

ANA PATRÍCIA DE QUEIROZ MEDEIROS DANTAS

**SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO DE NATAL/ RN NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19**

**NATAL/RN
2023**

ANA PATRÍCIA DE QUEIROZ MEDEIROS DANTAS

SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO DE NATAL /RN NO CONTEXTO DA COVID-19

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde
da Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
como requisito para a obtenção do título de Doutor
em Saúde Coletiva.

Orientador: Maria Angela Fernandes Ferreira

Natal/RN
2023

Ficha Catalográfica

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial Prof. Alberto Moreira Campos -
-Departamento de Odontologia - DOD

Dantas, Ana Patrícia de Queiroz Medeiros.

Saúde mental dos profissionais de saúde das unidades de pronto atendimento de Natal/RN no contexto da pandemia de COVID-19 / Ana Patricia de Queiroz Medeiros Dantas. - Natal, 2023.
100 f.: il.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Natal, 2023.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Angela Fernandes Ferreira.

1. COVID-19 - Tese. 2. Pessoal de Saúde - Tese. 3. Esgotamento Psicológico - Tese. I. Ferreira, Maria Angela Fernandes. II. Título.

RN/UF/BSO

BLACK D585

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, minha avó materna Maria Rosa de Queiroz “in memoriam” uma grande incentivadora dos meus estudos; meus pais, Vandi Medeiros e Rosa Maria de Queiroz Medeiros que se enchem de felicidade a cada objetivo alcançado, meu esposo Wagner Ranier Maciel Dantas que ajudou a viabilizar e sempre torce pelo melhor resultado e meu filho Vinicius Medeiros Dantas que me alegra e me motiva na busca do aprimoramento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas oportunidades em minha vida e por me orientar as vias a serem percorridas.

Aos meus familiares que vibram com as minhas conquistas e se fazem presentes nos momentos mais importantes.

Aos meus avós que cumpriram o papel de guiar filhos, netos e gerações subsequentes pelo caminho dos estudos.

À minha orientadora Maria Ângela Fernandes Ferreira, pela paciência, acolhimento, disponibilidade, ensinamentos, fazendo crescer mais ainda a admiração e o respeito.

À professora Eliana Costa Guerra que participou da concepção do projeto e me apoiou na realização.

Ao colega Salomão Israel Monteiro Lourenço Queiroz, que me ajudou com a organização do banco de dados e todo o processo estatístico.

À equipe do CEREST- Natal por toda a parceria e ajuda em todas as etapas da execução da pesquisa.

A todos os professores, colegas e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, por fazerem parte de uma forma especial desta etapa importante.

E por último, aos diretores, administradores e demais profissionais das UPAs de Natal que aceitaram fazer parte desse projeto e ajudaram a torná-lo viável.

“Aprender é a única coisa de que a mente
nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se
arrepende.”

Leonardo da Vinci.

RESUMO

A pandemia de COVID-19 deflagrou uma sobrecarga nos sistemas de saúde do mundo inteiro, afetando principalmente os profissionais de saúde dos setores de urgência e emergência que apresentam níveis mais elevados de *burnout*, ansiedade e depressão do que a população geral. Nesse sentido, o presente estudo propõe-se a analisar a prevalência e os fatores associados ao adoecimento mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal-RN no contexto de pandemia de COVID-19. Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal, dirigido aos enfermeiros, técnicos/ auxiliares de enfermagem e médicos das 04 Unidades de Pronto Atendimento de Natal-RN. A coleta foi realizada no período de julho a dezembro de 2022 com aplicação de questionários com dados sócio-ocupacionais, dados pessoais de saúde clínica e antecedentes pessoais e familiares de transtornos mentais e questionários específicos *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS), *Beck Depression Inventory* (BDI) e *Beck Anxiety Inventory* (BAI). Foram incluídos 172 participantes na pesquisa. A amostra foi constituída por 82% de mulheres, a idade média foi de 39,63 anos (DP 9,521). A prevalência de *burnout* na amostra foi de 51,2%. Com relação aos sintomas ansiosos, 28,5 % apresentaram sintomas ansiosos de grau moderado a severo e a prevalência de sintomas depressivos moderados a severos foi de 16,3 %. Evidenciou-se associação entre as 03 subescalas de *burnout* e a faixa etária mais jovem. Além dessa associação, a alta exaustão foi associada a EPIs insuficientes e jornadas semanais acima de 40 horas, a alta despersonalização foi associada a jornada diária de trabalho acima de 12 horas e a baixa realização pessoal teve associação com ausência ou poucas pausas no trabalho. A partir dos resultados encontrados, conclui-se que a saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento encontra-se bastante afetada, mesmo decorridos mais de dois anos do início da pandemia, gerando impactos negativos para os profissionais e na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. Diante disso, torna-se urgente a criação de ações governamentais que atuem em nível de gestão, organizacional e individual para prevenir novos agravos e doenças de saúde mental em profissionais de saúde da linha de frente e tratar os profissionais adoecidos.

Palavras-chave: COVID-19; pessoal de saúde; esgotamento psicológico; depressão; transtornos de ansiedade.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has triggered an overload on health systems around the world, especially affecting professionals in the urgency and emergency sectors who have higher levels of burnout, anxiety and depression than the general population. In this sense, the present study proposes to analyze the prevalence and factors associated with mental illness among workers at Emergency Care Units in Natal-RN in the context of the COVID-19 pandemic. This is a cross-sectional quantitative study, aimed at nurses, nursing technicians/assistants and physicians at the 04 Emergency Care Units in Natal-RN. The collection was carried out from July to December 2022 with the application of questionnaires, which contain socio-occupational data, personal clinical health data and personal and family history of mental disorders and specific questionnaires Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI -HSS), Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI). In the survey were included 172 participants . The sample consisted of 82% women, with a mean age of 39.63 years (SD 9.521). The prevalence of Burnout in the sample was 51,2%. Regarding to anxiety symptoms, 28.5% had moderate to severe anxiety symptoms and the prevalence of depressive symptoms was 16 .3%. n association was evident between the 03 burnout subscales and the youngest age group. In addition to this association, high exhaustion was associated with insufficient PPE and weekly working hours above 40 hours, high depersonalization was associated with daily working hours above 12 hours and low personal fulfillment was associated with absence or few breaks at work. From the results found, it is concluded that the mental health of health professionals in Emergency Care Units is significantly affected, even more than two years after the start of the pandemic, generating negative impacts on professionals and on the quality of care. provided to patients. In view of this, it is urgent to create government actions that act at a management, organizational and individual level to prevent new mental disorders in frontline health professionals and treat sick professionals.

Keywords: COVID-19; health personnel; psychological burnout; depression ; anxiety disorders.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis	44
----------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise descritiva de dados sócio-demográficos dos profissionais de saúde das UPAS na cidade do Natal	51
Tabela 2- Análise descritiva das Características de formação profissional e educação continuada	52
Tabela 3- Análise descritiva das características do lugar, jornada e ritmo de trabalho	53
Tabela 4- Análise descritiva de características do período de pandemia de COVID-19	54
Tabela 5- Análise descritiva de Características clínicas, antecedentes e hábitos de vida	55
Tabela 6- Análise Bivariada das variáveis independentes e nível de <i>Burnout</i> -subescalas do MBI.	57
Tabela 7-Análise Bivariada das variáveis independentes e nível de ansiedade moderado/severo pelo BAI e sintomas depressivos moderado/severo pelo BDI	60
Tabela 8 – Modelo de Regressão Logística para as Subescalas do MBI	64
Tabela 9- Modelo de Regressão Logística para as escalas BAI e BDI	65

LISTA DE SIGLAS

APA	<i>American Psychiatry Association</i>
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CBI	<i>Copenhagen Burnout Inventory</i>
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CES-D	Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos
CID-11	Código Internacional de Doenças
COVID-19	<i>Corona Virus disease</i>
DASS-21	<i>Depression, Anxiety and Stress Scale</i>
DP	Desvio Padrão
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
GADS	Escala de Depressão e Ansiedade de Goldberg
IC	Intervalo de Confiança
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MBI-GS	<i>Maslach Burnout Inventory –General Survey</i>
MBI-HSS	<i>Maslach Burnout Inventory –Human Services Survey</i>
MINI	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PHQ-8	<i>Patient Health Questionnaire -8</i>
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire -9</i>
SARS	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>

TCLE	Termo de Consentimento Livre e esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPAS	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

® marca registrada

© copyright.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	16
2. REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 Saúde Mental e Trabalho	19
2.2 Síndrome de <i>Burnout</i>	22
2.3 Depressão.....	29
2.4 Ansiedade	36
3. OBJETIVOS	41
3.1 Objetivo Geral.....	41
3.2 Objetivos Específicos	41
4. MÉTODO	42
4.1 Características da Pesquisa	42
4.2 Plano amostral	43
4.3 Variáveis	43
4.4 Coleta de Dados	47
4.4.1 <i>Maslach Burnout Inventory</i>	47
4.4.2 <i>Beck Depression Inventory</i>	48
4.4.3 <i>Beck Anxiety Inventory</i>	49
4.5 Análise de Dados	49
4.6 Aspectos Éticos	50
5. RESULTADOS	51
6. DISCUSSÃO	66
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICE A – TCLE	80
APÊNDICE B – Carta de Anuência	83
APÊNDICE C - Questionário sobre perfil Sócio Ocupacional	85
APÊNDICE D – Dados de Saúde	88
ANEXO A – Escala BDI	90

ANEXO B – Escala BAI	93
ANEXO C – Quadro Funcional da rede de Urgência e Emergência da SMS – Natal	94
ANEXO D – Parecer CEP	95
ANEXO E - Questionário MBI-HSS.....	100

1 INTRODUÇÃO

Ao final de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na República Popular da China. Cerca de uma semana depois, em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus representava uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. A partir de 11 de março de 2020, a *Corona Virus Disease* (COVID-19) foi caracterizada pela OMS como uma pandemia (<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>).

De acordo com o que já foi observado em experiências anteriores: *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) em 2003; Ebola entre 2013 e 2016 e a pandemia da H1N1 em 2009, durante uma pandemia se vivencia uma carga elevada de experiências e emoções negativas, gerando sofrimento e adoecimento mental na população geral e em especial pelos profissionais de saúde devido ao enfrentamento direto, lidando com pacientes infectados, isolamento social, estigma e estresse/sobrecarga no trabalho (MAUNDER, 2004) (NABUCO; PIRES DE OLIVEIRA; AFONSO, 2020).

A pandemia de COVID-19 provocou graves implicações no âmbito da saúde individual e coletiva e no funcionamento emocional e social. Gerou sofrimento à população geral devido ao medo de contaminação, isolamento social e várias consequências graves. Quanto aos profissionais de saúde, as incertezas trazidas com o SARS-CoV-2, as limitações com relação ao tratamento, Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e outros suprimentos médicos, bem como as cargas de trabalho estendidas e outras preocupações emergentes são fontes de estresse e têm o potencial de sobrecarregar os sistemas. (PFEFFERBAUM; NORTH, 2020). Nos estudos comparativos, as amostras com profissionais de saúde mostram níveis mais elevados de estresse, ansiedade e depressão do que na população geral. (TREADWAY et al., 2020). Os profissionais de saúde que contraíram COVID-19 relataram níveis mais altos de sintomas

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

depressivos (dif. média = 0,31; IC 95% 0,16 a 0,47) e sintomas de ansiedade (dif.=0,54; IC 95% 0,36 a 0,71) (FIREW et al., 2020).

Uma revisão sistemática e metanálise identificou um amplo número de fatores de risco associados ao adoecimento mental dos profissionais de saúde na linha de frente da pandemia, incluindo fatores sociodemográficos como idade mais jovem e sexo feminino, e fatores sociais, como falta de apoio social, rejeição social ou isolamento e estigmatização. Além desses, fatores ocupacionais implicados em trabalhar em um ambiente de alto risco (equipe de linha de frente), funções ocupacionais específicas (por exemplo, enfermagem), e ter níveis mais baixos de treinamento especializado, preparação e experiência de trabalho (SERRANO-RIPOLL et al., 2020).

Alguns dos fatores de risco associados ao adoecimento mental dos profissionais de saúde na linha de frente da pandemia não podem ser modificados. Desta forma, trabalhar em um ambiente de alto risco aumenta a possibilidade de desenvolver sintomas clinicamente significativos de depressão, ansiedade e *Burnout*. No entanto, alguns fatores específicos podem ser modificáveis e assim mitigar o risco de adoecimento trazido pelos fatores acima mencionados. A falta de treinamento especializado foi associada com ansiedade e *Burnout*, e maior percepção de ameaça e risco foi associada a depressão e ansiedade. A preparação institucional de longo prazo é possível para ambos os fatores, através do desenvolvimento e implementação de treinamento especializado (SERRANO-RIPOLL et al., 2020).

Sabendo-se que as doenças psíquicas têm origem multifatorial, além da observância dos fatores de risco para o adoecimento psíquico próprios do contexto da pandemia, é importante considerar as condições de trabalho nas quais esses trabalhadores atuam, que impactam diretamente na saúde mental destes.

Dentre os locais de trabalho com maior nível de estresse figuram as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), parte essencial da Rede de Urgência e Emergência. Estas Unidades possuem função estratégica no enfrentamento à COVID-19, uma vez que se tornaram a principal porta de acesso à saúde no contexto pandêmico. Nestas unidades, os profissionais precisam analisar, de forma rápida, as demandas dos usuários e dar respostas em tempo hábil, sendo requisitados constantemente a avaliar o estado clínico dos usuários e definir condutas.

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

Em Natal, temos um total de quatro UPAs (Satélite, Esperança, Potengi e Pajuçara) e apesar de elas não serem destinadas exclusivamente à COVID-19, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/Natal), a procura por algum atendimento relacionado à infecção do SARS-CoV-2 foi significativa, já que essas unidades regulam pacientes para leitos de UTI da rede especializada. As UPAs constituíram a porta de entrada para pacientes em estado grave e nos meses críticos estavam atendendo acima da capacidade, conforme os dados da própria secretaria de saúde do município.

Assim, as múltiplas requisições que vêm sendo postas aos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal devido ao nível de adoecimento da população ao longo dos anos e principalmente no atual contexto pandêmico, têm atingido a vida desse grupo de trabalhadores de diferentes formas. Nesse contexto, são comuns as queixas de sofrimento emocional nas demandas observadas em várias atuações individuais e coletivas da equipe do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST- Natal).

Nesse sentido, o presente estudo propõe-se a analisar a prevalência e os fatores associados ao adoecimento mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal-RN por meio de uma pesquisa de natureza quantitativa, considerando que o adoecimento dos profissionais de saúde está relacionado às condições de trabalho e agravado pela pandemia. Almeja-se ainda que o mesmo sirva como instrumento para o desenvolvimento de políticas públicas no setor.

A partir da identificação dos fatores relacionados ao adoecimento mental desses profissionais, torna-se possível uma melhor atuação no campo da Saúde do Trabalhador, visto que a pesquisadora é médica psiquiatra da Secretaria Municipal de Saúde de Natal e atua no CEREST- Natal. Tal projeto possibilitará entender as necessidades de intervenções específicas para os profissionais desses locais. Intervenções estas focadas principalmente na prevenção primária e secundária, de um ponto de vista da Saúde Coletiva.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo é apresentado em quatro seções, que dão suporte teórico à realização do estudo. Foram selecionados os temas: (1) “Saúde Mental e Trabalho” que retrata o processo pelo qual o trabalho pode afetar a saúde mental; (2) “*Burnout*” discorre sobre sua definição, conceitos, métodos de avaliação e estudos sobre a prevalência e os fatores associados no contexto de pandemia; (3) “Depressão” que faz uma conceituação sobre o tema e também prevê a prevalência e fatores associados e (4) “Ansiedade” que contempla a prevalência, fatores associados e correlações com os outros temas.

2.1 Saúde Mental e Trabalho

As transformações mundiais a partir da tecnologia, globalização, mudanças demográficas, emergências e clima estão gerando impacto na forma como e onde trabalhamos. A pandemia da COVID-19 interferiu diretamente no mercado de trabalho e acelerou o ritmo de mudança – com implementação de trabalho remoto, *e-commerce* e automação. Ocorreram criação de novos empregos e perdas de outros. A partir dessas mudanças surgiram novas pressões ou a exacerbação do estresse existente no trabalho, que tem o potencial de prejudicar a saúde mental dos trabalhadores (WHO “Guidelines on Mental Health at Work”, 2022).

O impacto do estresse na saúde pode variar de acordo com a resposta de cada indivíduo; no entanto, altos níveis de estresse podem contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde, incluindo transtornos mentais e comportamentais como *Burnout*, ansiedade e depressão, além de doenças físicas, como doenças cardiovasculares e distúrbios musculoesqueléticos. As evidências sugerem claramente que fatores como alta carga e demandas de trabalho, baixa latitude de decisão, falta de apoio organizacional, conflitos com supervisores e colegas, ou trabalho altamente monótono estão ligados a uma maior probabilidade de acidente ou doença ocupacional (INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. LABOUR ADMINISTRATION, 2016).

Um estudo realizado na Itália com 345 profissionais de saúde demonstrou que a qualidade da organização do trabalho atuou como um fator de proteção ao estresse laboral e à Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN no contexto da pandemia de COVID-19

baixa saúde psicológica. O apoio social foi inversamente relacionado à baixa saúde psicológica, enquanto o excesso de comprometimento foi positivamente correlacionado com a baixa saúde psicológica (MAGNAVITA et al., 2022).

O acometimento da saúde mental provoca o aumento do presenteísmo (ou perda de produtividade), do absenteísmo e da rotatividade de pessoal que afetam trabalhadores e empregadores e apresentam altos custos financeiros para a sociedade, afetando a economia. Estima-se que os transtornos mentais mais prevalentes como depressão e ansiedade, custem US\$ 1 trilhão por ano à economia global, com o custo impulsionado predominantemente pela perda de produtividade. Calcula-se que 15% dos adultos em idade produtiva tenham algum tipo de transtorno mental em algum momento (WHO “Guidelines on Mental Health at Work”, 2022).

A contribuição do trabalho para as alterações da saúde mental pode estar relacionada a fatores específicos, como a exposição a determinado agente tóxico, ou pode estar relacionada a uma complexa interação de fatores relacionados à organização do trabalho, à divisão das tarefas, às políticas de gestão de pessoas e à própria hierarquia organizacional. Os fatores ligados ao tempo e ao ritmo de trabalho são muito importantes na determinação do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, como jornadas de trabalho prolongadas, com poucas pausas para descanso, em lugares desconfortáveis, turnos de trabalho noturnos, turnos alternados ou turnos iniciando muito cedo pela manhã; ritmos intensos ou monótonos, pressão de chefias por mais velocidade e produtividade. Estas condições causam, com frequência, quadros ansiosos, fadiga crônica e distúrbios do sono (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.; DIAS, 2001).

A ausência de trabalho e a ameaça de perda do emprego constituem fatores que podem gerar sofrimento psíquico, pois ameaçam o sustento do trabalhador e de sua família. Ao mesmo tempo, interferem com a auto-estima do trabalhador, gerando sentimentos de menos-valia, angústia, insegurança, desânimo e desespero, desencadeando quadros ansiosos e depressivos. Além disso, os níveis de atenção e concentração exigidos para a realização das tarefas, combinados com o nível de pressão exercido pela organização do trabalho, podem gerar tensão, fadiga e *burnout* (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.; DIAS, 2001).

