

Rogério Lessa Horta¹

<https://orcid.org/0000-0001-5195-8014>

Thaís Caroline Guedes Lucini¹

<https://orcid.org/0000-0001-8474-5875>

Pedro José Sartorelli Lantin¹

<https://orcid.org/0000-0003-2354-2411>

Laura de Brizola Perdonssini¹

<https://orcid.org/0000-0003-3072-6067>

Talia Greici Sette¹

<https://orcid.org/0000-0002-4478-0761>

Michele Cristina Bittencourt¹

<https://orcid.org/0000-0003-2050-4495>

Marcus Levi Lopes Barbosa¹

<https://orcid.org/0000-0001-5413-8695>

Eduardo Guimarães Camargo¹

<https://orcid.org/0000-0002-5404-2682>

“Pegar” ou “passar”: medos entre profissionais da linha de frente da COVID-19

“To Catch” or “to give”: fears among frontline professionals at COVID-19

DOI: 10.1590/0047-2085000000360

RESUMO

Objetivo: Investigar a relação entre a realização de testes para detectar COVID-19 e indícios de sofrimento psíquico, estresse e *burnout* entre profissionais de saúde da linha de frente da pandemia em um hospital geral. **Métodos:** Estudo prospectivo de abordagem mista usando SRQ-20, PSS, OBI e entrevistas em profundidade em série de três entrevistas em 2020. **Resultados:** Prevalências preocupantes de escores elevados de SRQ20, *Burnout* e Estresse Percebido ocorreram nas três entrevistas, e o registro de testes realizados foi crescente no período estudado, mas não houve associação entre desfechos e realização de testes para detectar COVID-19. Os temores de contrair a doença e de ser transmissor do vírus apareceram como os principais estressores para profissionais de saúde, mantidos apesar da realização de testes. **Conclusão:** Nesse grupo, testes realizados não se mostraram suficientes para modificar os efeitos psicossociais da atividade em linha de frente sobre profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Burnout, COVID-19, estresse emocional, profissionais de saúde, teste COVID-19.

ABSTRACT

Objective: To investigate the relationship between the performance of tests to detect COVID-19 and signs of psychological distress, perceived stress and burnout among health professionals on the frontline of the pandemic in a general hospital. **Methods:** Prospective mixed-approach study using SRQ-20, PSS, OBI and in-depth interviews in a series of 3 interviews throughout 2020. **Results:** Worrying prevalences of high scores of SRQ20, Burnout and Perceived Stress occurred on the three interviews and the number of tests performed increased during the study period, but there was no association between outcomes and testing to detect COVID-19. Fear of contracting the disease or being a transmitter of the virus appeared as the main stressors for health professionals, maintained despite testing. **Conclusion:** In this group, tests performed were not sufficient to modify the psychosocial effects of the front line activity on health professionals.

KEYWORDS

Burnout, COVID-19, emotional stress, health professionals, COVID-19 testing.

Received in: Jul/29/2021. Approved in: Oct/28/2021

¹ Universidade Feevale, Novo Hamburgo, RS, Brasil.

Address for correspondence: Rogério Lessa Horta. Rua Jary, 671, ap. 703 – 91350-170 – Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: rogeriohortamed@gmail.com



INTRODUÇÃO

A disseminação do coronavírus¹ tem sido um importante desafio para populações, governos e, de forma particular, para alguns setores^{2,3}. Profissionais de saúde que atuam na linha de frente sofreram forte impacto psicossocial⁴, são especialmente sobrecarregados e expostos ao risco de contaminação e têm várias adaptações e novas exigências em suas rotinas^{5,6}.

Todo esse turbilhão induz a estresse, com efeitos que dependem de variáveis cognitivas, afetivas e sociais⁷. Entre os profissionais, estressores variam em intensidade e duração, também de acordo com a especialidade e com especificidades de sua inserção⁸.

Uma reação possível diante de estressores é o medo, a segunda maior queixa de profissionais de saúde⁹. O medo de se contaminar e a preocupação com o bem-estar dos colegas e familiares já foram relatados em outros enfrentamentos de doenças contagiosas^{10,11}. Outros problemas relatados foram sentimentos de solidão, ansiedade, fadiga e distúrbios do sono, por exemplo¹².

A testagem periódica dos profissionais da linha de frente para a detecção de COVID-19 é indicada, pois pode amenizar receios, seja por ter resultado negativo, seja por acompanhar colegas com testes positivos se curando¹³. Aplicações de testes poderiam servir como uma estratégia adaptativa para enfrentar o medo e, conseqüentemente, diminuir os distúrbios de ansiedade¹⁴.

Este estudo investiga a relação entre a realização de testes para a detecção de COVID-19 e indícios de sofrimento psíquico, estresse e *burnout* entre profissionais de saúde da linha de frente da pandemia em um hospital geral da rede pública no Sul do Brasil.

