

Kamila Silva de Miranda¹
<https://orcid.org/0000-0001-6975-3746>

Leonardo Daniel Reis Santos¹
<https://orcid.org/0000-0002-2774-9842>

Omar Pereira de Almeida Neto¹
<https://orcid.org/0000-0002-5361-284X>

Maria Beatriz Guimarães Raponi¹
<https://orcid.org/0000-0003-4487-9232>

Luana Araújo Macedo Scalia¹
<https://orcid.org/0000-0003-1000-8738>

Impacto do perfil ocupacional, saúde mental e religiosidade sobre depressão, ansiedade e estresse de profissionais de saúde na pandemia de COVID-19

Impact of occupational profile, mental health and religiosity on depression, anxiety and stress among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic

DOI: 10.1590/0047-2085000000433

RESUMO

Objetivo: Avaliar a influência de variáveis ocupacionais e de saúde mental, religiosidade e estresse pós-traumático (TEPT) sobre depressão, ansiedade e estresse em profissionais de saúde da linha de frente da COVID-19. **Métodos:** Estudo observacional e seccional, realizado em hospital universitário no interior de Minas Gerais, com 151 profissionais de saúde atuantes na linha de frente da COVID-19. Utilizaram-se questionários de caracterização sociodemográfica, ocupacional e de saúde mental; religiosidade (P-DUREL); TEPT (PCL-C) e rastreio de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21). Análises descritiva, bivariada e regressão linear múltipla foram empregadas. **Resultados:** Houve predomínio de participantes de sexo feminino, de cor branca, católicos, casados, de nível superior completo, com filhos, sedentários e sem histórico de doenças crônicas ou psiquiátricas. A minoria apresentou sintomas da COVID-19, teste positivo ou necessidade de isolamento. A maioria teve privação do contato com familiares e não recebeu suporte psicológico/psiquiátrico. A maioria apresentou sintomas leves ou mínimos de depressão (68,2%), ansiedade (64,9%) ou estresse (69,5%). A prevalência de sintomas de TEPT foi de 17,2%. Transtornos psiquiátricos diagnosticados previamente e presença de sintomas de TEPT foram associados a sintomas de depressão, ansiedade e estresse atuais. Escores baixos de religiosidade intrínseca foram associados a escores altos de depressão, e o sexo feminino foi associado a maiores escores de depressão e estresse. **Conclusões:** Durante a pandemia, sintomas de depressão, ansiedade e estresse foram comuns nessa amostra de profissionais de saúde. Os fatores associados a esses sintomas podem ser utilizados para identificar profissionais vulneráveis que precisam de suporte psicológico/psiquiátrico.

PALAVRAS-CHAVE

Pessoal de saúde, saúde mental, estresse psicológico, espiritualidade, COVID-19.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the influence of occupational and mental health variables, religiosity and post-traumatic stress (PTSD) on depression, anxiety and stress in front-line healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. **Methods:** An observational and cross-sectional study was conducted in a hospital in the state of Minas Gerais, Brazil, with 151 health professionals working on the front-line of COVID-19. Sociodemographic, occupational and mental health, religiosity (P-DUREL), PTSD (PCL-C) and screening for depression, anxiety and stress (DASS-21) questionnaires were used. Descriptive, bivariate and multiple linear regression were used. **Results:** There was a predominance of female, white, Catholic, married, complete higher education, with children, sedentary and without a history of chronic or psychiatric diseases. The minority presented symptoms of COVID-19, tested positive for the virus or needed isolation. Most of them had deprivation of contact with family members and did not receive psychological/psychiatric support. Most professionals had mild or minimal symptoms of depression (68.2%), anxiety (64.9%) or stress (69.5%). The prevalence of PTSD symptoms was 17.2%. A previous history of psychiatric disorder and the presence of PTSD symptoms were associated with current symptoms of depression, anxiety, and stress. Low intrinsic religiosity scores were associated with high depression scores and females were associated with higher depression and stress scores. **Conclusions:** During the pandemic, symptoms of depression, anxiety and stress were common in this sample of health professionals. The factors associated with these symptoms can be used to identify vulnerable professionals who need psychological/psychiatric support.

KEYWORDS

Health personnel, mental health, psychological stress, spirituality, COVID-19.

Received in: Jun/23/2022. Approved in: Oct/08/2023

¹ Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina, Curso de Graduação em Enfermagem, Uberlândia, MG, Brasil.

Address for correspondence: Luana Araújo Macedo Scalia. Av. Pará, Bloco 2U, 1720, Umuarama – 38400-902 – Uberlândia, MG, Brasil. E-mail: luanascaliam@ufu.br



INTRODUÇÃO

No final de dezembro de 2019, a cidade chinesa de Wuhan relatou uma nova pneumonia causada pela doença do coronavírus 2019 (COVID-19). O vírus foi denominado coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2)¹. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou uma reunião extraordinária e declarou o surto global de COVID-19 como uma emergência de saúde pública e de interesse internacional².

