracterizado por diferentes episódios ocorridos em pelo menos duas semanas de duração. O TDM envolve alterações visíveis no afeto, na cognição, bem como nas funções neurovegetativas e remissões episódicas. É muito importante diferenciar a tristeza e o luto normais em detrimento do episódio depressivo maior. O luto pode gerar grande sofrimento, porém não é habitual que provoque episódio de transtorno depressivo maior, quando ocorrem juntos, os sintomas depressivos e o prejuízo funcional podem ser mais graves e o prognóstico é pior se comparado com o luto que não é acompanhado de transtorno depressivo maior (APA, 2013).

É importante mencionar que nem todas as pessoas que estão passando por algum tipo de tristeza não necessariamente desenvolverão TDM, por isso é importante listar alguns sintomas desse tipo de doença, que incluem: humor triste, ansioso ou sensação de vazio persistente, sentimentos de desesperança ou pessimismo, irritabilidade, sentimento de culpa, inutilidade ou desamparo, dificuldade para dormir, despertar de manhã cedo ou dormir demais, alterações de apetite e/ou peso, pensamentos de morte ou suicídio, ou tentativas de suicídio, dores de cabeça, câibras ou problemas digestivos sem uma causa física clara e/ou que não melhoram mesmo com tratamento (APA, 2013). Para ocorrer o diagnóstico da depressão, a pessoa precisa ter pelo menos cinco sintomas todos os dias durante o dia todo, esses sintomas precisam durar por pelo menos duas semanas, é de extrema importância observar que um dos sintomas que precisam estar presentes para o diagnóstico é o humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades da vida (NIMH, 2021).

3.10 Ansiedade

Em sua introdução o DSM-5 explica que os transtornos de ansiedade incluem características de medo e ansiedade excessivos, como também perturbações comportamentais relacionadas. O medo é caracterizado por uma resposta emocional a uma ameaça real ou percebida, ou seja, ele está frequentemente associado a excitação autonômica aumentada, o que faz com que o indivíduo esteja sempre pronto para uma resposta de luta ou fuga, outra característica presente em relação ao medo é a presença de pensamentos de perigo imediato (APA, 2013).

A ansiedade por sua vez está relacionada a antecipação de alguma ameaça no futuro estando associada a tensão muscular e vigilância em preparação para este tipo de perigo no qual ainda está localizado em um evento que ainda irá ocorrer, levando o indivíduo a ter sempre comportamentos de cautela ou esquiva. Em muitas situações os níveis de medo ou ansiedade são reduzidos por comportamentos repetidos de esquiva. Ou seja, é uma forma de evitar constantemente o contato com possíveis situações que gerem ansiedade (APA, 2013).

Um fator muito importante que precisa ser mencionado, é que embora nos transtornos de ansiedade exista a possibilidade de comorbidade entre si, estes podem ser diferenciados a partir da análise detalhada dos tipos de situações nas quais são evitadas ou temidas, bem como pelo conteúdo dos pensamentos e crenças que estão associadas. É necessário compreender que os transtornos de ansiedade se diferenciam do medo e da ansiedade de adaptação por serem excessivos ou persistentes ultrapassando os períodos considerados apropriados para o nível do seu desenvolvimento. Vale ressaltar que cada transtorno de ansiedade é diagnosticado quando os sintomas não são provenientes do uso de substâncias, como medicamentos ou de outra indicação médica, ou ainda, quando os sintomas não são mais bem compreendidos por outro transtorno mental (APA, 2013).

Entre os diferentes tipos de ansiedade, podemos citar o transtorno de ansiedade generalizada, que tem como características principais a ansiedade e a preocupação excessiva no que se refere a diferentes esferas da vida cotidiana, como desempenho no trabalho e em atividades escolares, pois essas atividades o indivíduo encontra dificuldade em controlar. Além do mais, podem existir sintomas físicos, que incluem inquietação, ou a ideia de “nervos à flor da pele”, fatigabilidade, dificuldade de concentração, ou ter brancos, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (APA, 2013).

De acordo com o National Institute of Mental Health (2022), quando os adultos desenvolvem TAG, comumente ficam nervosos, geralmente em situações que envolvam a segurança no trabalho e/ou seu desempenho, a própria saúde, a saúde e o bem-estar dos filhos ou outros membros da família, as finanças, entre outros fatores.

As pessoas com sintomas do transtorno de ansiedade generalizada podem desenvolver alguns sintomas como: suar excessivamente, ficar tonto ou sentir falta de ar, frequentemente sente vontade em ir ao banheiro, dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo, sentir-se frequentemente cansado ou facilidade em ficar cansado, sentir-se irritável ou no limite, preocupação excessiva com as tarefas do dia a dia, dificuldade em controlar as preocupações ou sentimentos de nervosismo, na maioria do tempo apresentam inquietação e tem problemas para relaxar, dificuldade de concentração e facilmente se assustam, alguns sintomas físicos

incluem; dores de cabeça, dores musculares, dores de estômago ou dores inexplicáveis, dificuldade em engolir, tremer ou se contorcer (Nacional Institute of Mental Health, 2022).

Dessa forma, a TAG pode ser desenvolvida no ambiente familiar, fatores cerebrais e biológicos também estão envolvidos, pois eles desempenham um papel fundamental no medo e na ansiedade. Os pesquisadores descobriram que causas externas, como experimentar um evento traumático ou estar em um ambiente estressante podem contribuir para o desenvolvimento do transtorno de ansiedade generalizada (NIMH, 2021).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de pesquisa

Quanto à sua natureza, esta pesquisa foi observacional, exploratória, quantitativa do tipo transversal analítica.

4.2 Participantes

O público foi composto por profissionais de saúde que estiveram na linha de frente da pandemia no período de março de 2020 a setembro de 2022, e que atuaram no enfrentamento da pandemia mais precisamente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sendo estes médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas entre outros.

Escolheu-se como *lócus* da pesquisa o Hospital Regional do Cariri – (HRC), por ser a maior instituição de atenção secundária na cidade de Juazeiro do Norte/CE e por ser referência na região do Cariri cearense, ocupando um elevado número de profissionais de saúde. O HRC foi o primeiro hospital público da rede estadual construído no interior do Ceará. Com 27 mil metros quadrados e com 294 leitos, o HRC assiste a uma população de 1,5 milhão de habitantes dos 44 municípios da macrorregião do Cariri, formada pelas regiões de saúde de Juazeiro do Norte, Crato, Brejo Santo, Iguatu e Icó. Dessa forma, a instituição tem sido referência na região para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, no interior do Estado do Ceará.

4.2.1 Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão foram os profissionais de saúde que estejam atuando a menos de um mês nas UTI's COVID-19.

4.2.2 Critérios de Inclusão

Como critérios de inclusão elegeram-se os profissionais de saúde que atuaram nos cargos de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos e nutricionistas; os profissionais precisaram ter atuado ou estar atuando nas UTI's Covid-19 do Hospital Regional de do Cariri – HRC entre 2020 e 2021, foram considerados tantos profissionais efetivos como os contratados em caráter temporário, pessoas de ambos os sexos e como último critério possuir idade acima de 18 anos.

4.2.3 Instrumentos

Para atingir os objetivos desta pesquisa, os instrumentos abaixo foram utilizados. Os instrumentos foram escolhidos por serem referência para a definição dos desfechos que foram avaliados, pois considera-se que eles possam rastrear a saúde mental dos profissionais de saúde envolvidos nesta pesquisa.

Questionário de Identificação Pessoal e de Trabalho (Apêndice A): O Instrumento foi criado pelos pesquisadores para coletar as informações de identificação, bem como para analisar variáveis relacionadas a atuação profissional e a pandemia.

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse, (DASS-21) (Anexo A): é uma escala de autorrelato, na qual contém três subescalas - depressão, ansiedade e estresse -, é um instrumento do tipo Likert, de quatro pontos (0,1,2 e 3). A escala Likert é composta de frases, e no que se refere a cada uma delas solicita aos sujeitos que manifeste o grau de concordância e discordância de cada item. (VIGNOLA, 2013). A versão que foi utilizada é a resumida composta de 21 itens conhecida como DASS-21(MARTINS et al, 2019, p. 34).

Self Report Questionnaire (SRQ 20) (Anexo B): É um instrumento de rastreamento para transtornos mentais não-psicóticos com respostas do tipo sim ou não. A cada resposta positiva o sujeito pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores, sendo 0 baixa probabilidade e 20 alta probabilidade de transtorno mental não psicótico. (GONÇALVES et al., 2008).

4.2.4 Procedimentos de Coleta de Dados

A partir da definição do projeto foi estabelecido contato com os responsáveis pela instituição participante para a realização da pesquisa. Os objetivos e procedimentos do estudo foram apresentados para apreciação e concordância da direção. A direção foi informada sobre eventuais alterações no projeto após a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa que, quando necessário, sugere modificações para garantir que os aspectos éticos sejam respeitados, conforme a resolução 466/2012. Com o consentimento da instituição para a realização da pesquisa, o projeto foi submetido e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade de São Paulo (CAAE: 52091221.8.0000.5561). O pesquisador entrou em contato por e-mail com o setor de estudo do HRC. No e-mail foi explicado a pesquisa, bem como constou os contatos do pesquisador e o link do Google Forms <https://forms.gle/XnoD5N4f8ENuFzxM7> que continham as perguntas de pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi solicitado que o hospital encaminhasse este e-mail com as informações da pesquisa, os contatos do pesquisador e o link do Google forms, de forma a convidar os profissionais da saúde que atuaram/atuam na Unidade de Terapia Intensiva. A amostragem foi por conveniência, uma vez que os todos os profissionais foram convidados a participarem da pesquisa.

4.5.1 Variáveis

4.5.1.1 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram avaliadas em dois blocos: 1) Características sociodemográficas – idade (anos completos), Gênero (Feminino ou Masculino ou não binário ou outros), número de filhos (nenhum ou 1 ou 2 ou 3 ou mais), estado civil (solteira ou casada ou Divorciada ou Viúva ou Outro), compartilhamento de residência (filhas ou Pais ou Amiga Companheiro e Filhos ou Sozinha ou outro), quantas pessoas residiu durante a pandemia (1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou mais ou sozinha), profissão (Médica ou Enfermeira ou Fisioterapeuta ou Téc. de Enfermagem Aux. de Enfermagem ou Outro); 2) Variáveis relacionadas com trabalho: tempo de atuação no HRC (1 mês a 6 meses ou 7 meses a 12 meses ou 1 ano a 2 anos ou 2 anos a 4 anos ou 5 anos ou mais), renda individual (em reais) tempo de atuação na linha de frente da Covid-19 (1 mês a 6 meses ou 7 meses a 12 meses ou 1 ano e 6 meses ou outro), jornada de trabalho alterada devido à pandemia (sim ou não; se sim - jornada de trabalho aumentou ou jornada de trabalho diminuiu), sentiu o desejo de deixar o emprego (sim ou não),

medidas de proteção (sim ou não), satisfação das medidas de proteção (muito satisfeito ou razoavelmente satisfeito ou pouco satisfeito ou nada satisfeito), recebeu apoio de colegas do trabalho (sim ou não), infectado por SARS-COV-2 (sim ou não), preocupação em infectar familiares (sim ou não), restrição com contato social (sim ou não), relação negativa com outras pessoas (nunca ou raramente ou às vezes ou frequentemente), relação negativa com o trabalho (nunca ou raramente ou às vezes ou frequentemente), relação negativa com a profissão (nunca ou raramente ou às vezes ou frequentemente), ansiedade devido a pandemia (nunca ou raramente ou às vezes ou frequentemente), tristeza devido a pandemia (nunca ou raramente ou às vezes ou frequentemente), angústia devido a pandemia (nunca ou raramente ou às vezes ou frequentemente), irritabilidade devido a pandemia (nunca ou raramente ou às vezes ou frequentemente), medo devido a pandemia (nunca ou raramente ou às vezes ou frequentemente), pânico devido a pandemia (nunca ou raramente ou às vezes ou frequentemente), estresse devido a pandemia (nunca ou raramente ou às vezes ou frequentemente), experimentou outro sintoma (resposta aberta), auxílio para saúde mental (sim ou não), fez psicoterapia (sim ou não), praticou meditação (sim ou não), consulta com psiquiatra (sim ou não), fez ioga (sim ou não), sentimentos após vacina (nunca ou raramente ou às vezes ou frequentemente).

4.5.1.2 Variáveis dependentes

As variáveis dependentes foram mensuradas a partir de dois instrumentos: Escala DASS-21 que avalia ansiedade, estresse e depressão e a SRQ20 que é um instrumento de rastreio de saúde mental. A DASS-21 considera dentro do padrão de normalidade para os desfechos de depressão, ansiedade e estresse, o escore médio $< 2,34$ e percentil de $< P78$. Os casos de depressão, ansiedade e estresse considerados como leves, possuem percentil de $P78|$ - $P87$ e escore médio $2,34|$ - $2,61$, respectivamente. Os casos considerados moderados para os três desfechos, têm percentil de $P87|$ - $P95$ com escore médio $2,61|$ - $2,85$, os casos considerados graves possuem percentil de $P87|$ - $P98$ e o escore médio de $2,85|$ - $2,94$, os casos extremamente graves são considerados com um percentil $\geq P98$ e escore médio de $\geq 2,94$ (Martins et al., 2019). A escala SRQ20 apresenta uma série de perguntas que gera um escore que pode variar de 0 a 20. A pontuação ocorre por meio de cada resposta positiva (valor 1) e o ponto de corte estabelecido pela literatura pra caracterizar o sofrimento mental, com melhor sensibilidade e especificidade, é 7,5 (GONÇALVES ET AL., 2008).

4.6 Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados foi processada pelo programa estatístico Stata, versão 17. Foram considerados valores absolutos e relativos para análise descritiva. Para as variáveis quantitativas, foram calculadas as medidas de tendência central média e mediana, bem como medidas de dispersão como valores mínimo e máximo e desvio padrão. Para as variáveis categóricas foram calculadas frequências absolutas e relativas e apresentadas em forma de tabelas.

4.7 Análise dos aspectos éticos

No que se refere às questões éticas dessa pesquisa, destaca-se que ela está apoiada pela resolução nº 466 de 2012, a qual normatiza e regulamenta as pesquisas realizadas com seres humanos. Considerando o sujeito e a coletividade, assim como sua autonomia, riscos e benefícios ofertados pela pesquisa, reafirmando seus direitos e deveres relativos à pesquisa (BRASIL, 2012). Os participantes também foram orientados acerca do anonimato, natureza da pesquisa, objetivos e sigilo das informações prestadas.

No que concerne aos benefícios desejados com a execução dessa pesquisa destacam-se: a importância de aprofundar os estudos a partir do contexto das pandemias, levando em consideração que é um evento recente que o mundo enfrenta. Isso leva a um maior estímulo para elaboração de construções teóricas que dialoguem sobre as emoções e saúde mental dos profissionais de saúde.

Por ser uma pesquisa com seres humanos, considera-se que apresenta riscos, como desconforto por parte dos sujeitos participantes, visto que a aplicação do questionário pode remeter a lembranças e sentimentos negativos nos participantes, propiciando sua desistência ou interrupção da pesquisa, e ainda a tomada de tempo do sujeito. Caso o participante entre em contato com o pesquisador apresentando desistência ou desconforto, o pesquisador fará um acolhimento de forma remota por vídeo chamada, se o participante assim permitir. Buscando oferecer uma escuta acolhedora e empática. O pesquisador também poderá encaminhar o participante para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município, caso seja acordado entre pesquisador e participante. Essas medidas foram tomadas de forma a amparar os participantes, na tentativa de minimizar possíveis desconfortos advindos da pesquisa. Os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram esclarecidos que poderão retirar sua autorização quando desejarem, bem como constará o

contato dos pesquisadores no TCLE, para facilitar a interação com o pesquisador, se o participante necessitar.

Os participantes da pesquisa foram assegurados quanto ao sigilo e privacidade das informações fornecidas, assegurando assim total respeito com a identidade pessoal de cada sujeito, ou seja, foram tomados todos os cuidados para que não ocorra qualquer elemento ou situação em que seja possível identificar os participantes, mantendo-se o sigilo. É responsabilidade de o pesquisador informar sobre a guarda dos documentos e confidencialidade dos mesmos, evitando assim a exposição destes elementos que possam identificá-lo na pesquisa. O projeto de pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo sob protocolo CAAE:52091221.8.0000.5561.

5 RESULTADOS

5.1 IMPACTOS PSICOLÓGICOS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUARAM NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA DE COVID-19: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA COM METANÁLISE

Francisco Diógenes Lima de Assis¹, Universidade de São Paulo,

Orcid, 0000-0002-4489-9340 diogenes.lima@usp.br

Anna Luiza da Silva Miranda Varela Souza², Universidade de São Paulo,

Orcid, 0000.0002-6926-3381 annaluizamvs@usp.br

Andrés Eduardo Aguirre Antúnez³, Universidade de São Paulo,

Orcid, 0000-0001-5317-4459 antunez@usp.br

Resumo

A Covid-19 se tornou um grave problema de saúde pública mundial a partir de janeiro de 2020. Desse modo, muitos profissionais de saúde precisaram reorganizar seus processos de trabalho para atuar na linha de frente para conter a pandemia. O objetivo desse estudo foi avaliar se os profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva – UTI, são mais depressivos, ansiosos e estressados que os demais profissionais da área da saúde de outros setores durante a pandemia. Foi realizado uma metanálise para investigar os efeitos psicológicos nos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente da pandemia de Covid-19. Os artigos foram pesquisados em cinco bases de dados e no total foram avaliados trinta e nove estudos. Os desfechos estudados foram: ansiedade, depressão, estresse e transtorno de estresse pós-traumático – TEPT. A metanálise mostrou alta proporção de ansiedade, depressão e estresse entre os trabalhadores da saúde que atuaram na linha de frente da pandemia. Ações para o cuidado com a saúde mental é de extrema importância para os profissionais de saúde.

Palavras-chave: Pessoal da saúde, Unidade de Terapia Intensiva, Depressão, Ansiedade, Estresse, Estresse pós-traumático, COVID-19.

Abstract

Covid-19 became a serious global public health problem as of January 2020. Thus, many health professionals had to reorganize their work processes to act on the front line to contain the

pandemic. This study was evaluated by Intensive Care Unit Health Professionals if Intensive Care Unit Health Purposes – The Health Goal and too stressed during the pandemic. An updated analysis was carried out to investigate the psychological effects on healthcare professionals who worked on the front lines of the Covid-19 pandemic. The articles were searched in five databases and in total there were thirty-nine studies. The post-PT studied were:- anxiety, depression, stress, stress – stress. There was an evident relationship between the Covid-19 pandemic and the psychological effects on the mental health of health professionals. The analysis came together in the face of the high proportion of anxiety, depression and stress of health workers who acted in line with the pandemic.

Keywords: Health personnel, Intensive Care Unit, Depression, Anxiety, Stress, Post-traumatic stress, COVID-19.

1. INTRODUÇÃO

A Covid-19 se tornou um grave problema de saúde pública mundial a partir de janeiro de 2020. Desse modo, muitos profissionais de saúde precisaram reorganizar seus processos de trabalho para atuar na linha de frente para conter a pandemia. Ao total, até 31 de dezembro de 2021, houve 14,9 milhões de óbitos, esses óbitos estão relacionados tanto a infecção pelo novo coronavírus, como pelo impacto gerado ao acesso aos sistemas de saúde (OPAS, 2022).

Aliado a essa crise, surgiram outros problemas relacionados com a saúde mental dos trabalhadores que atuaram na assistência direta ao indivíduo infectado pela Sars Cov2. A ansiedade, estresse e depressão vieram relacionadas com as novas condições de trabalho, como lidar com situações iminentes de morte e com dúvidas de quando o caos implantando por uma doença infectocontagiosa poderia ser finalizado (TEIXEIRA et al., 2020).

Estima-se que os profissionais de saúde atuantes na linha de frente da Covid-19 manifestaram algum sintoma de ansiedade/estresse 67,8%, 58,8% relataram sentir medo e 65% dizem sentir depressão (LOTTA, 2021; FIOCRUZ, 2022). Ademais, 33,8% apresentaram esses agravos no maior nível de gravidade (FIOCRUZ, 2022). Sabe-se que a adequada saúde mental é de suma importância para uma assistência de qualidade e confortável para a pessoa que está passando por problemas de saúde. Nesse sentido, profissionais de saúde doentes, que cuidaram de pessoas em estado crítico de saúde, podem ter potencializado as morbidades relacionadas com a própria saúde mental nesse período (LOTTA, 2021).