MÉTODOS

Estudo prospectivo, com abordagem mista, envolvendo profissionais de saúde que atuavam em unidades de atendimento a pacientes com COVID-19 de um hospital geral integralmente dedicado à rede pública de saúde, no município de Novo Hamburgo-RS. Todos os profissionais foram informados da realização do estudo e convidados a participar pela direção do hospital e pelos pesquisadores. Foram procurados por telefone ou via aplicativos de voz, sendo-lhes enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Uma vez formalizada a leitura e a concordância com o TCLE, a primeira entrevista era iniciada. A formalização se dava pelo reenvio do TCLE assinado ou por manifestação por *e-mail* ou pelo aplicativo em uso.

Eram critérios de inclusão: atuar na linha de frente no hospital e estar em atividade durante o desenvolvimento do estudo. Eram critérios de exclusão: não estar acessível por nenhum dos meios propostos para entrevista ou manifestar impedimento.

As entrevistas ocorreram no intervalo entre as semanas epidemiológicas (SE) 24 e 42, de junho a outubro de 2020, coincidindo com o primeiro pico das curvas de casos, hospitalizações e óbitos, tanto no estado do Rio Grande do Sul, quanto na região de Novo Hamburgo¹⁵. Todos os profissionais relacionados foram procurados por colaboradores treinados para a coleta de dados objetivos, com base em instrumento padronizado; uma a cada quatro dessas pessoas era convidada para entrevistas em profundidade, podendo falar livremente das vivências no serviço, compondo a dimensão qualitativa do estudo. Cada participante foi procurado para entrevistas de seguimento mais duas vezes, com intervalos sempre próximos a três semanas, com instrumentos com as mesmas variáveis das entrevistas iniciais, exceto identificação e variáveis sociodemográficas. O convite para as entrevistas em profundidade foi repetido uma única vez por participante.

De 278 pessoas procuradas, 112 (40%) foram excluídas, das quais 80 (72%) informaram não estar mais em linha de frente ou no hospital, evidenciando grande rotatividade no período da pandemia. Uma técnica de enfermagem não alcançada naquele momento havia falecido por COVID-19. De 166 pessoas efetivamente passíveis de inclusão no estudo, 43 (26%) formalizaram recusa em participar, cerca de dois terços delas referindo sobrecarga e cansaço ou estar doentes ou com familiar doente. Sempre que não se conseguiu contato, três tentativas foram repetidas em dias e horários distintos, com diferentes mecanismos de acesso. Os contatos não efetivados foram informados à coordenação, que buscou a confirmação dos dados no hospital e fez mais duas tentativas.

Ingressaram, de fato, no estudo 123 pessoas, entre profissionais de enfermagem, medicina, fisioterapia e de apoio (administrativo, higienização e manutenção). Uma comparação pelo teste do qui-quadrado de Pearson entre a distribuição de potenciais sujeitos e quem efetivamente respondeu segundo a atividade profissional exercida ($p = 0,6886$) e o sexo ($p = 0,8238$) não evidenciou diferença significativa. Na segunda entrevista, foram alcançadas 110 pessoas daquele grupo inicial, com 13 (10,6%) perdas. Da terceira entrevista, participaram 101 pessoas, totalizando 22 (17,9%) perdas. Todas as perdas decorreram de recusa por sobrecarga e cansaço ou por estarem doentes ou com familiar doente, ou por terem deixado a linha de frente ou o hospital.

Trinta e uma pessoas participaram das entrevistas em profundidade, todas mais de uma vez. A caracterização do grupo por idade, sexo, profissão e tempo de experiência profissional (em anos completos) aparece na tabela 1. Foi gerado um código (ID) com uma ou duas letras iniciais da profissão, por exemplo, TE para técnico de enfermagem e ME para médico, seguido de um numeral, conforme a posição na tabela para uso nas citações.

São desfechos os escores no *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) ≥ 7 pontos (sofrimento psíquico)¹⁶ e no *Perceived Stress Scale* (PSS)¹⁷ ≥ 25 pontos (estresse percebido elevado)¹⁸, além de escores médios elevados nas dimensões do *Oldenburg Burnout Inventory* (OBI), Exaustão $\geq 2,25$ e Distanciamento $\geq 2,1$, correspondendo a *burnout*¹⁹. São variáveis de exposição: já ter sido testado para COVID-19, por qualquer exame, e resultado positivo para COVID-19, em qualquer teste.