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

Em 18 de novembro de 1999, o Ministério da Saúde publicou uma lista de transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, de acordo com a portaria/MS n.º 1.339/1999, em que constam doze categorias:

- demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais;
- delirium, não-sobreposto à demência, como descrita;
- transtorno cognitivo leve;
- transtorno orgânico de personalidade;
- transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado;
- alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho);
- episódios depressivos;
- estado de estresse pós-traumático;
- neurastenia;
- outros transtornos neuróticos especificados;
- transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos;
- sensação de estar acabado (Síndrome de *Burnout*) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.; DIAS, 2001).

Uma pesquisa brasileira avaliou os fatores associados ao afastamento do trabalho por transtornos mentais relacionados ao trabalho, além disso, a percepção dos trabalhadores sobre os fatores psicossociais no trabalho. Os transtornos mentais mais frequentes foram os episódios depressivos (CID-10 F32), com 40,4%, e outros transtornos ansiosos (CID-10 F41), com 19,8%. De acordo com a avaliação de estresse ocupacional, os fatores psicossociais principalmente citados foram trabalho com alta demanda e baixo controle (56,5%); baixo apoio social (52,7%); desequilíbrio esforço-recompensa (55,7%); e excesso de comprometimento (87,0%). A presença de fatores psicossociais desfavoráveis no trabalho fazia parte do relato da maioria dos trabalhadores afastados do trabalho por longo período em decorrência de transtornos mentais (SILVA-JUNIOR; FISCHER, 2015).

2.2 Síndrome de *Burnout*

De acordo com a CID-11, “*Burnout* é uma síndrome conceituada como resultado do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso” (“ICD-11 Coding Tool Mortality and Morbidity Statistics (MMS)”, 2019).

O *Burnout* é uma síndrome psicológica que costuma acometer indivíduos que trabalham em contato com outras pessoas. É dividida em três dimensões, que são exaustão emocional, despersonalização e diminuição realização pessoal. Na exaustão emocional ocorre uma sensação de esgotamento ou diminuição de energia, os trabalhadores sentem que não são mais capazes de se doar psicologicamente. Na despersonalização há um aumento da distância mental do trabalho ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados aos clientes. E por último, a reduzida realização pessoal se refere a uma tendência de auto-avaliação negativa, principalmente no que se refere ao trabalho com os clientes. As consequências do *burnout* são potencialmente danosas para os trabalhadores, clientes e instituições (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1997).

O primeiro instrumento desenvolvido para avaliar o *Burnout* foi a escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI). O MBI é amplamente utilizado em vários países e subdividido em três subescalas, exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. Quanto mais altas as médias de pontuações nas subescalas de Exaustão Emocional e Despersonalização, mais elevado o grau de *burnout* vivenciado. Quanto menor a pontuação da subescala de Realização Pessoal, maior o grau de *burnout* (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1997).

Apesar do MBI não ter sido criado originalmente como uma ferramenta de diagnóstico, alguns países já a adotaram como ferramenta clínica de diagnóstico médico, como por exemplo a Holanda e a Suécia. Uma revisão avaliou estudos que usaram o *Maslach Burnout Inventory –Human Services Survey* (MBI–HSS) ou o *Maslach Burnout Inventory –General Survey* (MBI–GS) para “diagnosticar” o *burnout* em profissionais de saúde da linha de frente e explorar como os pesquisadores definiram o *burnout* e se eles o trataram como uma construção unidimensional

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

ou multidimensional. No total, 50 estudos foram incluídos nesta revisão sistemática, desses 46 utilizaram a versão do MBI-HSS e 04 utilizaram a versão MBI-GS (DOULOUGERI; GEORGANTA; MONTGOMERY, 2016).

Os estudos da revisão apresentaram uma grande variação em como eles definiram o *burnout*. O que predomina são as seguintes combinações: a combinação de alta pontuação de Exaustão Emocional, alta pontuação de Despersonalização e baixa pontuação de realização pessoal (14 estudos), alta pontuação de Exaustão Emocional e/ou alta pontuação de Despersonalização (12 estudos), níveis altos apenas na subescala Exaustão Emocional (10 estudos). Definições mais conservadoras exigiam a existência de escores altos em Exaustão Emocional e Despersonalização e escores baixos em realização pessoal para classificar o *burnout*, de acordo com as diretrizes de Maslach. No entanto, esses estudos correm o risco de subestimar a taxa de *burnout* de indivíduos que pontuam alto Exaustão Emocional ou alto Despersonalização. Houve variações nos pontos de corte e na classificação, vinte e cinco estudos classificaram o *burnout* como baixo, médio e alto, enquanto 16 estudos forneceram apenas os pontos de corte para alto *burnout* (DOULOUGERI; GEORGANTA; MONTGOMERY, 2016).

Os quadros de *Burnout* em profissionais de saúde podem afetar diretamente as relações de trabalho, gerando sentimentos de exaustão e dificuldade de lidar com as demandas, interferindo não apenas na saúde dos profissionais, como inclusive na segurança dos pacientes. Isso se deve muitas vezes por negligenciar o comportamento de segurança ou por alterações nos processos cognitivos como funções executivas, atenção e memória, que estão prejudicados em indivíduos com *Burnout*. Observa-se uma relação positiva entre exaustão emocional e taxas de mortalidade padronizadas como um indicador objetivo de segurança do paciente em médicos com *Burnout*. O resultado de um estudo com 1425 médicos e enfermeiros demonstrou que as unidades em que havia médicos com alta exaustão emocional apresentaram taxas de mortalidade padronizadas mais altas (WELP et al., 2015).

Uma revisão sistemática a partir da seleção de quarenta e seis estudos avaliou medidas de bem estar da equipe de saúde e *burnout* e segurança do paciente. Evidenciou-se que níveis

moderados a altos de *burnout* estão associados, na maioria dos estudos revisados, a resultados ruins de segurança do paciente, como erros médicos (HALL et al., 2016).

A pandemia proporciona a junção do estresse crônico no trabalho e do estresse traumático agudo imposto pela própria pandemia. Os fatores que estão ligados a ansiedade dos profissionais relacionada ao COVID-19 são muitos, dentre eles o acesso a equipamentos de proteção individual (EPIs) apropriados, exposição ao COVID-19 no trabalho e receio de transmitir a infecção para sua família, não ter acesso rápido a testes se desenvolverem sintomas de COVID-19 e medo concomitante de propagação de infecção no trabalho. Além disso, a incerteza de que sua organização apoiará em suas necessidades pessoais e familiares se desenvolverem uma infecção, acesso a creches durante o aumento do horário de trabalho e fechamento de escolas, falta de apoio para outras necessidades pessoais e familiares à medida que as horas de trabalho e as demandas aumentam, ser capaz de fornecer cuidados técnicos competentes se destacados para uma nova área e falta de acesso a informações atualizadas. Essas fontes de estresse e ansiedade não fazem parte da experiência de trabalho regular e podem acarretar o desenvolvimento de um quadro de *Burnout* (CLEMENTE-SUÁREZ et al., 2021).

Devido aos níveis crescentes de carga de trabalho com a pandemia, os profissionais de saúde têm menos tempo para lidar com os desafios de seu trabalho e o conhecimento no campo está em constante evolução, necessitando de atualizações rápidas. Além disso, durante a pandemia de COVID-19, os profissionais precisam lidar com um prognóstico incerto dos pacientes; a falta de recursos para diagnóstico, tratamento e prevenção; problemas relacionados à inadequação dos EPIs; mudança rápida nas políticas relacionadas à saúde pública; diminuição da renda e recessão econômica; e informações conflitantes anunciadas por profissionais. São muitos fatores de risco que atuam como grandes estressores aumentando o risco de *Burnout* (SHARIFI; ASADI-POOYA; MOUSAVI-ROKNABADI, 2020).

Os níveis de *Burnout* foram avaliados entre os profissionais de saúde da região da Lombardia na Itália, durante o primeiro mês do surto de COVID-19 e foram comparados entre trabalhadores da saúde em contato direto com pacientes com COVID-19 e trabalhadores da saúde sem contato direto com pacientes com COVID-19. De acordo com a aplicação da escala Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN no contexto da pandemia de COVID-19

MBI, níveis elevados de Exaustão Emocional e Despersonalização foram apresentados, respectivamente, em 38,2 e 39,8% dos profissionais de saúde; além disso, 48% dos profissionais de saúde apresentaram baixos níveis de Realização Pessoal, sugerindo pior satisfação no trabalho e sentimento de inadequação quanto à capacidade de se relacionar com os pacientes. Os trabalhadores da saúde em contato direto com pacientes com COVID-19 apresentaram níveis mais elevados de Exaustão Emocional, escala que descreve a sensação de não ter mais recursos emocionais para lidar com a situação no trabalho (TREADWAY et al., 2020).

A Incidência de *burnout* em profissionais de saúde, na República da Sérvia, durante a pandemia, calculada a partir do *Maslach Burnout Inventory–Human Services Survey* (MBI–HSS–MP) for *Medical Personnel* foi de 58%, levando em consideração as taxas altas e moderadas de *burnout*. Um índice alto de *Burnout* foi encontrado em cerca de 30% dos profissionais de saúde (JAKOVLJEVIC et al., 2021).

Em estudo realizado com 1015 Médicos internistas da Espanha que trabalharam durante a COVID-19, detectou-se, após aplicação do questionário MBI-HSS, que 58.3% deles apresentaram alta exaustão emocional, 61.5% tinham um alto nível de despersonalização e 67.6% reportaram baixa realização pessoal. Um total de 40,1 % apresentou os 03 critérios para Síndrome de *Burnout*. Na amostra selecionada, 90% dos médicos trataram pacientes com COVID-19. Além do trabalho excessivo, o medo de contaminar os parentes aumenta o stress e resulta em *Burnout* (MACÍA-RODRÍGUEZ et al., 2021).

No Canadá, realizaram um estudo observacional em duas etapas, com primeira etapa após 3 meses do início da pandemia e a segunda etapa realizada 12 meses após o início da pandemia. O *Burnout* foi avaliado a partir do MBI-2 com a presença de apenas 02 subescalas (exaustão emocional e despersonalização) e a presença de *burnout* foi definida como sensação de exaustão emocional ou despersonalização pelo menos semanalmente no MBI-2. A prevalência de *burnout* foi de 52% aos 3 meses e 51% aos 12 meses. De 3 a 12 meses, 131 participantes (34%) permaneceram com *burnout*, 61 (16%) tiveram um novo início de *burnout*, o *burnout* foi resolvido em 66 (17%) e 122 (32%) continuaram livres de *burnout*. Os fatores

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

protetivos encontrados para *burnout* nessa população foram resiliência e percepção de suporte organizacional (CYR et al., 2022).

Como mencionado anteriormente, os efeitos da pandemia na saúde mental podem perdurar. Neste estudo prospectivo de 06 meses em Cingapura com 2744 médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde e profissionais do setor administrativo e operacional, o estresse percebido e o *burnout*, medidos respectivamente a partir da *Perceived Stress Scale-4* e *Physician Work Life Scale*, mostraram um leve aumento ao longo de seis meses, mesmo depois de sair do *lockdown*. A presença de estresse elevado, ansiedade e *burnout* foram relatados por 33%, 13% e 24% da amostra geral na linha de base, respectivamente (TEO et al., 2021).

No Japão, avaliaram 894 enfermeiros de 05 hospitais e os resultados mostraram que os enfermeiros que cuidavam de pacientes com COVID-19, assim como os enfermeiros que lidavam com pacientes suspeitos de COVID-19 estavam sob alto estresse de acordo com a *Tokyo Metropolitan Distress Scale*, mostrando diferenças em relação aos enfermeiros que não atendiam pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19. Nesse estudo, os enfermeiros que lidavam com casos suspeitos tiveram maior pontuação em 'exaustão emocional' da *Japanese Burnout Scale* ($\beta = 0,136, p = 0,021$) do que aqueles para casos confirmados. Este estudo revela que os enfermeiros que cuidam de pacientes com COVID-19 estão sujeitos a pesadas cargas mentais e sociais e que os enfermeiros que cuidam de pacientes suspeitos apresentam os níveis mais altos de carga mental e social, acúmulo de fadiga e exaustão emocional, apresentando o maior risco de *burnout*. (KISHI et al., 2022).

Um estudo realizado no Chipre com 381 profissionais, com o uso do questionário MBI, demonstrou variações dos dados entre as diferentes profissões, com o pessoal de enfermagem constituindo o grupo mais gravemente afetado por *burnout*, com uma prevalência de 14,1%, os médicos (6,12%), outros profissionais de saúde (8%) e pessoal de limpeza (10%). Observou-se que as pessoas que relataram medo de uma possível infecção tiveram um forte impacto em seu estado mental e eram muito mais propensas ao *burnout* do que aquelas que não relataram ($OR = 3,12, p < 0,05$). Além disso, as pessoas que ficaram isoladas após a exposição ao vírus também tiveram maior probabilidade de sofrer *burnout* do que as pessoas que não tiveram que

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

se auto-isolar ($OR = 2,19, p < 0,05$). Por fim, houve forte associação negativa entre a sensação de segurança com as medidas de proteção adotadas pelo hospital, com a experiência de *burnout* (KAPETANOS et al., 2021).

Os serviços de urgência e emergência são locais com alto nível de estresse e consequentemente, mesmo antes da pandemia os profissionais de saúde desses serviços já apresentavam índices considerados altos de *burnout* (MOUKARZEL et al., 2019). Um estudo espanhol com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) do setor de urgência e emergência de uma mesma região constatou um aumento importante do índice de *burnout* (medido através do questionário MBI) entre as amostras independentes coletadas em 2016 e 2020/2021, (39,5 vs 49,7) ($p < 0,001$), principalmente devido à exaustão emocional ($p < 0,001$) (YUGUERO et al., 2022).

Uma pesquisa realizada com a participação de 2029 profissionais de um hospital especializado em COVID-19, no sul de Taiwan, avaliou o impacto da pandemia em relação a *burnout* e transtornos de humor em profissionais de saúde. O estudo revelou que os enfermeiros tiveram o mais alto índice de *burnout* e transtorno do humor, com predominância do gênero feminino com relação a *burnout*. Com relação ao local de trabalho, os que trabalhavam no pronto-socorro e na UTI/alas de isolamento tinham um risco maior para transtorno do humor. A análise multivariada demonstrou que trabalhar no pronto-socorro ($OR, 2,81$; IC 95%, 1,14–6,90) foi o único fator de risco independente para transtorno do humor moderado a grave. Mais descanso (76,7%), gratificações (63,4%) e EPIs suficientes (55,3%) foram as três assistências mais desejadas do hospital (LIN et al., 2021).

Em comparação com dados coletados no período não pandêmico (2019), os profissionais que trabalharam durante a pandemia de COVID-19 (2020) apresentam escores de *burnout* e percentuais de *burnout* grave mais altos e os maiores escores de *burnout* pessoal e profissional foram observados em profissionais que trabalhavam em pronto-socorro ($82,89 \pm 22,51$ e $78,01 \pm 21,96$, respectivamente) em 2020 (LIN et al., 2021).

Na China, uma amostra de 946 trabalhadores de saúde foi avaliada com a subescala de exaustão do questionário MBI-GS. Dentre eles, 55% apresentavam pontuação indicativa de Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN no contexto da pandemia de COVID-19

burnout. Os profissionais de saúde que apresentavam maior medo de contágio da COVID-19 eram mais propensos a ter a eficiência do trabalho reduzida e esse fator foi associado significativamente ao *burnout*. A maioria dos profissionais de saúde desinfetava-se ao chegar em casa e alguns evitavam o contato com as crianças para não transmitir o vírus aos familiares, o que foi significativamente associado ao *burnout*. Esse estudo demonstrou a ocorrência de um impacto psicossocial e ocupacional negativo significativo do surto de COVID-19 na China nos profissionais de saúde (ZHANG et al., 2021).

No Brasil, uma pesquisa com 1054 profissionais de saúde (34,5% médicos, 19,1% técnicos de enfermagem, 14,2% enfermeiros e 11,9% psicólogos) foi feita entre maio e junho de 2020. Foi avaliada a presença de *burnout* a partir do questionário *Copenhagen Burnout Inventory* – CBI. Em relação à prevalência de *burnout*, um terço da amostra total referiu sentir-se em estado de *burnout* e mais da metade obteve escores compatíveis com alto nível de *burnout* (valores ≥ 50 no domínio de *burnout* pessoal da CBI) (MOSER et al., 2021).

Um estudo do tipo transversal realizado em Minas Gerais com 94 técnicos de enfermagem que atuaram na linha de frente nas UTIs durante a pandemia da COVID-19 encontrou uma prevalência da Síndrome de *Burnout* de 25,5% a partir do *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS). A Síndrome de *Burnout* foi considerada nos técnicos a partir da combinação de alta exaustão emocional, alta despersonalização e baixa realização profissional no MBI-HSS. As variáveis que tiveram associação com uma maior prevalência da Síndrome de *Burnout* foram idade > 36 anos, realizar horas extras, carga horária de trabalho rígida e etilismo (FREITAS et al., 2021).

Apesar de o *Burnout* ser uma síndrome com alta prevalência entre os profissionais de saúde, como apontado nas pesquisas citadas, a falta de uniformidade nos critérios utilizados para sua definição a partir do MBI, que é o questionário mais amplamente adotado mundialmente em pesquisas sobre o tema, dificulta a comparação entre os estudos em termos de prevalência. Apesar disso, percebe-se que vários fatores de natureza ocupacionais estão correlacionados ao seu desenvolvimento.

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

2.3 - Depressão

O humor, ou estado de ânimo, do ponto de vista psicopatológico pode ser definido como o tônus afetivo do indivíduo, o estado emocional basal e difuso em que se encontra a pessoa em determinado período de tempo. É a lente afetiva que dá às vivências do sujeito, uma cor particular, que modula o impacto das experiências e, pode inclusive, interferir com a natureza e o sentido das experiências vivenciadas. O pólo depressivo ou hipotímico constitui um dos dois pólos básicos das alterações do humor, sendo o outro pólo o maníaco ou hipertímico (DALGALARRONDO, 2008).

Em todo o mundo, estima-se que cerca de 280 milhões de pessoas, de todas as idades, sofram com a depressão. Estatisticamente as mulheres são mais afetadas que os homens. A depressão pode causar à pessoa afetada um grande sofrimento e disfunção no trabalho, nos estudos ou no meio familiar. Cerca de 700 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano - sendo esta a quarta principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos. (WHO, 2023)

O diagnóstico de depressão pode ser feito a partir dos critérios do DSM-5 em que deve haver a presença de cinco (ou mais) dos seguintes sintomas, presentes durante o período de duas semanas e que representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior do indivíduo. Pelo menos um dos sintomas deve ser humor deprimido ou perda de interesse ou prazer e os demais sintomas são: perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta ou redução ou aumento do apetite; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar ou indecisão; pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio (APA, 2014).

Os profissionais de saúde da linha de frente são considerados um grupo altamente exposto, com maior risco de sintomas psiquiátricos durante a pandemia de COVID-19. Estudos que investigaram profissionais de saúde encontraram aumento de sintomas depressivos no contexto da pandemia (VINDEGAARD; BENROS, 2020).

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

A pandemia de COVID-19 tem sido associada a estressores ocupacionais, que além de contribuir para a infecção, pode dar origem ao sofrimento psicológico dos profissionais de saúde. Nos EUA, realizaram um estudo com 2.040 profissionais de saúde e dentre os resultados, ter sido infectado com COVID-19 foi associado a níveis significativamente mais altos de depressão, ansiedade e *burnout*. Estar em isolamento, morar sozinho e ter um número maior de pacientes com COVID-19 tratados foram associados a níveis significativamente mais altos de sintomas depressivos. Passar mais de 50% das horas de trabalho em contato próximo com pacientes com COVID-19 também foi associado a níveis mais altos de depressão, ansiedade e *burnout* em relação a indivíduos que passaram menos de 25% das horas de trabalho em contato próximo com pacientes com COVID-19 (FIREW et al., 2020).