Diante desse quadro geral de crise, os profissionais de saúde que atuaram tanto na linha de frente como na segunda linha foram expostos e sobrecarregados pelo trabalho no enfrentamento da pandemia. Logo, a realização de revisão sistemática com metanálise pode elucidar de forma mais clara esse panorama de saúde em relação a ansiedade, estresse e depressão para tomada de decisão mais assertiva para os cuidados psicológicos e psiquiátricos de profissionais de saúde com os desfechos descritos.

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi avaliar se os profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva – UTI, são mais depressivos, ansiosos e estressados que os demais profissionais da área da saúde de outros setores durante a pandemia, por meio de revisão sistemática e metanálise.

2. MÉTODO

2.1 Desenho do estudo

Este artigo de revisão sistemática e metanálise foi organizado a partir dos itens da lista Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA). Para organizar a pergunta da pesquisa foi aplicado o acrônimo PECO: Participantes (profissionais de saúde que atuaram na pandemia de COVID-19) Comparação (Não atuar na UTI/Emergência pandemia) Outcome (Complicações na saúde mental resultantes da pandemia de COVID-19).

2.2 Critérios de elegibilidade

Para seleção dos estudos foram levados em consideração os seguintes critérios de elegibilidade: O uso de escalas validadas para depressão, ansiedade e estresse; Estudos realizados com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, técnicos e auxiliares de enfermagem, entre outros, que atuavam na UTI e Emergência de Covid-19; Estudos observacionais que avaliaram a relação entre local de trabalho (UTI e emergência) e ansiedade, estresse e depressão.

Foram excluídos desta revisão os profissionais que não têm formação na área da saúde, embora atuem na mesma, como por exemplo: pessoal do setor administrativo, diretores, recursos humanos, segurança, faxineiro, copeiros entre outros. Foram excluídos estudos de revisão sistemática e estudos que avaliavam apenas Burnout.

2.3 Fonte dos dados e Estratégia de busca

Para realizar a estratégia de busca, inicialmente foi utilizado o dicionário controlado: Medical Subject Headings (MeSH) da base de dados PubMed. As palavras-chave escolhidas foram: “Health Occupation”, “Intensive Care Unit”, “Depression”, “Anxiety”, “Stress professional” e “COVID-19”. Os termos similares dos descritores selecionados foram utilizados na busca.

Uma vez que a estratégia de busca foi qualificada por um pesquisador com mais experiência por meio do PRESS - Peer Review of Electronic Search Strategies, foi realizada a pesquisa nas seguintes bases de dados: MEDLINE via PubMed, Scopus e Scielo/ Lilacs via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Adicionalmente, foi empregada a base MEDXRIV para identificar estudos da literatura cinzenta. As seguintes combinações foram utilizadas a partir dos operadores booleanos: “Health Occupation” AND “Intensive Care Unit” AND “Depression” OR “Anxiety” OR “Stress professional” AND “COVID-19”. Não foram aplicados filtros e as linhas e estratégias de busca constam em arquivos suplementar.

2.5 Seleção dos estudos

A seleção dos estudos foi realizada por dois autores e ocorreu de forma independente. Os registros rastreados foram selecionados por meio de títulos e resumos na aplicação Web Rayyan (MOURAD et al., 2016). Foram considerados estudos entre 2020 e abril de 2022. Os desacordos foram resolvidos por meio de consenso dos dois revisores. Após essa etapa, as pesquisas elegíveis seguiram para a leitura de texto completo por dois leitores independentes e, mais uma vez, os desacordos foram resolvidos por meio de consenso dos avaliadores.

2.6 Extração dos dados

Os dados foram coletados e extraídos de maneira independente por dois revisores, as divergências encontradas foram resolvidas, até chegar a um consenso. A extração dos dados foi realizada através do programa Excel, e levou em consideração as seguintes variáveis: Título dos trabalhos, autor, ano de publicação, local da pesquisa, objetivos, tipo de estudo, instrumentos, características, resultados, financiamento, amostra, número de pessoas com ansiedade, número de pessoas com depressão, número de pessoas com estresse, número de

pessoas com TEPT e resultados principais. Para os estudos que não tinham os dados disponíveis, foi solicitado por e-mail aos autores as informações necessárias.

2.7 Avaliação da qualidade metodológica dos artigos selecionados para revisão sistemática

Foi utilizada a ferramenta Newcastle-Ottawa para estudos de coorte, caso-controle e transversal. Os estudos foram classificados conforme qualidade metodológica em baixa, moderada e alta conforme os domínios apresentados acerca da seleção dos participantes, fatores de confundimento e definição de exposição e desfecho.

2.8 Análise de dados

Foi conduzida análise estatística por meio de metanálise de efeitos randômicos com uso da técnica razão de máximo verossimilhança restrita. A heterogeneidade estatística dos estudos incluídos foi mensurada por meio do I^2 Higgins e Thompson. Os pontos de corte utilizados foram 0 a 40% (não importante), 30 a 60% (pode ser moderado), 50 a 90% (heterogeneidade substancial) e de 75 a 100% (heterogeneidade importante).

Foram estimadas a frequência relativa sumária dos desfechos com respectivo intervalo de confiança de 95%. Adicionalmente, foram calculadas medidas de associação Odds Ratio e intervalo de confiança de 95%. Foi realizado o gráfico de funil para detectar os estudos ausentes, de forma complementar aplicou-se a regressão de Egger com significância de 5% caso existissem na metanálise no mínimo 10 estudos.

2.9 Protocolo de pesquisa

Previamente foi consultado na base de dados PROSPERO se existia alguma revisão sistemática sobre o tema em andamento. Diante da ausência de estudos em andamento e não identificação de revisões publicadas optou-se por cadastrar essa revisão no site do PROSPERO sob Protocolo CRD42022310835.

3. RESULTADOS

Foram encontrados 462 estudos, sendo que 220 artigos foram detectados como duplicados, ficando apenas 242 estudos, destes foram lidos títulos e resumos com o intuito de verificar quais estavam de acordo com objetivos dessa revisão, sendo assim, foram excluídos 203 estudos, restando 39 artigos, nos quais foram lidos na íntegra e se encontram no fluxograma prisma.

Dos 39 estudos selecionados foi possível observar que eles foram desenvolvidos em dezenove (19) países diferentes, sendo estes: China (6), seguidos pela França (5), Itália (4), Turquia (5), Índia (3), Reino Unido (2), Austrália e Nova Zelândia (2), Espanha (3), Inglaterra (1), Canadá (1), Suíça (1), Chipre (1), Egito (1), Holanda (1), Peru (1), Bélgica (1) e Irlanda (1). É importante mencionar que dois estudos Índia (1) e Inglaterra (1) foram classificados como Pré-print, ou seja, artigos que estavam em fase de aprovação para publicação.

Com relação as amostras, três países mostraram possuir o maior número de pessoas, a Austrália trouxe uma quantidade significativa em seus dois estudos, respectivamente 7.846 e 3.039 profissionais de saúde, a Inglaterra trabalhou com amostra de 6.080 participantes, a China por sua vez apresentou 1.363, 1.091, 731, 659, 291 e 90 nos seis estudos realizados. A França trabalhou com uma população de 1.203, 1.058, 515 e 381 pessoas, as outras amostras podem ser consultadas na tabela 1, que estão organizadas pelas variáveis extraídas dos estudos. Todas as informações mencionadas constam em material suplementar (APÊNDICE B).

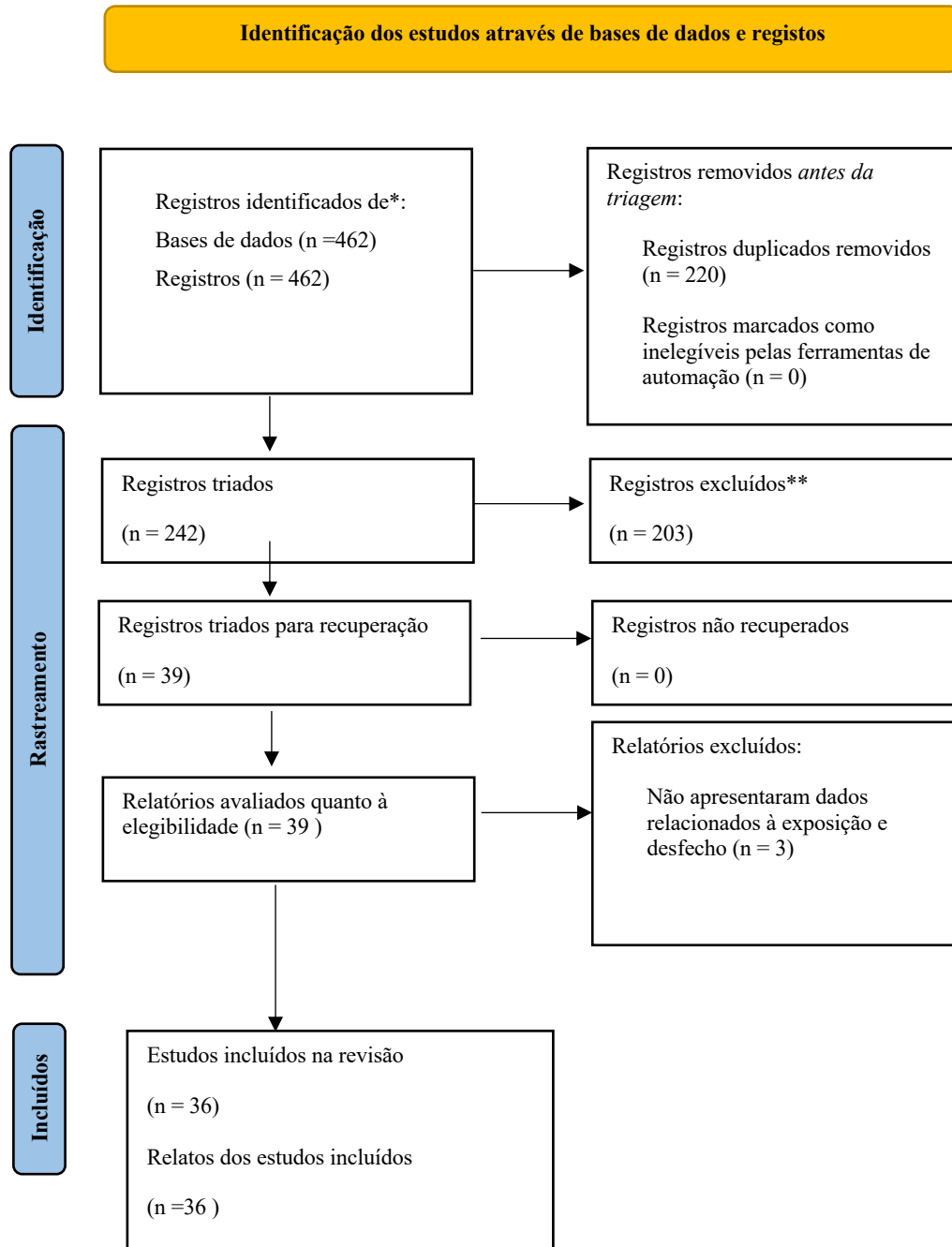


Figura 1 – Fluxograma de seleção dos resgistros encontrados e selecionados

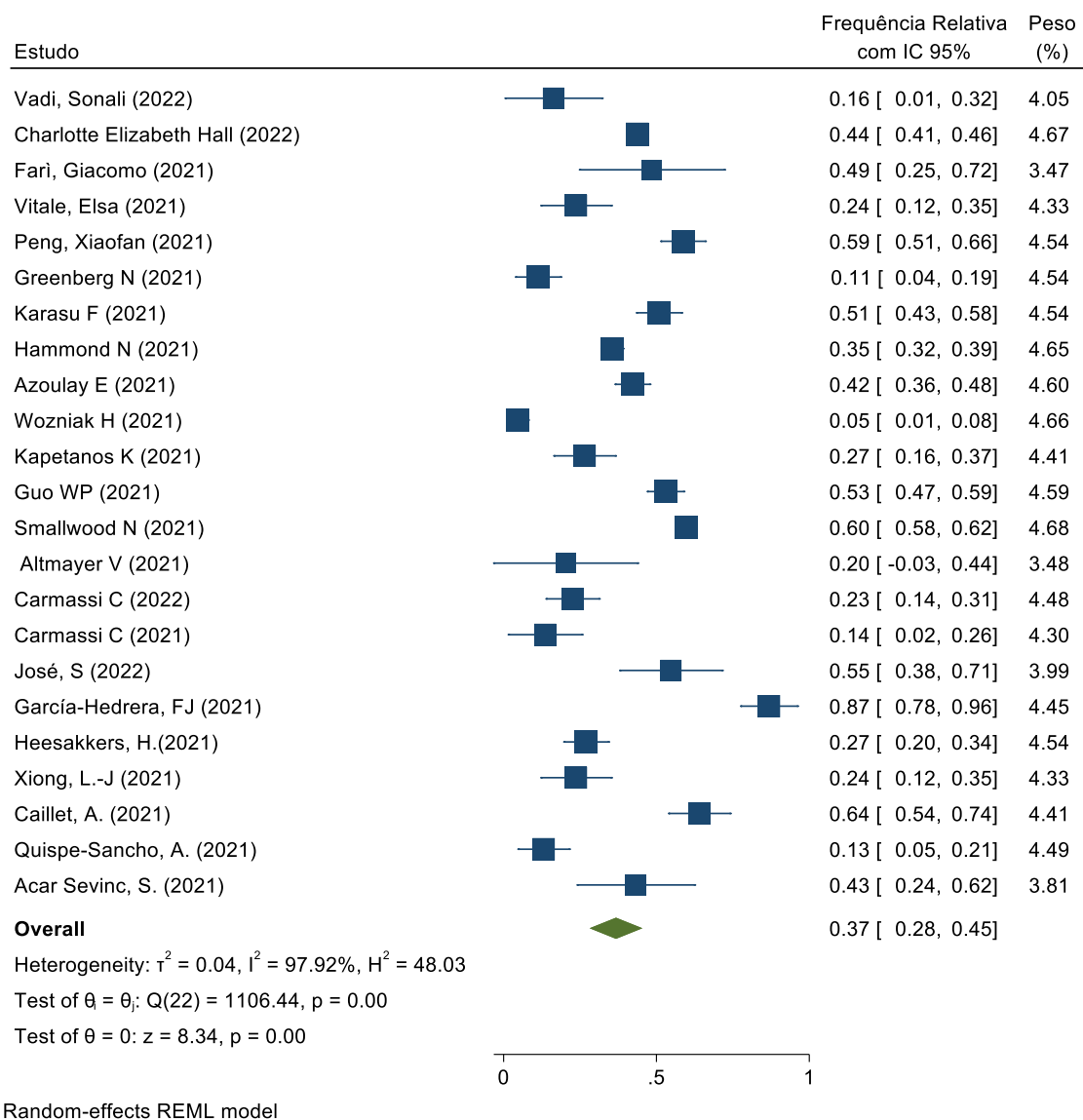


Figura 2 - Forest plot da metanálise com medida de frequência relativa e intervalos de confiança de 95% para ansiedade, de todos os estudos avaliados.

Por meio de metanálise estimou-se que a frequência relativa de ansiedade em profissionais da saúde durante a pandemia foi na ordem de 37%.

Em relação a depressão o percentual de trabalhadores da saúde com esse diagnóstico também foi de 37%. O estresse esteve presente em 44% dos profissionais de saúde investigados. Para transtorno de estresse pós-traumático esse indicador correspondeu a 29%. O gráfico de funil foi realizado para ansiedade e depressão e não foi detectado ausência de estudos (Egger para ansiedade: 0,71; Egger para depressão: 0,81).

Não foi possível observar associação entre o local de trabalho (linha de frente ou segunda linha) com ansiedade ou depressão (material suplementar 1). Devido a

indisponibilidade de dados que permitisse estimar as medidas de associação nos artigos não foi conduzida metanálise de associação para estresse.

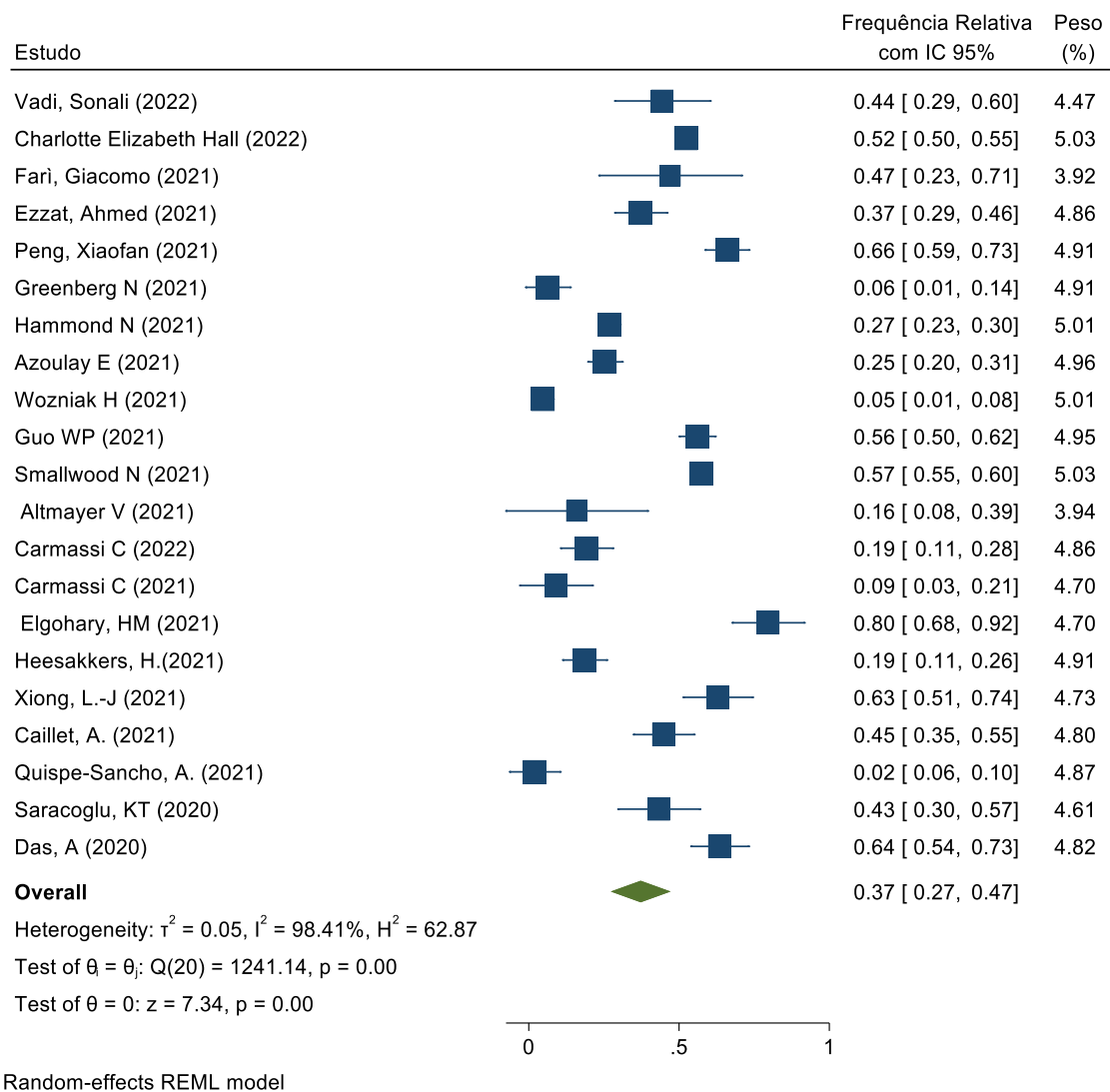


Figura 3 - Forest plot da metanálise com medida de frequência relativa e intervalos de confiança de 95% para depressão de todos os estudos avaliados.