O modelo teórico proposto incluía, em polo distal, variáveis demográficas (sexo, idade, residir em Novo Hamburgo, ter cônjuge, viver só e escolaridade); em posição intermediária, variáveis relacionadas ao trabalho (semana de ingresso no estudo, atividade profissional, tempo de exercício

profissional, tempo de vínculo na instituição, carga horária efetiva na totalidade dos vínculos profissionais e carga horária efetivamente realizada na semana que antecedeu à entrevista em linha de frente); em polo proximal aos desfechos, variáveis relacionadas à saúde (estar em atendimento psicoterápico, uso de psicofármacos e uso de bebidas alcoólicas). As variáveis contínuas ou discretas foram agrupadas e categorizadas segundo a mediana.

Todas as entrevistas foram gravadas e os dados foram registrados em Google Forms, que permitiu coleta em interface amigável e salvamento instantâneo. Opções de respostas eram apresentadas no dispositivo, minorando erros de digitação, com salvamento de cópias em nuvem, para prevenir riscos com problemas em equipamentos. Os registros em

Tabela 1. Participantes segundo idade, sexo, profissão e tempo de experiência

ID*	IDADE	SEXO	PROFISSÃO	EXPERIÊNCIA**
E1	51	Feminino	Enfermeiro	2
E2	43	Feminino	Enfermeiro	6
E3	29	Feminino	Enfermeiro	10
E4	55	Feminino	Enfermeiro	27
H5	49	Feminino	Higienizadora	35
H6	31	Feminino	Higienizadora	14
MA7	44	Masculino	Manutenção	10
ME8	43	Masculino	Médico	11
ME9	41	Masculino	Médico	15
ME10	41	Masculino	Médico	18
ME11	49	Masculino	Médico	23
ME12	33	Feminino	Médico	7
ME13	52	Feminino	Médico	30
TE14	34	Feminino	Técnico de enfermagem	4
TE15	39	Feminino	Técnico de enfermagem	7
TE16	56	Feminino	Técnico de enfermagem	20
TE17	50	Feminino	Técnico de enfermagem	15
TE18	25	Masculino	Técnico de enfermagem	7
TE19	32	Feminino	Técnico de enfermagem	4
TE20	46	Feminino	Técnico de enfermagem	13
TE21	47	Feminino	Técnico de enfermagem	18
TE22	26	Feminino	Técnico de enfermagem	8
TE23	34	Feminino	Técnico de enfermagem	7
TE24	38	Feminino	Técnico de enfermagem	18
TE25	28	Masculino	Técnico de enfermagem	4
TE26	32	Feminino	Técnico de enfermagem	11
TE27	23	Masculino	Técnico de enfermagem	5
TE28	28	Feminino	Técnico de enfermagem	9
TE29	24	Feminino	Técnico de enfermagem	2
TE30	50	Feminino	Técnico de enfermagem	16
TE31	27	Feminino	Técnico de enfermagem	2

* ID: identificação no estudo.

** Experiência profissional em anos completos de atividade.

áudio permitiram a verificação de inconsistências e a correção de eventuais erros de digitação. Uma rodada de entrevistas com profissionais de saúde voluntários, não integrantes das equipes, foi realizada de forma que todos os entrevistadores realizassem a rotina completa após treinamento com exercícios de *role-play*. Os dados coletados nessa etapa serviram para ajustes e reformulações nos procedimentos, instrumentos e banco de dados, não sendo considerados para análises posteriores. A coordenação do estudo fez contato com 10% dos entrevistados incluídos no estudo, para controle de qualidade e confirmação da realização das entrevistas registradas, checando a veracidade dos dados pela repetição de uma questão objetiva. A verificação de consistência e a análise dos dados foram realizadas no *software* SPSS 22.0.

Estimadas as frequências absolutas e relativas dos desfechos e as variáveis de exposição, as relações entre as variáveis foram testadas em análise bivariável por regressão de Poisson com variância robusta para cada um dos três momentos do acompanhamento. O nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) foi considerado significativo para razões de verossimilhança. Como nenhuma associação entre desfechos e exposições de interesse em grau de significância igual ou menor que 20% ($p \leq 0,20$) foi verificada, não se passou à análise ajustada.

As entrevistas em profundidade eram realizadas pela mesma equipe de coleta de dados, com treinamento específico para essa atividade, e se davam em momento combinado com quem respondia à entrevista. A questão inicial proposta era: "Gostaria que me contasse como está sendo sua experiência neste período, atuando na linha de frente no hospital". Eram questões norteadoras ao longo das entrevistas: "O que tem ajudado?" e "O que tem atrapalhado?". As duas questões eram replicadas ao longo da entrevista para os contextos de ambiente, condições de trabalho, equipes com as quais convive, políticas públicas e gestão.

As entrevistas foram gravadas na íntegra e salvas em arquivo de áudio, depois transcritas. Cada uma delas foi lida em sua totalidade e submetida à análise argumentativa, seguida de triangulação concomitante com dados quantitativos²⁰. A análise argumentativa leva em consideração as partes do argumento: proposição, garantia, dados, apoios e refutação, sintetizando os pontos principais em cada parágrafo, parafraseando o menos possível. Isso permitiu constituir um mapa que destaca as principais proposições encontradas, com suas porções.