Em um estudo observacional italiano, uma população de 770 médicos e enfermeiros do setor público e privado, durante o período de abril a junho de 2020 foi avaliada com relação ao impacto psicológico da emergência de COVID-19. Dentre os efeitos na saúde mental encontrados prevaleceram os sintomas de estresse (76,2%; n=587), sintomas de ansiedade (59,4%; n=457) e sintomas depressivos (11,8%). Os sintomas depressivos foram avaliados a partir da aplicação do questionário *Beck Depression Inventory* (BDI) com 13 itens (CHIARA CARRIERO et al., 2021).

Uma pesquisa avaliou a associação de sintomas físicos com sintomas de ansiedade, depressão e estresse entre 906 profissionais de saúde, sendo 480 entrevistados de Cingapura e 426 da Índia durante a pandemia de COVID-19. A partir do instrumento *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) para rastrear depressão, ansiedade e estresse, encontraram a presença de ansiedade em 142 (15,7%), depressão em 96 (10,6%) e estresse em 47 (5,2%) participantes do estudo. Dentre os 96 profissionais de saúde que apresentavam sintomas de depressão, 50% deles (48) foram classificados como depressão moderada a muito grave. Os dados revelaram que a presença de sintomas físicos esteve associada a maiores escores médios nas subescalas de Ansiedade, Estresse e Depressão (CHEW et al., 2020).

Na Espanha, 9.138 profissionais de saúde foram avaliados quanto ao impacto na saúde mental da primeira onda da pandemia de COVID-19. No geral, 45,7% apresentavam algum transtorno mental atual e 14,5% algum transtorno mental atual de natureza incapacitante. Os

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

trabalhadores com história de transtornos mentais pré-pandêmicos apresentaram quase o dobro da prevalência em relação aos trabalhadores sem histórico de transtorno mental anterior. A prevalência de sintomas depressivos a partir do questionário *Patient Health Questionnaire* (PHQ-8) foi de 28,1% na população estudada. Os achados mostram que ser mulher, ter uma alta frequência de exposição a pacientes com COVID-19 e estar em quarentena ou isolado são fatores de risco para qualquer transtorno mental atual e qualquer transtorno mental incapacitante (ALONSO et al., 2021).

Um estudo transversal realizado no México com 537 trabalhadores de saúde de um hospital terciário encontrou a prevalência de depressão de 44.7%, dos quais 19% apresentaram depressão leve, 20.1% moderada e 5.6% grave através da aplicação do instrumento *Beck Inventory Depression* (BDI) em sua versão abreviada de 13 questões. Um dado importante é que as maiores prevalências de ansiedade (38,8%, $n = 138$ vs. 23,2%, $n = 42$, $p < 0,0001$), estresse (36,8%, $n = 164$ vs. 17,6%, $n = 16$, $p < 0,0001$) e depressão (41,7%, $n = 100$ vs. 26,9%, $n = 80$, $p < 0,0001$) nesse estudo foram observadas nos indivíduos diagnosticados com COVID-19 em relação aos que nunca tiveram a doença (ABIHAI LUCAS-HERNÁNDEZ, 2022).

Em Wuhan, China, após decorridos 02 anos do início da pandemia, realizaram uma pesquisa *on line* com 1.795 profissionais de saúde de cinco hospitais gerais com o objetivo de avaliar os efeitos psicológicos a longo prazo do COVID-19. A depressão foi pesquisada usando a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) e encontraram entre os participantes, uma prevalência de 18,30% para depressão. Vários fatores foram associados ao risco de depressão pela equipe. A participação no trabalho clínico com pacientes COVID-19 (OR ajustado = 1,33, IC de 95%: 1,02–1,74, $p = 0,034$), ambiente de trabalho inseguro (OR ajustado = 1,26, IC de 95%: 1,05–1,52, $p = 0,015$), má relação médico-paciente (OR ajustado = 1,50, IC 95%: 1,09–2,07, $p = 0,012$), não ser saudável (OR ajustado = 2,69, IC 95%: 2,04–3,55, $p < 0,001$), insatisfação no trabalho (OR ajustado = 1,52, IC 95%: 1,20–1,93, $p = 0,001$), baixos níveis de apoio familiar (OR ajustado = 1,59, IC 95%: 1,16–2,18, $p = 0,004$) e baixos níveis de apoio entre os colegas de trabalho (OR ajustado = 1,93, IC 95%: 1,40–2,67, $p < 0,001$) foram independentemente associados à depressão 2 anos após o surto pandêmico de COVID-19 (LIU et al., 2022).

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

Outro estudo chinês avaliou 606 trabalhadores hospitalares da linha de frente e 1.099 pessoas comuns a partir do uso do *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) para avaliar os sintomas depressivos e o módulo sobre suicídio do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) para avaliar o risco de suicídio. A prevalência de sintomas depressivos na equipe de saúde da linha de frente foi de 57,6% e a prevalência do risco de suicídio foi de 13%. A equipe de saúde da linha de frente teve pontuações significativamente mais altas de PHQ-9 ($F = 12,89$, $p < 0,001$) do que a população em geral ($F = 19,30$, $p < 0,001$). Em termos de sintomas depressivos, a regressão logística mostrou que a idade foi negativamente associada aos sintomas depressivos, enquanto as horas diárias de trabalho foram positivamente associadas a sintomas depressivos na equipe de saúde da linha de frente. Quanto ao risco de suicídio, os anos de trabalho e renda familiar foram negativamente associados ao risco de suicídio, enquanto as horas diárias de trabalho foram positivamente associados ao risco de suicídio na equipe de saúde da linha de frente (ZHOU et al., 2020).

Durante a quarta onda de COVID-19 na Polônia, em novembro de 2021, um estudo do tipo observacional com 333 enfermeiros em atividade profissional foi realizado a partir da aplicação da forma curta da *Depression Anxiety Stress Scale* DASS-21. Sintomas graves / muito graves de depressão foram encontrados em 23,1% dos enfermeiros, enquanto sintomas moderados foram detectados em 30,3%. O contato com um paciente com suspeita de infecção por SARS-CoV-2 foi um preditor significativo de sintomas depressivos. Um nível significativamente maior de sintomas depressivos ($p = 0,045$) foram observados entre as mulheres em relação aos homens. (DZIEDZIC et al., 2022).

Uma coorte observacional foi realizada de julho a agosto de 2020, com a participação de 4239 trabalhadores de um hospital de Tóquio, Japão. Procederam à aplicação de um questionário sobre histórico médico, estado de saúde atual e a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). Entre todos os trabalhadores, a proporção de depressão foi de 31,3% em 2020, a mais alta medida nos últimos 10 anos e substancialmente maior que o valor pré-pandemia em 2019 (27,5%). Os resultados da análise de regressão logística binária para as mudanças de pontuação entre 2019 e 2020 mostraram que ser do sexo feminino [*odds ratio* (OR): 1,22; Intervalo de confiança (IC) de 95%: 1,09-1,38], mais jovem (OR: 2,14; IC

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

95%: 1,77-2,59), foram significativamente associados a resultados positivos da CES-D. Profissionais mais novos demonstraram as maiores taxas de depressão independente da ocupação (KATSUTA et al., 2021).

Na Coréia do Sul, realizou-se um estudo com 764 profissionais de saúde no período de 14 de abril de 2020 a 18 de abril de 2020, em um hospital universitário, no qual surgiu o primeiro caso de COVID-19 e ficou fechado por 03 semanas (1º de março de 2020). O percentual de profissionais de saúde que apresentavam depressão (escore total do PHQ-9 ≥ 10) foi de 11,4%. Os fatores associados a depressão foram o ceticismo sobre seu trabalho (OR, 1,69; IC de 95%, 1,31–2,17; $p < 0,001$), preocupações com a discriminação social (OR, 1,41; 95% IC, 1,09–1,82; $p < 0,01$) e relacionamento com colegas (OR, 1,39; IC 95%, 1,07–1,79; $p < 0,05$). A ansiedade generalizada (GAD-7) e o *burnout* (MBI-GS) tiveram efeito positivo direto na depressão (PHQ-9) ($\beta = 0,668$, $p < 0,005$) e ($\beta = 0,165$, $p < 0,005$), respectivamente (LEE et al., 2021).

Um estudo multicêntrico chinês com 1.263 participantes avaliou os impactos psicológicos da pandemia cerca de 01 ano após o surto inicial de COVID-19. De acordo com os pontos de corte do questionário utilizado DASS-21, 26,7%, 33,4% e 14,8% dos participantes apresentaram maior probabilidade de depressão, ansiedade e estresse. Os enfermeiros foram os profissionais que tiveram as pontuações totais mais altas nas subescalas de depressão ($p = 0,016$) e estresse ($p = 0,011$) do DASS-21. Ter um estilo de enfrentamento passivo, longas horas de trabalho durante o surto de COVID-19, sofrer violência como profissional de saúde durante a pandemia e ter contato próximo com pacientes confirmados ou suspeitos de COVID-19 foram os principais fatores de risco potenciais encontrados (GONZALEZ MENDEZ et al., 2022).

Nas três das regiões italianas mais afetadas pela pandemia (Lombardia, Emilia Romagna e Toscana), realizaram uma pesquisa com 514 profissionais de saúde da linha de frente de unidades hospitalares dedicadas ao tratamento de pacientes com COVID-19. Os sintomas depressivos foram medidos a partir do questionário PHQ-9. Em 20,2% dos entrevistados havia sintomas depressivos moderados a graves. A pontuação do PHQ foi menor na região de baixo nível de exposição ao surto do que naquelas de alto e médio nível ($7,38 \pm 5,29$ vs $4,63 \pm 4,90$, $p < 0,001$; $6,78 \pm 5,20$ vs $4,63 \pm 4,90$, $p < 0,001$, respectivamente). No

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

total da amostra, os sintomas depressivos mostraram ser os fatores mais importantes associados ao comprometimento funcional (CARMASSI et al., 2022).

Um estudo realizado na Turquia com 200 profissionais de saúde que trabalhavam em um hospital de treinamento e pesquisa avaliou os níveis de ansiedade e depressão durante a pandemia de COVID-19, a partir do *Beck Anxiety Inventory* (BAI) e *Beck Depression Inventory* (BDI). O ponto de corte utilizado para o BDI foi 17 neste estudo. As pontuações do BDI de 33 dos 200 participantes foram ≥ 17 (16,5%). Os resultados mostraram que 62% dos participantes tiveram depressão mínima, 21,5% dos participantes tiveram depressão leve, 13,5% dos participantes tiveram depressão moderada e 3% dos participantes tiveram depressão grave de acordo com os escores do BDI. A média do BDI dos enfermeiros foi estatisticamente e significativamente maior em comparação com os médicos e outros profissionais do hospital (BESIRLI et al., 2021).

Um estudo transversal de base institucional foi realizado entre 322 profissionais de saúde de 10 a 25 de novembro de 2020 nas instituições de saúde da zona de Gurage- Etiópia. A prevalência de depressão nesse estudo foi de 25,8% [95% IC = (21,1%- 30,4%)], com o uso do instrumento PHQ-9. A chance de ter depressão foi de 1,9 vezes entre profissionais de saúde do sexo masculino em comparação com profissionais de saúde do sexo feminino [OR = 1,908; IC 95% (1,040–3,500)]. Com base no status educacional, a chance de ter depressão entre os participantes com níveis educacionais mais altos eram maiores do que aqueles com níveis educacionais mais baixos (GEBREEYESUS et al., 2021).

Na Grécia, avaliaram 660 enfermeiros com relação à prevalência de depressão e *burnout* utilizando para isso o *Beck Depression Inventory* (BDI) e o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) respectivamente. Em relação à depressão, 25,5% apresentaram depressão leve, 13,5% depressão moderada e 7,6% depressão grave. Na escala de *burnout*, 47,1% dos enfermeiros tinham sintomatologia de *burnout*. Verificou-se uma associação entre *burnout* e depressão e essa correlação ($r = 0,66$), segundo os autores, não justificaria uma sobreposição de *burnout* e depressão. Considerou-se o *burnout* como um fator contribuinte para a depressão. (STEIGER et al., 2022).

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

Uma pesquisa com 1054 profissionais de saúde (34,5% médicos, 19,1% técnicos de enfermagem, 14,2% enfermeiros e 11,9% psicólogos) realizada no Brasil foi feita entre maio e junho de 2020, com rastreio de sintomas depressivos a partir do questionário PHQ-9. Metade dos profissionais de saúde apresentou escores de PHQ-9 sugestivos de depressão clinicamente significativa e entre os técnicos de enfermagem, esta proporção foi de 68,7% (MOSER et al., 2021).

No Nordeste brasileiro, mas especificamente no Ceará, avaliaram 189 profissionais de saúde (48,2% enfermeiros e 51,8% técnicos de enfermagem) de uma maternidade, a partir de um estudo do tipo transversal utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). A prevalência de sintomatologia depressiva foi 29,6%, sendo mais prevalente no sexo feminino (30,2%). A maioria dos profissionais de saúde entrevistados (62,6%; n=117) estava atuando em setores da linha de frente, atendendo pacientes com suspeita ou casos confirmados de COVID-19. Os profissionais que trabalhavam nos setores da emergência, clínica obstétrica e UTI materna foram os mais expostos ao risco de ter depressão ($p=0,01055$) (RIBEIRO et al., 2022).

Em um estudo realizado no estado do Rio Grande do Norte com 490 profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) dos serviços de média e alta complexidade, a prevalência de sintomas de depressão moderadamente severa ou severa a partir da versão brasileira do *Patient Health Questionnaire* foi de 38% e os fatores associados foram ser do sexo feminino, ter renda mensal de 3 a 4 salários mínimos, residir com os pais e irmãos, possuir vínculos apenas privados, afastamento do serviço ou alteração da função em decorrência da pandemia, além de ter sintomas de Síndrome de *Burnout* (SANTOS et al., 2021).

Dentre os estudos analisados, a prevalência de sintomas depressivos entre os profissionais de saúde variou de 10,6% a 57,6% a partir dos diferentes métodos empregados. Os estudos mostram o impacto da pandemia de diferentes formas na gênese dos sintomas depressivos em profissionais de saúde, bem como a relação com os fatores ocupacionais, principalmente no que se refere ao contato direto com pacientes diagnosticados com COVID-19 atuando como fator associado à depressão nesses profissionais.

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

2.4- Ansiedade

Segundo Dalgarrondo (2008) “a ansiedade é definida como um estado de humor desconfortável, apreensão negativa em relação ao futuro, inquietação interna desagradável.” Inclui manifestações somáticas, psíquicas e fisiológicas.

Os transtornos de ansiedade constituem um dos grupos mais comuns de doenças psiquiátricas. O Estudo Americano de Comorbidade (*National Comorbidity Study*) relatou que 1 em cada 4 pessoas satisfaz o critério diagnóstico de pelo menos um transtorno de ansiedade. As mulheres (com prevalência durante a vida de 30,5%) têm mais probabilidade de ter um transtorno de ansiedade do que os homens (prevalência durante a vida de 19,2%) (KAPLAN & SADOCK, 2017).

Segundo o DSM-5, os transtornos de ansiedade se subdividem em Transtorno de Ansiedade de Separação, Mutismo Seletivo, Fobia Específica, Transtorno de Ansiedade Social, Transtorno de Pânico, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento, Transtorno de Ansiedade devido a outra condição médica e Outro Transtorno de Ansiedade Especificado (APA, 2014).

As principais características dos transtornos de ansiedade incluem medo e ansiedade excessivos ou evitação de ameaças percebidas que são persistentes e prejudiciais. O medo é um sentimento desencadeado por uma ameaça ou perigo iminente, enquanto a ansiedade envolve a antecipação de uma ameaça ou perigo futuro real ou imaginário. Tanto o medo quanto a ansiedade fazem parte do processo evolutivo da sobrevivência e são adaptativos. Porém, quando esses medos e ansiedades são desproporcionais a uma ameaça, são graves e duradouros ou interferem com o funcionamento normal, podem exigir um tratamento específico (PENNINX et al., 2021).

Os indivíduos com transtornos de ansiedade apresentam disfunções nos circuitos cerebrais que respondem ao perigo. A gênese dos transtornos de ansiedade é influenciada por fatores genéticos, ambientais e suas relações epigenéticas. Os transtornos de ansiedade são frequentemente comórbidos entre si e com outros transtornos mentais, especialmente a depressão (PENNINX et al., 2021).

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

Uma revisão sistemática e meta-análise avaliou os efeitos da pandemia de COVID-19 na saúde mental entre os profissionais de saúde da linha de frente. A prevalência de ansiedade ou sintomas de ansiedade entre profissionais de saúde da linha de frente durante a pandemia de COVID-19 relatada pelos 19 estudos foi de 43,0% (6.509/17.013 indivíduos, IC de 95%, 33,8–52,3%). Uma observação importante deste estudo é que as prevalências de insônia e ansiedade foram maiores em 2021 em relação aos dados encontrados em 2020 (TONG et al., 2023). Uma outra metanálise também mostrou que a prevalência de ansiedade foi maior após os surtos epidêmicos virais do que durante os surtos epidêmicos virais entre os profissionais de saúde (SERRANO-RIPOLL et al., 2020).

Na Arábia Saudita, avaliaram 957 profissionais de saúde e os níveis mais altos de ansiedade foram encontrados durante a pandemia de COVID-19 em comparação com MERS-CoV e influenza sazonal. Em relação a COVID-19, a maioria dos profissionais de saúde (94,6%) estava preocupada com o risco de infecção durante a pandemia, enquanto mais da metade do grupo estava preocupada com o esgotamento de EPIs em seu local de trabalho. Ao comparar os resultados deste estudo realizado durante a pandemia ativa de COVID-19 na Arábia Saudita (13 a 27 de abril de 2020), com os resultados de um estudo anterior (5 a 16 de fevereiro, 2020), que foi conduzido pela mesma equipe de pesquisa imediatamente antes do primeiro caso de COVID-19 na Arábia Saudita, as pontuações médias de ansiedade percebida dos profissionais de saúde em relação ao COVID-19 aumentaram de $4,91 \pm 2,84$ para $8,6 \pm 2,27$ em uma escala Likert de 11 pontos (TEMSAH et al., 2021).

Uma pesquisa internacional foi realizada com 1.416 profissionais de saúde (70,8% médicos, 26,2% enfermeiros) de 75 países durante um período de duas semanas, a partir de 18 de março de 2020, utilizando o *Beck Anxiety Inventory* (BAI). Dos respondentes, 1.101 (77,7%) trabalhavam na Europa, 139 (9,8%) nas Américas, 120 (8,5%) na Ásia, 41 (2,9%) na Austrália e 15 (1,1%) na África. Com relação às profissões, 1.002 (70,8%) eram médicos, 371 (26,2%) eram enfermeiros e 43 (3,0%) outros profissionais de saúde. Os níveis de ansiedade conforme o BAI foram: normal/mínima ($n = 503$, 35,5%), baixa ($n = 390$, 27,5%); moderado ($n = 287$, 20,3%) e grave ($n = 236$, 16,7%). O coeficiente de confiabilidade (*alfa de Cronbach*) da escala de ansiedade de 21 itens foi de 0,936, destacando que a consistência interna foi alta. Os escores

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

do BAI diminuíram significativamente com a idade avançada do profissional de saúde ($p = 0,0001$). Além disso, as pontuações do BAI aumentaram significativamente com níveis de renda mais altos dos países em que vivem $p < 0,001$ (CAG et al., 2021).

