



Trabalho, Educação e Saúde

Ansiedade e depressão em atendimento presencial e telessaúde durante a pandemia de Covid-19: um estudo comparativo

Anxiety and depression in face-to-face and telehealth care during the Covid-19 pandemic: a comparative study

Ansiedad y depresión en la atención presencial y de telesalud durante la pandemia de Covid-19: un estudio comparativo

Gabriel Trevizani Depolli¹ Jéssica Nascimento Brozzi²
Andressa de Oliveira Perobelli³ Bruno Lima Alves⁴
Carmen Barreira-Nielsen⁵

Resumo

O estudo visou comparar escores de ansiedade e depressão em profissionais da saúde em atendimento remoto ou presencial em um hospital universitário brasileiro durante a pandemia de Covid-19 e identificar fatores associados à ansiedade e à depressão. Para tanto, realizou-se um estudo observacional e transversal. Os participantes responderam aos protocolos Patient Health Questionnaire-9 e General Anxiety Disorder-7, além de um questionário sociodemográfico, e foram divididos em três grupos: profissionais da telessaúde (G1), profissionais que exercem de maneira presencial (G2) e profissionais que exercem de ambas as formas (G3). Participaram 159 profissionais da saúde, sendo 36 homens e 123 mulheres, a maioria de enfermeiros, com a média de idade de 42 anos. Os participantes do G2 apresentaram maiores escores de ansiedade e depressão quando comparados aos demais. No entanto, não houve diferenças e associações estatísticas significantes entre esses grupos ($p > 0,05$). 'Idade', 'tipo de profissão' e 'receber diagnóstico de Covid-19' tiveram associações estatísticas com ansiedade e depressão. Concluiu-se que não houve diferença significativa entre ansiedade e depressão em profissionais da saúde que trabalham de forma remota ou presencial, assim como não houve associações entre os protocolos e os grupos. 'Idade', 'profissão' e 'receber diagnóstico de Covid-19' podem interferir nesses escores.

Palavras-chave ansiedade; depressão; infecções por coronavírus; profissionais da saúde; telemedicina.

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

ARTIGO

DOI: 10.1590/1981-7746-sol00317

¹ Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil. gabrieltrvezanidepolli@gmail.com

² Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil. jessicabrozzi@gmail.com

³ Universidade Federal do Espírito Santo, Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Vitória, Brasil. andressa.perobelli@ebserh.gov.br

⁴ Universidade Federal do Espírito Santo, Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Vitória, Brasil. brunolima.med@hotmail.com

⁵ Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Fonoaudiologia, Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. carmenbarreira.nielsen@hotmail.com

Recebido: 13/10/2020
Aprovado: 04/01/2021



Abstract

This study aimed to compare anxiety and depression scores in health professionals in telehealth and/or face-to-face care at a Brazilian university hospital during the COVID-19 pandemic and to identify factors associated with anxiety and depression. For this, an observational and cross-sectional study was carried out. Participants responded to the "Patient Health Questionnaire-9" and "General Anxiety Disorder-7" and a sociodemographic questionnaire and divided into three groups: telehealth professionals (G1), face-to-face care (G2) and professionals who work in both ways (G3). 159 health professionals participated, 36 men, 123 women, the majority of whom were nurses and the average age was 42 years. G2 participants had higher anxiety and depression scores when compared to the others. However, there were no statistically significant differences and associations between these groups ($p > 0.05$). "Age", "profession" and "being diagnosed with COVID-19" had statistical associations with anxiety and depression. It was concluded that there was no significant difference between anxiety and depression between health professionals who work by telehealth and/or face-to-face, as well as there were no associations between protocols and groups. Age, profession and being diagnosed with COVID-19 can interfere with these scores.

Keywords: anxiety; depression; coronavirus infections; health personnel; telemedicine.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo comparar las puntuaciones de ansiedad y depresión en profesionales de la salud en telesalud y/o atención presencial en un hospital universitario brasileño durante la pandemia de COVID-19 y identificar los factores asociados con la ansiedad y la depresión. Para ello se realizó un estudio observacional y transversal. Los participantes respondieron el Patient Health Questionnaire-9 y General Anxiety Disorder-7 y un cuestionario sociodemográfico y se dividieron en tres grupos: profesionales de telesalud (G1), atención presencial (G2) y profesionales que trabajan en ambos sentidos (G3). Participaron 159 profesionales de la salud, 36 hombres, 123 mujeres, la mayoría enfermeras y la edad promedio fue de 42 años. Los participantes del G2 tenían puntuaciones más altas de ansiedad y depresión en comparación con los demás. Sin embargo, no hubo diferencias ni asociaciones estadísticamente significativas entre estos grupos ($p > 0,05$). "Edad", "profesión" y "ser diagnosticado con COVID-19" tenían asociaciones estadísticas con ansiedad y depresión. Se concluyó que no hubo diferencia significativa entre ansiedad y depresión entre los profesionales de la salud que trabajan por telesalud y / o cara a cara, así como tampoco hubo asociaciones entre protocolos y grupos. La edad, la profesión y el diagnóstico de COVID-19 pueden interferir con estos puntajes.

Palabras clave: ansiedad; depresión; infecciones por coronavirus; personal de salud; telemedicina.

Introdução

Desde maio de 2020, a América do Sul passou a ser o novo epicentro da doença causada pelo coronavírus (Sars-CoV-2), a Covid-19, com os principais agravos no Brasil. Até 29 de janeiro de 2021, foram mais de 200 mil mortos pela doença em todo o país (Brasil, 2020). A região Sudeste brasileira é a que concentra o maior número de casos, e no estado do Espírito Santo eles já passam de 289 mil, com mais de 5.770 mortes (Brasil, 2020).