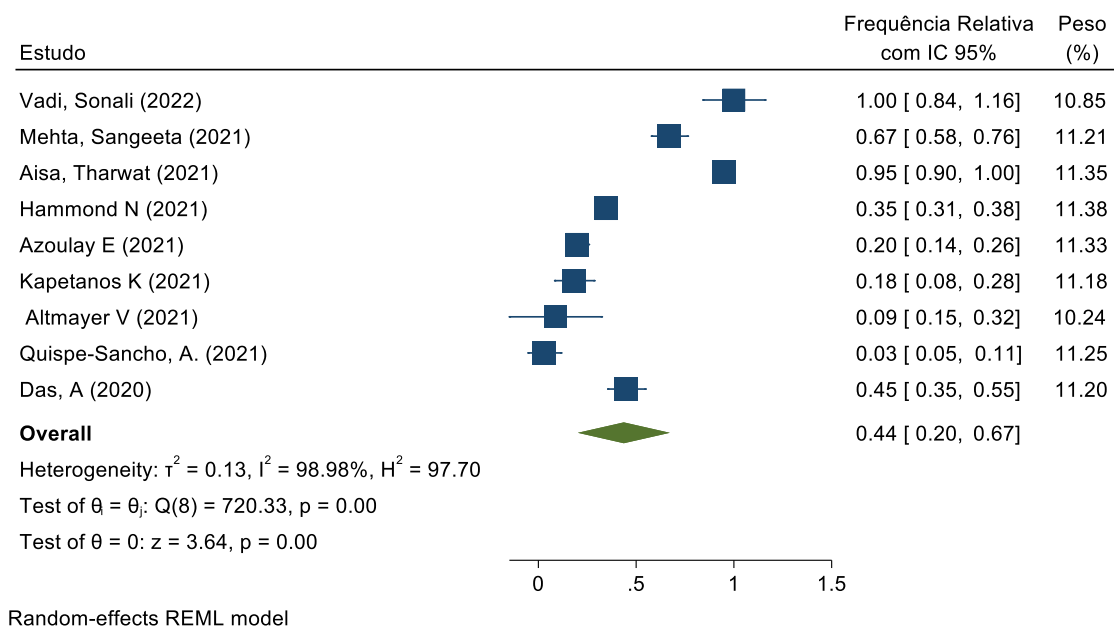


Figura 4 - Forest plot da metanálise com medida de frequência relativa e intervalos de confiança de 95% para estresse, de todos os estudos avaliados.

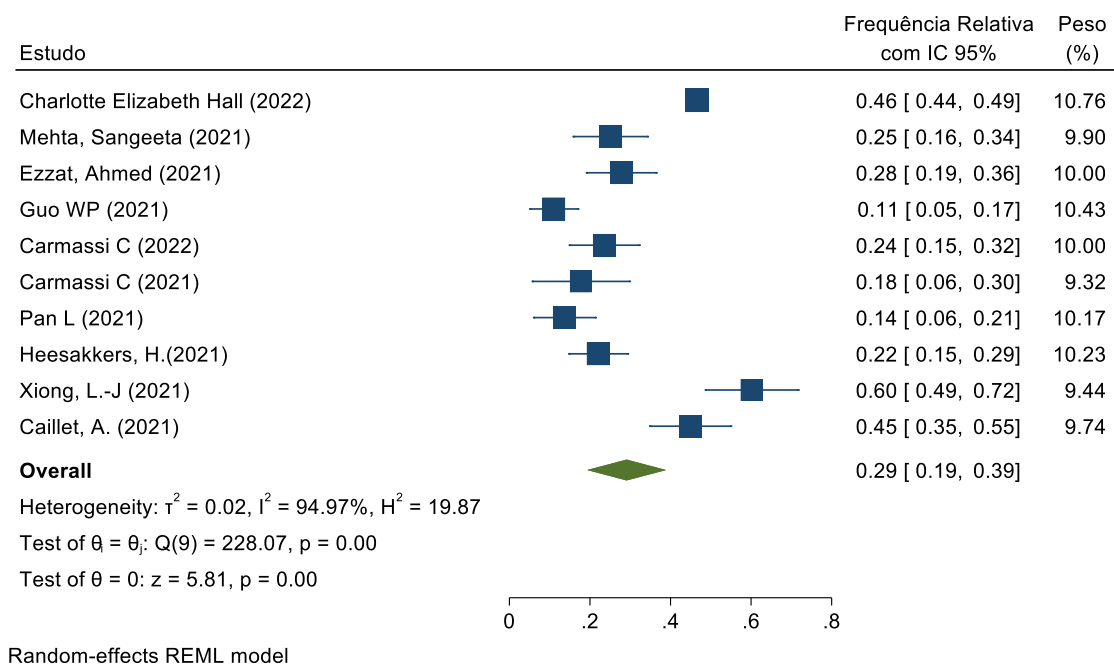


Figura 5 - Forest plot da metanálise com medida de frequência relativa e intervalos de confiança de 95% para TEPT, de todos os estudos avaliados.

4. DISCUSSÃO

Os dados encontrados nesta revisão sistemática demonstram que a pandemia de Covid-19 afetou psicologicamente a saúde mental dos profissionais de saúde a partir dos desfechos pesquisados; ansiedade, depressão, estresse e estresse pós-traumático.

De acordo com a metanálise não foi encontrada relação entre o fato de trabalhar na linha de frente com ansiedade e depressão, isso não significa a ausência de efeitos negativos na saúde mental da população avaliada, tendo em vista que, em 44% dos profissionais de saúde apresentaram estresse. Embora o percentual para estresse pós-traumático tenha sido 29% é necessário levar em consideração o período do estudo, bem como considerar que a pandemia não acabou e casos de infecções ainda tem acontecido.

Em outro estudo de revisão sistemática com metanálise que avaliou oito estudos, realizado por Silva et. al 2021, sobre a Sintomatologia Psiquiátrica associada à depressão, ansiedade, angústia e insônia de profissionais de saúde que trabalham em pacientes acometidos por Covid-19, encontrou que os profissionais de saúde apresentam alta prevalência de transtornos mentais e que as equipes que trabalham próximo aos pacientes infectados apresentam maior prevalência aos transtornos mentais.

A presente revisão sistemática buscou fortalecer seus resultados por meio de uma ampla busca na literatura, incluindo cinco bases de dados. Ainda, houve o uso da ferramenta PRESS para validação da estratégia de busca por um profissional especializado em desenvolver tal parte da revisão sistemática. Outra fortaleza, foi a aplicação de métodos robustos de análise de dados, como a metanálise e avaliação do viés de publicação.

Em contrapartida, esta revisão apresenta algumas limitações que foge ao controle do pesquisador, como o número restrito de estudos que avaliaram a associação entre local de trabalho e ansiedade, depressão e estresse. Análises adicionais não puderam ser conduzidas devido ao fato de ter menos de 10 pesquisas em algumas metanálises, como viés de publicação e análises de subgrupo. Outra limitação é o fato de os estudos não diferenciarem a categoria profissional e, portanto, não ser possível avaliar a profissão de acordo com o desfecho. O estudo de comparação não mostrou resultados estatisticamente significantes. Isso pode ter ocorrido devido ao número insuficiente de estudos encontrados sobre o tema.

Ainda, são necessários mais estudos sobre o tema para elucidar a relação de causalidade sobre o local de trabalho durante a pandemia com os desfechos avaliados na presente pesquisa. Percebe-se a importância de elucidar através de outros estudos a incidência dos sintomas

estudados, assim estudos de coorte e ensaios clínicos randomizados são extremamente importantes para avaliar de forma mais profunda os transtornos mentais pesquisados.

No entanto, sabe-se o efeito deletério da ansiedade, depressão e estresse nos profissionais de saúde e o impacto negativo no cuidado das pessoas acometidas pela Covid-19. Os resultados dessa revisão sistemática demonstram a necessidade de intervenções no campo da saúde mental para trabalhadores da área da saúde. Neste sentido, a elaboração de protocolos, diretrizes ou cartilhas que orientem a saúde pública e outros segmentos da sociedade para enfrentar futuras epidemias/pandemias, ainda que a pandemia de Covid-19 não tenha terminado, é necessário para combater uma nova crise. Políticas públicas voltadas para a redução de desfechos indesejáveis no contexto das doenças infecciosas são essenciais, como a detecção precoce da doença, o plano de resposta rápida aos desastres e o manejo psicológico dos profissionais de saúde nessas circunstâncias.

5. CONCLUSÃO

Observou-se uma evidente relação entre a pandemia de Covid-19 e os efeitos psicológicos na saúde mental dos profissionais de saúde. A metanálise mostrou alta proporção de ansiedade, depressão e estresse entre os trabalhadores da saúde que atuaram na linha de frente da pandemia. Recomenda-se a adoção de medidas voltadas para a evitabilidade de problemas mentais em trabalhadores da saúde diante de situações críticas como a da pandemia da Covid-19.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Financiamento

O estudo não recebeu financiamento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- Acar Sevinc, S., Metin, S., Balta Basi, N., Cinar, A. S., Turkel Ozkan, M., & Oba, S. (2021). Anxiety and burnout in anesthetists and intensive care unit nurses during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study [Article]. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.07.011>

- Aisa, T., Diviney, D., Thomas, J., Al Qadheeb, N., Abdelbaky, M., Afify, H., . . . Elgammal, B. (2021). Stress level assessment among health care workers involved in the management of critically ill COVID-19 patients. *Irish Journal of Medical Science (1971)*. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02721-0>
- Altmayer, V., Weiss, N., Cao, A., Marois, C., Demeret, S., Rohaut, B., & Le Guennec, L. Coronavirus disease 2019 crisis in Paris: A differential psychological impact between regular intensive care unit staff members and reinforcement workers. (1036-7314 (Print)).
- Azoulay, E., Pochard, F., Reignier, J., Argaud, L., Bruneel, F., Courbon, P., . . . Kentish-Barnes, N. Symptoms of Mental Health Disorders in Critical Care Physicians Facing the Second COVID-19 Wave: A Cross-Sectional Study. (1931-3543 (Electronic)).
- Azoulay, E. A.-O., Cariou, A., Bruneel, F., Demoule, A., Kouatchet, A., Reuter, D., . . . Kentish-Barnes, N. Symptoms of Anxiety, Depression, and Peritraumatic Dissociation in Critical Care Clinicians Managing Patients with COVID-19. A Cross-Sectional Study. (1535-4970 (Electronic)).
- Caillet, A., & Allaouchiche, B. (2021). Intensive Care Nurses, Psychological Disorders and COVID-19. The COVID IMPACT NATIONAL STUDY [Article]. *Praticien en Anesthésie Réanimation*, 25(2), 103-109. <https://doi.org/10.1016/j.pratan.2021.04.008>
- Carmassi, C., Dell'Oste, V., Bui, E., Foghi, C., Bertelloni, C. A., Atti, A. R., . . . Dell'Osso, L. The interplay between acute post-traumatic stress, depressive and anxiety symptoms on healthcare workers functioning during the COVID-19 emergency: A multicenter study comparing regions with increasing pandemic incidence. (1573-2517 (Electronic)).
- Carmassi, C., Pedrinelli, V., Dell'Oste, V., Bertelloni, C. A., Cordone, A., Bouanani, S., . . . Buselli, R. Work and social functioning in frontline healthcare workers during the covid-19 pandemic in Italy: role of acute post-traumatic stress, depressive and anxiety symptoms. (2038-2502 (Electronic)).
- Das, A., Sil, A., Jaiswal, S., Rajeev, R., Thole, A., Jafferany, M., & Ali, S. N. (2020). A Study to Evaluate Depression and Perceived Stress Among Frontline Indian Doctors Combating the COVID-19 Pandemic [Article]. *The primary care companion for CNS disorders*, 22(5). <https://doi.org/10.4088/PCC.20m02716>
- Elgohary, H. M., Sehlo, M. G., Bassiony, M. M., Youssef, U. M., Elrafey, D. S., & Amin, S. I. (2021). Depression among health workers caring for patients with COVID-19 in Egypt. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 57(1), 139. <https://doi.org/10.1186/s41983-021-00394-1>
- Ezzat, A., Li, Y., Holt, J., & Komorowski, M. (2021). The global mental health burden of COVID-19 on critical care staff. *British Journal of Nursing*, 30(11), 634-642. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.11.634>
- Egger, Matthias, & Altma, D. G. (2001). Systematic Reviews in Health Care: Meta-Analysis in Context. (2o ed). London: BMJ Publishing Group.

- Fari, G., de Sire, A., Giorgio, V., Rizzo, L., Bruni, A., Bianchi, F. P., . . . Megna, M. (2022). Impact of COVID-19 on the mental health in a cohort of Italian rehabilitation healthcare workers [<https://doi.org/10.1002/jmv.27272>]. *Journal of Medical Virology*, 94(1), 110-118. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jmv.27272>
- García-Hedrerá, F. J., Gil-Almagro, F., Carmona-Monge, F. J., Peñacoba-Puente, C., Catalá-Mesón, P., & Velasco-Furlong, L. Intensive care unit professionals during the COVID-19 pandemic in Spain: social and work-related variables, COVID-19 symptoms, worries, and generalized anxiety levels. (2586-6060 (Electronic)).
- Greenberg, N., Weston, D., Hall, C., Caulfield, T., Williamson, V., & Fong, K. Mental health of staff working in intensive care during Covid-19. (1471-8405 (Electronic)).
- Guo, W. P., Min, Q., Gu, W. W., Yu, L., Xiao, X., Yi, W. B., . . . Shi, W. Y. Prevalence of mental health problems in frontline healthcare workers after the first outbreak of COVID-19 in China: a cross-sectional study. (1477-7525 (Electronic)).
- Hall, C., Milward, J., Spoiala, C., Bhogal, J. K., Weston, D., Potts, H. W. W., . . . Greenberg, N. (2022). The mental health of staff working on Intensive Care Units over the COVID-19 winter surge of 2020 in England: a cross sectional survey. *medRxiv*, 2022.2001.2013.22269151. <https://doi.org/10.1101/2022.01.13.22269151>
- Hammond, N. E., Crowe, L., Abbenbroek, B., Elliott, R., Tian, D. H., Donaldson, L. H., . . . Delaney, A. Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on critical care healthcare workers' depression, anxiety, and stress levels. (1036-7314 (Print)).
- Heesakkers, H., Zegers, M., van Mol, M. M. C., & van den Boogaard, M. The impact of the first COVID-19 surge on the mental well-being of ICU nurses: A nationwide survey study. (1532-4036 (Electronic)).
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. (5.1.0). London: Cochrane Collaboration. Recuperado de <https://training.cochrane.org/handbook/archive/v5.1/>
- Jose, S., Cyriac, M. C., Dhandapani, M., Mehra, A., & Sharma, N. (2022). Mental Health Outcomes of Perceived Stress, Anxiety, Fear and Insomnia, and the Resilience among Frontline Nurses Caring for Critical COVID-19 Patients in Intensive Care Units [Article]. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 26(2), 174-178. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24119>
- Kapetanós, K. A.-O., Mazeri, S., Constantinou, D., Vavlitou, A., Karaiskakis, M., Kourouzidou, D., . . . Koliou, M. Exploring the factors associated with the mental health of frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Cyprus. (1932-6203 (Electronic)).
- Karasu, F. A.-O., Öztürk Çopur, E. A.-O., & Ayar, D. A.-O. The impact of COVID-19 on healthcare workers' anxiety levels. (2198-1833 (Print)).

- Leng, M., Wei, L., Shi, X., Cao, G., Wei, Y., Xu, H., . . . Wei, H. A.-O. Mental distress and influencing factors in nurses caring for patients with COVID-19. (1478-5153 (Electronic)).
- Liu, Y., Long, Y., Cheng, Y., Guo, Q., Yang, L., Lin, Y., . . . Du, L. Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Nurses in China: A Nationwide Survey During the Outbreak. (1664-0640 (Print)).
- Lota, G., Fernandez, M., Magri, G., Mello, C., Corrêa, M., Rocha, M., Tamaki, E., Schall, B., Pimenta, D. (2021). A pandemia de Covid-19 e os(as) profissionais de saúde pública no Brasil 4º fase. https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/a-pandemia-de-covid-19-e-os-profissionais-de-saude-publica-no-brasil_fase-4.pdf
- Mehta, S., Yarnell, C., Shah, S., Dodek, P., Parsons-Leigh, J., Maunder, R., . . . the Canadian Critical Care Trials, G. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on intensive care unit workers: a nationwide survey. *Canadian Journal of Anaesthesia/Journal canadien d'anesthésie*. <https://doi.org/10.1007/s12630-021-02175-z>
- OPAS - Excesso de mortalidade associado à pandemia de COVID-19 foi de 14,9 milhões em 2020 e 2021. Acesso em 14 de maio 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2022-excesso-mortalidade-associado-pandemia-covid-19-foi-149-milhoes-em-2020-e-2021>
- BRASIL, 2022. Saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia da covid-19 em MS e DF: relatório parcial descritivo do DF. Acesso em 14 de maio 2022. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2022/02/relatorio_parcial_saude_mental_profissionais_DF.pdf
- Pan, L., Xu, Q., Kuang, X., Zhang, X., Fang, F., Gui, L., . . . Liu, H. Prevalence and factors associated with post-traumatic stress disorder in healthcare workers exposed to COVID-19 in Wuhan, China: a cross-sectional survey. (1471-244X (Electronic)).
- Peng, X., Meng, X., Li, L., Hu, C., Liu, W., Liu, Z., . . . Peng, M. (2021). Depressive and Anxiety Symptoms of Healthcare Workers in Intensive Care Unit Under the COVID-19 Epidemic: An Online Cross-Sectional Study in China [Brief Research Report]. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.603273>
- Peñacoba, C., Catala, P., Velasco, L., Carmona-Monge, F. J., Garcia-Hedrerera, F. J., & Gil-Almagro, F. (2021). Stress and quality of life of intensive care nurses during the COVID-19 pandemic: Self-efficacy and resilience as resources [https://doi.org/10.1111/nicc.12690]. *Nursing in Critical Care*, 26(6), 493-500. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nicc.12690>
- Quispe-Sancho, A., Chambi-Macedo, K. L., Laurel-Vargas, V., Huamani-Merma, E., Cuzcano-Gonzales, K. V., Huaita-Rocha, M. A., . . . Mejia, C. R. (2021). Depression, anxiety, and stress in health professionals working during the covid-19 pandemic in Peru: An analytical cross-sectional study [Article]. *Electronic Journal of General Medicine*, 18(6), Article em319. <https://doi.org/10.29333/EJGM/11210>

- Roberts, T., Daniels, J., Hulme, W., Horner, D., Lyttle, M. D., Samuel, K., . . . Carlton, E. (2020). COVID-19 emergency response assessment study: A prospective longitudinal survey of frontline doctors in the UK and Ireland: study protocol [Article]. *BMJ Open*, *10*(8), Article 039851. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039851>
- Saracoglu, K. T., Simsek, T., Kahraman, S., Bombaci, E., Sezen, Ö., Saracoglu, A., & Demirhan, R. (2020). The Psychological Impact of COVID-19 Disease is more Severe on Intensive Care Unit Healthcare Providers: A Cross-sectional Study [Article]. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, *18*(4), 607-615. <https://doi.org/10.9758/CPN.2020.18.4.607>
- Smallwood, N., Karimi, L., Bismark, M., Putland, M. A.-O. X., Johnson, D., Dharmage, S. C., . . . Willis, K. High levels of psychosocial distress among Australian frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. (2517-729X (Print)).
- Tejedor-Romero, L., Vinuesa-Sebastián, M. M., & Aranaz-Andrés, J. M. (2021). Healthcare workers in intensive care units as second victims of SARS-CoV-2: results of a survey [Article]. *Journal of Healthcare Quality Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.10.004>
- Teixeira, Carmen Fontes de Souza et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 3465-3474, 2020.
- Vadi, S., Shah, S., Bajpe, S., George, N., Santhosh, A., Sanwalka, N., & Ramakrishnan, A. (2022). Mental Health Indices of Intensive Care Unit and Emergency Room Frontliners during the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Pandemic in India. *Indian J Crit Care Med*, *26*(1), 100-107. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24081>
- Van Steenkiste, E., Schoofs, J., Gilis, S., & Messiaen, P. (2021). Mental health impact of COVID-19 in frontline healthcare workers in a Belgian Tertiary care hospital: a prospective longitudinal study [Article]. *Acta Clinica Belgica: International Journal of Clinical and Laboratory Medicine*. <https://doi.org/10.1080/17843286.2021.1903660>
- Vitale, E., Galatola, V., & Mea, R. (2021). Observational study on the potential psychological factors that affected Italian nurses involved in the COVID-19 health emergency : Nurses' psychological factors during COVID-19 health emergency. *Acta Biomedica Atenei Parmensis*, *92*(S2), e2021007. <https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11305>
- Wozniak, H. A.-O., Benzakour, L., Moullec, G., Buetti, N., Nguyen, A., Corbaz, S., . . . Cereghetti, S. Mental health outcomes of ICU and non-ICU healthcare workers during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. (2110-5820 (Print)).
- Xiong, L.-J., Zhong, B.-L., Cao, X.-J., Xiong, H.-G., Huang, M., Ding, J., . . . Hu, Y. (2021). Possible posttraumatic stress disorder in Chinese frontline healthcare workers who survived COVID-19 6 months after the COVID-19 outbreak: prevalence, correlates,

and symptoms. *Translational Psychiatry*, 11(1), 374. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01503-7>

Çelik, F., & Dağlı, R. (2021). Comparison of the mental status of COVID-19 intensive care unit and general intensive care unit staff [Article]. *Duzce Medical Journal*, 23(2), 197-204. <https://doi.org/10.18678/dtfd.915010>

Şanlıtürk, D. Perceived and sources of occupational stress in intensive care nurses during the COVID-19 pandemic. (1532-4036 (Electronic)).