Ainda com relação ao estudo anterior, de acordo com o modelo linear generalizado múltiplo ser do sexo feminino ($p = 0,001$), ocupações (enfermeiras e auxiliares) ($p = 0,009$), ser enfermeira atendendo pacientes com COVID-19 ($p = 0,017$), relatar conhecimento inadequado sobre a COVID-19 ($p = 0,005$), ter equipamento de proteção individual insuficiente ($p = 0,001$), ter desinfetantes ou sabonetes líquidos insuficientes ($p = 0,008$), ser portador de doenças crônicas ($p = 0,001$) e transtornos mentais coexistentes ($p = 0,001$) foram associados ao aumento da ansiedade (CAG et al., 2021).

Um estudo foi realizado no período de 10 de fevereiro de 2020 a 20 de fevereiro de 2020, com a utilização da Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung (SAS) em 512 profissionais de saúde de diferentes regiões da China. Os resultados encontrados foram: a prevalência de ansiedade foi de 12,5%, um total de 53 entrevistados sofria de ansiedade leve (10,35%), sete de ansiedade moderada (1,36%) e apenas quatro de ansiedade grave (0,78%). O escore médio de ansiedade foi significativamente maior na equipe de saúde que tratou diretamente casos confirmados de COVID-19, em comparação com aqueles que não o fizeram ($41,11 \pm 9,79$ vs. $38,83 \pm 8,38$, $P = 0,007$). Os resultados mostraram ainda que os profissionais de saúde de Hubei, a área mais gravemente afetada, apresentaram escores de ansiedade mais altos (valor $\beta = 3,71$, IC 1,53–5,90; $p = 0,0009$) em comparação com os profissionais de saúde de outras regiões (LIU et al., 2020).

Na Turquia, um estudo avaliou os níveis de ansiedade e depressão em 200 profissionais de saúde que trabalham em um hospital de treinamento e pesquisa durante a pandemia de COVID-19, a partir do *Beck Anxiety Inventory* (BAI) e *Beck Depression Inventory* (BDI). A análise dos sintomas de ansiedade mostrou que 60,5% dos participantes apresentaram ansiedade mínima, 25,5% dos participantes apresentaram ansiedade leve, 8,5% dos participantes apresentaram ansiedade moderada e 5,5% dos participantes apresentaram ansiedade grave de acordo com os escores do BAI. A média do BAI dos enfermeiros foi estatisticamente maior do que a dos médicos (BESIRLI et al., 2021).

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

Na América do Sul, temos um estudo realizado com 1059 profissionais de saúde após três meses de isolamento social obrigatório na Argentina. Foi utilizada a versão em espanhol da escala de depressão e ansiedade de Goldberg (GADS) para verificar os sintomas de ansiedade e depressão. Os resultados mostraram respostas positivas em 76,5% para ansiedade e 81% para depressão. Estar em contato com pacientes com COVID-19 foi um forte preditor de piora dos sintomas de insônia, fadiga e valores aumentados para sintomas de ansiedade e depressão (GIARDINO et al., 2020).

No Ceará avaliaram 189 profissionais de saúde (48,2% enfermeiros e 51,8% técnicos de enfermagem) de uma maternidade, a partir de um estudo transversal. Os setores de trabalho mais comuns na pesquisa foram aqueles da linha de frente (62,6%; n=117) e dentre eles 40,2% apresentaram sintomatologia de ansiedade a partir da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) (RIBEIRO et al., 2022).

Um estudo no estado do Rio Grande do Norte realizado com 490 profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) dos serviços de média e alta complexidade, encontrou a prevalência de 39,6% de sintomas de ansiedade moderadamente severos ou severos segundo a *General Anxiety Disorder* (SANTOS et al., 2021).

Outro estudo foi realizado também no Rio Grande do Norte com 67 residentes dos Programas Multiprofissionais em Saúde (Intensiva Adulto, Saúde da Criança, Cardiologia e Atenção Psicossocial) de um hospital universitário durante a pandemia por COVID-19. O objetivo foi estimar a prevalência e os fatores associados à ansiedade no público alvo a partir do *Beck Anxiety Inventory* (BAI) e de um questionário elaborado. Dentre os resultados encontrados, 31,30% dos residentes (IC95% 20,19-42,40%) apresentavam níveis de ansiedade classificados como moderado e grave. Verificou-se os maiores níveis de ansiedade nos residentes mais jovens ($p = 0,004$), assim como nos residentes que precisaram de atendimento psicológico após a entrada na residência ($p = 0,001$), usavam psicofármacos ($p = 0,006$), trabalharam em setores com casos suspeitos/confirmados de COVID-19 ($p = 0,05$) e diretamente com casos suspeitos/confirmados ($p = 0,03$) (DANTAS et al., 2021).

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

A partir dos estudos acima, percebe-se uma grande variação nas prevalências encontradas de sintomas de ansiedade entre os profissionais de saúde de acordo com o instrumento utilizado, variando de 12,5% (SAS) a 76,5% (GADS). Ao observarmos as prevalências de ansiedade segundo o BAI, que foi o mesmo questionário utilizado nesta pesquisa, estas variaram de 14% a 37% considerando os níveis classificados como moderados e graves. No geral, os estudos identificaram que lidar com pacientes com COVID-19 e várias outras questões ligadas ao período de pandemia como não ter EPIs suficientes, por exemplo, estavam associados também a maiores índices de ansiedade, além de outros transtornos mentais e que esses sintomas ansiosos poderiam piorar após os surtos epidêmicos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a prevalência e fatores associados de adoecimento mental nos profissionais de saúde das UPAS de Natal-RN no contexto da pandemia de COVID-19.

3.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos profissionais das UPAS.
- b) Analisar se os fatores sócio-demográficos, relacionados ao trabalho, à formação profissional e educação continuada influenciam no adoecimento mental dos profissionais.
- c) Identificar se as características clínicas, antecedentes de saúde, hábitos de vida, perdas pela COVID-19, bem como adoecimento por COVID-19 e falta de EPIs e insumos estão associadas ao adoecimento mental dos profissionais.

4 MÉTODO

4.1 Características da pesquisa

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal, dirigido aos enfermeiros, técnicos/ auxiliares de enfermagem e médicos das 04 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) de Natal-RN.

As UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e atendem urgências e emergências. Estes serviços concentram os atendimentos de saúde de complexidade intermediária e formam uma rede em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192. (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/upa-24h>)

A UPA Potengi localiza-se na Av. Sr. do Bonfim, s/n / Potengi, faz parte do Distrito Sanitário Norte II, a UPA Satélite localiza-se na Av. dos Xavantes, 1228 / Pitimbu no Distrito Sul, a UPA Esperança localiza-se na Av. Paraíba, s/n / Cidade da Esperança faz parte do Distrito Sanitário Oeste e a UPA Pajuçara localiza-se na Av. Moema Tinoco da Cunha Lima, 3393/Pajuçara e faz parte do Distrito Sanitário Norte I.

Segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal, a UPA Potengi possui 246 trabalhadores (101 técnicos de enfermagem, 40 enfermeiros, 03 médicos) A UPA Satélite 241 trabalhadores (81 técnicos de enfermagem, 13 auxiliares de enfermagem, 39 enfermeiros e 14 médicos), a UPA Esperança 260 trabalhadores (08 auxiliares de enfermagem, 103 técnicos de enfermagem, 47 enfermeiros e 1 médico) e a UPA Pajuçara 267 trabalhadores (97 técnicos de enfermagem, 35 enfermeiros e 07 médicos). Além dos dados fornecidos, tem-se a informação de um quantitativo variável de médicos plantonistas que trabalham nas UPAS através de cooperativa médica.

4.2 Plano amostral

A amostra foi calculada a partir do cálculo para amostras finitas utilizando o total de 589 profissionais (médicos + enfermeiros + técnicos de enfermagem + auxiliares de enfermagem, segundo dados da SMS) e a frequência antecipada de 20 %, com a precisão absoluta de 5% (IC 95%), resultando num total de 174 participantes.

Foram incluídos no estudo todos os enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem que trabalhavam em uma das 04 UPAs citadas e concordaram em participar do estudo, respondendo um percentual superior a 80% do total do questionário. Foram excluídos do estudo os profissionais que responderam um percentual inferior a 80% do questionário ou que se recusaram a participar.

Da amostra inicial de 174 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem), 01 foi excluído por não ter concordado em responder o questionário após TCLE e 01 foi excluído devido ao preenchimento de informações ter sido insuficiente.

4.3 Variáveis

As variáveis dependentes foram a presença de sintomas depressivos moderados a severos (escore maior ou igual a 19 na BDI), presença de sintomas de ansiedade moderados a severos (escore maior ou igual que 20 na BAI), alta exaustão emocional (escore maior ou igual a 27 na subescala de exaustão emocional do MBI), alta despersonalização (escore maior ou igual a 10 na subescala de despersonalização do MBI) e baixa realização pessoal (escore menor que 34 na subescala de realização pessoal do MBI).

Como variáveis independentes foram utilizadas sexo, raça, idade, profissão, tempo de formado, nível superior, especialização, atividade de educação permanente, UPA, número de vínculos de trabalho, renda pessoal, renda familiar, tipo de jornada (diurna, mista ou noturna), jornada diária em horas, jornada semanal, pausas no trabalho, insumos, EPIs, treinamento para uso de EPIs, teste positivo para COVID-19, perda de familiares ou amigos próximos por COVID-19, perda de colegas de trabalho por COVID-19, transtorno mental anterior, transtorno mental na família, comorbidades clínicas, uso de álcool e uso de tabaco.

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN no contexto da pandemia de COVID-19

Quadro 1- Variáveis

Variável	Tipo	Categorias/escala de medida
VARIÁVEIS DEPENDENTES		
Exaustão Emocional	Categórica ordinal	0- Baixa/moderada 1- Alta
Despersonalização	Categórica ordinal	0- Baixa/moderada 1- Alta
Realização Pessoal	Categórica ordinal	0- Alta/moderada 1- Baixa
Sintomas Depressivos	Categórica ordinal	0- Sem/leve (<19) 1- Moderado/severo (> ou igual a 19)
Sintomas Ansiosos	Categórica ordinal	0- Mínimo/leve 1- Moderado/severo
VARIÁVEIS INDEPENDENTES– Características Sócio- demográficas		
Idade	Categórica ordinal	0- 24 a 38 anos 1- 39 a 66 anos
Sexo	Categórica nominal	1- Feminino 2- Masculino
Escolaridade	Categórica Ordinal	1. Ensino médio e Superior incompleto 2- Nível Superior
Raça	Categórica nominal	1. Branco 2. Pardos, pretos e outros
Profissão	Categórica nominal	1.Enfermeiro 2.Técnico de Enfermagem 3.Médico
Renda pessoal	Categórica ordinal	1- 1-2 salários 2- 3-5 salários 3- Mais de 6 salários
Renda familiar	Categórica ordinal	1- 1-2 salários 2- 3-5 salários 3- Mais de 6 salários

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

VARIÁVEIS INDEPENDENTES – Características de formação profissional e educação continuada		
Tempo de Formado	Categórica ordinal	0- 0-5 anos 1- 6 anos ou mais
Especialização	Categórica nominal	0- Sim 1- Não
Educação Permanente	Categórica nominal	0- Sim 1- Não
Treinamento de EPI	Categórica nominal	0- Sim 1- Não
VARIÁVEIS INDEPENDENTES – Características do lugar, jornada e ritmo de trabalho		
Qual UPA	Categórica nominal	1- UPA Pajuçara 2- UPA Esperança 3- UPA Potengi 4- UPA Satélite
Vínculos de trabalho	Categórica ordinal	0- 1 vínculo 1- 2 ou mais vínculos
Número de plantões	Quantitativa Discreta	Expressa em números
Tipo de jornada	Categórica nominal	0- Diurna 1- Noturna 2- Mista
Jornada Diária	Categórica ordinal	0. Até 12 horas 1. > 12 horas
Jornada Semanal	Categórica ordinal	0. 20 a 40h semanais 1. Mais de 40 horas semanais
Pausas no trabalho	Categórica nominal	0. sim 1. poucas ou não
VARIÁVEIS INDEPENDENTES – Características do período de pandemia da COVID-19		

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

Insumos	Categórica nominal	0. Suficientes 1. Insuficientes
EPIs	Categórica nominal	0. Suficientes 1. Insuficientes
Teste Positivo para COVID-19	Categórica ordinal	0- Nenhum 1- 01 teste positivo 2- 2 ou mais testes positivos
Perda de familiar/amigo próximo por COVID-19	Categórica nominal	0. Não 1. Sim
Perda de colegas de trabalho por COVID-19	Categórica nominal	0. Não 1. Sim
VARIÁVEIS INDEPENDENTES – Características clínicas, antecedentes e hábitos de vida		
Comorbidades clínicas	Categórica nominal	0. Não 1. Sim
Transtorno Mental Anterior diagnosticado	Categórica nominal	0. Não 1. Sim
Transtorno Mental na família	Categórica nominal	0. Não 1. Sim
Álcool	Categórica nominal	0. Não 1. Sim
Tabaco	Categórica nominal	0. Não 1. Sim

4.4 Coleta dos dados

Primeiramente, a pesquisadora juntamente com a equipe do CEREST-Natal (Centro de Referência de Saúde do Trabalhador) realizou reuniões com as direções das UPAS para explicar o projeto, bem como com os trabalhadores de saúde para demonstrar a importância da participação.

A coleta foi realizada no período de julho a dezembro de 2022 com aplicação de um consolidado de questionários, em que consta um questionário construído pelas autoras com dados sócio-ocupacionais, um questionário com dados pessoais de saúde clínica e antecedentes pessoais e familiares de transtornos mentais e questionários específicos *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS), *Beck Depression Inventory* (BDI) e *Beck Anxiety Inventory* (BAI). O consolidado de questionários foi enviado por *whatsapp* ou acessado via QR code e respondido após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) através da plataforma de formulários do Google®.

4.4.1 *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS)*

A escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI) é autoaplicável, com duração média de 10 minutos. Constitui-se de 22 itens que são subdivididos em três subescalas, exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. Os itens são respondidos de acordo com a frequência com que o indivíduo vivencia determinados sentimentos ou atitudes pessoais, em uma escala tipo likert que varia de 0, “nunca” a 6, “todos os dias”. Os nove itens da subescala de exaustão emocional avaliam sentimentos de sobrecarga emocional e exaustão pelo trabalho. Os cinco itens da subescala de despersonalização medem o distanciamento e impessoalidade em relação aos clientes do serviço. Os oito itens da subescala de Realização pessoal verificam sentimentos de competência e sucesso no trabalho com pessoas. (MASLACH et al., 1997.)

De acordo com estudos realizados com instrumento, a consistência interna da MBI foi estimada pelo coeficiente alpha de *Cronbach* ($n=1,316$). Os coeficientes de confiabilidade para as subescalas foram os seguintes: 0,90 para Exaustão Emocional, 0,79 para Despersonalização e 0,71 para Realização Pessoal. O erro padrão de medida para cada subescala é o seguinte: 3,80

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

para Exaustão Emocional, 3,16 para Despersonalização e 3,73 para Realização Pessoal. (MASLACH et al., 1997.)

Optamos por definir a presença de *burnout* nos indivíduos que tiveram altas pontuações nas subescalas de Exaustão Emocional ou Despersonalização, seguindo a tendência encontrada em estudos internacionais. (DOULOUGERI; GEORGANTA; MONTGOMERY, 2016) (CYR et al., 2022). Além disso, são as subescalas com maior coeficiente de confiabilidade (MASLACH et al., 1997.) .

A validade convergente foi demonstrada de várias maneiras nos estudos do instrumento. Primeiro, as pontuações do MBI de um indivíduo foram correlacionadas com avaliações comportamentais feitas independentemente por uma pessoa que o conhecesse bem, como um cônjuge ou colega de trabalho. Além disso, as pontuações do MBI foram correlacionadas com a presença de certas características do trabalho que deveriam contribuir para o *burnout* (MASLACH et al., 1997.).

*Copyright ©1981 Christina Maslach & Susan E. Jackson. All rights reserved in all media.
Published by Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com

4.4.2 Beck Depression Inventory (BDI)

O *Beck Depression Inventory* (BDI) é uma escala de auto-avaliação amplamente utilizada em pesquisa e na clínica, com tradução para vários idiomas, validado em diferentes países e mede as manifestações cognitivas, emocionais, comportamentais e físicas da depressão de uma pessoa na última semana. É constituído por 21 itens, incluindo sintomas e atitudes com pontuações que variam de 0 a 3 (BECK et al., 1961). Apresenta como pontos de corte <10 sem depressão ou depressão mínima; 10 -18 depressão leve a moderada; 19-29 depressão moderada a grave; 30-63 depressão grave (GORENSTEIN; ANDRADE, 2008).

A validação da versão em português do BDI demonstra alta consistência interna (0,88), e a partir da análise discriminante também pode ser considerado um instrumento importante para avaliar sintomas depressivos específicos em amostras não clínicas de adultos e adolescentes (GORENSTEIN; ANDRADE, 2008).

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

4.4.3 Beck Anxiety Inventory (BAI)

O *Beck Anxiety Inventory* (BAI) é um instrumento auto-aplicável de 21 itens que avalia a ansiedade de uma forma global, com ênfase em sintomas somáticos. Cada item é avaliado em uma escala *Likert* de quatro pontos, variando de 0 = nada a 3 = grave (BECK et al., 1988).

Nos estudos do instrumento, o BAI mostrou alta consistência interna ($\alpha = 0,92$) e confiabilidade teste-reteste. O BAI discrimina grupos diagnósticos ansiosos de grupos diagnósticos não ansiosos, como depressão (BECK et al., 1988).

A versão em português foi utilizada em grupos psiquiátricos e não psiquiátricos com confiabilidade adequada. Estimativas de fidedignidade do BAI em amostras não-clínicas apresentam valor de alfa maior que 0,80 em sua maioria. A pontuação total varia de 0 a 63. Na versão em português as pontuações de 0 a 10 são categorizadas como ansiedade normal/mínima, 11 a 19 como ansiedade leve, 20 a 30 como ansiedade moderada e 31 a 63 como ansiedade grave (CUNHA, 2001).

4.5 Análise dos dados

O banco foi montado e analisado no Stata 14. Na estatística descritiva foram utilizadas as frequências, porcentagens, média e desvio padrão (DP).

Para a identificação de fatores associados às subescalas de *burnout* (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal), a sintomas depressivos e sintomas de ansiedade foi utilizado o teste do qui-quadrado de *Pearson* e teste Exato de *Fischer*. Como variáveis independentes foram utilizadas sexo, raça, idade, profissão, tempo de formado, nível superior, especialização, atividade de educação permanente, UPA, número de vínculos de trabalho, renda pessoal, renda familiar, tipo de jornada (diurna, mista ou noturna), jornada diária em horas, jornada semanal, pausas no trabalho, insumos, EPIs, treinamento para uso de EPIs, teste positivo para COVID-19, perda de familiares por COVID-19, perda de colegas por

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

COVID-19, transtorno mental anterior, transtorno mental na família, comorbidades clínicas, uso de álcool. Foram considerados significativos $p < 0,05$.

Na busca de associações significativas, pelo fato de as variáveis quantitativas não apresentarem distribuição normal, com base na avaliação de histogramas, médias, medianas, curtose, assimetria e o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, foi utilizado o teste não paramétrico, Teste U de *Mann-Whitney* para amostras independentes.