A análise apresentada aqui é de base sistêmica²¹, sem categorias definidas *a priori* e parte de um esforço para mapear relações entre elementos, como os medos manifestos e a realização de testes para COVID-19. As categorias apresentadas nesta análise emergiram da releitura e relatoria dos achados alcançados. A análise foi encerrada quando os critérios de saturação e repetição dos dados foram alcançados de forma consensual entre os componentes do grupo de pesquisa, então com 43 entrevistas analisadas.

A investigação obedece a critérios da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado no NUMESC (Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva) de Novo Hamburgo e, em seguida, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Feevale, com Parecer nº 4.070.041, de 4 de junho de 2020. Eventuais necessidades de atendimento foram encaminhadas a serviço adequado da rede de saúde local.

RESULTADOS

Os escores estimados de sofrimento psíquico e *burnout* flutuaram pouco entre as semanas de acompanhamento. Escore no SRQ20 ≥ 7 foi encontrado em 39,8% ($n = 49$) de respondentes na entrevista 1; 37,3% ($n = 41$), na entrevista 2; e 32,7% ($n = 33$), na entrevista 3. *Burnout* foi estimado para 40,7% ($n = 50$) de respondentes na entrevista 1; 33,6% ($n = 37$), na 2; e 39,6% ($n = 40$), na 3. Já o escore no PSS ≥ 25 pontos teve um incremento significativo ($p < 0,005$) na entrevista 2, que acompanhou a elevação do número de casos e de óbitos na região. Foram estimados esses escores em 45,5% de respondentes ($n = 56$) na entrevista 1; 80,9% ($n = 89$), na entrevista 2; e 39,6% ($n = 40$), na entrevista 3.

A estimativa de profissionais com teste ou exame para COVID-19 já realizado passou de 68% na entrevista 1, para 86% na entrevista 2 e 90% na entrevista 3. O percentual de profissionais que responderam e que já tiveram algum resultado de exame positivo passou de 25%, na entrevista 1, para 35%, na entrevista 2 e para 39%, na terceira. O intervalo entre as entrevistas 1 e 2 foi o de maior expansão do número de profissionais identificados como contaminados pelo novo coronavírus, acompanhando o aumento de demanda e a elevação dos níveis de estresse percebido.

A tabela 2 mostra a distribuição de profissionais com escores elevados nos desfechos de interesse, segundo terem referido ou não a realização de testes, em cada uma das entrevistas realizadas. Não foi verificada associação estatisticamente significativa entre as variáveis.

A tabela 3 mostra a distribuição de profissionais com escores elevados nos desfechos de interesse segundo a informação de resultados positivos em testes realizados, contra resultados negativos ou não terem sido testados, em cada uma das entrevistas realizadas. Não foi verificada associação estatisticamente significativa entre essas variáveis.

A expansão descrita para a realização de testes não parece ter influência sobre as prevalências de estresse percebido, *burnout* e sofrimento psíquico e, apesar de se chegar à terceira rodada de entrevistas com 90% dos participantes testados, suas falas indicavam que não estariam sendo testados ou que os testes eram insuficientes. Isso apareceu relacionado a redução de motivação e aflição, sempre traduzidos como medos. Suas falas não indicaram os testes

como fator suficiente para atenuar os medos manifestos. Isso ajuda a entender por que os escores nos indicadores de sofrimento não se modificaram significativamente nem quanto à realização de testes, nem quanto aos seus resultados.

Diante da exposição à doença e à real possibilidade de contaminação, o medo apareceu de diversas formas, mas emergiram duas principais categorias que pareceram aglutinar as manifestações: medo de contrair a doença, ou “pegar” a COVID-19, e medo de “passar”, ou seja, ser transmissor do vírus, e em cada um desses grupos são citados fatores atenuantes e agravantes desses temores.

Medo de contrair a doença

Os profissionais relataram, em diversos momentos e de diferentes formas, o medo de contrair a doença, sendo esse um dos principais fatores relacionados ao sofrimento psíquico.

[...] *A gente pensava: ah, será que a gente vai pegar? ... agora a gente não sabe que dia que a gente vai pegar, [...] se vai ter sintomas leves ou se a gente vai morrer.* (TE26)

Trabalhar no contexto em que a morte chega tão perto e os faz lidar com a perda de colegas e de outras pessoas amplia o desejo de preservar a vida e a saúde de familiares e pessoas próximas.