Com a pandemia, surgiu uma gama profunda e ampla de impactos psicossociais nas pessoas em níveis individual, comunitário e internacional^{3,4}. Em nível individual, relatos sobre o medo de infectar-se ou transmitir a infecção aos entes queridos, medo de morrer, irritabilidade, impotência, solidão e tristeza tornaram-se recorrentes⁵⁻⁷.

Em estudo realizado na China com 1.210 entrevistados, duas semanas após o surto de COVID-19, mais da metade (53,8%) classificaram como moderado ou grave o impacto psicológico⁸. Os riscos de contaminação, o isolamento social e as incertezas provocadas pelo vírus agravaram ou geraram problemas mentais⁸. E, como consequência, houve aumento de sintomas de ansiedade e depressão, do uso de drogas e de sintomas psicossomáticos⁷.

Diante dessa situação crítica, os profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos no diagnóstico, tratamento e atendimento de pacientes com COVID-19 têm maiores chances de desenvolver sofrimento psíquico, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e outros sintomas somáticos. O número alto de casos confirmados e suspeitos, a carga de trabalho esmagadora, o esgotamento de equipamentos de proteção individual, a ampla cobertura da mídia, a falta de medicamentos específicos e os sentimentos de apoio inadequado contribuíram para que esses sintomas se tornassem mais frequentes nos profissionais de saúde^{6,9,10}.

De acordo com um estudo realizado em 2020, de 1.257 indivíduos que trabalhavam em hospitais de Wuhan (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, entre outros), 50% relataram sintomas de depressão, 44%, de ansiedade, 34%, de insônia e 71%, de angústia¹⁰. Enfermeiros, comparados a médicos, mulheres e profissionais de saúde da linha de frente, possuíam graus mais severos de todas as medições de sintomas de saúde mental do que outros profissionais de saúde¹⁰. Além disso, os profissionais de linha de frente da pandemia de COVID-19 estão em risco para o TEPT, pois estão diante de situações altamente estressantes relacionadas ao trabalho, como situações médicas críticas, cuidando de pessoas gravemente afetadas pela doença, testemunhando morte e trabalhando em ambiente sobrecarregado^{11,12}.

O TEPT caracteriza-se pelo desenvolvimento de sintomas específicos após a ocorrência de um evento traumático intenso, envolvendo a participação direta ou não do paciente/vítima¹³. Profissionais de saúde que participaram de um surto de síndrome respiratória aguda em 2003 tiveram prevalência de 10%-20% de TEPT^{14,15}. Além disso, o TEPT pode levar a aumento de uso de substâncias psicoativas como forma de alívio dos sintomas decorrentes do transtorno¹⁶.

Alguns fatores podem colaborar para melhorar a saúde mental de trabalhadores, por exemplo, comunicações claras e diretivas, métodos de precaução dos serviços de saúde, habilidade em dar *feedback*, suporte da administração, dos supervisores e colegas, e da família, e religiosidade¹⁷. Da mesma forma, estudos demonstram a importância da religiosidade para o enfrentamento de situações estressantes^{18,19}. A religiosidade, assim como a espiritualidade, é uma estratégia utilizada para promover conforto e acolhimento, tornando-as essencial perante tantas incertezas provocadas pela pandemia de COVID-19¹⁹.

Em estudo realizado com 579 profissionais da saúde, durante a pandemia de COVID-19, pôde-se perceber a influência positiva da religiosidade e/ou espiritualidade na diminuição de sintomas como medo, ansiedade, inquietação e incertezas²⁰.

Nesse sentido, os índices de sintomas ansiosos e de depressão e estresse em profissionais de saúde são alarmantes, os quais podem ser agravados no contexto da pandemia de COVID-19. Além disso, as consequências decorrentes da pandemia podem levar a alterações psicológicas e somáticas. Diante disso, o objetivo do estudo foi avaliar a influência de variáveis ocupacionais e de saúde mental, religiosidade e estresse pós-traumático sobre depressão, ansiedade e estresse em profissionais de saúde da linha de frente da COVID-19.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa, realizado em um hospital universitário de grande porte localizado no interior de Minas Gerais. Foram incluídos profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais), maiores de 18 anos e atuantes na linha de frente da COVID-19. Os trabalhadores eram questionados sobre se estavam diretamente engajados em atividades clínicas de diagnóstico, tratamento ou cuidados de enfermagem a pacientes com COVID-19 suspeita ou confirmada. Os que responderam "sim" foram definidos como trabalhadores de linha de frente, por sua vez, os que responderam "não" foram definidos como trabalhadores de segunda linha e retirados da pesquisa¹⁰.

Como o número de profissionais de saúde atuantes na linha de frente é flutuante, devido ao aumento indeterminado da quantidade de casos e ao número de profissionais infectados que são afastados, o processo de recrutamento foi do tipo não probabilístico. A coleta de dados foi realizada em dias alternados, nos três períodos – manhã, tarde e noite –, entre os meses de maio e julho de 2020.