Especificamente na região metropolitana, representada pelas quatro maiores cidades capixabas, mais de 20 mil profissionais de saúde foram infectados pelo novo coronavírus (SESA, 2020). Nas primeiras fases da pandemia, os hospitais estavam superlotados, com pouca quantidade de respiradores mecânicos e leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI), assim como em todo o país (Covid Map, 2020), transformando a rotina dos profissionais de saúde. Como exemplo, há aqueles profissionais que aumentaram a carga horária de trabalho nos hospitais ou aqueles que trabalham de forma remota ou conciliam as duas formas de trabalho, quando cabível.

Os desafios enfrentados por esses profissionais podem ser um gatilho para o desencadeamento ou a intensificação de sintomas de ansiedade, depressão e estresse (Bao et al., 2020). Nos últimos meses, revisões sistemáticas demonstraram que, durante a pandemia, profissionais da saúde têm sofrido esses impactos negativos em sua saúde mental, o que pode ter consequências até em longos prazos (Sanghera et al., 2020; Silva e Neto, 2020).

Além disso, pesquisas realizadas com os instrumentos *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)* e *General Anxiety Disorder (GAD-7)* em profissionais da saúde da linha de frente demonstraram que esses profissionais apresentaram níveis elevados de ansiedade, depressão e estresse (Tian et al., 2020; Kang et al., 2020; Zhang et al., 2020; Wańkiewicz, Szylińska e Rotter, 2020; Passos et al., 2020), sentimento de isolamento, insatisfação pela limitação ao interagir com as pessoas, pelos diferentes protocolos de atendimentos e preparação com os equipamentos de proteção individual (EPI). Este último item, geralmente, pode ser um estressor por necessitar de um tempo significativo do dia, o que aumenta a exaustão relacionada ao trabalho (Zhang et al., 2020; Schmidt et al., 2020).

Ademais, pesquisas têm demonstrado a importância da atividade física (Ferreira Junior et al., 2020; Silveira, 2020) e a necessidade de avaliação e monitoramento dos estados psicológicos desses profissionais e dos fatores de risco para o desenvolvimento de ansiedade e depressão durante o trabalho (Prigol e Santos, 2020; Sanghera et al., 2020), assim como a importância do acolhimento e do encontro multidisciplinar para discussão desses casos, além de atividades que reduzam o estresse durante a pandemia de Covid-19 (Prigol e Santos, 2020).

Por isso, tem-se a hipótese de que a realidade dos hospitais e o número de casos da doença podem estar impactando os níveis de ansiedade e depressão dos profissionais de saúde, tanto daqueles que atuam de forma remota quanto daqueles que exercem a profissão de modo presencial, ou ainda de ambas as formas, em um dos principais hospitais do estado do Espírito Santo.

Este estudo tem como objetivo comparar os escores de ansiedade e depressão nos profissionais da saúde em atendimento remoto ou presencial em um hospital universitário brasileiro em meio à pandemia do novo coronavírus e identificar fatores que podem interferir nessas condições.

Utilização de protocolos para identificação de ansiedade e depressão nos participantes

Trata-se de um estudo transversal, observacional e analítico. Participaram desta pesquisa profissionais da saúde que trabalhavam de forma remota, remota/presencial e apenas presencial em qualquer setor de um hospital universitário situado na região metropolitana de Vitória, capital do Espírito Santo, no Sudeste brasileiro. O contato com os profissionais de saúde e a coleta de dados foram realizados durante todo o mês de agosto de 2020.

Esse contato com os profissionais de saúde foi feito de forma *on-line*, por meio de *e-mail* institucional autorizado pela gestão do hospital. Ao clicarem no *link* disponibilizado pelo *e-mail*, os participantes eram encaminhados à página da pesquisa, disponibilizada na plataforma Google Forms, na qual na primeira parte constava o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Todos os participantes foram solicitados a ler o TCLE; se concordassem com a participação, deveriam assinalar a aceitação por meio da plataforma. Eles só prosseguiriam para as próximas etapas da pesquisa caso aceitassem participar do estudo de forma voluntária.

Após a aplicação do TCLE, os participantes preenchem um questionário sociodemográfico previamente elaborado pelos pesquisadores, a fim de coletar informações como idade, sexo, grau de escolaridade, profissão, especialização, carga horária de trabalho no hospital e outros dados, tais como: diagnóstico médico de Covid-19 no profissional ou em alguém próximo da família, e se realiza atividades físicas de rotina. Com base nesse instrumento, os participantes foram divididos em três grupos: profissionais que estavam exercendo a profissão de forma remota (G1), profissionais que

estavam exercendo de forma presencial (G2) e profissionais que estavam atuando de ambas as formas (G3).

Após essa etapa, eles responderam ao protocolo Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Spitzer, Kroenke e Williams, 1999). Este instrumento possui nove itens que avaliam a presença de sintomas depressivos descritos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) (Associação Americana de Psiquiatria, 1995), nas duas últimas semanas. Dentre esses sintomas, incluem-se problemas com o sono, humor deprimido, perda de interesse ou prazer em fazer as coisas, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentimento de lentidão ou inquietação e pensamentos suicidas. A frequência de cada sintoma é obtida por uma escala Likert de 0 a 3, que corresponde às respostas 'nenhuma vez' (0), 'vários dias' (1), 'mais da metade dos dias' (2) e 'quase todos os dias' (3). As pontuações obtidas pelas questões são somadas para se obter um escore total. Pesquisadores têm recomendado uma pontuação de corte 10 ou mais pontos (Kroenke, Spitzer e Williams, 2001). Há ainda uma décima pergunta, que avalia a interferência desses sintomas no desempenho de atividades diárias, como trabalhar e estudar. Ademais, pontuações de 5, 10, 15 e 20 representam classificações como leve, depressão moderada, moderadamente severa e severa, respectivamente (<www.phqscreeners.com>).