“É muito ruim isso (morte de uma colega) e saber que a gente tá ali e pode ser que isso aconteça com a gente também.” (ME13)

O medo de contrair a doença leva profissionais a atuarem com maior desconforto e insegurança durante procedimentos que realizam, afetando, principalmente, os contatos que exigem uma maior aproximação com o paciente. Se os EPI (equipamentos de proteção individual) garantem algum efeito de barreira, por outro lado, sua exigência parece confirmar o risco:

“A gente usa os EPIs, mas sempre dá um medo. Sempre que chega um paciente que precisa de procedimentos invasivos, ficamos angustiados.” (TE28)

Fatores atenuantes do medo de contrair a doença

Quando questionados sobre fatores atenuantes para o medo de se contaminarem, profissionais apontaram que a experiência adquirida ao longo dos dias manejando os pacientes contaminados, ou seja, os próprios enfrentamentos, bem como o acesso a EPI, parece ajudar:

“A angústia era maior [...] a gente foi aprendendo e aquela angústia foi passando. [...] É um desafio, mas eu gosto de ser desafiada.” (TE26)

A atenuação dos medos passa, também, pelo reconhecimento do quanto cada profissional é importante. Valorização e realização pessoal diante da profissão exercida pareceram importantes nesse momento.

“E o retorno de quem sai bem, é muito bom. Eles voltam pra agradecer, trazem presentes. Eles lembram da gente, e esse agradecimento é um gás pra nós também.” (TE21)

Tabela 2. Distribuição e razões de prevalência (RP) para desfechos segundo a realização de testes para COVID-19 em três entrevistas – Novo Hamburgo, 2020

Entrevista	N	TESTADOS		PSS ≥ 25*		SRQ20 ≥ 7**		BURNOUT		
		n	%	RP	valor p	RP	valor p	RP	valor p	
1	123	Não	39	32	1	0,430	1	0,437	1	0,728
		Sim	84	68	1,27		1,29		0,90	
2	110	Não	15	14	1	0,726	1	0,523	1	0,334
		Sim	95	86	1,12		0,77		1,79	
3	101	Não	10	10	1	0,639	1	0,438	1	0,432
		Sim	88	90	1,33		1,76		1,40	

* PSS ≥ 25: Estresse Percebido Elevado.

** SRQ20 ≥ 7: Sofrimento Psíquico.

Tabela 3. Distribuição e razões de prevalência (RP) para desfechos segundo o teste positivo para COVID-19 em três entrevistas – Novo Hamburgo, 2020

Entrevista	N	POSITIVOS		PSS ≥ 25*		SRQ20 ≥ 7**		BURNOUT		
		n	%	RP	valor p	RP	valor p	RP	valor p	
1	123	Não	92	75	1	0,234	1	0,232	1	0,436
		Sim	31	25	1,41		1,44		1,27	
2	110	Não	72	65	1	0,955	1	0,01	1	0,787
		Sim	38	35	1,01		0,69		0,91	
3	101	Não	62	61	1	0,913	1	0,330	1	0,885
		Sim	39	39	1,04		0,69		0,95	

* PSS ≥ 25: Estresse Percebido Elevado.

** SRQ20 ≥ 7: Sofrimento Psíquico.

A realização de testes para COVID-19, porém, não apareceu como elemento que protegesse os profissionais quanto ao sofrimento imposto pelo convívio com as ameaças identificadas no trabalho em linha de frente. Falas como as que indicam que a contaminação é certa, como quando referem como dúvida apenas saber quando estarão contaminados, parecem traduzir o que leva ao descarte da testagem como fator de proteção.

Fatores agravantes do medo de contrair a doença

Os fatores agravantes incluíram dúvidas quanto ao protocolo hospitalar, insegurança quanto ao modo de uso de EPI e *angústia causada pela natureza desconhecida da doença*:

"Seguimos um protocolo hospitalar, mas não temos uma base. Precisamos seguir pra ver se realmente dá certo." (TE24)

"É aquela paranoia de luva, álcool, máscara e não sei o que no momento que eu saio eu já tiro tudo [...] não é aquilo que vai evitar, tanto é que [...] essa que faleceu, estava com todos os EPIs." (MA7)

Medo de ser transmissor do vírus

Em muitas ocasiões, a maior aflição acabou sendo contaminar familiares, bem como colocar em risco o próprio ambiente hospitalar, contaminando outros pacientes em alas apartadas. Tal apreensão dos profissionais aparece em falas como:

"[...] Eu acho que o nosso medo não é tanto a gente pegar o vírus, mas a gente trazer o vírus pra dentro de casa." (TE18)

Fatores atenuantes do medo de transmitir a doença

A realização de testes para COVID-19 e seus resultados não tiveram destaque como fatos capazes de reduzir o medo de levar o vírus adiante. Quanto a se tornar um vetor de transmissão da doença, são identificados outros elementos atenuantes do medo, como a disponibilização de equipamentos de proteção, o convívio com colegas e o treinamento e a preparação dos profissionais para atuação na linha de frente. Isso lhes garante respaldo e segurança, reduzindo os níveis de estresse:

"Convivência com colegas me ajuda a lidar com a distância familiar [...] Tento desabafar e conversar um pouco, interagir com os colegas." (TE29)

A família também se revela importante no processo de enfrentamento do estresse gerado pelo medo de ser transmissor.