Para a coleta de dados, os pesquisadores se dirigiram às unidades criadas no hospital especificamente para o atendimento de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19; eles convidavam todos os profissionais de saúde presentes nas unidades nos dias de coleta de dados e, após a anuência do profissional, instrumentos autoaplicáveis de caracterização; religiosidade (P-DUREL), transtorno de estresse pós-traumático (PCL-C) e rastreio de ansiedade, depressão e estresse (DASS 21) eram preenchidos pelos profissionais.

O instrumento de caracterização era composto por variáveis sociodemográficas, ocupacionais e de saúde mental, a saber: idade; sexo; cor autorreferida; estado civil; religião; escolaridade; ter filhos; quantidade de pessoas que vivem na mesma casa; carga horária de trabalho semanal; número de vínculos empregatícios; privação familiar em algum momento durante a pandemia; presença de sintomas de COVID-19; diagnóstico de COVID-19 confirmado; histórico de depressão, ansiedade, pânico ou outros transtornos psiquiátricos; suporte psicológico/psiquiátrico durante a pandemia; doença crônica diagnosticada; realização de atividade física.

A escala P-DUREL, desenvolvida por Koenig em 1997²¹ e traduzida e validada por Moreira-Almeida e colaboradores²², é um instrumento autoaplicável, composto de cinco itens, que mensura três dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos de saúde: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI), de forma que quanto menor o escore, menor a religiosidade. A RO está relacionada à frequência em grupos religiosos como cultos, missas ou cerimônias (pontuação de 1-6); a RNO mede a frequência de atividades religiosas privadas como orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir a programas religiosos na TV ou rádio (pontuação de 1-6); por fim, a RI se refere à busca de internalização e vivência da religiosidade como principal objetivo do indivíduo (pontuação de 3-15)²².

A Escala de Transtorno de Estresse Pós-traumático (PCL-C) foi desenvolvida e validada por Brighenti e colaboradores²³ para mensurar a magnitude do trauma ou se ele atinge determinado grau para que seja considerado um transtorno²⁴. É um instrumento de rápida aplicação, prático, generalizável, podendo ser utilizado em diversos grupos etários, desde adolescentes até idosos, e em eventos traumáticos

diversos, pois não contém questões específicas ao contexto do trauma²³.

A Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse (DASS-21), validada para o português por Vignola e Tucci²⁵, é composta por 21 itens que permitem a avaliação simultânea de três estados emocionais e seus sintomas relacionados a depressão, ansiedade e estresse, sendo facilmente aplicada em ambientes clínicos e não clínicos.

Para verificar a influência de variáveis sociodemográficas, ocupacionais e de saúde mental sobre os escores de depressão, ansiedade e estresse, foram empregadas análise bivariada por meio de teste t de Student e correlação de Pearson. A influência simultânea de todas as variáveis foi analisada por meio de regressão linear múltipla. Ressalta-se que os pré-requisitos para uso dos testes paramétricos foram devidamente considerados, e o critério de inclusão de variáveis preditoras considerou a relevância conceitual. O nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) foi adotado para análises inferenciais. Sendo assim, como poderá ser visto mais à frente, na Tabela 3, o poder estatístico alcançado na análise de regressão com oito preditores com 151 participantes foi maior que 99%. O desfecho principal considerado foi o escore total de depressão.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) e aprovado com o número CAAE: 30662120.4.0000.0008. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 151 profissionais de saúde, entre eles, técnicos de enfermagem (71; 47%); enfermeiros (40; 26,5%); médicos (26; 17,2%), fisioterapeutas (7; 4,6%); psicólogos (6; 4,0%) e nutricionista (1; 0,7%). A média de idade foi de 38,68 anos ($s = 10,48$), com idade mínima de 19 e máxima de 63 anos.

A Tabela 1 evidencia os dados de caracterização sociodemográfica, ocupacional, clínica e de saúde mental dos profissionais diante da pandemia de COVID-19.

Houve predomínio de mulheres (126; 83,4%), brancas (87; 57,6%), casadas (63; 41,7%), com filhos (82; 54,3%) e com nível superior completo (74; 49%). A média da renda mensal foi de R\$ 5.5516,58 ($s = R\$ 3.544,26$), com mínimo de R\$ 1.500,00 e máximo de R\$ 21.000 reais.

A carga horária de trabalho semanal mais frequente entre os participantes foi de 40 horas (66; 43,7%), e a maioria possuía vínculo empregatício único (122; 80,8%).

Os resultados evidenciaram uma maioria sem prática de atividade física (91; 60,3%), sem doenças crônicas diagnosticadas previamente (110; 72,8%) e sem transtornos psiquiátricos diagnosticados previamente (107; 70,9%).