O último protocolo utilizado foi o General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) (Spitzer et al., 2006). Trata-se de um protocolo composto por sete itens, que avaliam sinais e sintomas de ansiedade nas duas últimas semanas. Cada item possui quatro opções de respostas: 'De modo nenhum', 'Muitos dias', 'Mais da metade dos dias' e 'Quase todos os dias', que correspondem aos escores de 0, 1, 2 e 3, respectivamente. Seu escore total é realizado com base no somatório simples de todas as questões. Pesquisadores sugerem a nota de corte de 08 pontos para identificar sintomas de ansiedade (Spitzer et al., 2006). Pontuações de 5, 10 e 15 representam pontos de corte para ansiedade leve, moderada e grave, respectivamente.

O programa utilizado para as análises foi o IBM SPSS *Statistics* version 24. A descrição dos dados foi apresentada na forma de frequência observada, porcentagem, valores mínimo e máximo, mediana, média e desvio padrão. Utilizou-se para verificação da distribuição de probabilidade o teste de Shapiro & Wilk. A comparação dos escores PHQ-9 e GAD-7 entre as áreas e a forma de atuação foi realizada por meio do teste de Kruskal & Wallis. A regressão multinomial múltipla associou os escores PHQ-9 e GAD-7 com as áreas e a forma de atuação. A regressão linear múltipla com erro padrão robusto e método de seleção de variáveis *forward* associou as variáveis de identificação com os escores PHQ-9 e GAD-7. O nível alfa de significância utilizado foi de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo com o número 4.161.875.

Prevalência feminina e altos índices de ansiedade e depressão em profissionais de saúde

Foram obtidas 174 respostas. No entanto, descartaram-se 15 porque não atendiam aos critérios de inclusão da amostra. Logo, o número de participantes elegíveis para essa pesquisa foi de 159 trabalhadores, sendo 123 (77,3%) do sexo feminino e 36 (22,7%) do sexo masculino. A idade variou entre 28 e 71 anos, com média de 42 anos (DP 8,9) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos participantes (n= 159)

		n	%
Escolaridade	Ensino médio	19	11,95
	Ensino superior completo	26	16,35
	Especialização	68	42,77
	Mestrado	35	22,01
	Doutorado	10	6,29
	Pós-doutorado	1	0,63
Profissão	Outros técnicos	5	3,14
	Técnicos de enfermagem	37	23,27
	Enfermeiros	65	40,88
	Médicos	27	16,98
	Fonoaudiólogos	4	2,52
	Assistentes sociais	3	1,89
	Biomédicos	3	1,89
	Fisioterapeutas	5	3,14
	Nutricionistas	1	0,63
	Farmacêuticos	1	0,63
	Psicólogos	4	2,52
	TO	1	0,63
	Biólogos	2	1,26
	Educadores físicos	1	0,63
	Tempo de atuação	Menos de um ano	11
Entre 1 e menos de 5 anos		54	33,96
Entre 5 e menos de 10 anos		69	43,40
Entre 10 e 15 anos		9	5,66
Mais de 15 anos		16	10,06
Diagnóstico médico de Covid-19 para o profissional ou alguém da família	Não	87	54,72
	Sim	72	45,28
Atividade física de rotina	Não	90	56,60
	Sim	69	43,40
	Mínimo-Máximo	Mediana	Média (DP)
CH semanal	2,0 – 60,0	36,0	33,8 (7,4)

Legenda: n= número; DP= Desvio padrão; TO= Terapeuta ocupacional; CH= Carga horária.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A Tabela 2 apresenta as médias dos escores dos protocolos utilizados para mensurar a ansiedade e a depressão dos participantes e a quantidade de participantes de acordo com as classificações de ansiedade e depressão dos protocolos. Dos participantes, 81 (50,1%) obtiveram escore ≥ 10 no PHQ-9 e 64 (40,3%) escore ≥ 8 pontos para o GAD-7.

Tabela 2 – Média de escores dos protocolos PHQ-9 e GAD-7 nos profissionais de saúde avaliados (n= 159)

Instrumento	Mínimo-Máximo	Mediana	Média (DP)
PHQ-9	0 – 27	10	10,92 (7,52)
GAD-7	0 – 21	6	7,16 (5,92)
PHQ-9			
<5		42 (26,4%)	
Leve		36 (16,3%)	
Moderado		25 (15,7%)	
Moderadamente severo		28 (17,6%)	
Severo		28 (17,6%)	
GAD-7			
< 5		63 (39,6%)	
Leve		50 (31,4%)	
Moderado		22 (13,9%)	
Grave		24 (15,1%)	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em relação à modalidade de trabalho, 17 (10,6%) profissionais estavam trabalhando de forma remota, 135 (84,9%) de forma presencial e 7 (4,4%) de ambas as formas. No G1, 13 participantes (76,4%) tiveram escores ≥ 5 , ou seja, possuíam leves sinais de depressão. No G2 e no G3, 73,3% e 71,4%, respectivamente, apresentaram escores ≥ 5 pontos.