"Pensar na família ajuda [...]" (TE30)

"E eu tenho um apoio enorme dentro de casa [...]" (TE15)

Fatores agravantes do medo de transmitir a doença

A dificuldade de separar os papéis de integrante da equipe de trabalho do hospital e de integrante de um grupo familiar pareceu amplificar os medos:

"Temos as nossas famílias [...] Não tem como separar a técnica da mãe, a técnica da filha [...] Tu é um ser humano único, tu não pode te dividir." (TE23)

Outro fator identificado como agravante do medo de contrair a doença é o desconhecimento da natureza da doença.

"Tu tem medo e receio, em relação à família, aos filhos. Esse é um vírus que a gente não sabe como lidar, como tratar." (TE23)

DISCUSSÃO

É preocupante que a realização de testes pareça não atenuar os níveis de sofrimento das equipes em linha de frente, independentemente do resultado verificado. O estresse enfrentado pelos profissionais já é identificado, há algum tempo, como importante no entendimento da insatisfação profissional, da produtividade, do absenteísmo, dos acidentes de trabalho e das doenças ocupacionais²². Isso parece ainda mais relevante sob condições críticas, que exigem grande capacidade de adaptação e resposta, como em meio a uma pandemia.

Situações estressantes enfrentadas por profissionais de saúde incluem conflitos entre a equipe de trabalho, sentimento de não ter preparo para enfrentar as necessidades emocionais dos pacientes e familiares, enfrentamento da morte dos pacientes, sobrecarga de trabalho, relação conflituosa com a gestão²³ e incapacidade de lidar com as pressões ou demandas do trabalho⁷. Quando exagerado, o estresse resulta na insatisfação de quem trabalha, no comprometimento de suas atividades⁷ e, eventualmente, em manifestações psicopatológicas diversas²⁴. Tais problemas não afetam da mesma maneira cada profissional nem cada categoria profissional devido à heterogeneidade da força de trabalho²⁵.

Mecanismos utilizados no enfrentamento de situações estressantes são, principalmente, o suporte de amigos, família e fé (crença religiosa) e a dedicação entusiasmada ao trabalho, mas também o afastamento da atividade, na forma de férias ou dias de folga⁸. Trabalhar em um ambiente favorável^{11,23} e ter treinamento e exercícios de simulação também pode ajudar¹¹, como os profissionais relataram aqui em suas falas, referindo-se aos fatores atenuantes do medo de transmitir a doença: treinamento, EPIs disponíveis, convivência com os colegas e apoio da família.

Apesar do treinamento, o estresse e a exaustão podem fazer com que os profissionais se descuidem, expondo-se ainda mais ao cuidar dos pacientes ou mesmo de si, como na colocação e retirada de EPIs, visto que essa etapa do trabalho cotidiano é um momento de risco de contaminação,²⁶ por exigir um tempo significativo de colocação e retirada²⁷. O desconforto com a paramentação e a angústia em realizar procedimentos invasivos são referidos nas entrevistas.

Para diminuir a ocorrência de descuidos e erros de procedimentos, os profissionais podem ser encorajados a procurar ajuda profissional ou em serviços voluntários se apresentarem qualquer sintoma de ansiedade ou insônia²⁶. Esse tipo de ajuda, principalmente em situações emergenciais, é essencial para a saúde mental a curto e longo prazo²⁸. O medo é uma resposta primitiva do ser humano que leva a uma reação diante de uma ameaça real ou imaginária, garantindo, dessa forma, nossa sobrevivência²⁹.

Os dados obtidos evidenciam que a percepção de estresse se eleva, acompanhando o pico de demandas, enquanto indícios de sofrimento e *burnout* se mantêm altos, mas as tabelas 2 e 3 destacam que nenhum desses indicadores se modifica significativamente com a realização de testes ou com a ocorrência de resultado positivo em algum teste para COVID-19. Isso sugere que os demais fatores preponderam e que as respostas obtidas com testagem para a contaminação podem ter efeito imediato, circunscrito ao momento em que são realizados os exames, mas não perduram.

Em parte, tal achado pode ser atribuído a dados de realidade como o conhecimento sobre possibilidades de reinfeção, alta prevalência de casos entre profissionais de saúde e elevada transmissibilidade da maioria das cepas do vírus, mas o desconhecimento parcial, somado a *fake news*, alimenta o imaginário, retroalimentando a sensação de medo, também entre profissionais. E o medo pode ser acrescido de confirmadores, como perda de um ente, ou indícios de comprometimento de sua saúde²⁹.