Mourad Ouzzani, Hossam Hammady, Zbys Fedorowicz, and Ahmed Elmagarmid. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews* (2016) 5:210, DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4.

5.2 EMERGÊNCIA SANITÁRIA E PSICOLOGIA: OS SOFRIMENTOS CAUSADOS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DA PANDEMIA DE COVID-19

Francisco Diógenes Lima de Assis¹ Andrés Eduardo Aguirre Antúnez²

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo avaliar a prevalência de ansiedade, depressão e estresse em profissionais de saúde que atuaram na linha de frente da pandemia de Covid-19, no Hospital Regional do Cariri, localizado na cidade de Juazeiro do Norte, no sul do Ceará. Trata-se de uma pesquisa observacional, exploratória, quantitativa do tipo transversal, que contou com um total de 23 profissionais de saúde. Foram utilizados dois instrumentos validados, a DASS-21 que avalia ansiedade, estresse e depressão. E a escala SRQ-20 que serve como rastreio de saúde mental, além disso perguntas gerais sobre a pandemia foram elaboradas pelos próprios autores. Os resultados da pesquisa mostraram que a escala DASS-21 considerou um percentual para ansiedade de 9,70% para os níveis moderado ou grave. Cerca de 17,40% dos profissionais mostraram ter estresse de leve a grave. Para depressão o percentual foi de 9,70% para leve e moderado conjuntamente. A avaliação por meio da SRQ-20, mostrou que 47,83% dos profissionais de saúde apresentaram sofrimento mental.

Palavras chaves: Emergência em saúde pública, Psicologia, Profissionais de Saúde, Saúde Mental.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the prevalence of anxiety, depression, and stress in health professionals who worked on the front line of the Covid-19 pandemic at the Cariri Regional Hospital, located in the city of Juazeiro do Norte, in the south of Ceará. This is an observational, exploratory, quantitative cross-sectional study with a total of 23 health professionals. Two validated instruments were used, the DASS-21, which assesses anxiety, stress, and depression. And the SRQ-20 scale that serves as a mental health screening, in addition to general questions about the pandemic, was elaborated on by the authors themselves. The results of the research showed that the DASS-21 scale considered a percentage for anxiety of 9.70% for moderate or severe levels. About 17.40% of the professionals showed to have mild to severe stress. For

depression, the percentage was 9.70% for mild and moderate together. The evaluation through the SRQ-20 showed that 47.83% of the health professionals presented mental suffering.

Keywords: Public Health Emergency, Psychology, Health Professionals, Mental Health.

1. INTRODUÇÃO

No final do ano de 2019 surgiram rumores de uma nova doença na China, os sintomas eram semelhantes a pneumonia. Em 2020, cientistas de vários lugares do mundo realizaram estudos para sequenciar o RNA do vírus e a descoberta feita é que se tratava de um novo vírus da família do coronavírus e a doença por ele provocada denominada de COVID-19. A transmissão rápida da doença fez a Organização Mundial de Saúde - OMS decretar que o mundo estava em estado pandêmico. Dessa forma, todos os países entraram em estado de alerta para o enfrentamento da pandemia (WANG et al., 2020; XIAO, 2020).

A pandemia de COVID-19 é considerada uma Emergência em Saúde Pública, os profissionais de saúde são os principais atores envolvidos no seu enfrentamento (RODRIGUES, 2020). Desde o início da Pandemia de COVID-19, a área da saúde tem gerado importantes discussões na comunidade internacional e nacional, ou seja, a emergência sanitária ao redor do mundo e as milhares de mortes causadas alertaram todos os países a discutirem seus papéis no enfrentamento da crise (WERNECK; CARVALHO, 2020).

No caso do Brasil, com a alta disseminação do vírus o país tem apresentado lacunas que contribuem para o agravamento dos problemas existentes no Sistema Único de Saúde – SUS (LIMA, PEREIRA e MACHADO, 2020). Durante um longo período o Brasil foi o epicentro da pandemia, o grandioso número de mortes e transmissão do vírus, fez com que a Fiocruz declarasse que o país vivia o “maior colapso sanitário e hospitalar da história”. Especificamente, em março de 2021, o país apresentou 66 mil mortes e quase 100% da capacidade dos leitos em diferentes Estados (FIOCRUZ, 2021).

Diante desse cenário estressor, diferentes componentes contribuíram para o adoecimento dos profissionais de saúde, dentre eles podemos citar: uma longa jornada de trabalho excessivo, mudanças na rotina familiar ou impedimento de conviver com os familiares, mudança na rotina profissional, tendo em vista as mudanças constantes nas orientações quanto ao enfrentamento da pandemia, entre outros fatores (EL-HAGE et al., 2020).

Essa pesquisa torna-se importante, pois os profissionais de saúde estão primariamente ligados no enfrentamento da pandemia. Outro ponto relevante é a respeito da escassez de estudos na cidade de Juazeiro do Norte- CE, que tratem da saúde mental dessas pessoas. Dessa

forma, o objetivo desse estudo foi avaliar a prevalência de ansiedade, depressão e estresse em profissionais de saúde que atuaram na linha de frente da pandemia de Covid-19.

2. MÉTODO

2.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa observacional, exploratória, quantitativa do tipo transversal analítica.

2.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada no Brasil, na cidade de Juazeiro do Norte – CE, no Hospital Regional do Cariri – HRC, dois anos após o início da pandemia de COVID-19. O HRC é a maior instituição de atenção secundária da cidade, referência na região do Cariri cearense, com elevado número de profissionais de saúde. Vale ressaltar que a unidade é o primeiro hospital público da rede estadual construído no interior do Ceará. A unidade hospitalar possui 27 mil metros quadrados, 294 leitos e atende a uma população de 1,5 milhão de habitantes dos 44 municípios da macrorregião do Cariri, formada pelas regiões de saúde de Juazeiro do Norte, Crato, Brejo Santo, Iguatu e Icó. Dessa forma, a instituição foi referência na região para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, no interior do Estado do Ceará. O período de levantamento dos dados ocorreu entre os meses de junho e julho de 2022.

2.3 População

Os participantes da pesquisa foram os profissionais de saúde do Hospital Regional do Cariri – HRC, (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas e auxiliares de enfermagem), que atuaram na linha de frente da Pandemia de COVID-19.

2.4 Amostra e amostragem

A amostragem da pesquisa foi por conveniência, uma vez que os todos os profissionais foram convidados a participarem da pesquisa.

2.4.1 Critérios de elegibilidade

Os profissionais precisavam ter atuado nas UTI's Covid-19 do Hospital Regional do Cariri – HRC, foi levado em consideração os efetivos e os contratados em caráter temporário, pessoas de ambos os sexos, e por último, possuir idade acima de 18 anos. Os critérios de exclusão foram os profissionais de saúde que atuaram a menos de um mês nas UTI's COVID-19.

2.5 Coleta de dados

Para realizar a coleta de dados foi estabelecido contato com os responsáveis pela instituição participante para a realização da pesquisa. Os objetivos e procedimentos do estudo foram apresentados para apreciação e concordância da direção. A direção foi informada sobre eventuais alterações no projeto após a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa que, quando necessário, sugere modificações para garantir que os aspectos éticos sejam respeitados, conforme a resolução 466/2012. Com o consentimento da instituição para a realização da pesquisa, o projeto foi submetido e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade de São Paulo (CAAE: 52091221.8.0000.5561).

O pesquisador realizou contato por e-mail com o setor de estudo do HRC. No e-mail foi explicado a pesquisa, bem como constava os contatos do pesquisador e o link do Google Forms com o instrumento de coleta de dados <https://forms.gle/XnoD5N4f8ENuFzxM7> que contém as perguntas de pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os instrumentos que constam no formulário são os seguintes: Questionário de Identificação Pessoal e de Trabalho: O Instrumento foi criado pelos pesquisadores para coletar as informações de identificação, bem como para analisar variáveis relacionadas a atuação profissional e a pandemia. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse, (DASS-21): é uma escala de autorrelato, na qual contém três subescalas - depressão, ansiedade e estresse -, é um instrumento do tipo Likert, de quatro pontos (0,1,2 e 3). A escala Likert é composta de frases, e no que se refere a cada uma delas solicita aos sujeitos que manifeste o grau de concordância e discordância de cada item. (VIGNOLA et al., 2013). A versão que foi utilizada é a resumida composta de 21 itens conhecida como DASS-21(MARTINS et al, 2019, p. 34). Self Report

Questionnaire (SRQ 20): É um instrumento de rastreamento para transtornos mentais não-psicóticos com respostas do tipo sim ou não. A cada resposta positiva o sujeito pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores, sendo a pontuação de zero considerada como baixa probabilidade e escore de vinte como alta probabilidade de transtorno mental não psicótico. (GONÇALVES et al., 2008).

Foi solicitado ao hospital o encaminhamento do e-mail com as informações da pesquisa, os contatos do pesquisador e o link do Google forms, de forma a convidar os profissionais da saúde que atuaram na Unidade de Terapia Intensiva.

2.5.1 Variáveis

As variáveis independentes foram avaliadas em dois blocos: 1) Características sociodemográficas – idade (anos completos), Gênero (feminino ou masculino ou não binário ou outros), número de filhos (nenhum ou 1 ou 2 ou 3 ou mais), estado civil (solteira ou casada ou Divorciada ou Viúva ou Outro) compartilhamento de residência (filhas ou pais ou amiga ou companheiro e filhos ou sozinha ou outro) quantas pessoas residiu durante a pandemia (1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou mais ou sozinha) qual a profissão (Médica ou Enfermeira ou Fisioterapeuta ou Téc. de Enfermagem Aux. de Enfermagem ou Outro); 2) Variáveis relacionadas com trabalho: tempo atua no HRC (1 mês a 6 meses ou 7 meses a 12 meses ou 1 ano a 2 anos ou 2 anos a 4 anos ou 5 anos ou mais), renda individual (em reais) tempo de atuação na linha de frente da Covid-19 (1 mês a 6 meses ou 7 meses a 12 meses ou 1 ano e 6 meses ou Outro), jornada de trabalho alterada devido à Pandemia (sim ou não) se sim para pergunta anterior – (jornada de trabalho aumentou ou jornada de trabalho diminuiu) sentiu o desejo de deixar o Emprego (sim ou não), Medidas de proteção (sim ou não), Satisfação das medidas de proteção (muito satisfeito ou razoavelmente satisfeito ou pouco satisfeito ou nada satisfeito), Recebeu apoio de colegas do trabalho (sim ou não), infectado por SARS-COV-2 (sim ou não), Preocupação em infectar familiares (sim ou não), restrição com contato social (sim ou não). Para as perguntas a seguir, as opções de resposta foram nunca ou raramente ou às vezes ou frequentemente: Relação negativa com outras pessoas, relação negativa com o trabalho, relação negativa com a profissão, Ansiedade devido a Pandemia, Tristeza devido a Pandemia, Angústia devido a Pandemia, Irritabilidade devido a Pandemia, Medo devido a Pandemia, Pânico devido a Pandemia e Estresse devido a Pandemia. Ainda, questionou-se sobre: Experimentou outro sintoma (resposta aberta), Auxílio para saúde mental (sim ou não), Fez psicoterapia (sim ou

não), Praticou meditação (sim ou não), consulta com Psiquiatra (sim ou não), fez ioga (sim ou não), sentimentos após vacina (Nunca ou raramente ou às vezes ou frequentemente).

As variáveis dependentes foram mensuradas a partir de dois instrumentos: Escala DASS-21 que avalia ansiedade, estresse e depressão e a SRQ20 que é um instrumento de rastreio de saúde mental. A DASS-21 considera dentro do padrão de normalidade para os desfechos de depressão, ansiedade e estresse, o escore médio $< 2,34$ e percentil de $< P78$. Os casos de depressão, ansiedade e estresse considerados como leves, possuem percentil de $P78|$ - $P87$ e escore médio $2,34|$ - $2,61$, respectivamente. Os casos considerados moderados para os três desfechos, têm percentil de $P87|$ - $P95$ com escore médio $2,61|$ - $2,85$, os casos considerados graves possuem percentil de $P87|$ - $P98$ e o escore médio de $2,85|$ - $2,94$, os casos extremamente graves são considerados com um percentil $\geq P98$ e escore médio de $\geq 2,94$ (Martins et al., 2019). A escala SRQ20 apresenta uma série de perguntas que gera um escore que pode variar de 0 a 20. A pontuação ocorre por meio de cada resposta positiva (valor 1) o ponto de corte estabelecido pela literatura pra caracterizar o sofrimento mental, com melhor sensibilidade e especificidade, é 7,5 (GONÇALVES et al., 2008).

2.6 Análise de dados

A análise dos dados foi processada pelo programa estatístico Stata, versão 17. Levou-se em consideração valores absolutos e relativos para análise descritiva. Para as variáveis quantitativas, foram calculadas as medidas de tendência central média e mediana, bem como medidas de dispersão como valores mínimo e máximo e desvio padrão. Para as variáveis categóricas foram estimadas frequências absolutas e relativas. Os resultados foram expressados em forma de tabelas.

2.7 Aspectos éticos

No que se refere às questões éticas desse estudo, destaca-se que estão apoiadas pela resolução nº 466 de 2012 e nº 510 de 2016, que normatizam e regulamentam as pesquisas realizadas com seres humanos (BRASIL, 2012). Os participantes também foram orientados acerca do anonimato, natureza da pesquisa, objetivos e sigilo das informações prestadas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado via web juntamente com os outros instrumentos da pesquisa através do Google Forms.

A pesquisa foi devidamente registrada e aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa e possui o seguinte número de protocolo: (CAAE: 52091221.8.0000.5561).

3. RESULTADOS

Ao final da pesquisa 23 profissionais de saúde participaram do estudo, sendo a maioria do sexo feminino, com idade mínima de 25 e máxima de 39 anos, mediana de 35 anos, média de 33,35 anos e desvio padrão de $\pm 4,50$ anos. As características sociodemográficas foram apresentadas na tabela 1. A maioria apresentou estado civil solteira e disse não possuir filhos, quando perguntadas sobre com quem residiram durante a pandemia, houve percentual igual para os grupos avaliados, pois, metade das respondentes afirmaram morar com seus pais e outra metade disse que residiram sozinhas. A renda das participantes variou entre R\$ 2.500,00 e R\$ 20.000,00, mediana de R\$3800,00, média salarial de R\$ 4952,17 e desvio padrão de \pm R\$ 3627,91. No que se refere as especialidades da área de formação, o estudo mostrou que a maioria das respondentes foram fisioterapeutas, seguidas de enfermeiras, médicas e nutricionistas.

Tabela 1 – Características sociodemográficas das participantes da pesquisa, Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

VARIÁVEIS	N	%
Gênero		
Feminino	20	86,96
Masculino	3	13,04
Possui filhos		
1	5	21,74
2	3	13,04
3 ou mais	2	8,70
Não	13	56,52
Estado Civil		
Casada(o)	5	21,74
Divorciada(o)	2	8,70
Separada(o)	2	8,70
Solteira(o)	14	60,87
Com quem você residiu durante a pandemia?		
Amiga(o)	1	4,35
Companheira(o)	1	4,35
Companheira(o) e Filhos(as)	5	21,74
Filhas(os)	1	4,35
Meus pais e meu Filho(a)	1	4,35
Pais	6	26,09

Parte maior do tempo só	1	4,35
Sozinha(o)	6	26,09
Só mas algum período com família	1	4,35
Com quantas pessoas você reside durante a pandemia?		
1	1	4,35
2	5	21,74
3	3	13,04
4	6	26,09
5 ou mais	1	4,35
Sozinha (o)	7	30,43
Qual a sua profissão?		
Enfermeira(o)	1	4,35
Fisioterapeuta	20	86,96
Médica(o)	1	4,35
Nutricionista	1	4,35
Quanto tempo você atua no HRC?		
1 a 2 anos	5	21,74
2 a 4 anos	2	8,70
5 ou mais	13	56,52
7 a 12 meses	3	13,04
Qual a sua renda individual?		
≤ R\$ 3800,00	14	60,87
> R\$ 3800,00	9	39,13

A maior parte da amostra afirmou que atua no Hospital Regional do Cariri a mais de 5 anos, esteve na linha de frente desde o início da pandemia de Covid-19, responderam que tiveram suas jornadas de trabalho alterada devido a pandemia e que sentiram vontade de deixar o emprego. A maior parte das participantes responderam que a instituição hospitalar tomou medidas de proteção relacionadas a saúde física, porém a maioria disse ficar pouco satisfeita com as medidas tomadas a respeito dos aspectos físicos e emocionais. Em contrapartida, mais da metade da amostra disse ter recebido apoio emocional dos colegas de trabalho, bem como disse ter sido infectada pelo vírus Sars-Cov-2. Todas as participantes responderam em unanimidade que sentiram medo de infectar tanto os seus familiares como outras pessoas. A maioria respondeu perceber o afastamento de pessoas do convívio social devido trabalharem no hospital (Tabela 2).

Ao avaliar a escala de ansiedade, estresse e depressão observou-se que apenas 9,70% apresentaram escore leve ou moderado. Ao considerar ansiedade, 9,70% obtiveram nível leve ou moderado. Cerca de 17,40% dos profissionais mostraram ter estresse de leve a grave. Para depressão o percentual foi de 9,70% para leve e moderado conjuntamente. Para a avaliação do

estresse, por meio da SRQ-20, obteve o resultado de 47,83% de sofrimento mental nos trabalhadores do hospital avaliado.

Tabela 2 – Aspectos de trabalho e saúde mental das participantes da pesquisa, Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

VARIÁVEIS	N	%
Você teve sua jornada de trabalho alterada devido à Pandemia?		
Não	8	34,78
Sim	15	65,22
Em virtude da Pandemia você sentiu o desejo de deixar o Emprego?		
Não	9	39,13
Sim	14	60,87
Você ficou satisfeito com as medidas de proteção física e mental implementadas?		
Muito satisfeito	1	4,35
Nada satisfeito	5	21,74
Pouco satisfeito	9	39,13
Razoavelmente satisfeito	8	34,78
Você recebeu apoio emocional de colegas de trabalho?		
Não	5	21,74
Sim	18	78,26
Com que frequência a Pandemia afetou negativamente sua relação com o trabalho?		
Frequentemente	7	30,43
Nunca	1	4,35
Raramente	3	13,04
Às vezes	12	52,17
Com que frequência você sentiu Ansiedade devido a Pandemia?		
Frequentemente	14	60,87
Raramente	1	4,35
Às vezes	8	34,78
Com que frequência você teve sentimentos de tristeza devido a Pandemia?		
Frequentemente	14	60,87
Raramente	2	8,70
Às vezes	7	30,43
Com que frequência você sentiu: Angústia devido a Pandemia?		
Frequentemente	14	60,87
Raramente	3	13,04
Às vezes	6	26,09
Com que frequência você sentiu Irritabilidade devido a Pandemia?		
Frequentemente	10	43,48

Raramente	3	13,04
Às vezes	10	43,48
Com que frequência você sentiu Medo devido a Pandemia?		
Frequentemente	17	73,91
Raramente	2	8,70
Às vezes	4	17,39
Com que frequência você sentiu Pânico devido a Pandemia?		
Frequentemente	7	30,43
Nunca	3	13,04
Raramente	6	26,09
Às vezes	7	30,43
Com que frequência você sentiu Estresse devido a Pandemia?		
Frequentemente	12	52,17
Raramente	3	13,04
Às vezes	8	34,78
Depressão (DASS-21)		
Normal	21	91,30
Leve	1	4,35
Moderada	1	4,35
Grave	0	0,00
Ansiedade (DASS-21)		
Normal	21	91,30
Leve	1	4,35
Moderada	1	4,35
Grave	0	0,00
Estresse (DASS-21)		
Normal	19	82,61
Leve	2	8,70
Moderada	1	4,35
Grave	1	4,35
Sofrimento mental (SQR-20)		
Não	12	52,17
Sim	11	47,83

Em uma escala de frequentemente, às vezes, raramente ou nunca, os participantes foram perguntados sobre como sentiram-se emocionalmente, os profissionais responderam que frequentemente sentiam tristeza e angústia durante o tempo de atuação na UTI. Frequentemente sentiram também: irritabilidade, medo, pânico e estresse, mais da metade dos participantes afirmaram que o estresse não estava relacionado a falta de insumos. As participantes foram perguntadas também se sentiram seguras após estarem vacinadas, mais da metade respondeu que às vezes sentiram-se menos ansiosas, tristes e angustiadas, acerca da irritabilidade as

participantes relataram sentir frequentemente ou às vezes na mesma proporção. Já o medo apresentou frequência relativa semelhante para as respostas raramente e às vezes. A maioria relatou que nunca sentiu pânico e informou que se sentiu estressada (Tabela 2).