Na etapa seguinte, foi realizada uma análise multivariada, mediante regressão logística. O processo foi iniciado assumindo a não multicolinearidade das variáveis independentes (*Tolerance* $> 0,100$ e *VIF* < 10). Foram incluídas as variáveis com valor de p menor que 0,20 e com eliminação posterior daquelas com p maior ou igual a 5%. Foi utilizado o teste de Hosmer e Lemeshow para avaliar a adequação dos modelos.

4.6 Aspectos éticos

O percurso metodológico do estudo foi realizado de acordo com a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde que dispõe sobre a ética na pesquisa e assegura o respeito à dignidade humana e proteção dos sujeitos que dela participarem. Respalhando-se, também, na Lei 13.709/2019 que versa sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

Dessa forma, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes, através do parecer de número: 5.387.880 de 04/05/2022 (Anexo D). Todos os participantes do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual foi explicado os procedimentos éticos, os riscos e benefícios da realização da pesquisa (Apêndice A).

5 RESULTADOS

A nossa amostra foi constituída por 82% de mulheres, a idade média foi de 39,63 anos (DP 9,521) ,65,1 % com nível superior completo/incompleto, 57,6% pardos, pretos e outros. Com relação a distribuição das profissões, 43% de profissionais de enfermagem, 45,9% de técnicos e auxiliares de enfermagem e 11% de médicos. Esses dados, bem como as descrições das faixas de renda pessoal e familiar estão contidos na Tabela 1.

Tabela 1- Análise descritiva de dados sócio-demográficos dos profissionais de saúde das UPAS na cidade do Natal (n=172)

Variáveis	n	%	Média (DP)
Idade			39,63 (9,521)
Sexo			
Feminino	141	82,0	
Masculino	31	18,0	
Escolaridade			
Ensino Médio	60	34,9	
Ensino Superior Completo e Incompleto	112	65,1	
Raça			
Brancos	73	42,4	
Pardos, pretos e outros	99	57,6	
Profissão			
Enfermeiros	74	43,0	
Técnicos e auxiliares de enfermagem	79	45,9	
Médicos	19	11,0	
Renda Pessoal			
1-2 salários mínimos	64	37,2	
3-5 salários mínimos	60	34,9	
Mais de 6 salários	44	25,6	
Renda Familiar			
1-2 salários mínimos	38	22,1	
3-5 salários mínimos	68	39,5	
Mais de 6 salários	61	35,5	

Fonte: elaborada pela autora (2023)

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

Acerca das características profissionais, 79,1% da amostra tinham mais de 6 anos de formados, 52,3% possuíam especialização, 56,4% referiram atividades de Educação Permanente e 65,1% obtiveram treinamento sobre o uso de EPIs durante a pandemia. (Tabela 2).

Tabela 2- Análise descritiva das Características de formação profissional e educação continuada

Variáveis	n	%
Tempo de Formado		
0-5 anos	35	20,3
6 anos ou mais	136	79,1
Especialização		
Sim	90	52,3
Não	82	47,7
Educação Permanente		
Sim	97	56,4
Não	75	43,6
Treinamento de EPI		
Sim	112	65,1
Não	58	33,7

Fonte : elaborada pela autora (2023).

Os profissionais de saúde costumavam dar em média 13,91 plantões por mês (DP 5,52), 68,6% tinham 2 ou mais vínculos de trabalho e 61,6% cumpriam uma jornada semanal de 20 a 40 horas. A maioria (88,4%) dos profissionais referiram que possuíam pausas no trabalho. Esses dados e a distribuição dos profissionais conforme as UPAs existentes e demais características da jornada de trabalho estão contidos na Tabela 3.

Tabela 3 – Análise descritiva das características do lugar, jornada e ritmo de trabalho

Variáveis			
UPA	n	%	Média (DP)
UPA Pajuçara	22	12,8	
UPA Esperança	59	34,3	
UPA Potengi	31	18	
UPA Satélite	60	34,9	
Número de Plantões			13,91 (5,527)
Vínculos de Trabalho			
01 Vínculo de trabalho	54	31,4	
02 ou mais vínculos	118	68,6	
Tipo de Jornada			
Diurna	66	38,4	
Noturna	40	23,3	
Mista	66	38,4	
Jornada Diária			
Até 12 horas	149	86,6	
> 12 horas	22	12,8	
Jornada Semanal			
20 a 40 horas	106	61,6	
> 40 horas	63	36,6	
Pausas no trabalho			
Sim	152	88,4	
Poucas ou não	20	11,6	

Fonte: elaborada pela autora (2023)

No que se refere às características inerentes ao período da pandemia de COVID-19, 80,8% dos profissionais consideraram os insumos insuficientes, porém a respeito dos EPIs 61% responderam que eram suficientes. Apenas 12,8% não testaram positivo para COVID-19, 54,1% perderam algum familiar ou amigo próximo por COVID-19 e 77,9% perderam algum colega de trabalho por COVID-19. (Tabela 4).

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

Tabela 4- Análise descritiva de características do período de pandemia de COVID-19

Variáveis	n	%
Insumos		
Suficientes	33	9,2
Insuficientes	139	80,8
EPIs		
Suficientes	105	61,0
Insuficientes	67	39,0
Teste Positivo para COVID-19		
Nenhum	22	12,8
01 teste positivo	80	46,5
2 ou mais testes positivos	70	40,7
Perda de familiar/amigo próximo por COVID-19		
Não	79	45,9
Sim	93	54,1
Perda de colegas de trabalho por COVID-19		
Não	38	22,1
Sim	134	77,9

Fonte: elaborada pela autora (2023)

Do ponto de vista de antecedentes de saúde, 51,2% tinham alguma comorbidade clínica, 81,4% não apresentavam história de transtorno mental anterior. A maioria negou uso de álcool e tabagismo, 78% e 93% respectivamente (Tabela 5).

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN no contexto da pandemia de COVID-19

Tabela 5- Características clínicas, antecedentes e hábitos de vida

Variáveis	n	%
Comorbidades clínicas		
Não	84	48,8
Sim	88	51,2
Transtorno Mental Anterior		
Não	136	81,4
Sim	31	18,6
Transtorno Mental na Família		
Não	115	67,3
Sim	56	32,7
Álcool		
Não	133	78,2
Sim	37	21,8
Tabaco		
Não	159	93
Sim	12	7

Fonte: elaborada pela autora (2023)

Encontramos a prevalência de *burnout* em 51,2% da amostra, sendo considerado em nossa pesquisa quando o indivíduo apresenta alta Exaustão Emocional ou alta Despersonalização. Na subescala de Exaustão Emocional (EE) 36,6 % (n=63) tinham baixa EE, 16,3% (n=28) moderada EE e 47,1 % (n=81) alta EE. Na subescala de despersonalização (DP), 49,4% (n=85) tinham baixa DP, 22,7% (n=39) tinham moderada DP e 27,9% (n=48) tinham

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

alta DP. E por último, a subescala de Realização Pessoal ($n=RP$) mostrou 57,6% ($n=99$) com alta RP, 18% ($n=31$) moderada RP e 24,4% ($n=42$) baixa RP.

A prevalência de sintomas ansiosos na população estudada foi de 45,9% ($n=79$) grau mínimo, 25,6% ($n=44$) grau leve, 14,5% ($n=25$) grau moderado e 14% ($n=24$) grau severo, segundo o *Beck Anxiety Inventory*.

Em relação ao rastreio de sintomas depressivos nos profissionais de saúde, 54,7% ($n=94$) não tinham sintomas depressivos, 29,1 % ($n=50$) apresentavam sintomas depressivos leves a moderados, 13,4% ($n=23$) sintomas depressivos moderados a severos e 2,9% ($n=5$) sintomas depressivos severos segundo o *Beck Depression Inventory*.

No que concerne ao *burnout*, a análise bivariada revelou que sexo feminino $p=0,032$ (RP 2,385 IC 1,063-5,348), idade de 24 a 38 anos $p=0,005$ (RP 2,413 IC 1,302- 4,474) ,nível superior completo/incompleto $p=0,045$ (RP 1,923- IC 1,011-3,657), maior renda familiar $p=0,016$, tempo de formado de até 5 anos $p=0,040$ (RP1,449- IC 1,053-1,993), ausência de Educação Permanente $p=0,040$ (RP 1,893 IC 1,028-3,485), possuir 02 ou mais vínculos de trabalho $p=0,006$ (RP 2,580 IC 1,308-5,086), ter uma jornada semanal acima de 40 horas de trabalho $p=0,013$ (RP 2,227- IC 1,178-4,208), trabalhar com insumos insuficientes $p=0,003$ (RP 3,456 IC 1,458 8,192), EPIs insuficientes $p=0,001$ (RP 2,843 IC 1,508 5,359) estiveram associados a maior Exaustão Emocional. (Tabela 6)

A alta Despersonalização foi associada aos profissionais de saúde mais novos, com idade de 24 a 38 anos, $p<0,001$ (RP 5,617 IC 2,506-12,590) nível superior completo/incompleto $p=0,040$ (RP 2,198 -IC 1,024-4,715), menor tempo de formado, de 0 a 5 anos $p=0,009$ (RP 1,943 – IC 1,213-3,113), 2 ou mais vínculos de trabalho $p=0,010$ (RP 2,949 IC 1,270-6,844), jornada de trabalho mista $p= 0,011$, jornada diária acima de 12 horas $p=0,003$ (RP 3,767 – IC 1,502 -9,444), poucas pausas no trabalho ou nenhuma $p=0,019$ (RP 3,000 IC 1,160 – 7,759) e EPIs insuficientes $p=0,028$ (RP 2,122 IC 1,078 4,178). (Tabela 6)

No que se refere à baixa Realização Pessoal, a idade de 24 a 38 anos, $p<0,001$ (RP 4,278 IC 1,896 a 9,652) nível superior completo/incompleto $p=0,013$ (RP 2,833 IC 1,215-6,605), renda pessoal 3-5 salários $p=0,034$, renda familiar mais alta $p=0,006$, ausência de Educação Permanente $p= 0,042$ (RP 2,065 IC 1,020-4,181), trabalhar em 02 ou mais vínculos $p=0,018$

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

(RP 2,831 IC 1,166-6,873), ter poucas pausas no trabalho ou nenhuma $p=0,001$ (RP 4,771 IC 1,817-12,525), EPIs insuficientes $p=0,040$ (RP 2,078 IC 1,026- 4,206) e uso de álcool $p=0,027$ (RP 1,864 IC 1,094 -3,176) foram associados.(Tabela 6).

Tabela 6. Análise Bivariada das variáveis e o nível de Burnout – Subescalas do MBI

	Exaustão Emocional			Despersonalização			Realização Pessoal		
Variáveis	Leve/ mod	Alta	<i>p</i>	Leve/ mod.	Alta	<i>p</i>	Alta/ mod.	Baixa	<i>p</i>
Sexo									
Feminino	80(56,7)	61(43,3)	0,032	106(75,2)	35(24,8)	0,054	110(78)	31(22)	0,113
Masculino	11(35,5)	20(64,5)		18(58,1)	13(41,9)		20(64,5)	11(35,5)	
Idade									
24 a 38anos	40(43)	53(57)	0,005	54(58,1)	39(41,9)	<0,001	9(21,4)	33(78,6)	<0,001
39 a 66anos	51(64,6)	28(35,4)		70(88,6)	9(11,4)		70(53,8)	60(46,2)	
Escolaridade									
Ensino Médio	38(63,3)	22(36,7)	0,045	49(81,7)	11(18,3)	0,040	52(86,7)	8(13,3)	0,013
Nível superior	53(47,3)	59(52,7)		75(67)	37(33)		78(69,6)	34(30,4)	
Raça									
Branco	37(50,7)	36(49,3)	0,616	53(72,6)	20(27,4)	0,898	57(78,1)	16(21,9)	0,512
Pardos, pretos e outros	54(54,5)	45(45,5)		71(71,4)	28(28,3)		73(73,7)	26(26,3)	
Profissão									
Enfermeiro	35(47,3)	39(52,7)	0,151	50(67,6)	24(32,4)	0,084	54(73)	20(27)	0,462
Téc de enferm.	48(60,8)	31(39,2)		63(79,7)	16(20,3)		63(79,7)	16(20,3)	
Médico	8(42,1)	11(57,9)		11(57,9)	8(42,1)		13(68,4)	6(31,6)	
Renda Pessoal									
1-2 salários	39(60,9)	25(39,1)	0,205	52(81,3)	12(18,8)	0,112	54(84,4)	10(15,6)	0,034
3-5 salários	27(45,0)	33(55,0)		40(66,7)	20(33,3)		39(65)	21(35)	
> 6 salários	23 (52,3)	21(47,7)		29(65,9)	15(34,1)		35(79,5)	9(20,5)	
Renda Familiar									
1-2 salários	28(73,7)	10(26,3)	0,016	33(86,8)	5(13,2)	0,067	36 (94,7)	2(5,3)	0,006
3-5 salários	32(47,1)	36(52,9)		45(66,2)	23(33,8)		46(67,6)	22(32,4)	

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN no contexto da pandemia de COVID-19

> de 6 salários	29(47,5)	32(52,5)		43(70,5)	18(29,5)		44(72,1)	17(27,9)	
Tempo de Formado									
0-5 anos	13(37,1)	22(62,9)	0,040	19(54,3)	16(45,7)	0,009	24 (68,6)	11(31,4)	0,290
6 anos ou mais	77(56,6)	59(43,4)		104(76,5)	32(23,5)		105(77, 2)	31(22,8)	
Especialização									
Sim	43(47,8)	47(52,2)	0,158	62(68,9)	28(31,1)	0,326	65 (72,2)	25(27,8)	0,283
Não	48(58,5)	34(41,5)		62(75,6)	20(24,4)		65 (79,5)	17(20,7)	
Educação Permanente									
Sim	58(59,8)	39(40,2)	0,040	74(76,3)	23(23,7)	0,163	79(81,4)	18(18,6)	0,042
Não	33(44,0)	42(56,0)		50(66,7)	25(33,3)		51(68,0)	24(32,0)	
Treinamento de EPI									
Sim	59(52,7)	53(47,3)	0,906	79(70,5)	33(29,5)	0,621	84(75)	28(25)	0,902
Não	30(51,7)	28(48,3)		43(74,1)	15(25,9)		44(75,9)	14(24,1)	
Qual UPA									
Pajuçara	10(45,5)	12(54,5)	0,484	13(59,1)	9(40,9)	0,216	14(63,6)	8(36,4)	0,396
Esperança	31(52,5)	28(47,5)		47(79,7)	12(20,3)		44 (74,6)	15(25,4)	
Potengi	14(45,2)	17(54,8)		20(64,5)	11(35,5)		23(74,2)	8(25,8)	
Satélite	36(60)	24(40)		44(73,3)	16(26,7)		49(81,7)	11(18,3)	
Vínculos de Trabalho									
1 vínculo	37(68,5)	17(31,5)	0,006	46(85,2)	8(14,8)	0,010	47(87)	7(13)	0,018
2 ou + vínculos	54(45,8)	64(54,2)		78(66,1)	40(33,9)		83(70,3)	35(29,7)	
Tipo de Jornada									
Diurna	38(57,6)	28(42,4)	0,453	53	13	0,011	53(80,3)	13(19,7)	0,475
Noturna	22(55)	18(45)		32	8		30(75)	10(25)	
Mista	31(47)	35(53)		39	27		47(71,2)	19(28,8)	
Jornada Diária									
Até 12 horas	81(54,4)	68(45,6)	0,238	113(75,8)	36(24,2)	0,003	114(76, 5)	35(23,5)	0,397
> 12 horas	9(40,9)	13(59,1)		10(45,5)	12(54,5)		15(68,2)	7(31,8)	
Jornada Semanal									
20-40h sem	63(59,4)	43(40,6)	0,013	81(76,4)	25(23,6)	0,72	84(79,2)	22(20,8)	0,110

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

>40h semanais	25(39,7)	38(60,3)		40(63,5)	23(36,5)		43(68,3)	20(31,7)	
Pausas no trabalho									
Sim	83(54,6)	69(45,4)	0,219	114(75)	38(25)	0,019	121(79,6)	31(20,4)	0,001
Poucas ou não	8(40)	12(60)		10(50)	10(50)		9(45)	11(55)	
Insumos									
Suficientes	25(75,8)	8(24,2)	0,003	28(84,8)	5(15,2)	0,085*	29(87,9)	4(12,1)	0,075
Insuficientes	66(47,5)	73(52,5)		96(69,1)	43(30,9)		101(72,7)	38(27,3)	*
EPIs									
Suficientes	66(62,9)	39(37,1)	0,001	82(78,1)	23(21,9)	0,028	85(81)	20(19)	0,040
Insuficientes	25(37,3)	42(62,7)		42(62,7)	25(37,3)		45(67,2)	22(32,8)	
Teste Positivo para COVID-19									
Nenhum	11(50)	11(50)	0,527	14(63,6)	8(36,4)	0,150	16(72,7)	6(27,3)	0,666
01 teste pos.	46(57,5)	34(42,5)		54(67,5)	26(32,5)		63(78,8)	17(21,3)	
2 /+ testes pos.	34(48,6)	36(51,4)		56(80)	14(20)		51(72,9)	19(27,1)	
Perda de familiar ou amigo próximo por COVID-19									
Não	42(53,2)	37(46,8)	0,950	52(65,8)	27(34,2)	0,091	59(74,7)	20(25,3)	0,801
Sim	49(52,7)	44(47,3)		72(77,4)	21(22,6)		71(76,3)	22(23,7)	
Perda de colegas por COVID-19									
Não	21(55,3)	17(44,7)	0,742	29(76,3)	9(23,7)	0,511	30(78,9)	8(21,1)	0,584
Sim	70(52,2)	64(47,8)		95(70,9)	39(29,1)		100(74,6)	34(25,4)	
Comorbidades clínicas									
Não	49(58,3)	35(41,7)	0,164	59(70,2)	25(29,8)	0,596	65(77,4)	19(22,6)	0,591
Sim	42(47,7)	46(52,3)		65(73,9)	23(26,1)		65(73,9)	23(26,1)	
Transtorno Mental Anterior diagnosticado									
Não	73(53,7)	63(46,3)	0,835	97(71,3)	39(28,7)	0,748	105(77,2)	31(22,8)	0,463
Sim	16(51,6)	15(48,4)		23(74,2)	8(25,8)		22(71)	9(29)	
Transtorno Mental na família									
Não	63(54,8)	52(45,2)	0,419	87(75,7)	28(24,3)	0,121	86(74,8)	29(25,2)	0,586
Sim	27(48,2)	29(51,8)		36(64,3)	20(35,7)		44(78,6)	12(21,4)	
Álcool									

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN no contexto da pandemia de COVID-19

Não	73(54,9)	60(45,1)	0,210	98(73,7)	35(26,3)	0,292	106(79,7)	27(20,3)	0,027
Sim	16(43,2)	21(56,8)		24(64,9)	13(35,1)		23(62,2)	14(37,8)	

Fonte: elaborada pela autora (2023) * Teste de Fischer

A análise bivariada mostrou que pardos, pretos e outros $p=0,020$ (RP 2,305 IC – 1,129 – 4,705), EPIs insuficientes $p=0,006$ (RP 2,547 IC 1,293-5,015), ter 2 ou mais testes positivos para COVID-19 $p=0,001$, perda de familiares por COVID-19 $p=0,011$ (RP 2,459 IC 1,217-4,966), perda de colegas por COVID-19 $p=0,049$ (RP 2,520 IC 1,001-6,480), presença de comorbidades clínicas $p< 0,001$ (RP 3,783 IC -1,826-7,831) , transtorno mental anterior $p=0,001$ (RP 2,264 IC 1,429-3,588), alta exaustão emocional $p=0,001$ (RP 3,223 IC 1,603-6,479) e baixa realização pessoal $p=0,018$ (RP 2,395 IC 1,152-4,981) estavam associados à classificação de ansiedade moderada a severa. (Tabela 7).