Os escores do PHQ-9 e GAD-7 para as áreas ou formas de atuação tiveram a hipótese de distribuição de probabilidade normal rejeitada pelo teste de Shapiro-Wilk, logo a técnica utilizada foi a não paramétrica. Não houve diferença mediana nos escores do PHQ-9 e GAD-7 entre as formas remota ou presencial pelo hospital (Tabela 3).

Tabela 3 – Comparação dos escores PHQ-9 e GAD-7 entre os grupos

	Escore PHQ-9			Classificações (%)				Valor p*
	M _d	M	DP	Leve	Moderado	Mod. sev.	Severo	
G1	7,00	10,12	8,51	7 (11,9%)	1 (5,8%)	2 (11,7%)	3 (17,6%)	0,687
G2	11,00	11,10	7,43	27 (20%)	22 (16,9%)	26 (19,2%)	24 (17,7%)	
G3	9,00	9,29	7,74	2 (28,5%)	2 (28,5%)	0	1 (14,2%)	
	Escore GAD-7			Leve	Moderado	Severo		
G1	4,00	6,59	6,08	4 (23,5%)	2(11,7%)	2(11,7%)		0,654
G2	6,00	7,33	5,97	44 (32,5%)	19(14,1%)	22(16,2%)		
G3	3,00	5,29	4,75	2(11,7%)	19(14,1%)	0		

Legenda: M_d= Mediana; M= Média; DP= Desvio padrão; Mod. sev.= Moderadamente severo; G1= Profissionais da saúde de forma remota; G2= Profissionais da saúde de forma presencial; G3= Profissionais da saúde de forma remota/presencial; *= Teste de Kruskal-Wallis; significativo se p<0,05.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A Tabela 4 apresenta as associações entre os protocolos e as variáveis ‘remota’ e ‘presencial’, consideradas desfechos neste trabalho. Não há a presença da variável remota-presencial (híbrida) nessa tabela, pois as variáveis (dicotômicas) dependentes já são mencionadas por ‘remoto’ e ‘presencial’. Como pode ser observado, não houve associação dos escores do PHQ-9 e GAD-7 entre as formas remota ou presencial pelo hospital.

Tabela 4 – Associação dos escores PHQ-9 e GAD-7 entre as formas de trabalho remoto ou presencial

Modalidade do trabalho		Valor p*	OR	Intervalo de confiança de 95% para OR	
				Limite inferior	Limite superior
Remota	Escore PHQ-9	0,765	0,969	0,788	1,191
	Escore GAD-7	0,585	1,083	0,814	1,440
Presencial	Escore PHQ-9	0,829	0,980	0,820	1,172
	Escore GAD-7	0,490	1,093	0,849	1,407

Legenda: *= Regressão multinomial múltipla; OR= Odds Ratio; significativo se p<0,050; Pseudo-R²= 1,1%.

Fonte: Elaborado pelos autores.

‘Idade’, ‘profissão’ e ‘diagnóstico médico de Covid-19’ apresentaram associação significativa com o escore PHQ-9 e o GAD-7. Assim, de acordo com o aumento da idade, há uma tendência de decréscimo na média do escore PHQ-9 e do GAD-7. As profissões nutricionista, farmacêutico, psicólogo e educador físico apresentaram uma redução média no escore em comparação a outros técnicos. E aqueles com diagnóstico médico confirmado da Covid-19 tiveram influência em acréscimo no escore em comparação com quem não obteve tal diagnóstico (Tabela 5).

Tabela 5 – Associação do escore PHQ-9 com características dos participantes

Escore PHQ-9	B	EPR	T	Valor p*	Intervalo de confiança de 95% para B		Tendência
					Limite inferior	Limite superior	
Idade	-0,211	0,059	-3,570	< 0,001	-0,327	-0,094	Decréscimo
Profissão							
Outros técnicos	0,000	-	-	-	-	-	-
Téc. enfermagem	-2,351	3,534	-0,670	0,507	-9,336	4,635	Estável
Enfermeiros	-3,620	3,437	-1,050	0,294	-10,414	3,175	Estável
Médicos	-6,222	3,536	-1,760	0,081	-13,213	0,768	Estável
Fonoaudiólogos	-4,156	4,267	-0,970	0,332	-12,592	4,280	Estável
Assistentes sociais	-7,038	5,156	-1,360	0,174	-17,232	3,156	Estável
Biomédicos	-4,125	3,990	-1,030	0,303	-12,013	3,763	Estável
Fisioterapeutas	-8,941	5,067	-1,760	0,080	-18,959	1,077	Estável
Nutricionistas	-15,417	3,618	-4,260	< 0,001	-22,570	-8,265	Decréscimo
Farmacêuticos	-7,552	3,654	-2,070	0,041	-14,777	-0,327	Decréscimo
Psicólogos	-10,247	3,665	-2,800	0,006	-17,493	-3,002	Decréscimo
TO	-0,938	3,412	-0,270	0,784	-7,683	5,808	Estável
Biólogos	0,403	3,651	0,110	0,912	-6,815	7,622	Estável
Educadores físicos	-11,288	3,578	-3,160	0,002	-18,361	-4,215	Decréscimo
Especialidade							
Não	0,000	-	-	-	-	-	-
Sim	-1,409	1,661	-0,850	0,398	-4,693	1,874	Estável
C.H. semanal no hospital	0,157	0,103	1,520	0,130	-0,047	0,360	Estável
Houve diagnóstico médico?							
Não	0,000	-	-	-	-	-	-
Sim	3,015	1,158	2,600	0,010	0,725	5,305	Acréscimo
Atividade física de rotina?							
Não	0,000	-	-	-	-	-	-
Sim	-1,850	1,201	-1,540	0,126	-4,225	0,524	Estável

Legenda: EPR= Erro padrão robusto; C.H.= Carga horária; Tec.= Técnico; TO= Terapeuta ocupacional; B= Coeficiente; t= Estatística de teste; *= Regressão linear múltipla com método de seleção *forward*; 0: Categoria de referência; significativo se $p < 0,050$; $R^2 = 26,1\%$.