A maioria das participantes disse que buscou algum tipo de auxílio para sua saúde e fez psicoterapia. As participantes afirmaram que não buscaram ajuda psiquiátrica ou outros meios alternativos de trabalhar a saúde, como: meditação e ioga (Tabela 3).

Tabela 3 – Variáveis de saúde, terapias e vacinação das participantes da pesquisa, Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

VARIÁVEIS	N	%
Devido a pandemia, você buscou ou teve algum tipo de auxílio para sua saúde?		
Não	8	34,78
Sim	15	65,22
Devido a pandemia você fez ou chegou a fazer Psicoterapia?		
Não	9	39,13
Sim	14	60,87
Devido a pandemia você praticou meditação?		
Não	12	52,17
Sim	11	47,83
Devido a pandemia você fez consulta com Psiquiatra?		
Não	16	69,57
Sim	7	30,43
Devido a pandemia você fez Ioga?		
Não	20	86,96
Sim	3	13,04
Após estar vacinado(a) você considera que houve redução significativa de ansiedade?		
Frequentemente	6	26,09
Nunca	2	8,70
Raramente	5	21,74

Às vezes	10	43,48
Após estar vacinado(a) você considera que houve redução significativa de tristeza?		
Frequentemente	6	26,09
Nunca	3	13,04
Raramente	7	30,43
Às vezes	7	30,43
Após estar vacinado(a) você considera que houve redução significativa de angústia?		
Frequentemente	6	26,09
Nunca	2	8,70
Raramente	6	26,09
Às vezes	9	39,13
Após estar vacinado(a) você considera que houve redução significativa de irritabilidade?		
Frequentemente	7	30,43
Nunca	5	21,74
Raramente	4	17,39
Às vezes	7	30,43
Após estar vacinado(a) você considera que houve redução significativa de medo?		
Frequentemente	5	21,74
Nunca	2	8,70
Raramente	8	34,78
Às vezes	8	34,78
Após estar vacinado(a) você considera que houve redução significativa de pânico?		
Frequentemente	6	26,09
Nunca	7	30,43
Raramente	4	17,39
Às vezes	6	26,09
Após estar vacinado(a) você considera que houve redução significativa de estresse?		

Frequentemente	8	34,78
Nunca	3	13,04
Raramente	7	30,43
Às vezes	5	21,74

4. DISCUSSÃO

É importante investigar as condições de saúde mental dos profissionais de saúde que atuaram durante a emergência em saúde pública de Covid-19. Este é um dos poucos estudos realizados na cidade de Juazeiro do Norte-CE, com o objetivo de avaliar a prevalência de ansiedade, estresse e depressão entre os profissionais da linha de frente. Descobrimos através dos instrumentos que a ansiedade teve um percentual de 9,70% para os níveis moderado ou grave. Para a depressão o percentual foi de 9,70% para os níveis leves ou moderados. Cerca de 17,40% dos profissionais mostraram ter estresse de leve a grave. A avaliação por meio da SRQ-20, mostrou que 47,83% dos profissionais de saúde apresentaram sofrimento mental.

Os principais sintomas da ansiedade são caracterizados por apreensões frequentes em relação ao futuro bem como, por questões cotidianas e irritabilidade, tensão muscular, diarreia e cefaleia. A manifestação da ansiedade também pode vir associada de ataques de pânico, situações intensas de perda de controle, medo de morrer ou enlouquecer, e diferentes sintomas físicos, como dor no peito e falta de ar. A depressão é a expressão de tristeza e ausência de prazer nas atividades cotidianas. Normalmente, o indivíduo sofre modificações importantes no sono, apetite e pensamentos. Tal fato, favorece a ideação suicida ou até mesmo o suicídio (PAPPA et al., 2020).

Os resultados da presente pesquisa sinalizaram que houve presença de ansiedade, depressão e estresse em profissionais de saúde. Quando foi observado o rastreio para saúde mental que quase 50% demonstraram ter sofrimento durante a pandemia.

Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, entre outros profissionais da área, foram submetidos a diversos fatores que contribuíram negativamente para seus adoecimentos, incluindo a ansiedade, estresse e depressão. Alguns dos componentes para avaliar a saúde mental que foram mais prevalentes, estão listados a seguir: taxa de contágio, gravidade da doença, ausência de conhecimento sobre o agravo, escassez de equipamentos, incapacidade de adequada assistência e tratamento, alterações de recomendações pelas entidades governamentais, modificação da rotina de trabalho e vida pessoal, medo de contaminar pessoas

da família ou de adoecer, estar longe dos familiares e trabalho excessivo (EL-HAGE et al., 2020).

Pesquisa prévia realizada pela Fundação Getúlio Vargas - FGV contou com a participação de 1.829 pessoas e apontou que 87,6% dos profissionais de saúde sentem medo da COVID-19, dos 96,6% dos respondentes afirmaram que conhecem algum colega de trabalho que testou positivo para Covid-19 ou teve suspeita e 31,12% já tiveram a doença.

No que diz respeito a saúde mental, 80,2% responderam que sua saúde mental foi afetada negativamente pela pandemia e apenas 19% receberam algum tipo de apoio para sua saúde mental. Quando perguntados especificamente sobre os sintomas que mais experimentaram na pandemia, os profissionais responderam que sentiram: estresse/ansiedade (67,8%), medo (58,8%), cansaço (57,7%) e tristeza (50,6%). Os sentimentos positivos apareceram em menor frequência, sendo a esperança (54,1%) e a empatia (29,5%) os mais frequentes. Outro dado importante da pesquisa, é que a alta exposição da linha frente requer cuidados específicos e apoio quando se fala em saúde mental, sendo assim, 69,9% dos profissionais responderam o quanto se sentem despreparados para lidar com a crise (LOTTA et al., 2021).

Neste estudo, a frequência relativa do medo da pandemia, foi de 73,9%, ou seja, pouco inferior ao da pesquisa apresentada. Em relação aos sintomas mais experimentados: ansiedade, tristeza e angústia o percentual foi de 60,8%, seguidos de estresse 52,1% que também corroboram com os dados citados na referida pesquisa. Outros sintomas também fizeram parte desta pesquisa, como pânico e irritabilidade que apresentaram frequência relativa 43,8% e 30,4%, respectivamente. Em relação ao medo de estarem infectados 100% responderam que sentiram medo e 65,2% disseram que desenvolveram a doença. Os profissionais de saúde responderam que a pandemia afetou negativamente a sua relação com o trabalho em 52,1%, e 78,2% afirmaram ter recebido apoio emocional de algum colega de trabalho.

Pesquisa realizada entre dezembro de 2020 e abril de 2021 no Distrito Federal e Mato Grosso do Sul, com 831 profissionais de saúde, mostrou por meio da escala DASS-21 sintomas variáveis de leve a extremamente severo para ansiedade, depressão e estresse, conforme os dados a seguir: ansiedade extremamente severa tiveram 281 respondentes (33,8%) e 95 para leve (11,4%), a classificação moderada foi de 77 (9,5%) e severa 59 (7,1%), totalizando em (61,6%). A depressão apresentou a classificação de extremamente severa para 171 participantes (21,4%), seguida de 161 para depressão moderada (19,4%), 92 de severa (11,1%) e 80 casos para leve (9,6%), totalizando (61,5%) (Fundação Oswaldo Cruz, et al, 2022).

Em relação ao estresse 171 responderam que se encontravam em nível severo, (20,6%), em relação a 162 para extremamente severo (19,5%), 128 moderado (15,4%), e 79 para leve (9,5%), totalizando (65%) (FIOCRUZ, 2022).

Revisão acerca do tema sintetizou pesquisas realizadas em diferentes países e constatou que os profissionais de saúde e da linha de frente são os mais propensos a correrem riscos físicos, de contaminação, estigmatização social e altas demandas de trabalho. Em maio de 2021, na América Latina e no Caribe, o número de profissionais de saúde infectados pela COVID-19, ultrapassou 1,8 milhões e 9.000 morreram do vírus. Adicionalmente, nos EUA houve relato de trabalhadores de saúde pública, que apresentaram pelo menos um sintoma, como: depressão (32, 0%), ansiedade (30,3%), estresse pós-traumático (36,8%) e ideação suicida (8,4%) (TAUSH, et. al, 2022). Os dados da presente pesquisa revelaram que 86,9% dos profissionais de saúde sentiram que as pessoas evitaram contato social devido ao trabalho na linha de frente, e outros 56,5% afirmaram que a pandemia afetou negativamente a sua relação com outras pessoas. Esses dados, reforçam o quanto a estigmatização social é uma realidade enfrentada pelos profissionais.

Outro ponto extremamente importante refere-se as altas demandas de trabalho, 65,2% responderam que a pandemia alterou sua jornada de trabalho, 86,6% disseram que tiveram aumento de trabalho. Essas perguntas evidenciam as mudanças na rotina laboral, bem como, apontam para a necessidade de adaptação por parte dos profissionais de saúde ocorridas tanto no ambiente hospitalar como nas suas vidas pessoais.

Em outro estudo realizado na Argentina no mês de junho de 2020, com 1.059 profissionais de saúde, encontrou que a maioria relatou sintomas de depressão (81%), ansiedade (76,5%), má qualidade no sono (84,7%), e insônia (73,7%). Esses dados não são tão diferentes do que foi encontrado por pesquisados chilenos em seu estudo, que avaliou 125 trabalhadores de saúde de cuidados secundários (80%) e dos cuidados primários (20%) os profissionais avaliados foram médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde, do total dos participantes, 65% relataram sintomas de depressão, 74% ansiedade, 65% insônia e 57% angústia (URZUA et al., 2020).

Nosso estudo apresenta várias limitações. Primeiro a pesquisa foi realizada de modo remoto o que pode gerar um viés na amostragem. A baixa adesão dos participantes e o pequeno tamanho amostral são outras limitações encontradas. Estas limitações são relevantes, pois podem gerar questionamentos sobre a própria pandemia, será que os profissionais de saúde estão exaustos dos seus trabalhos a ponto de não conseguirem responder a pesquisa? Apesar do número reduzido de participantes a pesquisa foi importante, pois no interior do Ceará não

existem tantas pesquisas voltadas para a saúde mental dos profissionais de saúde, ou seja, esse é um aspecto positivo deste estudo. Nesta pesquisa, foram adotados instrumentos validados para avaliar ansiedade, estresse e depressão (DASS-21), bem como para realizar o rastreio de saúde mental (SRQ-20).

5. CONCLUSÃO

A saúde mental dos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente da pandemia de Covid-19 deve ser prioridade nas pesquisas científicas, tendo em vista que em casos de crises sanitárias, são estes profissionais que são primariamente acionados. Dessa forma, este estudo concluiu que a saúde mental dos profissionais foi afetada de forma importante pela pandemia.

Neste sentido, recomenda-se que outras pesquisas possam ser realizadas com um número maior de participantes, acredita-se ser importante devido a cada região do Brasil ter suas próprias peculiaridades no enfrentamento da pandemia de Covid-19.

REFERÊNCIAS

El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: what are the mental health risks?]. *L'Encéphale*. 2020 Apr 22;46(3S):S73-80. doi: 10.1016/j.encep.2020.04.008.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia da Covid-19 em MS e DF: relatório parcial descritivo do DF. [Brasília]: Fiocruz Brasília; Fiocruz Mato Grosso do Sul. 2022. 5 p.

Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: Um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 380–390. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>

Lota, G., Fernandez, M., Magri, G., Mello, C., Corrêa, M., Rocha, M., Tamaki, E., Schall, B., Pimenta, D. (2021). A pandemia de Covid-19 e os(as) profissionais de saúde pública no Brasil 4º fase. https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/a-pandemia-de-covid-19-e-os-profissionais-de-saude-publica-no-brasil_fase-4.pdf

Lima, L. D. de, Pereira, A. M. M., & Machado, C. V. (2020). Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(7), e00185220. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00185220>

Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic:

a systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2020 May 8;88:901-7. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.026.

Urzúa, Alfonso, Samaniego, Antonio, Caqueo-Úrizar, Alejandra, Zapata Pizarro, Antonio, & Irrázaval Domínguez, Matías. (2020). Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Revista médica de Chile*, 148(8), 1121-1127. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000801121>

Tausch, A., e Souza, R. O., Viciano, C. M., Cayetano, C., Barbosa, J., & Hennis, A. J. (2022). Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. *The Lancet Regional Health-Americas*, 5, 100118.

Teixeira, C. F. de S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. de M., Andrade, L. R. de, & Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465–3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>

Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M. DASS – 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil. Universidade Federal de São Paulo-Campus Baixada Santista. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde.

Werneck, G. L., & Carvalho, M. S. (2020). A pandemia de COVID-19 no Brasil: Crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5), e00068820. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00068820>

WANG, C. et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (covid-19) epidemic among the general population in china. *International journal of environmental research and public health*, Multidisciplinary Digital Publishing Institute, v. 17, n. 5, p. 1729, 2020.

XIAO, C. A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (covid-19)-related psychological and mental problems: Structured letter therapy. *Psychiatry Investig*, v. 17, [view.php?number=1133](http://www.psychiatryinvestigation.org/journal/4)>n. 2, p. 175–176, 2020. Disponível em: <<http://www.psychiatryinvestigation.org/journal/4>.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Emergência em Saúde Pública de Covid-19 ocasionou diferentes impactos na população de um modo geral. Esta pesquisa mostrou que os profissionais de saúde que estiveram na linha de frente tiveram consideravelmente a sua saúde mental afetada. Ou seja, os profissionais estiveram mais ansiosos, estressados, depressivos, angustiados e com medo durante a pandemia.

Todos os profissionais foram obrigados a vivenciar e enfrentar uma situação na qual não conheciam, isso gerou grande estresse, adicionalmente as altas demandas de trabalho, a alteração na rotina, o isolamento social de familiares e amigos contribuíram para os adoecimentos.

Apesar de já existir uma grande quantidade de pesquisas produzidas desde o primeiro ano de pandemia é necessário que os governos tenham seus planos de respostas que orientem e atendam às necessidades de enfrentamento para futuras situações de emergências sanitárias. Da mesma forma, é de extrema importância que os empregadores ofertem suporte material e mental para suas equipes, de modo que, proporcione o mínimo de conforto para os profissionais, pois dessa forma poderão ofertar atendimento seguro e de qualidade aos pacientes. Salienta-se que as experiências físicas e psicológicas dos profissionais de saúde são suficientes para que os gestores compreendam a importância de tomar as devidas precauções, haja vista a importância dessas pessoas.

É importante compreender que a pandemia deixará várias marcas na sociedade, entender isso antecipadamente faz toda diferença na redução de impactos futuros, por isso a importância de realizar pesquisas baseadas em evidências, pois isso possibilita a implementação de novas formas de enfrentamento, bem como melhorias relevantes, principalmente para os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRASIL. Plano Nacional de operacionalização da Vacinação contra a COVID-19. (2022). 12^o ed. Acesso em: 03/03/2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contracovid-19.pdf>

BRASIL. Saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia da covid-19 em MS e DF: relatório parcial descritivo do DF. Acesso em 14 de maio 2022. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2022/02/relatorio_parcial_saudemental_profissionais_DF.pdf

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ed. 27, seção 1, p. 1, 7 Fev 2020 [citado em 13 Jan 2022]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>.

Barros, M. B. de A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Azevedo, R. C. S. de, Romero, D., Souza Júnior, P. R. B. de, Azevedo, L. O., Machado, Í. E., Damacena, G. N., Gomes, C. S., Werneck, A. de O., Silva, D. R. P. da, Pina, M. de F. de, & Gracie, R. (2020). Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(4), e2020427. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018>

Bolsonaro sobre vacina da Pfizer: 'Se você virar um jacaré, é problema seu'—ISTOÉ Independente. ([s.d.]). Recuperado 19 de maio de 2022, de <https://istoe.com.br/bolsonaro-sobre-vacina-de-pfizer-se-voce- virar-um-jacare-e-problema-de-voce/>

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Buss, P. M. (Org.). (2020). *Diplomacia da saúde e Covid-19: Reflexões a meio caminho*. Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9786557080290>

Chan AO, Huak CY. Impacto psicológico do surto de síndrome respiratória aguda grave em 2003 em profissionais de saúde em um hospital geral regional de médio porte em Cingapura. *Ocupa Med(Londres)*. 2004; 54 (3):190–196. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Corley A., Hammond NE, Fraser JF As experiências dos profissionais de saúde empregados em uma unidade de terapia intensiva australiana durante a pandemia de gripe H1N1 de 2009:

um estudo fenomenológico. *Int J Nurs Stud.* 2010; 47 (5):577–585. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Couto, M. T., Barbieri, C. L. A., & Matos, C. C. de S. A. (2020). *Considerações sobre o impacto da COVID-19 na relação indivíduo-sociedade: Da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina* [Preprint]. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1196>

Crepaldi, M. A., Schmidt, B., Noal, D. da S., Bolze, S. D. A., & Gabarra, L. M. (2020). Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: Demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200090. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>

Croda, J., Oliveira, W. K. de, Frutuoso, R. L., Mandetta, L. H., Baia-da-Silva, D. C., Brito-Sousa, J. D., Monteiro, W. M., & Lacerda, M. V. G. (2020). COVID-19 in Brazil: Advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. *Revista Da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 53. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0167-2020>

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM EMERGÊNCIAS E DESASTRES EM SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Saúde mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações gerais. Brasília, 2020 a.

De Cassia Nakano, T. (2020). Crises, desastres naturais e pandemias: Contribuições da Psicologia Positiva: contribuições da Psicologia Positiva. *Ciencias Psicológicas*. <https://doi.org/10.22235/cp.v14i2.2161>

Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020. (2020). Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Brasília, DF: Presidência da República.

Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. (2011). Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). Brasília, DF: Presidência da República.

Faro, A., Bahiano, M. de A., Nakano, T. de C., Reis, C., Silva, B. F. P. da, & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: A emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200074. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>

Fisher RA. On the interpretation of χ^2 from contingency tables, and the calculation of P. *Journal of the Royal Statistical Society.* 1922;85(1):87–94.

GODLEE, F.; SMITH, J.; MARCOVITCH, H. O artigo de Wakefield ligando a vacina MMR e o autismo era fraudulento. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/342/bmj.c7452>

Goulia P., Mantas C., Dimitroula D., Mantis D., Hyphantis T. Preocupações da equipe do hospital geral, percepção de suficiência de informação e sofrimento psicológico associado durante a pandemia de influenza A/H1N1. *BMC Infect Dis.* 2010; 10 :322. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, jun 2020;288:112954. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954

Hochman, Gilberto. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2011, v. 16, n. 2 [Acessado 19 Maio 2022], pp. 375-386. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200002>>. Epub 14 Feb 2011. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200002>

Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: Um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 380–390. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>

Inloco. (2020). Mapa brasileiro da COVID-19: índice de isolamento social. Recife: Autor. Recuperado de <https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt/?hsCtaTracking=68943485-8e65-4d6f-8ac0-af7c3ce710a2%7C45448575-c1a6-42c8-86d9-c68a42fa3fcc>

IPCE. (2022). Ceará em Mapas: Informações georreferenciadas e espacializadas para os 184 municípios cearenses. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11.htm>. acesso em 31/01/2022.

Kang HS, Son Y. D, Chae S. M, Corte C. Experiências de trabalho de enfermeiros durante o surto de síndrome respiratória no Oriente Médio. *Prática de Enfermagem Int J*. 2018; 24 (5) [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Kiruthu, F. (2014). Book Review: Building Resilience: Social Capital in Post Disaster Recovery. Daniel P. Aldrich. University of Chicago Press, 2012. *Governance*, 1, 169-171.

Lima, D. L. F., Dias, A. A., Rabelo, R. S., Cruz, I. D. da, Costa, S. C., Nigri, F. M. N., & Neri, J. R. (2020). COVID-19 no estado do Ceará, Brasil: Comportamentos e crenças na chegada da pandemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5), 1575–1586. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.07192020>

Lima, L. D. de, Pereira, A. M. M., & Machado, C. V. (2020). Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(7), e00185220. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00185220>

Loco, I. ([s.d.]). *Mapa de Isolamento Social | COVID-19 | Coronavírus no Brasil | Inloco*. Recuperado 19 de maio de 2022, de <https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt/>

Lotta, G., Fernandez, M., Magri, G., Mello, C., Corrêa, M., Rocha, M., Tamaki, E., Schall., B., Pimenta., D. (2021). A pandemia de Covid-19 e os(as) profissionais de saúde pública no Brasil 4º fase. https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/a-pandemia-de-covid-19-e-os-profissionais-de-saude-publica-no-brasil_fase-4.pdf

Mann H, Whitney D. On a test whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *Annals of Mathematical Statistics*. 1947; 18:50–60.

Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B., Evans S. Efeitos psicológicos e ocupacionais de longo prazo da prestação de cuidados de saúde hospitalares durante o surto de SARS. *Emerg Infect Dis.* 2006; 12 (12):1924-1932. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Brasil. Ministério da Saúde. (2014). Plano de Respostas às Emergências em Saúde Pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Martins, B. G., Silva, W. R. da, Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2019a). Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: Propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(1), 32–41. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000222>

Martins, B. G., Silva, W. R. da, Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2019b). Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: Propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(1), 32–41. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000222>

Matta, G. C., Rego, S., Souto, E. P., & Segata, J. (Orgs.). (2021). *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: Populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>

Brasil. Ministério da Saúde. (2021). Secretaria de Vigilância em Saúde Doença pelo Coronavírus covid-19 boletim epidemiológico especial. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2021/boletim_epidemiologico_covid_52_final2.pdf

Brasil. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COE-nCoV). Especial: doença pelo Coronavírus 2019. Boletim Epidemiológico, Brasília, DF; 6 Abr 2020 [citado em 13 Jan 2022];7:1-28. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Boletim-07-MS-06-04-2020.pdf.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019: Covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022 [versão 4, citado em 13 Jan 2022]. 134 f. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>.

Brasil. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Diário Oficial da União, Brasília, DF, ed. 49, seção 1, p. 185, 12 Mar 2020 [citado em 13 Jan 2022]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>.

Monsson, M., C., Resick, A., P., Rizvi. L., S., (2016) Transtorno de Estresse Pós-Traumático. 5ªed. org. cap. 2. in: Barlow. H., D. Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos.

NIMH. National Institute of Mental Health. (n.d.). *Depression*. Retrieved from https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression#part_6717 In-Text Citation:(National Institute of Mental Health, n.d.)

NIMH. National Institute of Mental Health. (n.d.). Generalized Anxiety Disorder Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/generalized-anxiety-disorder>In-Text Citation:(National Institute of Mental Health, n.d.)

Osório, F. L., Silveira, I. L. M., Pereira-Lima, K., Crippa, J. A. de S., Hallak, J. E. C., Zuardi, A. W., & Loureiro, S. R. (2021). Risk and Protective Factors for the Mental Health of Brazilian Healthcare Workers in the Frontline of COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 662742. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.662742>

Ong LD, LeClare PC. The Kolmogorov-Smirnov test for the log-normality of sample cumulative frequency distributions. *Health Phys.* 1968;14(4):376.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Brasil receberá as primeiras vacinas contra COVID-19 por meio do Mecanismo COVAX neste domingo. Brasília (DF); 2021. Acesso em 01 de fevereiro 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/21-3-2021-brasil-recebera-primeiras-vacinas-contracovid-19-por-meio-do-mecanismo-covax>

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Histórico da pandemia de COVID-19. Brasília (DF); 2021. Acesso em 17 de Julho 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Excesso de mortalidade associado à pandemia de COVID-19 foi de 14,9 milhões em 2020 e 2021. Acesso em 14 de maio 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2022-excesso-mortalidade-associado-pandemia-covid-19-foi-149-milhoes-em-2020-e-2021>

Observatório Militar da Praia Vermelha. (2020). DQBRN e Precursores - Clipagem de Notícias. Rio de Janeiro, RJ: Autor. Recuperado de http://ompv.eceme.eb.mil.br/masterpage_assunto.php?id=210

Observatório Militar da Praia Vermelha. (2020a). DQBRN e Precursores - Clipagem de Notícias - Semana 9. Rio de Janeiro, RJ: Autor. Recuperado de http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM09_24_02ate01_03.pdf

Observatório Militar da Praia Vermelha. (2020b). DQBRN e Precursores - Clipagem de Notícias - Semana 10. Rio de Janeiro, RJ: Autor. Recuperado de http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM10_02_03ate08_03.pdf

Observatório Militar da Praia Vermelha. (2020c). DQBRN e Precursores - Clipagem de Notícias - Semana 14. Rio de Janeiro, RJ: Autor. Recuperado de http://ompv.eceme.eb.mil.br/docs/dqbrn/SEM14_30_03ate05_04.pdf

Pan, L., Xu, Q., Kuang, X., Zhang, X., Fang, F., Gui, L., Li, M., Tefsen, B., Zha, L., & Liu, H. (2021). Prevalence and factors associated with post-traumatic stress disorder in healthcare

workers exposed to COVID-19 in Wuhan, China: A cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 21(1), 572. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03589-1>

Pai A, Suris AM, North CS. Posttraumatic Stress Disorder in the DSM-5: Controversy, Change, and Conceptual Considerations. *Behav Sci (Basel)*. 2017 Feb 13;7(1):7. doi: 10.3390/bs7010007. PMID: 28208816; PMCID: PMC5371751.

Pearson K. On the criterion that a given system of deviations from the probable in the case of a correlated system of variables is such that it can be reasonably supposed to have arisen from random sampling. *Philosophical Magazine Series 5*. 1900;50(302):157–75.

OPAS. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (2020). *Gestão de Riscos e Desastres Naturais*. Brasília, DF: Autor. Recuperado de <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/projects/risco-e-desastres.html>

Rodrigues, K. F., Carpes, M. M., & Raffagnato, C. G. (2020). Preparação e resposta a desastres do Brasil na pandemia da COVID-19. *Revista de Administração Pública*, 54(4), 614–634. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200291>

Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). *Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19)* [Preprint]. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.58>

Souza, E. C. (2021). Boletim epidemiológico. Em E. C. Souza, J. T. da Silva, & M. B. Farias (Orgs.), *Guia da Cozinha Segura* (1º ed, p. 7–7). Even3 Publicações. <https://doi.org/10.29327/548529.1-2>

Teixeira, C. F. de S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. de M., Andrade, L. R. de, & Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465–3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>

United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2015). Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030. Recuperado de https://www.preventionweb.net/files/43291_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf

UNISDR. Escritório das Nações Unidas para Redução de Riscos de Desastres. UNISDR Terminología sobre reducción del Riesgo de Desastres. Ginebra: UNISDR. 2009. Disponível em: https://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologySpanish.pdf

Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M. DASS – 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil. Universidade Federal de São Paulo-Campus Baixada Santista. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde.

Werneck, G. L., & Carvalho, M. S. (2020). A pandemia de COVID-19 no Brasil: Crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5), e00068820. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00068820>

XIAO, C. A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (covid-19)-related psychological and mental problems: Structured letter therapy. *Psychiatry Investig*, v. 17, view.php?number=1133>n. 2, p. 175–176, 2020. Disponível em: <<http://www.psychiatryinvestigation.org/journal/4>

Zhang J., Yu K.F. What's the relative risk? A method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes. *J. Am. Med. Assoc.* 1998; 280:1690–1691. doi:10.1001/jama.280.19.1690. acesso em: 01/02/2022 autism was fraudulent. *British Medical Journal*, London, v. 342, c7452, 2011.

Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med.* 2020 Mar 13;27(2):1-4. Doi 10.1093/jtm/taaa020.

World Health Organization (WHO). Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 19 march 2020. Geneva; 19 Mar 2020. 4 f. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331497>.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL E DE TRABALHO

Informações para Identificação:

1. Nome Completo: _____

2. Idade (Apenas números) _____

3. Gênero

Feminino

Masculino

Não-binário

Outro: _____

4. Possui filhos?

1

2

3 ou mais

Não

5. Estado Civil

Solteira (o)

Casada (o)

Divorciada (o)

Viúva (o)

Outro: _____

6. Com quem você residiu durante a pandemia?

Companheira (o)

Filhas (os)

Pais

Amiga (o)

Companheiro (a) e Filhos (as)

Sozinha (o)

Outro: _____

7. Com quantas pessoas você reside durante a pandemia?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou mais
- Sozinha (o)

8. Qual a sua profissão?

- Médica (o)
- Enfermeira (o)
- Fisioterapeuta
- Téc. de Enfermagem
- Aux. de Enfermagem
- Outro: _____

9. Quanto tempo você atua no HRC?

- 1 mês a 6 meses
- 7 meses a 12 meses
- 1 ano a 2 anos
- 2 anos a 4 anos
- 5 anos ou mais

10. Qual a sua renda individual? (Apenas números)

11. Indique o mês e o ano que você iniciou a sua atuação na Unidade de Terapia Intensiva - UTI/COVID-19.

12. Você teve sua jornada de trabalho alterada devido à Pandemia?

- Sim
- Não (caso marque esta alternativa, passe para questão de número 13)

13. Se a sua resposta para a questão anterior foi SIM, como foi a alteração?

- A minha jornada de trabalho aumentou
- A minha jornada de trabalho diminuiu

14. Em virtude da Pandemia você sentiu o desejo de deixar o Emprego?

Sim

Não

15. Você consegue identificar se foram adotadas medidas de proteção de saúde física e mental, pela Instituição Empregadora? (Caso sua resposta seja não, passe para a questão de número 16)

Sim

Não

16. Você ficou satisfeito com as medidas de proteção física e mental implementadas pela Instituição Empregadora?

Muito satisfeito

Razoavelmente satisfeito

Pouco satisfeito

Nada satisfeito

17. Você recebeu apoio emocional de colegas de trabalho?

Sim

Não

18. Você foi infectada (o) por SARS-COV-2?

Sim

Não

19. Você se preocupou em estar infectada (o) ou pela possibilidade de infectar familiares?

Sim

Não

20. Você tem a percepção de que as pessoas evitam o contato social devido ao seu trabalho?

Sim

Não

21. Com que frequência a Pandemia afetou negativamente sua relação com outras pessoas?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente

22. Com que frequência a Pandemia afetou negativamente sua relação com o trabalho?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente

23. Com que frequência a Pandemia afetou negativamente a relação com sua profissão?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente

24. Com que frequência você sentiu Ansiedade devido a Pandemia?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente

25. Com que frequência você teve sentimentos de tristeza devido a Pandemia?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente

26. Com que frequência você sentiu Angústia devido a Pandemia?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente

27. Com que frequência você sentiu Irritabilidade devido a Pandemia?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente

28. Com que frequência você sentiu Medo devido a Pandemia?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente

29. Com que frequência você sentiu Pânico devido a Pandemia?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente

30. Com que frequência você sentiu Estresse devido a Pandemia?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente

31. Você considera que o seu estresse foi motivado pela falta de insumos?

- Sim
- Não

32. Você considera que o seu estresse foi motivado pela incapacidade em prestar assistência técnica a pessoa com Covid-19?

- Sim
- Não

33. Caso tenha experimentado outro sintoma por favor indique abaixo.

34. Devido à pandemia, você buscou ou teve algum tipo de auxílio para sua saúde mental?

- Sim
- Não

35. Devido à pandemia você fez ou chegou a fazer Psicoterapia?

- Sim
- Não

36. Devido à pandemia você praticou meditação?

() Sim

() Não

37. Devido à pandemia você fez consulta com Psiquiatra?

() Sim

() Não

38. Devido à pandemia você fez Ioga?

() Sim

() Não

39. Devido à pandemia você fez algum tipo de Terapia Alternativa?

() Sim

() Não

Outro: _____

40. Após estar vacinado (a) você considera que houve redução significativa desses sentimentos?

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente
Ansiedade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tristeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angústia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irritabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pânico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estresse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APÊNDICE B– MATERIAL SUPLEMENTAR DA REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE

Quadro 1 – Síntese dos estudos incluídos na revisão sistemática com metanálise

Autor e ano de publicação	Pre-print	Local da Pesquisa	Tipo de estudo	Instrumentos	Resultados	Amostra
Vadi, Sonali (2022)	Sim	Índia	Quantitativo	Perceived Stress Scale, Beck's Depression Inventory, Zung Self-rating, Anxiety Scale, Global Pittsburgh, Sleep Quality Index, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, New General Self-efficacy Scale	Dos 153 participantes, 21,6% apresentavam TEPT, 88,6% estresse moderado a alto, 16,3% ansiedade e 59,5% sono ruim	153
Charlotte Elizabeth Hall (2022)	Sim	Inglaterra	Pesquisa Transversal	Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9), Lista de verificação de transtorno de estresse pós-traumático (PCL-6), AUDIT-C, Escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)		6.080
Fari, Giacomo (2021)	Sim	Itália	Estudo de Coorte	Maslach Burnout Inventory, Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) General Anxiety Disorder-7.	47. 1% dos operadores relataram presença de estado depressivo	68
Mehta, Sangeeta (2021)	Não	Canadá	Pesquisa transversal	Impact of Events Scale-Revised IES-R, Kessler Psychological Distress Scale	No geral, 25% tinham TEPT provável e 18% tinham sofrimento psicológico mínimo ou maior. Enfermeiros eram mais propensos a relatar sintomas de TEPT (33%) e sofrimento psicológico (23%) do que médicos (5% para ambos) e outros profissionais de saúde (19% e 14%)	455
Peñacoba, Cecilia (2021)	Não	Espanha	Pesquisa transversal			308
Aisa, Tharwat (2021)	Não	Irlanda	Pesquisa transversal	Perceived Stress Scale-10 (PSS-10)	nível médio de estresse foi de 22 pontos no PSS denotando estresse moderado em 1.327 (81,8%) entrevistados, enquanto 239 (14,73%) entrevistados apresentaram nível de estresse severo.	1.649
Ezzat, Ahmed (2021)	Não	França, Reino Unido, Itália, China Continental, Taiwan, Egito e Bélgica.	Pesquisa quantitativa		A proporção de entrevistados que deram positivo nas três escalas em todos os países foi de 16-49% para depressão, 60-86% para insônia e 17-35% para transtorno de estresse pós-traumático.	515
Vitale, Elsa (2021)	Não	Itália	Pesquisa quantitativa	Impacto total do evento (IES-R)	Enfermeiros que trabalhavam no norte da Itália registraram escores de ansiedade mais altos do que outros (p=0,023); a atribuição à unidade de terapia intensiva (p=0,042) não influenciou nesses escores. Os valores de impacto total do evento (IES-R) evidenciaram que as mulheres registraram maiores valores de "Evitação" (p=0,032) e "Hiperexcitação" (p=0,003) do que os homens. As enfermeiras que trabalhavam no norte da Itália registraram pontuações mais altas de "Hiperexcitação" (p=0,010) e IES-R total (p=0,044). Mais mulheres do que homens apresentaram quadros de insônia (p=0,038) e enfermeiros com tempo de trabalho não superior a 10 anos registraram maiores níveis de depressão do que os demais (p=0,031). Os fatores psicológicos afetados pelos enfermeiros foram: a dimensão "Prazer/Interesse" que se correlacionou com o "Pensamento incontrolável" (p=0,007), o "Ritmo sono/vigília insatisfatório" (p=0,004),	291
Peng, Xiaofan	Não	China		Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9) Questionário de Transtorno de Ansiedade Geral (GAD-7)	Ao todo, 482 (65. 9%) trabalhadores de UTI relataram sintomas de depressão, enquanto 429 (58,7%) relataram ansiedade. Não houve diferença significativa entre os entrevistados da linha de frente (n = 325) e da segunda linha (n = 406) na depressão (P = 0,15) e na gravidade da ansiedade (P = 0,56)	731

Greenberg N	Não	Reino Unido		Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9), Versão civil da lista de verificação de transtorno de estresse pós-traumático (PCL-6) AUDIT-C	Mais da metade (59%) relatou bom bem-estar; no entanto, 45% atingiram o limite para significância clínica provável em pelo menos uma das seguintes medidas: depressão grave (6%), TEPT (40%), ansiedade grave (11%) ou problemas com bebida (7%).	709
Azoulay E (2020)	Não	França	Estudo Transversal	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire	A Sintomas de ansiedade, depressão e dissociação peritraumática foi de 50,4%, 30,4% e 32%, respectivamente, com as maiores taxas em enfermeiros. Por análise multivariable, o sexo masculino foi independentemente associado à menor de sintomas de ansiedade, depressão e dissociação peritraumática (razão de chances de 0,58 [intervalo de confiança de 95%, 0,42-0,79], 0,57 [intervalo de confiança de 95%, 0,39-0,82] e 0,49 [intervalo de confiança de 95%, 0,34-0,72] , respectivamente).	1.058
Leng M (2021)	Não	China	Estudo Transversal	PTSD Checklist-Civilian Perceived Stress Scale	O escore médio de TEPT dos enfermeiros foi de 24,62 ± 6,68, e cinco (5,6%) enfermeiros relataram um nível clinicamente significativo de sintomas de TEPT (>38 pontos). O estresse percebido dos enfermeiros foi em média 19,33 ± 7, e 20 enfermeiros (22,22%) pontuaram positivamente >25 pontos. O estresse dos enfermeiros e os sintomas de TEPT foram positivamente correlacionados (P < 0,01).	90
Karasu F (2021)	Não	Turquia	Estudo Descritivo	Questionário sociodemográfico Inventário de Ansiedade Traço-Estado	Os escores médios de ansiedade estado e traço dos participantes foram 60,29 ± 6,13 e 44,18 ± 7,69, respectivamente.	710
Liu (2020)	Não	China	Estudo Quantitativo	General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) Questionário com 86 perguntas	A pontuação GHQ-28 mediana (IQR) de todos os enfermeiros foi de 17 (IQR 11–24). A incidência geral de sofrimento leve a moderado (escore GHQ > 5) foi de 28%; que para sofrimento grave (escore GHQ > 11) foi de 6%. A incidência de sofrimento leve a moderado nos enfermeiros de segunda linha foi maior do que nos enfermeiros da linha de frente (31 vs. 25%; OR, 0,74; IC 95, 0,58–0,94). Morar sozinho (OR, 0,62; IC 95%, 0,44–0,86) e sentir-se apoiado (OR, 0,82, IC 95%, 0,74–0,90) predisseram de forma independente menor ansiedade.	1.364
Şanlıtürk D (2021)	Não	Turquia	Estudo Descritivo	Questionário online Escala de Estresse Percebido-14.	O percentual de enfermeiros com nível moderado de estresse ocupacional foi de 62%.	262
Hammond N (2021)	Não	Austália e Nova Zelândia	Estudo Quantitativo	Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse-21 (DASS-21)	No geral, 813 (21,6%) entrevistados relataram depressão moderada a extremamente grave, 1078 (28,6%) relataram ansiedade moderada a extremamente grave e 1057 (28,0%) relataram escores de estresse moderado a extremamente grave.	3.039
Azoulay E (2021)	Não	França	Estudo Transversal	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar Escala de Impacto de Eventos Revisada Maslach Burnout Inventory	Sintomas de ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático e burnout foram relatados em 60,0% (IC 95%, 56,6%-63,3%), 36,1% (IC 95%, 32,9%-39,5%), 28,4% (IC 95%, 25,4%-31,6 %) e 45,1% (IC 95%, 41,7%-48,5%) dos entrevistados, respectivamente.	1.203
Wozniak H (2021)	Não	Genebra	Estudo Transversal	Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7) Questionário de Saúde do Paciente 9 (PHQ-9) Peritraumatic Distress Inventory (PDI) World Health Índice de Bem-Estar da Organização (OMS-5)	Entre os profissionais de saúde da UTI, 145 (41%) apresentaram baixo bem-estar, 162 (46%) sintomas de ansiedade, 163 (46%) sintomas de depressão e 76 (22%) sofrimento peritraumático	3.461
Kapetanios K (2021)	Não	Chipre	Estudo Quantitativo	DASS21 Maslach Burnout Inventory e várias perguntas originais	O de ansiedade, estresse e depressão na população amostral foram de 28,6%, 18,11% e 15%, respectivamente	381
Guo WP (2021)	Não	China	Estudo Transversal	Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7) Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9); PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C)	ansiedade 53%, insônia 79%, depressão 56% e TEPT 11%.	1.091