Tabela 1. Frequência e porcentagem de características sociodemográficas, ocupacionais e de saúde mental em profissionais da área da saúde atuantes na linha de frente da COVID-19 – Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2020 (n = 151)

Variável	% / n
Sexo	
Feminino	83,4 (126)
Masculino	16,6 (25)
Cor autorreferida	
Branco	57,6 (87)
Pardo	29,1 (44)
Preta	11,9 (18)
Amarelo	1,3 (2)
Estado civil	
Solteiro	44,4 (67)
Casado	41,7 (63)
Separado	10,6 (16)
Não informado	3,3 (5)
Escolaridade	
Nível técnico	21,2 (32)
Superior incompleto	6,0 (9)
Superior completo	49,0 (74)
Pós-graduação	23,8 (36)
Vínculo empregatício único	
Sim	80,8 (122)
Não	19,2 (29)
Prática de atividade física	
Sim	39,7 (60)
Não	60,3 (91)
Portador de doença crônica	
Sim	27,2 (41)
Não	72,8 (110)
Transtornos psiquiátricos diagnosticados previamente	
Sim	29,1 (44)
Não	70,9 (107)
Presença de sintomas de COVID-19	
Sim	13,9 (21)
Não	86,1 (130)
Diagnóstico de COVID-19	
Não realizou teste	39,1 (59)
Positivo	1,3 (2)
Negativo	58,3 (88)
Aguardando resultado	0,7 (1)
Não informado	0,7 (1)
Privação de convivência com filhos	
Sim	14,8 (12)
Não	85,2 (70)
Privação de convivência com familiares	
Sim	59,6 (90)
Não	40,4 (61)
Apoio psicológico/psiquiátrico	
Sim	12,6 (19)
Não	87,4 (132)
Religião	
Católico	43,0 (65)
Evangélico	23,2 (35)
Espírita	17,9 (27)
Não possui religião	10,6 (16)
Não acredita em Deus	1,3 (2)
Outra	3,3 (5)
Não informado	0,7 (1)

Em relação à pandemia da COVID-19, quando questionados sobre a presença de sintomas da COVID-19, 21 (13,9%) profissionais disseram ter apresentado sintomas; sobre o diagnóstico da doença, apenas dois (1,3%) relataram resultado positivo na realização de testes. Cabe ressaltar que foi investigado se os profissionais já haviam realizado testes para identificação do coronavírus SARS-CoV-2 e que 59 (39,1%) afirmaram que não. Sobre a necessidade de quarentena, 129 (85,4%) afirmaram que não foi necessária e, entre os que ficaram de quarentena, a média de dias foi de 15,90 ($s = 17,50$), mínimo de quatro e máximo de 90 dias.

Ao investigar sobre relacionamentos e apoio psicológico/psiquiátrico, 81 (53,6%) profissionais possuíam filhos, dos quais 12 (14,8%) foram privados da convivência com os filhos; 90 (59,6%) profissionais foram privados do convívio familiar como um todo; e 132 (87,4%) não receberam suporte psicológico/psiquiátrico até o momento.

As três principais religiões citadas entre os profissionais de saúde foram, respectivamente, católica (65; 43%), evangélica (35; 23,2%) e espírita (27; 17,9%).

Medidas de tendência central e variabilidade para as escalas de Religiosidade e de Depressão, Ansiedade e Estresse são apresentadas na Tabela 2. Entre as subescalas da escala DASS-21, o estresse foi o sintoma mais experienciado pelos participantes, apresentando o maior escore médio. Por outro lado, positivamente, a dimensão religiosidade intrínseca apresentou escores maiores, evidenciando a religiosidade mais bem relacionada com o suporte social e com os desfechos de saúde. A prevalência de provável TEPT foi de 17,2%, segundo a escala PCL-C.

Os profissionais, de forma descritiva, foram classificados quanto a gravidade dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse, segundo a DASS-21. Nesse contexto, 103 (68,2%) profissionais apresentavam sintomas de depressão leves ou mínimos, 27 (17,9%), sintomas moderados e 21 (13,9%), sintomas graves ou muito graves. Para a ansiedade, 98 (64,9%) profissionais apresentavam sintomas leves ou mínimos, 24 (15,9%), sintomas moderados de ansiedade e 29 (19,2%), sintomas graves ou muito graves. Por fim, o nível de estresse estava leve ou mínimo para 105 (69,5%) profissionais, moderado para 23 (15,2%) e grave ou muito grave também para 23 (15,2%) profissionais.

A Tabela 3 apresenta o resultado da análise de regressão linear múltipla.