Fonte: Elaborado pelos autores.

O mesmo acontece entre as variáveis e o protocolo GAD-7 (Tabela 6).

Tabela 6 – Associação dos escores de GAD-7 com características dos participantes

Escore GAD-7	B	EPR	t	Valor p*	Intervalo de confiança de 95% para B		Tendência	
					Limite inferior	Limite superior		
Idade	-0,219	0,059	-3,740	< 0,001	-0,335	-0,103	Decréscimo	
Outros técnicos	0,000	-	-	-	-	-	-	
Téc. enfermagem	-2,305	3,967	-0,580	0,562	-10,147	5,536	Estável	
Enfermeiras	-4,338	3,825	-1,130	0,259	-11,900	3,224	Estável	
Médicos	-7,030	3,894	-1,810	0,073	-14,727	0,667	Estável	
Fonoaudiólogos	-5,425	4,647	-1,170	0,245	-14,610	3,761	Estável	
Assistentes sociais	-7,886	5,611	-1,410	0,162	-18,979	3,206	Estável	
Biomédicos	-4,510	4,082	-1,100	0,271	-12,580	3,559	Estável	
Fisioterapeutas	-9,380	5,456	-1,720	0,088	-20,165	1,405	Estável	
Nutricionistas	-15,604	3,894	-4,010	< 0,001	-23,302	-7,906	Decréscimo	
Farmacêuticos	-9,761	3,875	-2,520	0,013	-17,420	-2,102	Decréscimo	
Psicólogos	-11,415	4,046	-2,820	0,005	-19,413	-3,417	Decréscimo	
TO	-1,011	3,740	-0,270	0,787	-8,404	6,382	Estável	
Biólogos	-0,411	4,235	-0,100	0,923	-8,783	7,961	Estável	
Educadores físicos	-13,445	3,836	-3,500	0,001	-21,029	-5,862	Decréscimo	
C.H. semanal no hospital	0,178	0,105	1,680	0,094	-0,031	0,386	Estável	
Diagnóstico médico?	Não	0,000	-	-	-	-	-	
	Sim	2,843	1,138	2,500	0,014	0,594	5,092	Acréscimo

Legenda: ERP= Erro padrão robusto; C.H.= Carga horária; Téc.= Técnico; TO= Terapeuta ocupacional; B= Coeficiente; t= Estatística de teste; *= Regressão linear múltipla com método de seleção *forward*; 0= Categoria de referência; significativo se $p < 0,050$; $R^2 = 23,8\%$.

Fonte: Elaborado pelos autores.

O impacto do coronavírus na saúde mental de trabalhadores da área da saúde

A pandemia do novo coronavírus tornou-se uma das crises de saúde centrais de uma geração (Shanafelt, Ripp e Trockel, 2020). Mesmo com o suprimento de respiradores e leitos principalmente nas unidades de terapias intensivas, é necessário que haja uma força de trabalho adequada com capacidade para cuidar de um alto volume de pacientes. Com isso, profissionais da saúde de diversas áreas estão trabalhando exaustivamente na linha de frente e de forma remota no enfrentamento. Ao mesmo tempo que devem lidar com mudanças sociais e emocionais enfrentadas por todas as pessoas, enfrentam maior risco de exposição ao vírus, cargas horárias de trabalho extremas, dúvidas sobre a evolução da doença e um ambiente com rápida mudança, diferente daquilo com que estão acostumados (Chen et al., 2013). Por isso, este estudo teve como objetivo verificar e comparar os escores de ansiedade e depressão em profissionais da saúde que estavam trabalhando de forma remota ou presencial em um hospital brasileiro e analisar fatores que podem estar associados à ansiedade e à depressão.

A maioria dos participantes foi do sexo feminino, corroborando outras pesquisas (Wańkowitz, Szylińska e Rotter, 2020; Que et al., 2020). A explicação para isso se deve ao fato de que, no Brasil, as mulheres são maioria nesse campo de atuação, compondo quase 80% dos profissionais de saúde (Hernandes e Vieira, 2020). Os enfermeiros, por exemplo, constituem uma das maiores classes com quantidades de profissionais da saúde, e 85% da profissão compõe-se de mulheres (Hernandes e Vieira, 2020). Sugere-se que tais fatores tenham influenciado os dados sociodemográficos deste estudo.