Os sintomas depressivos moderados e severos estavam associados na análise bivariada a pardos, pretos e outros $p=0,006$ (RP 4,116 IC 1,483-11,425), jornada de trabalho mista e noturna $p=0,019$ (RP 3,381 IC 1,217 -9,395), poucas pausas no trabalho ou nenhuma $p=0,016$ (RP 3,359 IC 1,202-9,389), ter comorbidades clínicas $p<0,001$ (RP 5,591 IC 2,013-15,524) , história de transtorno mental anterior diagnosticado $p=0,007$ (RP 2,581 IC 1,312-5,077), alta exaustão emocional $p< 0,001$ (RP 5,282 IC 2,019 -13,822), alta despersonalização $p< 0,001$ (RP 4,667 IC 2,004 – 10,867) e baixa realização pessoal $p< 0,001$ (RP 7,356 IC 3,074 -17,602) (Tabela 7).

Tabela 7. Análise Bivariada das variáveis independentes e nível de ansiedade moderado/severo pelo BAI e sintomas depressivos moderado/severo pelo BDI

Variáveis	Nível de Ansiedade/ BAI			Sintomas depressivos/BDI		
	Min/leve	Mod/severo	<i>p</i>	Sem /leve	Mod/severo	<i>p</i>
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Sexo						
Feminino	98(69,5)	43(30,5)	0,213	116 (82,3)	25(17,7)	0,420
Masculino	25(80,6)	6(19,4)		28(90,3)	3(9,7)	*
Idade						

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN no contexto da pandemia de COVID-19

24 a 38 anos	66(71)	27 (29)	0,864	74(79,6)	19(20,4)	0,110
39 a 66 anos	57(72,2)	22(27,8)		70(88,6)	9(11,4)	
Escolaridade						
Ensino Médio	43 (71,7)	17(28,3)	0,974	51(85)	9(15)	0,739
Nível superior	80(71,4)	32 (28,6)		93(83)	19(17)	
Raça						
Branco	59 (80,8)	14 (19,2)	0,020	68 (93,2)	5(6,8)	0,006
Pardos, pretos e outros	64 (64,6)	35 (35,4)		76(76,8)	23(23,2)	*
Profissão						
Enfermeiro	52 (70,3)	22(29,7)	0,178	61(82,4)	13(17,6)	0,922
Téc de enfermagem	54 (68,4)	25 (31,6)		67(84,8)	12(15,2)	
Médico	17 (89,5)	2 (10,5)		16(84,2)	3(15,8)	
Renda Pessoal						
1-2 salários	46 (71,9)	18 (28,1)	0,080	53(82,8)	11(17,2)	0,501
3-5 salários	37 (61,7)	23 (38,3)		48(80)	12(20)	
Mais de 6 salários	36 (81,8)	8 (18,2)		39(88,6)	5(11,4)	
Renda Familiar						
1-2 salários	26(68,4)	12(31,6)	0,377	32 (84,2)	6(15,8)	0,271
3-5 salários	45(66,2)	23(33,8)		53(77,9)	15(22,1)	
Mais de 6 salários	47 (77)	14(23)		54(88,5)	7 (11,5)	
Tempo de Formado						
0-5 anos	25(71,4)	10(28,6)	0,941	49(90,7)	5(9,3)	0,120
6 anos ou mais	98 (72,1)	38 (27,9)		95(80,5)	23(19,5)	*
Especialização						
Sim	66(73,3)	24(26,7)	0,579	74(82,2)	16(17,8)	0,577
Não	57(69,5)	25 (30,5)		70(85,4)	12(14,6)	
Educação Permanente						
Sim	75 (77,3)	22 (22,7)	0,055	85(87,6)	12(12,4)	0,114
Não	48(64)	27(36)		59(78,7)	16(21,3)	
Treinamento de EPI						
Sim	78(69,6)	34(30,4)	0,540	93(83)	19(17)	0,809
Não	43(74,1)	15(25,9)		49(84,5)	9(15,5)	
Qual UPA						

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

Pajuçara	18(81,4)	4(18,2)	0,602	19(86,4)	3(13,6)	0,387
Esperança	40(67,8)	19(32,2)		52(88,1)	7(11,9)	
Potengi	21(67,7)	10(32,3)		23(74,2)	8(25,8)	
Satélite	44(73,3)	16(26,7)		50(83,7)	10(16,7)	
Vínculos de Trabalho						
1 vínculo	42 (77,8)	12(22,2)	0,218	49(90,7)	5(9,3)	0,120
2 ou mais vínculos	81 (68,6)	37(31,4)		95(80,5)	23(19,5)	*
Tipo de Jornada						
Diurna	48(72,7)	18(27,3)	0,780	61(92,4)	5(7,6)	0,019
Mista/noturna	75(70,8)	31(29,2)		83(78,3)	23 (21,7)	*
Jornada Diária						
Até 12 horas	110(73,8)	39(26,2)	0,151	128 (85,9)	21(14,1)	0,114
> 12 horas	13(59,1)	9 (40,9)		16(72,7)	6 (27,3)	
Jornada Semanal						
20 a 40h semanais	78(73,6)	28(26,4)	0,338	91(85,8)	15(14,2)	0,401
>40h semanais	42 (66,7)	21(33,7)		51(81)	12(19)	
Pausas no trabalho						
Sim	109(71,7)	43(28,3)	0,873	131 (86,2)	21(13,8)	0,016
Poucas ou não	14(70)	6(30)		13 (65)	7 (35)	
Insumos						
Suficientes	25(75,8)	8(24,2)	0,548	29(87,9)	4(12,1)	0,605
Insuficientes	98(70,5)	41(29,5)		115(82,7)	24(17,3)	*
EPIs						
Suficientes	83 (79)	22(21)	0,006	90(85,7)	15(14,3)	0,375
Insuficientes	40 (59,7)	27(40,3)		54(80,6)	13(19,4)	
Teste Positivo para COVID-19						
Nenhum	14 (63,6)	8(36,4)	0,001	18(81,8)	4(18,2)	0,101
01 teste positivo	68(85)	12(15)		72(90)	8(10)	
2 ou + testes positivos	41(58,6)	29(41,4)		54(77,1)	16(22,9)	
Perda de familiar ou de amigo próximo por COVID-19						
Não	64(81)	15(19)	0,011	69 (87,3)	10(12,7)	0,236
Sim	59 (63,4)	34(36,6)		75 (80,8)	18(19,4)	
Perda de colegas de trabalho por COVID-19						
Não	32(84,2)	6(15,8)	0,049	34(89,5)	4(10,5)	0,330
Sim	91(67,9)	43(32,1)		110(82,1)	24(17,9)	*

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

Comorbidades clínicas						
Não	71(84,5)	13(15,5)	<0,001	79(94)	5(6)	<0,001
Sim	52(59,1)	36(40,9)		65(73,9)	23(26,1)	*
Transtorno Mental Anterior diagnosticado						
Sim	15(48,4)	16(51,6)	0,001	21(67,7)	10(32,3)	0,007
Não	105(77,2)	31(22,8)		119(87,5)	17(12,5)	
Transtorno Mental na família						
Não	83(72,2)	32(27,8)	0,731	100(87)	15(13)	0,092
Sim	39(69,6)	17(30,4)		43(76,8)	13(23,2)	
Álcool						
Não	94(70,7)	39(29,3)	0,785	113(85)	20(15)	0,340
Sim	27(73)	10(27)		29(78,4)	8(21,6)	
Exaustão Emocional						
Baixa/mod	75(82,4)	16(17,6)	0,001	85 (93,4)	6 (6,6)	<0,001
Alta	48 (59,3)	33 (40,7)		59(72,8)	22(27,2)	
Despersonalização						
Baixa/mod	93(75)	31 (25)	0,132	112 (90,3)	12 (9,7)	<0,001
Alta	30(62,5)	18(37,5)		32 (66,7)	16 (33,3)	
Realização Pessoal						
Alta/mod	99(76,2)	31(23,8)	0,029	119 (91,5)	11(8,5)	<0,001
Baixa	24(57,1)	18(42,9)		25 (59,5)	17 (40,5)	

Fonte: elaborada pela autora (2023) * Teste de Fischer

Após a realização da análise multivariada, a alta exaustão emocional foi associada a EPIs insuficientes com o risco de 2,996 ($p=0,001$ IC 1,536- 5,844), jornadas semanais acima de 40 horas com o risco de 2,245 ($p=0,018$ IC 1,146 - 4,397) e faixa etária mais jovem (24 a 38 anos) com risco de 2,215 ($p=0,017$ IC 1,152 – 4,257). (Tabela 8)

A alta despersonalização foi associada a faixa etária mais jovem (24 a 38 anos) com risco de 5,351 ($p<0,001$ IC 2,217 – 12,918) e jornada diária de trabalho acima de 12 horas com risco de 4,316 ($p=0,013$ IC 1,368 – 13,616). As variáveis EPIs, quantidade de vínculos de

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN no contexto da pandemia de COVID-19

trabalho, pausas no trabalho, sexo, história familiar de transtorno mental não tiveram significância estatística. (Tabela 8)

A baixa realização pessoal está associada a ausência ou poucas pausas no trabalho com risco de 3,750 ($p=0,013$ IC 1,321 – 10,644), faixa etária mais jovem (24 a 38 anos) com risco de 3,536 ($p=0,003$ IC 1,518 - 8,234). A renda pessoal perdeu significância no modelo ($p=0,055$). (Tabela 8)

Tabela 8. Modelo de Regressão Logística para as Subescalas do MBI

Variáveis	Exaustão emocional *		Despersonalização **		Realização Pessoal ***	
	RP IC (95%)	RP ajustada IC (95%)	RP IC (95%)	RP ajustada IC (95%)	RP IC (95%)	RP ajustada IC (95%)
EPIs insuficientes	2,843 (1,508-5,359) $p=0,001$	2,996 (1,536-5,844) $p=0,001$				
Faixa etária de 24-38 anos	2,413 (1,302-4,474) $p=0,005$	2,215 (1,152 – 4,257). $p=0,017$	5,617 (2,506-12,590) $p<0,001$	5,351 (2,217 – 12,918) $p<0,001$	4,278 (1,896-9,652) $p<0,001$	3,536 (1,518 - 8,234) $p=0,003$
Jornada semanal >40h	2,227 (1,178-4,208) $p=0,013$	2,245 (1,146 - 4,397) $p=0,018$				
Jornada diária >12h			3,767 (1,502 - 9,444) $p=0,003$	4,316 (1,368 – 13,616). $p=0,013$		
Ausência/poucas pausas no trabalho					4,771 (1,817-12,525) $p=0,001$	3,750 (1,321 – 10,644) $p=0,013$

Fonte: elaborada pela autora (2023)

*Teste de Hosmer e Lemeshow χ^2 3,336 $p=0,648$

**Teste de Hosmer e Lemeshow χ^2 1,248 $p=0,990$

***Teste de Hosmer e Lemeshow χ^2 4,828 $p=0,566$

Com relação aos sintomas ansiosos, após a realização de análise multivariada, os pardos e pretos tiveram 2,393 mais riscos de ter sintomas moderados a severos ($p=0,031$ - IC 1,083 – 5,290), os EPIS insuficientes aumentaram o risco em 2,577 ($p=0,016$ – IC 1,195 -5,557), a perda de familiares por COVID-19 aumentou o risco em 2,377 ($p=0,032$ - IC 1,079 -5,239), a Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN no contexto da pandemia de COVID-19

presença de comorbidades clínicas aumentou o risco em 2,362 ($p=0,044$ IC - 1,021- 5,461). Transtorno mental anterior perdeu significância no modelo ($p=0,052$). (Tabela 9)

Com relação aos sintomas depressivos, após a realização de análise multivariada, a baixa realização pessoal aumentou o risco em 2,170 ($p=0,003$ IC 1,311 -3,591), os pardos e pretos tiveram um risco de 4,731 ($p=0,006$ IC 1,555-14,397), a alta exaustão emocional aumentou o risco em 1,814 ($p=0,034$ IC 1,045-3,148) e jornadas de trabalho mistas e noturnas aumentaram o risco em 3,170 ($p=0,044$ IC 1,030-9,760). (Tabela 9)

Tabela 9. Modelo de Regressão Logística para as escalas BAI e BDI

Variáveis	Sintomas Ansiosos moderados a severos (BAI)		Sintomas Depressivos moderados a severos (BDI)	
	RP IC (95%)	RP ajustada IC (95%)	RP IC (95%)	RP ajustada IC (95%)
Raça pardos e pretos	2,305 (1,129 – 4,705) $p=0,020$	2,393(1,083 – 5,290) $p= 0,031$	4,116 (1,483- 11,425) $p=0,006$	4,731 (1,555- 14,397) $p=0,006$
EPIS insuficientes	2,547 (1,293- 5,015) $p=0,006$	2,577 (1,195 - 5,557) $p=0,016$		
Perda de familiares por COVID-19	2,459 (1,217- 4,966) $p=0,011$	2,377 (1,079 - 5,239) $p=0,032$		
Comorbidades clínicas	3,783(1,826- 7,831) $p< 0,001$	2,362 (1,021- 5,461) $p=0,044$		
Baixa realização pessoal			7,356 (3,074- 17,602) $p<0,001$	2,170 (1,311 - 3,591) $p=0,003$
Alta exaustão emocional			5,282 (2,019- 13,822) $p<0,001$	1,814 (1,045- 3,148) $p=0,034$
Jornadas de trabalho mistas e noturnas			3,381 (1,217 - 9,395) $p=0,019$	3,170 (1,030- 9,760) $p=0,044$

Fonte: elaborada pela autora (2023)

*Teste de Hosmer e Lemeshow χ^2 5,110 $p=0,647$

** Teste de Hosmer e Lemeshow χ^2 6,618 $p=.0,470$

6 DISCUSSÃO

Dentre os principais achados da pesquisa foi encontrado um alto índice de sofrimento psíquico. Mais da metade dos profissionais de saúde apresentaram alto índice de *burnout*, semelhante ao encontrado em outro estudo nacional em profissionais de saúde (MOSER et al., 2021) e também em estudos internacionais (MORGANTINI et al., 2020) (CYR et al., 2022) (ZHANG et al., 2021) . Isto reflete as condições de estresse laboral a que estes profissionais estão submetidos, longas jornadas, falta de equipamentos e redução de recursos humanos, agravada pelo adoecimento proporcionado pela COVID-19. (MORGANTINI et al., 2020) (FIREW et al., 2020) . Importante ressaltar que os profissionais de saúde estudados tinham contato direto com casos suspeitos e confirmados de COVID-19, o que em vários estudos apresentava uma relação direta com altos índices de *Burnout*. (CLEMENTE-SUÁREZ et al., 2021) (TREADWAY et al., 2020) (KISHI et al., 2022).

Em nossa amostra, a grande maioria dos profissionais de saúde teve algum teste positivo para COVID-19, porém não encontramos associação com *burnout*, sintomas depressivos e sintomas ansiosos, diferente dos achados na literatura, como um estudo americano com 2040 profissionais de saúde em que ter sido infectado com COVID-19 foi associado a níveis significativamente mais altos de depressão, ansiedade e *burnout*.(FIREW et al., 2020) . É de se supor que esse alto número de profissionais tenha sido infectado após a vacinação, momento em que doença já estava sob controle, apresentando o menor risco de morte. E nesse contexto pode-se inferir que a testagem positiva para COVID-19 não tenha impacto sobre a saúde mental.

Outro achado relevante foi a constatação de uma alta frequência de *burnout* entre os profissionais mais jovens e com menos experiência nos serviços de urgência. Tais resultados estão de acordo com (SZWAMEL et al., 2022) que encontraram associação entre essas características e as 03 dimensões do *Burnout*. A alta exaustão emocional foi associada a EPIs insuficientes, o que também foi visto em vários outros estudos internacionais (CLEMENTE-SUÁREZ et al., 2021) (SHARIFI; ASADI-POOYA; MOUSAVI-ROKNABADI, 2020) (LIN et al., 2021) (MORGANTINI et al., 2020) . A presença de EPIs suficientes reforça a sensação de segurança ocupacional, diminui o risco de contágio da COVID-19 e a transmissão para

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

familiares próximos, um dos maiores receios dos profissionais de saúde da linha de frente (ZHANG et al., 2021)(PFEFFERBAUM; NORTH,2020).

O *burnout* ao se constituir uma síndrome de natureza ocupacional, apresenta uma relação direta com os riscos inerentes ao ambiente e condições de trabalho, como longas jornadas e poucas pausas de trabalho. Em nosso estudo encontramos a associação de alta exaustão emocional com jornadas semanais acima de 40 horas, alta despersonalização foi associada à jornada diária de trabalho acima de 12 horas e a baixa realização pessoal foi associada a ausência ou poucas pausas no trabalho, relação semelhante pode ser vista em outro estudo (SHARIFI; ASADI-POOYA; MOUSAVI-ROKNABADI, 2020). O contexto da pandemia agravou a superlotação dos sistemas de saúde, com aumento da carga de trabalho, incluindo muitas vezes falta de controle sobre o trabalho, diminuição das folgas semanais, realização de horas extras, aumentando o risco para *burnout* (KAPETANOS et al., 2021) (ZHANG et al., 2021).

No que se refere a frequência de sintomas ansiosos, aproximadamente um terço dos profissionais de saúde apresentou sintomas ansiosos moderados a severos, o que é comparável às taxas encontradas em outros estudos durante a pandemia de COVID-19 (PAPPA et al., 2020) (KAPETANOS et al., 2021). Importante registrar que os sintomas ansiosos, de forma diferente de outros quadros psiquiátricos, surgem de forma mais intensa após os surtos epidêmicos virais, explicando a prevalência de níveis de ansiedade altos mesmo após dois anos do início da pandemia (TONG et al., 2023) (SERRANO-RIPOLL et al., 2020).

Quanto ao percentual de sintomas depressivos moderados a severos encontrado no estudo, foi inferior ao que foi encontrado na literatura, (PAPPA et al., 2020) o que provavelmente se deve ao período de coleta, visto que o nosso estudo foi realizado no segundo semestre de 2022, enquanto vários outros estudos foram realizados durante o período de 2020, na vigência da primeira onda do surto de COVID-19, considerado o período mais estressante e de maior incerteza para os profissionais, ocasionando um impacto direto na saúde mental. Um outro estudo também realizado dois anos após o surto inicial de COVID-19 encontrou resultados próximos (LIU et al., 2022).

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

No estudo realizado por (CYR et al., 2022), as taxas de prevalência de *burnout* e ansiedade se mantiveram estáveis aos 3 e 12 meses após o início da pandemia, com importante decréscimo da taxa de prevalência de depressão ao longo do tempo, o que é compatível com os nossos achados.

Um outro achado importante foi a constatação de uma maior frequência de problemas mentais- ansiedade e depressão – entre os profissionais que se auto-referiram como pardos e pretos, o que também foi encontrado em outro estudo nacional, refletindo provavelmente outros fatores de risco ligados aos determinantes sociais (SANTOS et al., 2021). As desigualdades sócio-econômicas pré-existent em intersecção com a raça nos profissionais de saúde se mostram mais evidentes durante uma crise sanitária, com profissionais da linha de frente pretos e pardos mostrando uma maior vulnerabilidade, com menos acesso a materiais e insumos, bem como a cuidados de saúde mental, expostos a piores condições de trabalho impactando diretamente na saúde mental (MAGRI; FERNANDEZ; LOTTA, 2022).