Smallwood N (2021)	Não	Austália	Estudo Transversal	(Escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada-7 (GAD-7) (Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Escala de Impacto de Eventos abreviada-6 (IES-6) Burnout (abreviado Maslach Burnout Inventory (MBI), 30 com subdomínios de exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (PA) Escala de Resiliência Connor-Davidson-2 abreviada de dois itens.	95 ansiedade leve a grave (n=4694, 59,8%), burnout moderado a grave (n=5458, 70,9%) e depressão leve a grave (n=4495, 57,3%).	7.846
Altmayer V (2021)	Não	Paris	Estudo Quantitativo	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar Lista de Verificação de Transtorno de Estresse Pós-Traumático para o DSM-5 Questionário de Qualidade de Vida McGill-Revisado Escala de Resiliência Connor-Davidson de 10 itens foram usados para avaliar a ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático, qualidade de vida e resiliência, respectivamente.	0	69
Carmassi C (2022)	Não	Itália	Estudo Quantitativo	IES-R; PHQ-9; GAD-7; WSAS	Um total de 23. 5% dos profissionais de saúde relataram PTSS grave, 22,4% sintomas de ansiedade moderada a grave, 19,3% sintomas depressivos moderados a graves e 22,8% prejuízo no funcionamento global.	514
Carmassi C (2021)	Não	Itália	Estudo Quantitativo	Impact of Event Scale-Revised (IES-R) Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) General Anxiety Disorder (GAD-7) Escala de Ajustamento ao Trabalho e Social (WSAS)	Níveis mais altos de comprometimento funcional foram encontrados entre indivíduos com TEPT agudo moderado a grave, sintomas depressivos e ansiosos em relação àqueles sem. PTSS agudo e sintomas depressivos foram fatores preditivos de prejuízo em cada domínio de funcionamento analisado. Os sintomas de ansiedade foram associados com o prejuízo tanto no trabalho quanto nas atividades de gerenciamento doméstico.	265
Pan L (2021)	Não	China	Estudo Transversal	Lista de verificação de transtorno de estresse pós-traumático-5 (PCL-5) Questionário de índice de cuidado familiar (Adaptação, Parceria, Crescimento, Afeto e Resolutividade, APGAR) Qualidade do atendimento Escala de vida (QV)	90 profissionais de saúde ainda sofriam de TEPT 8 meses após o fim do surto de COVID-19 em Wuhan, no qual evitação e impacto negativo foram as dimensões mais afetadas.	659
José, S (2022)	Não	Índia	Estudo Transversal	Escala de estresse percebido (PSS-10) Escala de transtorno de ansiedade generalizada (GAD-7) Escala de medo para profissionais de saúde em relação à pandemia de COVID-19 Índice de gravidade da insônia Escala de resiliência connor davidson-10 (CD-RISC)	angústia (68,5%), ansiedade (54,7%), medo (44%) e insônia (31%)	137
Elgohary, HM (2021)	Não	Egito	Estudo Quantitativo	DASS21	28,1% dos profissionais de saúde apresentaram sintomas depressivos leves a moderados e 64,8% com sintomas graves.	270
Garcia-Hedreera, FJ (2021)	Não	Espanha	Estudo Transversal	Questionário de transtorno de ansiedade generalizada (GAD-7)	ansiedade generalizada foram de 11,02, com 58,7% dos profissionais apresentando síndrome de ansiedade generalizada durante a avaliação.	448
Heesakkers, H.(2021)	Não	Holanda	Estudo Transversal	HADS- questionários A HADS-D, IES-6 e NFR	Sintomas de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático foram relatados por 27,0%, 18,6% e 22,2% dos 726 entrevistados, respectivamente.	726
Xiong, L.-J (2021)	Não	China	Estudo Quantitativo		Os profissionais de saúde sobreviventes apresentaram taxas significativamente mais altas de possível TEPT do que os controles (19,9% vs. 4,8%, P = 0,017).	291
Caillet, A. (2021)	Não	França	Estudo Quantitativo	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão Escala de Eventos de Impacto Revisitada	Os enfermeiros do bloco operatório foram os que mais sofreram de perturbações psicológicas: Perturbação de ansiedade (64%) (P = 0. 055), depressão (45%) (P = 0,004) e transtorno de estresse pós-traumático (45%) (P = 0,008). Os enfermeiros que habitualmente trabalham em terapia intensiva foram os menos afetados pelos transtornos psicológicos: transtorno de ansiedade (30%), transtorno depressivo (11%) e estresse pós-traumático (20%).	381

Tejedor-Romero, L (2021)	Não	Madri	Estudo descritivo transversal	Questionário adaptado da Acute Stress Scale «EASE COVID-19», com 10 questões fechadas em escala Likert	Cinquenta e quatro por cento dos entrevistados mostraram um bom ajuste emocional. A grande preocupação dos participantes era a possibilidade de infectar seus familiares. Os maiores escores por categorias foram observados em enfermeiros, auxiliares de enfermagem e auxiliares de enfermagem, enquanto 100% dos médicos apresentaram bom ajuste emocional, sem diferenças entre os sexos. Sessenta por cento dos participantes modificaram sua rotina familiar, sendo os médicos residentes que obtiveram o maior percentual.	52
Quispe-Sancho, A. (2021)	Não	Peru	Estudo transversal analítico	Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse-21 (DASS-21)	Dos 550 participantes, 2%, 13% e 3% deles apresentavam depressão grave ou muito grave, ansiedade, e estresse, respectivamente.	550
Acar Sevinc, S. (2021)	Não	Turquia	Pesquisa Transversal	Inventário de Ansiedade de Beck; Maslach Burnout Inventory	Ansiedade moderada ou grave foi observada em 23,1% dos médicos assistentes, 54,3% dos residentes e 48,8% dos enfermeiros ($p = 0,038$). Os escores de exaustão emocional, realização pessoal e despersonalização diferiram de acordo com a posição dos profissionais de saúde ($p = 0,034, 0,001, 0,004$, respectivamente).	104
Çelik, F. (2021)	Não	Turquia	Pesquisa Transversal	Escala Fear of COVID-19 (FCV-19S), Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)	Foi encontrada uma relação significativa entre medo de COVID-19 e depressão ($\rho=0,399, p=0,044$), ansiedade ($\rho=0,456, p=0,019$) e estresse ($\rho=0,418, p=0,033$).	156
Van Steenkiste, E (2021)	Não	Bélgica	Estudo Longitudinal Prospectivo	Questionário de Sintomas Quadrimensionais (4DSQ) Impact of Event Scale-Revised (IES-R) Brief-COPE		39
Saracoglu, KT (2020)	Não	Turquia	Estudo Transversal	The Fear of COVID-19 Scale Patient Health Questionnaire Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	A depressão moderada foi o desfecho mais frequentemente detectado ($n = 90, 43,3\%$); A média da escala de medo da COVID-19 para todos os participantes foi de $18,56 \pm 7,731$. A média do PSQI dos pacientes foi de $6,18 \pm 4,356$ com índice de 45,7% de má qualidade do sono. O PSQI foi encontrado significativamente maior nos enfermeiros ($7,1 \pm 4,7, p = 0,000$). Os enfermeiros foram o grupo com maior deterioração na qualidade do sono (53,6%, $p = 0,003$). A taxa de sintomas depressivos moderados a graves foi significativamente maior em enfermeiros e médicos de unidade de terapia intensiva ($p = 0,018$).	208
Das, A (2020)	Não	Índia	Estudo transversal e observacional	Questionário de Saúde do Paciente de (PH-9) Escala de Estresse Percebido	prevalência de 63,5% e 45% de sintomas de depressão e estresse, respectivamente, entre os médicos da linha de frente da COVID-19	422
Roberts, T. (2020)	Não	Índia	Estudo longitudinal	General Health Questionnaire-12 (GHQ-12),, Impact of Events Scale-Revised (IES-R)	PROTOCOLO	

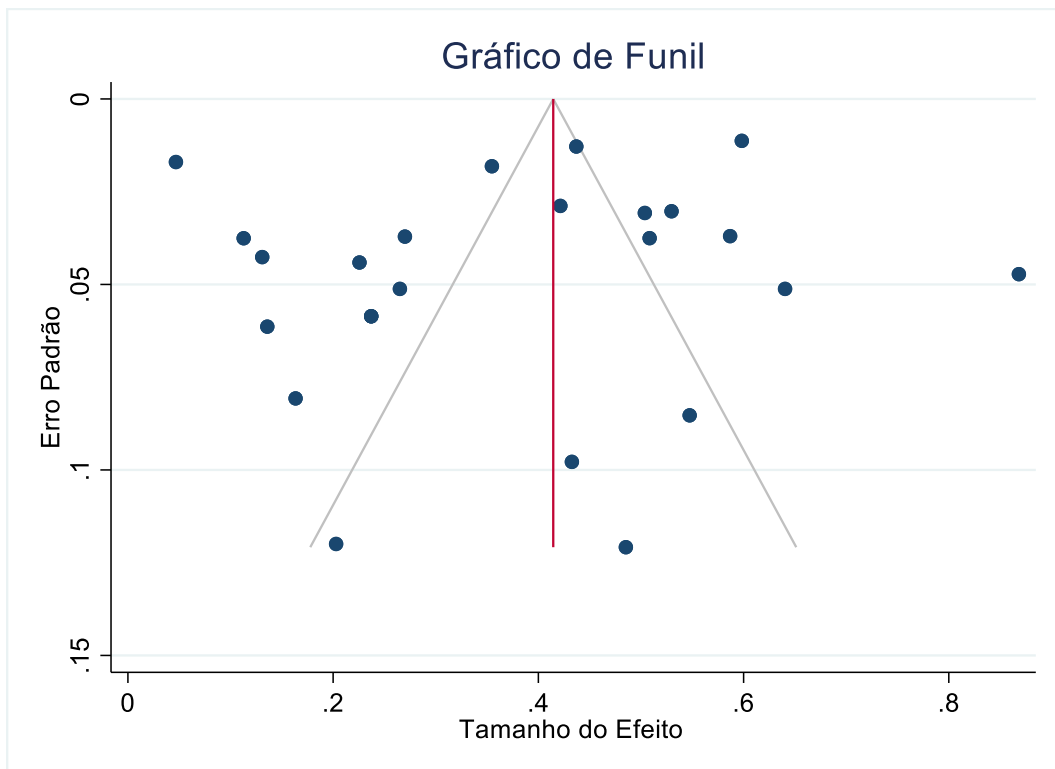


Figura 6 – Gráfico de funil para detectar viés de publicação da metanálise de frequência relativa para ansiedade de todos os estudos avaliados.

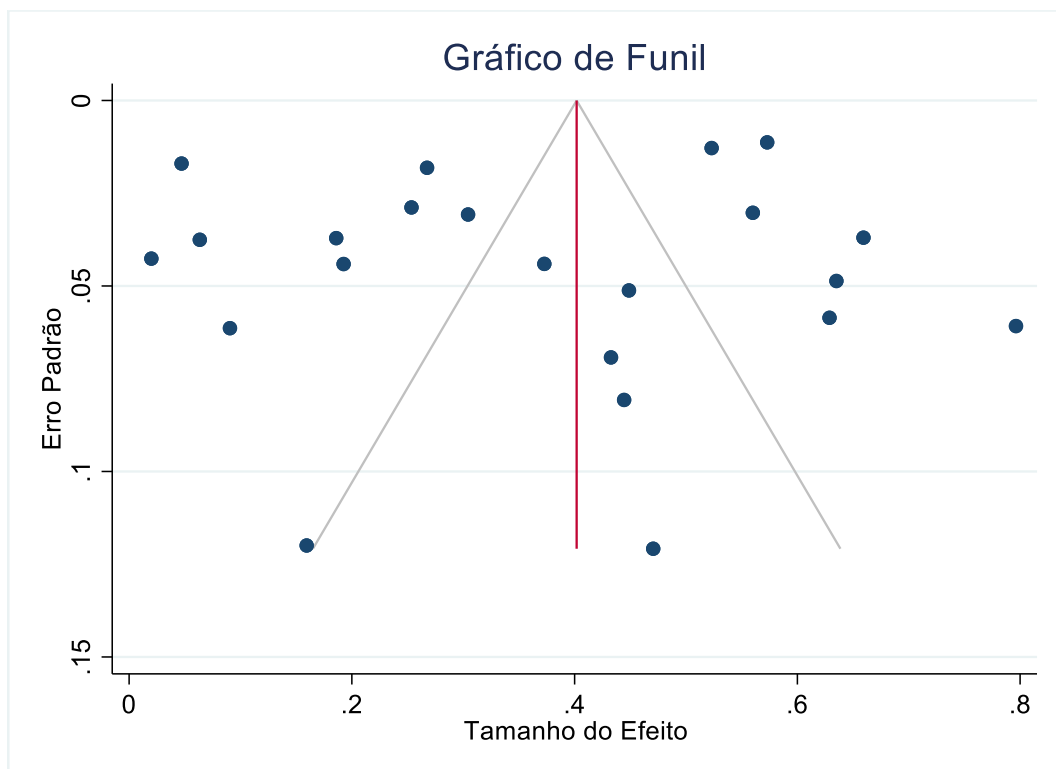


Figura 7 – Gráfico de funil para detectar viés de publicação da metanálise de frequência relativa para depressão de todos os estudos avaliados.

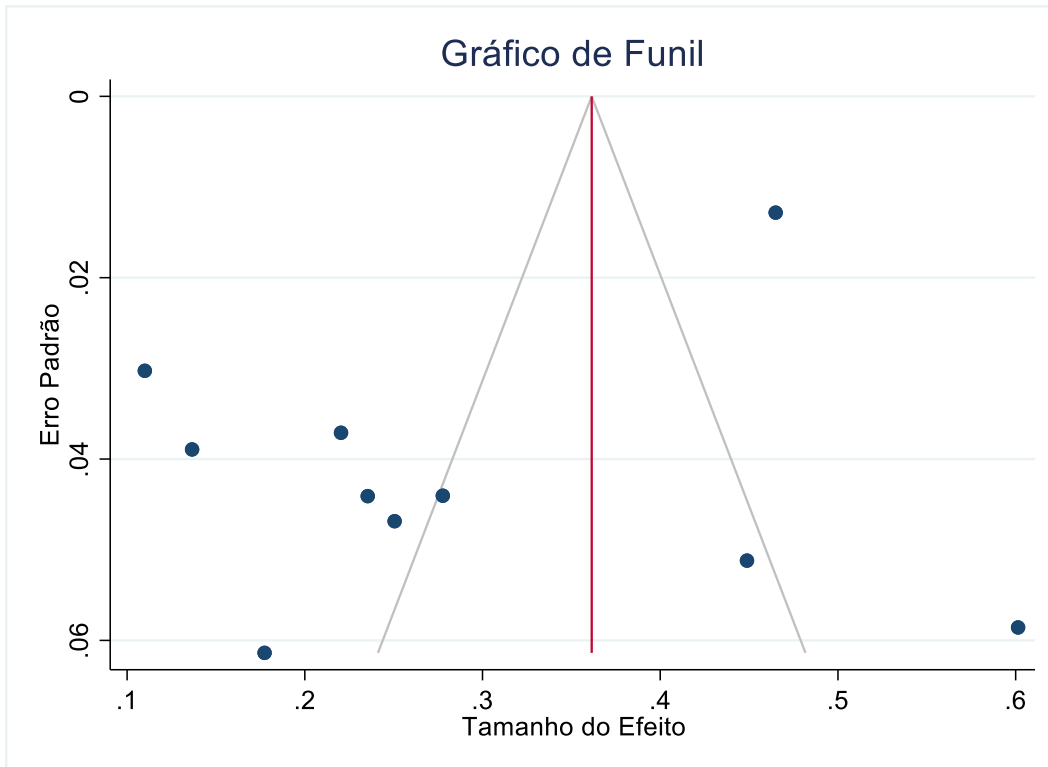


Figura 8 – Gráfico de funil para detectar viés de publicação da metanálise de frequência relativa para TEPT de todos os estudos avaliados.

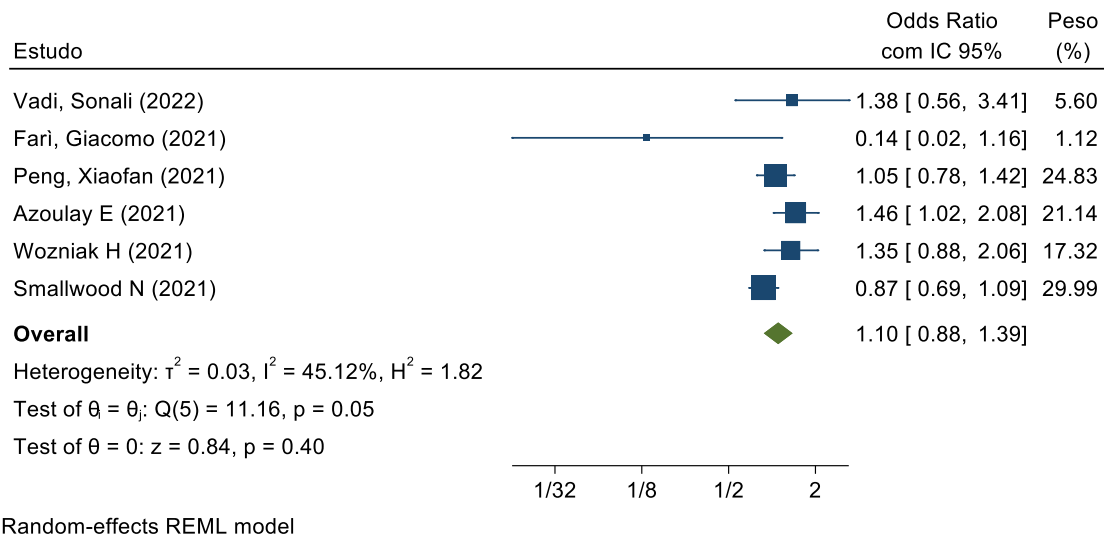


Figura 9 - Forest plot da metanálise com medida de associação e intervalos de confiança de 95% para ansiedade de todos os estudos avaliados.

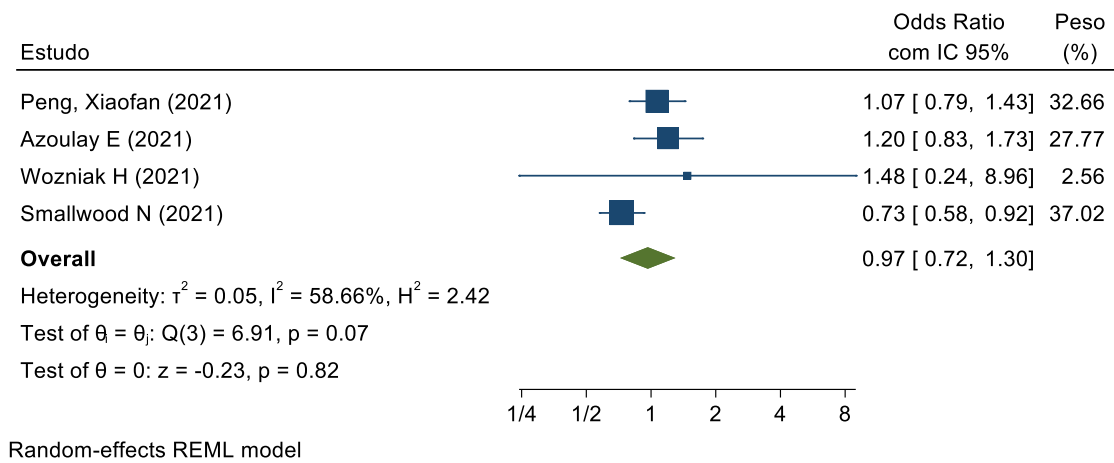


Figura 10 - Forest plot da metanálise com medida de associação e intervalos de confiança de 95% para ansiedade de todos os estudos avaliados.