Em relação aos profissionais que receberam diagnóstico de Covid-19 ou tiveram alguém próximo da família em contato com a doença, quase 12% dos infectados no estado eram profissionais de saúde (SESA, 2020). Isso pode impactar negativamente o emocional desses indivíduos, o que é demonstrado pelo fator 'você ou algum familiar próximo recebeu diagnóstico de Covid-19', em que houve associações estatísticas com tendência de acréscimo nos escores de depressão e ansiedade. Além disso, estudos corroboram a ideia de que profissionais da saúde se sentem preocupados com a ideia de serem infectados ou alguém da família adoecer pela Covid-19 (Naser et al., 2020; COVID-19..., 2020), que chegou a ser observada em até 75% dos participantes de um estudo (Naser et al., 2020). Os desafios enfrentados pelos profissionais da saúde certamente podem ser um gatilho para desencadear ou intensificar os sintomas de ansiedade, depressão e estresse (Bao et al., 2020), especialmente daqueles que trabalham na chamada 'linha de frente', ou seja, em contato direto com pessoas que foram infectadas pelo vírus (Li et al., 2020). De maneira geral, esses profissionais vêm sendo desmotivados a interagir de maneira próxima com outras pessoas, o que aumenta o sentimento de isolamento (Schmidt et al., 2020).

A prática de atividade física, embora considerada uma alternativa para elevar os níveis de bem-estar e melhorar a qualidade de vida, não é realizada pela maioria dos participantes deste estudo. Sabe-se da possibilidade de pessoas fisicamente ativas, em qualquer idade, apresentarem melhor saúde mental do que sedentários (Oliveira et al., 2011). As pesquisas mostram que a prática de exercícios regulares, além dos benefícios fisiológicos, acarreta benefícios psicológicos, tais como superior sensação de bem-estar, humor e autoestima, assim como redução de ansiedade, tensão e depressão (Costa, Soares e Teixeira, 2007). Recentemente, a literatura divulga evidências de que não é somente a prática regular da atividade física que tem relação com a saúde, mas também a diminuição da atitude sedentária, ou seja, o tempo em que estamos sentados, deitados ou reclinados durante o dia, exceto as horas de sono (Tremblay et al., 2017). Ressaltamos que na cidade de Wuhan, China, epicentro inicial da doença, as pessoas foram aconselhadas a dar continuidade à prática de atividade física em suas casas (Chen et al., 2013). Por isso, as gestões de hospitais deveriam motivar a prática de atividades físicas de seus profissionais como uma forma de prevenção à saúde mental e a outras doenças.

Em relação às medianas para o PHQ-9 e o GAD-7 entre todos os profissionais, apenas a mediana do protocolo que mensura sintomas de depressão ultrapassou o ponto de corte. Entretanto, os escores

encontrados neste estudo são superiores aos de um estudo realizado com profissionais de saúde chineses nos meses de janeiro e fevereiro, no qual encontraram-se as medianas de 5 e 4 para depressão e ansiedade, respectivamente (Lai et al., 2020). São superiores também aos valores encontrados por um estudo desenvolvido com profissionais da saúde norte-americanos, no qual as medianas foram de 3 pontos tanto para depressão quanto para ansiedade. Já as médias obtidas pelos profissionais deste estudo foram superiores a escores de profissionais espanhóis, em que as médias obtidas para depressão e ansiedade atingiram 8,6 e 8,7 (Cunill Olivas et al., 2020). Já a porcentagem de profissionais com escores classificados como leve, moderado, moderadamente severo e severo para depressão foi inferior à de profissionais da saúde da Jordânia (Naser et al., 2020) e da Arábia Saudita (Alateeq et al., 2020). Acredita-se que existem diversos fatores que poderiam explicar o alto escore de ansiedade e depressão nos participantes deste estudo, tais como localização geográfica, fatores individuais e sociais, assim como a situação do estado e do país durante a coleta de dados.

A coleta de dados deste estudo aconteceu em agosto de 2020. Nessa época, os números de infectados e mortos pela Covid-19 passavam de 90 mil casos e 2.600 mortes, respectivamente (SESA, 2020). Sugere-se que esses números podem impactar emocionalmente a vida desses profissionais, desde março perante tal situação, mês em que se registrou o primeiro caso de Covid-19 no estado e quando foram implantados os cuidados. No entanto, trata-se de hipóteses. Por isso, salienta-se a necessidade de estudos que investiguem essas relações para que se tenha compreensão dos fatores agravantes no público investigado.

De acordo com os resultados das modalidades de atuação, a maioria está na forma presencial (G2). Isso pode ter acontecido pelo formato de trabalho do hospital e pela necessidade de se manterem os profissionais para atendimento de outras enfermidades. Ademais, poucos participantes exerciam a profissão de ambas as formas (G3). Contudo, este foi o grupo que apresentou maior porcentagem de participantes com depressão leve e moderada. O G2 apresentou maior porcentagem de participantes classificados com depressão moderadamente severa e severa. O G2 também apresentou as maiores proporções quanto às classificações de ansiedade. Ou seja, de forma descritiva, os participantes que trabalhavam de forma presencial obtiveram maiores escores de ansiedade e depressão quando comparados aos demais.

Não houve diferença estatística significativa entre os grupos ($p > 0,05$). Além disso, não houve associação significativa nesses casos. Participar de algum dos grupos estudados, portanto, não foi um fator diferencial para ansiedade ou depressão, e não há associação entre ansiedade ou depressão e exercer a profissão dessas formas.

O hospital pode ser considerado um local que favorece o estresse. Quando os propósitos psicológicos são grandes sobre o trabalho, há uma degradação no trabalhador, levando a diversos prejuízos à sua saúde, e isso ocorre porque o trabalhador sente-se mais pressionado para a conquista dos resultados que, muitas vezes, estão fora de seu alcance (Borine et al., 2012). No entanto, sugere-se que exercer a profissão de forma remota tenha complicações que merecem ser discutidas em estudos futuros para colaborar nos esclarecimentos desses resultados.