A regressão linear múltipla mostrou que a variável presença de transtornos psiquiátricos diagnosticados previamente foi associada a maiores escores de sintomas de depressão ($\beta = 0,37$; $p < 0,001$), ansiedade ($\beta = 0,34$; $p < 0,001$) e estresse ($\beta = 0,33$; $p < 0,001$), ou seja, os profissionais que

Tabela 2. Medidas de centralidade e dispersão dos escores das Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) e de Transtorno de Estresse Pós-traumático (PCL-C) em profissionais da área da saúde atuantes na linha de frente da COVID-19 – Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2020 (n = 151)

	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio-padrão
DASS					
Depressão	0,0	42,0	9,48	6,0	9,81
Ansiedade	0,0	40,0	8,07	6,0	8,93
Estresse	0,0	42,0	13,72	12,0	10,40
Religiosidade					
Intrínseca	3,0	15,0	12,43	12,0	3,14
Organizacional	1,0	6,0	3,72	4,0	1,45
Não organizacional	1,0	6,0	4,02	5,0	1,67

DASS: Escala de Depressão Ansiedade e Estresse.

Tabela 3. Análise de regressão linear múltipla incluindo fatores que influenciam sintomas de depressão, ansiedade e estresse em profissionais da área da saúde atuantes na linha de frente da COVID-19 – Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2020 (n = 151)

Variáveis	DASS Depressão		DASS Ansiedade		DASS Estresse	
	β	p	β	P	β	p
Sexo	0,14	0,05	0,12	0,11	0,18	0,01
Idade	0,07	0,32	0,09	0,22	-0,09	0,22
Mais de um vínculo empregatício	-0,18	0,01	-0,08	0,29	-0,17	0,01
Privação do convívio familiar	0,00	0,99	0,06	0,47	0,01	0,84
Suporte psicológico/psiquiátrico	-0,04	0,60	-0,03	0,67	0,01	0,93
Transtornos psiquiátricos diagnosticados previamente	0,37	<0,001	0,34	<0,001	0,33	<0,001
Religiosidade intrínseca	-0,17	0,02	-0,07	0,41	-0,13	0,08
Presença de TEPT	0,34	<0,001	0,21	0,01	0,31	<0,001

DASS: Escala de Depressão Ansiedade e Estresse; TEPT: transtorno de estresse pós-traumático, segundo a escala PCL-C.

Variáveis dicotômicas: sexo (feminino ou masculino – categoria de referência); mais de um vínculo empregatício (dois ou mais ou um único – categoria de referência); privação do convívio familiar (sim ou não – categoria de referência); suporte psicológico/psiquiátrico (sim ou não – categoria de referência); transtornos psiquiátricos diagnosticados previamente (sim ou não – categoria de referência); presença de TEPT (sim ou não – categoria de referência).

tinham histórico de morbidades psiquiátricas apresentaram mais sintomas de depressão, ansiedade e estresse, quando comparados aos que não apresentavam. De fato, na análise bivariada, os profissionais com esse histórico apresentaram maiores médias, quando comparados aos que não tinham transtornos psiquiátricos diagnosticados previamente para as subescalas de depressão ($\bar{x} = 16,95$ x $\bar{x} = 6,41$), ansiedade ($\bar{x} = 13,91$ x $\bar{x} = 5,66$) e estresse ($\bar{x} = 21,09$ x $\bar{x} = 10,69$).

Apresentar sintomas de TEPT também foi associado a maiores escores de sintomas de depressão ($\beta = 0,34$; $p < 0,001$), ansiedade ($\beta = 0,21$; $p = 0,01$) e estresse ($\beta = 0,31$; $p < 0,001$). As médias para quem apresentou sintomas de TEPT foram maiores, quando comparadas aos que não apresentaram, respectivamente, para as subescalas de depressão ($\bar{x} = 19,00$ x $\bar{x} = 7,50$), ansiedade ($\bar{x} = 14,31$ x $\bar{x} = 6,77$) e estresse ($\bar{x} = 23,38$ x $\bar{x} = 11,71$).

A variável sexo foi associada a maiores escores das subescalas depressão ($\beta = 0,14$; $p = 0,05$) e estresse ($\beta = 0,18$; $p = 0,01$), indicando que as mulheres apresentam mais sintomas de depressão e estresse, em comparação com os homens.

De fato, na análise bivariada, as mulheres apresentaram maiores médias de depressão e estresse, respectivamente ($\bar{x} = 9,75$; $\bar{x} = 14,22$), quando comparadas aos homens ($\bar{x} = 6,92$; $\bar{x} = 10,42$).

Os profissionais com um vínculo empregatício tiveram escores ligeiramente superiores para depressão ($\bar{x} = 9,78$ x $\bar{x} = 7,04$) e estresse ($\bar{x} = 13,44$ x $\bar{x} = 11,00$), quando comparados aos que possuíam mais de um único vínculo empregatício. Especula-se que talvez isso seja devido à influência de variáveis que não foram incluídas no presente estudo.

Por fim, a religiosidade intrínseca também se apresentou estatisticamente significativa, evidenciando que os escores mais baixos de religiosidade estiveram associados aos escores mais altos de depressão ($\beta = -0,17$; $p = 0,02$).