APÊNDICE C – TABELAS SUPLEMENTARES DO ESTUDO ORIGINAL

Tabela 4 – Escala DASS com respostas das participantes da pesquisa, Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

VARIÁVEIS	N	%
Achei difícil me acalmar		
Não se aplicou de maneira alguma	6	26,09
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	7	30,43
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	8	34,37
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	2	8,70
Senti minha boca seca		
Não se aplicou de maneira alguma	14	60,87
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	6	26,09
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	2	8,70
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	1	4,35
Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo		
Não se aplicou de maneira alguma	14	60,87
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	4	17,39
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	5	21,74
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	0	0,00
Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex, respiração)		
Não se aplicou de maneira alguma	12	52,17
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	6	26,09
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	3	13,04
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	2	8,70
Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas		
Não se aplicou de maneira alguma	5	21,74
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	8	34,78
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	7	30,43
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	3	13,04
Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações		
Não se aplicou de maneira alguma	7	30,43
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	7	30,43
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	6	26,09
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	3	13,04
Senti tremores (ex, nas mãos)		
Não se aplicou de maneira alguma	16	69,57
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	2	8,70

Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	4	17,39
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	1	4,35
Senti que estava sempre nervoso		
Não se aplicou de maneira alguma	7	30,43
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	9	39,13
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	3	13,04
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	4	17,39
Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a)		
Não se aplicou de maneira alguma	10	43,48
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	7	30,43
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	3	13,04
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	3	13,04
Senti que não tinha nada a desejar		
Não se aplicou de maneira alguma	12	52,17
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	7	30,43
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	3	13,04
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	1	4,35
Senti-me agitado		
Não se aplicou de maneira alguma	5	21,74
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	9	39,13
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	4	17,39
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	5	21,74
Achei difícil relaxar		
Não se aplicou de maneira alguma	2	8,70
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	9	39,13
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	4	17,39
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	8	34,78
Senti-me depressivo(a) e sem ânimo		
Não se aplicou de maneira alguma	7	30,43
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	9	39,13
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	4	17,39
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	3	13,04
Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo		
Não se aplicou de maneira alguma	9	39,13
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	8	34,78
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	2	8,70
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	4	17,39
Senti que ia entrar em pânico		

Não se aplicou de maneira alguma	12	52,17
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	7	30,43
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	2	8,70
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	2	8,70
Não consegui me entusiasmar com nada		
Não se aplicou de maneira alguma	10	43,78
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	9	39,13
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	2	8,70
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	2	8,70
Senti que não tinha valor como pessoa		
Não se aplicou de maneira alguma	10	43,48
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	8	34,78
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	2	8,70
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	3	13,04
Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais		
Não se aplicou de maneira alguma	2	8,70
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	8	34,78
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	4	17,39
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	9	39,13
Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico		
Não se aplicou de maneira alguma	10	43,48
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	7	30,43
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	1	4,35
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	5	21,74
Senti medo sem motivo		
Não se aplicou de maneira alguma	11	47,83
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	4	17,39
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	3	13,04
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	5	21,74
Senti que a vida não tinha sentido		
Não se aplicou de maneira alguma	13	56,52
Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	4	17,39
Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	3	13,04
Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo	3	13,04

Tabela 5 – Escala SQR-20 com respostas das participantes da pesquisa, Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

VARIÁVEIS	N	%
Você tem dores de cabeça frequente?		
Não	8	34,78
Sim	15	65,22
Tem falta de apetite?		
Não	19	82,61
Sim	4	17,39
Dorme mal		
Não	9	39,13
Sim	14	60,87
Assusta-se com facilidade?		
Não	11	47,83
Sim	12	52,17
Tem tremores nas mãos?		
Não	19	82,61
Sim	4	17,39
Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?		
Não	10	43,48
Sim	13	56,52
Tem má digestão?		
Não	16	69,57
Sim	7	30,43
Tem dificuldades de pensar com clareza?		
Não	11	47,83
Sim	12	52,17
Tem se sentido triste ultimamente?		
Não	12	52,17
Sim	11	47,83
Tem chorado mais do que costume?		
Não	13	43,48
Sim	10	56,52
Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?		
Não	16	69,57
Sim	7	30,43
Tem dificuldades para tomar decisões?		
Não	11	47,83
Sim	12	52,17
Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?		
Não	16	69,57
Sim	7	30,43
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		

Não	22	95,65
Sim	1	4,35
Tem perdido o interesse pelas coisas?		
Não	16	69,57
Sim	7	30,43
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
Não	21	91,30
Sim	2	8,70
Tem tido ideia de acabar com a vida?		
Não	21	91,30
Sim	2	8,70
Sente-se cansado (a) o tempo todo?		
Não	13	56,52
Sim	10	43,48
Você se cansa com facilidade?		
Não	9	39,13
Sim	14	60,87
Têm sensações desagradáveis no estômago?		
Não	14	60,87
Sim	9	39,13

**ANEXO A – 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)	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	Preocupe-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 - SELF REPORT QUESTIONNAIRE - SRQ 20

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS	RESPOSTAS
1- Você tem dores de cabeça frequente?	SIM NÃO <input type="radio"/>
2- Tem falta de apetite?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
3- Dorme mal?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
4- Assusta-se com facilidade?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
5- Tem tremores nas mãos?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>

7- Tem má digestão?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
9- Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
10- Tem chorado mais do que costume?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação Suas atividades diárias?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
13- Têm dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa- sofrimento?)	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO

16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
19- Você se cansa com facilidade?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>

ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

USP- INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GERENCIAMENTO DE CRISE E PSICOLOGIA: OS EFEITOS CAUSADOS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS

Pesquisador: francisco diógenes lima de assis

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 52091221.8.0000.5561

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.254.739

Apresentação do Projeto:

A apresentação do formulário com informações básicas do projeto está muito mais claro.

O cronograma foi corrigido, prevendo a coleta de dados a partir de maio/2022. Trata-se de um projeto de mestrado e os participantes são profissionais da saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a saúde psicológica dos profissionais de saúde que atuam na Unidade de Terapia Intensiva – UTI (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem) do Hospital Regional do Cariri, Ceará, em termos de ansiedade, depressão e estresse diante da pandemia da Covid-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mantido da versão anterior, o risco envolvido é, para estes profissionais, desconforto por evocar experiências sofridas. O TCLE informa ao voluntário: “caso ocorra [desconforto] o pesquisador poderá fazer uma consulta de acolhimento e orientar da melhor forma possível, encaminhando para rede de profissionais especializados, se necessário.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa será feita por via remota, e o recrutamento está claro. Encaminharão o link da Internet para a direção do hospital e deixarão a eles o encaminhamento de e-mails com o convite a todos os profissionais do Hospital Regional do Cariri – (HRC). A anuência da instituição foi dada pela

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G - Sala 27
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-030
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-4182 **E-mail:** cep.ip@usp.br

USP- INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 5.254.739

Coordenadora Geral da Enfermagem, Marília Enézia Bezerra de Oliveira.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Traz os elementos necessários, esclarecendo os direitos do participante e oferecendo apoio em caso de desconforto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está aprovado.

As duas pendências eram:

1. sobre o método de recrutamento que poderia ferir o sigilo cadastral junto ao empregador: o pesquisador optou por encaminhar o convite a todos os profissionais através do empregador, de forma que não terá acesso ao cadastro individual, gerando amostra por conveniência. Desta forma não viola o direito nem divulga os contatos dos participantes, que os revelarão apenas se quiserem participar da pesquisa. O TCLE, agora, foi redigido em direção ao participante, contendo os elementos necessários.

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerações finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1793061.pdf	14/02/2022 09:14:36		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	14/02/2022 08:57:46	francisco diógenes lima de assis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_VERSAO_Plataforma_Brasil.docx	15/01/2022 17:51:26	francisco diógenes lima de assis	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	15/01/2022 17:50:33	francisco diógenes lima de assis	Aceito

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G - Sala 27
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-030
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-4182 **E-mail:** cep.ip@usp.br

USP- INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 5.254.739

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO.pdf	11/11/2021 13:17:35	francisco diógenes lima de assis	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/09/2021 11:31:12	francisco diógenes lima de assis	Aceito
Outros	termo_do_sigilo_dos_dados.pdf	23/09/2021 11:29:36	francisco diógenes lima de assis	Aceito
Outros	termo_de_ciencia_sobre_pesquisa_cientifica_na_unidade_hospitalar.pdf	23/09/2021 11:26:35	francisco diógenes lima de assis	Aceito
Declaração de concordância	Carta_de_Anuencia.pdf	23/09/2021 11:24:50	francisco diógenes lima de assis	Aceito
Outros	Carta_de_Apresentacao.pdf	23/09/2021 11:23:15	francisco diógenes lima de assis	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Solicitacao_de_autorizacao_de_pesquisa_cientifica.pdf	23/09/2021 11:21:40	francisco diógenes lima de assis	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_ciencia_do_pesquisador.pdf	23/09/2021 11:15:33	francisco diógenes lima de assis	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 21 de Fevereiro de 2022

Assinado por:

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G - Sala 27

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-030

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: cep.ip@usp.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GERENCIAMENTO DE CRISE E PSICOLOGIA: OS EFEITOS CAUSADOS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS

Pesquisador: francisco diógenes lima de assis

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52091221.8.3001.5684

Instituição Proponente: HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.477.434

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1902224.pdf) e Projeto detalhado (projeto_VERSAO_Plataforma_Brasil.docx).

INTRODUÇÃO

"Apesar de ainda recentes, os estudos sobre os impactos da crise do novo Coronavírus, Sars-Cov-2, têm demonstrado a capacidade de a doença por este provocada afetar a saúde psicológica de muitos indivíduos, que vão desde medo de infectar outras pessoas até estigmatização social. Outro fator interessante, que também vem sendo apontado pela literatura, são os diferentes graus de exposição a que estão sujeitos os diversos segmentos sociais, especialmente segundo seu papel no enfrentamento à crise. Nessa esteira, várias demandas apresentam-se de forma mais intensa no campo de saber da psicologia, convocando-a, dessa maneira, a dá suporte aos mais variados eventos que têm ocorrido no cenário social. Dentre essas demandas, é possível apontar as emergências e os desastres. Esses eventos têm ocorrido de forma sistemática e nas mais diferentes escalas (REICHERT, 2011). Assim, eles produzem sérios conflitos e feitos no que se refere à saúde mental dos sujeitos, conforme Sá, Werlang e Paranhos (2008). Entre as novas demandas que surgem para o campo científico na esfera da psicologia, tem-se a recente pandemia

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190, 1º andar

Bairro: Guajeru

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.843-070

Telefone: (85)3195-2766

E-mail: cep@isgh.org.br



Continuação do Parecer: 5.477.434

causada pelo novo coronavírus que é a maior emergência em nível de saúde pública que se enfrenta nos últimos tempos. É possível observar que além do colapso causado na saúde pública, tem provocado uma crise social grave que se reflete em diferentes setores da sociedade como: Educação, Saúde, Economia, entre outros. Pensando-se em uma questão de saúde pública, ela provoca grandes preocupações quanto aos efeitos psicológicos causados a diferentes profissionais de saúde que estão envolvidos diretamente no enfrentamento ao vírus (BARROS-DELBEN et al., 2020). O primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus foi notificado por autoridades de saúde chinesas no início de dezembro de 2019. A acelerada disseminação da doença fez a Organização Mundial da Saúde (OMS) considerar a transmissão generalizada um contexto de pandemia global (WANG et al., 2020; XIAO, 2020). Segundo a OMS, já no mês de abril de 2020, o número de casos confirmados no mundo ultrapassava a marca de dois milhões e o número de mortos chegava a 130 mil (World Health Organization [WHO], 2020a). Neste mesmo período, observa-se que o Brasil registrava 30 mil casos confirmados e cerca de 2 mil mortes (Ministério da Saúde, 2020a). No campo específico da psicologia, a pandemia tem gerado diferentes discussões no que se refere aos possíveis danos psicológicos causados à saúde mental da população. Vale ressaltar que as discussões sobre esse aspecto ainda vêm sendo construídas, haja vista o caráter recente da pandemia. Isso levou diferentes órgãos a produzir estudos que possam orientar os profissionais de Saúde, como o Consejo General de la Psicología da Espanha, a American Psychological Association e o Conselho Federal de Psicologia, no caso do Brasil, além de orientações da OMS (SCHMIDT et al., 2020). Neste caso, essa literatura busca sistematizar orientações e estratégias que contribuam para boas práticas de atuação dos profissionais ligados à Saúde diante da pandemia. Destarte, observa-se a existência de alguns efeitos negativos no que diz respeito à saúde mental dos sujeitos, incluindo raiva, ansiedade e em alguns casos até estresse pós-traumático. O intuito desse projeto, assim, é buscar apresentar os efeitos que a pandemia recente tem causado aos profissionais de saúde. Isso permitirá calibrar possíveis formas de atuação da psicologia. Além disso, buscar-se-á apresentar conceitos inerentes à temática, como emergência e desastre. E, as possíveis intervenções que podem ser feitas a partir da atuação dos psicólogos que atuam nessa área tão recente no cenário atual. Para tanto, lança-se a seguinte pergunta-problema: Qual o papel do psicólogo junto à assistência de pessoas que estão passando por emergências e desastres? Para a construção teórica desse trabalho, utilizar-se-á como método a pesquisa bibliográfica, que neste sentido busca abranger bibliografia tornada pública no que diz respeito ao tema, ou seja, ela não é apenas uma repetição do que já foi estudado sobre algum assunto, ela proporciona investigar de uma nova forma ou enfoque, chegando-se a novas conclusões

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190, 1º andar
Bairro: Guajeru **CEP:** 60.843-070
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3195-2766 **E-mail:** cep@isgh.org.br



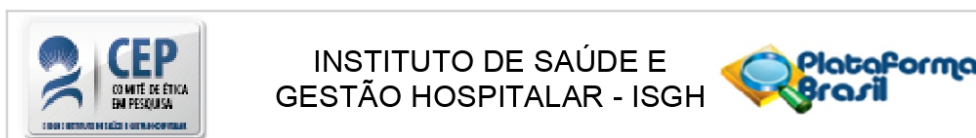
Continuação do Parecer: 5.477.434

(MARCONI; LAKATOS, 2003). Dessa maneira, a pesquisa bibliográfica deve seguir procedimentos claros que busque situar de forma objetiva o método de pesquisa. Sendo assim, o projeto de pesquisa que agora se apresenta conta, além dessa introdução, com mais sete seções. A próxima traça a justificativa proposta para a pesquisa e sua base bibliográfica principal, seguida dos objetivos de pesquisa. Na seção quatro, é definido método de pesquisa. Já a seção cinco trata da forma de análises dos dados proposta para abordar a temática, seguida de seus aspectos éticos que norteiam o estudo. A última seção é composta pelo plano de atividades e pelo cronograma."

METODOLOGIA

"Quanto à sua natureza, esta pesquisa é quantitativa, pois, ela considera que tudo pode ser observado e quantificável estatisticamente. Em outras palavras, significa demonstrar em números ideias e informações para classificá-las e analisá-las (PRODANOV, 2013). A pesquisa será do tipo exploratório, pois compreende aquelas que possuem pouco conhecimento sobre o objeto de estudo. A característica da pesquisa é do tipo transversal, uma vez que a coleta dos dados ocorrerá em um único momento (Marconi & Lakatos, 2010). Amostra será composta por 50 profissionais da saúde que estiveram na chamada "linha de frente" da pandemia, e que atuaram no enfrentamento da pandemia mais precisamente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo estes médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas do Hospital Regional do Cariri – (HRC). Serão aplicados os seguintes instrumentos: Questionário de Identificação Pessoal e de Trabalho Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse, (DASS-21) Self Report Questionnaire (SRQ 20). A partir da definição do projeto foi estabelecido contato com os responsáveis pela instituição participante para a realização da pesquisa. A direção foi informada sobre eventuais alterações no projeto após a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa que, quando necessário, sugere modificações para garantir que os aspectos éticos sejam respeitados. Com o consentimento da instituição para a realização da pesquisa, o projeto foi submetido para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos. De posse da aprovação o pesquisador entrará em contato por e-mail com o setor de estudo do HRC. No e-mail será explicado a pesquisa, bem como constará os contatos do pesquisador e o link do Google Forms <https://forms.gle/XnoD5N4f8ENuFzxM7> que contém a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Será solicitado que o hospital encaminhe este e-mail com as informações da pesquisa, os contatos do pesquisador e o link do Google forms, de forma a convidar os profissionais da saúde que atuaram/atua na Unidade de Terapia Intensiva, para participarem caso sintam interesse. A amostragem será por conveniência, uma vez que os todos os profissionais serão convidados a

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190, 1º andar
Bairro: Guajeru **CEP:** 60.843-070
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3195-2766 **E-mail:** cep@isgh.org.br



Continuação do Parecer: 5.477.434

participarem da pesquisa. A coleta dos dados será iniciada a partir da aprovação deste projeto, e poderá se estender até julho de 2022."

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

"Ser profissional da saúde, nos cargos: médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas e outros; Estar atuando nas UTI's COVID-19 do HRC; Profissionais efetivos e contratados em caráter temporário; Ter a partir de 18 anos; Profissionais de ambos os sexos."

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

"Profissionais que estejam atuando a menos de um mês nas UTI's COVID-19; Profissionais de saúde que atuam em setores administrativos do hospital."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

- Analisar a saúde psicológica dos profissionais de saúde que atuam na Unidade de Terapia Intensiva – UTI (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem) do Hospital Regional do Cariri, Ceará, em termos de ansiedade, depressão e estresse diante da pandemia de COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

"Por ser uma pesquisa com seres humanos, considera-se que apresenta riscos, como desconforto por parte dos sujeitos participantes, visto que a aplicação do questionário pode remeter a lembranças e sentimentos negativos nos participantes, propiciando sua desistência ou interrupção da pesquisa, e ainda a tomada de tempo do sujeito. Caso o participante entre em contato com o pesquisador apresentando desistência ou desconforto, o pesquisador fará um acolhimento de forma remota por videochamada, se o participante assim permitir. Buscando oferecer uma escuta acolhedora e empática. O pesquisador também poderá encaminhar o participante para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município, caso seja acordado entre pesquisador e participante. Essas medidas serão tomadas de forma a amparar os participantes, na tentativa de minimizar possíveis desconfortos advindos da pesquisa. Os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e serão esclarecidos que poderão retirar sua autorização no momento em que desejarem, bem como constará o contato dos pesquisadores no TCLE, para facilitar a interação com o pesquisador, se o participante

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190, 1º andar
Bairro: Guajeru **CEP:** 60.843-070
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3195-2766 **E-mail:** cep@isgh.org.br



Continuação do Parecer: 5.477.434

necessitar."

BENEFÍCIOS

"No que concerne aos benefícios desejados com a execução dessa pesquisa destacam-se: a importância de aprofundar os estudos a partir do contexto das pandemias, levando em consideração que é um evento recente que o mundo enfrenta. Isso leva a um maior estímulo para elaboração de construções teóricas que dialoguem sobre as emoções e saúde mental dos profissionais de saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possibilitará conhecer e mapear as principais emoções vivenciadas pelos profissionais de saúde que trabalham nas unidades de terapia intensiva do Hospital Regional do Cariri no período da pandemia COVID-19.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Anexados na Plataforma Brasil os documentos pertinentes a pesquisa: Folha de Rosto; Termo de Ciência da Unidade Hospitalar; Termo de Sigilo dos Dados; Projeto Completo; Carta de Anuência; TCLE; Orçamento; Cronograma.

Recomendações:

- Recomenda-se a comunicação e registro de quaisquer alterações realizadas no protocolo de pesquisa aos Comitês de Ética em Pesquisa e ao Hospital participante.
- Recomenda-se que ao término da pesquisa, o pesquisador realize a devolutiva dos resultados da pesquisa aos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar ao Final de Pesquisa na aba Notificações da Plataforma Brasil e ao Hospital participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisador acatou as sugestões de correção apontadas no parecer consubstanciado anterior do CEP ISGH nº 5.368.060, descrito a seguir:

SOLICITAÇÃO 01: Inserir no TCLE informações quanto dados e contato do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar com a finalidade dos funcionários dos Hospital possam entrar em contato caso dúvidas com o CEP regional.

SITUAÇÃO 01: Pesquisador inseriu os dados e contatos do CEP ISGH no TCLE. ACATADO.

A pesquisa atende a Resolução 466/2012 CNS/MS, 510/2016 CNS/MS e complementares estando de acordo com os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190, 1º andar	CEP: 60.843-070
Bairro: Guajeru	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3195-2766	E-mail: cep@isgh.org.br



Continuação do Parecer: 5.477.434

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer da relatoria quanto à aprovação do projeto de pesquisa, visto atender a apresentação dos documentos obrigatórios e seguir os preceitos éticos. A pesquisa deve ser desenvolvida mediante delineamento do protocolo aprovado, informando efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o fluxo das normas da pesquisa. Emendas ou modificações ao protocolo devem ser enviadas ao CEP para apreciação ética. Ao término da pesquisa, enviar relatório final para a Instituição participante e Comitê de Ética em Pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1902224.pdf	11/05/2022 18:38:38		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_final.pdf	11/05/2022 18:37:18	francisco diógenes lima de assis	Aceito
Outros	Carta.pdf	30/04/2022 09:32:03	francisco diógenes lima de assis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	30/04/2022 09:29:18	francisco diógenes lima de assis	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	14/02/2022 08:57:46	francisco diógenes lima de assis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_VERSAO_Plataforma_Brasil.docx	15/01/2022 17:51:26	francisco diógenes lima de assis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	11/11/2021 13:17:35	francisco diógenes lima de assis	Aceito
Outros	termo_do_sigilo_dos_dados.pdf	23/09/2021 11:29:36	francisco diógenes lima de assis	Aceito
Outros	termo_de_ciencia_sobre_pesquisa_cientifica_na_unidade_hospitalar.pdf	23/09/2021 11:26:35	francisco diógenes lima de assis	Aceito
Outros	Carta_de_Apresentacao.pdf	23/09/2021 11:23:15	francisco diógenes lima de assis	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190, 1º andar
Bairro: Guajeru **CEP:** 60.843-070
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3195-2766 **E-mail:** cep@isgh.org.br



Continuação do Parecer: 5.477.434

Não

FORTALEZA, 20 de Junho de 2022

Assinado por:
Jamille Soares Moreira Alves
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190, 1º andar
Bairro: Guajeru **CEP:** 60.843-070
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3195-2766 **E-mail:** cep@isgh.org.br