É necessário pontuar que o *burnout* é considerado um fator de risco para morbidade psiquiátrica, principalmente a depressão (SANTOS et al., 2021) (STEIGER et al., 2022) (RYAN et al., 2023). Levando-se em consideração que a depressão constitui um transtorno psiquiátrico que pode evoluir para um quadro grave, inclusive com risco de desfecho fatal, a partir do suicídio, tal associação merece destaque diante da gravidade do problema e da necessidade de medidas urgentes de intervenção. Essa constatação foi verificada nos nossos resultados, posto que foi encontrada uma forte associação de todas as subescalas de *burnout* com sintomas depressivos moderados a severos, sendo as subescalas de exaustão emocional e realização pessoal as que melhor explicaram após a realização da análise multivariada.

Alguns fatores ocupacionais também aumentaram o risco de sintomas depressivos moderados a severos, como jornadas de trabalho mistas e noturnas, possivelmente pela forte associação de *burnout* com sintomas depressivos. (RYAN et al., 2023).

Outros fatores ligados ao contexto de pandemia como os EPIs insuficientes e a perda de familiares por COVID-19 foram associados a sintomas ansiosos moderados e severos. A falta de EPIs é considerada um dos principais fatores de risco para ansiedade entre as equipes de

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

saúde na pandemia (CLEMENTE-SUÁREZ et al., 2021) (CAG et al., 2021) (LEE et al., 2023). Com a divulgação de casos de infecções ou mortes de profissionais de saúde e colegas, os profissionais de saúde experimentaram medo de serem infectados, e isso foi significativamente associado ao sofrimento psicológico.(ZHANG et al., 2021).

Além desses fatores contextuais, as comorbidades clínicas foram associadas a sintomas ansiosos moderados a severos, o que pode ser visto de forma semelhante em outros estudos (CAG et al., 2021) (FONSECA et al., 2021). Independente da pandemia, já existe uma correlação estabelecida na literatura entre algumas doenças crônicas, como doenças cardiovasculares, diabetes e sintomas ansiosos(HOLT et al., 2013)(FISHER et al., 2008) . Durante a pandemia, as pessoas com comorbidades clínicas fazem parte da população de risco para COVID-19, gerando medo excessivo em ser contaminado, agravando mais ainda o risco de sintomas ansiosos (FONSECA et al., 2021).

O adoecimento mental dos profissionais de saúde impacta não apenas nos próprios profissionais, mas pode afetar negativamente a segurança dos pacientes, aumentando o índice de erros. Além disso, irá influenciar diretamente na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes (WELP et al., 2015) (HALL et al., 2016). Do ponto de vista individual, estes profissionais precisam ter acesso a tratamento precoce e adequado, com afastamento do trabalho quando necessário.

Importante ressaltar que os riscos que contribuem para o adoecimento mental dos trabalhadores estão relacionados ao exercício profissional, além dos relacionados às condições de trabalho, e que são agravados diante de uma situação de emergência em saúde pública (pandemia), sugerindo que muitos apresentam Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho.

Os casos individuais de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho devem ser identificados e notificados no SINAN, devido a sua fundamental importância no âmbito da Saúde Coletiva, com finalidade de rastreio de novos casos e prevenção de novos adoecimentos, assim como subsídio para formulação de políticas públicas.

As intervenções para a melhoria das condições de trabalho e bem estar dos profissionais de saúde podem ser realizadas em âmbito individual e coletivo. As iniciativas individuais de Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN no contexto da pandemia de COVID-19

prevenção na maioria dos estudos se concentram em técnicas de relaxamento, ensino da atenção plena e na melhoria da resiliência, com alguns resultados positivos, porém muita variabilidade entre os estudos (COHEN et al., 2023) (STEHMAN et al., 2020).

Do ponto de vista coletivo, algumas iniciativas de caráter preventivo têm sido tomadas em outros locais com foco organizacional, visando as condições de trabalho e com o objetivo de redução do estresse laboral, apresentando resultados promissores. Os profissionais de saúde se beneficiaram das intervenções com foco em bem-estar no local de trabalho, com vários indicadores de resultados positivos (melhorias no bem-estar, aumento no engajamento no trabalho, melhora da qualidade de vida, além de reduções no esgotamento, estresse percebido, ansiedade e sintomas depressivos) (COHEN et al., 2023).

As intervenções, sejam em nível organizacional ou individual, podem ajudar a melhorar as pontuações em várias escalas de *Burnout* e de bem-estar e, em alguns casos, mostraram um incremento na qualidade das medidas de atendimento aos pacientes, portanto deveriam ser prioridade nos serviços de urgência (STEHMAN et al., 2020).

Como limitações do estudo torna-se importante ressaltar o tamanho da amostra, principalmente a pequena quantidade de profissionais homens, o que era esperado, visto que a grande maioria de participantes de profissionais de saúde são do sexo feminino, o que também é observado em outros estudos com essa população. (CYR et al., 2022) (TREADWAY et al., 2020) (KAPETANOS et al., 2021)(FIREW et al., 2020) . Apesar de ter sido constatado uma maior probabilidade de *burnout* em mulheres, não foi possível comprovar estatisticamente, provavelmente pelo tamanho da amostra masculina. O gênero feminino enfrenta questões ligadas às triplas jornadas de trabalho com sobrecarga também no ambiente familiar que podem impactar diretamente na saúde mental e aumentar o risco de *burnout* (DE OLIVEIRA et al., 2022), além de uma maior predisposição individual aos quadros de ansiedade e depressão que o gênero masculino, podendo ter interferências nas altas taxas de prevalência dos índices de adoecimento mental encontrados (KAPLAN & SADOCK, 2017).

Ainda como limitações do estudo, o desenho transversal não permite estabelecer relações de causa e efeito.

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento encontra-se bastante afetada, mesmo decorridos mais de dois anos do início da pandemia, com predominância de sintomas de *burnout*, seguido por um índice elevado de sintomas ansiosos moderados a severos e sintomas depressivos. A sintomatologia foi associada a idade mais jovem, profissionais pardos e pretos, com ausência de pausas ou poucas pausas no trabalho, aos EPIs insuficientes, somado a jornadas de trabalho mistas e prolongadas e agravado pelo contexto da pandemia, com perda de familiares e pessoas próximas por COVID-19, além da presença de comorbidades clínicas.

O sofrimento emocional destes profissionais já vem sendo estudado nos últimos anos e tornou-se mais visível com o contexto de uma situação de emergência em saúde pública advinda com a pandemia, em que muitos tiveram que lidar com um cenário devastador, semelhante a situações de guerra. Porém, ainda existem poucos estudos nessa população em nossa região e consequentemente, poucas medidas têm sido tomadas na tentativa de evitar tais doenças psíquicas.

Espera-se que a partir dos resultados deste estudo, estratégias possam ser discutidas no âmbito da Saúde Coletiva e da Saúde do Trabalhador que possam nortear futuras ações governamentais que atuem em nível de gestão e nível organizacional, na prevenção de novos agravos de saúde mental em profissionais de saúde da linha de frente, além de uma maior cobertura assistencial que possa acolher e tratar os profissionais que estejam adoecidos.

Por se tratar de um estudo com algumas limitações em relação ao tamanho amostral e características inerentes ao tipo de estudo (transversal), sugere-se a necessidade de mais estudos nessa área que possam estabelecer relações de causa e efeito e verificar outros fatores envolvidos no adoecimento desses trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- ABIHAI LUCAS-HERNÁNDEZ^{1A}, V. DEL R. G.-R. A. L.-F. A. K.-G. J. M.-G. O. V.-L. J. L. J.-L. A. L. P. A. Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19. **Rev Med Inst Mex Seguro Soc**, v. 60, n. 5, p. 556–562, 2022.
- ALONSO, J. et al. Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. **Revista de psiquiatria y salud mental**, v. 14, n. 2, p. 90–105, 2021.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.: **DSM – 5- TR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**, Porto Alegre: Artmed, 2014
- BECK, A. T. et al. An Inventory for Measuring Depression. **Archives of General Psychiatry**, v. 4, n. 6, p. 561–571, 1 jun. 1961.
- BECK, A. T. et al. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 56, n. 6, p. 893–897, 1988.
- BESIRLI, A. et al. The Relationship between Anxiety and Depression Levels with Perceived Stress and Coping Strategies in Health Care Workers during the COVID-19 Pandemic. **The Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital**, v. 55, n. 1, p. 1, 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.; DIAS, E. C. **Doenças relacionadas ao trabalho : manual de procedimentos para os serviços de saúde**. [s.l.] Ministério da Saúde do Brasil, 2001.
- CAG, Y. et al. Anxiety among front-line health-care workers supporting patients with COVID-19: A global survey. **General Hospital Psychiatry**, v. 68, p. 90–96, 1 jan. 2021.
- CARMASSI, C. et al. Síntomas de trastorno de estrés postraumático en los trabajadores de la salud que enfrentan los tres coronavirus brotes: ¿Qué podemos esperar después de la pandemia de COVID-19? **Psychiatry Research**, v. 292, n. January, 2020.
- COHEN, C. et al. Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. **BMJ open**, v. 13, n. 6, p. e071203, 29 jun. 2023.
- Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN no contexto da pandemia de COVID-19

CHEW, N. W. S. et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. **Brain, behavior, and immunity**, v. 88, p. 559–565, ago. 2020.

CHIARA CARRIERO, M. et al. The psychological impact of the Coronavirus emergency on physicians and nurses: an Italian observational study. 2021.

CLEMENTE-SUÁREZ, V. J. et al. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Disorders. A Critical Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 19, 1 out. 2021.

CUNHA J.A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2016. 171p.

CYR, S. et al. Evolution of burnout and psychological distress in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a 1-year observational study. **BMC Psychiatry**, v. 22, n. 1, 1 dez. 2022.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre, Artmed, 2008. 440p.

DANTAS, E. S. O. et al. Factors associated with anxiety in multiprofessional health care residents during the COVID-19 pandemic. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 74Suppl 1, n. Suppl 1, p. e20200961, 2021.

DE OLIVEIRA, G. M. M. et al. Women Physicians: Burnout during the COVID-19 Pandemic in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 119, n. 2, p. 307–316, 2022.

Depressive disorder (depression). Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>>. Acesso em: 13 abr. 2023.

DOULOUGERI, K.; GEORGANTA, K.; MONTGOMERY, A. “Diagnosing” burnout among healthcare professionals: Can we find consensus? **Cogent Medicine**, v. 3, n. 1, p. 1, 31 dez. 2016.

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN no contexto da pandemia de COVID-19

DZIEDZIC, B. et al. Mental Health of Nurses during the Fourth Wave of the COVID-19 Pandemic in Poland. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 19, p. 1785, 2022.

FIREW, T. et al. Original research: Protecting the front line: a cross-sectional survey analysis of the occupational factors contributing to healthcare workers' infection and psychological distress during the COVID-19 pandemic in the USA. **BMJ Open**, v. 10, n. 10, 21 out. 2020.

FISHER, L. et al. A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with Type 2 diabetes. **Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association**, v. 25, n. 9, p. 1096, set. 2008.

FONSECA, G. et al. Fatores associados à sintomatologia psíquica em diabéticos durante a pandemia da COVID-19. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 21, p. 2021, [s.d.].

FREITAS, R. F. et al. Preditores da síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de unidade de terapia intensiva durante a pandemia da COVID-19. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 70, n. 1, p. 12–20, 31 mar. 2021.

GEBREEYESUS, F. A. et al. Levels and predictors of anxiety, depression, and stress during COVID-19 pandemic among frontline healthcare providers in Gurage zonal public hospitals, Southwest Ethiopia, 2020: A multicenter cross-sectional study. **PLoS ONE**, v. 16, n. 11, 1 nov. 2021.

GIARDINO, D. L. et al. The endless quarantine: the impact of the COVID-19 outbreak on healthcare workers after three months of mandatory social isolation in Argentina. **Sleep Medicine**, v. 76, p. 16–25, 2020.

GONZALEZ MENDEZ, M. J. et al. A Multi-Center Study on the Negative Psychological Impact and Associated Factors in Chinese Healthcare Workers 1 Year After the COVID-19 Initial Outbreak. **International Journal of Public Health**, v. 67, n. 1, 25 ago. 2022.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. **Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo : Casa Leitura Médica, 2008. 438p.

HALL, L. H. et al. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. **PLoS ONE**, v. 11, n. 7, 1 jul. 2016.

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN no contexto da pandemia de COVID-19

HOLT, R. I. G. et al. The relationship between depression, anxiety and cardiovascular disease: findings from the Hertfordshire Cohort Study. **Journal of affective disorders**, v. 150, n. 1, p. 84–90, 15 ago. 2013.

ICD-11 Coding Tool Mortality and Morbidity Statistics (MMS). Disponível em: <https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release>. Acesso em: 8 abr. 2023.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. LABOUR ADMINISTRATION, L. I. AND O. S. AND H. BRANCH. **Workplace stress : a collective challenge**. [s.l.] ILO, 2016.

JAKOVLJEVIC, B. et al. Burnout of physicians, pharmacists and nurses in the course of the covid-19 pandemic: A serbian cross-sectional questionnaire study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 16, 2 ago. 2021.

KAPETANOS, K. et al. Exploring the factors associated with the mental health of frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Cyprus. **PLoS ONE**, v. 16, n. 10 October, 1 out. 2021.

KATSUTA, N. et al. Elevated depressive symptoms among newer and younger healthcare workers in Japan during the COVID-19 pandemic. **Neuropsychopharmacology Reports**, v. 41, p. 544–547, 2021.

KISHI, H. et al. Impact of nurses' roles and burden on burnout during the COVID-19 pandemic: Multicentre cross-sectional survey. **Journal of Nursing Management**, 1 set. 2022.

LEE, B. E. C. et al. The prevalence of probable mental health disorders among hospital healthcare workers during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, 16 mar. 2023.

LEE, H. A. et al. How COVID-19 Affected Healthcare Workers in the Hospital Locked Down due to Early COVID-19 Cases in Korea. **Journal of Korean medical science**, v. 36, n. 47, 2021.

LIN, Y.-Y. et al. COVID-19 Pandemic Is Associated with an Adverse Impact on Burnout and Mood Disorder in Healthcare Professionals. **International Journal of Environmental Research and Public Health Article Public Health**, v. 18, p. 3654, 2021.

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN no contexto da pandemia de COVID-19

LIU, C. Y. et al. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. **Epidemiology and Infection**, v. 148, 2020.

MACÍA-RODRÍGUEZ, C. et al. Burn-out syndrome in spanish internists during the covid-19 outbreak and associated factors: A cross-sectional survey. **BMJ Open**, v. 11, n. 2, 11 fev. 2021.

MAGNAVITA, N. et al. The Impact of Quality of Work Organization on Distress and Absenteeism among Healthcare Workers. **International journal of environmental research and public health**, v. 19, n. 20, 1 out. 2022.

MAGRI, G.; FERNANDEZ, M.; LOTTA, G. Desigualdade em meio à crise: uma análise dos profissionais de saúde que atuam na pandemia de COVID-19 a partir das perspectivas de profissão, raça e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 11, p. 4131–4144, nov. 2022.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. **The Maslach Burnout Inventory Manual**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/277816643>>.

MAUNDER, R. The experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline healthcare workers in Toronto: lessons learned. **The Royal Society** , 2004.

MORGANTINI, L. A. et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. **PloS one**, v. 15, n. 9, 1 set. 2020.

MOSER, C. M. et al. Saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia do coronavírus (Covid-19). **Rev. Bras. Psicoter. (Online)**, v. 23, n. 1, p. 107–125, 2021.

MOUKARZEL, A. et al. Burnout Syndrome among Emergency Department Staff: Prevalence and Associated Factors. **BioMed Research International**, p. 1–10, 2019.

NABUCO, G.; PIRES DE OLIVEIRA, M. H. P.; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2532, 18 set. 2020.

PAPPA, S. et al. **Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis**. **Brain, Behavior, and Immunity** Academic Press Inc., , 1 ago. 2020.

PENNINX, B. W. et al. Anxiety disorders. **Lancet (London, England)**, v. 397, n. 10277, p. 914, 3 mar. 2021.

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

PFEFFERBAUM, B.; NORTH, C. S. Mental Health and the COVID-19 Pandemic. **The New England journal of medicine**, v. 383, n. 6, p. 510–512, 6 ago. 2020.

RIBEIRO, C. L. et al. Ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem de uma maternidade durante a pandemia de COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 26, n. spe, p. e20220041, 8 jul. 2022.

RYAN, E. et al. The relationship between physician burnout and depression, anxiety, suicidality and substance abuse: A mixed methods systematic review. **Frontiers in public health**, v. 11, 2023.

SADOCK, Benjamin J. Kaplan & Sadock - **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria** – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.

SERRANO-RIPOLL, M. J. et al. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. **J Affect Disord**, v. 277, p. 347–357, 2020.

SHARIFI, M.; ASADI-POOYA, A. A.; MOUSAVI-ROKNABADI, R. S. **Burnout among Healthcare Providers of COVID-19; a Systematic Review of Epidemiology and Recommendations**. **Archives of Academic Emergency Medicine** Shaheed Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, , 1 nov. 2020.

SILVA-JUNIOR, J. S.; FISCHER, F. M. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 735–744, 1 out. 2015.

STEIGER, A. et al. Burnout, Depression and Sense of Coherence in Nurses during the Pandemic Crisis. 2022.

SANTOS, K. M. R. DOS et al. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. spe, p. e20200370, 3 fev. 2021

SILVA-JUNIOR, J. S.; FISCHER, F. M. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 735–744, 1 out. 2015.

STEHMAN, C. R. et al. Wellness: Combating Burnout and Its Consequences in Emergency Medicine. **The western journal of emergency medicine**, v. 21, n. 3, p. 555–565, 2020.

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN no contexto da pandemia de COVID-19

SZWAMEL, K. et al. Predictors of the Occupational Burnout of Healthcare Workers in Poland during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 6, 1 mar. 2022.

TEMSAH, M. H. et al. Changes in healthcare workers' knowledge, attitudes, practices, and stress during the COVID-19 pandemic. **Medicine**, v. 100, n. 18, p. E25825, 5 maio 2021.

TEO, I. et al. Healthcare worker stress, anxiety and burnout during the COVID-19 pandemic in Singapore: A 6-month multi-centre prospective study. **PLoS ONE**, v. 16, n. 10 October, 1 out. 2021.

TONG, J. et al. Effects of COVID-19 pandemic on mental health among frontline healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Psychology**, v. 13, 27 jan. 2023.

TREADWAY, D. C. et al. Early Psychiatric Impact of COVID-19 Pandemic on the General Population and Healthcare Workers in Italy: A Preliminary Study. **Frontiers in Psychiatry** | www.frontiersin.org, v. 11, p. 561345, 2020.

Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h). Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/upa-24h>> Acesso em : 14 de novembro de 2023.

VINDEGAARD, N.; BENROS, M. E. **COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence.** **Brain, Behavior, and Immunity** Academic Press Inc., , 1 out. 2020.

WELP, A. et al. Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety. 2015.

WHO guidelines on mental health at work. . [s.l: 2022.

YUGUERO, O. et al. Increase of burnout among emergency department professionals due to emotional exhaustion during the SARS-Cov2 pandemic: Evolution from 2016 to 2021. **Medicine**, v. 101, n. 47, p. e31887, 11 nov. 2022.

ZHANG, L. et al. Effects of the COVID-19 pandemic on acute stress disorder and career planning among healthcare students. **Int J Ment Health Nurs**, v. 30, n. 4, p. 907–916, 2021.