DISCUSSÃO

A pandemia de COVID-19 trouxe diversos impactos para a saúde mental da população em geral e, principalmente, para os profissionais de saúde que trabalharam diretamente com pacientes acometidos por essa doença. Sabe-se que fatores

como o isolamento social, a exaustiva carga horária de trabalho e a falta de recursos materiais e humanos impactam diretamente a saúde mental desses profissionais^{9,10}.

A saúde mental dos profissionais de saúde é uma temática que merece atenção da população em geral e execução de medidas protetivas por parte de gestores e autoridades competentes, por isso foi tema deste estudo. A rotina estressante e a esmagadora carga horária de trabalho, somadas às incertezas e ao isolamento causados pela pandemia de COVID-19, podem aumentar ou gerar adoecimento psicológico, uso de substâncias psicoativas e estresse.

Além disso, como demonstrado neste estudo, profissionais que já tinham transtornos psiquiátricos diagnosticados previamente apresentaram mais sintomas de depressão, ansiedade e estresse, quando comparados aos que não apresentavam. Assim, a pandemia pode ser responsável por agravar o desgaste psicossocial do profissional de saúde. Dessa forma, gestores de instituições de saúde deveriam organizar ações para minimizar esse desgaste, como, por exemplo, organizar plantões de atendimento psicológico, disponibilizar material *on-line* sobre redução de ansiedade, medo e desespero em momentos de crise, realizar treinamentos para intensificar a segurança na prestação da assistência e fazer a contratação emergencial de mais profissionais para diminuição de sobrecarga laboral²⁶.

No presente estudo, obteve-se maior porcentagem de pessoas do sexo feminino, que apresentaram mais sintomas de depressão e estresse, em comparação com os homens. Isso corrobora o que é descrito em diversas pesquisas que afirmam que as mulheres e profissionais de enfermagem apresentavam maiores chances de desenvolver sintomas psíquicos^{10,27-29}.

Em relação à prática de atividades físicas, 91 (60,3%) participantes do estudo relataram não realizar nenhuma modalidade de atividade, o que é um dado alarmante, visto que a atividade física é benéfica para a promoção de saúde mental. De acordo com Oliveira e colaboradores³⁰, um estilo de vida saudável está diretamente relacionado à prática de atividades físicas, a qual diminui respostas emocionais de estresse, ansiedade e depressão, além de aumentar a capacidade de concentração.

Em estudo realizado com mais de mil profissionais da saúde, durante a pandemia de COVID-19, constataram-se altas taxas de depressão e ansiedade (50,4% e 44,6%, respectivamente) e altíssima taxa de prevalência de sintomas de estresse¹⁰. Isso tem sido confirmado em revisões sistemáticas sobre o tema em diversas partes do mundo³¹⁻³⁴.

Esses dados corroboram os dados encontrados por este estudo, uma vez que os percentuais de sintomas mínimos a

muito graves de depressão, ansiedade e estresse foram elevados (40,4%, 41,1% e 38,3%, respectivamente). Somado a isso, 132 (87,4%) profissionais relataram não receber suporte psicológico/psiquiátrico durante a pandemia. Ainda de acordo com Lai e colaboradores¹⁰, quando comparado trabalhadores da linha de frente com trabalhadores de segunda linha, os que estavam tratando diretamente pacientes com COVID-19 apresentaram maiores índices de depressão, ansiedade, insônia e angústia.

Em um estudo realizado por Mak e colaboradores³⁵ sobre sobreviventes da síndrome respiratória aguda grave, profissionais da área da saúde apresentaram maiores índices de TEPT (40,7%), quando comparados com a população em geral (19,0%). Esse dado reafirma a necessidade de atenção especial à saúde mental dos trabalhadores da linha de frente da COVID-19. Também foi observada alta prevalência de possíveis sintomas de TEPT nos participantes deste estudo (18,5%), mesmo com pouco tempo de pandemia no momento da coleta de dados. Além disso, apresentar sintomas de TEPT esteve associado a maiores escores de sintomas de depressão, ansiedade e estresse.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT são parecidos com os do desenvolvimento da síndrome de *burnout* nos profissionais da saúde, durante a pandemia. Alguns exemplos desses fatores de risco são: sobrecarga de trabalho, estresse, depressão e isolamento social³⁶. Da mesma forma que essas duas doenças estão correlacionadas por seus fatores de risco, os efeitos da pandemia podem comprometer a saúde da população por meio de diversas outras doenças, por isso a importância de atentar aos sinais e sintomas e tentar ao máximo proteger a saúde física e mental.

Várias estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde nesse momento, entre elas, a religiosidade, a qual pode ter um papel protetor com relação ao uso de substâncias e saúde mental³⁷. Isso foi evidenciado pelos dados encontrados neste trabalho em que a religiosidade intrínseca foi fator protetor para depressão. De fato, a religiosidade, a fé e a oração auxiliam em momentos de angústia e incerteza, e muitos conseguem enfrentar melhor essas situações com o auxílio dessas crenças, que agem de forma positiva para saúde mental³⁸.