Em busca dessa compreensão e do que pode ter influenciado os escores de ansiedade e depressão dos participantes, realizou-se análise estatística entre os protocolos e os fatores de identificação pesquisados (Tabelas 5 e 6). Verificou-se que apenas os fatores 'idade', 'profissão' e 'diagnóstico médico de Covid-19 no participante ou em alguém próximo da família' apresentaram associação significativa com os escores de PHQ-9 e GAD-7. A idade dos participantes foi um fator que apresentou tendência de decréscimo na média desses escores, o que significa que o aumento da idade pode apresentar uma tendência de decréscimo na média dos escores dos instrumentos utilizados. A idade tem sido discutida por outros estudos com o intuito de verificar se há ou não associação com essas escalas. Por exemplo, um estudo coreano demonstrou que não há associação entre eles (Ahn et al., 2020), mas um estudo sudanês corrobora a ideia de que a idade influencia esses fatores e que os profissionais com maior

idade apresentam mais casos de ansiedade e depressão (Elamin et al., 2020). Salientamos novamente a importância de investigação dos fatores individuais. Tendo em vista que pesquisadores do mundo inteiro investigam esses fatores e suas influências durante a pandemia de Covid-19, deve-se entender as particularidades de cada amostra, como no caso deste estudo, que obteve associação entre os fatores 'idade' e 'ansiedade e depressão'.

Outro fator que obteve associação estatística pelos testes aplicados foi a 'profissão'. De todas as profissões analisadas, nutrição, farmácia, psicologia e educação física demonstraram uma redução média no escore em comparação com as demais. Apesar de apresentarem manutenção da qualidade de vida, alguns desses trabalhadores não estiveram diretamente ligados ao tratamento de pacientes com Covid-19, assim não apresentam contato diário com esses pacientes, o que talvez tenha uma carga menor que as outras classes profissionais citadas no presente estudo, o que pode reduzir as chances de desenvolvimento de ansiedade e depressão.

Além disso, receber diagnóstico médico de Covid-19 ou para alguém próximo da família pode estar associado às diferenças quanto aos escores de ansiedade e depressão, vide a associação estatística entre esse fator e os protocolos utilizados, demonstrando uma influência de acréscimo nos escores em comparação com quem não teve diagnóstico. Por isso, é importante que hospitais e órgãos de saúde avaliem e monitorem os aspectos psicológicos desses profissionais, principalmente durante a pandemia do novo coronavírus. Essa importância já foi mencionada na literatura, em vista de outros estudos que demonstraram os índices elevados de ansiedade e depressão em profissionais da saúde de diversas regiões do mundo (Prigol e Santos, 2020; Sanghera et al., 2020). Embora pouco se tenha disponível em literatura sobre medidas de intervenção efetivas em tempos de pandemia (Pollock et al., 2020), autores sugerem o acolhimento uni ou multiprofissional, atividades para redução do estresse (Prigol e Santos, 2020) e atenção aos fatores organizacionais, sociais, pessoais e psicológicos dos profissionais (Pollock et al., 2020), assim como a avaliação das intervenções empregadas (Saidel et al., 2020; Pollock et al., 2020).

Entretanto, tais resultados não devem ser generalizados para todos os hospitais brasileiros ou do exterior, pois esta pesquisa apresenta limitações, por ter seus dados coletados em apenas um hospital brasileiro. Ainda assim, trata-se de dados importantes e iniciais para compreensão das diferenças entre os formatos de exercer a profissão, mudança evidenciada ainda mais durante a pandemia do novo coronavírus. Além disso, buscamos compreender as mudanças de modalidades de trabalho durante a Covid-19, o que está cada vez mais frequente em todo o mundo.

Conclusão

Não há diferença de escores de ansiedade e depressão entre profissionais da saúde que exercem o seu trabalho de modo remoto, presencial ou de ambas as formas. 'Idade', 'profissão' e 'receber diagnóstico de Covid-19' podem interferir nos escores de ansiedade e depressão. Esses resultados apontam também para a importância e a necessidade de intervenções psicológicas nos profissionais de saúde durante a pandemia do novo coronavírus. Assim, pode-se prevenir o adoecimento psicológico desses profissionais, fator importante para seu desenvolvimento pessoal e laboral.

Informações do artigo

Colaboradores

Concepção do estudo: GTD, CB-N.

Coleta e análise dos dados: GTD, JNB.

Interpretação dos dados e redação do artigo: GTD, JNB, AOP, BLA, CB-N.

Revisão final do artigo: AOP, BLA, CB-N.

Financiamento

Não houve.

Conflitos de interesses

Não há.

Aspectos éticos

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo sob parecer n. 4.161.875.

Apresentação prévia

Não houve.

Referências

AHN, Myung H. *et al.* High work-related stress and anxiety response to COVID-19 among healthcare workers in South Korea: save study. 2020. DOI: 10.31234/osf.io/9nxtk.

ALATEEQ, Deemah A. *et al.* Mental health among healthcare providers during coronavirus disease (COVID-19) outbreak in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*, v. 13, n. 10, p. 1.432-1.437, 2020. DOI:10.1016/j.jiph.2020.08.013.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM)*. 4. ed. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BAO, Yanping *et al.* 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, v. 395, n. 10.224, p. e37-e38, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30309-3.

BORINE, Bruno *et al.* Stress hospital in multidisciplinary team from a public hospital in the interior of Rondônia. *Revista da SBPH*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 22-40, jan./jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel Coronavírus*. Brasil: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em: 29 jan. 2021.