O risco de contaminação própria ou de terceiros, como agente disseminador da patologia ainda é importante fator perturbador do exercício profissional²⁵, tanto que houve relato de sentimento de dúvida quanto à permanência na linha de frente nas entrevistas analisadas e o estudo constatou alta rotatividade durante a busca de profissionais para a coleta de dados.

O medo de ser transmissor do vírus²⁸ pode ser acentuado por ver colegas se contaminando ou mesmo falecendo²⁶ e pode levar a mudanças na rotina familiar como forma de amenizá-lo, evitando o contato próximo com familiares, por exemplo²⁷, o que também apareceu nas falas dos profissionais como desconforto, medo e angústia em visitar a família. Tais relatos de medo são esperados e congruentes com a situação vivida pelos profissionais. Os riscos de se contaminarem no trabalho, perder a própria vida ou contaminar outras pessoas podem fazer os profissionais viverem um luto antecipatório, à medida que se estabelece o convencimento de que perdas ocorrerão³⁰.

As equipes encontram opções de enfrentamento. A habituação ao estímulo pode atenuar o medo³¹ e apareceu nas falas como a experiência adquirida ao longo dos meses na linha de frente. Ajudam, também, a disponibilização dos equipamentos necessários para o enfrentamento e a própria mudança de pensamento sobre a naturalização do contágio.

Seria de se esperar que a testagem pudesse gerar alívio nessa preocupação e se somar a isso como elemento de proteção.

A manutenção da exposição e o conhecimento da falta de tratamentos cientificamente comprovados, já que nem vacinas estavam disponíveis quando os dados foram coletados, parecem fazer com que o medo e a ansiedade continuem presentes. Testes periódicos em colaboradores de uma policlínica regional de saúde no interior da Bahia tiveram como resultado que, no início, a cada teste e confirmação positiva de colegas, o medo e a ansiedade aumentavam, sendo substituídos, com o passar do tempo, pela confiança na recuperação e adaptação com as medidas adotadas²⁷. Testagens e achados de casos entre colegas podem, em algum momento, então, agravar os temores. As equipes entrevistadas aqui estavam encarando o primeiro pico de casos, hospitalizações e óbitos pela COVID-19. Houve falas mostrando desmotivação pela falta de testagem e vontade de passar pelo teste entre profissionais, mas os resultados quantitativos mostraram que a testagem não diminuiu os medos.

A continuidade da exposição em ambiente com grande circulação do vírus e o conhecimento do risco de reinfeção podem ter contribuído para o achado de que já ter sido contaminado também não promove atenuação do sofrimento¹³. Talvez o tempo ajude a identificar outro efeito, mas, até onde as equipes foram acompanhadas, não surgiram indícios de alívio do sofrimento. No contexto da pandemia, pode ser esperado que aqueles que trabalham diretamente em contato com pacientes infectados apresentem mesmo esses temores, e isso tem sido associado ao alto índice de sofrimento psicológico entre profissionais de saúde¹⁴.

São limitações do estudo o tamanho da amostra e seu caráter local. O poder estatístico é limitado pelo tamanho reduzido da amostra ($n = 123$). Não se pode afastar a possibilidade de erro tipo II. Como o enfrentamento à COVID-19 promove cenários totalmente novos e qualquer informação nesse contexto pode ganhar relevância ao viabilizar cotejamento com estudos semelhantes, parece válida a exposição destes dados. A redução do tempo de preparação e a pressa parecem ter contribuído para um caráter um tanto breve das entrevistas em profundidade, mas essa pode ser, também, uma evidência do estresse e sobrecarga de quem está atuando na linha de frente na rede pública de saúde.

CONCLUSÕES

O artigo evidencia medos de profissionais atuando em linha de frente e aponta a necessidade de serem priorizadas medidas de proteção, em nome do seu bem-estar, mas também da otimização de suas capacidades. Fatores atenuantes e agravantes dessa situação são importantes contribuições. Testes, por si só, não parecem promover alívio detectável, por mais que tenham alcançado a maioria dos profissionais.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Rogério Lessa Horta – Concepção e projeto, coordenação do campo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, aprovação final da versão a ser publicada, responsável por todos os aspectos do trabalho.

Thaís Caroline Guedes Lucini – Análise de dados e redação do artigo, aprovação final da versão a ser publicada.

Pedro José Sartorelli Lantin – Concepção e projeto, análise de dados e redação do artigo, aprovação final da versão a ser publicada.

Laura de Brizola Perdonssini – Coleta e análise de dados, redação do artigo, aprovação final da versão a ser publicada.

Talia Greici Sette – Coleta e análise de dados, redação do artigo, aprovação final da versão a ser publicada.

Michele Cristina Bittencourt – Análise de dados e redação do artigo, aprovação final da versão a ser publicada.

Marcus Levi Lopes Barbosa – Análise e interpretação dos dados, aprovação final da versão a ser publicada.