Em vista do que foi demonstrado, observa-se que agora e após o término da pandemia, a saúde mental de toda a população deve ser prioridade de gestores, com atenção especial aos profissionais da área da saúde. São esses profissionais os responsáveis por identificar e tratar problemas mentais da população em geral; para isso, eles necessitam permanecer saudáveis física e mentalmente. Para esse fim, devem ser adotadas medidas preventivas e propostas concretas desde

já, a fim de diminuir problemas psicológicos causados pela COVID-19.

Como limitação do estudo, considera-se o fato de a aplicação dos instrumentos de coleta de dados ter sido realizada no ambiente de trabalho e a amostra ter sido por conveniência, o que pode favorecer um viés de seleção. Entretanto, tais limitações não comprometeram a fidedignidade dos resultados. Este estudo possui representatividade de apenas um hospital, e a saúde mental desses profissionais antes da pandemia era desconhecida, o que não permitiu comparações com os dados levantados. Porém, conhecer os impactos psicológicos da COVID-19 nos profissionais de saúde pode auxiliar na busca de ferramentas que podem ser aplicadas para reduzir agravos à saúde mental e, assim, melhorar a qualidade do cuidado prestado por esses profissionais.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que os participantes, predominantemente, eram do sexo feminino, de cor branca, católicos, casados, com nível superior completo, com filhos, sedentários e sem histórico de doenças crônicas ou comorbidades psiquiátricas. Referente aos aspectos da pandemia, a minoria apresentou sintomas da COVID-19, teste de confirmação da doença positivo ou necessidade de isolamento. Contudo, a maioria teve privação do contato com familiares e não recebeu suporte psicológico e/ou psiquiátrico.

Os sintomas de estresse e a religiosidade intrínseca apresentaram os maiores escores médios. A prevalência de TEPT foi de 17,2%. Transtornos psiquiátricos diagnosticados previamente e a presença do TEPT tiveram associações estatisticamente significativas com maiores escores dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse atuais. A religiosidade e o sexo também se constituem variáveis significativamente associadas aos sintomas de depressão e estresse.

Faz-se necessário realizar novos estudos direcionados ao impacto da COVID-19 na saúde mental dos profissionais da área da saúde, além de relacionar esse impacto à síndrome de *burnout*, que pode ter sido desenvolvida ou agravada no contexto da pandemia³⁹.

Ademais, torna-se importante a adoção de medidas profiláticas por parte dos gestores de saúde visando à manutenção da saúde física e mental desses profissionais.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Kamila Silva de Miranda – Concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

Leonardo Daniel Reis Santos – Concepção e desenho do estudo, elaboração do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

Omar Pereira de Almeida Neto – Análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo intelectual do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

Maria Beatriz Guimarães Raponi – Análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo intelectual do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

Luana Araújo Macedo Scalia – Concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo intelectual do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

CONFLITOS DE INTERESSE

Todos os autores declaram que não possuem conflitos de interesse.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) pelo suporte para realização da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. 2020 Mar 26;382(13):1199-207. doi: 10.1056/NEJMoa2001316.
- Organização Mundial da Saúde (OMS); Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus [Internet]. [cited 2021 Sep 30]. Available from: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>
- Lin CY, Peng YC, Wu YH, Chang J, Chan CH, Yang DY. The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff. *Emerg Med J*. 2007 Jan;24(1):12-7. doi: 10.1136/emj.2006.035089.
- Bezerra CB, Saintrain MVL, Braga DRA, Santos FS, Lima AOP, Brito EHS, et al. Impacto psicossocial do isolamento durante pandemia de covid-19 na população brasileira: análise transversal preliminar. *Saude Soc*. 2020;29(4):e200412. <https://doi.org/10.1590/S0104-1290202000412>
- Hall RCW, Hall RCW, Chapman MJ. The 1995 Kikwit Ebola outbreak: lessons hospitals and physicians can apply to future viral epidemics. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008 Sep-Oct;30(5):446-52. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2008.05.003.
- Crowe S, Fuchsia Howard A, Vanderspank-Wright B, Gillis P, McLeod F, Penner C, et al. The Effect of COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Canadian Critical Care Nurses Providing Patient Care during the Early Phase Pandemic: A Mixed Method Study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2021 Apr;63:102999. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102999.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid. Recomendações para gestores 2020 [Internet]. [cited 2020 Oct 28]. Available from: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cartilha_recomendacoes_gerais_06_04_0.pdf
- Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, 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. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 6;17(5):1729. doi: 10.3390/ijerph17051729.
- Shultz JM, Baingana F, Neria Y. The 2014 Ebola Outbreak and Mental Health: current status and recommended response. *JAMA*. 2015 Feb 10;313(6):567-8. doi: 10.1001/jama.2014.17934.

10. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020 Mar 2;3(3):e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
11. Carmassi C, Foghi C, Dell'Oste V, Cordone A, Bertelloni CA, Bui E, et al. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*. 2020 Oct;292:113312. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113312.
12. Troglio da Silva FC, Neto MLR. Psychiatric disorders in health professionals during the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2021 Aug;140:474-87. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.03.044.
13. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
14. Chan AOM, Huak CY. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occup Med (Lond)*. 2004 May;54(3):190-6. doi: 10.1093/occmed/kqh027.
15. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk. *Can J Psychiatry*. 2009 May;54(5):302-11. doi: 10.1177/070674370905400504.
16. Dantas H de S, Andrade AG de. Comorbidade entre transtorno de estresse pós-traumático e abuso e dependência de álcool e drogas: uma revisão da literatura. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2008;35(Supl 1):55-60. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000700012>
17. Huremović D. Social Distancing, Quarantine, and Isolation. *Psychiatry of Pandemics*. 2019;85-94.
18. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health*. Oxford; New York: Oxford University Press; 2012.
19. Scorsolini-Comin F, Rossato L, Cunha VF da, Correia-Zanini MRG, Pilon SC. A religiosidade/espiritualidade como recurso no enfrentamento da COVID-19. *Rev Enferm Centro-Oeste Mineiro*. 2020;10:e3723. doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3723>
20. Costa BCP, Bachur CK, Candido S da S, Gonçalves IWP, Hilario VG, Barcelos LR, et al. Religiosidade e Espiritualidade entre Profissionais da Saúde em tempos de Pandemia. *Braz J Health Rev*. 2021 Aug 30;4(4):18329-41. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-304>
21. Koenig HG. *Handbook of Religion and Mental Health*. Estados Unidos: Elsevier Science; 1998.
22. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo Neto F, Koenig HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2008;35(1):31-2. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100006>
23. Bringhent ME, Luft CDB, Oliveira WF de. Transtorno do estresse pós-traumático em acidentes de trânsito: validação de escala. *Psico-USF*. 2010 Aug;15(2):193-203. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000200007>
24. Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane TM. The PTSD checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. San Antonio, Tex.: International Society of Traumatic Stress Studies. 1993 October; 462.
25. Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Disord*. 2014 Feb;155:104-9. doi: 10.1016/j.jad.2013.10.031.
26. Dantas ESO. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. *Interface (Botucatu)*. 2021;25(1):e200203. doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.200203>
27. Du J, Dong L, Wang T, Yuan C, Fu R, Zhang L, et al. Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020 Nov-Dec;67:144-5. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2020.03.011.
28. Tsamakis K, Tsiptsios D, Ouranidis A, Mueller C, Schizas D, Tertiotis C, et al. COVID-19 and its consequences on mental health (Review). *Exp Ther Med*. 2021 Mar;21(3):244. doi: 10.3892/etm.2021.9675.
29. Zhang W, Wang K, Yin L, Zhao W, Xue Q, Peng M, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom*. 2020;89(4):242-250. doi: 10.1159/000507639.
30. Oliveira EN, Aguiar RC, Almeida MTO, Eloia SC, Lira TQ. Benefícios da Atividade Física para Saúde Mental. *Saúde Coletiva*. 2011;08(50):126-30.
31. Prado AD, Peixoto BC, Da Silva AMB, Scalia LAM. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2020 Jun 26;(46):e4128. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020>
32. Hummel S, Oetjen N, Du J, Posenato E, Resende de Almeida RM, Losada R, et al. Mental Health Among Medical Professionals During the COVID-19 Pandemic in Eight European Countries: Cross-sectional Survey Study. *J Med Internet Res*. 2021 Jan 18;23(1):e24983. doi: 10.2196/24983.
33. Sahebi A, Nejati B, Moayedi S, Yousefi K, Torres M, Golitaleb M. The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021 Apr 20;107:110247. doi: 10.1016/j.pnpbp.2021.110247.
34. Silva DV. Ansiedade, estresse, depressão e uso de drogas entre trabalhadores de enfermagem no ambiente hospitalar [Dissertação de Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2017.
35. Mak IWC, Chu CM, Pan PC, Yiu MGC, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009 Jul-Aug;31(4):318-26. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.03.001.
36. Borges FE de S, Borges Aragão DF, Borges FEDS, Borges FES, Sousa ASDJ, Machado ALG. Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2021 Jan 13;95(33). doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.835>
37. Rosmarin DH, Pargament KI, Koenig HG. Spirituality and mental health: challenges and opportunities. *Lancet Psychiatry*. 2021 Feb;8(2):92-93. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30048-1.
38. Rodrigues DD, Fonseca RC de F, Fonseca JRF da, Araújo RC, Alves LAR, Harjani SC, et al. Religiosidade e espiritualidade na prática clínica em saúde mental. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2020 Jun 18;12(7):e3327. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e3327.2020>
39. Ribeiro LM, de Almeida Vieira T, Naka KS. Síndrome de burnout em profissionais de saúde antes e durante a pandemia da COVID-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2020 Nov;12(11):e5021. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e5021.2020>