CHEN, Kuan-Yu *et al.* Burnout, job satisfaction, and medical malpractice among physicians. *International Journal of Medical Sciences*, v. 10, n. 11, p. 1.471-1.478, 2013. DOI: 10.7150/ijms.6743.

COSTA, Rudy A.; SOARES, Hugo L. R.; TEIXEIRA, José A. C. Benefícios da atividade física e do exercício físico na depressão. *Revista do Departamento de Psicologia UFF*, Niterói, v. 19, n. 1, p. 273-274, 2007.

COVID-19: protecting health-care workers. *The Lancet*, v. 395, n. 10.228, p. 922, mar. 2020. Editorial. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30644-9.

COVID MAP: Coronavirus cases, deaths, vaccinations by country. BBC News. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/world-51235105>. Acesso em: 2 set. 2020.

CUNILL OLIVAS, Mònica *et al.* The impact of COVID-19 on spanish health professionals: a description of physical and psychological effects. *International Journal of Mental Health Promotion*, v. 22, n. 3, p. 185-198, 2020. DOI: 10.32604/IJMHP.2020.011615.

ELAMIN, Muna M. *et al.* The psychological impact of the COVID-19 pandemic on health professionals in Sudan 2020. *Sudan Journal of Medical Sciences*, v. 15, n. 2, p. 54-70, 2020. DOI: 10.18502/sjms.v15i5.7136.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Saúde do Espírito Santo (SESA-ES). *Boletim epidemiológico*. Espírito Santo: SESA-ES, 2020.

FERREIRA JUNIOR, Maycon *et al.* Vida fisicamente ativa como medida de enfrentamento ao COVID-19. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 114, n. 4, p. 601-602, 2020. DOI: 10.36660/abc.20200235.

HERNANDES, Elizabeth S. C.; VIEIRA, Luciana. *A guerra tem rosto de mulher: trabalhadoras da saúde no enfrentamento à Covid-19*. ANESP, Brasília, 2020.

KANG, Lijun *et al.* Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: a cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 87, p. 11-17, jul. 2020. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.03.028.

KROENKE, Kurt; SPITZER, Robert L.; WILLIAMS, Janet B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, v. 16, n. 9, p. 606-613, 2001. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

LAI, Jianbo *et al.* Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, v. 3, n. 3, e203976, 2020. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.

LI, Zhenyu *et al.* Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 88, p. 916-919, ago. 2020. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.03.007.

NASER, Abdallah Y. *et al.* Mental health status of the general population, healthcare professionals, and university students during 2019 coronavirus disease outbreak in Jordan: a cross-sectional study. *MedRxiv*, 2020. DOI: 10.1002/brb3.1730.

OLIVEIRA, Eliany N. *et al.* Benefícios da atividade física para saúde mental. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 8, n. 50, p. 126-130, 2011.

PASSOS, Lígia *et al.* Impact on mental health due to COVID-19 pandemic: cross-sectional study in Portugal and Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 18, p. 6.794, 2020. DOI: 10.3390/ijerph17186794.

POLLOCK, Alex *et al.* Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 11, 2020. DOI: 10.1002/14651858.CD013779.

PRIGOL, Adrieli C.; SANTOS, Edilson L. Saúde mental dos profissionais de enfermagem diante da pandemia COVID-19. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 9, p. e542997563, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i9.7563.

QUE, Jianyu *et al.* Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General Psychiatry*, v. 33, n. 3, e100259, 2020. DOI: 10.1136/gpsych-2020-100259.

SAIDEL, Maria G. B. *et al.* Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente a pandemia de Coronavírus. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 28, p. 49.923, jan./dez. 2020. DOI: 10.12957/reuerj.2020.49923.

SANGHERA, Jaspinder *et al.* The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting-A Systematic Review. *Journal of Occupational Health*, v. 62, n. 1, e12175, 2020. DOI: 10.1002/1348-9585.12175.

SCHMIDT, Beatriz *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 37, 2020. DOI: 10.1590/1982-0275202037e200063.

SHANAFELT, Tait; RIPP, Jonathan; TROCKEL, Mickey. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *Jama*, v. 323, n. 21, p. 2.133-2.134, 2020. DOI:10.1001/jama.2020.5893.

SILVA, Flaviane C. T.; ROLIM NETO, Modesto L. Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: a systematic review with meta analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, v. 104, p. 11.0057, 2020. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2020.110057.

SILVEIRA, Matheus P. *et al.* Physical exercise as a tool to help the immune system against COVID-19: an integrative review of the current literature. *Clinical and Experimental Medicine*, p. 1-14, jul. 2020. DOI: 10.1007/s10238-020-00650-3.

SPITZER, Robert L. *et al.* A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, v. 166, n. 10, p. 1.092-1.097, 2006. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.

SPITZER, Robert L. *et al.* Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Jama*, v. 282, n. 18, p. 1.737-1.744, 1999. DOI: 10.1001/jama.282.18.1737.

TIAN, Tengfei *et al.* Mental health burden of frontline health professionals treating imported patients with COVID-19 in China during the pandemic. *Psychological Medicine*, p. 1-2, 2020. DOI: 10.1017/S0033291720002093.

TREMBLAY, Mark S. *et al.* Sedentary behavior research network (SBRN)-terminology consensus project process and outcome. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 14, n. 1, p. 75, 2017. DOI: 10.1186/s12966-017-0525-8.

WAŃKOWICZ, Paweł; SZYLIŃSKA, Aleksandra; ROTTER, Iwona. Assessment of mental health