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN no contexto da pandemia de COVID-19

ZHOU, T.; GUAN, R.; SUN, L. Perceived organizational support and PTSD symptoms of frontline healthcare workers in the outbreak of COVID-19 in Wuhan: The mediating effects of self-efficacy and coping strategies. **Appl Psychol Health Well Being**, v. 13, n. 4, p. 745–760, 2021.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO(TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: **TRABALHO E SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A: UM ESTUDO SOBRE A SAÚDE MENTAL DO/A(S) TRABALHADORE/A(S) DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS) DE NATAL-RN** que tem como pesquisador responsável a **Profa Dra. Maria Ângela Fernandes Ferreira**.

A referida pesquisa objetiva analisar os fatores associados ao adoecimento mental do/a (s) trabalhador/a(s) das Unidades de Pronto Atendimento de Natal-RN no contexto da pandemia da COVID-19. O motivo que nos leva a fazer este estudo é o aumento expressivo do adoecimento psíquico de profissionais de saúde em todo o mundo, que atuam na linha de frente da pandemia, a partir de pesquisas nacionais e internacionais, em que se identificam comumente sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Síndrome de Burnout, depressão e ansiedade.

Caso decida participar, você participará de uma entrevista e precisará responder os questionários socio-ocupacional, dados de saúde e de rastreamento de adoecimento psíquico (PCL-5 + LEC-5 (para rastreamento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Inventário para identificação de Síndrome de Burnout, Inventário de Ansiedade de Beck e Inventário de Depressão de Beck)).

O percurso metodológico do estudo acima respalda-se na Resolução 510/2016 do Ministério da Saúde que dispõe sobre a ética na pesquisa e assegura o respeito à dignidade humana e proteção dos sujeitos que dela participarem. Respalhando-se, também, na Lei 13.709/2019 que versa sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural. Os riscos do estudo estão relacionados à possibilidade de

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

algum constrangimento ou insegurança em responder questões relativas a sua vida pessoal, profissional e do seu ambiente de trabalho. Para evitar este risco, todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento.

Como benefícios da pesquisa você será informado sobre os resultados encontrados, com orientações de mudança de estilo de vida no trabalho, bem como sobre alguns fatores de risco para adoecimento que poderão ser evitados. Além disso, com os dados obtidos, haverá subsídios para o fortalecimento das ações do CEREST (Centro de Referência de Saúde do Trabalhador) do município de Natal-RN junto à Rede de Urgência e Emergência, bem como para implementação da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no referido município.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas entrando em contato com a **Profa Dra. Maria Ângela Fernandes Ferreira, email mangelaf50@gmail.com;** **Ana Patrícia de Queiroz Medeiros Dantas, email apqmd@yahoo.com.br , telefone (84) 99915-0105;** **Jéfitha Kaliny dos Santos Silva, email jefithakaliny231@gmail.com, telefone (81) 99662- 9641 ou Profa Dra. Eliana Costa Guerra.**

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa – instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas – do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no telefone (84) 3342-5003, e-mail cep_huol@yahoo.com.br. Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 07h30minh às 12h30 e das 13h30 às 15h00, no Hospital Universitário Onofre Lopes, endereço Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Natal/RN.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável **Profa Dra. Maria Ângela Fernandes Ferreira.**

Consentimento Livre e Esclarecido

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **TRABALHO E SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A: UM ESTUDO SOBRE A SAÚDE MENTAL DO/A(S) TRABALHADORE/A(S) DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS) DE NATAL-RN**, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Impressão datiloscópica do participante

Assinatura do/a participante da pesquisa

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo **TRABALHO E SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A: UM ESTUDO SOBRE A SAÚDE MENTAL DO/A(S) TRABALHADORE/A(S) DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS) DE NATAL-RN**, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, ____/____/____ .

Assinatura do(a) Pesquisador(a) Responsável

Profa Dra. Maria Ângela Fernandes Ferreira

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

APÊNDICE B

CARTA DE ANUÊNCIA

Esclarecimentos

Esta é uma solicitação para realização da pesquisa intitulada **TRABALHO E SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A: UM ESTUDO SOBRE A SAÚDE MENTAL DO/A(S) TRABALHADORE/A(S) DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS) DE NATAL-RN**, a ser realizada nas quatro Unidades de Pronto Atendimento de Natal (Satélite, Esperança, Potengi e Pajuçara) pelo(s) pesquisador(es) **ANA PATRÍCIA DE QUEIROZ MEDEIROS DANTAS** e **JÉFITHA KALINY DOS SANTOS SILVA**, sob a orientação de **Prof^a. Dra. Maria Ângela Fernandes Ferreira** e **Prof^a. Dra. Eliana Costa Guerra**, que utilizará como recurso metodológico para coleta de dados a realização de observação participante; entrevistas; aplicação de questionários socio-ocupacional e rastreamento de adoecimento psíquico através do PCL-5 para rastreamento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático; Inventário para identificação de Síndrome de Burnout; Inventário de Ansiedade de Beck e Inventário de Depressão de Beck.

O objetivo central da pesquisa é analisar os fatores associados ao adoecimento mental do/a (s) trabalhadora/a(s) das Unidades de Pronto Atendimento de Natal-RN no contexto da pandemia da COVID-19. Assim, a referida pesquisa necessita da concordância e autorização institucional para a realização das etapas de aplicação dos instrumentos de coleta de dados supracitados junto aos profissionais e as profissionais de saúde das UPAS de Natal-RN.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, de acordo com as Resoluções 510/2016 - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que tratam da pesquisa envolvendo seres humanos e a Lei 13.853/2019 que dispõe sobre o tratamento de

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

dados pessoais. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo.

Destacamos que de acordo com a Resolução 580/2018 no Art. 5º do CAPÍTULO II (Dos aspectos éticos das pesquisas com seres humanos em instituições do SUS), os procedimentos da pesquisa NÃO IRÃO INTERFERIR na rotina dos serviços de assistência à saúde bem como nas atividades profissionais dos trabalhadores.

Assinatura da Pesquisadora Responsável



Profa Dra. Maria Ângela Fernandes Ferreira

CPF 398.172.704-59

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO SOBRE PERFIL SOCIO-OCUPACIONAL

1. Nome: _____
- 2.Nome Social:_____
3. Identidade de gênero: _____ 4. Idade: _____
5. Raça/cor /etnia: branco () pardo() preto() amarelo() indígena() quilombola() imigrante ()
- 6.Nome da unidade de ensino da formação: _____
- 7.Ano do término da formação: _____
8. Quanto tempo de exercício profissional: _____
- 9.Possui Especialização: () NÃO () SIM
- 9.1Qual área? : _____
10. Possui Mestrado Profissional: () NÃO () SIM
- 10.1Qual área? : _____
- 11.Possui Mestrado Acadêmico: () NÃO () SIM
- 11.1Qual área? : _____
- 12.Possui Doutorado: () NÃO () SIM
- 12.1Qual área? : _____
13. O trabalho oferta Educação Permanente ? () NÃO () SIM
14. Você possui mais de um vínculo empregatício? () NÃO () SIM

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

14.1 Se a resposta for sim quais suas outras ocupações?

() UPA e atividade laboral autônoma

() UPA e rede privada

() UPA e outra instituição pública

15. Renda Pessoal: () 1 à 2 salários () 3 à 5 salários () 6 ou mais salários

16. Renda Familiar: () 1 à 2 salários () 3 à 5 salários () 6 ou mais salários

17. Quantas pessoas residem com você? _____

18. Possui Inscrição Social (NIS) ? : () NÃO () SIM

19. Qual o tipo do seu vínculo na UPA?

() contrato temporário

() seleção simplificada

() concurso

() outros _____

20. Tem direito á :

() Férias () Décimo () Carteira assinada () Remuneração por nível de qualificação

21. Durante a pandemia recebeu:

() Insalubridade () Gratificação Rede de Urgência e Emergência

() Gratificação COVID

22. Qual a sua jornada de trabalho semanal na UPA? _____

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

23. A jornada de trabalho é: () diurna () noturna () mista

24. São concedidas pausas para o descanso na UPA em que você trabalha?

() NÃO () SIM () POUCAS VEZES

25. São concedidas pausas para as refeições na UPA em que você trabalha?

() NÃO () SIM () POUCAS VEZES

26. A UPA dispõe de refeitório?

() NÃO () SIM

27. Na UPA tem espaço para repouso (dormitórios) ? () NÃO () SIM

28. A UPA dispõe de sala para equipe técnica?

() NÃO () SIM

29. Sobre os insumos:

26.1 SÃO SUFICIENTES () **INSUFICIENTES** () **INEXISTENTES** ()

26.2 BOA QUALIDADE() **BAIXA QUALIDADE** ()

30. Sobre os EPIS:

27.1 SÃO SUFICIENTES () **INSUFICIENTES** () **INEXISTENTES** ()

27.2 BOA QUALIDADE() **BAIXA QUALIDADE** ()

31. Você participou de algum treinamento para uso de EPI e manejo de pacientes com COVID-19? SIM () NÃO ()

32. Você testou positivo para COVID-19: () 0 () 1 () 2 () 3 ou mais

33. Você perdeu algum familiar devido a COVID-19?: () 0 () 1 () 2 () 3 ou mais

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

APÊNDICE D
DADOS DE SAÚDE

Data: ____/____/____

Questionário: ____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Comorbidades clínicas	1. Nenhuma 2. Hipertensão 3. Diabetes 4. Câncer 5. Doença pulmonar 6. Doença cardiovascular 7. LER/DORT 8. Dislipidemia/hipercolesterolemia 9. Outras. Especificar:
Transtorno Mental Atual	1. Sim 1. Não 9- NS/NR Caso seja sim: 1- Depressão 2- Ansiedade 3- Transtorno Bipolar 4- Esquizofrenia 5- Transtorno de estresse pós-traumático 6- Burnout 7- Outro: Especificar
Transtorno Mental Anterior	1. Sim 1. Não 9- NS/NR

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

	Caso seja sim: 1- Depressão 2- Ansiedade 3- Transtorno Bipolar 4- Esquizofrenia 5- Transtorno de estresse pós-traumático 6- Burnout 7- Outro: Especificar				
Álcool	0. Sim 1. Não 9. NS/NR	Tabaco	0. Sim 1. Não 9. NS/NR	Ex-fumante	0. Sim 1. Não 6. Não se aplica (fumador atual) 9. NS/NR
Drogas Ilícitas	0. Sim 1. Não 9. NS/NR Especificar:				
História familiar de Transtorno mental (pai, mãe, irmãos e/ou avós)	1. Sim 1. Não 9- NS/NR				
	Caso seja sim: 1- Depressão 2- Ansiedade 3- Transtorno Bipolar 4- Esquizofrenia 5- Transtorno de estresse pós-traumático 6- Outro: Especificar				

ANEXO A

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Nome: _____
_____/_____/_____

Idade: _____

Data: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha**

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	10	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

			3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	12	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
13	0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões	18	0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite
14	0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio	19	0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim ____ Não ____

15	0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho	20	0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
16	0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	21	0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo
17	0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa		

ANEXO B - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)

Nome: _____ Idade: _____

Data: ____/____/____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
01.Dormência ou formigamento				
02.Sensação de calor				
03.Tremores nas pernas				
04.Incapaz de relaxar				
05.Medo que aconteça o pior				
06.Atordoado ou tonto				
07.Palpitação ou aceleração do coração				
08.Sem equilíbrio				
09.Aterrorizado				
10.Nervoso				
11.Sensação de sufocação				
12.Tremores nas mãos				
13.Trêmulo				
14.Medo de perder o controle				
15.Dificuldade de respirar				
16.Medo de morrer				
17.Assustado				
18.Indigestão ou desconforto no abdômen				
19.Sensação de desmaio				
20.Rosto afogueado				
21.Suor (não devido ao calor)				

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

QUADRO FUNCIONAL DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA SMS DE
NATAL/RN

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

ANEXO D

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRABALHO E SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A: UM ESTUDO SOBRE A SAÚDE MENTAL DO/A(S) TRABALHADORE/A(S) DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS) DE NATAL-RN

Pesquisador: MARIA ANGELA FERNANDES FERREIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 54993321.1.0000.5292

Instituição Proponente: Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.387.880

Apresentação do Projeto:

O projeto em tela objetiva analisar os fatores associados ao adoecimento mental do/a (s) trabalhador/a(s) das Unidades de Pronto Atendimento de Natal-RN por meio de um enfoque metodológico misto, na perspectiva de articular técnicas qualitativas e quantitativas para apreender o objetivo da pesquisa em sua totalidade, particularidade e singularidade. Para isso, serão utilizados diversos procedimentos de pesquisa: observação participante, entrevistas, questionários sócio-ocupacional e rastreamento de adoecimento psíquico através do PCL-5. Dessa forma, pretende-se produzir, ao longo do percurso investigativo, subsídios para o fortalecimento das ações do CEREST do município de Natal-RN junto à Rede de Urgência e Emergência, bem como para implementação da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no referido município.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Analisar os fatores associados ao adoecimento mental do/a (s) trabalhador/a(s) das Unidades de Pronto Atendimento de Natal-RN.

Objetivos Específicos:

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **E-mail:** cep.huol@ebserh.gov.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 5.387.880

Traçar o perfil socio-ocupacional do/a(s) profissionais;
Caracterizar as condições de trabalho em que o/a(s) os profissionais desenvolvem seu fazer profissional;
Averiguar como são tecidas as relações profissionais nas UPAS de Natal-RN;
Aferir a prevalência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático em profissionais de saúde das UPAS de Natal;
Identificar comorbidades psiquiátricas associadas ao TEPT;
Avaliar a associação do Transtorno de Estresse Pós Traumático a fatores demográficos, de saúde, sobre as situações de estresse ocorridas e referentes à rotina laboral;
Identificar os principais fatores associados ao diagnóstico de TEPT entre os profissionais de saúde nas UPAS de Natal;
Comparar as características sócio-demográficas, trabalho, exposição a fatores estressantes (traumas), hábitos de vida, antecedentes familiares e pessoais de saúde, entre os profissionais de saúde com e sem o diagnóstico de TEPT;
Identificar os tipos de traumas sofridos em profissionais de saúde;
Aferir a prevalência do Burnout em profissionais de saúde das UPAS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Assim fora descritos no TCLE atualizado: "Os riscos do estudo estão relacionados ainda à possibilidade de algum constrangimento insegurança, exposição em responder questões relativas à sua vida pessoal, profissional e ao seu ambiente de trabalho

Esses riscos poderão ser minimizados por meio da manutenção da privacidade do indivíduo (no momento da entrevista o entrevistador estará em ambiente físico individual, sem a presença de outras pessoas), assegurando que a entrevista será realizada em ambiente virtual com a presença apenas do entrevistador e do entrevistado. Desta forma, assegura-lhe total liberdade para se expressar e responder às questões. As entrevistas e aplicação de questionários de forma presencial serão realizadas em local reservado e seguro, solicitado antecipadamente à direção de cada unidade de pronto atendimento. Este local deve ter bom isolamento acústico para evitar escuta de falas durante os procedimentos presenciais da pesquisa.

Para preservar anonimato e segurança dos participantes, foi assinado termo de confidencialidade

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **E-mail:** cep.huol@ebserh.gov.br

Página 02 de 05

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 5.387.880

por cada membro da equipe de pesquisa, o qual se comprometeu a manter total sigilo dos dados e informações coletados. No presente documento, cada integrante da equipe se compromete em não divulgar quaisquer informações prestadas que possam levar à identificação do participante da pesquisa.

Considera-se também o risco de atrasar a realização de alguma atividade diária pelo participante, causando algum nível de estresse no entrevistado ao ser submetido a este procedimento de coleta. Em caso de estresse, cansaço e problemas técnicos, a coleta de dados poderá ser interrompida e agendada para outro dia e/ou horário de acordo com disponibilidade do participante.

Apesar dos riscos potenciais de violação dos dados inerentes ao ambiente virtual, será realizado um download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local com antivírus (HD), e será apagado todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou nuvem para minimizar tais riscos. Todos os dispositivos eletrônicos utilizados para tratamento e armazenamento dos dados terão antivírus, evitando assim invasões e acessos indevidos, garantindo o sigilo das informações. Os dados que o entrevistado fornecerá serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima e sem evidenciar características ou atributos que possam levar à identificação do entrevistado (a).

Todos os integrantes da equipe de pesquisa foram capacitados e já estão cientes dos aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos e, especificamente, à pesquisa em questão.

Como benefícios da pesquisa você será informado sobre os resultados encontrados, com orientações de mudança de estilo de vida no trabalho, bem como sobre alguns fatores de risco para adoecimento que poderão ser evitados. Além disso, com os dados obtidos, haverá subsídios para o fortalecimento das ações do CEREST (Centro de Referência de Saúde do Trabalhador) do município de Natal-RN junto à Rede de Urgência e Emergência, bem como para implementação da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no referido município".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados.

Recomendações:

- O CEP HUOL/UFRN informa ao pesquisador que está em vigor a Lei Geral de proteção de dados-

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **E-mail:** cep.huol@ebserh.gov.br

Página 03 de 05

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 5.387.880

LGPD, e, vem reforçar a orientação que a aludida Lei dispõe sobre a responsabilidade na proteção e guarda dos dados sensíveis coletados e manipulados. Assim reforça-se a importância do sigilo, guarda e consentimento utilização dos dados sob pena de possíveis responsabilizações de dados extraviados ou utilizados indevidamente, bem como aqueles coletados sem a anuência e/ou ciência da sua utilização, ou utilizados para fins diversos daqueles consentidos. O presente aviso tem a finalidade de reforçar à vigência da LGPD e orientar sobre a necessidade guarda e proteção de dados, como medida precaver da possibilidade de responsabilização do pesquisador em caso dados extraviados que estejam sob sua guarda/coleta.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências elencadas foram atendidas de forma satisfatória.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o participante de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo participante de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1855216.pdf	14/04/2022 21:09:03		Aceito

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **E-mail:** cep.huol@ebserh.gov.br

Página 04 de 05

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

**UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN**



Continuação do Parecer: 5.387.880

Outros	3_RESPOSTAS_AS_PENDENCIAS.docx	14/04/2022 21:06:10	MARIA ANGELA FERNANDES FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	3_PROJETO_MODIFICADO.docx	14/04/2022 21:04:26	MARIA ANGELA FERNANDES FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	3_TCLE_MODIFICADO.docx	14/04/2022 21:03:32	MARIA ANGELA FERNANDES FERREIRA	Aceito
Outros	1_termodeconfidencialidade.docx	02/03/2022 18:13:24	MARIA ANGELA FERNANDES FERREIRA	Aceito
Outros	DeclaracaodenaoiniocdaPesquisa.docx	15/12/2021 00:10:09	MARIA ANGELA FERNANDES FERREIRA	Aceito
Outros	FormularioinformacoesdoPesquisador.docx	15/12/2021 00:08:05	MARIA ANGELA FERNANDES FERREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_ANUENCIA.pdf	11/11/2021 18:56:08	MARIA ANGELA FERNANDES FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_.pdf	10/11/2021 22:04:35	MARIA ANGELA FERNANDES FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 04 de Maio de 2022

**Assinado por:
jose diniz junior
(Coordenador(a))**

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **E-mail:** cep.huol@ebserh.gov.br

Página 05 de 05

Saúde mental dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Natal/ RN
no contexto da pandemia de COVID-19

ANEXO E

MBI - Human Services Survey - MBI-HSS:

- Eu me sinto emocionalmente exausto devido ao meu trabalho.
- Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.
- Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes.

Copyright ©1981 Christina Maslach & Susan E. Jackson. All rights reserved in all media.
Published by Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com.