Eduardo Guimarães Camargo – Concepção e projeto, coordenação do campo, aprovação final da versão a ser publicada, responsável por todos os aspectos do trabalho.

CONFLITOS DE INTERESSE

Nenhum conflito de interesse a destacar.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos pela acolhida e o apoio das instâncias diretivas e de todo o corpo técnico da Fundação de Saúde de Novo Hamburgo (FSNH) e do Hospital Municipal de Novo Hamburgo (HMNH), sem a qual este trabalho não teria sido possível.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization [Internet]. Novel Coronavirus (2019-nCoV): SITUATION REPORT-121. January, 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4. Acesso em: 15 abr. 2021.
- Dong L, Bouey J. Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic, China. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(7):1616-8.
- Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, 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 Behav Immun*. 2020;87:11-7.
- Duarte MQ, Santo MAS, Lima CP, Giordani JP, Trentini CM. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(9):3401-11.
- 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;3(3):e203976.
- Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 2020;383(6):510-2.
- Couto HA, Vieira FLH, Lima EG. Estresse ocupacional e hipertensão arterial sistêmica. *Rev Bras Hipertens*. 2007;14(2):112-5.
- Stewart BE, Yarkin KL, Meyerowitz BE, Harvey JH, Jackson LE. Psychological stress associated with outpatient oncology nursing. *Cancer Nurs*. 1982;5(5):383-7.
- Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, Arango C, Moreno C, Ferre F, et al. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;275:48-57.
- Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clin Med Res*. 2016;14(1):7-14.
- Belfroid E, van Steenberghe J, Timen A, Ellerbroek P, Huis A, Hulscher M. Preparedness and the importance of meeting the needs of healthcare workers: a qualitative study on Ebola. *J Hosp Infect*. 2018;98(2):212-8.
- Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, Wang H, Wang C, Wang Z, You Y, Liu S, Wang H. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *Am J Infect Control*. 2020 Jun;48(6):592-598.
- Ross K, Johnston C, Wald A. Herpes simplex virus type 2 serological testing and psychosocial harm: a systematic review. *Sex Transm Infect*. 2011;87(7):594-600.
- Frankland PW, Josselyn SA. Facing your fears. *Science*. 2018;360(6394):1186-7.
- Rio Grande do Sul. Boletim epidemiológico COVID-2019 – SE de 7 de outubro de 2020. Disponível em: <https://coronavirus.rs.gov.br/upload/arquivos/202010/07160450-boletim-epidemiologico-covid-19-coers-se-40.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2021.
- Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):380-90.
- Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saude Publica*. 2007;41(4):606-15.
- Faro A. Análise fatorial confirmatória das três versões da Perceived Stress Scale (PSS): um estudo populacional. *Psicol Reflex Crit*. 2015;28(1):21-30.
- Schuster MS, Dias VV. Oldenburg Burnout Inventory – Validação de uma nova forma de mensurar burnout no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(2):553-62.
- Creswell JW. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- Esteves de Vasconcellos MJ. Desenvolvendo práticas colaborativas no contexto das políticas públicas, com a aplicação da metodologia de atendimento sistêmico. *Nova Perspectiva Sistêmica*. 2015;24(51):7-24.
- Stacciarini JMR, Tróccoli BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2001;9(2):17-25.
- Wilkinson SM. Stress in cancer nursing: does it really exist? *J Adv Nurs*. 1994;20(6):1079-84.
- Margis R, Picon P, Cosner AF, Silveira RO. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2003;25(1):65-74.
- Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, de Andrade LR, et al. The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(9):3465-74.
- Huang L, Lin G, Tang L, Yu L, Zhou Z. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. *Crit Care*. 2020;24(1):10-2.
- Silva MO, Damasceno RO, Castro LD. Impactos psicológicos do retorno às atividades laborais durante a pandemia COVID-19 em uma Policlínica Regional de Saúde na Bahia: um relato de experiência. *Res Soc Dev*. 2020;9(11):e2029119372.
- Paiano M, Jaques AE, Nacamura PAB, Salci MA, Radovanovic CAT, Carreira L. Mental health of healthcare professionals in China during the new coronavirus pandemic: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 2).
- Rodríguez BO, Sánchez TL. The Psychosocial Impact of COVID-19 on health care workers. *Int Braz J Urol*. 2020;46(Suppl 1):195-200.
- Oliveira WA, Oliveira EAC, Silva JL, Santos MA. Impactos psicológicos e ocupacionais das sucessivas ondas recentes de pandemias em profissionais da saúde: revisão integrativa e lições aprendidas. *Estud Psicol*. 2020;37.
- Castillo ARG, Recondo R, Asbahr FR, Manfro GG. Transtornos de ansiedade. *Braz J Psychiatry*. 2000;22(Suppl 2):20-3.